

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF  
PADA Tn. B. T YANG MENDERITA TUMOR PARU DIRUANG  
KELIMUTU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANES KOTA KUPANG”**



**OLEH :**

**GABRIELA INA SALI**

**NIM. PO.5303201181187**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN  
KEMENKES KUPANG**

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF  
PADA Tn. B. T YANG MENDERITA TUMOR PARU DI RUANG  
KELIMUTU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANES KOTA KUPANG**

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi pada Program Studi Diploma III Keperawatan dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)



**OLEH :  
GABRIELA INA SALI  
PO.5303201181187**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES  
KUPANG**

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**2019**

### PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Gabriela Ina Sali  
Nim : PO.5303201181187  
Program studi : D-III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, saya akan bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019  
Pembuat pernyataan



Gabriela Ina Sali  
NIM. PO. 5303201181187

Mengetahui  
Pembimbing



Agustina Ina, S.Kep., M.Kes  
NIP. 197408041998032001

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Laporan karya tulis ilmiah oleh Gabriela Ina Sali, NIM. PO.5303201181187 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. B. T Dengan Tumor Paru, Di Ruang Kelimutu, RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes, Kota Kupang"

Disusun Oleh:



Gabriela Ina Sali  
NIM. PO.5303201181187

Telah disetujui untuk diseminarkan di depan dewan penguji Prodi D-III Keperawatan Program Rekognisi Pembelajaran Lampau Politeknik Kesehatan Kemenkes Kota Kupang

Pada tanggal, 22 Juli 2019

Mengetahui Pembimbing



Agustina Ina, S.Kep., M.Kes  
NIP. 197408041998032001

**LEMBAR PENGESAHAN**

Karya tulis ilmiah oleh Gabriela Ina Sali, NIM. PO. 5303201181187 Dengan Judul  
"Asuhan Keperawatan Pada Tn. B. T dengan Tumor Paru, di Ruang Kelimutu,  
RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes, Kota Kupang"  
Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 22 Juli 2019

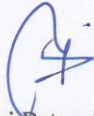
Disusun Oleh :



Gabriela Ina Sali  
NIM. PO. 5303201181187

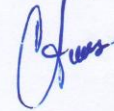
Dewan Penguji

Penguji I



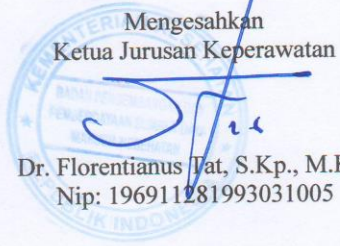
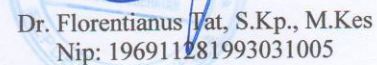
Mariana Oni Betan, S.Kep., Ns., MPH  
Nip: 197307101997032003

Penguji II



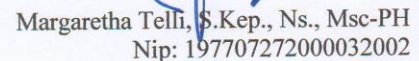
Agustina Ina, S.Kep., M.Kes  
Nip: 197408041998032001

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes  
Nip: 196911281993031005

Mengetahui  
Ketua Program Studi



Margaretha Telli, S.Kep., Ns., Msc-PH  
Nip: 197707272000032002



## **BIODATA PENULIS**

Nama lengkap : Gabriela Ina Sali  
Tempat tanggal lahir : Bana, 27 Maret 1982  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Rt 003, Rw 02 Bungabali Kelurahan Kalabahi Timur  
Riwayat pendidikan :1. SD Katolik St. Petrus Helangdohi tahun 1995  
2. SMP Katolik St. Jibrael Kalabahi tahun 1998  
3. SPK Atambua tahun 2001  
4. Sejak tahun 2018 kuliah di Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## **MOTTO**

“Hidup adalah pelajaran tentang kerendahan hati”

## **ABSTRAK**

**GABRIELA INA SALI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN  
TN. B. T DENGAN TUMOR PARU DI RUANGAN KELIMUTU RSUD PROF.  
DR. W. Z JOHANNES KOTA KUPANG**

**DI BIMBING OLEH**

**Agustina Ina, S.Kep., M.Kes**

Tumor paru adalah tumor ganas paru primer yang berasal dari saluran napas atau epitel bronkus. Terjadinya kanker ditandai dengan pertumbuhan sel yang tidak normal, tidak terbatas, dan merusak sel-sel jaringan normal. Proses keganasan pada epitel bronkus didahului oleh masa pra kanker. Perubahan pertama yang terjadi bentuk epitel dan menghilangnya silia.

Tujuan penelitian ini untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien Tumor paru meliputi : pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Metode yang digunakan metode wawancara dengan pendekatan studi kasus, yang dilakukan di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Kota Johannes Kupang yang dilaksanakan selama 4 hari, waktu dimulai sejak tanggal 14 Juli 2019 sampai dengan 17 Juli 2019. Subjek penelitian pasien Tumor paru ini adalah Tn B. T, dengan teknik wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik pada sistem tubuh, serta studi dokumentasi.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 x 24 jam didapatkan pasien bersihan jalan nafas tidak efektif, belum teratasi.

**Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Tumor paru.**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan yang maha Esa atas Kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dalam bentuk studi kasus dengan judul “Asuhan keperawatan pada Tn. B. T dengan tumor paru, di ruangan Kelimutu, RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes, Kota Kupang”

Penulis menyadari bahwa selama penulisan studi kasus ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Agustina Ina, S.Kep., M.Kes., selaku pembimbing yang dengan sepenuh hati meluangkan waktu untuk memberikan petunjuk, bimbingan dan pengarahan dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
2. Ibu Mariana Oni Bethan, S.Kep, Ns., M. PH., yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Margaretha Telli, S.Kep., Ns., MSc-Ph., selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Kupang, yang telah mengarahkan, membimbing dan memfasilitasi penulis
4. Bapak Dr. Florentianus Tat,SKp., M.Kes., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang
5. Ibu R.H.Kristina, SKM., M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
6. Semua dosen program studi D III keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah membimbing dan memberikan ilmu yang sangat bermanfaat.
7. Bapa Petrus Kale Te, S.Kep., Ns., dan seluruh perawat serta staf yang telah memberikan izin dalam pengambilan kasus di ruangan Kelimutu.
8. Bagi suami bapak Bakri Pella, SE., beserta ketiga anakku tercinta Inosiati, Fatimah dan Faizal yang telah memberikan dukungan doa dan nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.
9. Bagi adek Mega Desi atas bantuan dan dukungannya



10. Bagi teman-teman RPL angkatan Ke-2 khususnya kelas A yang telah memberikan semangat bagi penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini
11. Bagi semua pihak yang dengan caranya masing-masing telah membantu penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan studi kasus ini masih sangat jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu segala pendapat, kritikan dan saran yang membangun sangat penulis harapkan agar dapat digunakan sebagai dasar dalam penyelesaian studi kasus selanjutnya.

Kupang, 22 Juli 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Lembar Keaslian.....	iv
Biodata Penulis.....	v
Kata Pengantar.....	vi
Abstrak.....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Lampiran.....	ix
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penulisan.....	2
1.4 Manfaat Studi Kasus.....	2
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORI</b>	
2.1 Konsep Teori kanker paru.....	4
2.1.1 Pengertian Kanker Paru.....	4
2.1.2 Patofisiologis .....	7
2.1.3 Faktor resiko kanker paru .....	7
2.1.4 Komplikasi Kanker Paru.....	7
2.1.5 Pathway.....	8
2.1.6 Manifestasi Klinis .....	9
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Kanker Paru.....	11
2.2.1 Pengkajian.....	13
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	13
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	14
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	17
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	17
<b>BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN</b>	

3.1 Hasil Studi Kasus.....	18
3.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	18
3.1.2 Pengkajian.....	18
3.1.3 Diagnosa dan Intervensi.....	21
3.1.4 Implementasi Keperawatan.....	25
3.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	28
3.2 Pembahasan.....	28
3.2.1 Pengkajian.....	29
3.2.2 Diagnosa.....	29
3.2.3 Intervensi Keperawatan.....	30
3.2.4 Implementasi Keperawatan.....	31
3.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	32
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	32
<b>BAB 4 PENUTUP</b>	
4.1 Kesimpulan.....	33
4.2 Saran.....	34
Daftar pustaka	
Lampiran	

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kanker paru adalah salah satu jenis penyakit paru yang memerlukan penanganan dan tindakan yang cepat dan terarah. Penegakan diagnosis penyakit ini membutuhkan ketrampilan dan sarana yang tidak sederhana dan memerlukan pendekatan multidisiplin kedokteran. Penyakit ini membutuhkan kerja sama yang erat dan terpadu antara ahli paru dengan ahli radiologi diagnostik, ahli patologi anatomi, ahli radiologi terapi dan ahli bedah toraks, ahli rehabilitasi medik dan ahli-ahli lainnya. Pengobatan atau penatalaksanaan penyakit ini sangat bergantung pada kecekatan ahli paru untuk mendapatkan diagnosis pasti. Penemuan kanker paru pada stadium dini akan sangat membantu penderita, dan penemuan diagnosis dalam waktu yang lebih cepat memungkinkan penderita memperoleh kualitas hidup yang lebih baik dalam perjalanan penyakitnya meskipun tidak dapat menyembuhkannya.

Kanker paru merupakan penyebab utama keganasan di dunia, mencapai hingga 13 persen dari semua diagnosis kanker. Selain itu, kanker paru juga menyebabkan 1/3 dari seluruh kematian akibat kanker pada laki-laki. Di Amerika Serikat, diperkirakan terdapat sekitar 213.380 kasus baru pada tahun 2007 dan 160.390 kematian akibat kanker paru. Berdasarkan data WHO, kanker paru merupakan jenis kanker terbanyak pada laki-laki di Indonesia, dan terbanyak kelima untuk semua jenis kanker pada perempuan. Kanker paru juga merupakan penyebab kematian akibat kanker terbanyak pada laki-laki dan kedua pada perempuan. Hasil penelitian berbasis rumah sakit dari 100 RS di Jakarta, kanker paru merupakan kasus terbanyak pada laki-laki dan nomor 4 terbanyak pada perempuan tapi merupakan penyebab kematian utama pada laki-laki dan perempuan. Data hasil pemeriksaan di laboratorium Patologi Anatomi RSUP Persahabatan kanker paru merupakan lebih dari 50 persen kasus dari semua jenis kanker yang didiagnosa.

Berdasarkan studi kasus penulis menemukan data kanker paru di Rumah Sakit Umum Prof. W. Z. Johannes Kupang dari 2019 yang diambil dari bulan Januari hingga Juli 2019 berjumlah 7 kasus. Selain sebagai pemberi asuhan keperawatan perawat juga berperan sebagai. Selain itu perawat dapat berperan sebagai pemberi keputusan klinis dan mampu berpikir kritis dalam melakukan suatu asuhan keperawatan. Dengan adanya proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian pasien hingga evaluasi keperawatan maka diharapkan kepada pelayanan keperawatan dalam peran pasien dalam kanker dapat di tingkatkan.

## **1.2 Tujuan studi kasus**

### **1.2.1. Tujuan umum**

Penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Tn.B. T kanker paru di RSUD.Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang.

### **1.2.2. Tujuan khusus**

1. Penulis dapat melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Tn. B. T di RSUD.Prof.Dr.W. Z. Johannes Kupang.
2. Penulis dapat menegakkan diagnose keperawatan pada pasien Tn. B. T di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
3. Penulis dapat membuat perencanaan keperawatan pada pasien Tn. B. T di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
4. Penulis dapat melaksanakan tindakan pada pasien Tn. B. T di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
5. Penulis dapat melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. B. T di RSUD.Prof.Dr.Johannes Kupang.

## **1.3 Manfaat studi kasuss**

### **1.3.1 Bagi profesi keperawatan**

Studi Kasus ini dapat digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan Perawat dalam meningkatkan profesionalisme dalam memberi asuhan keperawatan dengan Tumor paru guna terwujudnya mutu

pelayanan yang berkualitas. Meningkatkan profesionalisme dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien tumor paru guna terwujudnya mutu pelayanan yang berkualitas.

### **1.3.2 Bagi institusi**

Studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan pustaka atau referensi dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan tumor paru.

### **1.3.3 Bagi Peneliti**

Dapat menambah wawasan, dan memperluas pengetahuan serta mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan tumor paru di kalangan masyarakat dan di fasilitas kesehatan.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Teori**

##### **2.1.1 Defenisi**

Tumor paru adalah tumor ganas paru primer yang berasal dari saluran napas atau epitel bronkus. Terjadinya kanker ditandai dengan pertumbuhan sel yang tidak normal, tidak terbatas, dan merusak sel-sel jaringan yang normal. Proses keganasan pada epitel bronkus didahului oleh masa pra kanker. Perubahan pertama yang terjadi pada masa prakanker disebut metaplasia skuamosa yang ditandai dengan perubahan bentuk epitel dan hilangnya silia (Slamet, 2011).

Tumor dibagi mejadi dua golongan besar yaitu tumor jinak (*benign*) dan tumor ganas (*malignant*) atau yang populer dengan sebutan kanker. Dan defenisi kanker paru adalah tumor ganas primer yang berasal dari saluran nafas (*Bronkhus*).

##### **2.1.2 Etiologi**

Umumnya kanker yang lain, penyebab yang pasti dari kanker paru belum diketahui, tapi paparan atau inhalasi berkepanjangan suatu zat yang bersifat karsinogenik merupakan faktor penyebab utama disamping adanya faktor lain seperti kekebalan tubuh, genetik, dan lain-lain. Dibawah ini akan diuraikan mengenai faktor risiko penyebab terjadinya kanker paru :

1. Merokok, menurut *Van Houtte*, merokok merupakan faktor yang berperan paling penting, yaitu 85% dari seluruh kasus. Rokok mengandung lebih dari 4000 bahan kimia, diantaranya telah diidentifikasi dapat menyebabkan kanker. Kejadian kanker paru pada perokok dipengaruhi oleh usia mulai merokok, jumlah batang rokok yang diisap setiap hari, lamanya kebiasaan merokok, dan lamanya berhenti merokok.
2. Perokok pasif, semakin banyak orang yang tertarik dengan hubungan antara perokok pasif, atau mengisap asap rokok yang ditemukan oleh



orang lain di dalam ruang tertutup, dengan risiko terjadinya kanker paru. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa pada orang-orang yang tidak merokok, tetapi mengisap asap dari orang lain, risiko mendapat kanker paru meningkat dua kali.

3. Polusi udara, kematian akibat kanker paru juga berkaitan dengan polusi udara, tetapi pengaruhnya kecil bila dibandingkan dengan merokok kretek. Kematian akibat kanker paru jumlahnya dua kali lebih banyak di daerah perkotaan dibandingkan dengan daerah pedesaan. Bukti statistik juga menyatakan bahwa penyakit ini lebih sering ditemukan pada masyarakat dengan kelas tingkat sosial ekonomi yang paling rendah dan berkurang pada mereka dengan kelas yang lebih tinggi. Hal ini, sebagian dapat dijelaskan dari kenyataan bahwa kelompok sosial ekonomi yang lebih rendah cenderung hidup lebih dekat dengan tempat pekerjaan mereka, tempat udara kemungkinan besar lebih tercemar oleh polusi. Suatu karsinogen yang ditemukan dalam udara polusi (juga ditemukan pada asap rokok) adalah 3,4 benzpiren.
4. Paparan zat karsinogen, beberapa zat karsinogen seperti asbestos, uranium, radon, arsen, kromium, nikel, polisiklik hidrokarbon, dan vinil klorida dapat menyebabkan kanker paru. Risiko kanker paru di antara pekerja yang menangani asbes kira-kira sepuluh kali lebih besar daripada masyarakat umum. Risiko kanker paru baik akibat kontak dengan asbes maupun uranium meningkat kalau orang tersebut juga merokok.
5. Diet, beberapa penelitian melaporkan bahwa rendahnya konsumsi terhadap betakarotene, selenium, dan vitamin A menyebabkan tingginya risiko terkena kanker paru.
6. Genetik, terdapat bukti bahwa anggota keluarga pasien kanker paru berisiko 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. Tujuan khususnya adalah pengaktifan onkogen (termasuk juga gen-gen K-ras dan myc) dan menonaktifkan gen-gen penekan tumor (termasuk gen rb, p53, dan CDKN2).

7. Penyakit paru, seperti tuberkulosis dan penyakit paru obstruktif kronik juga dapat menjadi risiko kanker paru. Seseorang dengan penyakit paru obstruktif kronik berisiko empat sampai enam kali lebih besar terkena kanker paru ketika efek dari merokok dihilangkan (Price dan Wilson, 2006)

### **2.1.3 Faktor resiko kanker paru**

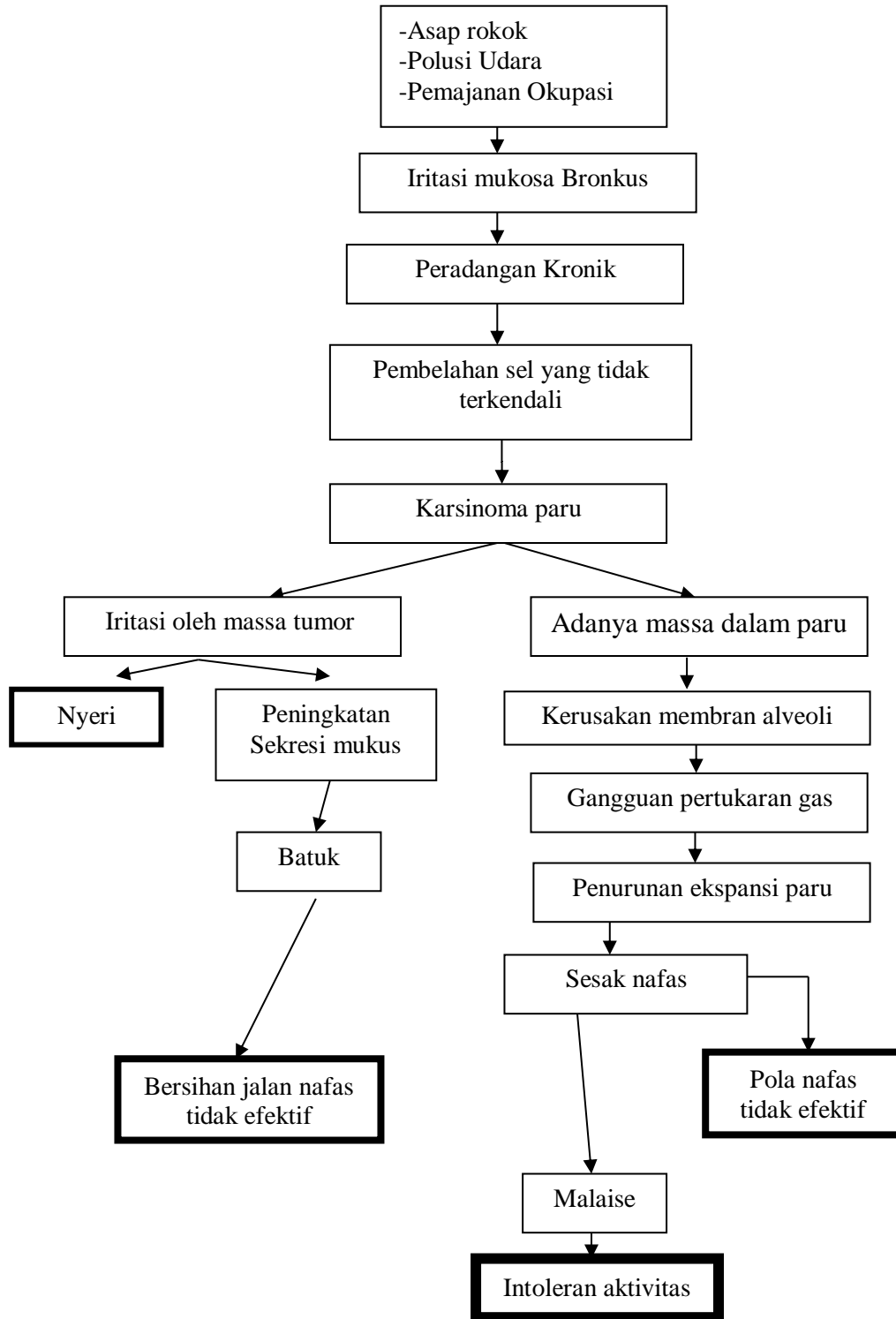
Hingga saat ini belum ada metode skrining yang sesuai bagi kanker paru secara umum. Metode skrining yang telah direkomendasikan untuk deteksi kanker paru terbatas pada kelompok pasien risiko tinggi. Kelompok pasien dengan risiko tinggi mencakup pasien usia > 40 tahun dengan riwayat merokok  $\geq 30$  tahun dan berhenti merokok dalam kurun waktu 15 tahun sebelum pemeriksaan, atau pasien  $\geq 50$  tahun dengan riwayat merokok  $\geq 20$  tahun dan adanya minimal satu faktor risiko lainnya. Faktor risiko kanker paru lainnya adalah pajanan radiasi, paparan okupasi terhadap bahan kimia karsinogenik, riwayat kanker pada pasien atau keluarga pasien, dan riwayat penyakit paru seperti PPOK atau fibrosis paru. Pada pasien berisiko tinggi, dengan anamnesa dan pemeriksaan fisik yang mendukung kecurigaan adanya keganasan pada paru-paru, dapat dilakukan pemeriksaan low-dose CT scan untuk skrining kanker paru setiap tahun, selama 3 tahun, namun tidak dilakukan pada pasien dengan komorbiditas berat lainnya. Pemeriksaan ini dapat mengurangi mortalitas akibat kanker paru hingga 20%.

### **2.1.4 Patofisiologi**

Dari etiologi yang menyerang percabangan segmen/ sub bronkus menyebabkan cilia hilang dan deskuamasi sehingga terjadi pengendapan karsinogen. Dengan adanya pengendapan karsinogen maka menyebabkan

metaplasia, hyperplasia dan dysplasia. Bila lesi perifer yang disebabkan oleh metaplasia, hyperplasia dan dysplasia menembus ruang pleura, biasa timbul efusi pleura, dan bisa diikuti invasi langsung pada kosta dan korpus vertebrae. Lesi yang letaknya sentral berasal dari salah satu cabang bronkus yang terbesar. Lesi menyebabkan obstruksi dan ulserasi bronkus dengan diikuti dengan supurasi dibagian distal. Gejala-gejala yang timbul dapat berupa batuk, hemoptysis, dyspneu, demam, dan dingin. Wheezing unilateral dapat terdengar pada saat auskultasi. Pada stadium lanjut, penurunan berat badan dan biasanya menunjukkan adanya metastase, khususnya pada hati. Kanker paru dapat bermetastase ke struktur-struktur terdekat seperti kelenjar limfe, dinding esophagus, pericardium, otak, dan tulang rangka.

### 2.1.5 Pathway



Sumber : Arif Muttaqin (2008: 204).

### 2.1.6 MANIFESTASI KLINIS (guyton,Arthur 2003)

Pada fase awal kebanyakan kanker paru tidak menunjukkan gejala-gejala klinis. Bila sudah menampakkan gejala berarti pasien dalam stadium lanjut.

Gejala-gejala dapat bersifat :

1. Lokal (tumor tumbuh setempat) :
  - a. Batuk baru atau batuk lebih hebat pada batuk kronis
  - b. Hemoptisis
  - c. Mengi (*wheezing, stridor*) karena ada obstruksi saluran nafas
  - d. Kadang terdapat kavitas seperti abses paru
  - e. Ateletaksis
2. Invasi lokal :
  - a. Nyeri dada
  - b. Dyspnea karena efusi pleura
  - c. Invasi ke pericardium terjadi tamponade atau aritmia
  - d. Sindrom vena cava superior
  - e. Sindrom Horner (*facial anhidrosis, ptosis, miosis*)
  - f. Sindrom Pancoast, karena invasi pada pleksus brakhialis dan sar simpatis servikalis
3. Gejala Penyakit Mestasis :
  - a. Pada otak, tulang, hati, adrenal
  - b. Limfadenopati servikal dan supraklavikula (sering menyertai metastasis)
4. Sindrom Paraneoplastik : terdapat 10% kanker paru dan gejala :
  - a. Sistemik : penurunan berat badan, anoreksia, demam
  - b. Hematologi : leukositosis. Anemia, hiperkoagulasi
  - c. Hipertrofi osteoartropati
  - d. Neurologic : dementia, ataksia, tremor, neuropati perifer
  - e. Neuromiopati
  - f. Endokrin : sekresi berlebihan hormone paratiroid (hiperkalsemia)
  - g. Dermatologic : eritema multiform, hyperkeratosis, jari tabuh

- h. Renal : *syndrome of inappropriate antidiuretic hormone*
- i. Asintomatik dengan kelainan radiologis
- j. Sering terdapat pada perokok dengan *COPD* yang terdeteksi secara radiologis
- k. Kelainan berupa nodul soliter (Zulkifli, 2007)

### **2.1.7 PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK**

Dalam menentukan diagnosis suatu penyakit paru, dikenal berbagai macam cara pemeriksaan, yaitu:

1. Anamnesis umum maupun khusus paru
2. Pemeriksaan jasmani secara umum dan khusus paru
3. Bakteriologi dari sputum atau sekret bronkus/ cucian bronkus yang diperoleh dengan bronkoskopi
4. Bronkoskopi
5. Patologi-anatomi/ sitologi dari specimen yang dicurigai
6. Pemeriksaan darah rutin
7. Analisa gas darah
8. Faal paru
9. Radiologi
10. Imunologi
11. Berbagai pemeriksaan mutahir yaitu *CT Scan*, *PCR*, dll.

### **2.1.8 PENATALAKSANAAN**

Penatalaksanaan medis, dan tujuan pengobatan kanker paru dapat berupa:

1. Kuratif  
Memperpanjang masa bebas penyakit dan meningkatkan angka harapan hidup pasien.
2. Paliatif  
Mengurangi dampak kanker, meningkatkan kualitas hidup.
3. Rawat rumah (*hospice care*) pada kasus terminal. Mengurangi dampak fisis maupun psikologis kanker baik pada pasien maupun keluarga.

#### 4. Suportif

Menunjang pengobatan kuratif, paliatif dan terminal seperti pemberian nutrisi, transfusi darah dan komponen darah, obat antinyeri dan antiinfeksi.

Penatalaksanaan medis terdiri dari:

##### a) 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.

##### b) Kemoterapi

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

c) Radioterapi radikal, digunakan pada kasus kanker paru bukan sel kecil yang tidak bisadioperasi. Terapi radikal sesuai penyakit yang bersifat lokaldan hanya menyembuhkan sedikit.

d) Radioterapi paliatif, untuk hemoptisis, batuk, sesak napas atau nyeri lokal.

1)) Terapi endobronkia, seperti krioterapi, tetapi laser atau penggunaan stent dapat memulihkan gejala dengan cepat pada pasien dengan penyakit endobronkial yang singkat.

2)) Perawatan paliatif, opiat terutama membantu mengurangi nyeri dan dipsnea. Steroid dapat membantu mengurangi gejala nonspesifik dan memperbaiki selera makan.

Penatalaksanaan Perawat:

a)) Bantu pasien untuk mencari posisi yang paling sedikit nyerinya.



- b)) Dalam tindakan psikologi kurangi ansietas dengan memberikan informasi yang sering, sederhana, jelas tentang apa yang sedang dilakukan untuk mengatasi kondisi dan respon terhadap pengobatan.

## **2.2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

### **2.2.1 PENGKAJIAN**

#### **1. Keluhan umum**

Pengkajian keperawatan yang nyeri dada, sesak napas, mengi, batuk, sputum mengandung darah (*hemoptisis*).

#### **2. Riwayat**

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

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

#### **d. Pemeriksaan fisik**

##### **1) Inspeksi dada untuk mengetahui**

- a) Deformitas atau ketidakseimbangan
- b) Retraksi interkostal
- c) Gangguan atau penyimpangan gerakan pernapasan
- d) Frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya bernapas.
- e) Retraksi inspirasi pada area supraklavikular
- f) Kontraksi inspirasi sternomastoideus

##### **2) Palpasi dada untuk mengetahui**

- a) Nyeri tekan
- b) Pengkajian terhadap abnormalitas yang dapat dilihat
- c) Ekspansi pernapasan

- d) *Fremitus* taktil
- e. Perkusi dada Bunyi jantung normal mungkin tidak ada pada emfisema.
- f. Auskultasi
  - a) Bunyi napas
  - b) Bunyi napas tambahan *Crackles/rales, mengi atau ronchi, wheezing.*
  - c) Jika ada indikasi, bunyi suara yang ditransmisikan.
- g. Pemeriksaan kuku jari dan tangan  
Inspeksi : Falang dorsal membulat dan menggelembung. Kecembunngan dari lempeng kuku meningkat. Sudut antara lempeng kuku dan lipatan kuku proksimal bertambah sampai 180° atau lebih. Lipatan kuku proksimal teraba seperti busa. Banyak penyebab dan kondisi ini, termasuk hipoksia kronis dan kanker paru.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d produksi sputum yang berlebih
2. Nyeri akut b.d agen cedera biologis
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d faktor biologis
4. Intoleran aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

NANDA *International*.(2015). *Diagnosa Keperawatan Defenisi dan Klasifikasi 2015-2017, ed 10. Jakarta: EGC*

### **2.2.3 Intervensi Keperawatan**

1. Diagnosa 1

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d produksi sputum yang berlebih

Goal :

Klien akan mempertahankan pola nafas yang efektif selama dalam perawatan

Objektif :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dalam perawatan pasien akan mempertahankan keefektifan pola nafas dengan kriteria hasil :

- a. Menunjukkan jalan nafas yang paten
- b. RR normal (16-20x/m)
- c. Saturasi O<sub>2</sub> dalam batas normal

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. Diagnosa 2

Nyeri akut b.d agen cedera biologis

Goal :

Nyeri berkurang selama dalam proses keperawatan

Objektif :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dalam perawatan nyeri pasien akan berkurang dengan kriteria hasil:

- a. Skala nyeri berkurang
- b. Pasien mampu mengontrol nyeri
- c. Pasien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- d. Tanda vital dalam rentang normal
- e. Tidak mengalami gangguan tidur

Intervensi

- a) Kaji tingkat nyeri, beratnya (skala 0-10).

Rasional : Berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan

b) Berikan istirahat dengan posisi semifowler

Rasional : Dengan posisi semi-fowler dapat menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi telentang

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. Diagnosa 3

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b. d faktor biologis

Goal :

Pasien akan mempertahankan keseimbangan nutrisi selama dalam perawatan

Objektif:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dalam perawatan pasien akan mempertahankan keseimbangan nutrisi dengan kriteria hasil:

a. Nafsu makan pasien akan meningkat

b. Bb kembali normal

b. Bab lancar

Intervensi

1. Identifikasi perubahan berat badan terakhir

Rasional :

Memantau perubahan berat badan

2. Bantu pasien makan jika tidak mampu

Rasional :

Membantu pasien makan

3. Berikan makanan sedikit tapi sering

Rasional :

Meningkatkan nafsu makan

4. Catat status nutrisi pasien: turgor kulit, timbang berat badan, integritas mukosa mulut, kemampuan menelan, adanya bising usus, riwayat mual/rnuntah atau diare.

Rasional : Berguna dalam mendefinisikan derajat masalah dan intervensi yang tepat

5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk diet yang tepat bagi pasien dan dengan dokter dalam pemberian obat antiemetik

Rasional :

Diet sesuai dengan kebutuhan pasien dan antiemetik dapat mengurangi mual.

4. Diagnosa 4

Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Goal :

Pasien dapat mempertahankan toleransi aktivitas selama dalam perawatan

Objektif:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dalam perawatan pasien akan mempertahankan toleransi aktivitas dengan kriteria hasil:

- a. Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri
- b. TTV pasien dalam batas normal
- c. Pasien nyaman saat beraktivitas

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 untuk 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

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada perawat untuk membuat klien dalam mencapai tujuan yang diharapkan oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemulihan (Nursalam,2001).

#### **2.2.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah berhasil di capai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa data, perencanaan dan pelaksanaan tindakan.

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah direncanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Nursalam, 2001). Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP



## **BAB 3**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 HASIL**

##### **3.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

Studi kasus ini dilaksanakan di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur, yang berlangsung sejak tanggal 14 - 18 Juli 2019.

##### **3.1.2 Asuhan Keperawatan**

###### **1. Pengkajian**

Hasil dari pengkajian yang didapat oleh penulis di ruangan Kelimutu RSUD Prof. W. Z. Johannes Kota Kupang, klien atas nama Tn. B. T, umur 55 tahun, agama Kristen protestan, pendidikan terakhir SD, alamat Tuapukan, pekerjaan petani, jenis kelamin laki-laki, status menikah, suku bangsa Rote / Indonesia, nama penanggung jawab Ny. M. T jenis kelamin perempuan alamat Tuapukan, pekerjaan ibu rumah tangga, hubungan dengan klien istri klien.

Klien datang dengan keluhan batuk dan nyeri dada bagian kanan, pasien juga mengeluh sesak nafas, selain itu pasien juga mengeluh nyeri dada, nyeri tersebut bertambah saat klien batuk dan melakukan aktivitas juga terdapat gangguan menelan terasa kering pada tenggorokan Klien juga mengatakan saat mulai batuk selalu pergi berobat di puskesmas atau fasilitas kesehatan terdekat, Klien pernah menderita sesak nafas dan darah tinggi diatasi dengan berobat ke puskesmas terdekat, Klien mengeluh lemas dan mengalami penurunan berat badan 6 kg dari 48 menjadi 42 kg, dan klien juga mengeluh ekstremitas bawah susah digerakkan. Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan hanya mampu menghabiskan 1 porsi perhari, klien juga merasa sakit kepala

Klien tidak ada riwayat alergi dan tidak pernah operasi, kebiasaan merokok sebanyak 6-10 batang rokok per hari, pasien mulai merokok sejak usia 14 tahun dan pasien tidak pernah mengonsumsi alkohol serta pasien minum kopi 2 gelas/hari waktunya pagi dan sore hari.

Lalu pasien diantar ke rumah sakit tanggal 10 Juli 2019, dirawat di ruang Kelimutu, karena batuk. Sejak tanggal 10- 15 juli 2019 pasien mendapat terapi IVFD Futrolit 1000 cc/ 24 jam, injeksi Ketorolax 3 x 30gr/ IV, dan Cotitam 3x1 tablet.

Genogram/keturunan pasien memiliki 5 bersaudara yang terdiri dari laki-laki 3 orang dan perempuan 2 orang orang, klien anak ke-5 dari 5 bersudara dan diantara mereka sudah menikah semua tidak ada yang menderita penyakit seperti yang Tn.B. T derita sekarang ini.

Dari hasil pemeriksaan fisik klien yaitu tanda – tanda vital TD : 130/100 mmHg, N: 84 kali/menit S :36,5<sup>0</sup> c, RR: 26 kali/menit. SpO<sub>2</sub>: 97% Pemeriksaan kepala dan leher, penglihatan normal, konjungtiva pucat, sclera anemis, nyeri tidak ada, pendengaran baik, penciuman baik dan tidak ada pembesaran kelenjar di leher, keadaan bibir kering dan warna mukosa pucat.

Tingkat kesadaran composmentis, GCS E4 M6 V5, susah menggerakkan bagian ekstremitas bawah, terdapat nyeri pada tulang belakang.

Eliminasi kebiasaan dalam sehari Buang air kecil 1-3x/hari warna kuning, sedangkan perubahan selama sakit 1-2x/hari. Belum BAB sejak 1 minggu, Olah raga dan aktivitas pasien tidak ada.

Pola interaksi social : orang penting/terdekat dari klien ; istri. Keadaan rumah dan lingkungan; baik

Status rumah; rumah sendiri,cukup,tidak ada kebisingan,tidak ada kebanjiran. Ketika pasien mempunyai masalah pasien

membicarakan masalahnya pada orang yang dekat dan orang yang bisa dipercayai. Ketika ada masalah dalam keluarga pasien dan keluarga saling bertukar pendapat dan saling mendengarkan satu sama lain.

Kegiatan keagamaan : Ketaatan menjalankan ibadah pasien selama sakit tidak dapat melakukan kegiatan ibadah seperti pergi ke gereja. Pasien hanya dapat berdoa dengan keluarga di rumah sakit saja. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan pada waktu sebelum sakit pasien selalu mengikuti kegiatan keagamaan dan kebaktian rohani, sedangkan selama sakit pasien tidak terlibat dalam kegiatan keagamaan.

Analisa Data

	Data-data
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien gelisah</li> <li>- Terdapat perubahan pola nafas</li> </ul>	<p>DS : Pasien mengatakan batuk sejak 2 bulan yang lalu</p> <p>DO : : - Dispnea</p>
	<p>Data subjektif (DS)</p> <p>Pasien mengeluh nyeri dada, bertambah saat batuk : pasien mengatakan nyeri pada dada kanan saat batuk dan melakukan aktivitas</p> <p>Data objektif : Saat dikaji pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 4</p> <p>Skala nyeri 4</p>

	<p>DS: Pasien tampak lemah</p> <p>DO: saat dikaji pasien tampak lemah dan semua aktivitas di bantu oleh istri dan keluarga .</p>
	<p>DS : Pasien mengatakan tidak nafsu makan hanya mampu menghabiskan 1 porsi perhari, pasien juga mengatakan terjadi penurunan berat badan 6 kg dari 48 ke 42 kg</p> <p>DO: Turgor kulit tidak elastis, mukosa pucat, dan bibir kering</p>

### 3.1.3 Diagnosa dan Intervensi

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. B. T dari hasil pengkajian di atas adalah :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan invasi sel-sel ganas di paru-paru

Goal : Pasien akan mempertahankan pola nafas yang efektif selama dalam perawatan

Objektif:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dalam perawatan pasien akan mempertahankan pola nafas yang efektif dengan kriteria hasil:

- Batuk pasien berkurang/hilang
- Pasien mengatakan
- Pasien tidak mengalami perubahan pola napas
- Tidak terdengar bunyi *ronchi* dan *wheezing* saat di auskultasi

Intervensi :

- a. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaphoresis, pucat)

Rasional: Untuk mendeteksi tanda-tanda awal gangguan

- b. Auskultasi suara nafas

Rasional: untuk mendeteksi suara nafas tambahan

- c. Kaji nyeri setiap 3 jam

Rasional : Nyeri dapat menurunkan usaha bernafas dan ventilasi

- d. Bantu pasien berada di posisi yang nyaman

Rasional : Memudahkan pasien bernafas

- e. Ajarkan teknik relaksasi untuk membantu menurunkan ansietas

Rasional : Untuk menurunkan ansietas dan meningkatkan rasa control diri pasien.

- f. Berikan kesempatan pasien beristirahat

Rasional : Untuk menghindari kelelahan

- 2. Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis

Goal : Nyeri berkurang selama dalam proses keperawatan

Objektif :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dalam perawatan nyeri pasien akan berkurang dengan kriteria hasil

- Skala nyeri berkurang
- Pasien dapat melakukan aktivitas dengan nyaman
- Nyeri di dada berkurang

Intervensi

- a. Kaji tingkat nyeri, beratnya (skala 0-10).

Rasional : Berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan

- b. Berikan istirahat dengan posisi semifowler

Rasional : Dengan posisi semi-fowler dapat menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi telentang

- c. Observasi TTV tiap 24 jam

Rasional :

Sebagai indikator untuk melanjutkan intervensi berikutnya

d. 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. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Goal : Pasien dapat mempertahankan toleransi aktivitas selama dalam perawatan

Objektif :

Selama dilakukan tindakan keperawatan pasien akan mempertahankan toleransi aktivitas dengan kriteria hasil:

- a. Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri
- b. Pasien merasa nyaman saat beraktivitas
- c. Keadaan umum pasien baik

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 untuk 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

- 4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b. d faktor biologis

Goal :

Pasien akan mempertahankan keseimbangan nutrisi selama dalam perawatan

Objektif:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dalam perawatan pasien akan mempertahankan keseimbangan nutrisi dengan kriteria hasil:

- a. Nafsu makan pasien akan meningkat
- b. Bb kembali normal
- c. Bab lancar

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 status nutrisi pasien: turgor kulit, timbang berat badan, integritas mukosa mulut, kemampuan menelan, adanya bising usus, riwayat mual/rnuntah atau diare.

Rasional : Berguna dalam mendefinisikan derajat masalah dan intervensi yang tepat

- e. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk diet yang tepat bagi pasien dan dengan dokter dalam pemberian obat antiemetik

Rasional :

Diet sesuai dengan kebutuhan pasien dan antiemetik dapat mengurangi mual.

#### 3.1.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan pada Tn. B. T sesuai dengan intervensi yang telah di buat sebelumnya :

Hari pertama di lakukan yaitu pada tanggal 14 juli 2019 yaitu :

1. Diagnosa Keperawatan 1 : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan invasi sel-sel ganas di paru-paru. Implementasi yang dilakukan adalah : 1) jam 17.00 Memonitor sesak nafas. 2) 17.20 Mengauskultasi suara nafas . 3) Jam 18.00 mengatur posisi pasien . 4) 19.00 mengajarkan teknik nafas dalam
2. Diagnosa keperawatan 2: Nyeri akut b.d agen cedera biologis. Implementasi : 1) jam 17.00 melakukan pengkajian nyeri 2) 17.20 Mengajarkan pasien teknik relaksasi. 3) Jam 18.00 Mengajarkan dan menganjurkan teknik relaksasi. 4) 19.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi KTC 3 X 1 ampul/IV) dan menganjurkan pasien untuk istirahat.
3. Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, implementasi : 1) jam 17.00 Mengidentifikasi aktivitas-aktivitas pasien yang diinginkan dan sangat berarti baginya, 2) 18.00 mengkaji tanda-tanda vital. 3) jam 19.00 membantu pasien melakukan ROM pasif dan aktif bagian ekstremitas bawah.
4. Diagnosa keperawatan 4 : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis. Implementasi



: jam 07.30 memantau makan pasien 08.30 Modifikasi lingkungan pasien 09.00 memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga agar menghindari makanan yang menjadi pantangan.

Hari kedua di lakukan yaitu pada tanggal 15 juli 2019 yaitu :

1. Diagnosa Keperawatan 1 : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan invasi sel-sel ganas di paru-paru. Impelementasi yang dilakukan adalah : 1) jam 08.00 Memonitor sesak nafas. 2)09.20 Mengauskultasi suara nafas . 3) Jam 10.00 mengatur posisi pasien . 4) 12.00 mengajarkan teknik nafas dalam
2. Diagnosa keperawatan 2: Nyeri akut b.d agen cedera biologis. Implementasi : 1) jam 08.00 melakukan pengkajian nyeri 2) 09.20 Mengajarkan pasien teknik relaksasi. 3) Jam 10.00 Mengajarkan dan menganjurkan teknik relaksasi. 4) 13.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi KTC 3 X 1 ampul/IV)
3. Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, implementasi : 1) jam 08.00 Mengidentifikasi aktivitas-aktivitas pasien yang diinginkan dan sangat berarti baginya, 2) 09.00 mengkaji tanda-tanda vital. 3) jam 12.00 membantu pasien melakukan ROM pasif dan aktif bagian ekstremitas bawah.
4. Diagnosa keperawatan ke 4: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis. Implementasi : jam 07.30 Memantau makan pasien 08.30 Modifikasi lingkungan pasien 09.00 memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga agar menghindari makanan yang menjadi pantangan. Jam 10.30 Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering

Hari ketiga di lakukan yaitu pada tanggal 16 juli 2019 yaitu :

1. Diagnosa Keperawatan 1 : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan invasi sel-sel ganas di paru-paru. Impelementasi yang dilakukan adalah : 1) jam 09.00 Memonitor

- sesak nafas. 2)09.20 Mengauskultasi suara nafas . 3) Jam 11.00 mengatur posisi pasien . 4) 12.00 mengajarkan teknik nafas dalam
2. Diagnosa keperawatan 2: Nyeri akut b.d agen cedera biologis.  
Implementasi : 1) jam 09.00 melakukan pengkajian nyeri 2) 10.20 Mengajarkan pasien teknik relaksasi. 3) Jam 12.00 Mengajarkan dan menganjurkan teknik relaksasi. 4) 13.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi KTC 3 X 1 ampul/IV)
  3. Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen,  
implementasi : 1) jam 08.00 Mengidentifikasi aktivitas-aktivitas pasien yang diinginkan dan sangat berarti baginya, 2) 09.00 mengkaji tanda-tanda vital. 3) jam 13.00 membantu pasien melakukan ROM pasif dan aktif bagian ekstremitas bawah.
  4. Diagnosa keperawatan 4 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan agen cedera biologis.  
Implementasi : jam 07.00 memantau makan pasien 08.50 Modifikasi lingkungan pasien 09.00 mengobservasi BB pasien (42 kg)

Hari keempat di lakukan yaitu pada tanggal 17 juli 2019 yaitu :

1. Diagnosa Keperawatan 1 : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan invasi sel-sel ganas di paru-paru. Impelementasi yang dilakukan adalah : 1) jam 08.00 Memonitor sesak nafas. 2)09.20 Mengauskultasi suara nafas . 3) Jam 10.00 mengatur posisi pasien . 4) 12.00 mengajarkan teknik nafas dalam
2. Diagnosa keperawatan 2: Nyeri akut b.d agen cedera biologis.  
Implementasi : 1) jam 08.00 melakukan pengkajian nyeri 2) 09.20 Mengajarkan pasien teknik relaksasi. 3) Jam 10.00 Mengajarkan dan menganjurkan teknik relaksasi. 4) 13.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi KTC 3 X 1 ampul/IV)
3. Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen,

implementasi : 1) jam 08.00 Mengidentifikasi aktivitas-aktivitas pasien yang diinginkan dan sangat berarti baginya, 2) 09.00 mengkaji tanda-tanda vital. 3) jam 12.00 membantu pasien melakukan ROM pasif dan aktif bagian ekstremitas bawah.

4. Diagnose keperawatan 4 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan agen cedera biologis.  
Implementasi : jam 07.00 memantau makan pasien 08.50 Modifikasi lingkungan pasien 09.00 memberi pendidikan kesehatan mengenai diet ka pasien.

### 3.1.6 Evaluasi

Hasil yang di harapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan adalah sebagai berikut:

Evaluasi Diagnosa keperawatan 1 : Pasien merasa nyaman dengan posisi semi fowler, Pasien di berikan nebulizer, Tidak terdapat bunyi ronggi saat auskultasi, TTV ; TD : 110/70 mmHg, RR : 25 X/ menit, S : 37<sup>0</sup> C, N : 84 X/ menit.

Evaluasi Diagnosa keperawatan 2 : Pasien mengatakan masih merasa nyeri, wajah pasien meringis, skala nyeri 4, Pasien mendapat injeksi KTC 1 X 3 ampul/ hari

Evaluasi Diagnosa keperawatan 3: Pasien mengatakan dapat menggerakkan jari-jari kaki kembali

Evaluasi Diagnosa keperawatan 4 : setelah dilakukan tindakan keperawatan dari tanggal 14-17 juli 2019, nafsu makan pasien meningkat, turgor kulit normal, dan pasien dapat menghabiskan makanannya sesuai porsi yang diberikan.

## 3.2 Pembahasan

Penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan pada studi kasus asuhan keperawatan Tn. .B. T dengan penyakit tumor paru di ruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Tumor paru adalah tumor ganas paru primer yang berasal dari saluran napas atau epitel bronkus. Terjadinya kanker

ditandai dengan pertumbuhan sel yang tidak normal, tidak terbatas, dan merusak sel-sel jaringan yang normal. Proses keganasan pada epitel bronkus didahului oleh masa pra kanker. Perubahan pertama yang terjadi pada masa prakanker disebut metaplasia skuamosa yang ditandai dengan perubahan bentuk epitel dan hilangnya silia (Slamet, 2011).

### 3.2.1 Pengkajian

Tahap pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang merupakan dasar dari kegiatan selanjutnya, yang dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan sistematis dalam mengumpulkan data dan menganalisisnya sehingga dapat diketahui kebutuhan klien sesuai dengan masalah yang ada (Nursalam, 2016).

Data dasar pasien adalah kumpulan data yang dikaji tentang pasien. Data dasar terdiri dari riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan diagnostik. Data subyektif adalah apa yang dilaporkan oleh pasien atau keluarga pasien. Data obyektif adalah data yang diobservasi oleh perawat pada saat pengkajian, contohnya : tanda-tanda vital, tingkah laku dan pemeriksaan diagnostik (Notoadmodjo, 2013).

Dalam pengkajian Tn. B. T penulis menggunakan metode wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Metode wawancara adalah sebuah dialog yang dilakukan antara pewawancara dan narasumber. Dalam metode ini, penulis tidak menemukan hambatan yang berarti selama melakukan wawancara, Tn.B. T dan istrinya dapat menjawab pertanyaan dengan baik. Metode lain yang digunakan dalam mengumpulkan data adalah observasi. Metode observasi adalah suatu metode yang dilakukan dengan mengamati reaksi pasien baik verbal maupun nonverbal terhadap penyakitnya. Pada metode observasi, melalui hasil pengamatan yang telah dilakukan pada pengkajian, penulis menemukan pada kasus Tn. B. T adanya retraksi dinding dada dan perubahan pola nafas. Selain observasi ada juga metode pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara Inspeksi, Palpasi, perkusi dan auskultasi.

Pada saat pengkajian tanggal 14 juli 2019, keluhan utama pasien adalah sesak nafas dan batuk, pada kondisi ini terjadi karena asap rokok yang mengakibatkan iritasi di mukosa bronkus mengakibatkan peradangan kronik, sehingga terjadilah pembelahan sel yang tidak terkendali menyebabkan karsinoma paru, lalu terjadi iritasi oleh massa tumor mengakibatkan peningkatan sekresi mucus sehingga terjadilah batuk dan muncul diagnose keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif, hal ini menunjukkan bahwa kasus yang dirawat memiliki persamaan dengan teori yang didapat.

### 3.2.2 Diagnosa keperawatan

Pada konsep teori terdapat 4 diagnosa keperawatan, pada kasus juga diambil 4 diagnosa yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d produksi sputum yang berlebih, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, dan intoleransi aktivitas dan Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis berdasarkan hasil pengkajian yang didapat.

### 3.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perencanaan asuhan keperawatan untuk pasien sesuai dengan diagnosa yang di tegakkan sehingga kebutuhan pasien tersebut dapat terpenuhi (Wilkinson, 2012).

Menurut NIC, intervensi untuk diagnose ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaphoresis, pucat), Auskultasi suara nafas, kaji nyeri setiap 3 jam, bantu pasien berada di posisi yang nyaman, ajarkan teknik relaksasi untuk membantu menurunkan ansietas, berikan kesempatan pasien beristirahat dalam kasus ini peneliti menyusun atau mengambil intervensi sesuai NIC sehingga tidak ada kesenjangan antara teori intervensi dan penetapan intervensi pada Tn. B. T.

Menurut NIC, intervensi untuk diagnose nyeri akut adalah Kaji tingkat nyeri, beratnya (skala 0-10), berikan istirahat dengan posisi semifowler,

observasi TTV tiap 24 jam, diskusikan dan ajarkan teknik relaksasi, Kolaborasi dengan pemberian obat analgesik dalam kasus ini peneliti menyusun atau mengambil intervensi sesuai NIC sehingga tidak ada kesenjangan antara teori intervensi dan penetapan intervensi pada Tn. B. T.

Menurut NIC, intervensi untuk diagnose intoleransi aktivitas adalah Identifikasi aktivitas-aktivitas pasien yang diinginkan dan sangat berarti baginya, berikan latihan gerak pasif dan aktif, bantu klien untuk dalam melakukan aktivitas yang memberatkan, ajarkan kepada pasien latihan yang dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan, beri dukungan dan dorongan pada tingkat aktivitas pasien yang dapat ditoleransi dalam kasus ini peneliti menyusun atau mengambil intervensi sesuai NIC sehingga tidak ada kesenjangan antara teori intervensi dan penetapan intervensi pada Tn. B. T.

Menurut NIC, intervensi untuk diagnose ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan adalah kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien gejala, monitor turgor kulit, monitor lingkungan selama makan, monitor BB klien, anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, anjurkan keluarga untuk memberikan makanan favorit pasien dalam kasus ini peneliti menyusun atau mengambil intervensi sesuai NIC sehingga tidak ada kesenjangan antara teori intervensi dan penetapan intervensi pada Tn. B. T.

#### 3.2.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan yang telah disusun dalam intervensi keperawatan (Notoadmojo, 2014) pembahasan implementasi tindakan yang meliputi tindakan yang tidak dapat di laksanakan pada intervensi setiap diagnosa keperawatan.

Implementasi pada intervensi keparawatan yang telah di buat ada 5 intervensi yang di seusiakan dengan kondisi dan respon pasien. Pada tanggal 14-17 Juli 2019 semua implementasi dapat dijalankan dengan baik.

### 3.2.5 Evaluasi

Hasil yang di harapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan adalah sebagai berikut:

Evaluasi Diagnosa keperawatan 1 : Pasien merasa nyaman dengan posisi semi fowler, napas dalam dan batuk efektif, Tidak terdapat bunyi rongki saat auskultasi, TTV ; TD : 110/70 mmHg, RR : 29 X/ menit, S : 37<sup>0</sup> C, N : 84 X/ menit.

Diagnosa keperawatan 2 : Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 4 menjadi skala 2 atau 0, Wajah pasien tampak lebih rileks, Pasien mendapat injeksi KTC 1 X 3 ampul/ hari

Diagnosa keperawatan 3 : Pasien mengatakan sudah mulai bisa bergerak, terlihat jari-jari sudah bisa digerakan.

Evaluasi Diagnosa keperawatan 4 : nafsu makan pasien meningkat, turgor kulit normal, dan pasien dapat menghabiskan makanannya sesuai porsi yang diberikan

### 3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu :

#### 3.3.3 Faktor orang atau manusia

Orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin di dapatkan dari pasien yang lainnya.

#### 3.3.4 Faktor waktu

Waktu yang hanya di tentukan 3 hari membuaat peneliti tidak dapat mengikuti perkembangan selanjutnya dari pasien sehingga tidak dapat di evaluasi secara maksimal sesuai dengan harapan pasien dan peneliti.

## **BAB 4**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **4.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker paru di ruang Kelimutu RSUD W. Z. Johannes Kupang pada tahun 2019 dapat diberikan secara sistematis dan terorganisir dengan menggunakan pengkajian yang baku serta hasil yang diharapkan sesuai dengan harapan pasien, sehingga dapat disimpulkan bahwa :

Hasil pengkajian pada Tn. B. T yang mengalami nyeri dada skala 4 dan batuk sejak 2 bulan yang lalu, RR yang didapatkan 26 kali/menit, pasien memiliki riwayat sebagai perokok aktif. Pengkajian yang didapatkan pada pasien Tn. B. T sesuai dengan teori yang ditulis dalam Buku asuhan keperawatan penyakit dalam tahun 2013.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada keluhan diatas adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan invasi sel-sel ganas di paru-paru, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis.

Intervensi yang ditetapkan untuk mengatasi masalah yang dialami Tn. B. T untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan invasi sel-sel ganas di paru-paru adalah mengatur posisi semi fowler. Untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis ialah melatih teknik relaksasi intervensi yang ditetapkan adalah atur posisi semi fowler, untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen adalah melakukan latihan ROM aktif dan pasif dan memantau makan untuk diagnose ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis.



Implementasi pada intervensi keperawatan yang telah di buat ada 5 intervensi yang di seusiakan dengan kondisi dan respon pasien. Pada tanggal 14-17 Juli 2019 semua implementasi dapat dijalankan dengan baik.

Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan tindakan berdasarkan kriteria hasil dari masing-masing diagnosa, hasil evaluasi pada Tn. B. T diagnose ketidakefektifan pola nafas, nyeri akut, intoleransi akativitas dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi sehingga intervensi di lanjutkan.

## **4.2 Saran**

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

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

## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul . A. H.. (2008) Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan. Ed. 5. Salemba Medika. Jakarta
- Anwar A. 2014. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol 8 No 8. Brunner & Suddarth.2000. Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 1. Jakarta:EGC
- Bulechek,dkk. 2013. Nursing Intervention Classification Edisi 6.Elsevier
- Badan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit .2019 . **Peringatan Hari Kanker Sedunia** Tahun 2019 .Jakarta.
- Guyton, Arthur C (2003), fisiologi manusia dan mekanisme penyakit EGC penerbitan buku kedokteran, Jakarta
- Gloria M. Bulehek, dkk (2016) *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Edisi keenam
- Nurarif A. H & Kusuma H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc ed 1*. Jogjakarta : Penerbit Mediacion
- Tylor M. Cyntia & Ralph Sparks Shella (2003). *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan*. Edisi 10. Penerbit Buku Kedokteran. EGC