

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF  
PADA TN. W. B. DENGAN KANKER PARU DI RUANG KOMODO  
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**



**KRISDAYANTI L. LANMAI**

**PO.530320114025**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D-III KEPERAWATAN**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF  
PADA TN. W.B DENGAN KANKER PARU DI RUANG KOMODO  
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan  
Untuk Menyelesaikan Studi Diploma-III Keperawatan Dan  
Mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



**KRISDAYANTI L. LANMAI**  
**NIM: PO.530320114025**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D-III KEPERAWATAN  
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Krisdayanti L. Lannai, NIM: PO 530320114025 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF PADA PASIEN TN. W.B DENGAN KANKER PARU DI RUANGAN KOMODO RSUD PROF.W. Z. YOHANNES KUPANG" telah di periksa dan di setujui untuk diujikan pada tanggal 12 Juni 2019.

Disusun Oleh:



Krisdayanti L. Lannai  
NIM: PO 530320114025

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D-III  
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemeakes Kupang

Pada Tanggal, 12 Juni 2019

Mengetahui Pembimbing



Na. Emilia Erningwati Akoit, S. Kep. M. Kep  
NIP: 198106302005012001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF PADA  
PASIEIN TN. W.B DENGAN KANKER PARU DI RUANGAN KOMODO  
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANES KUPANG

Disusun Oleh:

Krisdevanti L. Lammai  
NIM: PO 530320114025

Telah Di uji Pada Tanggal, 12 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I

Maria Agustina Maling, S.Kep. Ns. M.Kep  
NUPN : 0814088802

Penguji II

Ns. Emilia Erningwati Akoit, S. Kep. M.Kep  
NIP: 198106302005012001

Mengesahkan

Ketua Jurusan keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes  
NIP. 19621128 199303 1 005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan

Margaretha Teli, S.Kep.NS., MSc-PH  
NIP. 19770727 200003 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Krisdayanti L. Lanmai  
Nim : PO.530320114025  
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, 12 Juni 2019

Pembuat pernyataan

Krisdayanti L.Lanmai  
NIM: PO.530320116260

Mengetahui

Pembimbing

Ns. Emilia Erningwati Akoit S, Kep.M.Kep  
NIP: 198106302005012001

## **BIODATA PENULIS**

Nama lengkap : Krisdayanti L.Lanmai  
Tempat tanggal lahir : Kupang, 5 Januari 1997  
Jenis kelamin : Perempuan  
Riwayat pendidikan :

1. Tamat SDN OEPUNU tahun 2008
2. Tamat SMPN 1 KUPANG TENGAH tahun 2011
3. Tamat SMAN 1 KUPANG TENGAH tahun 2014
4. Sejak tahun 2014 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## **MOTTO**

**“Jika kegagalan menakuti-mu, anggaplah itu adalah kawan hidup yang mengantarkanmu belajar menuju hari esok yang lebih baik”**

## 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 MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF PADA TN. W. B. DENGAN KANKER PARU DI RUANG KOMODO RSUD . PROF. DR. W.Z. JOHANES 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 Ns.Emilia Erningwati Akoit S,Kep., M,Kep selaku pembimbing yang dengan sepenuh hati meluangkan waktu untuk memberikan petunjuk, bimbingan dan pengarahan dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
2. Ibu Maria Agustina Making, S,Kep., Ns.,M.Kep selaku penguji karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu R.H.Kristina, SKM, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
4. Bapak Dr. Florentianus Tat,SKp, M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang
5. Ibu Margaretha Telli, S.Kep, Ns, MSc selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Kupang, yang telah mengarahkan, membimbing dan memfasilitasi penulis selama mengikuti pendidikan di prodi D-III Keperawatan Kupang.
6. Semua dosen program studi D III keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah membimbing dan memberikan ilmu yang sangat bermanfaat.

7. Ibu Falentina S. Amina, S.Kep , Ns dan seluruh perawat sera staf yang telah memberikan izin dalam pengambilan kasus di ruangan Komodo.
8. Orang tua tercinta Bapa Christofel Matheos dan mama Maria Manilang Yunus Lanmai dan Mama margereta palan-Laba yang selalu memberikan doa,dukungan,nasihat dan motivasi.
9. Saudara/I tercinta Kakak Santy Matheos, Seprianus Matheos, Oktovianus Matheos, Dewi Mariyanti, Linda Mantolas, Yuli Kono, Mateus Manilang, Soleman Lanmai,yang dengan penuh cinta memberikan dukungan dan doa, moril dalam menyelesaikan studi kasus ini.
10. Suami dan Anak tercinta yang telah memberi dukungan untuk menyelesaikan studi kasus ini.
11. Keluarga besar Lanmai,Manilang yang di Alor-Kalabahi yang sudah memberikan dukungan doa, moril dan materi untuk dapat menyelesaikan studi kasus ini.
12. Kaka Yolana Tapen, Santy Tapen, Lita Tapen, yang selalu memberikan dukungandalam menyelesaikan studi kasus ini.
13. Sahabat- sahabat tersayang “SQUAD “ ( Ka Komang, Ka Yanti, Ka Ifha, Ka Noney, Tiani, Mona, Ines, Lani, Avin, Imelda, Hana, Mirna, Eka, Mahardika, Marta,Antoneta, Indah, Seno, Leny, Yeyen, Yuyun,Tiara, Serlin, Deby, dan Fantri.
14. Teman-teman angkatan 2014/2015 tingkat III A, B ,khususnya kelas tingkat III regular A,yang selalu memberikan saran dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.

i.

Kupang, 12 Juni 2019

Penulis



## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	
Lembar Persetujuan.....	i
Lembar Pengesahan.....	ii
Lembar Keaslian.....	iii
Biodata Penulis.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Daftar Isi.....	vii
Daftar Lampiran.....	ix
Abstrak.....	x
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penulisan.....	3
1.4 Manfaat Studi Kasus.....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORI</b>	
2.1 Konsep Teori kanker paru.....	5
2.1.1 Pengertian Kanker Paru.....	6
2.1.2 Indikasi Kanker Paru.....	7
2.1.3 Klasifikasi Kanker Paru.....	8
2.1.4 Komplikasi Kanker Paru.....	9
2.1.5 Penatalaksanaan Kanker Paru.....	10

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Kanker Paru.....	11
2.2.1 Pengkajian.....	12
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	12
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	13
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	14
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	15
<b>BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN</b>	
3.1 Hasil Studi Kasus.....	21
3.1.1 Pengkajian.....	22
3.1.2 Diagnosa.....	23
3.1.3 Intervensi Keperawatan.....	24
3.1.4 Implementasi Keperawatan.....	25
3.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	26
3.2 Pembahasan.....	41
3.2.1 Pengkajian.....	42
3.2.2 Diagnosa.....	43
3.2.3 Intervensi Keperawatan.....	44
3.2.4 Implementasi Keperawatan.....	45
3.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	46
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	47
3.3.1 Persiapan.....	48
3.3.2 Hasil.....	49
<b>BAB 4 PENUTUP</b>	
4.1 Kesimpulan.....	50
4.2 Saran.....	51

Daftar Pustaka

Lampiran

Daftar Lampiran

Jadwal kegiatan.....

Lembar Konsultasi.....

## ABSTRAK

***Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Komprehensif Pada Tn. W.B Dengan Kanker Paru Di Ruang Komodo RSUD PROF. Dr. W. Z. Johannes Kupang.***

***Krisdayanti L. Lanmai.***

Kanker paru merupakan suatu kondisi dimana terdapat pertumbuhan jaringan yang tidak terkontrol pada jaringan paru. Kanker paru dapat menyebabkan gangguan terhadap berbagai sistem tubuh dan menimbulkan dampak psikologis pada pasien sehingga sangat dibutuhkan penatalaksanaan yang komprehensif, salah satunya melalui pemberian asuhan keperawatan. Tujuan penelitian yaitu menggambarkan asuhan keperawatan pada pada pasien dengan kanker paru. Sampel dalam penelitian ini yaitu pasien Tn. W.B dengan kanker paru yang dirawat di ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019, ditemukan data bahwa pasien mengatakan sesak napas, batuk dan nyeri dada bagian kiri sejak 1 tahun yang lalu. Pasien juga terpasang WSD karena adanya efusi pleura yang dialami oleh pasien. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan diantaranya: ketidakefektifan pola napas berhubungan penurunan ekspansi paru, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis dan resiko infeksi. Intervensi keperawatan yang ditentukan diantaranya: mengukur tanda-tanda vital (TD; 110/70 mmHg, RR 29 kali/menit, N : 80 kali/menit dan S; 37<sup>0</sup> c), pemberian O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter per menit, mengajarkan teknik relaksasi, mengatur posisi *semi fowler*, melakukan perawatan luka, dan kolaborasi pemberian analgetik. Implementasi tersebut dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 27 sampai 29 Mei 2019 sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa untuk masalah pernapasan dapat teratasi sebagian yaitu keluhan sesak berkurang, RR: 24 kali/menit, untuk masalah nyeri dapat teratasi sebagian dimana nyerinya berkurang dengan skala nyeri 2 (nyeri ringan) dan masalah resiko infeksi teratasi sebagian karena luka operasi belum kering, tidak ada tanda-tanda infeksi dan masih terpasang WSD. Beberapa masalah yang belum teratasi sepenuhnya dilanjutkan perawatannya oleh perawat ruangan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

**Kata kunci :** *Asuhan Keperawatan, Kanker Paru*

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kanker merupakan salah satu penyebab masalah kesehatan yang banyak terjadi di masyarakat. Kanker juga merupakan penyebab kematian utama kedua yang memberikan kontribusi 13% kematian dari 22% kematian akibat penyakit tidak menular utama di dunia. Masalah penyakit kanker di Indonesia antara lain hampir 70% penderita penyakit ini ditemukan dalam stadium yang sudah lanjut. Kanker paru merupakan penyebab utama keganasan di dunia dan mencapai hingga 13% dari semua diagnosis kanker.

Dampak penyakit tidak menular khususnya penyakit kanker terhadap ketahanan sumber daya sangat besar karena selain menyebabkan kesakitan dan menurunkan produktifitas, dapat juga menyebabkan berbagai komplikasi bahkan kematian. Angka kesakitan dan kematian tersebut sebagian besar terjadi pada penduduk dengan sosial ekonomi menengah kebawah.

Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa sebesar 8,8 juta kematian di tahun 2015 disebabkan oleh kanker. Dari jumlah tersebut, kanker paru tergolong menduduki peringkat tertinggi yaitu sebesar 1,69 juta kematian. *International Agency for Research on Cancer* (IARC) memperoleh data setidaknya 1,8 juta (12,9%) kasus kanker paru ditemukan di tahun 2012, sehingga menjadi kasus kanker paling umum di dunia.

Penyakit kanker di Indonesia menempati urutan ke enam dari pola penyakit nasional. Setiap tahunnya 100 kasus baru terjadi diantara 100.000 penduduk. Berdasarkan data dari Departemen pulmonologi dan kedokteran respirasi FKUI-RSUP Persahabatan, angka kasus baru kanker paru meningkat lebih dari 5 kali lipat dalam waktu 10 tahun terakhir dan sebagian besar penderita datang pada stadium lanjut (III/IV). Data hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018 oleh Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI dan data penduduk sasaran, Pusdatin Kementerian Kesehatan RI,

menunjukkan bahwa data total keseluruhan penyakit kanker di Indonesia berjumlah (1,5 juta). Salah satu kanker yang sering terjadi yaitu kanker paru.

Kanker paru merupakan keganasan yang terjadi 90% diepitelium bronkus yang tumbuh lambat memakan waktu 8-10 tahun. Faktor resiko yang menyebabkan terjadinya peningkatan kanker paru diantaranya kebiasaan mengkonsumsi alkohol, kegemukan atau obesitas dan kurangnya aktivitas fisik atau olahraga, serta penggunaan rokok. Manifestasi klinis dari kanker paru pada gejala awal seperti stridor lokal dan dispneu ringan yang mungkin disebabkan oleh obstruksi bronkus. Gejala umum, batuk (kemungkinan akibat iritasi yang disebabkan oleh massa tumor). Batuk dimulai sebagai batuk kering tanpa membentuk sputum, tetapi berkembang sampai titik dimana dibentuk sputum yang kental dan purulen dalam berespon terhadap infeksi sekunder, hemoptisis, anoreksia, lelah, dan berkurangnya berat badan. Gejala intra pulmoner yang meliputi batuk 70% - 90% kasus, batuk darah 6-51%, nyeri dada kemeng 42-67%, sesak napas 58% kasus. Gejala intra torasik intra pulmoner yang meliputi penekanan-penekanan atau pun kerusakan struktur sekitar nervus phrenicus, akan menyebabkan lumpuhnya diafragma saraf simpatik, esofagus (dispagia).

Penyakit kanker paru memerlukan tatalaksana medis dan keperawatan. Penanganan medis meliputi pembedahan seperti toraktomi eksplorasi, pneumonotomi (pengangkatan paru), lobektomi (pengangkatan lobus paru), reseksi sektoral, reseksi baji, dekontikasi, radiasi, dan kemoterapi. Sedangkan penanganan keperawatan mencakup pemberian asuhan keperawatan yang profesional melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, penentuan rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi tindakan keperawatan. Selain sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care giver*), perawat juga berperan sebagai pemberi keputusan klinis dan mampu berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan. Dengan adanya proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian hingga evaluasi keperawatan maka diharapkan kualitas pelayanan keperawatan dapat ditingkatkan.

Berdasarkan data awal yang didapatkan penulis bahwa kanker paru di Rumah Sakit Umum RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dari tahun 2019 yang diambil dalam tiga bulan terakhir berjumlah 3 kasus (Data rekam medik RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang bulan Mei tahun 2018). Menanggapi beberapa uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul **“Asuhan keperawatan medikal bedah komprehensif pada pasien Tn. W.B dengan kanker paru di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”**.

## **1.2 Tujuan**

### **1.2.1. Tujuan umum**

Mahasiswa mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien Tn.W.B dengan kanker paru di RSUD.Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang.

### **1.2.2. Tujuan khusus**

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Tn. W.B dengan kanker paru di RSUD.Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang.
2. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. W.B dengan kanker paru di RSUD.Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang.
3. Mahasiswa mampu membuat perencanaan keperawatan pada pasien Tn. W.B dengan kanker paru di RSUD.Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan pada pasien Tn. W.B dengan kanker paru di RSUD.Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang.
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. W.B dengan kanker paru di RSUD.Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang.

## **1.2 Manfaat studi kasuss**

### **1.3.1 Bagi profesi keperawatan**

Studi Kasus ini dapat digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan perawat dalam meningkatkan profesionalisme dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker paru guna terwujudnya mutu pelayanan yang berkualitas.

### **1.3.2 Bagi institusi**

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



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Konsep Teori

##### 2.1.1 Defenisi

Kanker paru adalah 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 atau karsinoma bronkus/bronchogenic carcinoma (KEMENKES RI, 2017).

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 (Bararah & Jauhar, 2013).

Berdasarkan beberapa defenisi diatas dapat dibuat kesimpulan bahwa Kanker paru adalah tumor ganas paru yang berasal dari epitel saluran napas (KEMENKES RI, 2018).

Kanker paru merupakan tumorganas paruyang berasal dari saluran pernapasan dan dapat juga berasal dari bagian tubuh lain yang terkena kanker.

##### 2.1.2 Etiologi

Bachrudin & Najib (2016), menjelaskan bahwa penyebab kanker paru sebagai berikut :

###### a. Perokok

Asap tembakau mengandung lebih dari 4,000 senyawa-senyawa Kimia, banyak darinya telah ditunjukkan menyebabkan kanker, atau Karsinogen. Dua karsinogenik-karsinogenik utama didalam asapTembakau adalah kimia-kimia yang dikenal sebagai nitrosamines Dan *polycyclic aromatic hydrocarbons*.

b. Perokok pasif

Pekerja asbes yang tidak merokok mempunyai suatu risiko sebesar lima kali mengembangkan kanker paru daripada bukanperokok, dan pekerja asbes yang merokok mempunyai Suatu risiko sebesar 50 sampai 90 kali lebih besar daripada bukan Perokok.

c. Random gas

Radon gas adalah suatu gas mulia secara kimia dan alami yang adalah suatu pemecahan produk uranium alami (produk radio aktif).Ia pecah/hancur membentuk produk-produk yang mengemisi suatu tipe radiasi yang mengionisasi.Radon gas adalah suatu penyebab kanker paru yang dikenal, dengan suatu estimasi 12% dari kematian dan kanker paru diakibatkan oleh radon gas.

d. Penyakit paru lain

Kehadiran penyakit paru tertentu, khususnya *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD), dikaitkan dengan suatu risiko yang meningkat sedikit (empat sampai enam kali risiko dari seorang bukan perokok) untuk mengembangkan kanker paru bahkan setelah efek-efek dari menghisap rokok serentak telah ditiadakan.

e. Polusi Udara

Polusi udara dari kendaraan, industri, dan tempat pembangkit tenaga (listrik) dapat meningkatkan kemungkinan mengembangkan kanker paru pada individu yang terpapar.Sampai 1% dari kematian-kematian kanker paru disebabkan oleh pernapasan udara yang terpolusi, dan para ahli percaya bahwa paparan yang lama pada udara yang terpolusi sangat tinggi dapat membawa suatu risiko serupa dengan yang dari merokok pasif untuk mengembangkan kanker paru.

f. Genetik

Jika seorang pernah terkena jenis kanker paru, terdapat kemungkinan bisa terkena kanker paru jenis lainnya, jika dia tetap merokok.Resiko

seseorang juga meningkat jika memiliki orang tua, saudara atau anak yang terkena kanker paru (KEMENKES RI, 2018)

g. Penyakit paru

Penyakit paru seperti tuberculosis dan penyakit paru obstruktif kronik juga dapat menjadi resiko kanker paru. Orang dengan penyakit paru obstruktif kronik beresiko 4-6 kali lebih besar terkena kanker paru ketika efek dari merokok dihilangkan (Amin,2006).

### **2.1.3 Faktor resiko kanker paru ( Sukardja, 2005)**

1. Laki-laki
2. Usia lebih dari 40
3. Pengguna tembakau (perokok putih)
4. Hidup atau kontak erat dengan asap tembakau

### **2.1.4 Patofisiologi**

Brunner dan Suddarath (2001) menggambarkan patofisiologi terjadinya kanker paru sebagai berikut: berbagai etiologi yang menyerang percabangan segmen/sub bronkus menyebabkan cilia hilang dan deskuamasi sehingga terjadi pengendapan karsinogen. Dengan adanya pengendapan karsinogen maka menyebabkan metaplasia, hiperplasia dan displasia. Bila lesi perifer yang disebabkan oleh metaplasia, hiperplasia dan displasia 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 yang timbul dapat berupa batuk, hemoptysis, dispneu, 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 MANIFESTASI KLINIS**

Guyton (2003) menjelaskan bahwa kanker paru tidak memiliki gejala klinis yang khas, tetapi batuk, sesak napas, atau nyeri dada (gejala respirasi) yang muncul lama atau tidak kunjung sembuh dengan pengobatan biasa pada pasien “kelompok risiko” harus ditindaklanjuti untuk prosedur diagnosis kanker paru. Misalnya batuk, hemoptisis, nyeri dada dan sesak napas/stridor. Batuk merupakan gejala tersering (60-70%) pada kanker paru.

Gejala lain berkaitan dengan pertumbuhan regional, seperti efusi pleura, efusi perikard, sindrom vena kava superior, disfagia, sindrom pancoast, dan paralisis diafragma. Sindrom pancoast merupakan kumpulan gejala dari kanker paru yang tumbuh di sulkus superior, yang menyebabkan invasi pleksus brakhial sehingga menimbulkan nyeri pada lengan dan munculnya sindrom horner (ptosis, miosis, hemifacial anhidrosis).

Keluhan suara serak menandakan telah terjadinya kelumpuhan saraf atau gangguan pada pita suara. Gejala klinis sistemik yang juga kadang menyertai yaitu penurunan berat badan dalam waktu yang singkat, nafsu makan menurun, dan demam hilang timbul. Gejala yang berkaitan dengan gangguan neurologis (sakit kepala, lemah/parese) sering terjadi jika terdapat penyebaran ke otak atau tulang belakang. Nyeri tulang sering menjadi gejala awal pada kanker yang telah menyebar ke tulang. Gejala lainnya yaitu gejala paraneoplastik, seperti nyeri muskuloskeletal, hematologi, vaskuler, neurologi, dan lain-lain (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia , 2017).

### **2.1.6 PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK**

Menurut Bachrudin & Najib (2016), pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada penyakit kanker paru sebagai berikut:

- a. Radiologi; foto thorax posterior – anterior (PA) dan leteral serta tomografi dada.

- b. Bronkhografi; untuk melihat tumor dipercabangan bronkus.
- c. Laboratorium (Sitologi sputum, pleural, atau nodus limfe, Pemeriksaan fungsi paru dan GDA, tes kulit, jumlah absolute limfosit)
- d. Histopatologi (bronkoskopi, biopsi transthorakal (TTB), torakoskopi, mediastinosopi, torakotomi).
- e. CT-Scanning, MRI

### 2.1.7 PENATALAKSANAAN

Bararah & Jauhar (2013), berpendapat bahwa penatalaksanaan medis, dan tujuan pengobatan kanker paru dapat berupa:

- a. Kuratif  
Memperpanjang masa bebas penyakit dan meningkatkan angka harapan hidup pasien.
- b. Paliatif  
Mengurangi dampak kanker, meningkatkan kualitas hidup.
- c. Rawat rumah (*hospice care*) pada kasus terminal. Mengurangi dampak fisis maupun psikologis kanker baik pada pasien maupun keluarga.
- d. Suportif  
Menunjang pengobatan kuratif, paliatif dan terminal seperti pemberian nutrisi, transfusi darah dan komponen darah, obat antinyeri dan antiinfeksi.

Penatalaksanaan medis terdiri dari:

#### 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) 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.

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

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

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

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

Penatalaksanaan keperawatan:

- 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.

### **2.1.8 Komplikasi**

Menurut Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2003:17, komplikasi pada kanker paru diantaranya:

1. Efusi pleura
2. Sindrom Venakava superior(SVCS)
3. Obstruksi bronkus
4. Invasi DindingToraks

5. Batuk darah(Hemoptisis)
6. Kompresi penekanan Esofagus
7. Kompresi sumsumtulang. Biasanya terjadi karena efek samping obat maupun radiasi. Gejala yang paling sering muncul adalah leucopenia dan trombositopenia
8. Metastasis sel kanker ke bagian tubuh yang lain

## **2.1 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

### **2.2.1 PENGKAJIAN**

Menurut Pahria, dkk (1993) dalam Bruner and Sudarth (2000), pengkajian keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan kanker paru diantaranya:

#### **A. Keluhan umum**

Nyeri dada, sesak napas, mengi, batuk, sputum mengandung darah (hemoptisis).

#### **B. Riwayat adanya faktor resiko Perokok berat dan kronis baik sigaret maupun cerutu (faktor resiko mayor)**

- a. Terpapar 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**

- Deformitas atau ketidakseimbangan
- Retraksi interkostal
- Gangguan atau penyimpangan gerakan pernapasan
- Frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya bernapas.
- Retraksi inspirasi pada area supraklavikular
- Kontraksi inspirasi sternomastoideus

2) Palpasi dada untuk mengetahui

- Nyeri tekan
- Pengkajian terhadap abnormalitas yang dapat dilihat
- Ekspansi pernapasan
- Fremitus taktil

e. Perkusi dada: Bunyi jantung normal mungkin tidak ada pada emfisema.

f. Auskultasi

- Bunyi napas: adanya bunyi napas tambahan Crackles/rales, mengi atau ronchi, wheezing.
- Jika ada indikasi, bunyi suara yang ditransmisikan.

g. Pemeriksaan kuku jari dan tangan

Inspeksi: Falang dorsal membulat dan menggelembung. Kecembungan 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 Dan Rencana Keperawatan

Nanda (2009-2011) menjelaskan bahwa diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien dengan kanker paru meliputi:

#### 1. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan Co<sub>2</sub>

hipoventilasi dengan manifestasi klinis: adanya gangguan penglihatan, penurunan CO<sub>2</sub>, takikardi, kelelahan, somnolen, iritabilitas, hypoxia, kebingungan, dyspnea.

**NOC:** pertukaran gas efektif dengan kriteria: menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat dengan GDA dalam rentang normal, tidak ada napas cuping hidung, tidak ada sianosis, bebas gejala distress pernafasan.



**NIC:**

- 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 dan 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 mucus/ 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
- e) Awasi atau gambarkan seri GDA  
Rasional : menunjukkan ventilasi atau oksigenasi digunakan sebagai dasar evaluasi keefektifan terapi atau indikator kebutuhan perubahan terapi.

**2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan :**

- a) Benda asing dalam jalan nafas
- b) Eksudat dalam alveoli
- c) Hiperplasia pada dinding bronkus
- d) Mukus berlebihan
- e) Penyakit paru obstruksi kronis
- f) Sekresi yang bertahan
- g) Spasme jalan napas

Batasan karakteristik

- a) Dyspneu, penurunan suara napas
- b) Orthopneu
- c) Cyanosis
- d) Kelainan suara napas (rales, wheezing).
- e) Kesulitan berbicara
- f) Batuk tidak efektif
- g) Produksi sputum
- h) Gelisah
- i) Perubahan frekuensi dan irama napas.

**NOC** :menunjukkan keefektifan bersihan jalan nafas dengan kriteria:

- a. Menunjukkan hilangnya dispnea
- b. Mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih
- c. Mengeluarkan mucus tanpa kesulitan
- d. Menunjukkan perilaku untuk memperbaiki / mempertahankan bersihan jalan nafas.

**NIC**:

1. Catat perubahan upaya dan pola bernafas.  
Rasional: penggunaan otot interkostal/abdominal dari pelebaran nasal menunjukkan peningkatan upaya bernafas
2. Observasi penurunan ekspansi dinding dada  
Rasional: ekspansi dada terbatas atau tidak sama sehubungan dengan akumulasi cairan,edema,dan sekret dalam seksi lobus.
3. Catat karakteristik batuk (misalnya menetap, efektif, tidak efektif), juga produksi dan karakteristik sputum.  
Rasional: karakteristik batuk dapat berubah tergantung pada penyebab gagal pernafasan. bila ada sputum mungkin banyak, kental, berdarah
4. Pertahankan posisi tubuh/ kepala tepat dan gunakan alat jalan nafas sesuai kebutuhan.  
Rasional: memudahkan memelihara jalan nafas atas paten bila jalan nafas pasien dipengaruhi

5. Kolaborasi pemberian bronkodilator, contoh aminofilin , albuterol dll.  
Awasi untuk efek Samping merugikan dari obat, contoh takikardi, hipertensi, tremor, insomnia.

Rasional: obat diberikan untuk menghilangkan spasme bronkus, menurunkan viskositas sekret, memperbaiki ventilasi dan memudahkan pembuangan sekret. Memerlukan perubahan dosis/pilihan obat.

**3. Pola nafas tidak efektif b/d penurunan ekspansi paru, penurunan energi, fatigue, nyeri, obstruksi trakeobronkial dan ansietas.**

**NOC:** Pola nafas efektif dengan kriteria:

- Tidak adanya dyspnea
- Irama pernafasan teratur
- Frekuensi pernafasan dalam batas normal
- Tanda-tanda vital dalam batas normal: (tekanan darah: 120/80 mmHg, Nadi: 60-100x/menit, RR: 12-20 x/menit dan suhu 36,5- 37,2<sup>0</sup>c)

**NIC:**

- a. Monitor tanda-tanda vital
- b. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
- c. Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara nafas tambahan
- d. Identifikasi kebutuhan aktual atau potensial pasien untuk memasukkan alat bantu untuk membuka jalan napas
- e. Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>
- f. Pertahankan jalan nafas yang paten
- g. Atur peralatan oxygenase
- h. Monitor aliran oksigen
- i. Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi
- j. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap terapi oksigen.

#### **4. Nyeri (Akut) Berhubungan dengan:**

- 1) Insisi bedah
- 2) Trauma jaringan dan gangguan saraf internal
- 3) Adanya selang dada
- 4) Invasi kanker ke pleura

**NOC:** klien bebas dari nyeri dengan kriteria:

- 1) Melaporkan nyeri hilang/terkontrol
- 2) Tampak rileks dan tidur/istirahat dengan baik
- 3) Berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/dibutuhkan.

**NIC:**

- a) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus;
- b) Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat
- c) Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri
- d) Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri
- e) Pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- f) Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien misalnya, (tidur, nafsu makan).
- g) Evaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik individu atau keluarga atau nyeri yang menyebabkan ketidakmampuan melakukan aktivitas
- h) Gali bersama pasien faktor-faktor yang menurunkan atau memperberat nyeri
- i) Gunakan metode penilaian yang sesuai dengan tahapan perkembangan yang memungkinkan untuk mengontrol dan memonitor nyeri dan akan dapat membantu mengidentifikasi faktor pencetus actual dan potensial

- j) Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan danantisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur
- k) Kendalikan faktor lingkungan yang mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan misalnya,(suhu,ruangan, pencahayaan); Ajarkan prinsip- prinsip manajemen nyeri
- l) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat
- m) Kolaborasi pemberian analgetik
- n) Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri tambah berat.

**5. Ketakutan / ansietas berhubungan dengan :**

- 1. Krisis situasi
- 2. Ancaman untuk perubahan status kesehatan, takut mati
- 3. faktor psikologis

Batasan karakteristik :

- a) Gelisah
- b) Kesedihan yang mendalam
- c) Distress
- d) Ketakutan
- e) Perasaan tidak adekuat
- f) Gugup
- g) Bingung
- h) Menyesal
- i) Ragu/tidak percaya diri
- j) Khawatir

**Kriteria Hasil :**

- 1. Menyatakan kesadaran terhadap ansietas dan cara sehat untuk mengatasinya
- 2. Mengakui dan mendiskusikan takut

3. Tampak rileks dan melaporkan ansietas menurun sampai tingkat dapat ditangani
4. Menunjukkan pemecahan masalah dan penggunaan sumber efektif.

**Intervensi :**

- a) Observasi peningkatan gelisah, emosi labil  
Rasional: memburuknya penyakit dapat menyebabkan atau meningkatkan ansietas
- b) Pertahankan lingkungan tenang dengan sedikit rangsangan  
Rasional: menurunkan ansietas dengan meningkatkan relaksasi dan penghematan energi.
- c) Tunjukkan/bantu dengan teknik relaksasi ,meditasi,bimbingan imajinasi.  
Rasional: memberikan kesempatan untuk pasien menangani ansietasnya sendiri dan merasa terkontrol
- d) Identifikasi persepsi klien terhadap ancaman yang ada oleh situasi.  
Rasional: membantu pengenalan ansietas/takut dan mengidentifikasi tindakan yang dapat membantu untuk individu.
- e) 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

**2.2.3 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 implementasi keperawatan pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan

penyakit dan pemulihan (Nursalam,2001). Implementasi yang dilakukan disesuaikan dengan intervensidan disesuaikan dengan kondisi pasien.

#### **2.2.4 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah berhasil dicapai. 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). Pendekatan yang dilakukan dengan pendekatan S.O.A.P (*Subjectif, Objectif, Assessment, Planning*).

Evaluasi keperawatan untuk masalahkerusakan pertukaran gas diantaranya: analisa gas darah dalam batas normal, tidak menunjukkan adanya sitres pernafasana, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada sianosis.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas diantaranya: menunjukkan hilangnya dyspnea, mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih, mengeluarkan mucus tanpa kesulitan dan menunjukkan perilaku untuk memperbaiki / mempertahankan bersihan jalan nafas, misalnya mampu untuk melakukan teknik batuk efektif.

Evaluasi untuk masalah ketidakefektifan pola nafas diantaranya: tidak adanya dyspnea, irama pernafasan teratur, frekuensi pernafasan dalam batas normal, Tanda-tanda vital dalam batas normal: (tekanan darah: 120/80 mmHg, Nadi: 60-100x/menit, RR: 12-20 x/menit dan suhu 36,5-37,2<sup>0</sup>c), tidak ada wheezing.

Evaluasi untuk masalah nyeri diantaranya: melaporkan nyeri hilang/terkontrol, tampak rileks dan tidur/istirahat dengan baik dan berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/dibutuhkan.

Evaluasi keperawatan untuk masalah ansietas diantaranya: menyatakan kesadaran terhadap ansietas dan cara sehat untuk mengatasinya, mengakui dan mendiskusikan takut, tampak rileks dan melaporkan ansietas menurun sampai tingkat dapat ditangani dan menunjukkan pemecahan masalah dan penggunaan sumber efektif.



## **BAB 3**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1. HASIL**

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

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur, yang berlangsung selama 3 hari yaitu sejak tanggal 27-29 Mei 2019.

##### **3.1.2. Pengkajian Keperawatan**

Hasil pengkajian yang didapat oleh penulis di ruang komodo RSUD Prof.W.Z.Johannes Kupang, klien atas nama Tn. W.B, umur 69 tahun,agama Katolik, pendidikan terakhir SMA, alamat Penfui, pekerjaan pensiunan (PNS), jenis kelamin laki-laki, status menikah,suku bangsa flores adonara. Nama penanggung jawab Ny. M. B, jenis kelamin perempuan alamat Penfui, pekerjaan ibu rumah tangga, hubungan dengan klien yaituistri klien.

Klien datang dengan keluhan sesak napas, batuk dan nyeri dada bagian kiri. Keluhan ini sudah dirasakan sejak 1 tahun yang lalu. Keluhan lain yang menyertai adalah batuk dan nyeri seluruh tubuh. Nyeri tersebut bertambah saat klien batuk dan melakukan aktivitas.Klien juga mengatakan saat mulai batuk selalu pergi berobat dirumah sakit atau fasilitas kesehatan terdekat. Klien juga pernah menderita TB paru dan dirawat dipuskesmas Penfui dan menjalani pengobatan selama 6 bulan. Klien tidak ada riwayat alergi dan tidak pernah dioperasi. Kebiasaan merokok 1 hari bisa menghabiskan 2 bungkus rokok dan pasien tidak pernah mengkonsumsi alkohol serta pasien minum kopi 2 gelas/hari waktunya pagi dan sore hari. Pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan.

Riwayat genogram/keturunan pasien memiliki 12 bersaudara yang terdiri dari laki-laki 5 orang dan perempuan 7 orang.Klien anak ke- 12 dari 12 bersaudara dan diantara mereka sudah menikah semua, yang meninggal 4

orang yaitu laki-laki 3 orang dan perempuan 1 orang. Diantara 4 orang yang sudah meninggal tidak ada yang menderita penyakit seperti yang Tn.W.B derita sekarang ini.

Dari hasil pemeriksaan fisik klien yaitu: tanda – tanda vital TD: 110/79 mmHg, N: 80 kali/menit S :37<sup>0</sup>c, RR: 26 kali/menit. Pemeriksaan kepala dan leher, klien mengatakan tidak ada sakit kepala, tidak pusing, penglihatan normal, konjungtiva anemis, sklera putih, nyeri tidak ada, pendengaran baik, penciuman baik dan keadaan tenggorokan baik, tidak ada pembesaran kelenjar di leher. Sistem kardiovaskuler terasa nyeri di dada bagian kiri, kesadaran komposmentis, bentuk dada abnormal, bibir normal, kuku normal, capillary reffil normal (< 3 detik), tangan tidak ada edema, kaki tidak ada edema sendi tidak nyeri. Ictus cordis teraba, ada pembesaran vena jugularis, dan tidak ada pembesaran jantung.

Sistem respirasi: klien merasa sesak, bentuk dada abnormal yaitu dada tidak simetris (dada kiri lebih rendah dari dada kanan), jenis pernapasan abnormal, irama napas teratur, pasien menggunakan alat bantu pernapasan O<sub>2</sub> nasal kanul 2liter/menit, pada saat perkusi ada cairan dan terdapat masa, pada saat auskultasi inspirasi abnormal terdengar bunyi wheezing di lobus kiri paru.

Sistim pencernaan: keadaan abdomen kembung. Pola nutrisi: pola makan 3x/hari frekuensi makan 1 piring, nafsu makan menurun, pasien tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan. Banyaknya minum dalam sehari 8 gelas perhari. BB sebelum sakit 60 kg, TB 160 cm. Pasien merasa ada penurunan berat badan (sekitar 10kg). Sebelum sakit, BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek dan saat sakit BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek. Olahraga dan aktivitas pasien tidak ada.

Sistim persyarafan tidak ada keluhan, tingkat kesadaran komposmentis, GCS 15 (E;4 M;5 V;6). Sistem perkemihan tidak ada keluhan, kebiasaan dalam sehari BAK 4-5x/hari warna kuning jernih, sedangkan perubahan selama sakit 3-4x/hari, warna kuning. Sistem endokrin tidak ada keluhan. Sistem reproduksi tidak ada keluhan.

Istirahat dan tidur: tidur malam jam 11.00, bangun jam 04.00, tidur siang jam 13.00 bangun jam 17.00, pasien juga mudah terbangun jika batuk pada malam hari. Jam tidur kiln masih normal yaitu 8 jam/ hari.

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

Status rumah: rumah sendiri, cukup baik, tidak ada kebisingan. 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 : Sebelum sakit pasien aktif dalam kegiatan keagamaan. Selama sakit pasien tidak dapat melakukan kegiatan ibadah seperti pergi ke gereja dan doa rosario. Pasien hanya dapat berdoa dengan keluarga di rumah sakit saja. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan: pada waktu sebelum sakit pasien selalu mengikuti kegiatan keagamaan sedangkan selama sakit pasien tidak terlibat dalam kegiatan keagamaan.

Keadaan psikologis selama sakit yaitu persepsi klien terhadap penyakit yang diderita: pasien mengatakan ia ingin segera sembuh. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatan lainnya, pasien menerima penyakit yang dideritanya dan ia percaya bahwa dengan menjalani perawatan di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang pasien dapat sembuh dan bisa pulang ke rumah. Pasien juga mengatakan bahwa pola komunikasi dengan tenaga kesehatan baik-baik saja.

### 3.1.3. Analisa data

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka dapat ditegakkan beberapa masalah keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang dialami klien berdasarkan hasil pengumpulan data diantaranya:

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.

Data Subyektif: pasien mengatakan sesak napas

Data Obyektif: saat di kaji pasien tampak sesak dengan RR : 26 kali/menit dan pasien terpasang oksigen nasal kanul 2 L/m, terdapat bunyi wheezing pada lobus kiri paru

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (proses pembedahan)

Data subjektif (DS): pasien mengatakan nyeri pada dada kiri saat batuk dan melakukan aktivitas dan nyeri sudah dirasakan sejak 1 tahun yang lalu.

Data objektif : saat kaji pasien tampak meringis kesakitan, dari hasil pengkajian dengan menggunakan skala nyeri P, Q, R, S, T yaitu P: nyeri timbul saat pasien beraktivitas, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri yang dirasakan pada dada kiri pada saat pasien batuk, S: skala nyeri 4 (masih bisa dikontrol/ditoleransi), T: nyerinya sekitar 1-5 menit.

3. Resiko infeksi

DS:pasien mengatakan terdapat luka operasi di dada bagian kiri

DO: saat di kaji terdapat luka di intercostal ke- 6 kiri, klien terpasang WSD dengan kondisi luka yang belum kering, Leukosit: 20.640  $\mu$ /L..

#### 3.1.4. Diagnosa keperawatan

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

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, ditandai dengan DS: pasien mengatakan sesak nafas dan batuk; DO: pasien batuk, RR: 30 X / menit, terpasang O2 nasal canul 2 liter/menit, adanya retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu pernapasan. Saat diauskultasi terdengar bunyi napas tambahan yaitu ronchi dan wheezing.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, ditandai dengan, DS: pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di area dada kiri,nyeri

seperti tertusuk-tusuk, dirasakan hilang timbul; DO: pasien tampak meringis dan memegang dada bagian kiri, skala nyeri 4;

3. Risiko infeksi. DS: pasien mengatakan bahwa ada luka pada dada bagian kiri bagian bawah, ditandai dengan DO: pasien terpasang selang WSD di intercostal ke 6 kiri, Leukosit: 20.640  $\mu$ /L.

### 3.1.5. Rencana Keperawatan

Diagnosa 1: Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru. Tujuan: pasien akan mempertahankan pola nafas yang efektif selama dalam perawatan, Kriteria Hasil: setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien akan mempertahankan keefektifan pola napas dengan indikator respirasi dalam batas normal yaitu (12-20 kali/menit), tidak ada keluhan sesak napas dan tidak ada penggunaan otot bantu atau alat bantu pernapasan.

Intervensi keperawatan yang ditentukan bagi pasien untuk mengatasi masalah ketidakefektifan pola nafas, diantaranya: 1). Monitor tanda-tanda vital ( TD: 110/70 mmHg, RR: 26 x/menit, N: 70 x/menit, S: 36°C); 2). Posisikan pasien semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi; 3). Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara nafas tambahan; 4). Identifikasi kebutuhan aktual atau potensial pasien untuk memasukkan alat bantu untuk membuka jalan napas; 5). Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>; 6). Pertahankan jalan nafas yang paten; 7). Atur peralatan oxygenasi; 8). Monitor aliran oksigen; 9). Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi; 10). Monitor adanya kecemasan pasien terhadap terapi oksigen.

Diagnosa 2: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Tujuan: klien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. Kriteria Hasil: setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien akan mempertahankan kenyamanan dengan indikator skala nyeri berkurang

yaitu 2-3 (skala nyeri ringan - sedang), keluhan nyeri berkurang dan klien mampu menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri.

Intervensi keperawatan yang ditentukan bagi pasien untuk mengatasi masalah nyeri diantaranya: 1). Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus; 2). Pastikan perawatan analgesic bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat; 3). Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri; 4). Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri; 5). Pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri; 6). Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien misalnya, (tidur, nafsu makan); 7). Evaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik individu atau keluarga atau nyeri yang menyebabkan ketidakmampuan melakukan aktivitas; 8).Gali bersama pasien faktor-faktor yang menurunkan atau memperberat nyeri; 9). Gunakan metode penilaian yang sesuai dengan tahapan perkembangan yang memungkinkan untuk mengontrol dan memonitor nyeri dan akan dapat membantu mengidentifikasi faktor pencetus actual dan potensial; 10). Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan danantisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur; 11). Kendalikan faktor lingkungan yang mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan misalnya,(suhu,ruangan, pencahayaan); 12). Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri: 13). Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat; 14).Kolaborasi pemberian analgetik; 15).Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri tambah berat.

Diagnosa 3 :Risiko infeksi.

Tujuan : pasien akan bebas dari infeksi selama dalam perawatan. Kriteria

Hasil : Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di

harapkan risiko infeksi terkontrol dengan indikator tidak ada tanda-tanda infeksi, suhu tubuh dalam batas normal ( $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ ), leukosit menurun ( $4.000-10.000 \mu\text{/L}$ ).

Intervensi keperawatan yang ditentukan untuk mengatasi masalah risiko infeksi diantaranya: 1). Monitor tanda dan gejala infeksi; 2). Batasi pengunjung; 3). Pertahankan teknik aseptik; 4). Inspeksi kondisi luka dan area pemasangan WSD; 5). Pertankan lingkungan yang sehat dan terhindar dari infeksi; 6). Dorong masukan nutrisi yang cukup; 7). Ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi.

#### 3.1.6. Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan pada Tn. W. B sesuai dengan intervensi yang telah dirancang sebelumnya.

##### **Hari pertama (tanggal 27 Mei 2019)**

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **ketidakefektifan pola nafas** diantaranya: 1). jam 09.00 Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah: 110/70 mmHg, Pernapasan : 30 X/ menit, Nadi : 80 X/ menit dan Suhu Tubuh :  $37^{\circ}\text{C}$ ); 2). Jam 09.15 mengauskultasi bunyi nafas pasien; 3). Jam 09.20 Mengatur posisi pasien (semi fowler); Jam 09.30 mengatur aliran O<sub>2</sub> pasien 2 liter/ menit; Jam 10.00 melakukan nebulizer.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **Nyeri** diantaranya: 1). Jam 10.00 melakukan pengkajian nyeri P,Q,R,S,T, ; 2). Jam 10.20 Mengajarkan pasien teknik relaksasi; 3). Jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital (TD: 110/70 mmHg, N: 70 x/menit, S:  $36^{\circ}\text{C}$ , RR: 26x/menit); 4). Jam 12.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi Ketorolac 3 X 1 ampul/IV); 5). Jam 12.15 menganjurkan pasien untuk istirahat.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **resiko infeksi** diantaranya: 1). Jam 06.30 mengganti laken pasien; 2). Jam 06.35; 3). Memandikan pasien; 4). Jam 06.50 Menggunakan teknik aspetik (cuci tangan) dan merawat luka WSD pasien (Pasien dalam keadaan bersih dan rapih dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka WSD); 5). Jam 09.30 mengajarkan pasien dan keluarga 6 langkah mencuci tangan (Pasien dan keluarga mampu mengikuti instruksi 6 langkah mnecuci tangan dengan baik).

### **Hari ke 2 (tanggal 28 Mei 2019)**

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **ketidakefektifan pola nafas** diantaranya: 1). Jam 07.30 Mengatur aliran O2 pasien dengan kecepatan 2 liter/menit; 2). Jam 10.00 melakukan nebulizer; 3). Jam 11.00 mengkaji tanda-tanda vital pasien (TTV ; TD : 110/80 mmHg, N : 90 X/ menit, RR : 28 X / menit, S : 37 0 C) dan 4). Jam 11.30 mereposisi pasin miring kiri-kanan.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **nyeri**, diantaranya: 1). Jam 10.45 Menganjurkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi; 2). Jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital 3). Jam 12.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi KTC 3 X 1 ampul/IV) dan memberikan injeksi dan 4). Jam 12.30 menganjurkan pasien untuk istirahat.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **resiko infeksi** diantaranya: 1). Jam 10.30 melakukan AFF infus karena adanya phlebitis; 2). Jam 10.50 melakukan 6 langkah mencuci tangan dan 3). Jam 11.10 memasang ulang infus.

### **Hari ke tiga (tanggal 29 Mei 2019)**

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **ketidakefektifan pola nafas** diantaranya: 1). Jam 08.00 memberikan pasien nebulizer; 2). jam 11.20 mengatur poisisi pasien (semi fowler) dan 3). Jam 12.10 memperbaiki posisi nasal canul pasien.



Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **nyeri**, diantaranya: 1). Jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital; 2). Jam 12.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi KTC 3 X 1 ampul/IV) dan 3). Jam 12.30 menganjurkan pasien untuk istirahat.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **resiko infeksi** diantaranya: 1). Jam 08.00 merawat luka WSD pasien dan mengkaji adanya tanda-tanda infeksi. 2). Anjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah bertemu pasien, 3). Menggunakan sarung tangan untuk mempertahankan aseptis pada saat memberikan perawatan.

### 3.1.7. Evaluasi keperawatan

Setelah melaksanakan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, menentukan rencana /intervensi dan implementasi selanjutnya tahap evaluasi dimana terdiri- dari catatan perkembangan yaitu: keluhan yang dirasakan oleh klien, obyektif yaitu data yang diperoleh melalui observasi langsung, assesmemnt dan planning adalah merupakan tindak lanjut yang akan dilakukan bila masalah belum teratasi.

Evaluasi dilakukan selama tiga hari perawatan di ruangan Komodo yaitu pada tanggal 27 – 29 Mei 2019.

#### **Hari pertama (27 Mei 2019)**

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan 1: **Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru** yang dilakukan pada jam 13.00 wita yaitu: **S**: pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sesak nafas, **O**: Saat dikaji pasien tampak sesak dan menggunakan oksigen nasal kanul 2 liter/ menit, saat auskultasi terdengar bunyi wheezing pada lobus kiri paru, TTV ; TD : 110/70 mmHg, RR : 29 X/ menit, S : 37<sup>0</sup> C, N : 84 X/ menit, **A**: masalah belum teratasi, **P**: Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan 2: **nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis** yang dilakukan pada jam 13.10 yaitu: **S**:

pasien mengatakan nyeri pada dada kiri, **O**: saat dikaji pasien tampak meringis, sambil memegang area yang terasanyeri, skala nyeri 4 (nyeri berat tapi masih dapat ditoleransi), **A**: Masalah belum teratasi, **P**: Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan 3: **resiko infeksi** yang dilakukan pada jam 13.20 wita yaitu **S**: pasien mengatakan terdapat luka operasi di perut bagian kiri, **O**: saat dikaji tampak ada luka di intercostal 6 (terpasang WSD), **A**: masalah belum teratasi, **P**: Intervensi hari pertama dilanjutkan.

### **Hari ke dua (28 Mei 2019)**

Evaluasi untuk diagnosa 1: **ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru** yang dilakukan pada jam 13.00 adalah **S**: pasien mengatakan masih sesak, **O**: saat dikaji pasien tampak sesak dan masih terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter/menit, TD : 110/60 mmHg, RR : 26 x/ menit, S : 37<sup>0</sup> C, N : 84 X/ menit, terdapat bunyi wheezing di lobus kiri paru, **A**: Masalah belum teratasi, **P**: Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi untuk diagnosa 2: **nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis** yang dilakukan pada Jam 13.30 adalah **S**: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, **O**: saat dikaji pasien tidak meringis dan tampak rileks, skala nyeri 3 (nyeri sedang), **A**: masalah teratasi sebagian, **P**: intervensi dilanjutkan.

Evaluasi untuk diagnosa 3: **resiko infeksi** yang dilakukan pada jam 13.45 adalah **S**: -, **O**: tampak ada luka di intercostal 6 kiri (terpasang WSD), **A**: Masalah belum teratasi, **P**: intervensi hari kedua dilanjutkan.

### **Hari ke tiga (29 Mei 2019)**

Evaluasi untuk diagnosa 1: **ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru** yang dilakukan pada jam 12.30 adalah **S**: pasien mengatakan bahwa sesak nafasnya berkurang, **O**: Terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter/menit, TD : 110/60 mmHg, RR : 24 x/ menit, S : 36,8<sup>0</sup> C,

N : 80 x/ menit, terdapat bunyi wheezing di lobus kiri paru **A:** Masalah teratasi sebagian, **P:** Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi untuk diagnosa 2: **nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis** yang dilakukan pada Jam 13.00 adalah **S:**pasien mengatakan nyerinya sudah sangat berkurang, **O:**saat dikaji pasien tidak meringis dan tampak rilex, skala nyeri 2(nyeri ringan), **A:** masalah teratasi sebagian, **P:** intervensi hari ketiga dilanjutkan.

Evaluasi untuk diagnosa 3: **resiko infeksi** yang dilakukan pada jam 13.45 adalah **S:** -, **O:** tampak ada luka di intercostal 6 kiri (terpasang WSD), kadar leukosit (20.640  $\mu$ /L), **A:** Masalah belum teratasi, **P:** intervensi hari ketiga dilanjutkan.

### 3.2. Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan saat memberikan asuhan keperawatan pada Tn. W.B di Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Pembahasan ini akan dibahas sesuai dengan proses keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

#### 3.2.1 Pengkajian

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

Berdasarkan tinjauan teoritis, pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien dengan kanker paru meliputi: keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga dan pemeriksaan fisik. Secara teori, keluhan utama yang dirasakan oleh pasien dengan kanker paru adalah nyeri dada, sesak napas, mengi,

batuk, sputum mengandung darah (hemoptisis).Keluhan sesak napas ini dicetuskan karena adanya tumor dalam paru bagian kiri. Selanjutnya pengkajian yang dapat dilakukan lainnya yaitu riwayat kesehatan dahulu yaitu pernah menderita penyakit yang sama dan dibawa ke rumah sakit. Pengkajian pada riwayat kesehatan keluarga, adanya anggota keluarga yang menderita penyakit menular seperti yang dialami oleh klien. Pada pemeriksaan fisik yaitu pada inspeksi dada dilakukan untuk mengetahui deformitas atau ketidakseimbangan, retraksi intercostal, gangguan atau penyimpangan gerakan pernapasan, frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya bernapas, retraksi inspirasi pada area supraklavikular dan kontraksi inspirasi sternomastoideus. Pada palpasi dada dikaji adanya nyeri tekan, pengkajian terhadap abnormalitas yang dapat dilihat, ekspansi pernapasan dan fremitus taktil (ditemukan adanya penurunan getaran pada area yang terkena kanker paru). Pada auskultasi ditemukan adanya bunyi napas abnormal seperti Crackles/rales, mengi atauronchi dan wheezing.

Hasil pengkajian pada kasus kanker paru yang dialami oleh Tn. W.B ditemukan bahwa sebagian besar keluhan utama sama dengan yang ada dalam tinjauan teori yaitu: batuk, sesak nafas dan nyeri dada. Namun pada pasien Tn. W.B tidak ditemukan adanya sputum mengandung darah (hemoptisis).Kondisi ini disebabkan karena derajat kanker yang dialami oleh Tn. W.B masih dalam tahap awal sehingga manifestasi tersebut tidak ditemukan. Pada pengkajian riwayat keluarga, tidak ditemukan anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama seperti pasien. Secara teori, kecenderungan seseorang mengalami kanker karena ada anggota keluarga yang mengalami penyakit kanker (Surbakti, 2013).Namun pada kasus tidak ditemukan dan faktor resiko utama yang berperan penting dalam kejadian kanker yang dialami Tn. W. B adalah dari kebiasaan merokok dalam jangka waktu lama. Pada pemeriksaan fisik ditemukan bahwa ada suara nafas abnormal

(wheezing, ronchi) dan hasil tractil fremitus terjadi penurunan getaran pada area yang mengalami kanker paru. Pada kasus yang dialami oleh Tn. W.B adanya bunyi wheezing pada lobus kiri paru dan hasil tractil fremitus menunjukkan bahwa terjadinya penurunan getaran pada area yang terdapat kanker. Kondisi ini sesuai dengan yang ada dalam tinjauan teori

### 3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual / potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2012). Pada tinjauan teoritis ditemukan 5 diagnosa Keperawatan pada klien dengan kanker paru diantaranya: 1). Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan CO<sub>2</sub>; 2). Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sputum; 3). Pola nafas tidak efektif b/d penurunan ekspansi paru, penurunan energi, fatigue, nyeri, obstruksi trakeobronkial dan ansietas; 4).Nyeri (Akut) berhubungan dengan Invasi kanker ke pleura; 5).Ketakutan / ansietas berhubungan dengan faktor psikologis.

Pada kasus kanker paru yang dialami oleh Tn. W. B, berdasarkan analisa data ditegakkan 3 (tiga) diagnosa keperawatan yaitu: 1). ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru. Diagnosa ini tegakkan karena pasien tampak sesak dengan frekuensi pernapasan 29 kali/menit, saat dilakukan tactil fremitus, terdapat getaran yang lebih rendah di paru sebelah kiri; 2). Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena dari manifestasi klinis secara teori yang dijelaskan oleh Guyton (2003), dijelaskan

bahwa salah satu manifestasi klinis dari kanker paru adalah nyeri dada. Selanjutnya untuk diagnosa resiko infeksi, secara teori tidak ditemukan. Namun penulis menegakkan diagnosa keperawatan tersebut karena seseorang dengan dilakukannya tindakan invasiv seperti pemasangan WSD terkadang menimbulkan resiko infeksi jika kurangnya teknik perawatan luka WSD secara aseptik.

Diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan penulis adalah kerusakan pertukaran gas, bersihan jalan napas tidak efektif dan ketakutan/ansietas. Terkait masalah keperawatan kerusakan pertukaran gas tidak dapat ditegakkan karena data-data yang menunjang seperti adanya nafas cuping hidung, sianosis dan hasil analisa gas darah yang menunjukkan abnormalitas ventilasi dan perfusi tidak ditemukan. Selanjutnya untuk masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif juga tidak ditegakkan, karena tidak ada data yang menunjang seperti adanya ronchi dan pasien sulit mengeluarkan lendir. Masalah keperawatan ketakutan/ansietas juga tidak ditegakkan karena tidak ditemukan data yang menunjang seperti tidak adanya keluhan cemas atau takut dari pasien. Saat dilakukan pengkajian, pasien mengungkapkan bahwa ia dapat menerima kondisi dirinya. Kondisi ini menggambarkan bahwa tidak adanya perasaan takut atau cemas yang dialami oleh pasien. Penulis berasumsi bahwa adanya dukungan moril yang besar dari keluarga atau orang-orang terdekat pasien yang dibuktikan dengan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien, sehingga pasien mampu untuk menjalani perawatan tanpa rasa takut atau cemas.

### 3.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perencanaan asuhan keperawatan untuk pasien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan pasien tersebut dapat terpenuhi (Wilkinson, 2012). Intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan pertama yaitu ketidakfektifan

pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru diantaranya adalah: 1). Monitor tanda-tanda vital; 2). Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi; 3). Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara nafas tambahan; 4). Identifikasi kebutuhan aktual atau potensial pasien untuk memasukkan alat bantu untuk membuka jalan napas; 5). Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>; 6). Pertahankan jalan nafas yang paten; 7). Atur peralatan oxygenase; 8). Monitor aliran oksigen; 9). Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi; 10). Monitor adanya kecemasan pasien terhadap terapi oksigen. Semua intervensi keperawatan ini dilakukan sesuai dengan teori yang termuat dalam NANDA (2011) untuk dapat mengatasi masalah yang dialami oleh pasien.

Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan pola nafas seperti monitor tanda-tanda vital bertujuan untuk mengevaluasi keadekuatan system kardiopulmonal. Jika terjadi gangguan pada fungsi pernafasan, maka akan didapatkan perubahan pada pola pernafasan yang ditandai dengan adanya dyspnea, tachypnea (nafas cepat) dengan frekuensi pernafasan lebih dari 20x/menit. Pasien dengan kanker paru mempunyai manifestasi klinis adanya sesak nafas sehingga penting sekali dilakukan monitoring terhadap frekuensi pernafasan. Selanjutnya intervensi keperawatan berupa auskultasi suara nafas. Hal ini penting dilakukan karena pasien dengan kanker paru ditemukan adanya suara nafas abnormal seperti adanya wheezing, sehingga perawat perlu menetapkan intervensi tersebut. Intervensi lainnya seperti monitor aliran oksigen penting dilakukan untuk mencegah kekurangan oksigen dan monitor tanda hipoventilasi yang ditandai dengan adanya kebiruan pada kulit (sianosis) yang mengindikasikan penurunan perfusi ke jaringan.

Intervensi keperawatan untuk diagnosa kedua yaitu nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis, diantaranya: 1). Lakukan pengkajian nyeri

komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus; 2). Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan penerimaan pasien terhadap nyeri; 3). Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri; 4). Pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri; 5). Evaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik individu atau keluarga atau nyeri yang menyebabkan ketidakmampuan melakukan aktivitas; 6). Gali bersama pasien faktor-faktor yang menurunkan atau memperberat nyeri; 7). Gunakan metode penilaian yang sesuai dengan tahapan perkembangan yang memungkinkan untuk mengontrol dan memonitor nyeri dan akan dapat membantu mengidentifikasi faktor pencetus actual dan potensial; 8). Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan danantisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur; 9). Kendalikan faktor lingkungan yang mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan misalnya (suhu, ruangan, pencahayaan); 10). Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri: ajarkan teknik relaksasi; 11). Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri tambah berat; 12). Kolaborasi pemberian analgetik; 13). Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat. Sebagian besar intervensi ini dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yang dialami oleh pasien. Terdapat 1 (satu) intervensi yang tidak dilakukan yaitu tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (tidur, nafsu makan). Hal ini tidak dimasukkan dalam intervensi keperawatan karena dari hasil pengkajian tidak ditemukan adanya gangguan pola tidur pada pasien dan pasien juga tidak mengalami masalah nutrisi.

Untuk diagnosa ketiga resiko infeksi, intervensi keperawatan yang dilakukan diantaranya: 1). Lakukan tindakan aspetik: mencuci tangan



sesuai prosedur, memakai handscoon dalam perawatan pasien; 2). Lakukan perawatan luka dengan teknik aspetik: 3). instruksikan kepada pengunjung mencuci tangan sebelum dan sesudah berkunjung ke pasien; 4). Ajarkan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi; 5). tingkatkan intake nutrisi bagi klien (diet tinggi protein dan tinggi kalori); Kolaborasi pemberian antibiotik.

Semua intervensi keperawatan ini dilakukan untuk dapat mengatasi masalah resiko infeksi yang dialami oleh pasien. Pada kasus, semua intervensi ini dilakukan karena klien terpasang WSD dan kondisi luka belum kering sehingga beresiko untuk mengalami infeksi. Berbagai teknik aspetik yang dilakukan seperti mencuci tangan dan memakai handscoon merupakan salah satu bentuk *universal precaution* yang wajib dilakukan oleh perawat. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Alvadri (2013) tentang hubungan mencuci tangan dan resiko infeksi menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pelaksanaan cuci tangan dengan kejadian infeksi. Hasil penelitiannya menggambarkan bahwa perawat yang mencuci tangan sesuai prosedur memiliki peluang untuk tidak menimbulkan infeksi sebesar 15 kali dibanding perawat yang mencuci tangan tidak sesuai prosedur. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa jika perawat melakukan prosedur cuci tangan sesuai prosedur maka infeksi dapat dicegah. Selanjutnya perawatan luka yang dilakukan secara steril dapat mencegah infeksi pada pasien. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Astriani & Aulawi (2007) mengenai gambaran perawatan luka dan kejadian infeksi luka operasi menunjukkan bahwa perawatan luka yang dilakukan secara steril menggunakan cairan NaCl dapat mencegah infeksi luka operasi. Oleh karena itu perawat perlu menerapkan perawatan luka secara steril dalam pemberian pelayanan pada pasien. Sedangkan untuk intervensi dengan meningkatkan asupan nutrisi (diet tinggi kalori dan

protein) bertujuan untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan mempercepat proses penyembuhan luka.

#### 3.2.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan yang telah disusun dalam intervensi keperawatan (Notoatmojo, 2014). Pada pembahasan implementasi ini akan dibahas tindakan yang tidak dapat dilaksanakan sesuai intervensi untuk setiap diagnosa keperawatan yang ditegakkan.

Implementasi pada masalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, dengan tindakan yang sudah dilakukan adalah mengukur tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 80 kali/menit, S: 37 ° c, RR: 24 kali/menit, mengatur posisi yang nyaman dengan posisi semi fowler, auskultasi suara nafas, monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>, mempertahankan jalan nafas yang paten dengan mengatur aliran oksigen dan mengevaluasi tanda-tanda hipoventilasi. Semua tindakan yang termuat dalam intervensi dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan pola nafas pada pasien. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Implementasi untuk mengatasi masalah nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis diantaranya: mengajarkan teknik relaksasi, mengatur posisi yang nyaman, menganjurkan pasien untuk mengubah posisi setiap 2 jam dan berbagai implementasi untuk mengevaluasi tingkat nyeri dan respon nyeri yang dialami oleh pasien sebagian besar dilakukan sesuai intervensi. Implementasi keperawatan seperti mengajarkan teknik relaksasi bertujuan untuk mengurangi nyeri yang dialami oleh pasien. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rampengan, Rondonuwu & Onibala (2014) tentang pengaruh teknik relaksasi dan teknik distraksi terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi di RSUP Dr. R.D. Kandou Manado menunjukkan bahwa teknik relaksasi dan distraksi sangat efektif untuk mengurangi nyeri. Oleh karena itu

perawat perlu menerapkan teknik tersebut dalam perawatan pasien dengan nyeri.

Untuk masalah keperawatan yang ketiga adalah resiko infeksi berhubungan dengan terpasangnya WSD. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan diantaranya: menerapkan tindakan aseptik seperti mencuci tangan dan menggunakan handscoon dalam perawatan pasien, melakukan perawatan luka dengan teknik steril dan menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan dengan diet tinggi kalori dan tinggi protein. Berbagai implementasi ini dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan.

Berdasarkan 3 (tiga) masalah keperawatan yang ditegakkan, penulis sudah melakukan semua intervensi yang direncanakan. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena dari semua intervensi yang ditetapkan, penulis dapat melakukan semua tindakan tanpa ada hambatan dan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan.

### 3.2.1 Evaluasi

Evaluasi adalah asuhan yang dicatat dalam catatan kemajuan dan atau rencana perawatan (Notoadmojo, 2014). Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menentukan seberapa baik rencana keperawatan bekerja dengan meninjau respon pasien.

Berdasarkan teori yang dijelaskan oleh Nursalam (2001, evaluasi merupakan 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. NANDA (2011) menjelaskan bahwa evaluasi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah ketidakefektifan pola napas nafas diantaranya: menunjukkan hilangnya dyspnea, mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih, mengeluarkan mucus tanpa kesulitan dan

menunjukkan perilaku untuk memperbaiki / mempertahankan bersihan jalan nafas. Pada kasus, evaluasi keperawatan untuk diagnosa keperawatanketidakfektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, hasil evaluasi tahap akhir belum sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan dimana klien masih mengatakan sesak napas, RR: 24x/ menit, terpasang oksigen nasal kanul 2 lpm. Masalah ketidakefektifan pola nafa yang belum teratasi ini, intervensinya dilanjutkan oleh perawat ruangan.

NANDA (2011) menjelaskan bahwa evaluasi keperawatan untuk masalah nyeri akut diantaranya: keluhan nyeri berkurang, skala nyeri berkurang, wajah nampak rileks, klien mampu menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri. Pada kasus, hasil evaluasi akhir didapatkan keluhan nyeri berkurang, skala nyeri berkurang menjadi nyeri ringan (skala 2), klien mampu menggunakan teknik relaksasi untuk mengontrol nyeri. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa sebagian besar sudah memenuhi kriteria evaluasi yang ditetapkan.

Nursalam(2001) menjelaskan bahwa evaluasi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah resiko infeksi diantaranya: tidak ada tanda-tanda infeksi, suhu tubuh dalam batas normal. Pada kasus, evaluasi keperawatan untuk diagnosa resiko infeksi dengan evaluasi akhir yaitu bekas luka pemasangan WSD belum kering, tidak ada tanda-tanda infeksi dan suhu tubuh dalam batas normal. Dapat disimpulkan bahwa sebagian besar hasil evaluasi sudah memenuhi kriteria evaluasi yang telah ditetapkan dan masalah keperawatan teratasi sebagian. Intervensi keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

### 3.2.2 Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan penulis selama menyusun studi kasus ini yaitu: keterbatasan waktu dalam perawatan pasien (3 hari perawatan) sehingga belum mengatasi secara optimal semua permasalahan keperawatan yang dialami oleh pasien.

## **BAB 4**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **1. Kesimpulan**

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn.W.B. diantaranya: klien mengeluh sesak nafas, batuk, dan nyeri dada. Klien juga terpasang WSD karena komplikasi dari kanker paru yang dialaminya yaitu adanya efusi pleura. Hasil pemeriksaan fisik ditemukan adanya bunyi wheezing pada lobus kiri paru. Hasil pemeriksaan TTV (TD 110/70), N:84x/menit, S: 37<sup>0</sup>C.

2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada kasus Tn. W. B diantaranya:  
1). Ketidakefektifan pola nafas b/d penurunan ekspansi paru; 2). Nyeri b.d agen cedera biologis; 3). Resiko infeksi
3. Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, mempertahankan jalan napas yang paten, mengantur posisi yang nyaman bagi pasien yaitu posisi semifowler, auskultasi suara nafas, mengatur aliran oksigen. Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri diantaranya: mengevaluasi tingkat nyeri, mengajarkan pasien teknik relaksasi, kolaborasi pemberian analgetik. Intervensi keperawatan untuk diagnosa resiko infeksi diantaranya: menerapkan teknik aseptik seperti mencuci tangan dan memakai handscoon saat perawatan pasien, menganjurkan kepada keluarga pasien agar sebelum dan sesudah kontak dengan pasien terlebih dahulu mencuci tangan dengan benar (enam langkah) agar tidak terjadinya infeksi, lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik.

4. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn. B sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan. Sebagian besar intervensi dilakukan di tahap implementasi.
5. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa untuk masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas teratasi sebagian, ditandai dengan sesak nafas klien berkurang, klien masih terpasang oksigen 2 l/menit. Evaluasi untuk masalah nyeri teratasi sebagian ditandai dengan keluhan nyeri berkurang, skala nyeri berkurang (nyeri ringan) dan klien mampu menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri. Evaluasi untuk masalah resiko infeksi teratasi sebagian ditandai dengan tidak ada tanda-tanda infeksi (tidak ada kemerahan), luka belum kering, klien masih terpasang WSD. Implementasi selanjutnya dilakukan oleh perawat ruangan berdasarkan intervensi yang ditetapkan sebelumnya.

#### **4.1. Saran**

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan serta perlu adanya keikutsertaan keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang perlu terlibat aktif dalam perawatan pasien.
2. Dalam memberikan implementasi keperawatan, perlu disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien.
3. Dalam memberikan perawatan, diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan perlu didokumentasikan dengan baik agar perawat terarah dalam melakukan tindakan.
4. Dalam memberikan edukasi kesehatan, perlu menggunakan media dengan tepat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul . A. H.2008, Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia :Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan.Ed. 5, Jakarta : Salemba Medika
- Badan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit ,2019, Peringatan Hari Kanker Sedunia Tahun 2019 ,Jakarta.
- Guyton, Arthur C. 2003, Fisiologi manusia dan mekanisme penyakit,Jakarta : EGC.
- Bararah & Jauhar, 2013.*Asuhan Keperawatan: Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jilid 1,Jakarta : EGC
- KEMENKES RI, 2018.*Pedoman Pengendalian Faktor Risiko Kanker Paru*. Dirjen P2P, Jakarta.
- Linda AS. (2000) Buku saku keperawatan pediatrik, Edisi 3 Jakarta: EGC
- 2017,*Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran: Kanker Paru.*, Jakarta.
- 2014,*Upaya Pencegahan Kanker*, Jakarta .
- NANDA International.(2015). Diagnosa Keperawatan Defenisi dan Klasifikasi 2015-2017, ed 10. Jakarta: EGC*
- Poter dan Perry. 2005.Buku Ajar Fundamental Keperawatan . Edisi 7. Vol.2. Salemba Medika .Jakarta: EGC
- Rampengan, S.F.Y, Rondonuwu, R & Onibala, F (2014). Pengaruh teknik relaksasi dan teknik distraksi terhadap perubahan intensitas nyeri pada pasien post operasi di Ruang Irina A Atas RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado, *Jurnal Keperawatan Unstrat*, Vol 2 (2)
- Sumantri, I (2001), Asuhan keperawatan sistem pernapasan, Jakarta: EGC