**KARYA TULIS ILMIAH**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. J DENGAN KARSINOMA PARU (CA PARU) DI RUANG RAWAT**

**INAP PARU RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR**

**BUKITTINGGI TAHUN 2017**



**OLEH :**

**INDAH SRI WAHYUNI**

**NIM : 14103084015413**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**TAHUN 2017**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Nama Mahasiswa : INDAH SRI WAHYUNI

NIM : 14103084015413

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. J Dengan Karsinoma Paru (Ca Paru) Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Karya tulis ilmiah ini telah di setujui, di periksa dan telah di pertahankan dihadapan dewan Penguji Studi Kasus Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang

Bukittinggi, 5 Agustus 2017

Pembimbing,

**Ns. FALERISISKA YUNERE, M.Kep**

**NIK : 1440125028004033**

Mengetahui,

Ka Prodi D III Keperawatan

STIKes Perintis Padang

**Ns. ENDRA AMALIA, M. Kep**

**NIK : 1420123106993012**

***KATA PERSEMBAHAN***



*Dengan segala puja dan puji syukur kepada tuhan yang maha esa dan atas dukungan dan do’a dari orang-orang tercinta, akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya. Oleh karena itu , dengan rasa bangga dan bahagia saya khaturkan rasa syukur terima kasih saya kepada :*

*Tuhan YME, karena hanya atas izin dan karuniaNyalah maka karya tulis ilmiah ini dapat dibuat dan diselesaikan pada waktunya. Puji syukur yang tak terhingga pada tuhan penguasa alam yang meridhoi dan mengabulkan segala do’a.*

*Kupersembahan karya sederhana ini kepada orang yang sangat aku sayangi .*

*kedua orang tuaku ayahhanda Erizon dan ibunda wirda yenti*

*sebagai tanda bukti dan hormat, dan rasa terima kasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada ibu dan ayah yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tak mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata cinta dan persembahan. Semiga ini menjadi langkah awal untuk membuat ayah dan ibu bahagia,selama ini bekum bisa berbuat yang lebih.untuk ibu dan ayah yang selalu membuatku termotivasi dan selalu menyirami kasih sayang, selalu mendoakanku, selalu menasehatiku menjadi lebih baik, terima kasih ibu…. Terima kasih ayah…*

*Untuk bapak Ns. Falerisiska Yunere, M.kep selaku Dosen pembimbing, Bapak Ns. Muhammad Arif, M.kep selaku dosen penguji dan dosen pengajar yang selama ini telah tulus dan iklas meluangkan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada ternilai harganya, agar saya menjadi lebih baik. Terima kasih banyak bapak ibu dosen, jasa kalian akan selalu terpatri dihati.*

*Untuk saudara saya kakak ( Rahayu Yuandari ) dan adik ( Oldi Akbar, Ryan Ardinata) yang senantiasa memberikan dukungan,semangat, senyum dan doanya untuk keberhasilan ini, cinta klian adalah memberikan kobaran semangat yang mengebu, terima kasih dan sayang ku untuk kalian.*

*Terima kasih buat sahabat dekatku ( Try Putri Agustiani, Wilda Rahma Jayani) , tanpa semangat, dukungan kalian semua tak mungkin aku sampai disini, terima kasih untuk canda tawa,tangis dan perjuangan yang kita lewati bersama dan terima kasih untuk kenangan manis yang telah terukir selama ini. Dengan perjuangan dan kebersamaan kita pasti bisaǃ.semangatǃǃ.*

*Terima kasih untuk teman-teman Bp 2014 tanpa kalian aku juga bukan apa-apa, banyak hal yang tidak dapat kupahami sendiri. Dengan kalian aku mampu melewati ini.*

*Terima kasih untuk orang-orang terdekat dengan aku yang telah membantu dan berdoa untuk kesuksesannya yang tak bisa disebutkan namanya satu persatu.*

*Karya ini tak menghentikan langkah disini, banyak jalan yang harus ditempuh untuk melewati hidup ini. Kesuksesan dan keberhasilan masih semar-semar tergenggam dan belum seutuhnya menyatu dengan batang tubuh. Tekat usaha dan penghargaan mesti ditanam dalam hati untuk semangat akan cinta dan cita.dan semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan berguna untuk kemajuan ilmu pengetahuan dimasa yang akan datang. Amiiin.*

**PERNYATAAN PENGESAHAN**

Nama Mahasiswa : INDAH SRI WAHYUNI

NIM : 14103084015413

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada KlienTn. J Dengan Karsinoma Paru (Ca Paru) Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Karya tulis ilmiah ini telah berhasil di pertahankan dihadapan dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang

Bukittinggi, 5 Agustus 2017

Penguji I,

**Ns. MUHAMMAD ARIF, M.Kep**

**NIK : 1420114098409051**

Penguji II

**Ns. FALERESISKA YUNERE, M.Kep**

**NIK : 1440125028004033**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



Nama : Indah Sri Wahyuni

Tempat / Tanggal Lahir : Ladang Laweh, 11 September 1995

Agama : Islam

Jumlah Bersaudara : 4 (Empat) Orang

Anak Ke : 2 (kedua)

Alamat : Jorong Ladang Laweh, Kec. Batipuh, Kab. Tanah Datar, Sumatra Barat

Nama Orang Tua

Ayah : Erizon

Ibu : Wirda Yenti

Riwayat Pendidikan

1. TK Darul Makmur Ladang Laweh : 2002-2003
2. SDN 37 Ladang Laweh, Batipuh : 2003-2009
3. MTsN Subang Anak, Batipuh : 2009-2011
4. SMKN1 Padang Panjang : 2011-2014
5. Program Studi DIII Keperawatan Stikes Perintis Padang Tahun 2014 Sampai Sekarang

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS BUKITTINGGI**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**Karya tulis ilmiah, Laporan studi kasus, Juli 2017**

**Indah Sri Wahyuni**

**Nim : 14103084015413**

**Asuhan Keperawatan Pada Tn. J dengan Diagnosa Ca Paru di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Ahmad Mchtar Bukittinggi tahun 2017.**

**V BAB + Halaman 80 + Lampiran 3**

**ABSTRAK**

Kanker paru adalah pertumbuhan sel kanker yang tidak terkendali dalam jaringan paru-paru yang dapat disebabkan oleh sejumlah karsinogen lingkungan, terutama asap rokok. Tujuan dari penulisan ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien ca paru, diruang rawat inap paru RSUD Dr. Ahmad Muchtar Bukittinggi tahun 2017. Hasil laporan kasus di temukan data pada pasien Tn.J yaitu sesak nafas, nyeri pada dada, tidak nafsu makan, klien mengalami penurunan kesadaran, klien tampak meringis, ekstremitas klien lemah, ekstremitas atas klien edema. Dari hasil pengkajian tersebut di dapatkan masalah keperawatan pada Tn.J adalah Ketidakefektifan pola nafas b/d Hipoventilasi, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan asupan oral, Nyeri b/d agen cidera /karsinoma, Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan ektremitas, Kelebihan volume cairan berhubungan dengan edema. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Oleh karena itu disarankan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan pengkajian, perencanaan, tindakan dan evaluasi secara tepat dan benar.

**Kata Kunci : Ca Paru, asuhan keperawatan Ca Paru**

**Daftar Bacaan : 1977- 2010**

**HIGH SCHOOL OF HEALTH SCIENCES PERINTIS BUKITTINGGI**

**DIII STUDY NURSING PROGRAM**

**Scientific papers, Case study report, July 2017**

**INDAH SRI WAHYUNI**

**NIM: 14103084015413**

**Nursing Care At Tn. J with Diagnosis of Lung Ca at Inpatient Room of Lung Dr. Ahmad Mchtar Bukittinggi in 2017.**

**CHAPTER V + 80 PAGES + 3 Attachman**

**ABSTRACT**

*Lung cancer is an uncontrolled growth of cancer cells in the lung tissue that can be caused by a number of environmental carcinogens, especially cigarette smoke.The purpose of this paper is able to perform nursing care in patients with lung ca, inpatient room lung RSUD Dr. Ahmad Muchtar Bukittinggi in 2017.The results of case reports found data on patients Tn.J namely shortness of breath, chest pain, no appetite, clients decreased consciousness, clients seemed to grimace, weak client extremity, limb over client edema.From the results of the assessment in obtaining nursing problems on Tn.J is the ineffectiveness of the pattern of breath b / d Hipoventilasi, Nutrition imbalance less than body needs b / d decreased oral intake, Pain b / d injury agent / carcinoma, Obstacles physical mobility b / d weakness Extremities, Excess fluid volume associated with edema. Based on the above nursing problem, the plan and conduct the nursing action and evaluation that refers to the objectives and criteria of the results.It is therefore advisable to the institution of the hospital to conduct assessment, planning, action and evaluation appropriately and correctly.*

**KEYWORD : CA LUNG, Nursing care Ca Lung**

**READING LIST : (1977-2017)**

**DAFTAR ISI**

**Halaman**

**HALAMAN JUDUL**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**KATA PENGANTAR ..................................................................................... i**

**DAFTAR ISI ..................................................................................... iv**

**DAFTAR GAMBAR ..................................................................................... vi**

**DAFTAR TABEL ..................................................................................... vii**

**DAFTAR LAMPIRAN ..................................................................................... viii**

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang ..................................................................................... 1
  2. Tujuan Penulis ..................................................................................... 2
  3. Manfaat Penulis ..................................................................................... 3

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

* 1. **Konsep Dasar ..................................................................................... 5**
     1. Pengertian ..................................................................................... 5
     2. Anatomi dan Fisiologi ............................................................. 6
     3. Etiologi ..................................................................................... 11
     4. Manifestasi Klinis ......................................................................... 14
     5. Patofisiologi dan WOC ............................................................. 15
     6. Pemeriksaan Penunjang ............................................................. 19
     7. Pemeriksaan Uji Fungsi Paru ................................................. 20
     8. Penatalaksanaan ......................................................................... 23
     9. Klasifikasi ..................................................................................... 25
     10. Komplikasi ..................................................................................... 31

* 1. **Asuhan Keperawatan Teoritis .................................................** 
     1. Pengkajian ..................................................................................... 32
     2. Kemungkinan Diagnosa yang Muncul ..................................... 38
     3. Intervensi Keperawatan ............................................................. 39
     4. Implementasi Keperawatan ............................................................. 42
     5. Evaluasi Keperawatan ............................................................. 42

**BAB III TINJAUAN KASUS .......................................................................**

* 1. Pengkajian .................................................................................... 44
  2. Diagnosa Keperawatan ........................................................................ 57
  3. Intervensi Keperawatan ........................................................................ 58
  4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .................................... 61

**BAB IV PEMBAHASAN ......................................................................**

* 1. Pengkajian .................................................................................... 71
  2. Diagnosa Keperawatan ....................................................................... 73
  3. Intervensi Keperawatan ....................................................................... 74
  4. Implementasi Keperawatan ........................................................... 74
  5. Evaluasi Keperawatan ....................................................................... 75

**BAB V PENUTUP ..................................................................................**

5.1. Kesimpulan .................................................................................. 77

5.2. Saran ................................................................................... 79

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN-LAMPIRAN**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Karsinoma paru (kanker paru) merupakan penyebab kematian utama akibat kanker pada pria dan wanita. Kanker paru ini meningkat dengan angka yang lebih besar pada wanita dibandingkan pada pria dan sekarang melebihi kanker payudara sebagai penyebab paling umum kematian akibat kanker pada wanita. Menurut hasil penelitian, hampir 70% pasien kanker paru mengalami penyebaran ketempat limfatik regional dan tempat lain pada saat didiagnosis. Beberapa bukti menunjukkan bahwa karsinoma cenderung untuk timbul di tempat jaringan perut sebelumnya (tuberculosis fibrosis ) di dalam paru . Kanker paru mengacu pada lapisan epithelium saluran napas.

Kanker paru biasanya tidak dapat di obati dan penyembuhan hanya mungkin dilakukan dengan jalan pembedahan, di mana sekitar 13% dari klien yang menjalani pembedahan mampu bertahan selama 5 tahun. Metastasis penyakit biasanya muncul dan hanya 16% klien yang penyebaran penyakitnya dapat dilokalisasi pada saat diagnosis. Dikarenakan terjadinya metastasis, penatalaksanaan kanker paru sering kali hanya berupa tindakan paliatif (mengatasi gejala) di bandingkan dengan kuratif (penyembuhan). Di perkirakan 85% dari kanker paru terjadi akibat merokok. Oleh karena itu pencegahan yang paling baik adalah”jangan memulai untuk merokok”.

Selama 50 tahun terakhir terdapat suatu peningkatan insidensi paru - paru yang mengejutkan. sedangkan di Indonesia menduduki peringkat 4 kanker terbanyak. Berdasarkan rekam medik Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi jumlah pasien yang menderita karsinoma paru sekitar bulan januari – juni terakhir sebanyak 89 orang.

Perawat sebagai tenaga kesehatan harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan mampu ikut serta dalam upaya penurunan angka insiden kanker paru melalui upaya preventif, promotor, kuratif dan rehabilitatif. Berdasarkan pemaparan diatas, penulis tertarik membahas **Asuhan Keperawatan pada Tn.J dengan Karsinoma Paru (Ca Paru) Di Ruangan Rawat Inap Paru RSUD Ahmad Muchtar Bukittinggi.**

* 1. **Tujuan Penulisan**

1.2.1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami karsinoma Paru (kanker paru) diRuang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

* + 1. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada klien karsinoma Paru (kanker paru)
2. Merumuskan masalah keperawatan dengan diagnosa karsinoma Paru (kanker paru)
3. Merencanakan intervensi atau rencana keperawatan pada klien karsinoma Paru (kanker paru)
4. Melakukan implementasi atau tindakan keperawatan berdasarkan kriteria standart pada klien karsinoma Paru (kanker paru)
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada klien karsinoma Paru (kanker paru)
6. Melakukan pendekumentasian pada asuhan keperawatan pada klien karsinoma paru (kanker paru).
   1. **Manfaat Penulisan**

1.3.1. Bagi institusi

Sebagai sumber informasi dan tolak ukur keberhasilan program pendidikan keperawatan.

* + 1. Bagi pelayanan kesehatan

Dapat menjadi masukan bagi tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit khususnya perawat di ruangan paru untuk mengambil langkah-langkah dan kebijakan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan khususnya pada penderita kanker paru.

* + 1. Bagi klien

Sebagai bukti tertulis yang menunjukkan bahwa klien telah menerima asuhan keperawatan yang merupakan bantuan dalam pemecahan masalah kesehatan yang dialami.

* + 1. Bagi penulis

1. Merupakan bahan evaluasi tentang kemampuan penerapan konsep keperawatan yang didapatkan selama pendidikan dalam praktik keperawatan secara nyata.
2. Sebagai bahan untuk memperoleh tambahan pengetahuan dan keterampilan tentang asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem pernapasan (kanker paru).

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

**2.1.** **Konsep Dasar**

**2.1.1. Definisi Kanker Paru**

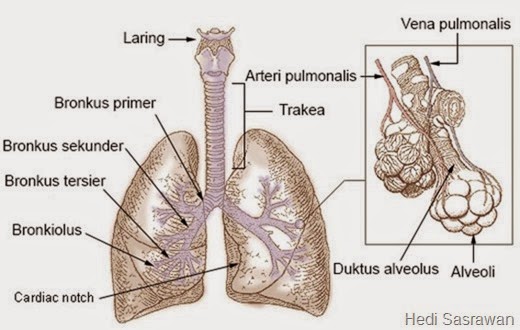
Kanker paru disebut karsinoma bronkogenik merupakan tumor ganas primer system pernapsan bagian bawah yang bersifat epithelial dan berasal dari mukosa percabangan bronkus. Penyakit ini jarang terjadi dan paling sering terjadi di daerah industry (Sylvia A.Price). sedangkan menurut Susan Wilson dan june Thompson kanker paru adalah suatu pertumbuhan yang tidak terkontrol dari sel anaplastik dalam paru. Kanker paru adalah pertumbuhan sel kanker yang tidak terkendali dalam jaringan paru-paru yang dapat disebabkan oleh sejumlah karsinogen lingkungan, terutama asap rokok (Suryo, 2010 : 27).Menurut World Health Organization(WHO), kanker paru-paru merupakan penyebab kematian utama dalam kelompok kanker baik pada pria maupun wanita. Sebagaian besar kanker paru-paru berasal dari sel-sel di dalam paru-paru, tetapi bisa juga berasal dari kanker di bagian tubuh lain yang menyebar ke paru-paru(Suryo, 2010 : 27).

Menurut Mary Digiulio, kanker paru-paru adalah pertumbuhan sel yang abnormal, yang tak terkendallikan didalam jaringan paru-paru,menghasilkan tumor. Banyak pasien dengan kanker paru-paru didiagnosa pada tahap terlambat,sehingga tingkat bertahan hidup jangka panjang (5 tahun) kurang dari 20%. Semakin lama kanker berdiam didalam paru-paru, semakin besar kemungkinan metastatis kebagian lain. Sedangkan menurut Brunner & Suddarth vol:1, 2001 Kanker paru adalah pembunuh nomor satu diantar pria di USA. Namun, kanker paru ini meningkat dengan angka yng lebih besar pada wanita dibanding pada pria dan sekarang melebihi kanker payudara sebagai penyebab paling umum kematian akibat kanker pada wanita. Hampir 70% pasien kanker paru mengalami penyebaran ketempat limfatik regional dan tempat lainpada saat didiagnosis. Karsinoma timbul ditempat jaringan parut sebelumnya (tuberculosis, fibrosis) dalam paru.

* + 1. **Anatomi Dan Fisiologi**
       1. Anatomi Paru

Paru adalah struktur elastic yang dibungkus dalam sangkar toraks, yang merupakan suatu bilik udara kuat dengan dinding yang dapat menahan tekanan. Ventilasi membutuhkan gerakan dinding sangkar toraks dan dasarnya yaitu diafgrama. Efek dari gerakan Ini adalah secara bergantian meningkatkan dan menurunkan kapsitas dada. Ketika kapasitas dada meningkat, udara masuk melalui trakea,karena penurunan tekanan didalam, dan mengembangkan paru. Ketika dinding dada dan diafgrama kembali keukuran semula, paru-paru yang elastic tersembut mengempis dan mendorong udara keluar melalui trakea dan bronkus. Fase inspirasi dari pernapasan normalnya menempatkan sepertiga dari siklus pernapasan,ekspirasi menempati dua pertiganya.

Fungsi paru yang mencerminkan mekanisme ventilasi disebut volume paru dan kapasitas paru. Volume paru dibagi menjadi volume tidal,volume cadangan inspirasi,volume cadangan ekspirasi dan volume residual. Kapasitas paru dievaluasi dalam hal yang disebut kapasital vital, kapasitas inspirasi, kapasitas residual fingsional dan kapasitas paru total. Dalam posisi tegak, ventilasi yang paling besar dalam region paru yang lebih rendah dan berkurang kearah apeks. Ketidaksamaan regional ini disebabkan oleh gaya gravitasi. ( Brunner & Suddarth, vol 1: 2001).



Gambar 2.1. Anatomi Paru

Bagian-bagian dari lapisan paru:

1. Pleura

Bagian terluar paru-paru dikelilinggi oleh membrane halus,licin yaitu pleura yang juga meluas membungkus dinding interior toraks dan permukaan superior diagram.pleura parietalis melapisi toraks dan pleura viseralis melapisi paru-paru. Antar kedua pleura ini terdapat ruang yang disebut spasium pleura, yang mengandung sejumlas kecil cairan yang melicinkan permukaan dan keduanya bergerak bebas selama ventilasi.

1. Mediastinum

Mediastinum adalah dinding yang membagi rongga toraks menjadi dua bagian. Mediastinum terbentuk dari dua lampisan pleura. Semua struktur toraks kecuali paru-paru terletak diantara kedua lapiasan pleura.

1. Lobus

Setiap paru dibagi menjadi lobus-lobus. Paru kiri terdiri atas lobus bawah dan atas,sementara paru kanan terdiri atas lobus atas,tengan dan bawah. Setiap lobus lebih jauh dibagi menjadi dua segmen yang dipisahkan oleh fsura yang merupakan perluasan pleura.

1. Bronkus dan bronkiolus

Terdapat beberapa divisi bronkus didalam lobus paru. Pertama adalah bronkus lobaris (tiga pada paru kanan dan dua pada paru kiri). Bronkus lobaris dibagi menjadi bronkus segmental (10 pada paru kanan dan 8 pada paru kiri ). Bronkus ini dikelilinggi oleh jaringan ikat yang memiliki arteri,limfatik dan saraf.

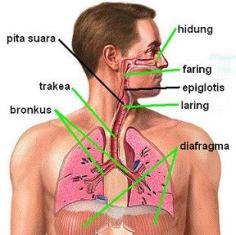
Bronkus subsegmental kemudian membentuk percabangan menjadi bronkiolus, yang tidak mempunyai kartilago dalam dindingnya. Bronkiolus mengandung kelenjar submukosa, yang memproduksi lendir yang membentuk selimut tidak terputus untuk lapisan bagian dalam jalan nafas. Bronkus dan bronkiolus juga di lapisi oleh sel-sel yang permukaannya dilampisi oleh “rambut” pendek yang disebut silia. Silia ini menciptakan gerakan menyapu yang konstan berfungsi untuk mengeluarkan lendir dan benda asing menjauhi paru menuju laring.

1. Alveoli

Paru terbentuk oleh sekitar 300 juta alveoli, yang tersusun dalam klustar antara 15 sampai 20 alveoli. Begitu banyak alveoli ini sehingga jika mereka bersatu untuk membentuk lembar akan menutupi area 70 meter persegi ( seukuran lapangan tenis).

Jenis sel-sel alveoli terbagi menjadi 3 :

1. Sel-sel alveoli tipe 1 adalah sel epitel yang membentuk dinding alveolar.
2. Sel-sel alveoli tipe II adalah sel-sel yang aktif secara metabolic, mensekresi surfaktan, suatu fosfolipid yang melapisi permukaan dalam dan mencegah alveoli agar tidak kolaps.
3. Sel-sel alveou tipe III adalah makrofag yang merupakan sel-sel fagositis yang besar memakan benda aing ( mis. Lendir, bakteri) dan bekerja sebagai mekanisme pertahanan yang penting.



Gambar 2.2 : Anatomi Paru

2.1.2.2. Fisiologi pernapasan

Sel-sel dalam tubuh mendapatkan energy yang mereka butuhkan dari oksidasi kabohidrat,lemak dan protein. Seperti halnya pada semua jenis kombusion,proses ini membutuhkan oksigen. Jaringan vital tertentu,seperti jaringan pada otak dan jantung, tidak dapat bertahan lama tanpa suplai oksigen kontinu. Sebagai hasil oksida dan harus dibuang dari sel-sel untuk mencegah pembentukan produk sampah asam. . ( Brunner & Suddarth, vol 1: 2001).

1. Transport oksigen

Oksigen dipasok ke sel dan karbon dioksida dibuang dari sel melalui sirkulasi darah. Sel-sel berhubungan dekat dengan kapiler,yang berdinding tipis sehingga memungkinkan terjadinya pertukaran atau lewatnya oksigen dan karbon dioksida dengan mudah. Gerakan karbon dioksida juga terjadi melalui difusi dan berlanjut dengan arah yang berlawanan, dari sel kedalam darah.

1. Pertukaran gas

Setelah perturan kapiler jaringan ini,darah memasuki vena sistemik (darah vena) dan mengalir ke sirkulasi pulmonal. Konsentrasi oksigen dalam darah didalam kapiler paru lebih rendah dibanding dengan konsentrasi dalam katung udara paru, yang disebut alveoli. Gerakan udara ke dan jalan nafas (disebut ventilasi) secara kontinu memurnikan oksigen dan membuang karbon dioksida dari jalan nafas paru. Keseluruhan proses pertukaran gas antara udara atmosfir dan darah dengan sel-sel tubuh disebut respirasi.

* + 1. **Etiologi**

Penyebab dari kanker paru masih belum di ketahui, namun di perkirakan bahwa inhalasi jangka panjang dari bahan-bahan karsiogenik merupakan factor utama tanpa mengesampingkan kemungkinan peranan predisposisi hubungan keluarga ataupun suku bangsa atau ras serta status imunologis seperti kekebalan tubuh. Dari beberapa kepustakaan kebiasaan merokok menjadi penyebab utama dan penyebab lain seperti populasi udara,diet yang kurang mengandung ( vitamin A, selenin dan betakaronin ), infeksi saluran pernapasan kronik dan keturunan genetic.

Menurut Brunner & Suddarth Vol :2001, bahwa penyebab sebenarnya kanker paru belum diketahui, tetapi ada factor-faktor yang berisiko terjadinya kanker paru:

1. Merokok.

Tak diragukan lagi merupakan faktor utama. Suatu hubungan statistik yang defenitif telah ditegakkan antara perokok berat (lebih dari dua puluh batang sehari) dari kanker paru (karsinoma bronkogenik). Perokok seperti ini mempunyai kecenderung sepuluh kali lebih besar dari pada perokok ringan. Selanjutnya orang perokok berat yang sebelumnya dan telah meninggalkan kebiasaannya akan kembali ke pola resiko bukan perokok dalam waktu sekitar 10 tahun. Hidrokarbon karsinogenik telah ditemukan dalam ter dari tembakau rokok yang jika dikenakan pada kulit hewan, menimbulkan tumor.

1. Perokok pasif

Perokok pasif telah diidentifikasi sebagai penyebab yang mungkin dari kanker paru. Dengan kata lain individu yang secara involunter terpajan pada asap tembakaudalam lingkungan yang dekat ( mobil,gedung) berisiko terjadinya kanker paru.

1. Radiasi.

Insiden karsinoma paru yang tinggi pada penambang kobalt di Schneeberg dan penambang radium di Joachimsthal (lebih dari 50 % meninggal akibat kanker paru) berkaitan dengan adanya bahan radioaktif dalam bentuk radon. Bahan ini diduga merupakan agen etiologi operatif.

1. Polusi udara.

Mereka yang tinggal di kota mempunyai angka kanker paru yang lebih tinggi dari pada mereka yang tinggal di desa dan walaupun telah diketahui adanya karsinogen dari industri dan uap diesel dalam atmosfer di kota.

1. Radon

Radon adalah gas tidak berbau yang ditemukan dalam tanah dan berbatuan. Selama bertahun-tahun gas ini telah dikaitan dengan pertambangan uranium tetapi sekarang gas tersebut dapat menyusup kedalam rumah melalui bebatuandidasar tanah. Pemilik rumah harus memeriksa kadar radon didalam rumah dan untuk mengatur ventilasi khusus jika kadarnya tinggi.

1. Vitamin A

Riset menujukkan bahwa terdapat hubungan antara diet rendah masukan vitamin A dan terjadinya kanker paru. Telah menjadi postulat bahwa vitamin A berkaitan dengan pengaturan diferensisasi sel.

1. Pemajanan okupasi

Pemajanan kronik terhadap karsinogen industrial seperti arsenic, asbestos,asap oven untuk memasak, nikel,minyak, dan radiasi telah dikaitan dengan terjadinya kanker paru. Hukumtelah dibuat untuk mengendalikan pemajanan terhadap elemen tersebut di tempat kerja.

* + 1. **Manifestasi klinis**

Seseorang yang termasuk ke dalam golongan risiko tinggi jika mempunyai keluhan napas, seperti batuk, sesak napas, atau nyeri dada sebaiknya segera memeriksakan diri ke dokter spesialis paru. Gejala-gejala tersebut membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk dapat diketahui sebagai gejala kanker paru karena sering terkecoh dengan gejalah sakit pada umumnya.

Berikut manifestasi klinis menurut Brunner & Suddarth, vol.1 : 2001 yaitu :

1. Batuk karena iritasi dari massa,lendir

Gejala kanker paru yang paling sering adalah batuk,kemungkinan akibat iritasi yang di sebabkan oleh massa tumor. Individu sering mengabaikan gejala ini dan menghubungkannya dengan merokok. Batuk mulai sebagai batuk kering tanpa membentuk sputum tetapi berkembang sampai titik dimana dibentuk sputum kental, purulen dalam berespons terhadap infeksi sekunder.

1. Batuk berdarah

Batuk yang karakternya berubah membangkitkan kecurigaan terhadap kanker paru. Pasien sering membatukkan sputum yang bersemu darah,terutama pada pagi hari. Sputum yang berubah menjadi warna darah karena sputum melalui permukaan tumor yang mengalami ulserasi.

1. Nyeri

Nyeri adalah manifestasi akhir dan sering ditemukan berhungan dengan metastasis ketulang. Pada kenyataan kanker paru harus dicurigai pada individu yang mengalami infeksi saluran pernapasan atas berulang yang tidak sembuh-sembuh. Jika tumor menyebar padake struktur yang berdekatan dan ke nodus limfe regional, pasien menunjukkan nyeri dada dan sesak, disfagia, edema kepala dan leher

1. Adapun gejala lain seperti kelelahan, anoreksia, penurunan berat badan dan anemia tampak pada akhir penyakit.
   * 1. **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 displasia. Bila lesi perifer yang disebabkan oleh metaplasia, hyperplasia dan displasia menembus ruang pleura, biasa timbul efusi pleura, dan bisa diikuti invasi langsung pada kosta dan korpus vertebra.

Lesi yang letaknya sentral berasal dari salah satu cabang bronkus yang terbesar. Lesi ini menyebabkan obstuksi dan ulserasi bronkus dengan diikuti dengan supurasi di bagian distal. Gejala – gejala yang timbul dapat berupa batuk, hemoptysis, dispneu, demam, dan dingin. Adapun factor lain yang mempunyai kaitan dengan kanker paru termasuk predisposisi genetic dan penyakit pernapasan lain yang mendasari seperti PPOM dan tuberkolosis. Kombinasi dari factor resiko terutama merokok sangat meningkatkan resiko terjadinya kanker paru. Wheezing unilateral dapat terdengan pada auskultasi. Pada stadium lanjut, penurunan berat badan biasanya menunjukkan adanya metastase, khususnya pada hati. Kanker paru dapat bermetastase ke struktur – struktur terdekat seperti kelenjar limfe, dinding esofagus, pericardium, otak, tulang rangka.

Menurut Brunner & Suddarth, vol.1 : 2001, Tipe kanker paru tergantung pada sel asal:

1. Karsinoma paru non small cell
2. Adenokarsinoma muncul dari sel kalenjar dalam epitel bronkus dan lokasinya sering kali perifer, bermetastasis sejak dini

* Tipe kanker paru tersering, terutama pada wanita
* Meliputi karsinoma bronkiolar alviaolar yang muncul dari bronkiolus terkecil dan septum alveolus, sering tampak sebagai infiltrate dan bukan masa pada foto ronsen tidak berhubungan dengan merokok

1. Skuamosa muncul dari epitel skuamosa bronkus dan berlokasi sentral sering menyebabkan kanker okulta dan bermentasis dengan lambat
2. Sel besar (large cell) kemungkinan berasal dari adenokarsinoma maupun skuamosa tetapi kanker jenis ini sangat anaplastik (tumbuh tanpa bentuk/struktur) sehingga selnya tidak bisa teridentifikasi, tumor agresif dengan metastasis awal.
3. Karsinoma paru small cell muncul dari sel neoro endokrin di dalam bronkus, tumor ini merupakan tumor yang sangat agresif dan biasanya sudah bermetastasi saat terdiagnosis

Hbjm,

Woc

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**
       1. Radiologi

1. Foto thorax posterior – anterior (PA) dan leteral serta Tomografi dada. Merupakan pemeriksaan awal sederhana yang dapat mendeteksi adanya kanker paru. Menggambarkan bentuk, ukuran dan lokasi lesi. Dapat menyatakan massa udara pada bagian hilus, effuse pleural, atelektasis erosi tulang rusuk atau vertebra.
2. Bronkhografi. Untuk melihat tumor di percabangan bronkus.
   * + 1. Laboratorium.
3. Sitologi (sputum, pleural, atau nodus limfe).

Dilakukan untuk mengkaji adanya/ tahap karsinoma.

1. Pemeriksaan fungsi paru dan GDA

Dapat dilakukan untuk mengkaji kapasitas untuk memenuhi kebutuhan ventilasi.

1. Tes kulit, jumlah absolute limfosit.

Dapat dilakukan untuk mengevaluasi kompetensi imun (umum pada kanker paru).

* + - 1. Histopatologi.

1. Bronkoskopi. Memungkinkan visualisasi, pencucian bagian,dan pembersihan sitologi lesi (besarnya karsinoma bronkogenik dapat diketahui).
2. Biopsi Trans Torakal (TTB).

Biopsi dengan TTB terutama untuk lesi yang letaknya perifer dengan ukuran < 2 cm, sensitivitasnya mencapai 90 – 95 %.

1. Torakoskopi. Biopsi tumor didaerah pleura memberikan hasil yang lebih baik dengan cara torakoskopi.
2. Mediastinosopi. Umtuk mendapatkan tumor metastasis atau kelenjar getah bening yang terlibat.
3. Torakotomi. Totakotomi untuk diagnostic kanker paru dikerjakan bila bermacam – macam prosedur non invasif dan invasif sebelumnya gagal mendapatkan sel tumor.
   * + 1. Pencitraan

* CT-Scanning, untuk mengevaluasi jaringan parenkim paru dan pleura.
* MRI, untuk menunjukkan keadaan mediastinum
  + 1. **Pemeriksaan Uji Fungsi Paru**
       1. Spirometri adalah salah satu test yang paling umum digunakan dan dilakukan dengan membuat pasien bernafas ke corong yang melekat pada spirometer,yaitu perangkat khusus yang dirancang untuk merekam pola pernapadan pasien dan mengubahnya menjadi informasi yang dapat dicetak . hasilnya disajikan dalam bentuk grafik spirogram, spirometri dapat mengukur:

1. Kapasitas vital paksa ( FVC)

Jumlah udara yang dapat dihembuskan secara paksa setelah menghirup udara dengan maksimal

1. Volume ekspirasi paksa (PEC)

Jumlah udara yang dapat dihembuskan secara paksa dalam sekali tarikan nafas.

1. Aliran ekspirasi paksa (FEF)

Rata-rata laju aliran yang diukur pada pertengahan proses.

1. Tingkat puncak aliran ekpirasi (PEFR)

Volume maksimal udara yang dihembuskan ketika seseorang menghumbuskannya hingga kapasitas maksimal.

1. Volume tidal (VT)

Jumlah udara yang mampu atau di hembuskan paru-paru dalam siklus pernapasan tunggal yang normal.

1. Volume menit (MV)

Ventilasi volunteer maksimal atau MVV, jumlah total udara yang dihembuskan setiap menit.

1. Kapasitas vital (VC)

Volume udara paru-paru yang dapat dihembuskan setelah seseorang menghirup sedalam ia bisa, poin ini disebut SVC atau kapasitas vital lambat karena pasien diminta menghembuskan nafas secara perlahan.

1. Kapasitas residual fungsional (FRC)

Jumlah udara yang tersisa pada paru-paru setelah menghembuskan nafas normal.

1. Volume residual

Jumlah udara pada paru-paru setelah menghumbuskan seluruh nafas.

1. Volume ekspirasi cadangan

Perbedaan antara jumlah udara pada paru-paru setelah menghembuskan napas normal dan nafas dengan kekuatan.

1. Total kapasitas paru-paru

Jumlah total udara paru-paru yang dapat ditahan atau dihirup

* + - 1. Test difusi gas

Test ini mengukur jumlah gas yang berbeda, termasuk oksigen yang melewati alveoli atau kantung udara setiap menitnya untuk menentukan apakah tubuh menyerap gas dari darah dengan baik. Ada dua jenis tes difusi gas: tes gas darah arteri dan kapasitas difusi karbon monoksida atau DLCO.

* + - 1. Plestimografi tubuh

Test ini mengukur kapasitas paru-paru total dan volume residu baik sebagai pemeriksaan mandiri maupun untuk memberikan informasi tambahan untuk spirometri.

* + - 1. Tantangan pernapasan

Test ini mengukur bagaimana saluran udara merespon allergen umum, atau zat yang biasanya diketahui menyebabkan mengi atau asma.test ini dilakukan dengan meminta pasien bernapas secara bertahap sambil meningkatkan jumlah zat tertentu melalui nebulizer.

* + - 1. Test latihan tekanan

Test ini mengevaluasi efek yang dihasilkan latihan pada paru-paru seseorang. Seperti tantangan inhalasi, tes latihan tekanan atau stress ini didahului dan diikuti oleh spirometri.

* + 1. **Penatalaksanaan**

Tujuan pengobatan kanker dapat berupa :

1. Kuratif

Memperpanjang masa bebas penyakit dan meningkatkan angka harapan hidup klien.

1. Paliatif.

Mengurangi dampak kanker, meningkatkan kualitas hidup.

1. Rawat rumah (Hospice care) pada kasus terminal

Mengurangi dampak fisik maupun psikologis kanker baik pada pasien maupun keluarga.

1. Supotif

Menunjang pengobatan kuratif, paliatif dan terminal sepertia pemberian nutrisi, tranfusi darah dan komponen darah, obat anti nyeri dan anti infeksi.(Ilmu Penyakit Dalam, 2001 dan Doenges, rencana Asuhan Keperawatan, 2000)

Menurut Brunner & Suddarth, Penatalaksanaan keperawatan :

1. Terapi Oksigen

Jika terjadi hipoksemia, perawat dapat memberikan oksigenvia masker atau nasal kanula sesuai dengan permintaan. Bahkan jika klien tidak terlalu jelas hipoksemianya, dokter dapat memberikan oksigen sesuai yang dibutuhkan untuk memperbaiki dispnea dan kecemasan.

1. Pembedahan

Reaksi bedah adalah metode yang dipilih untuk pasien dengan tumor stempat tanpa adanya penyebaran metastatic dan mereka yang fungsi jantung paru yang baik. Tiga tipe reaksi paru yang mungkin dilakukan : lobektomi ( satu lobus paru di angkat), lobektomi sleeve (lobus yang mengalami kanker diangkat dan segemen bronkus besar direseksi,dan pneumonektomi(pengangkatan seluruh paru).

Reaksi bedah yang menghasilkan penyemmbuhan sempurna sangat jarang terjadi (biasanya pembedahan untuk kanker sel kecil paru tidak disarankan karena tipe kanker ini berkembang dengan cepat serta cepat bermetastasis dan sangat luas).

1. Radioterapi

Terapi radiasi dapat menyembuhkan pasien dengan presentasi kecil. Terapi radiasi ini sangat bermanfaat dalam mengendalikan neoplasma yang tidak dapat direseksi tetapi yang responsive terhadap radiasi. Radiasi dapat juga digunakan untuk mengurangi ukuran tumor untuk membuat tumor yang tidak dapat dioperasi menjadi dapat dioperasi atau radiasi dapat digunakan untuk pengobatan paliatif untuk menghilankan tekanan tumor pada struktur vital.

1. Kemoterapi

Kemoterapi digunakan untuk menggangu pola pertumbuhan tumor, untuk menangani pasien dengan tumor paru sel kecil atau dengan metastasis luas, untuk melangkapi bedah dan radiasi. Kemoterapi memberikan peredaan, terutama nyeri, tetapi kemoterapi tidak menyembuhkan dan jarang dapat memperpanjang hidup.

* + 1. **Klasifikasi**

Kanker paru dibagi menjadi kanker paru sel kecil (small cell lung cancer, SCLC) dan kanker parusel tidak kecil (non-small lung cancer, NSCLC). Klasifikasi ini digunakan untukmenentukan terapi. Termasuk didalam golongan kanker paru sel tidak kecil adalah epidermoid,adenokarsinoma, tipe-tipe sel besar, atau campuran dari ketiganya

Karsinoma sel skuamosa (epidermoid) merupakan tipe histologik kanker paru yang paling sering ditemukan, berasal dari permukaan epitel bronkus. Perubahan epitel termasuk metaplasia, atau displasia akibat merokok jangka panjang, secara khas mendahului timbulnya tumor. Karsinoma sel skuamosa biasanya terletak sentral di sekitar hilus, dan menonjol ke dalam bronki besar. Diameter tumor jarang melampaui beberapa sentimeter dan cenderung menyebar secara langsung ke kelenjar getah bening hilus, dinding dada, dan mediastinum. Karsinoma ini lebih sering pada laki-laki daripada perempuan (Wilson, 2005).

Adenokarsinoma, memperlihatkan susunan selular seperti kelenjar bronkus dan dapat mengandung mukus. Kebanyakan jenis tumor ini timbul di bagian perifer segmen bronkus dan kadang-kadang dapat dikaitkan dengan jaringan parut lokal pada paru dan fibrosis interstisial kronik. Lesi sering kali meluas ke pembuluh darah dan limfe pada stadium dini dan sering bermetastasis jauh sebelum lesi primer menyebabkan gejala-gejala.

Karsinoma bronco alveolus dimasukkan sebagai subtipe adenokarsinoma dalam klasifikasi terbaru tumor paru dari WHO. Karsinoma ini adalah sel-sel ganas yang besar dan berdiferensiasi sangat buruk dengan sitoplasma yang besar Karsinoma bronco alveolus dimasukkan sebagai subtipe adenokarsinoma dalam klasifikasi terbaru tumor paru dari WHO. Karsinoma ini adalah sel-sel ganas yang besar dan berdiferensiasi sangat buruk dengan sitoplasma yang besar.

Karsinoma sel kecil umumnya tampak sebagai massa abu-abu pucat yang terletak di sentral dengan perluasan ke dalam parenkim paru dan keterlibatan dini kelenjar getah bening hilus dan mediastinum. Kanker ini terdiri atas sel tumor dengan bentuk bulat hingga lonjong, sedikit sitoplasma, dan kromatin granular. Gambaran mitotik sering ditemukan. Biasanya ditemukan nekrosis dan mungkin luas. Sel tumor sangat rapuh dan sering memperlihatkan fragmentasi dan “crush artifact” pada sediaan biopsi. Gambaran lain pada karsinoma sel kecil, yang paling jelas pada pemeriksaan sitologik, adalah berlipatnya nukleus akibat letak sel tumor dengan sedikit sitoplasma yang saling berdekatan (Kumar, 2007).

Karsinoma sel besar adalah sel-sel ganas yang besar dan berdiferensiasi sangat buruk dengan sitoplasma yang besar dan ukuran inti bermacam-macam. Sel-sel ini cenderung timbul pada jaringan paru perifer, tumbuh cepat dengan penyebaran ekstensif dan cepat ke tempat-tempat yang jauh (Wilson, 2005).Bentuk lain dari kanker paru primer adalah adenoma, sarkoma, dan mesotelioma bronkus. Walaupun jarang, tumor-tumor ini penting karena dapat menyerupai karsinoma bronkogenik dan mengancamjiwa

1. Stadium Klinis

Pembagian stadium klinis kanker paru berdasarkan sistem TNM menurut International Union Against (IUAC)/The American Joint Comittee on Cancer (AJCC) 1997 adalah sebagai berikut :

|  |  |
| --- | --- |
| STADIUM | TNM |
| Karsinoma tersembunyi | Tx, N0, M0 |
| Stadium 0 | Tis, N0, M0 |
| Stadium IA | T1, N0, M0 |
| Stadium IB | T2, N0, M0 |
| Stadium IIA | T1, N1, M0 |
| Stadium IIB | T2, N1, M0 |
|  | T3, N0, M0 |
| Stadium IIIA | T3, N1, M0 |
|  | T1-3, N2, M0 |
| Stadium IIIB | T berapa pun, N3, M0  T4, N berapa pun, M0 |
| Stadium IV | T berapa pun, N berapa pun, M1 |

Tabel2.1 . Stadium Klinis Kanker Paru.

Keterangan :

Status Tumor Primer (T)

1. T0 : Tidak terbukti adanya tumor primer.
2. Tx : Kanker yang tersembunyi terlihat pada sitologi bilasan bronkus, tetapi tidak terlihat pada radiogram atau bronkoskopi.
3. Tis : Karsinoma in situ.
4. T1 : Tumor berdiameter ≤ 3 cm dikelilingi paru atau pleura viseralis yang normal.
5. T2 : Tumor berdiameter > 3 cm atau ukuran berapa pun yang sudah menyerang pleura viseralis atau mengakibatkan ateletaksis yang meluas ke hilus; harus berjarak > 2 cm distal dari karina.
6. T3 : Tumor ukuran berapa saja yang langsung meluas ke dinding dada, diafragma, pleura mediastinalis, dan perikardium parietal atau tumor di bronkus utama yang terletak 2 cm dari distal karina, tetapi tidak melibatkan karina,tanpa mengenai jantung, pembuluh darah besar, trakea, esofagus, atau korpus vertebra.
7. T4 : Tumor ukuran berapa saja dan meluas ke mediastinum, jantung, pembuluh darah besar, trakea, esofagus, korpus vertebra, rongga pleura/perikardium yang disertai efusi pleura/perikardium, satelit nodul ipsilateral pada lobus yang sama pada tumor primer.

Keterlibatan Kelenjar Getah Bening Regional (N)

1. N0 : Tidak dapat terlihat metastasis pada kelenjar getah bening regional.
2. N1 : Metastasis pada peribronkial dan/atau kelenjar hilus ipsilateral.
3. N2 : Metastasis pada mediastinal ipsilateral atau kelenjar getah bening subkarina.
4. N3 : Metastasis pada mediastinal atau kelenjar getah bening hilus kontralateral; kelenjar getah bening skalenus atau supraklavikular ipsilateral atau kontralateral.

Metastasis Jauh (M)

1. M0 : Tidak diketahui adanya metastasis jauh.
2. M1 : Metastasis jauh terdapat pada tempat tertentu misalnya otak
   * 1. **Komplikasi**

Klasifikasi menurut WHO untuk Neoplasma Pleura dan Paru – paru (1977) :

2.1.9.1. Karsinoma Bronkogenik.

1. Karsinoma epidermoid (skuamosa).

Kanker ini berasal dari permukaan epitel bronkus. Perubahan epitel termasuk metaplasia, atau displasia akibat merokok jangka panjang, secara khas mendahului timbulnya tumor. Terletak sentral sekitar hilus, dan menonjol kedalam bronki besar. Diameter tumor jarang melampaui beberapa centimeter dan cenderung menyebar langsung ke kelenjar getah bening hilus, dinding dada dan mediastinum.

1. Karsinoma sel kecil (termasuk sel oat).

Biasanya terletak ditengah disekitar percabangan utama bronki.Tumor ini timbul dari sel – sel Kulchitsky, komponen normal dari epitel bronkus. Terbentuk dari sel – sel kecil dengan inti hiperkromatik pekat dan sitoplasma sedikit. Metastasis dini ke mediastinum dan kelenjar limfe hilus, demikian pula dengan penyebaran hematogen ke organ – organ distal

1. Adenokarsinoma (termasuk karsinoma sel alveolar).

Memperlihatkan susunan selular seperti kelenjar bronkus dan dapat mengandung mukus. Kebanyakan timbul di bagian perifer segmen bronkus dan kadang – kadang dapat dikaitkan dengan jaringan parut local pada paru – paru dan fibrosis interstisial kronik. Lesi seringkali meluas melalui pembuluh darah dan limfe pada stadium dini, dan secara klinis tetap tidak menunjukkan gejala – gejala sampai terjadinya metastasis yang jauh.

1. Karsinoma sel besar.

Merupakan sel – sel ganas yang besar dan berdiferensiasi sangat buruk dengan sitoplasma yang besar dan ukuran inti bermacam – macam. Sel – sel ini cenderung untuk timbul pada jaringan paru - paru perifer, tumbuh cepat dengan penyebaran ekstensif dan cepat ke tempat – tempat yang jauh.

2.1.9.2. Tumor karsinoid (adenoma bronkus).

Adenoma Bronkus atau Bronkial adalah jenis kanker langka yang dimulai di kelenjar lendir dan saluran dari saluran udara [paru-paru](http://www.spesialiskanker.com/kanker-paru-paru/) (bronkus) atau tenggorokan (trakea), dan di kelenjar ludah. adenoma bronkial adalah tetap salah satu jensi kanker dan dapat menyebar ke bagian lain dari tubuh. Namun mereka tumbuh lambat dan dapat diobati.

**2.2. Asuhan Keperawatan**

**2.2.1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sitematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan ditunjukan pada respon klien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia

( Nursalam 2001 ).

1. Identitas Klien

Nama, umur, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, golongan darah, pendidikan terakhir, agama, suku, status perkawinan, pekerjaan, TB/BB, alamat.

1. Identitas Penanggung Jawab

Nama, umur, jenis kelamin, agama, suku, hubungan dengan klien, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat.

1. Riwayat kesehatan

1.   Riwayat kesehatan sekarang

a)      Batuk produktif, dahak bersifat mukoid atau purulen, atau batuh darah

b)      Malaise

c)      Anorexia

d)     Badan makin kurus

e)      Sesak nafas pada penyakit yang lanjut dengan kerusakan paru yang makin luas

f)       Nyeri dada dapat bersifat okal atau pleuritik

2. Riwayat kesehatan dahulu

a)      Terpapar asap rokok

b)      Industri asbes, uranium, kromat, arsen (insektisda), besi dan oksida besi

c)      Konsumsi bahan pengawet

3. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat keluarga penderita kanker

1. Data dasar pengkajian pasien

Pemeriksaan bermacam-macam, tergantung pada jumlah akumulasi cairan, kecepatan akumulasi dan fungsi paru sebelumnya.

* + 1. Aktifitas / istirahat

Gejala : kelemahan, ketidakmampuan mempertahankan kebiasaan rutin, dispnea akibat aktivitas.

Tanda : kelesuan (biasanya tahap lanjut)

* + 1. Sirkulasi

Gejala : JVD ( obstruksi vena kava)

Bunyi jantung : gesekan pericardial (menunjukkan efusi). Takikardi / disritmia

* + 1. Integritas ego

Gejala : perasaan takut. Takut hasil pembedahan, menolak kondisi yang berat / potensi keganasan.

Tanda : kegelisahan, insomnia, pertanyaan yang diulang-ulang

* + 1. Eliminasi

Gejala : diare yang hilang timbul (karsinoma sel kecil), peningkatan frekuensi / jumlah urine (ketidakseimbangan hormonal, tumor epidermoid.

* + 1. Makanan / cairan

Gejala : penurunan berat badan, nafsu makan buruk, penurunan masukan makanan. Kesulitan menelan, haus / peningkatan masukan cairan.

Tanda : kurus, atau penampilan kurang bobot (tahap lanjut) edema wajah/leher, dada punggung (obstruksi vena cava), edema wajah / periorbital (keidakseimbangan hormonal, karsinoma sel kecil) glukosa urine (ketidakseimbangan hormonal, tumor epidermoid)

* + 1. Nyeri / kenyamanan

Gejala : nyeri dada (biasaya tidak ada pada tahap dini dan tidak selalu pada tahap lanjut) dimana dapat / tidak dapat dipengaruhi oleh perubahan posisi.

* + 1. Nyeri bahu/ tangan (khususnya pada sel besar atau adenokarsinoma)

Nyeri abdomen hilang timbul.

* + 1. Pernafasan.

Gejala : Batuk ringan atau perubahan pola batuk dari biasanya dan atau produksi sputum. Nafas pendek, Pekerja yang terpajan polutan, debu industry. Serak, paralysis pita suara.

* + 1. Riwayat merokok

Tanda : Dispnea, meningkat dengan kerja, Peningkatan fremitus taktil (menunjukkan konsolidasi), Krekels/ mengi pada inspirasi atau ekspirasi (gangguan aliran udara), krekels/ mengi menetap; pentimpangan trakea ( area yang mengalami lesi). Hemoptisis.

* + 1. Keamanan.

Tanda : Demam mungkin ada (sel besar atau karsinoma), Kemerahan, kulit pucat (ketidakseimbangan hormonal, karsinoma sel kecil)

* + 1. Seksualitas.

Tanda : Ginekomastia (perubahan hormone neoplastik, karsinoma sel besar), Amenorea/ impotent (ketidakseimbangan hormonal, karsinoma sel kecil)

* + 1. Penyuluhan.

Gejala : Faktor resiko keluarga, kanker (khususnya paru), tuberculosis, Kegagalan untuk membaik.

1. Pengkajian fisik
2. Integument

Pucat atau sianosis sentral atau perifer, yang dapat dilihat pada bibir atau ujung jari/dasar kuku mnandakan penurunan perfusi perifer.

1. Kepala dan leher

Peningkatan tekanan vena jugularis, deviasi trakea.

1. Telinga

Biasanya tak ada kelainan

1. Mata

Pucat pada konjungtiva sebagai akibat anemia atau gangguan nutrisi

1. Muka, hidung, dan rongga mulut

Pucat atau sianosis bibir / mukosa menandakan penurunan perfusi

Ketidakmampuan menelan, Suara serak

1. Thoraks dan paru-paru
2. Pernafasan takipnea (50/menit atau lebih pada saat istirahat)
3. Nafas dangkal
4. Penurunan otot aksesoris pernafasan
5. Batuk kering / nyaring / non produktif atau mungkin batuk terus menerus dengan atau tanpa sputum
6. Peningkatan fremitus, kreleks inspirasi atau ekspirasi
7. Abdomen

Bising usus meningkat / menurun

1. System urogenital

Peningkatan frekuensi atau jumlah urine

1. System reproduksi

Ginekomastia, amenorrhea, impotensi

1. System muskuluskeletal

Penurunan kekuatan otot

Jari-jari tubuh (clubbing fingers)

1. System persrafan

Perubahan status mental / kesadaran : apatis, letargi, bingung, disorientasi, cemas dan depresi, kesulitan berkonsentrasi

1. Data psikologis

kegelisahan, pertanyaan yang diulang-ulang, perasaan tidak berdaya, putus asa, emosi yang labil, marah, sedih.

1. Pemeriksaan diagnostic

1. Pemeriksaan non invasif

1. Sinar X (PA dan lateral), tomografi dada : menggambarkan bentuk, ukuran dan lokasi lesi. Dapat menyatakan massa udara pada bagian hilus, efusi pleural, atelektasis, erosi tulang rusuk atau vertebrata.
2. Pemeriksaan sitologi (sputum, pleura, atau nodus limfe) ; dilakukan untuk mengkaji adanya tahap karsinoma
3. Mediastinoskopi : digunakan untuk per tahapan karsinoma
4. Scan radioisotope : dapat dilakukan pada paru, hati, otak, tulang dan organ lain untuk bukt metastasis
5. Pemeriksaan fungsi paru dan GDA : dapat dilakukan untuk mengkaji kapasitas untuk memenuhi kebutuhan ventilasi pasca operasi

2. Pemeriksaan invasif

1. Bronkoskopi dan biopsi dan penyikatan mukosa bronkus serta pengambilan bilasan bronkus yang kemudian diperiksa secara patologianatomik. Bronkoskopi serat optik: memungkinkan visualisasi, pencucian bagian dan pembersihan sitologi lesi (besarnya kasrinoma bronkogenik dapat dilihat)
2. Biopsi transtorakal dengan bimbingan USG atau CT Scan
3. Biopsi dapat dilakukan pada nodus skalen, odus limfe hilus, atau pleura untuk membuat diagnose
4. Tes kulit, jumlah absolute limfosit: dapat dilakukan untuk mengevaluasi kompetensi imun (umum pada kanker paru)

**2.2.2. Diagnosa Keperawatan**

Menurut Edisi revisi jilid 1 Nanda NIC-NOC, 2015 Diagnosa keperawatan yang muncul :

* + 1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hipoventilasi (Hal : 307 )
    2. Tidak efektif bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan jumlah / viskositas sekret, sekresi darah ( Hal : 303 )
    3. Nyeri akut berhubungan dengan invasi sel kanker ( Hal :317 )
    4. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap perubahan status kesehatan, ancaman kematian ( Hal : 248 )

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Ca. Paru Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

* 1. **Pengkajian**
     1. **Identitas Klien**

Nama/ initial : Tn. J No.MR : 121811

Umur : 59 tahun Ruang rawat : III A

Jenis kelamin : Laki-laki Tgl Masuk : 15 juni 2017

Status : Nikah TglPengkajian: 19 juni 2017

Agama : Islam Tgl Operasi : -

Pekerjaan : Tani

Pendidikan : SMA

Alamat : Tembok, Bukittinggi

Penanggung Jawab

Nama : Ny. I

Umur : 40 tahun

Hub keluarga : Istri

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

* + 1. **Alasan Masuk**

Klien masuk melalui igd pada tanggal 15 juni 2017 keruangan paru dengan keluhan klien sesak nafas, nyeri pada dada, klien mengalami kelemahan ekstremitas, makan/minum ( +), mual muntah ( - ).

* + 1. **Riwayat Kesehatan**

1. Riwayat Kesehatan sekarang

Pada saat di lakukan pengkajian tanggan 19 juni 2017 didapatkan data, keluarga klien mengatakan klien tidak nafsu makan, klien mengalami penurunan kesadaran, klien tampak meringis, ekstremitas klien lemah, ekstremitas atas klien edema, klien terpasang oksigen 3 liter, klien terpasang infus ekstremitas kiri bawah,dan klien terpasang kateter.

1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga mengatakan 10 tahun yang lalu klien pernah masuk RSUD Dr. Ahmad Muchtar Bukittinggi dengan keluhan operasi bisul dan klien dari RSAM Bukittingi di rujuk ke RS M.Jamil Padang sekitar 11 hari untuk dilakukan pemeriksaan radiologi.

1. Riwayat kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit asma, hipertensi, diabetes mellitus, jantung dan penyakit yang sama dengan klien ( Ca Paru).

Genogram

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Klien

------ : tinggal serumah

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**

Kesadaran : Apatis

GCS : E4 V4M3

BB / TB : -

Tanda Vital

Suhu : 36,5 Pernapasan : 16 x/i

Nadi : 62 x/i TD :110/70 mmhg

1. Kepala
2. Rambut

Rambut klien tampak bersih, tidak ada ketombe, rambut sudah ada uban, dan tidak terdapat pembengkakkan dan tidak ada lesi.

1. Mata

Mata simetris kiri dan kanan, keadaan bersih, conjungtiva anemis, sclera ikterik, penglihatan normal, klien tidak ada menggunakan alat bantu penglihatan.

1. Telinga

Telinga simetris kiri dan kanan,tiddak ada serumen, tida ada lesi dan tidak ada benjolan/ pembengkakkan.

1. Hidung

Simetris kiri dan kanan , tidak ada serumen , tidak ada polip pada hidung , tidak ada pembengkakaan pada sinus, penciuman normal, terpasang O2 nasal kanul (3 liter).

1. Mulut dan gigi

Mukosa bibir kering, keadaan mulut tidak bersih terdapat sisa makanan dalam mulut.

1. Leher

Tidak ada pembengkakan pada leher, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid.

1. Thorak
2. Paru paru

I :Bentuk dada simetris kiri dan kanan, pergerakan dinding dada terlihat tetapi tidak beraturan (biot), frekuensi pernapasan 16 x/i

Pp :Nyeri tekan pada dada, taktil fremitus (kurang bergetar)

Pk : sonor (pekak)

Ak : broncovesikuler rhonki +/+, Wh -/-

1. Jantung

I : ictus cordis tidak terlihat

Pp :ictus cordis teraba di ICS ke 5 , tidak ditemukan benjolan

Pk : terdengar bunyi redup

Ak : irama vesikuler.

1. Abdomen

I :abdomen tidak ada distensi ,tidak terdapat benjolan ,warna abdomen sama dengan kulit lainnya.

Ak : bising usus(+) Normalnya ( 5 -30 x/i)

Pp : hepar tidak teraba

Pk :timpani

1. Punggung

Keadaan klien terdapat luka lecet

1. Ektremitas

Atas :

Ektermitas atas klien lemah dan terdapat edema dengan derajad edemanya II.

Bawah :

Ektremitas bawah klien lemah dan terdapat di kaki sebelah kiri klien terpasang infuse Nacl 0.9 %.

Kekuatan otot:

2222 2222

1111 1111

1. Genitalia

Klien terpasang folley cateter no. 16 FR sejak masuk RSUD Ahmad Muchtar

1. Integument

Keadaan kulit klien kering,warna kulit klien sawo matang, pada tangan klien terdapat edema dan pada punggung klien terdapat luka lecet.

1. Reflek

Tidak dilakukan pemeriksaan reflek karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

* + 1. **Data Biologis**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | AKTIVITAS | SEHAT | SAKIT |
|  | Makanan dan minuman  Makan   * Menu * Porsi * Makanan kesukaan * Pantangan   Minum   * Jumlah * Minuman kesukaan * Pantangan   Eliminasi  BAB   * Frekuensi * Warna * Bau * Konsistensi * Kesulitan   BAK   * Frekuensi * Warna * Bau * Konsistensi * Kesulitan   Istirahat dan Tidur   * Waktur tidur * Lama tidur * Hal yang mempermudah tidur * Kesulitan tidur   Personal Hygiene   * Mandi * Cuci rambut * Gosok gigi * Potong kuku | 4 sehat 5 sempurna  1 posi  Ikan , ayam  Tidak ada pantangan  8 gelas/hari  Teh  Tidak ada pantangan  1x/ hari  Kuning kecoklatan  khas  tidak ada  tidak ada  5x/ sehari  Kuning  Khas  -  Malam hari  ± 8 jam  2x sehari  2x sehari  2x sehari  1x seminggu | Nasi lunak  1sendok ( klien tidak nafsu makan )  4-5 sendok/hari  Air putih,  -  Klien terpasang pemper  Khas  Tidak ada  Tidak ada  Klien terpasang kateter  Khas  Siang dan malam  1x sehari (dilap)  Tidak ada  Tidak ada  Tidak ada |

Tabel 3.2. Data Biologis

* + 1. **Riwayat Alergi**

Keluarga mengatakan klien tidak ada alergi pada makanan dan obat.

* + 1. **Data Psykologis**

Keluarga mengatakan klien cemas terhadap penyakitnya dan ekspresi wajah klien tampak meringis.

* + 1. **Data Sosial Ekonomi**

Klien merupakan keluarga ekonomi menengah ke bawah, perawatan klien selama dirumah sakit ditanggung oleh BPJS,selama dirawat interaksi klien dengan keluarga dan orang sekelilingnya baik.

* + 1. **Data Spiritual**

Keluarga mengatakan klien selama sakit tidak pernah melaksanakan ibadah dan klien di rumah sakit di beri ceramah agama oleh ustadz.

* + 1. **Data Penunjang**

1. Pemeriksaan radiologi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Hari/tanggal | Jenis Pemeriksaan | Hasil Pemeriksaan |
|  | Kamis, 22 juni 2017 | USG Abdomen Bawah / Ginjal Saluran Kemih | Ginjal :  Bentuk, ukuran ginjal normal, intensitas gema serta batas sentral sinuskomplek normal.  Pelvikalises tak melebar/tidak tampak batu, ureter tidak terdeteksi.  Vesika urinary tak tersi urine  Kesan :  Ginjal tak tampak kelainan, cairan bebas intra abdomen |

Tabel 3.3. Data Penunjang ( pemeriksaan radiologi )

1. Pemeriksaan laboratorium

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO. | Hari/Tanggal | Jenis Pemeriksaan | Hasil Pemeriksaan | Nilai Normal |
|  | Selasa, 20 juni 2017 | Hemoglobin | 12,2 g/gL | P : 13,0 – 16,0  W : 12,0 – 14,0 |
|  |  | Kalium | 3,59 mEq/I | 3,5 –5,5 |
|  |  | Natrium | 142,7 mEq/I | 135 – 147 |
|  |  | Khlorida | 107,7 mEq/I | 100 - 106 |
|  |  | Urea | 81 mg/dL | 15 – 43 |
|  |  | PT | 12,2 sec | 9,5 – 11,7 |
|  |  | APTT | 31,4 sec | 28 -42 |
|  |  | Hematoksit (HCT) | 38,4 % | P : 40,0 – 48,0  W : 37,0 – 43,0 |
|  |  | RBC | 4,24 10ˆ6/uL | P : 4,5 – 5,5  W : 4,0 – 5,0 |
| 10. |  | WBC | 9,72 10ˆ3/uL | 5,0 – 10,0 |

Tabel 3.4. Data Penunjang ( Pemeriksaan Laboratorium )

* + 1. **Data Pengobatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Jenis Obat | Dosis | Waktu | Ket |
|  | IVFD NaCl | 0,9 % |  |  |
|  | Inj. Ranitidine | 100 mg | 2x1 |  |
|  | Inj. Metal Prednisolon | 125 mg | 1x1 |  |
|  | Inj. Dexametason | 0,5 mg | 3x2 |  |
|  | Inj. As. Tranexsamat | 500 mg | 1x2 |  |
|  | Inj. Sesimin | 100 mg | 2x1 |  |
|  | MST | 10 mg | 2x15 mg |  |

Tabel 3.5. Data Pengobatan

* + 1. **Data Fokus**

1. Data subjektif

* Keluarga mengatakan klien tidak nafsu makan
* Keluarga mengatakan klien mengalami penurunan berat badan
* Keluarga mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran
* Keluarga mengatakan aktivitas klien di bantu sepenuhnya oleh keluarga
* Keluarga mengatakan ektremitas klien lemah
* Keluarga mengatakan ektremitas atas klien edema
* Keluarga mengatakan BAK klien berdarah
* Keluarga mengatakan klien merasa nyeri pada dada

1. Data objektif

* Klien tampak tidak nafsu makan
* Klien tampak mengalami penurunan BB
* Klien tampak penurunan kesadaran
* Pernapasan klien tampak tidak beraturan
* Klien tampak meringgis dan gelisah
* Ekstremitas atas klien tampak edema
* Ektremitas klien tampak lemah
* Klien tampak lemah
* Klien terpasang oksigen 3 liter
* Klien terpasang kateter
* Klien terpasang infuse Nacl 0,9 %
* Klien di berikan obat :

Inj. Ranitidin 100 mg

Inj. Dexametason 0.5 mg

Inj. Metal prednisolon 125 mg

* Hasil laboratorium :

Hemoglobin : 12,2 g/gl

Urea : 81 mg/dl

Kalium : 3,59 mEq/I

Khlorida : 107,7 mEq/I

PT : 12,2 sec

APPT : 31,4 sec

ANALISA DATA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | DATA | ETIOLOGI | MASALAH |
| 1. | DS :   * Keluarga mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran   DO :   * Klien tampak terpasang oksigen 3 liter * Pergerakan dinding dada klien tampak tidak beraturan | Hipoventilasi | Ketidakefektifan pola nafas |
| 2. | DS :   * Keluarga mengatakan klien tidak nafsu makan * Keluarga mengatakan klien mengalami penurunan BB   DO :   * Klien tampak tidak nafsu makan * Klien tampak lemah | Penurunan asupan oral | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh |
| 3. | DS :   * Keluarga mengatakan klien merasa nyeri pada dadanya   DO :   * Klien tampak meringgis * Klien tampak gelisah | Agen cidera  ( karsinoma ) | Nyeri |
| 4. | DS :   * Keluarga mengatakan aktivitas klien dibantu sepenuhnya * Keluarga mengatakan ektermitas klien lemah * Keluarga mengatakan ektremitas atas klien edema   DO :   * Klien tampak susah untuk menggerakan ektremitasnya * Ektermitas atas klien tampak edema | Kelemahan ekstremitas | Hambatan mobilitas fisik |
| 5. | DS :   * Keluarga klien mengatakan ekstremitas klien edema sehingga susah klien untuk mengerakan tangannya,   DO :   * Tangan klien tampak edema * Klien tampak lemah | Edema | Kelebihan volume cairan |

Tabel 3.6. Analisa Data

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

1. Ketidakefektifan pola nafas b/d Hipoventilasi ( NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal :307 )
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan asupan oral ( NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 311)
3. Nyeri b/d agen cidera /karsinoma ( NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 317 )
4. Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan ektremitas ( NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 282 )
5. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan edema( NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 294 )

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Tn. J Dengan diagnosa Ca Paru, Diruangan Rawat inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 19-21 juni 2017. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan Ca Paru sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas Asuhan Keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur Keperawatan dimulai dari Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.

**4.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok ( Carpenito & Moyet, 2007)

Dalam melakukan pengkajian pada klien data didapatkan dari klien, beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

**4.1.1 Identitas klien**

Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis kesulitan untuk mendapatkan data dari klien, karena klien mengalami penurunan kesadaran. Jadi penulis mendapatkan data klien dari keluarga.

**4.1.2 Keluhan utama**

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian.

**4.1.3 Riwayat Kesehatan Dahulu**

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan data, karena pada kasus yang di temui klien juga terpapar sama asap rokok.

**4.1.4 Riwayat kesehatan keluarga**

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga tidak ada mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita klien, karena dikonsep teoritis terdapat keluarga menderita penyakit kanker. namun pada teori kasus tidak ada kelurga klien yang mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita klien.

**4.1.5 Pemeriksaan fisik**

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

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan teoritis dan tinjuan kasus ditemukan 4 Diagnosa Keperawatan. Menurut Edisi revisi jilid 1 Nanda NIC-NOC, 2015 Diagnosa keperawatan yang muncul :

* + 1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hipoventilasi ( Hal: 307 )
    2. Tidak efektif bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan jumlah / viskositas sekret, sekresi darah ( Hal : 303 )
    3. Nyeri akut berhubungan dengan invasi sel kanker ( Hal :317 )
    4. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap perubahan status kesehatan, ancaman kematian ( Hal : 248 )

Sedangkan pada kasus ditemukan 4 diagnosa Keperawatan yaitu :

1. Ketidakefektifan pola nafas b/d Hipoventilasi ( Hal : 307 )
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan asupan oral ( Hal: 311 )
3. Nyeri b/d agen cidera (karsinoma) ( Hal : 317 )
4. Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan ektremitas ( Hal : 282 )
5. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan edema( NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 294 )

Diagnosa pada kasus yang tidak ditemukan di teori adalah :

1. Tidak efektif bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan jumlah / viskositas sekret, sekresi darah ( Hal : 303 )
2. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap perubahan status kesehatan, ancaman kematian ( Hal : 248 )
   1. **Intervensi Keperawatan**

Dalam menyusun rencana tindakan Keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

* 1. **Implementasi Keperawatan**

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

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

1. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.
2. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan.
3. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melaukakan tindakan asuhan keperewatan.

**4.5 Evaluasi**

Dari 3 diagnosa Keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya keja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatn lainnya.

Penulis mengevaluasi selam 3 hari berturut-turut dari tanggal 19 juni 2017- 21 juni 2017.

* + - 1. Pada diagnosa 1 yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan asupan oral ( Hal: 311 ) sudah teratasi sebagian, karena klien sudah terpasang NGT
      2. Pada Diagnosa 2 yaitu Ketidakefektifan pola nafas b/d Hipoventilasi ( Hal : 307 ) belum teratasi karena klien masih terpasang oksigen 3 liter dan pergerakan dada klien masih belum beraturan.
      3. Pada diagnose 3 yaitu Nyeri b/d agen cidera (karsinoma) ( Hal : 317 ) belum teratasi karena klien masih tampak meringis dan gelisah.
      4. Pada diagnosa 4 yaitu Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan ektremitas ( Hal : 282 ) belum teratasi karena ekstremitas klien masih lemah
      5. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan edema ( Hal: 294 ) belum teratasi karena ekstremitas atas klien masih edema

**BAB V**

**PENUTUP**

Pada bab ini, penulis akan menyimpulkan hasil dari asuhan keperawatan pada Tn. J dengan Karsinoma Paru (Ca Paru) yang dirawat di ruang rawat inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 19 Juni – 21 Juni 2017.

**5.1. Kesimpulan**

Kanker paru adalah pertumbuhan sel kanker yang tidak terkendali dalam jaringan paru-paru yang dapat disebabkan oleh sejumlah karsinogen lingkungan, terutama asap rokok (Suryo, 2010 : 27). Menurut Brunner & Suddarth Vol :2001, bahwa penyebab sebenarnya kanker paru belum diketahui, tetapi ada factor-faktor yang berisiko terjadinya kanker paru yaitu merokok, perokok pasif, radiasi, radon,vitamin A dan pemajanan okupasi.

Dari uraian diatas, penulis dapat mengambil kesimpulan

5.1.1. Pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan Karsinoma Paru ( Ca Paru) di ruang rawat inap Paru Rumah Sakit Ahcmad mochtar bukittinggi tahun 2017 dapat dilakukan dengan baik, walaupun data yang didapat dari keluarga klien karena klien mengalami penurunan kesadaran.

5.1.2. Pada diagnosa asuhan keperawatan pada pasien Karsinoma Paru ( Ca Paru) di ruang rawat inap Paru Rumah Sakit Ahcmad mochtar bukittinggi tahun 2017 dapat dirumuskan 4 diagnosa pada tinjauan kasus.

1. Ketidakefektifan pola nafas b/d Hipoventilasi ( NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal :307 )
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan asupan oral ( NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 311)
3. Nyeri b/d agen cidera /karsinoma ( NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 317 )
4. Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan ektremitas ( NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 282 )
5. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan edema( NANDA NIC NOC Jilid 1 Hal : 294 )

5.1.3. Pada perencanaan asuhan keperawatan pada pasien Karsinoma Paru ( Ca Paru) di ruang rawat inap Paru Rumah Sakit Ahcmad mochtar bukittinggi tahun 2017 semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus.

5.1.4. Pada implementasi asuhan keperawatan pada pasien Karsinoma Paru ( Ca Paru) di ruang rawat inap Paru Rumah Sakit Ahcmad mochtar bukittinggi tahun 2017 hampir semua dapat dilakukan, namun ada beberapa rencana tindakan yang penulis tidak dapat dilakukan oleh perawat ruangan tersebut.

5.1.5 Evaluasi pada pasien dengan asuhan keperawatan pada pasien Karsinoma Paru ( Ca Paru) di ruang rawat inap Paru Rumah Sakit Ahcmad mochtar bukittinggi tahun 2017, hanya 1 masalah keperawatan yang teratasi sebagian dengan diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan asupan oral sedangan 3 diagnosa keperawatan belum teratasi : Ketidakefektifan pola nafas b/d Hipoventilasi, Nyeri b/d agen cidera /karsinoma, Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan ektremitas.

**5.2. Saran**

Setelah pemakalah membuat kesimpulan tentang Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan Karsinoma Paru ( Ca Paru ), maka penulis menganggap perlu adanya saran untuk memperbaiki dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Adapun saran-saran sebagai berikutnya:

* + 1. **Institusi Pendidikan**

Institusi pendidikan kesehatan harus melakukan pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang, agar bisa memberikan asuhan keperawatan yang profesional untuk klien, khususnya asuhan keperawatan dengan Karsinoma Paru (Ca Paru).

* + 1. **Institusi Rumah Sakit**

Institusi Rumah Sakit harus menekankan perawat dan petugas kesehatan lainnya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan demi membantu pengobatan klien dan memberikan kepuasan klien dalam pelayanan di Rumah Sakit, terutama di Ruang Rawat Inap Paru Bukittinggi.

* + 1. **Penulis**

Penulis harus mampu memberikan dan berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien, terutama klien dengan Karsinoma Paru (Ca Paru). Penulis juga harus menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang lebih baik lagi pada saat pengkajian, tindakan dan evaluasi agar terjalin kerja sama yang baik guna mempercepat kesembuhan klien.

* + 1. **Penulis Selanjutnya**

Penulis selanjutnya sebaiknya dapat memberikan pelayanan dan melakukan asuhan keperawatan yang lebih baik lagi, terutama pada klien dengan Karsinoma Paru (Ca Paru). Kerja sama yang baik hendaknya tetap dipertahankan dan untuk mengatasi terjadinya komplikasi lanjut.

**DAFTAR PUSTAKA**

Anonim. 2013. *Ca Paru*. (dalam <http://www.slideshare.net/septianraha/ca-paru?related=1>) diakses pada tanggal 19 juli 2017.

Brashers, Valentina L. 2007. *Aplikasi Klinis Patofisiologi : Pemeriksaan & Manajemen*, Alih bahasa: H.Y. Kuncar, Editor edisis bahasa Indonesia : Devi yulianti. Edisi 2.

Jakarta: EGC

Doenges,Marilyn E, dkk. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Alih Bahasa, 1 Made Kariasa, N Made Sumarwati.Editor edisi bahasa Indonesia, Monica Ester, Yasmin asih ed.3.

Jakarta : EGC

Nurarif, Amin Huda Dan Hardhi Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda Nic-Noc.* Edisi Revisi Jilid 1. Jogjakarta : MediAction.

Nursalam. 2001. *Pengantar Dokumentasi Keperawata*. Jakarta : EGC

Smeltzer, Suzanna C& Bare. 2001. *BukuAjarKeperawatanMedikalBedah Brunner Dan Suddart*. (AlihBahasaAgungWaluyo).Edisi 8. Jakarta: EGC.

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

Price A, Sylvia. 1994. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit.* Edisi 4. Jakarta : EGC.