KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "Y" DENGAN CA PARU DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

AGNES THERESIA NONA ADI

E1614401043

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2020

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "Y" DENGAN CA PARU DIRUANG PERAWATAN BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk di uji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Dianjurkan oleh:

AGNES THERESIA NONA ADI
E1614401043

Disetujui oleh:

Pembimbing

Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes
NIDN. 0925027603

LEMBARAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "Y" DENGAN CA PARU DI RUANGAN BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan dihadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 15 Juni 2020
Pukul : 08.40-09.20
Tempat :

Tim Penguji:

Penguji I :	Penguji II :
Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes	Mery Solon, Ns., M.Kes
NIDN : 0925117501	NIDN : 0910057502

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu S.Si, S.Kep, Ns, M.Kes)
NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas pribadi

Nama	:Agnes Theresia Nona Adi
Tempat/Tanggal Lahir	:Tator, 26 Agustus 1997
Jenis Kelamin	:Perempuan
Agama	:Katolik
Alamat	:Jl. Tanjung Bira

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	:Thomas Adi/Hermin
Agama	:Katolik
Pekerjaan	:PNS
Alamat	:Madandan, Tana Toraja

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 94 Madandan	:Tahun 2005-2010
SMPN 1 Sopai	:Tahun 2011-2013
SMAN 1 Rantepao	:Tahun 2014-2016
STIK Stella Maris Makassar	:Tahun 2017-2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa berkat rahmat dan bimbingan-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN “Y” DENGAN CA PARU (KANKER PARU)” di Ruang Perawatan BERNADETH II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan namun berkat doa, motivasi, bantuan, dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat bekerja dengan sepenuhnya dalam menyelesaikan Karya Tulis ini. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si, S.Kep, NS, M.Kes, Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar. Terima kasih atas bimbingan, petunjuk dan ilmu yang diberikan kepada saya selama menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E.R.S, Ns., M.Kep., Sp.KMB, Selaku wakil ketua bidang akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes, Selaku wakil ketua bidang administrasi dan keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes, Selaku wakil ketua bidang kemahasiswaan sekaligus dosen pembimbing yang telah membimbing dan mengarahkan penulis, serta telah meluangkan waktu dan tenaga dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Sr.DR. Teorocci Luisa Nunuhitu, S.JMJ, M.Kes, Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berkenan memberikan izin untuk melaksanakan praktek keperawatan di Rumah Sakit Stella Maris selama kurang lebih 3 tahun.
6. Mery Solon, NS., M.Kes, Selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan, yang telah memotivasi, membimbing, mengarahkan penulis selama berada di kampus tercinta STIK Stella Maris Makassar.
7. Para dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan bimbingan, bantuan, didikan dan pengetahuan selama penulis melaksanakan pendidikan.
8. Kepada pasien dan keluarga penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerjasama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
9. Teristimewa buat kedua orang tuaku tercinta dan semua keluargaku yang senantiasa memberikan dukungan, bantuan, doa dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
10. Kepada teman-teman yang telah membantu dan selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang selalu memberikan dukungan, kritik, saran dan doa.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis ini tidak luput dari kekurangan dan kesalahan. Untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun dari semua pihak. Semoga Karya Tulis ini dapat bermanfaat bagi pembaca guna meningkatkan Asuhan Keperawatan pada pasien kanker paru.

Makassar, Mei 2020

Agnes Theresia Nona Adi

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN PERSETUJUAN ii

HALAMAN PENGESAHAN iii

RIWAYAT HIDUP iv

KATA PENGANTAR v

DAFTAR ISI vii

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 2
C. Manfaat Penulisan 2
D. Metode Penulisan 3
E. Sistematika Penulisan 4

BAB II TINJAUAN TEORITIS 5

A. Konsep Dasar Medis 5
1. Pengertian 5
2. Anatomi Fisiologi 5
3. Etiologi 7
4. Patofisiologi 8
5. Manifestasi Klinik 9
6. Pemeriksaan Penunjang 9
7. Komplikasi 10
8. Penatalaksanaan 12
B. Konsep Dasar Keperawatan 13
1. Pengkajian 13
2. Diagnosa Keperawatan 15
3. Intervensi Keperawatan 19
4. Discharge Planning 18
C. Patoflowdiagram 20

BAB III. PENGAMATAN KASUS 22

A. Pengkajian 22
B. Analisa Data 36
C. Diagnosa Keperawatan 37
D. Intervensi Keperawatan 38

E. Implementasi 39
F. Evaluasi 41
G. Daftar Obat 50

BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 51

A. Pengkajian 51
B. Diagnosa Keperawatan 52
C. Intervensi Keperawatan 52
D. Pelaksanaan Keperawatan 53
E. Evaluasi 53

BAB V PENUTUP 54

A. KESIMPULAN 54
B. SARAN 54

DAFTAR PUSTAKA 55

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker paru merupakan salah satu jenis kanker yang mempunyai tingkat insidensi yang tinggi di dunia. Insidens kanker paru pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan lebih banyak laki-laki yang mengonsumsi rokok. Merokok merupakan penyebab utama kanker paru karena di dalam rokok terkandung zat-zat karsinogen yang dapat memicu kanker paru. Penyakit kanker paru disebabkan oleh banyak faktor selain faktor utama yaitu merokok. Salah satu faktor resiko kanker paru adalah usia.

Berdasarkan data penelitian, usia rata-rata pasien kanker paru adalah 60 tahun. Sebagian besar kasus kanker paru terjadi pada pasien yang berusia lebih dari 50 tahun dan jarang terdiagnosis pada pasien yang kurang dari 40 tahun. Selama proses penuaan, terjadi penurunan kemampuan tubuh untuk memperbaiki kerusakan sel dan terjadi perubahan dalam metabolisme. Hal ini menyebabkan timbulnya proses karsinogenesis. Resiko kanker paru juga meningkat pada daerah yang memiliki tingkat polusi udara yang tinggi. Polutan udara yang dihasilkan pabrik, asap kendaraan dan bahan bangunan seperti karbon, arsenik, asbestos, benzena dan lainnya merupakan karsinogen yang dapat menyebabkan timbulnya kanker paru jika terpapar dalam jangka waktu yang lama. Menurut beberapa peneliti gejala kanker paru yang sering dikeluhkan pasien adalah batuk, sesak napas, demam, nyeri dada dan hemoptisis (batuk darah).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) insiden kanker paru pada tahun 2008 tercatat 13% (1,6 juta) orang dari total kasus keganasan dan menyebabkan kematian pada 18% (1,4 juta) orang. Menurut data *Center For Disease Control and Prevention* (CDC), di Amerika pada tahun 2007 tercatat 109,643 laki-laki dan 93.839 perempuan menderita kanker paru. Berdasarkan data profil mortalitas kanker *(Cancer Mortality Profile)* yang dirilis oleh (WHO 2014) menyebutkan, angka kematian yang disebabkan oleh kanker di Indonesia mencapai 195,300 orang dengan prevalensi kematian terbanyak pada laki-laki 103,100 orang dan perempuan mencapai 92,200 orang. Kematian pada laki-laki di Indonesia yang disebabkan oleh penyakit ini terdiri dari beberapa jenis kanker yang memberikan kontribusi besar terhadap profil mortalitas kanker (Cancer Mortality Profile): kanker tracea, broncus, lung (21,8%); liver (12,3%); colorectum (10,2%); prostat (8,9%); mouth and oropharynx (7,5%); other (39,3%). Sedangkan menurut data *GLOBOCAN (IARC)*yang dikutip dari Kementrian Kesehatan Republik Indonesia memperlihatkan, estimasi persentase kasus baru dan kematian akibat kanker pada tahun 2012, yaitu kanker paru pada laki-laki untuk kasus baru mencapai 34,2 persen dan kematian mencapai 30,0 persen.

Berdasarkan data yang diambil dari *Medical Record* (MRO) RS Stella Maris Makassar tercatat jumlah penderita kanker paru pada tahun 2013 tercatat jumlah penderita kanker paru sebanyak 34 pasien (0,20%) dari 16,710 kasus dengan kategori umur 14-24 tahun tahun sebanyak 1 orang (0,0059%), umur 25-44 tahun sebanyak 7 orang (0,041%), umur 45-64 tahun sebanyak 14 orang (0,083%), umur > 65 tahun sebanyak 12 orang (0,071%). Prevelensi terbesar ditemukan pada umur 45-64 tahun sebanyak 14 orang dan meninggal 10 orang(0,059%) dari 34 orang
penderita. Pada tahun 2014 tercatat jumlah penderita kanker paru
sebanyak 58 pasien (0,27%) dari 21,277 kasus, dengan kategori umur 25-44 tahun sebanyak 7 orang(0,032 %), umur 45-64 tahun sebanyak 22 orang (0,11%), dan meninggal 7 orang (0,035 %) dari 36 orang penderita.

Dalam merawat pasien khususnya penderita kanker paru diharapkan perawat memiliki keterampilan dan pengetahuan yang cukup dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker paru. Upaya pencegahan yang bisa dilakukan adalah berhenti merokok, melakukan pola hidup sehat, menjauhi zat-zat karsinogen. Keterampilan yang sangat dibutuhkan adalah kemampuan untuk mengidentifikasi tanda-tanda apnea, kecepatan dan ketepatan dalam menangani pasien yang mengalami sesak napas. Karenanya penulis termotivasi untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul **"Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Kanker Paru".**

B. Tujuan Penulisan
   1. Tujuan umum
      Mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker paru melalui proses keperawatan.
   2. Tujuan khusus
      Melalui asuhan keperawatan, penulis mampu:
      a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan kanker paru.
      b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan kanker paru.
      c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker paru.
      d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan kanker paru.
      e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan kanker paru.
      f. Melakukan dokumentasi keperawatan pada pasien dengan kanker paru.

C. Manfaat Penulisan
   Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:
   1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan informasi bagi tenaga kesehatan khususnya bagi perawat yang ada di Rumah Sakit dalam upaya meningkatkan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan kanker paru melalui pendekatan proses keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan
   Sebagai bahan evaluasi untuk mengukur kemampuan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker paru.
3. Bagi pasien dan keluarga
   Menambah pengetahuan pasien dengan keluarga tentang cara pencegahan dan penanganan dini kanker paru.
4. Bagi Penulis
   a. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Diploma III Keperawatan.
   b. Untuk mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang didapat selama pendidikan, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sistim Pernafasan, kanker paru melalui pendekatan proses keperawatan.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker paru penulis menggunakan metode:

1. Tinjauan Pustaka
   Dengan memperoleh informasi-informasi yang terbaru dari internet dengan berbagai situs, dan menggunakan bacaan buku-buku atau referensi yang berkaitan dengan karya tulis ini.
2. Pengamatan Kasus
   Dengan menggunakan metode pendekatan proses asuhan keperawatan yang komperhensif meliputi pengkajian data, analisa data, penepatan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
   Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah:
   a. Wawancara
      Dengan melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga, dan perawat setempat.
   b. Observasi
      Pengamatan langsung mengenai kondisi pasien dengan mengikuti yang diberikan kepada pasien dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
   c. Pemeriksaan Fisik
      Melakukan pemeriksaan fisik langsung pada pasien meliputi: inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.
   d. Melalui Diskusi

Melalui diskusi dengan teman-teman, dan perawat yang ada di rumah sakit.

E. Sistematika penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II: Tinjauan teori yang disusun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi. Kemudian konsep dasar keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang, setelah itu pada akhir BAB ini dibuatkan patoflowdiagram. BAB III pengamatan kasus yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan eveluasi keperawatan. BAB IV pembahasan kasus berisi tentang pembahasan kesenjangan data yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat. BAB V sebagai akhir dari karya tulis ilmiah ini yaitu penutup yang berisi tentang uraian, kesimpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dengan penyusunan karya tulis ilmiah ini, dan terakhir DAFTAR PUSTAKA.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

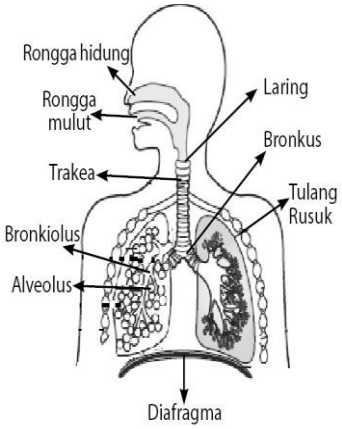
Kanker paru merupakan semua penyakit keganasan di paru, mencakup keganasan yang berasal dari paru sendiri (primer). Dalam pengertian klinik yang dimaksud dengan kanker paru primer adalah tumor ganas yang berasal dari epitel bronkus (karsinoma bronkus/*bronchogenic carcinoma*) (Kemenkes RI, 2017). Kanker paru atau disebut karsinoma bronkogenik merupakan tumor ganas primer sistem pernapasan bagian bawah yang bersifat *epithelial* dan berasal dari mukosa.

Percabangan bronkus (Nurarif & Kusuma, 2015). Kanker paru adalah keganasan yang berasal dari luar paru maupun yang berasal dari paru sendiri (primer), dimana kelainan dapat disebabkan oleh kumpulan perubahan genetika pada sel epitel saluran nafas yang dapat mengakibatkan proliferasi sel yang tidak dapat dikendalikan. (Purba & Wibisono, 2015).

Kanker paru adalah pertumbuhan sel kanker yang tidak terkendali dalam jaringan paru-paru yang dapat disebabkan oleh karsinogen lingkungan, terutama asap rokok. (Zuyina Luklukaningsih, 2011).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa kanker paru adalah tumor berbahaya yang tumbuh di paru, sebagian besar kanker paru berasal dari sel-sel di dalam paru tapi dapat juga berasal dari bagian tubuh lain yang terkena kanker.

2. Anatomi Fisiologi



a. Rongga hidung dan Nasal

Dilapisi dengan epitelium silinder dan sel spitel berambut yang mengandung sel cangkir atau sel lendir sehingga permukaan nares

basah dan berlendir. Selaput lendir ini kaya akan pembuluh darah, yang bersambung dengan lapisan farinx dan dengan semua sinus yang mempunyai lubang masuk dalam rongga hidung.

Sewaktu udara melalui hidung, udara disaring oleh bulu-ulu hidung (vestibulum) dan karena kontak dengan permukaan lendir yang dilaluinya membuat udara menjadi hangat. Penguapan air dari permukaan selaput lendir menyebabkan kondisi rongga hidung lembab. Hidung menghubungkan lubang-lubang sinus udara para nasalis yang masuk kedalam rongga hidung dan lubang naso-lakrimal yang menyalurkan air mata (bawah rongga nasalis).

b. Faring

Udara dari rongga hidung masuk ke faring. Faring berbentuk seperti tabung corong, terletak dibelakang rongga hidung dan mulut, dan tersusun dari otot rangka. Faring berfungsi sebagai jalannya udara dan makanan. Faring merupakan percabangan 2 saluran, yaitu saluran pernapasan (nasofaring) pada bagian depan dan saluran pencernaan (orofaring) pada bagian belakang.

c. Laring

Laring terletak antara faring dan trakea. Laring tersusun atas sembilan buah tulang rawan. Bagian dalam dindingnya digerakkan oleh otot untuk menutup serta membuka glotis. Glotis adalah lubang mirip celah yang menghubungkan trakea dengan faring. Laring memiliki katup yang disebut epiglotis. Pada saat menelan makanan, epiglotis tertutup sehingga makanan tidak masuk ke tenggorokan tetapi menuju kerongkongan. Makan sambil berbicara dapat mengakibatkan makanan masuk ke saluran pernapasan karena saluran pernapasan pada saat tersebut sedang terbuka. Walaupun demikian, saraf kita akan mengatur agar peristiwa menelan, bernapas, dan berbicara tidak terjadi bersamaan sehingga mengakibatkan gangguan kesehatan. Di dalam laring, selain terdapat epiglotis juga ditemukan adanya pita suara. Masuknya udara melalui faring akan menyebabkan pita suara bergetar dan terdengar sebagai suara.

d. Trakea

Berupa pipa yang dindingnya terdiri atas 3 lapisan, yaitu lapisan luar terdiri atas jaringan ikat, lapisan tengah terdiri atas otot polos dan cincin tulang rawan, dan lapisan dalam terdiri atas jaringan epitelium besilia. Terletak di leher bagian depan kerongkongan.

e. Percabangan Bronkus

1) Bronkus

Bronkus merupakan percabangan trakea yang menuju paru-paru kanan dan kiri. Struktur bronkus sama dengan trakea, hanya dindingnya lebih halus. Kedudukan bronkus kiri lebih

mendatar dibandingkan bronkus kanan, sehingga bronkus kanan lebih mudah terserang penyakit.

2) Bronkeolus

Bronkeolus adalah percabangan dari bronkus, saluran ini lebih halus dan dindingnya lebih tipis. Bronkeolus kiri berjumlah 2, sedangkan kanan berjumlah 3, percabangan ini akan membentuk cabang yang lebih halus seperti pembuluh.

3) Alveolus

Berupa saluran udara buntu membentuk gelembung-gelembung udara, dindingnya tipis setebal selapis sel, lembab dan berlekatan dengan kapiler darah. Alveolus berfungsi sebagai permukaan respirasi, luas total mencapai 100 m2 (50x luas permukaan tubuh) cukup untuk melakukan pertukaran gas keseluruh tubuh.

f. Paru-paru

Berjumlah sepasang terletak didalam rongga dada kiri dan kanan. Paru-paru kanan (pulmo dexter) memiliki 3 lobus (gelambir), sedangkan paru-paru kiri (pulmo sinister) memiliki 2 lobus (gelambir). Di dalam paru-paru ini terdapat alveolus yang berjumlah kurang lebih 300 juta buah. Bagian luar paru-paru dibungkus oleh selaput pleura untuk melindungi paru-paru dari gesekan ketika bernapas, berlapis 2 dan berisi cairan pleura. Antara selaput luar dan selaput dalam terdapat rongga berisi cairan pleura yang berfungsi sebagai pelumas paru-paru. Cairan pleura berasal dari plasma darah yang masuk secara eksudasi. Paru-paru dibungkus oleh pleura. Pleura ada yang menempel langsung ke paru, disebut sebagai pleura visceral. Sedangkan pleura parietal menempel pada dinding rongga dada dalam. Diantara pleura visceral dan pleura parietal terdapat cairan pleura yang berfungsi sebagai pelumas sehingga memungkinkan pergerakan dan pengembangan paru secara bebas tanpa ada gesekan dengan dinding dada.

3. Etiologi

a. Merokok

Merokok merupakan faktor yang berperan paling penting yaitu 85% dari seluruh kasus. Kejadian kanker paru pada perokok dipengaruhi oleh usia mulai merokok, jumlah batang rokok yang diisap setiap hari, lamanya kebiasaan merokok, dan lamanya berhenti merokok.

b. Perokok pasif

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa pada orang-orang yang tidak merokok, tetapi menghirup asap rokok dari orang lain, resiko menderita kanker paru meningkat dua kali lipat.

c. Polusi udara

Kematian akibat kanker paru juga berkaitan dengan polusi udara, tetapi pengaruhnya kecil bila dibandingkan dengan merokok. Kematian akibat kanker paru jumlahnya dua kali lebih banyak di daerah perkotaan dibandingkan dengan daerah pedesaan.

d. Paparan zat karsinogen
   Beberapa zat karsinogen seperti asbestos, uranium, radon, arsen, kromium, nikel, polisiklik hidrokarbon, dan vinil klorida dapat menyebabkan kanker paru. Resiko kanker paru diantara pekerja yang menangani asbes kira-kira sepuluh kali lebih besar daripada masyarakat umum.
e. Genetik
   Terdapat bukti bahwa anggota keluarga pasien kanker paru beresiko lebih besar terkena penyakit ini. Penelitian sitogenik dan genetik molekuler memperlihatkan bahwa mutasi pada *protoonkogen* dan gen-gen penekan tumor memiliki arti penting dalam timbul dan berkembangnya kanker paru.
f. Penyakit paru
   Penyakit paru seperti tuberkulosis dan penyakit obstruktif kronik juga dapat menjadi resiko kanker paru. Seorang dengan penyakit paru obstruktif kronik beresiko empat sampai enam kali lebih besar terkena kanker paru.
g. Metastase dari organ lain
   Kanker paru yang merupakan metastase dari organ lain adalah kanker paru sekunder. Paru-paru menjadi tempat berakhirnya sel kanker yang ganas. Meskipun stadium penyakitnya masih awal, seolah-olah pasien menderita penyakit kanker paru stadium akhir. Di bagian organ paru, sel kanker terus berkembang dan bisa mematikan sel imunologi. Artinya sel kanker bersifat imortal dan bisa menghancurkan sel yang sehat supaya tidak berfungsi. Paru-paru itu adalah *end* organ bagi sel kanker atau tempat berakhirnya sel kanker, yang sebelumnya dapat menyebar di area payudara, ovarium, usus, dan lain-lain.

4. Patofisiologi
   Dari etiologi yang menyebabkan kanker paru ada dua jenis yaitu primer dan sekunder. Primer yaitu berasal dari merokok, asap pabrik, zat karsinogen dll. Sekunder berasal dari metastase organ lain. Etiologi primer menyerang percabangan segmen/sub bronkus menyebabkan cilia hilang. Fungsi dari cilia ini adalah menggerakkan lendir yang akan menangkap kotoran kecil agar keluar dari paru-paru. Jika cilia hilang maka akan terjadi deskumasi sehingga timbul pengendapan karsinogen. Dengan adanya pengendapan karsinogen maka akan menimbulkan ulserasi bronkus dan menyebabkan metaplasis, *hyperplasia* dan displasia yang selanjutnya akan menyebabkan Ca

paru. Ca paru ada beberapa jenis yaitu karsinoma sel skuamosa, adenokarsinoma, karsinoma sel bronkoalveolar dan karsinoma sel besar. Setiap lokasi memiliki tanda dan gejala khas masing-masing. Pada karsinoma sel skuamosa, karsinoma bronkus akan menjadi berkembang sehingga batuk akan lebih sering terjadi yang akan menimbulkan iritasi, ulserasi, dan pneumonia yang selanjutnya akan menimbulkan himoptosis. Pada adenokarsinoma akan menyebabkan meningkatnya produksi mukus yang dapat mengakibatkan penyumbatan jalan nafas. Sedangkan pada karsinoma sel bronkoalveolar sel akan membesar dan cepat sekali bermetastase sehingga menimbulkan obstruksi bronkus dengan gejala dispnea ringan. Pada karsinoma sel besar akan terjadi penyebaran neoplastik ke mediastinum sehingga timbul area pleuritik dan menyebabkan nyeri kronis. Pada stadium lanjut, penurunan berat badan biasanya menunjukkan adanya metastase, khususnya pada hati. Kanker paru dapat bermetastase ke struktur-struktur terdekat seperti kelenjar limfe, dinding esofagus, pericardium, otak tulang rangka (Nurarif & Kusuma, 2015).

5. Manifestasi Klinik
    1. Gejala awal : stridor lokal dan dispnea ringan yang mungkin disebabkan oleh obstruksi pada bronkus.
    2. Gejala umum :
        1) Batuk : kemungkinan akibat iritasi yang disebabkan oleh massa tumor. Batuk mulai sebagai batuk kering tanpa membentuk sputum, tetapi berkembang sampai titik dimana dibentuk sputum yang kental dan purulen dalam berespon terhadap infeksi sekunder.
        2) Hemoptisis : sputum bersemu darah karena sputum melalui permukaan tumor yang mengalami ulserasi.
        3) Anoreksia, lelah, berkurangnya berat badan.

6. Pemeriksaan Penunjang

    Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada kanker paru ini adalah pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium ditujukan untuk (Purba & Wibisono, 2015):
    a. Menilai seberapa jauh kerusakan yang ditimbulkan oleh kanker paru.
    b. Kerusakan pada paru dapat dinilai dengan pemeriksaan faal paru atau pemeriksaan analisis gas.
    c. Menilai seberapa jauh kerusakan yang ditimbulkan oleh kanker paru pada organ-organ lainnya.

d. Menilai seberapa jauh kerusakan yang ditimbulkan oleh kanker paru pada jaringan tubuh baik oleh karena tumor primernya maupun oleh karena metastasis.

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah :

1) Radiologi

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

2) Sitologi

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

3) Bronkoskopi

Setiap pasien yang dicurigai menderita tumor bronkus merupakan indikasi untuk bronkoskopi. Dengan menggunakan bronkoskop fiber optik, perubahan mikroskopik mukosa bronkus dapat dilihat berupa nodul atau gumpalan daging. Bronkoskopi akan lebih mudah dilakukan pada tumor yang letaknya di sentral. Tumor yang letaknya di parifer sulit dicapai oleh ujung bronkoskop.

4) Biopsi Transtorakal

Biopsi aspirasi jarum halus transtorakal banyak digunakan untuk mendiagnosis tumor pada paru terutama yang terletak di perifer.

5) Torakoskopi

Torakoskopi adalah cara lain untuk mendapatkan bahan guna pemeriksaan histopatologik untuk kanker paru. Torakoskopi adalah pemeriksaan dengan alat torakoskop yang ditusukkan dari kulit dada kedalam rongga dada untuk melihat dan mengambil sebagian jaringan paru yang tampak.

6) CT-Scan Thorax

7. Komplikasi

Berikut berbagai komplikasi kanker paru, di antaranya:

1. Efusi pleura

Efusi pleura adalah penumpukan cairan di sekitar paru-paru yang menyebabkan nyeri dan sesak napas. Komplikasi kanker paru ini terjadi pada sekitar 30% penderita kanker paru stadium 4.

Berbagai tanda dan gejala efusi pleura meliputi:

- Sering batuk
- Nyeri di bahu, dada, dan punggung
- Sesak napas
- Muncul suara nyaring setiap bernapas
- Bronkitis
- Pneumonia
- Batuk berdahak
- Batuk darah
- Perubahan suara

Adanya sel-sel kanker di dalam cairan pleura sering kali mengarah pada efusi pleura ganas. Akan tetapi, tidak semua kasus efusi pleura terjadi pada penderita kanker paru. Dokter akan melakukan rontgen dada, CT scan dada, atau MRI untuk memastikan penyebabnya.

2. Neuropati

   Neuropati adalah sensasi mati rasa atau kesemutan di tangan dan kaki akibat kerusakan jaringan saraf. Kondisi ini bisa menjadi salah satu komplikasi kanker paru yang perlu diwaspadai.

   Sel kanker yang tumbuh di dekat saraf lengan atau bahu umumnya membuat penderita merasakan sakit dan kelemahan pada tangan maupun kaki. Sedangkan bila tumor muncul di dada, tumor tersebut dapat memengaruhi saraf yang terhubung ke kotak suara dan menyebabkan suara serak hingga perubahan suara.

3. Komplikasi Jantung

   Jika sel kanker tumbuh di dekat jantung atau pembuluh darah besar, maka sel-sel kanker tersebut akan menekan atau menyumbat pembuluh darah besar di sekitar jantung. Kondisi ini dapat menyebabkan bagian atas tubuh membengkak, mulai dari bagian dada, leher, hingga wajah.

   Sejumlah perawatan kanker paru seperti radiasi atau kemoterapi juga dapat memicu gangguan pada jantung. Melansir *dari Very Well Health,* obat kemoterapi dapat meningkatkan resiko penyakit jantung koroner, kelainan katup jantung, hingga gagal jantung.

4. Kompresi Sumsum Tulang Belakang

   Kompresi sumsum tulang belakang terjadi ketika sel kanker paru mulai menyebar ke tulang. Kondisi ini umumnya ditandai dengan melemahnya struktur tulang hingga kerusakan tulang belakang.

Gejala kompresi sumsum tulang belakang biasanya diawali dengan rasa sakit di leher atau punggung bagian bawah. Lama-kelamaan, komplikasi kanker paru ini akan terasa semakin nyeri hingga menyebabkan hilangnya sensasi pada daerah ekstermitas (lengan dan kaki). Jika sumsum tulang belakang yang rusak di bagian tulang belakang bagian bawah, artinya penderita mengalami *Cauda Equina Syndrome* yang dapat menurunkan fungsi kandung kemih dan saluran pencernaan disertai rasa sakit yang parah.

5. Penyebaran Sel Kanker ke Organ Lain

   Komplikasi kanker paru yang paling serius adalah menyebarnya sel kanker dari paru-paru ke bagian tubuh lainnya. Beberapa sel kanker dapat berjalan melalui sistem limfatik atau melalui aliran darah hingga mencapai organ tubuh lainnya.

   Menurut *Cancer Reasearch UK,* sel kanker paru kemungkinan besar menyebar ke;

   - Kelenjar getah bening, yaitu di dada, perut, leher, atau ketiak
   - Hati
   - Tulang
   - Otak
   - Kelenjar adrenal

8. Penatalaksanaan

   Tujuan pengobatan kanker dapat berupa :

   1. Pembedahan

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

   2. Toraktomi Eksplorasi

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

   3. Pneumonektomi (pengangkatan paru)

      Karsinoma bronkogenik bilamana dengan lobektomi tidak semua lesi bisa diangkat.

   4. Radiasi

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

   5. Kemoterapi

      Kemoterapi digunakan untuk menganggu pola pertumbuhan tumor, untuk menangani pasien dengan tumor paru sel kecil

atau dengan metastasi luas serta untuk melengkapi bedah atau terapi radiasi.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan yang dikaji meliputi data saat ini dan masalah yang lalu. Perawat mengkaji klien atau keluarga dan berfokus kepada manifestasi klinik dari keluhan utama, kejadian yang membuat kondisi sekarang ini, riwayat perawatan dahulu, riwayat keluarga dan riwayat psikososial. Riwayat kesehatan dimulai dari biografi klien, dimana aspek biografi yang sangat erat hubungannya dengan gangguan oksigenasi mencakup usia, jenis kelamin, pekerjaan (terutama yang berhubungan dengan kondisi tempat kerja) dan tempat tinggal. Keadaan tempat tinggal mencakup kondisi tempat tinggal serta apakah klien tinggal sendiri atau dengan orang lain yang nantinya berguna bagi perencanaan pulang *(discharge planning).*

b. Keluhan utama

Keluhan utama akan menentukan prioritas intervensi dan mengkaji pengetahuan klien tentang kondisinya saat ini. Keluhan utama yang biasa muncul pada klien gangguan kebutuhan oksigen dan karbondioksida antara lain : batuk, peningkatan produksi sputum, dyspnea, hemoptysis (sputum mengandung darah), nyeri dada, sesak napas,mengi, *wheezing*, stridor dan *chest pain*.

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Perawat menanyakan tentang riwayat penyakit pernapasan klien. Secara umum perawat menanyakan tentang riwayat merokok sigaret merupakan penyebab penting kanker paru-paru, emfisema dan bronchitis kronik. Semua keadaan itu sangat jarang menimpa non perokok. Anamnesis harus mencakup hal : usia mulainya merokok secara rutin, rata-rata jumlah rokok yang terhisap perhari, usia melepas kebiasaan merokok, pengobatan saat ini dan masa lalu, alergi, dan tempat tinggal.

d. Riwayat kesehatan keluarga

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

e. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi dada untuk mengetahui : deformitus atau ketidakseimbangan, retraksi interkostal, gangguan atau penyimpangan gerakan pernapasan , frekuensi, irama, kedalaman dan upaya bernapas, retraksi inspirasi pada area supraklavikular.
2) Palpasi dada untuk mengetahui : nyeri tekan, pengkajian terhadap abnormalitas yang dapat dilihat, ekspansi pernapasan, fremitus taktil.
3) Perkusi dada bunyi jantung normal mungkin tidak ada pada emfisema.
4) Auskultasi : bunyi napas, bunyi napas tambahan (*crackles*/rales, mengi atau *ronchi*, dan *wheezing*), jika ada indikasi, bunyi suara yang ditransmisikan.

Pengkajian menurut 11 pola gordon

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan.
   Yang perlu dikaji adalah bagaimana pola sehat sejahtera, pengetahuan tentang gaya hidup dan hubungan sosial yang baik.
b. Pola nutrisi dan metabolik.
   Yang perlu dikaji adalah pola makan biasa dan masukan cairan pasien, tipe makanan dan cairan, peningkatan/penurunan berat badan, nafsu makan, pilihan makanan, adanya mual dan muntah, lidah kotor dan rasa pahit.
c. Pola eliminasi
   Yang perlu dikaji adalah pola defekasi, pasien berkemih, penggunaan alat bantu, penggunaan obat-obatan.
d. Pola aktivitas latihan
   Yang perlu dikaji adalah pola aktivitas pasien, latihan dan rekreasi, kemampuan untuk mengusahakan aktivitas sehari-hari.
e. Pola tidur dan istirahat
   Yang perlu dikaji adalah bagaimana pola tidur pasien selama 24 jam, bagaimana kualitas dan kuantitas tidur pasien, apa ada gangguan tidur atau penggunaan obat-obatan untuk mengatasi gangguan tidur.
f. Pola persepsi kognitif
   Yang dikaji adalah fungsi indra pasien dan kemampuan persepsi.
g. Pola persepsi dan konsep diri
   Yang perlu dikaji adalah bagaimana sikap pasien mengenai persepsinya tentang kemampuannya, pola emosional, citra diri, identitas dan peran diri.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama
   Kaji kemampuan pasien dalam hubungan dengan orang lain. Bagaimana kemampuan dalam menjalankan perannya.
i. Pola reproduksi dan seksualitas
   Yang dikaji adalah efek penyakit terhadap seksualitas pasien.
j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres
   Yang perlu dikaji adalah bagaimana kemampuan pasien dalam menghadapi stres dan adanya sumber pendukung.
k. Pola nilai dan kepercayaan
   Kaji bagaimana kepercayaan pasien, apakah penyakit pasien memengaruhi atau mengganggu kegiatan ibadah.

2. Diagnosa keperawatan
   1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan.
   2. Nyeri akut b/d agens cedera biologis.
   3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis.
   4. Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
   5. Kerusakan pertukaran gas b/d hipoventilasi.
   6. Ketakutan/ansietas.
   7. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, tindakan, prognosis.
3. Intervensi keperawatan
   1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan.
      Intervensi :
      a. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam
      b. Atur posisi semi fowler
      c. Observasi TTV
      d. Auskultasi suara nafas
      e. Berkolaborasi untuk memberikan antibiotik
   2. Nyeri akut b/d agen cedera biologis.
      Intervensi :
      a. Kaji tingkat nyeri, beratnya (0-10)
         Rasional : berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan.
      b. Berikan istirahat dngan semi fowler
         Rasional : dengan posisi semi fowler dapat menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang.
      c. Anjurkan klien untuk menghindari makanan yang dapat meningkatkan kerja asam lambung
         Rasional : mencegah terjadinya perih pada ulu hati/epigastrium.
      d. Observasi TTV tiap 24 jam
         Rasional : sebagai indikator untuk melanjutkan intervensi berikutnya.
      e. Diskusikan dan ajarkan teknik relaksasi

Rasional : mengurangi rasa nyeri atau dapat terkontrol.

f. Kolaborasi dengan pemberian obat analgesik
   Rasional : menghilangkan rasa nyeri dan mempermudah kerjasama dengan intervensi terapi lain.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis.
   Intervensi :
   a. Identifikasi perubahan berat badan terakhir
      Rasional : memantau perubahan berat badan.
   b. Bantu pasien makan jika tidak mampu
      Rasional : membantu pasien makan
   c. Berikan makanan sedikit tapi sering
      Rasional : meningkatkan nafsu makan
   d. Catat nutrisi pasien : turgor kulit, timbang berat badan, integritas mukosa mulut, kemampuan menelan, adanya bising usus, riwayat mual/muntah atau diare.
      Rasional : berguna dalam mendefinisikan derajat masalah dan yang tepat.
   e. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk diet yang tepat bagi pasien
      Rasional : diet sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
   Intervensi :
   a. Identifikasi aktivitas-aktivitas pasien yang diinginkan dan sangat berarti baginya.
      Rasional : untuk meningkatkan motivasinya agar lebih aktif.
   b. Berikan latihan gerak pasif dan aktif
      Rasional : memperbaiki mekanika tubuh.
   c. Bantu klien dalam melakukan aktivitas yang memberatkan
      Rasional : menghindari hal yang dapat memperparah keadaan.
   d. Ajarkan kepada pasien latihan yang dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan
      Rasional : dapat meningkatkan pernafasan dan secara bertahap meningkatkan aktivitas.
   e. Beri dukungan dan dorongan pada tingkat aktivitas pasien yang dapat ditoleransi
      Rasional : untuk membantu pasien membangun kemandirian.

.

5. Kerusakan pertukaran gas b/d hipoventilasi.
   Intervensi :
   a. Kaji status pernafasan dengan sering, catat peningkatan frekuensi atau upaya pernafasan atau perubahan pola nafas
      Rasional : dispnea merupakan mekanisme kompensasi adanya tahanan jalan nafas.
   b. Catat ada atau tidak adanya bunyi tambahan, misalnya krekels, mengi.
      Rasional : bunyi nafas dapat menurun, tidak sama atau tak ada pada area yang sakit. Krekels adalah bukti peningkatan cairan dalam area jaringan sebagai akibat peningkatan permeabilitas membrane alveolar-kapiler. Mengi adalah bukti adanya tahanan atau penyempitan jalan nafas sehubungan dengan mukus/edema serta tumor.
   c. Kaji adanya sianosis
      Rasional : penurunan oksigenasi bermakna terjadi sebelum sianosis. Sianosis sentral dari “organ” hangat. Contoh : lidah, bibir, dan daun telinga adalah paling indikatif.
   d. Kolaborasi pemberian oksigen lembab sesuai indikasi
      Rasional : memaksimalkan sediaan oksigen untuk pertukaran.
6. Ketakutan/ansietas.
   Intervensi :
   a. Observasi peningkatan gelisah, emosi labil
      Rasional : memburuknya penyakit dapat menyebabkan atau meningkatkan ansietas.
   b. Pertahankan lingkungan tenang dan sedikit rangsangan
      Rasional : menurunkan ansietas dengan meningkatkan relaksasi dan peghematan energi.
   c. Tunjukkan/bantu dengan teknik relaksasi, meditasi, bimbingan imajinasi
      Rasional : memberikan kesempatan untuk pasien menangani ansietasnya sendiri dan masih terkontrol.

Rasional : menurunkan ansietas dengan meningkatkan relaksasi dan peghematan energi.

d. Tunjukkan/bantu dengan teknik relaksasi, meditasi, bimbingan imajinasi
   Rasional : memberikan kesempatan untuk pasien menangani ansietasnya sendiri dan masih terkontrol.
e. Identifikasi persepsi pasien terhadap ancaman yang ada oleh situasi.
   Rasional : mebantu pengenalan ansietas/takut dengan mengidentifikasi tindakan yang dapat membantu untuk individu.
f. Dorong pasien untuk mengakui dan menyatakan perasaan
   Rasional : langkah awal dalam mengatasi perasaan adalah terhadap identifikasi dan ekspresi. Mendorong penerimaan situasi dan kemampuan diri untuk mengatasi.

7. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, tindakan, prognosis.
   Intervensi :
   a. Dorong belajar untuk memenuhi kebutuhan pasien. Berikan informasi dalam cara yang jelas/ringkas
      Rasional : sembuh dari gangguan gagal paru dapat sangat menghambat lingkup perhatian pasien, konsentrasi dan energi untuk penerimaan informasi.
   b. Berikan informasi verbal dan tertulis tentang obat
      Rasional : pemberian instruksi penggunaan obat yang aman memampukan pasien untuk tepat program pengobatan.
   c. Kaji konseling nutrisi tentang rencana makan; kebutuhan makanan kalori tinggi
      Rasional : pasien dengan masalah pernafasan berat biasanya mengalami penurunan berat badan anoreksia sehingga memerlukan peningkatan nutrisi untuk penyembuhan.
   d. Berikan pedoman untuk aktivitas.
      Rasional : Pasien harus menghindari untuk terlalu lelah dan mengimbangi periode istirahat dan aktivitas untuk meningkatkan stamina.

4. Discharge Planning

Discharge planning merupakan serangkaian keputusan dan aktivitas-aktivitas yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang berlanjut dan terkoordinasi ketika pasien akan pulang dari pelayanan kesehatan. *Discharge Planning* pada pasien kanker paru disusun berdasarkan tindakan keperawatan yang meliputi mandiri, edukasi dan kolaborasi yang disusun sebagai berikut :

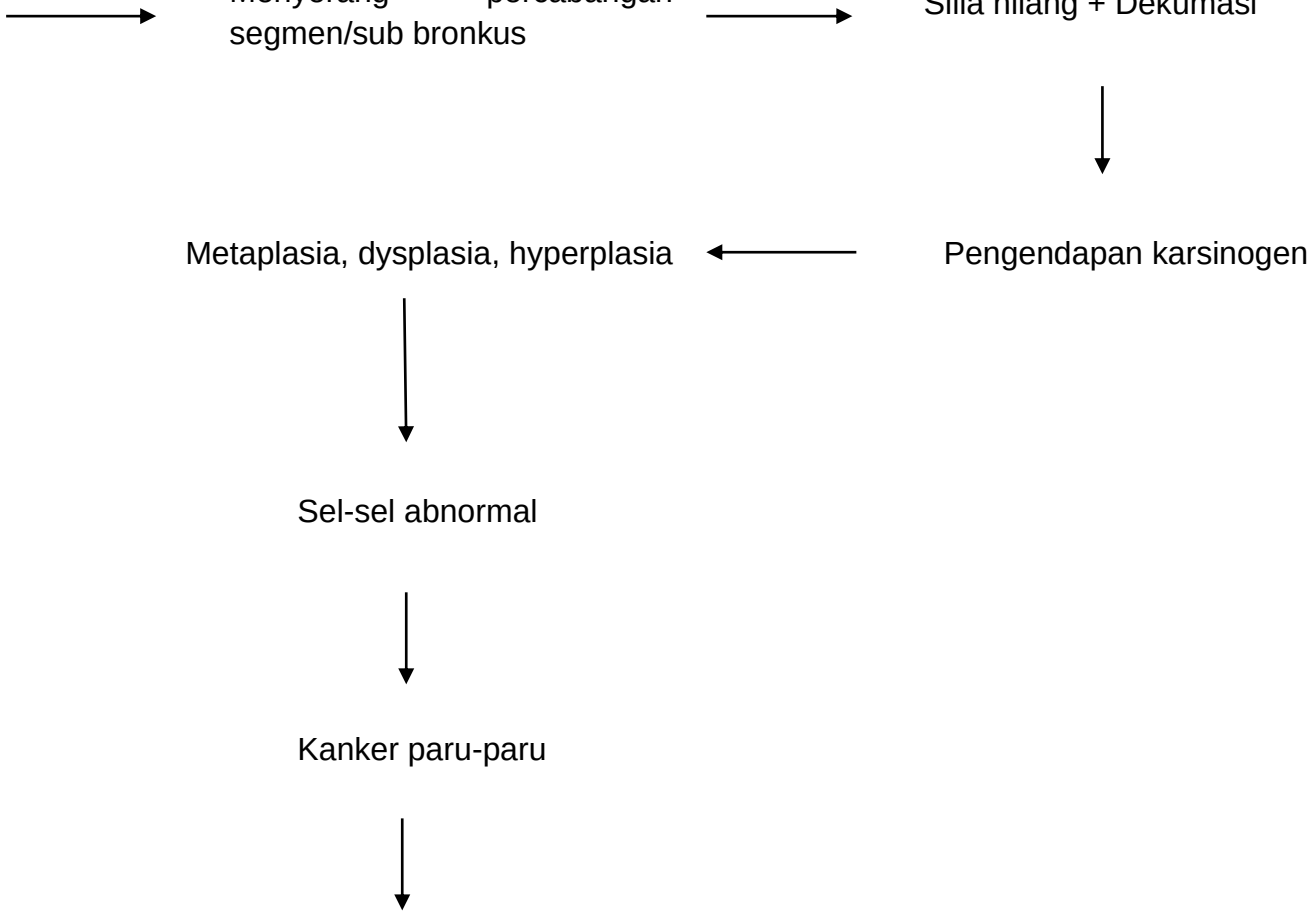
1. Motivasi klien untuk tidak merokok dan tidak berada didekat orang yang sedang merokok .

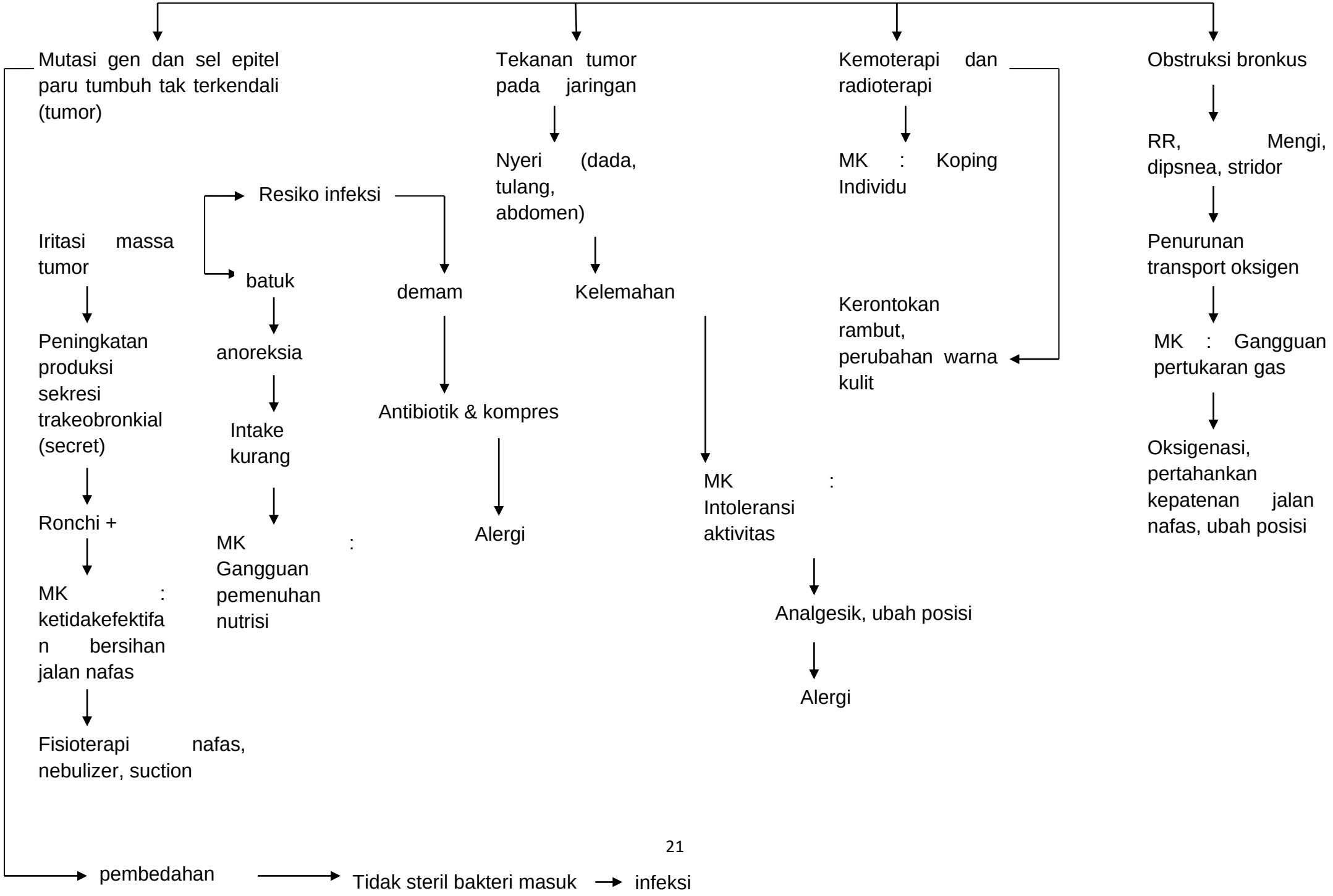
2. Hindari daerah yang banyak polusi udara atau pakailah masker untuk mencegah debu masuk ke saluran pernafasan.
3. Ajarkan kepada pasien untuk meningkatkan daya tahan tubuh, cukup istirahat dan makan makanan yang bergizi.
4. Ajarkan kepada pasien untuk menghindari menghirup zat karsinogenik (seperti asbestos,uranium,dll).

C. Patoflowdiagram

Faktor Resiko :

- Karsinogen
- Rokok
- Radon
- Gas
- Genetik
- Polusi udara
- Polusi industry




Mutasi gen dan sel epitel paru tumbuh tak terkendali (tumor)
Tekanan tumor pada jaringan
Kemoterapi dan radioterapi
Obstruksi bronkus
Nyeri (dada, tulang, abdomen)
MK : Koping Individu
RR, Mengi, dipsnea, stridor
Penurunan transport oksigen
Resiko infeksi
Iritasi massa tumor
batuk
demam
Kelemahan
Kerontokan rambut, perubahan warna kulit
MK : Gangguan pertukaran gas
Peningkatan produksi sekresi trakeobronkial (secret)
anoreksia
Antibiotik & kompres
Intake kurang
MK : Intoleransi aktivitas
Oksigenasi, pertahankan kepatenan jalan nafas, ubah posisi
Ronchi +
MK : Gangguan pemenuhan nutrisi
Alergi
Analgesik, ubah posisi
MK : ketidakefektifan bersihan jalan nafas
Alergi
Fisioterapi nafas, nebulizer, suction
pembedahan
Tidak steril bakteri masuk
infeksi

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Pengkajian

KAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Agnes Theresia Nona Adi

Tanggal Masuk RS : 1 April 2020 Autoanamnesa : ☑

Tanggal Pengkajian : 4 April 2020 Alloanamnesa : ☐

I. IDENTIFIKASI

A. PASIEN

Nama initial : Tn. Y
Umur : 50 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Status perkawinan : Kawin
Jumlah anak : 3
Agama/Suku :Islam
Warga Negara : Indonesia
Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
Pendidikan : SMA
Alamat rumah : Jalan Cendrawasih

B. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. A
Umur : 48 Tahun
Alamat : Jalan Cendrawasih
Hubungan dengan pasien : Istri

II. DATA MEDIK

Diagnosa medik
Saat masuk : Displasia + hemoptisis
Saat pengkajian : Ca paru

III. KEADAAN UMUM

A. KEADAAN SAKIT

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

Alasan : Pasien tampak sakit sedang, terpasang infus RL 500 cc di tangan kiri, terpasang O_2 nasal kanul 2 liter.

B. TANDA-TANDA VITAL

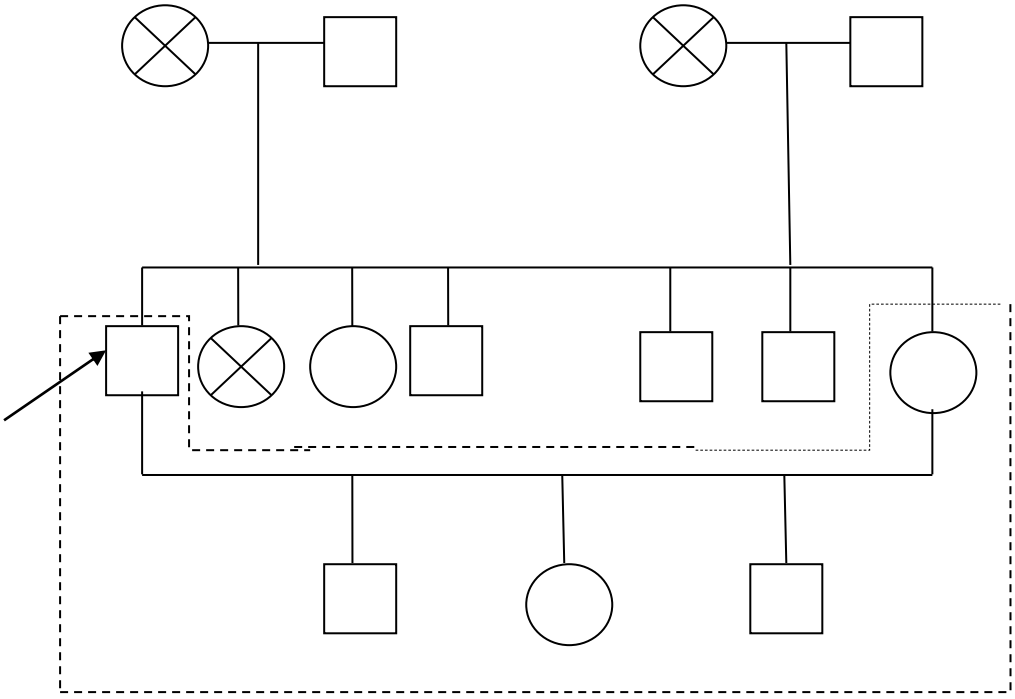
1. Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis
   Skala Koma Glasgow (kuantitatif)
   a) Respon motorik : 6
   b) Respon verbal : 5
   c) Respon membuka mata : 4

   Jumlah : 15
   Kesimpulan : Tidak coma
2. Tekanan darah : 130/90 mmHg
   MAP : 103,33 mmHg
   Kesimpulan : Fungsi ginjal memadai
3. Suhu : 37 ^{0}C Oral [ ] Axilla [✓] Rectal [ ]
4. Pernafasan : 23 x/menit
   Irama : [✓] Teratur [ ] Bradipnea [ ] Takipnea
   [ ] Kusmaull [ ] Cheynes-stokes
   Jenis : [✓] Dada [ ] Perut
5. Nadi : 85x/menit
   Irama : [✓] Teratur [ ] Bradikardi [ ] Takikardi
   [✓] Lemah [ ] Kuat

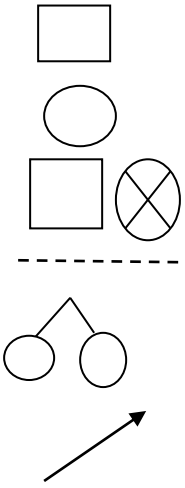
C. PENGUKURAN

1. Lingkar lengan atas : 20 cm
2. Tinggi badan : 165 cm
3. Berat badan : 47 kg
4. IMT (Indeks Massa Tubuh) : 17,26
   Kesimpulan : tubuh kurang pangan

D. GENOGRAM



Keterangan :



: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Tinggal Serumah

: Wanita Kembar 1 telur

: Pasien

IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting, oleh sebab itu setiap hari dia rutin berolahraga untuk menjaga kesehatan dan makan makanan yang bergizi namun ia tidak bisa berhenti merokok, sekalipun dia tahu bahwa merokok itu dapat mengakibatkan berbagai penyakit. Pasien mengatakan ia termasuk

perokok yang aktif biasanya menghabiskan rokok 1 bungkus dalam 1 hari dan juga terkadang mengkonsumsi minuman beralkohol (bir).

2. Riwayat penyakit saat ini :
   a) Keluhan utama :
      Batuk
   b) Riwayat keluhan utama :
      Pasien mengatakan beberapa minggu lalu ia mulai batuk dan hanya membeli obat di apotik saja dan tidak dibawah ke puskesmas untuk berobat, karena pasien dan keluarga beranggapan bahwa itu hanya batuk biasa, namun setelah minum obat tidak kunjung sembuh dan lama kelamaan batuknya menjadi parah karena mengeluarkan dahak yang mengandung darah. Pasien mengeluh sesak nafas pada saat beraktifitas. Pasien juga mengatakan terasa nyeri pada dada seperti tertusuk-tusuk dan rasanya sakit terus menerus, dengan skala 5. Pasien dan keluarga pasien pun kaget, dan akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit Stella Maris pada tanggal 1 April 2020 jam 18.00. Pasien mengatakan batuk berdahak dan susah untuk mengeluarkannya. Pasien juga mengatakan sakit kerongkongan saat batuk. Pasien mengatakan batuk berlendir.
3. Riwayat penyakit yang pernah dialami :
   Pasien mengatakan ia tidak pernah mengalami penyakit yang lain selain penyakit yang dialami sekarang. Pasien juga mengatakan ia tidak pernah dirawat sebelumnya di rumah sakit.
4. Riwayat kesehatan keluarga :
   Pasien mengatakan tidak ada penyakit keturunan dalam keluarga.
5. Pemeriksaan fisik :
   a) Kebersihan rambut : tampak bersih
   b) Kulit kepala : tampak bersih
   c) Kebersihan kulit : tampak bersih
   d) Hygine rongga mulut : tampak kotor
   e) Kebersihan gentalia : tidak dikaji
   f) Kebersihan anus : tidak dikaji

B. POLA NUTRISI DAN METABOLIK
1. Keadaan sebelum sakit :
   Pasien mengatakan ia makan 3x dalam sehari dengan menu makanan nasi, sayur, daging dan buah-buahan. Pasien mengatakan ia biasa menghabiskan1piring nasi dan juga pasien mengatakan suka minum air putih .
2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia hanya dapat menghabiskan stengah porsi makanan, karena pasien tidak ada nafsu makan. Tetapi ia tetap banyak minum air putih.

3. Observasi : tampak pasien menghabiskan hanya stengah porsi makanan.

4. Pemeriksaan fisik
   a) Keadaan rambut : rambut tampak beruban
   b) Hidrasi kulit : finger print kembali dalam 3 detik
   c) Palpebra/conjungtiva : tidak tampak edema
   d) Sclera : tidak tampak ikterik
   e) Hidung : tampak simetris kiri dan kanan
   f) Rongga mulut : mulut berbau
   g) Gusi : tampak bersih
   h) Gigi : tampak gigi ompong
   i) Gigi palsu : tidak menggunakan gigi palsu
   j) Kemampuan mengunyah keras : pasien mampu Mengunyah keras
   k) Lidah : tampak lidah kotor
   l) Pharing : tidak ada pembesaran
   m) Kelenjar getah bening : tidak teraba pembesaran
   n) Kelenjar parotis : tidak ada pembesaran
   o) Abdomen
      Inspeksi : abdomen tampak datar
      Auskultasi : terdengar perstaltik usus
      Palpasi : tidak tampak benjolan pada abdomen
      Perkusi : terdengar suara tympani
   p) Kulit :
      Edema ☐ Positif ☑ Negatif
      Ikterik ☐ Positif ☑ Negatif
      Tanda-tanda radang : tidak ada peradangan
   q) Lesi : tidak ada lesi

C. POLA ELIMINASI
1. Keadaan sebelum sakit :
   Pasien mengatakan sebelum sakit ia biasanya BAB 1-2x sehari, dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan ia biasanya BAK 1-5x sehari, dengan warna kuning.
   Pasien mengatakan
2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit BAB 1x sehari dengan konsistensi keras dan berwarna kecoklatan. Pasien mengatakan BAK tetap seperti biasanya 1-5 kali sehari dengan warna kuning

3. Observasi :
   Pasien tidak menggunakan kateter.
4. Pemeriksaan fisik :
   a) Peristaltik usus : 30x/menit
   b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong
   c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☑ Negatif
   d) Mulut uretra :
   e) Anus : tidak dikaji
      Peradangan : tidak dikaji
      Hemorroid : tidak dikaji
      Fistula : tidak dikaji

D. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1. Keadaan sebelum sakit :
   Pasien mengatakan sebelum sakit ia rutin melakukan aktifitas seperti jalan-jalan pagi sebelum bekerja dan pada saat waktu senggang ia biasa melakukan olahraga tenis meja di rumahnya bersama anak-anaknya.
2. Keadaan saat sakit :
   Pasien mengatakan semenjak sakit ia tidak pernah lagi melakukan aktifitas seperti biasanya karena sesak nafas dan hanya bisa terbaring di tempat tidur dengan bantuan O_2. Pasien juga mengatakan ia merasa tidak bisa melakukan segala sesuatunya dengan sendiri hanya bisa dengan bantuan orang lain.
3. Observasi :
   a) Aktivitas harian
      Makan : 2
      Mandi : 2
      Pakaian : 2
      Kerapihan : 2
      Buang air besar : 2
      Buang air kecil : 2
      Mobilisasi di tempat tidur : 0
   b) Postur tubuh : agak membungkuk
   c) Gaya jalan : normal
   d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada
   e) Fiksasi : tidak ada
   f) Tracheostomi : tidak ada

0= Mandiri
1= Bantuan alat
2= Bantuan orang
3= Bantuan alat dan orang
4= Bantuan penuh

4. Pemeriksaan fisik
   a) Tekanan darah

Berbaring : 130/90 mmHg
Duduk : 130/90 mmHg
Berdiri : 130/90 mmHg
Kesimpulan : Hipotensi ortostatik ☐ Positif ☑ Negatif

b) HR : 80 bpm
c) Kulit : turgor kulit normal
Keringat dingin : Tidak ada
Basah : Tidak ada
d) JVP : 5-2 cmH2O
Kesimpulan : normal
e) Perfusi kapiler pembuluh kuku : kembali dalam 3 detik
f) Thorax dan pernafasan :

Inspeksi :
Bentuk thorax : Normal
Retraksi interkostal :
Sianosis : tidak tampak sianosis
Stridor : tidak terdengar stridor
Palpasi :
Vocal premitus
Perkusi :
☐ Sonor ☑ Redup ☐ Pekak
Auskultasi :
Suara nafas : bronchial
Suara ucapan : bronchoponi
Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung
Inspeksi
Ictus cordis : tidak tampak
Palpasi
Ictus cordis : ICS-5 pada linea medio clavicularis kiri
Perkusi
Batas atas jantung : ICS III linea sternalis sinistra
Batas bawah jantung : ICS V linea medioclavicula Sinistra
Batas kanan jantung : ICS III linea mediaclavicula Sinistra
Batas kiri jantung : linea axilacularis anterior
Auskultasi
Bunyi jantung II A : ICS-2 linea sternalis kanan
Bunyi jantung II P : ICS-2 linea sternalis kiri dan ICS-3 linea sternalis kiri
Bunyi jantung I T : ICS-4 linae sternalis kiri
Bunyi jantung I M : ICS-5 linea medio clavicularis

Kiri.

Bunyi jantung III irama Gallop : tidak ada

Murmur : tidak ada

Bruit : Aorta : tidak ada

A. Renalis : tidak ada

A. Femoralis : tidak ada

h) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : ☐ Positif ☑ Negatif

Rentang gerak : normal

Kaku sendi : tidak ada kaku sendi

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tidak ada fraktur

Parese : tidak tampak parese

Paralisis : tidak tampak paralisis

Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 :kekuatan penuh

Nilai 4 :kekuatan kurang dibanding sisi yang lain

Nilai 3 :mampu menahan tegak tapi tidak Mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 :tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 :tidak ada kontraksi otot, tidak mampu Bergerak

Reflex fisiologis : kontraksi otot

Reflex patologis : normal

Babinski :Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

:Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif

Clubbing jari-jari : tidak ada clubbing finger

Varises tungkai : tidak tampak

i) Collumna vertebralis :

Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis ☐ Skoliosis

Palpasi :

Kaku kuduk : tidak ada

E. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1. Keadaan sebelum sakit :
2. Pasien mengatakan sebelum sakit ia biasanya tidur siang sekitar 1 jam dan tidur pada malam hari sekitar 7 jam dan merasa segar pada saat bangun. Pasien mengatakan ia sering nonton TV sebelum tidur.
3. Keadaan saat sakit :
   Pasien mengatakan sejak sakit ia susah tidur pada siang maupun malam hari. Pasien mengatakan merasa sesak nafas dan nyeri pada dada. Pasien mengatak badannya terasa lemas karena tidak bisa tidur.
4. Observasi :
   Ekspresi wajah mengantuk : ☑ Positif ☐ Negatif
   Banyak menguap : ☑ Positif ☐ Negatif
   Palpebra inferior berwarna gelap ☑ Positif ☐ Negatif

F. POLA PERSEPSI KOGNITIF

1. Keadaan sebelum sakit :
   Pasien mengatakan ia tidak pernah menggunakan alat bantu pendengaran ataupun penglihatan.
2. Keadaan saat sakit :
   Pasien mengatakan tidak ada perubahan semenjak sakit
3. Observasi :
4. Pemeriksaan fisik
   a) Penglihatan
      Kornea : tampak jernih
      Pupil : isikor
      Lensa mata : tampak jernih
      Tekanan intra okuler (TIO) : normal kiri dan kanan
   b) Pendengaran
      Pina : simetris kiri dan kanan
      Kanalis : bersih
      Membran timpani : utuh dan memantulkan cahaya
   c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :
      Dapat merasakan gerakan.

G. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia seorang yang bertanggung jawab dalam keluarganya dan menjadi seorang yang tegas untuk anak-anaknya.

2. Keadaan saat sakit :
   Pasien mengatakan ia menyerahkan segalanya kepada Tuhan.
3. Observasi :
   a) Kontak mata : baik
   b) Rentang perhatian : baik
   c) Suara dan cara bicara : terdengar jelas
   d) Postur tubuh : tegak
4. Pemeriksaan fisik
   a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
   b) Bentuk/postur tubuh : -
   c) Kulit : -

H. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1. Keadaan sebelum sakit :
   Pasien mengatakan ia tinggal bersama istri dan ke-3 anaknya. Pasien mengatakan ia berperan sebagai kepala keluarga, dan istrinya sebagai ibu rumah tangga. Pasien juga berhubungan baik dengan semua tetangganya dan biasa berkumpul dengan tetangganya sekedar untuk bercerita.
2. Keadaan saat sakit :
   Pasien mengatakan semenjak sakit ia tidak bisa berkumpul lagi bersama tetangga dan keluarganya.
3. Observasi :
   Tampak tetangga pasien datang menjenguk

I. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1. Keadaan sebelum sakit :
   Pasien mengatakan ia seorang laki-laki yang mempunyai 3 orang anak. Pasien mengatakan ia menjadi ayah untuk anak-anaknya dalam keluarga.
2. Keadaan saat sakit :
   Pasien mengatakan semenjak sakit ia tidak lagi menjalankan perannya sebagai seorang ayah untuk melindungi dan mencari nafkah untuk anak-anaknya karena sakit yang di deritanya.
3. Observasi : tidak ada perilaku yang menyimpang

4. Pemeriksaan fisik : -

J. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES
   1. Keadaan sebelum sakit :
      Pasien mengatakan ia seringkali marah ketika ada hal yang yang tidak sesuai dengan keinginannya ,dan juga dapat mengontrol diri ketika marah dan untuk mengatasi masalah pasien dibantu istrinya.
   2. Keadaan saat sakit :
      Pasien mengatakan semenjak sakit ia lebih pasrah lagi menjalani penyakit yang dideritanya.
   3. Observasi :

K. POLA SISTIM NILAI KEPERCAYAAN
   1. Keadaan sebelum sakit :
      Pasien mengatakan ia menganut agama islam . setiap hari rajin melakukan sholat 5 waktu dan rajin ke masjid untuk beribadah dan mendengar ceramah dari ustad.
   2. Keadaan saat sakit :
      Pasien mengatakan semenjak sakit ia suudah jarang melakukan sholat 5 waktu karena sakit.
   3. Observasi :
      Tidak ada alat untuk beribadah

V. UJI SARAF KRANIAL

A. N I : *Olfactorius* (penghiduan).
   pasien dapat mencium aroma wewangian (minyak kayu putih) dan dapat menyebutkannya dengan mata tertutup.

B. N II : *Opticus* (penglihatan).
   pasien mampu membaca dengan jelas deretan huruf dengan jarak 6 meter.

C. N III, IV dan VI : *Okulomotorius, Trochlearis, Abducens.*
D. Pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah, reflek pupil mengecil ketika disinari dan membesar pada saat gelap, reflek kornea.

E. N V : *Trigeminus.*

Sensorik : pasien mampu merasakan goresan tisu di bagian pipi dan rahang bawah dengan mata tertutup.
Motorik : pasien dapat menggigit

F. N VIII : *Vestibulo-acusticus.*
Vestibularis : pasien mampu menjaga keseimbangan
Akustikus : pasien mampu mendengar suara.

G. N IX : *Glossopharyngeus.*
Letak uvula di tengah, pasien mampu menelan.

H. N X : *Vagus.*
Letak uvula di tengah, pasien mampu menelan.

I. N XI : *Accessorius.*
Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan.

J. N XII : *Hypoglossus.*
Pasien mampumenjulurkan lidah pada posisi lurus, dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan dari arah dalam.

IV. DATA PENUNJANG

LABORATORIUM RS. "STELLA MARIS"
Jl. Somba Opu No. 273 Telp. (0411) 873346-871391-854341
MAKASSAR 90111

RM/PRWT/62

Penanggung Jawab Laboratorium :

1. **dr. Ruland D. N. Pakasi, Sp.PK (K)**
2. **dr. Sulina Y. Wibawa, Sp.PK**

Lab No :197716 **Clinical : dr. Felix Rusli**

Name : YUSRAN FADIL **Location/Room : IGD**

PID : 231892 **Date Received : 01-04-20 18:30**

Age : 50Y DOB : 11-07-1970 **Date Reported : 01-04-20 18:35**

Sex : MALE **Date Printed : 01-04-20 18:37**

Page : 1 of

CL.Info :

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE RANGES
HEMATOLOGY			
COMPLETE BLOOD COUNT			
WBC	**3.05**	**10^3/uL**	**4.8-10.2**
RBC	**6.10**	**10^6/uL**	**4.0-5.5**
HGB	**13.1**	**g/dl**	**12.2-16.2**
HCT	**40.1**	**%**	**37.7-47.9**
MCV	**79.4**	**fL**	**80.00-97.0**
MCH	**25.9**	**pg**	**26.0-31.0**
MCHC	**32.7**	**g/dl**	**31.8-35.4**
PLT	**393**	**10^3/uL**	**130.0-400.0**
RDW	**11.9**	**fL**	**11.5-14.5**
PDW	**10.4**	**fL**	**9.0-13.0**
MPV	**9.1**	**fL**	**7.2-11.1**

P-LCR	**17.4**	**%**	**15.0-25.0**
DIFF			
LYMPH	**16.8**	**%**	**10.0-50.0**
MXD	**-**	**%**	**1.0-20.0**
NEUT	**-**	**%**	**37.0-80.0**
LYMPH#	**1.10**	**10^3/uL**	**1.00-3.70**
MXD#	**-**	**10^9/L**	**0-1.2**
NEUT#	**-**	**10^9/uL**	**1.50-7.00**

KESAN / SARAN :

Pemeriksa :

Dr. Melissa Heidy, Sp.PK

B. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	Ds : Pasien mengatakan ia batuk berdahak dan susah untuk mengeluarkannya. Do : • Tampak pasien batuk berdahak • Tampak pasien lemah • Pasien tampak gelisah • Tampak pasien batuk berlendir • Suara nafas tambahan ronchi +	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	Mukus berlebihan
2	Ds : Pasien mengatakan nyeri pada dada. P : pada saat beraktivitas Q : tertusuk-tusuk R : Dada S : 5 T : terus menerus Do : • Tampak pasien meringis • Tampak pasien gelisah • Tampak pasien mengeluh sakit.	Nyeri akut	Agens cedera biologis
3	Ds : Pasien mengatakan sesak nafas pada saat beraktivitas dan pada saat berbaring/tidur. Do : • Tampak pasien menggunakan O_2 nasal kanul 2 liter • Tampak pasien lemas • Tampak pasien sering menguap.	Intoleran aktifitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

C. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebih.
2	Nyeri akut b/d agens cedera biologis.
3	Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

D. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC (Nursing Outcome Clasification)	NIC (Nursing Interventions Clasification)
I	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebih	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan dapat teratasi dengan kriteria hasil : Kepatenan jalan nafas. a. Kemampuan untuk mengeluarkan sekret. b. Suara nafas tambahan c. Batuk	Menajemen jalan nafas : a. Instruksikan melakukan batuk efektif. b. Auskultasi suara nafas tambahan. c. Berikan posisi untuk meringankan sesak nafas (semi fowler). d. Terapi nebulizer. e. Tinggikan kepala tempat tidur. f. Kolaborasi pemberian antibiotik.
II	Nyeri akut b/d agens cedera biologis.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan dapat teratasi dengan kriteria hasil : Kontrol nyeri a. Mengenali kapan nyeri terjadi. b. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik	Manajemen Nyeri : a. Lakukan pengkajian nyeri komperhensif. b. Ajarkan teknik penggunaan non farmakologi (relaksasi). c. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. d. Libatkan keluarga dalam modalitas penurun nyeri, jika memungkinkan. e. Kolaborasi pemberian obat analgesik

III	Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. Saturasi oksigen ketika beraktivitas. b. Kemudahan bernafas ketika beraktivitas.	Terapi Oksigen : a. Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. b. Memonitor peralatan oksigen untuk memastikan bahwa alat tersebut tidak menganggu upaya pasien untuk bernafas. c. Monitor kerusakan kulit terhadap adanya gesekan perangkat oksigen. d. Atur dan ajarkan pasien mengenai penggunaan perangkat oksigen yang memudahkan mobiitas.

E. Implementasi Keperawatan

Hari Ke-1

Tanggal	DX	Waktu	Implementasi	Perawat
5-04-20	I	07.30	Menginstruksikan melakukan batuk efektif H/ : pasien tampak mengikuti instruksi, dan bisa melakukannya.	Agnes
	II	08.00	Melakukan pengkajian nyeri komperhensif H/: P : pada saat beraktivitas Q : tertusuk-tusuk R : dada S : 5 T : terus menerus	Agnes
	I	08.15	Mendengarkan suara nafas tambahan H/ : Ronchi +.	Agnes
	I	09.00	Memberikan posisi yang nyaman untuk	Agnes

			meringankan sesak nafas (semifowler). H/: pasien tampak nyaman.	
	I	09.30	Memberikan terapi nebulizer H/: flixotide 2 ml dan combivent UDV 2,5 ml	Agnes
	I	10.00	Mengobservasi TTV H/: TD: 120/70 mmHg N : 85x/menit S : 37,5 ^{0}C P : 23x/menit	Agnes
	I	11.00	Meninggikan kepala tempat tidur H/: pasien tampak nyaman	Agnes
	I	11.30	Memberikan obat H/: Omeprazole IV (1 ampul) N-ace (1 tablet), paracetamol oral (1 Tablet)	Agnes
	II	12.00	Mengajarkan teknik non farmakologi (relaksasi). H/: pasien tampak mengikuti ajaran teknik relaksasi dan merasa legah	Agnes
	III	12.10	Mengatur dan mengajarkan pasien mengenai penggunaan perangkat oksigen yang memudahkan mobilitas. H/: pasien tampak leluasa bergerak.	Agnes
	III	14.30	Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. H/: tambahan oksigen 3 liter dan pasien merasa nyaman.	Agnes
	III	14. 50	Memonitor kerusakan kulit terhadap adanya gesekan perangkat oksigen. H/: tampak adanya luka lecet pada bagian pipi pasien.	Agnes
		16.00	Mengobservasi TTV H/: TD : 110/70 mmHg N : 87x/menit S : 36 ^{0}C P : 23x/menit	Agnes
	II	18.00	Memberikan obat analgesik H/: Ketorolac (1 ampul) IV	Vivi
	II	19.00	Melibatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri, jika memungkinkan. H/: keluarga tampak mengerti.	

	II	20.00	Mendukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. H/: tampak pasien belum bisa istirahat dengan nyaman.	Selfi
	III	21.30	Memonitor peralatan oksigen untuk memastikan bahwa alat tersebut tidak menganggu upaya pasien untuk bernafas. H/: tidak ada peralatan yang dapat menganggu pasien untuk bernafas.	Vivi
	I	23.30	Memberikan obat antibiotik. H/: Cefoperazone (1 vial) IV	Selfi

F. Evaluasi keperawatan

Hari : 1

No	Hari/Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
1	Selasa, 6 April 2020	Dx : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebih. S = pasien mengatakan batuknya sudah berkurang. Pasien mengatakan masih susah mengeluarkan dahaknya. O = - Tampak batuk pasien mulai Berkurang. - Tampak pasien lemah - Tampak pasien gelisah - Suara nafas tambahan ronchi + - Observasi TTV : TD : 120/70 mmHg N : 74x/menit S : 36^0C P : 23x/menit A = sudah teratasi sebagian P = lanjutkan intervensi	Agnes
2		Dx : nyeri akut b/d agens cedera biologis S = Pasien mengatakan nyeri pada dada.	Agnes

3		P = Pada saat beraktivitas Q = Tertusuk-tusuk R = Dada S = 5 T = Terus-menerus O = - Tampak pasien meringis - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien mengeluh sakit A = Belum Teratasi P = Lanjutkan intervensi Dx : Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S = Pasien mengatakan sesak nafas pada saat beraktivitas dan pada saat berbaring/tidur. O = - Tampak pasien menggunakan O_2 Nasal kanul 2 liter. - Tampak pasien lemas - Tampak pasien sering menguap. A = Belum Teratasi P = Lanjutkan Intervensi	Agnes

Implementasi keperawatan

Hari ke- 2

Tanggal	DX	Waktu	Implementasi Keperawatan	Perawat
6-04-20	II	08.15	Melakukan pengkajian nyeri komperhensif H/: P : pada saat beraktivitas Q : tertusuk-tusuk R : dada S : 4 T : terus menerus	Agnes

	I	09.00	Mendengarkan suara nafas tambahan H/ : suara nafas tambahan masih Ronchi +	Agnes
		09.30	Memberikan posisi yang nyaman untuk meringankan sesak nafas (semifowler). H/: pasien tampak nyaman.	Agnes
	I	09.45	Memberikan terapi nebulizer H/: flixotide 2 ml dan combivent UDV 2,5 ml	Agnes
	I	10.00	Mengobservasi TTV H/: TD: 130/80 mmHg N : 70x/menit S : 37 ^{0}C P : 23x/menit	Agnes
		11.30	Meninggikan kepala tempat tidur H/: pasien tampak nyaman	Agnes
		12.00	Memberikan obat H/: Codein (1 tablet) oral Omeprazole (1 vial) IV N-ace (1 tablet) oral	Agnes
	I	12.10	Mengajarkan teknik non farmakologi (relaksasi). H/: pasien sudah bisa melakukan teknik relaksasi sendiri dan merasa legah.	Selfi
		14.30	Atur dan ajarkan pasien mengenai penggunaan perangkat oksigen yang memudahkan mobilitas. H/: pasien tampak leluasa bergerak.	Selfi
	II	15.00	Memonitor kerusakan kulit terhadap adanya gesekan perangkat oksigen. H/: tampak adanya luka lecet pada bagian pipi pasien.	Agnes
	III	16.20	Mengobservasi TTV H/: TD : 110/70 mmHg N : 87x/menit S : 36 ^{0}C P : 23x/menit	Selfi
	II	19.00	Memberikan obat analgesik H/: Ketorolac (1 ampul) IV	Selfi
		20.00	Melibatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri, jika memungkinkan. H/: keluarga tampak mengerti.	Selfi

	II	21.30	Mendukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. H/: tampak pasien sudah mulai istirahat dengan nyaman.	Maria
	II	23.00	Memonitor peralatan oksigen untuk memastikan bahwa alat tersebut tidak menganggu upaya pasien untuk bernafas. H/: tidak ada peralatan yang dapat menganggu pasien untuk bernafas.	Maria
	III	23.30	Memberikan antibiotik. H/: Cefoperazone (1vial) IV	Maria

Evaluasi Keperawatan

Hari ke-2

No	Hari/Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
1	Selasa, 7 April 2020	Dx : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebih. S = pasien mengatakan batuknya sudah berkurang. Pasien mengatakan masih susah mengeluarkan dahaknya. O = - Tampak batuk pasien mulai Berkurang. - Tampak pasien lemah - Tampak pasien gelisah - Suara nafas tambahan ronchi + A = sudah teratasi sebagian P = lanjutkan intervensi	Agnes
2		Dx : Nyeri Akut b/d agens cedera biologis S = pasien mengatakan nyeri pada dada. Pasien mengatakan nyerinya sudah Agak berkurang. P : pada saat beraktivitas Q : tertusuk-tusuk R : dada S : 3 T : terus-menerus O = - Tampak pasien masih meringis - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien tidak terlalu mengeluh sakit. - Observasi TTV : TD : 130/80 mmHg N : 80x/menit S : 36,7^{0}C P : 23x/menit A = sudah teratasi sebagian P = lanjutkan intervensi	Agnes
3		Dx : Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S = Pasien mengatakan sesak nafas pada saat beraktivitas dan pada saat berbaring/tidur. O = - Tampak pasien menggunakan O_2	Agnes

		Nasal kanul 2 liter. - Tampak pasien lemas - Tampak pasien sering menguap. A = Belum Teratasi P = Lanjutkan Intervensi	

Implementasi Keperawatan

Hari ke- 3

Tanggal	DX	Waktu	Implementasi Keperawatan	Perawat
7-04-20	I	08.15	Melakukan pengkajian nyeri komperhensif H/: P : pada saat beraktivitas Q : tertusuk-tusuk R : dada S : 2 T : terus menerus	Agnes
	II	09.00	Mendengarkan suara nafas tambahan H/ : suara nafas tambahan masih Ronchi + +	Agnes
	I	09.30	Memberikan posisi yang nyaman untuk meringankan sesak nafas (semifowler). H/: pasien tampak nyaman.	Agnes
	I	09.50	Memberikan terapi nebulizer H/: flixotide 2 ml dan combivent UDV 2,5 ml	Agnes

			Mengobservasi TTV H/: TD: 130/80 mmHg N : 70x/menit S : 37 ^{0}C P : 23x/menit	Agnes
	I	11.30	Meninggikan kepala tempat tidur H/: pasien tampak nyaman	Selfi
		12.00	Memberikan obat. H/: Codein (1 tablet) oral Omeprazole (1 ampul) IV N-ace (1 tablet) oral	Selfi
	II	14.30	Mengatur dan mengajarkan pasien mengenai penggunaan perangkat oksigen yang memudahkan mobilitas. H/: pasien tampak leluasa bergerak.	Agnes
	III	14. 50	Memberikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. H/: tambahan oksigen 3 liter dan pasien merasa nyaman.	Agnes
	III	15.00	Memonitor kerusakan kulit terhadap adanya gesekan perangkat oksigen. H/: tampak adanya luka lecet pada bagian pipi pasien.	Agnes
		16.00	Mengobservasi TTV H/: TD : 110/70 mmHg N : 87x/menit S : 36 ^{0}C P : 23x/menit	Agnes
	I	18.00	Memberikan obat analgesik. H/: Ketorolac (1 ampul) IV	Agnes
	II	19.00	Melibatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri, jika memungkinkan. H/: keluarga tampak mengerti.	Vivi
	II	20.00	Mendukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. H/: tampak pasien sudah bisa beristirahat dengan nyaman.	Vivi
	III	21.30	Memonitor peralatan oksigen untuk memastikan bahwa alat tersebut tidak menganggu upaya pasien untuk bernafas.	Vivi

	I	23.00	H/: tidak ada peralatan yang dapat menganggu pasien untuk bernafas. Memberikan antibiotik. H/: cefoperazon (1 vial) IV	Maria

Evaluasi Keperawatan
Hari ke- 3

No	Hari/Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
1	Rabu, 8 April 2020	Dx : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebih. S = pasien mengatakan batuknya sudah berkurang. Pasien mengatakan masih susah mengeluarkan dahaknya. O = - Tampak batuk pasien mulai Berkurang. - Tampak pasien lemah - Tampak pasien gelisah - Suara nafas tambahan ronchi + A = sudah teratasi sebagian P = lanjutkan intervensi	Agnes
2		Dx : Nyeri Akut b/d agens cedera biologis S = pasien mengatakan nyeri pada dada.	

3		Pasien mengatakan nyerinya sudah Agak berkurang. P : pada saat beraktivitas Q : tertusuk-tusuk R : dada S : 3 T : terus-menerus O = - Tampak pasien masih meringis - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien tidak terlalu mengeluh sakit. A = sudah teratasi sebagian P = lanjutkan intervensi Dx : Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S = pasien mengatakan sesaknya sudah Sudah agak berkurang baik pada saat Beraktivitas maupun pada saat tidur. O = - Tampak pasien menggunakan O_2 nasal kanul 2 liter. - Tampak pasien sedikit legah - Tampak pasien sering menguap - Observasi TTV : TD : 110/70 mmHg N : 87x/menit S : 37,2^{0}C P : 23x/menit A = sudah teratasi sebagian P = lanjutkan intervensi	

G. Daftar Obat

1. Alprazolam
2. Ketorolac
3. Codein
4. Omeprazole
5. N-ace
6. Cefoperazone
7. Flixotide dan Combivent UDV

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. Y dengan diagnosa Ca paru, diruangan Rawat inap Bernadeth II RS Stella Maris Makassar pada tanggal 4-7 April 2020. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Ca paru sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas Asuhan Keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur keperawatan dimulai dari Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.

1. Pengkajian

   Pengkajian adalah merupakan tahap yag sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok.

   Dalam melakukan pengkajian pada pasien data didapatkan dari pasien, beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lain. Hasil pengkajian yang didapatkan pada kasus adalah pasien bernama Tn. Y, berusia 50 tahun, beragama islam, memiliki 3 anak, dan tinggal di jalan Cendrawasih. Masuk dengan keluhan batuk,sesak nafas dan mengeluh nyeri pada dada.

   a. Identitas Pasien

      Dalam melakukan pengkajian kasus pada pasien, penulis tidak mengalami kesulitan untuk mendapatkan data dari pasien, karena pasien mengalami kesadaran penuh (compos mentis) dan penulis juga mendapatkan data pasien dari keluarga.

   b. Keluhan Utama

      Pada keluhan utama yang didapatkan yaitu batuk.

   c. Riwayat Kesehatan Dahulu

      Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan data, karena pada kasus yang ditemui pasien juga terpapar asap rokok.

   d. Riwayat Kesehatan Keluarga

      Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga tidak ada mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita pasien. Karena di konsep teoritis terdapat keluarga menderita penyakit kanker. Namun pada teori kasus tidak ada keluarga pasien yang mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita pasien.

e. Pemeriksaan Fisik
   Dalam pengkajian pemeriksaan fisik pada teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat adanya kesenjangan data karena pemeriksaan sangat penting dilakukan untuk menggali sejauh mana perkembangan penyakit dan kondisi pasien.

2. Diagnosa Keperawatan
   Pada tinjauan teoritis ditemukan 7 Diagnosa Keperawatan
   1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan.
   2. Nyeri akut b/d agens cedera biologis.
   3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis.
   4. Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
   5. Kerusakan pertukaran gas b/d hipoventilasi.
   6. Ketakutan/ansietas.
   7. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, tindakan, prognosis.

   Sedangkan pada kasus ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu :

   1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan.
      Faktor pendukung diagnosa pertama yaitu saat dilakukan pengkajian pada Tn. Y pada tanggal 4 April 2020. pasien mengatakan batuk berdahak dan sulit untuk mengeluarkannya. Pasien mengatakan sakit kerongkongan pada saat batuk. Maka dari itu penulis mengajarkan pada pasien batuk efektif.
   2) Nyeri akut b/d agens cedera biologis.
      Faktor pendukung diagnosa kedua yaitu saat dilakukan pengkajian pada Tn. Y pada tanggal 4 April 2020. Pasien mengatakan nyeri pada dada saat beraktivitas seperti tertusuk-tusuk dengan skala 5 dan sakit terus menerus. Penulis memberi tahu ke pasien tentang skala nyeri yaitu : rentang 1-3 nyeri ringan (masih bisa ditahan, aktifitas tak terganggu) 4-6 nyeri sedang (menganggu aktifitas fisik) sedangkan 7-10 nyeri berat (tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri).
   3) Intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
      Faktor pendukung diagnosa ketiga yaitu pada saat pasien mengatakan sesak nafas pada saat beraktivitas dan pada saat berbaring/tidur.

3. Intervensi Keperawatan
   Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada pasien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana

tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan pasien.

4. Implementasi Keperawatan

   Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada pasien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada pasien dan keluarga pasien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui pasien dan keluarga pasien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

   Dalam melakukan rencana tindakan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

   a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan pasien dan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan keperawatan.
   b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga pasien dan keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan keperawatan.
   c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan.

5. Evaluasi keperawatan

   Dari 3 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan pasien, perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya. Penulis mengevaluasi selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 6-8 April 2020.

   a. Pada diagnosa 1 yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebih sudah teratasi sebagian, karena pasien sudah diajarkan batuk efektif.
   b. Pada diagnosa 2 yaitu nyeri akut b/d agens cedera biologis sudah teratasi sebagian, karena pasien diajarkan teknik relaksasi untuk mengatasi nyeri.
   c. Pada diagnosa 3 yaitu intoleran aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen sudah teratasi sebagian karena pasien dapat bergerak dengan leluasa dengan menggunakan perangkat oksigen.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dalam melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan kanker paru di dapatkan bahwa pasien mengeluh batuk, nyeri pada bagian dada dan mengeluh sesak nafas. Setiap hari pasien rajin berolahraga dan makan makanan bergizi tetapi kebiasaan pasien adalah merokok, biasanya pasien menghabiskan rokok minimal 1 bungkus perhari. Dalam hal ini penulis mengangkat 3 diagnosa prioritas yaitu : ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebih, nyeri akut b/d agens cedera biologis, dan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Dalam menyusun intervensi keperawatan di dapatkan yaitu : Manajemen jalan nafas, manajemen nyeri, dan terapi oksigen. Tindakan yang dilakukan penulis pada pasien adalah : menginstruksikan batuk efektif dan pasien mampu melakukannya dengan cara yang benar, mendengarkan suara nafas tambahan di dapatkan Ronchi + , meninggikan kepala tempat tidur agar pasien dapat bernafas dengan baik, melakukan pengkajian nyeri komperhensif, mengajarkan teknik relaksasi dan pasien mampu melakukannya dengan baik, mendukung istirahat/tidur yang adekuat untuk mambantu penurunan nyeri, dan memberikan obat analgesik dan antibiotik (kolaborasi). Dalam melakukan evaluasi pada pasien Tn. Y hasil yang di dapatkan adalah masalah teratasi sebagian karena tidak semua masalah bisa diatasi dalam waktu singkat.

B. Saran

Dalam menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kanker paru di perlukan pengkajian, konsep dan teori oleh seorang perawat. Informasi atau pendidikan kesehatan berguna untuk pasien dengan kanker paru misalnya mengurangi atau menghentikan kebiasaan merokok, memperhatikan lingkungan kerja terkait dengan polusinya, rajin berolahraga dan mengontrol kondisi paru. Dukungan psikologenik sangat berguna untuk pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Kemenkes RI. 2017. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Kanker Paru.
http://kanker.kemenkes.go.id/guidelines/PNPKParu.pdf

Keliat, Budi Anna.,et all. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017.*
Edisi 10. Jakarta: EGC.

Nurarif, Amin Huda & Kusuma, Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic Noc*.
Jogja: Medication

Stoppler, M.C. 2010. Kanker Paru. http://www.emedicinehealth/

Syaifuddin. 2011. *Anatomi Fisiologi: Kurikulum Berbasis kompetensi untuk keperawatan dan kebidanan Edisi 4.*
Jakarta: EGC

Guyton A.C. and J.E. Hall. 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran.* Edisi 9.
Jakarta: EGC

www.scrib.com / askep-ca-paru.

Agustinus, Andi S, (2000), *Pemeriksaan Fisik, Physical Assesment,* Jakarta, STIK St. Carolus.

Smeltzer, Suzanne, C, (2004), *Keperawatan Medikal Bedah,* Jakarta, EGC.

Price, Sylvia A and Wilson, Lorraine M. 1988. Patofisiologi. Konsep Klinik Proses-proses Penyakit.
Jakarta : EGC.

Suyono, Slamet, (2001), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam,* Jilid II, Edisi 3, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.