

LAPORAN PENGAMATAN KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.i DENGAN CA PARU DI
RUANG RAWAT INAP PARU RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2019**



OLEH :

RENDY RAMADHANA MAYURA
1614401024

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes PERINTIS PADANG TAHUN 2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.i DENGAN CA PARU DI
RUANG RAWAT INAP PARU RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2019**

LAPORAN PENGAMATAN KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH

RENDY RAMADHANA MAYURA
1614401024

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes PERINTIS PADANG TAHUN 2019**

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Rendy Ramadhana Mayura
NIM : 1614401024
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn.i Dengan CA Paru Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achamad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 16 Juli 2019

Pembimbing,



Ns. Muhammad Arif, M. Kep
NIK : 1420114098409051

Mengetahui,

Ka Prodi D III Keperawatan

STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, M. Kep
NIK : 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Rendy Ramadhana Mayura
NIM : 1614401024
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn.i Dengan CA Paru Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achamad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 16 Juli 2019
Dosen Penguji

Penguji I,



Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
NIK : 1420114098511072

Penguji II



Ns. Muhammad Arif, M.Kep
NIK : 1420114098409051

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Padang
Program Studi D III Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah Juli 2019**

**RENDY RAMADHANA MAYURA
1614401024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn.I DENGAN CA PARU DI RUANG
RAWAT INAP PARU RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN
2019**

75 halaman + 7 tabel + 1 gambar

ABSTRAK

Kanker paru-paru adalah tumor paru ganas primer yang berasal dari saluran pernafasan atau epitel bronkus. Terjadinya kanker di tandai oleh pertumbuhan sel tidak normal dan tidak terbatas dan merusakkan sel-sel jaringan normal. Proses keganasan pada epitel bronkial didahului oleh periode prakanker. Pada saat mengambil data pasien kanker paru pada tahun 2018 di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi dari januari hingga Mei kejadian paru-paru adalah 183 orang. Tujuan dari laporan ini adalah mampu melakukan Perawatan Keperawatan pada pasien dengan tuberculosis paru rawat inap RSAM Bukittinggi Tahun 2019. Hasil laporan kasus menemukan data pada Tn.I yaitu keluarga mengatakan nafas klen yang sesak terutama selama aktivitas, klien mengatakan duduk sendiri tidak mampu , klien mengatakan badannya terasa lemas.Klien mengatakan klien pernah di rawat di rumah sakit yang sama pada bulan maret yang lalu dengan kanker paru . Hasil penelitian ditemukan menjadi masalah pada Tn.I yaitu Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d ronkhi kering,Intoleransi aktifitas b.d kelemahan d.d keadaan fisik lemah,Gangguan pola tidur b.d restrain d.d mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. ,Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan d.d berat badan menurun minimal rentang 10% dibawah rentang ideal,Defisit perawatan diri b.d kelemahan d.d tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ke toilet secara mandiri.,Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d tampak meringis.Berdasarkan masalah keperawatan di atas , perencanaan dan lakukan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Untuk mencegah CA paru yang tinggi disarankan kepada insitusi rumah sakit untuk melakukan perawatan intensif dan memberikan informasi yang cukup kepada pasien mengenai CA paru itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan perolehan informasi yang cukup maka pencegahan dapat segera dilakukan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Ca Paru

Daftar Pustaka : 11 (2001-2016)

**Padang College of Health Sciences
Nursing D III Study Program
Scientific Writing July 2019**

RENDY RAMADHANA MAYURA

1614401024

NURSING CARE IN TLI CLIENTS WITH PULMON CA IN THE HOSPITAL ROOM IN DR .ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI IN 2019

75 pages + 7 tables + 1 picture

ABSTRACT

Lung cancer is a primary malignant lung tumor originating from the bronchial or epithelial airways. The occurrence of cancer is characterized by abnormal cell growth and infinity and damage to normal tissue cells. The malignancy process in the bronchial epithelium is preceded by a pre-cancerous period. At the time of taking data on lung cancer patients in 2018 at Dr Achmad Mochtar Hospital in Bukittinggi from January to May the incidence of lung was 183 people. The purpose of this report is to be able to carry out nursing care for patients with pulmonary tuberculosis hospitalized in Bukittinggi RSAM in 2019. The results of case reports find data on Mr. I, namely families say tight breath, especially during activities, the client said sitting alone unable, the client said his body felt weak. The client said the client had been treated at the same hospital last March with lung cancer. The results of the study were found to be a problem for Mr. I, namely cleaning the airway was ineffective b.d retained secretions d.d dry ronkhi, intolerance of activity b.d weakness d.d weak physical condition, disturbance of restrain d.d b.d sleep patterns complained of decreased activity ability. , Nutritional deficits for inability to digest food and decreased body weight at least a range of 10% below the ideal range, self-care deficits for weakness and not being able to bathe / wear clothes / food / toilets independently. Acute pain for physiological injury agents and appearing grimace .Based on the above nursing issues, planning and carrying out nursing actions as well as evaluations that refer to the objectives and outcome criteria. To prevent high pulmonary CA, hospital institutions are advised to carry out intensive care and provide sufficient information to patients regarding the pulmonary CA itself and its aspects. With sufficient information acquisition, prevention can be done immediately.

Keywords: Nursing Care, Lung Ca

Bibliography: 11 (2001-2016)

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur bagi Allah SWT, yang dengan namaNya bumi hamparkan,dan dengan namaNya langit ditinggikan. Segala puji bagi Allah SWT sang Maha Cahaya penguat hidayah, dan semua jiwa di genggamannya, kasih sayang Mu yang mulia, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Tn.i Dengan Ca Paru Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019”**

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan banyak bantuan dan masukan dari berbagai pihak, dan kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizaral Jafri, S.Kp M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Endra Amalia M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Bapak Ns. Muhammad Arif M.Kep selaku Pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Ns.Endang Lestari S.Kep selaku Pembimbing Klinik yang telah banyak memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Direktur RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi beserta staf yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan ujian akhir program studi D III Keperawatan.
6. Seluruh Staf Dosen jurusan Keperawatan yang telah membantu dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah

7. Ayah, Ibu, serta Kakak dan Adik tercinta atas dorongan moril dan materil serta doa yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa/i Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah memberikan sumbangan pikiran dan dorongan moril untuk terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini, serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna, oleh sebab itu penulis mengharapkan saran dan masukannya untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya kepadaNya jualah kita berserah diri. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya profesi keperawatan.

Bukittinggi, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI.....

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Tujuan	3
1.3. Manfaat	4

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1. Pengertian	6
2.2. Anatomi fisiologi	7
2.3. Etiologi	15
2.4. Manifestasi Klinis	15
2.5. Patofisiologi.....	17
2.6. Pemeriksaan Penunjang	20
2.7. Penatalaksanaan	22
2.9. Komplikasi.....	24
2.10. Asuhan Keperawatan	24

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1. Pengkajian.....	38
3.2. Diagnosa Keperawatan	52
3.3. Intervensi.....	53
3.4. Implementasi dan Evaluasi	56

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian Keperawatan	65
4.2 Diagnosa Keperawatan	67

4.3 Intervensi Keperawatn	68
4.4 Implementasi Keperawatan.....	69
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	69

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	71
5.2 Saran	72

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.2 Anatomi paru.....	7
Gambar 3.1.10 EKG	47

DAFTAR TABEL

Tabel 2.10.3 Rencana Asuhan Keperawatan	33
Tabel 3.1.5 Data Biologis	44
Tabel 3.1.10 Laboratorium	47
Tabel 3.1.11 Data Pengobatan	48
Tabel 3.1.13 Analisa Data	50
Tabel 3.3 Rencana Asuhan Keperawatan	53
Tabel 3.4 Implementasi	56

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Gambar 2.3 WOC	19

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Saat ini terdapat lima penyakit paru (Big Five) dengan insiden terbesar yaitu karsinoma paru, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), tuberkulosis, pneumonia dan asma. Karsinoma paru atau yang umumnya dikenal sebagai kanker paru merupakan tumor ganas epitel primer saluran nafas terutama bronkus yang dapat menginvasi struktur jaringan di sekitarnya dan berpotensi menyebar ke seluruh tubuh melalui aliran darah dan sistem limfatik.

Suatu proses kanker di paru dapat berasal dari saluran pernapasan itu sendiri dari jaringan ikat diluar saluran pernapasan. Dari saluran pernapasan, sel kanker dapat berasal dari sel bronkus, alveolus atau dari sel-sel yang memproduksi mucus yang mengalami degenerasi maligna. Karena pertumbuhan suatu proses keganasan selalu cepat dan bersifat infasif, proses kanker tersebut selalu sudah mengenai saluran pernapasan, sel-sel penghasil mucus, maupun jaringan ikat (Danusantoso, 2013).

Kanker paru merupakan penyebab kematian tertinggi di dunia, dengan prognosis yang sering kali buruk. 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 (Somantri, 2012).

Kanker paru-paru dapat menyerang laki-laki dan perempuan. Namun, prevalensi antara laki-laki yang terkena kanker paru-paru lebih tinggi dibandingkan perempuan. Menurut data WHO tahun 2014 memperlihatkan, munculnya kanker (Cancer Incidence) pada laki-laki Indonesia untuk jenis kanker paru-paru mencapai 25.322 orang dengan profil mortalitas sebesar 21,8 persen/103.100 orang, dan pada wanita tiga kali lebih sedikit, sebesar 9.374 orang dengan profil mortalitas mencapai 9,1 persen/92.200 orang.

Selama 50 tahun terakhir terdapat suatu peningkatan insidensi paru-paru yang mengejutkan America Cancer Society memperkirakan bahwa terdapat 1.500.000 kasus baru dalam tahun 1987 dan 136.000 meninggal. Prevalensi kanker paru di negara maju sangat tinggi, di USA tahun 1993 dilaporkan 173.000/tahun, di Inggris 40.000/tahun, sedangkan di Indonesia menduduki peringkat 4 kanker terbanyak.

Di Indonesia, kanker paru menduduki peringkat ketiga diantara kanker yang paling sering ditemukan di beberapa rumah sakit. Kanker paru menjadi penyebab kematian utama kaum pria dan lebih dari 70 % kasus kanker itu baru terdiagnosis pada stadium lanjut (Anonim, 2006).

Di Ruang Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, menunjukkan angka kejadian kanker paru dari bulan Januari sampai bulan Mei 2019 sebanyak 183 orang.

Perawat sebagai tenaga kesehatan harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan mampu ikut serta dalam upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Berdasarkan pernyataan diatas, penulis tertarik membahas Asuhan Keperawatan pada Tn.I dengan Karsinoma Paru (Ca Paru) Di Ruang Inap Paru RSUD Ahmad Muchtar Bukittinggi.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan karsinoma paru (kanker paru) di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a) Mampu memahami konsep dasar tentang penyakit karsinoma paru (kanker paru).
- b) Mampu melakukan pengkajian dan identifikasi data dalam menunjang asuhan keperawatan pada klien karsinoma paru (kanker paru) di ruang rawat inap paru.
- c) Mampu menentukan perencanaan asuhan keperawatan pada pasien karsinoma paru (kanker paru) di ruangan rawat inap paru.

- d) Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien karsinoma (kanker paru) paru di ruang rawat inap paru.
- e) Mampu melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien karsinoma paru (kanker paru) di ruangan rawat inap paru
- f) Melakukan pendokumentasian pada asuhan keperawatan pada klien karsinoma paru (kanker paru)di ruangan rawat inap paru.

1.3. Manfaat

1.3.1. Bagi institusi

Sebagai sumber informasi dan tolak ukur keberhasilan program pendidikan keperawatan.

1.3.2. 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.

1.3.3. Bagi klien

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

1.3.4. Bagi penulis

Merupakan bahan evaluasi tentang kemampuan penerapan konsep keperawatan yang didapatkan selama pendidikan dalam praktik keperawatan secara nyata.

Sebagai bahan untuk memperoleh tambahan pengetahuan dan keterampilan tentang asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem pernapasan (kanker paru).

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1. Pengertian

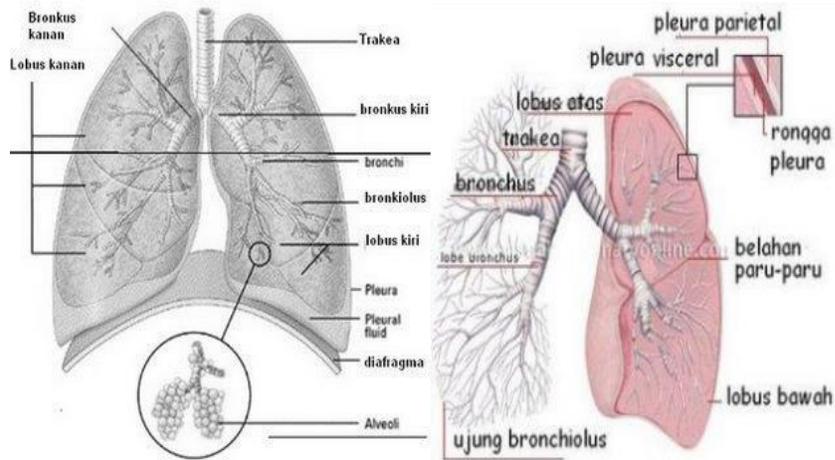
Menurut World Health Organization (WHO), kanker paru-paru merupakan penyebab utama kematian didalam kelompok kanker baik pada pria ataupun wanita. Sebagian besar kanker diparu-paru berasal dari sel-sel yangdi dalam paru-paru, atau bisa juga berasal dari kanker di bagian tubuh lain yang menyebar ke paru-paru(Suryo, 2010).

Karsinoma bronkogenik atau kanker paru dapat berupa metastasis atau lesi primer. Kebanyakan tumor ganas primer dari sistem pernapasan bawah bersifat epithelial dan berasal dari mukosa percabangan bronkhus (Muttaqin, 2008).

Kanker paru atau karsinoma bronkogenik yangmerupakan tumor ganas primer system mukosa pernapasan bagian bawah yang bersifat epithelial dan berasal dari mukosa percabangan bronkus (Nanda.2015).

2.2 Anatomi dan Fisiologi kanker paru

a. Anatomi



Gambar2.2 Anatomi Paru

Paru-Paru merupakan alat pernapasan utama. Paru-paru mengisi rongga dada. Terletak disebelah kanan dan kiri dan tengah dipisahkan oleh jantung beserta pembuluh darah besarnya dan struktur lainnya yang terletak didalam mediastinum .Paru-paru adalah organ yang berbentuk kerucut dengan apeks (puncak) diatas dan muncul sedikit lebih tinggi daripada klavikula di dalam dasar leher. Pangkal paru-paru duduk di atas landai rongga toraks, diatas diafragma. Paru-paru mempunyai permukaan luar yang menyentuh iga-iga, permukaan dalam yang memuat tampak paru-paru, sisi belakang yang menyentuh tulang belakang, dan sisi depan yang menutupi sebagian sisi depan jantung.

Saluran nafas yang dilalui udara adalah hidung, faring, laring, § trakea, bronkus, bronkiolus dan alveoli. Di dalamnya terdapat suatu sistem yang sedemikian rupa dapat menghangatkan udara sebelum sampai ke alveoli. Terdapat juga suatu sistem pertahanan yang memungkinkan kotoran atau benda asing yang masuk dapat dikeluarkan baik melalui batuk ataupun bersin.

Anatomi sistem pernafasan antara Lain :

1. Saluran pernafasan bagian atas:

a) Rongga hidung

Rongga hidung dilapisi dengan membran mukosa yang sangat banyak mengandung vaskular yang disebut mukosa hidung. Lendir disekresi secara terus menerus oleh sel – sel goblet yang melapisi permukaan mukosa hidung dan bergerak ke belakang ke nasofaring oleh gerakan silia. Hidung berfungsi sebagai penyaring kotoran, melembabkan serta menghangatkan udara yang dihirup ke dalam paru – paru.

b) Faring

Faring adalah struktur yang menghubungkan hidung dengan rongga mulut ke laring. Faring dibagi menjadi tiga region ; nasofaring, orofaring, dan laringofaring. Fungsi utamanya adalah untuk menyediakan saluran pada traktus respiratoriun dan digestif.

c) Laring

Laring adalah struktur epitel kartilago yang menghubungkan faring dan trakhea. Fungsi utamanya adalah untuk memungkinkan terjadinya lokalisasi. Laring juga melindungi jalan nafas bawah dari obstruksi benda asing dan memudahkan batuk.

2. Saluran pernafasan bagian bawah:

a) Trakhea

Disokong oleh cincin tulang rawan yang berbentuk seperti sepatu kuda yang panjangnya kurang lebih 5 inci, tempat dimana trakea bercabang menjadi bronkus utama kiri dan kanan dikenal sebagai karina. Karina memiliki banyak saraf dan dapat menyebabkan bronkospasme dan batuk yang kuat jika dirangsang.

b) Bronkus

Terdiri atas 2 bagian yaitu broncus kanan dan kiri. Broncus kanan lebih pendek dan lebar, merupakan kelanjutan dari trakhea yang arahnya hampir vertikal. Bronchus kiri lebih panjang dan lebih sempit, merupakan kelanjutan dari trakhea dengan sudut yang lebih tajam. Cabang utama bronchus kanan dan kiri bercabang menjadi bronchus lobaris kemudian bronchus segmentalis. Bronkus dan bronkiolus dilapisi oleh sel – sel yang permukaannya dilapisi oleh rambut pendek yang disebut silia, yang berfungsi untuk mengeluarkan lendir dan benda asing menjauhi paru menuju laring.

c) Bronkiolus

membentuk percabangan menjadi bronkiolus terminalis yang tidak mempunyai kelenjar lendir dan silia. Bronkiolus terminalis kemudian menjadi bronkiolus respiratori yang menjadi saluran transisional antara jalan udara konduksi dan jalan udara pertukaran gas.

d) Alveoli

Paru terbentuk oleh sekitar 300 juta alveoli. Terdapat tiga jenis sel – sel alveolar, sel alveolar tipe I adalah sel epitel yang membentuk dinding alveolar. Sel alveolar tipe II sel – sel yang aktif secara metabolik, mensekresi surfactan, suatu fosfolipid yang melapisi permukaan dalam dan mencegah alveolar agar tidak kolaps. Sel alveolar tipe III adalah makrofag yang merupakan sel – sel fagositosis yang besar yang memakan benda asing dan bekerja sebagai mekanisme pertahanan penting.

e) Alveolus

Struktur anatomi yang memiliki bentuk yang berongga. Terdapat pada parenkim paru-paru, yang merupakan ujung dari pernapasan, dimana kedua sisi merupakan tempat pertukaran darah.

f) Paru-paru

Merupakan alat tubuh yang sebagian besar terdiri dari gelembung (gelembung hawa, alveoli).

b. Fisiologi

Udara yang bergerak masuk dan keluar dari paru-paru karena ada tekanan selisih yang terdapat antara atmosfer dan alveolus akibat kerja mekanik otot-otot. Seperti yang telah diketahui, dinding toraks berfungsi sebagai penembus. Selama inspirasi, volume toraks bertambah besar karena diafragma turun dan iga terangkat mengakibatkan kontraksi beberapa otot yaitu sternokleidomastoideus sternum mengangkat ke atas dan otot seratus, skalenus dan interkostalis eksternus iga-iga mengangkat (Price, 1994) Selama pernapasan tenang, ekspirasi merupakan gerakan yang pasif akibat elastisitas dinding dada dan paru-paru. Waktu pada otot interkostalis eksternus relaksasi, dinding dada turun dan lengkung diafragma ke atas naik ke dalam rongga toraks, menyebabkan berkurangnya volume toraks. Pengurangan volume toraks ini meningkatkan tekanan intrapulmonal maupun tekanan intrapleura.

Selisih tekanan diantara saluran udara dan atmosfer kini menjadi terbalik, sehingga udara dari paru-paru mengalir keluar sampai tekanan atmosfer dan udara menjadi sama kembali pada akhir diekspirasi (Price, 1994) Tahap kedua dari proses pernapasan mencakup proses difusi gas-gas yang melintasi membrane alveolus kapiler yang akan menipis (tebalnya kurang dari 0,5 μm). Kekuatan pendorong untuk pemindahan ini adalah selisih tekanan parsial antara fase gas dan darah. Tekanan oksigen parsial dalam atmosfer permukaan laut pada besarnya sekitar 149 mmHg.

Pada waktu oksigen diinspirasi dan sampai di alveolus maka tekanan parsial ini akan mengalami penurunan sampai sekitar 103 mmHg. Penurunan tekanan parsial ini terjadi berdasarkan bahwa fakta udara inspirasi bercampur dengan udara dalam sepi ruangan anatomic saluran udara dan dengan uap air. Perbedaan tekanan karbondioksida Universitas Sumatera Utara antara darah dan alveolus jauh lebih rendah yang menyebabkan karbondioksida ke dalam alveolus berdifusi. Kemudian karbondioksida ini dikeluarkan ke atmosfer (Price, 1994).

Keadaan dalam beristirahat normal, Keseimbangan dan difusi oksigen di kapiler darah paru-paru dan alveolus kira-kira berlangsung 0,25 detik dari waktu total selama kontak 0,75 detik. Hal ini dapat menimbulkan bahwa kesan paru-paru normal memiliki cukup cadangan waktu difusi. Pada beberapa penyakit misal; fibrosis paru, udara dapat menebal dan difusi melambat sehingga ekuilibrium mungkin tidak lengkap, terutama sewaktu berolahraga dimana waktu kontak total berkurang. Jadi, blok difusi dapat mendukung terjadinya hipoksemia, tetapi tidak diakui sebagai faktor utama.

Di paru-paru dalam, karbon dioksida, salah satu hasil metabolisme buangan, yang menembus alveoler-kapiler membran dari darah kapiler ke alveoli dan setelah melalui trakea dan pipa bronkial, dinapaskan keluar melalui mulut dan hidung.

Proses empat yang berhubungan dengan pernapasan pulmoner atau pernapasan eksterna :

- 1) Pulmoner ventilasi, atau gerakan pernapasan yang menukar udara luar dengan udara alveoli dalam.
- 2) Arus darah yang melalui paru – paru.
- 3) Distribusikan arus darah dan arus udara sedemikian sehingga dalam jumlah tepat dapat mencapai seluruh bagian tubuh.
- 4) Difusi gas yang menembusi membran pemisah alveoli dan kapiler. CO₂ lebih mudah berdifusi drpd oksigen.

Semua proses ini diatur sedemikian sehingga darah yang meninggalkan paru-paru menerima jumlah tepat CO₂ dan O₂. Pada waktu gerak badan, lebih banyak darah datang di paru – paru membawa terlalu banyak CO₂ dan terlampau sedikit O₂; jumlah CO₂ itu tidak dapat dikeluarkan, maka konsentrasinya dalam darah arteri bertambah. Hal ini merangsang pusat pernapasan dalam otak untuk memperbesar kecepatan dan dalamnya pernapasan. Ventilasi tambahan ini mengeluarkan CO₂ dan lebih banyak memungut O₂.

Jaringan pernapasan atau interna pernapasan. Darah yang telah menjenuhkan hemoglobinnya dengan oksigen (oksihemoglobin) megintari seluruh tubuh dan akhirnya mencapai kapiler, di mana darah bergerak sangat lambat.

Jaringan sel memungut oksigen dari hemoglobin untuk memungkinkan oksigen berlangsung, dan darah sebagai gantinya menerima, yaitu karbon dioksida.

berikut perubahan – perubahan terjadi pada komposisi udara dalam alveoli, yang disebabkan pernapasan eksterna dan pernapasan interna atau pernapasan jaringan. Udara (atmosfer) yang di hirup: Nitrogen (79 %), Oksigen (20 %), Karbon dioksida (0-0,4 %). Udara yang masuk alveoli mempunyai suhu dan kelembapan atmosfer. Udara yang diembuskan: Nitrogen (79 %), Oksigen (16%), Karbon dioksida (4-0,4 %)

Daya muat udara oleh paru-paru. Besar daya muat udara oleh paru – paru ialah 4.500 ml sampai 5000 ml atau 4 1/2 sampai 5 liter udara. Hanya sebagian kecil dari udara ini, kira-kira 1/10nya atau 500 ml adalah udara pasang surut (tidal air), yaitu yang di hirup masuk dan diembuskan keluar pada pernapasan biasa dengan tenang.

Kapasitas vital. Volume udara yang dapat di capai masuk dan keluar paru-paru pada penarikan napas paling kuat disebut kapasitas vital paru-paru. Diukurinya dengan alat spirometer. Pada seorang laki-laki, normal 4-5 liter dan pada seorang perempuan, 3-4 liter. Kapasitas itu berkurang pada penyakit paru-paru, penyakit jantung (yang menimbulkan kongesti paru-paru) dan kelemahan otot pernapasan.

2.3. Etiologi

Penyebab dari kanker paru masih belum diketahui, namun diperkirakan 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 polusi udara, diet yang kurang mengandung (vitamin A, dan betakaronin), infeksi saluran pernapasan kronik, dan keturunan/ genetic (Nanda, 2015).

2.4. Manifestasi Klinis

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

- a. Gejala dapat bersifat local(tumor tumbuh setempat) :
 - a) Batuk baru atau batuk lebih hebat pada batuk kronis
 - b) Hemoptisis
 - c) Mengi(wheezing, stridor) karena ada obstruksi saluran nafas
 - d) Kadang terdapat kavitas seperti abses paru

- b. Invasi local
 - a) Nyeri dada
 - b) Dispnea karena efusi pleura
 - c) Sindrom vena cava superior
- c. Gejala penyakit metastasi
 - a) Pada otak, tulang, hati, adrenal
 - b) Limfadenopati servikal dan supraklavikula (sering menyertai metastasis)
- d. Sindrom paraneoplastik(terdapat pada 10 % kanker paru) dengan gejala :
 - a) Sistemik : penurunan berat badan, anoreksia, demam
 - b) Hematologi : leukositosi, anemia
 - c) Neurologic : ataksia, tremor
 - d) Endokrin : sekresi berlebihan hormone paratiroid (hiperkalsemia)
- e. Asintomatik dengan kelainan radiologis
 - a) Sering terdapat pada perokok dengan PPOK/COPD yang terdeteksi secara radiologis
 - b) Kelainan berupa nodul soliter.

2.5. Klasifikasi berdasarkan TNM : tumor, nodul, metastase

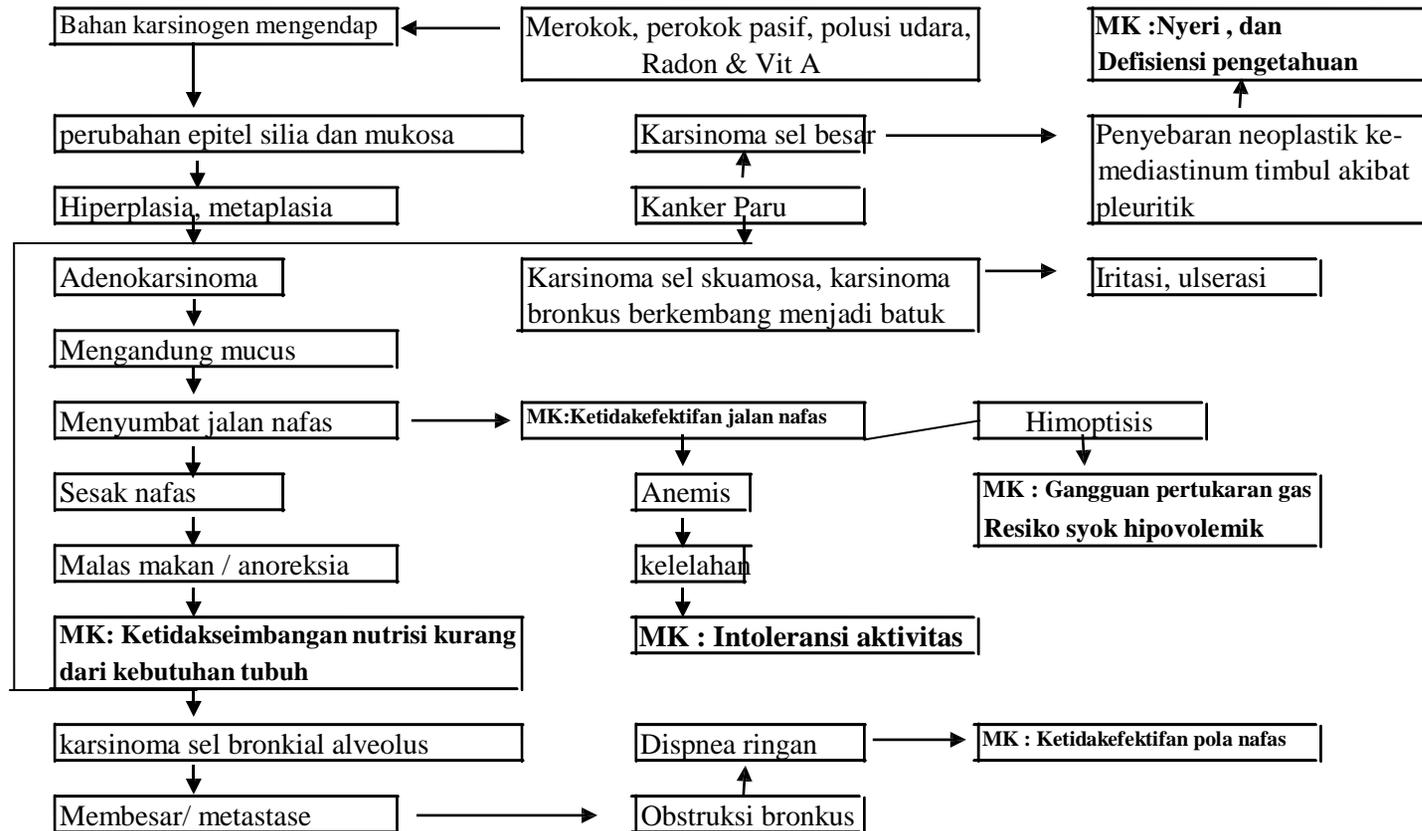
- 1) T :
 - T0 : tidak tampak tumor primer
 - T1 : diameter tumor < 3cm, dapat disertai atelektasis atau pneumonitis, namun berjarak lebih dari 2cm dari karina, serta belum ada efusi pleura.
 - T2 : tumor ukuran besar dengan tanda invasi ke sekitar atau sudah dekat karina dan atau disertai efusi pleura.
- 2) N :
 - N0 : tidak didapatkan perjalanan ke kelenjar limfe regional
 - N1 : terdapat penjalanan ke kelenjar limfe hilus ipsilateral
 - N2 : terdapat penjalanan ke kelenjar limfe mediastinum atau kontralateral
 - N3: terdapat penjalanan ke kelenjar limfe ekstratorakal
- 3) M :
 - M0 : tidak terdapat metastase jauh
 - M1: sudah terdapat metastase jauh ke organ-organ lain

2.6. Patofisiologi disertai web of caution (WOC)

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

obstruksi dan ulserasi bronkus dengan diikuti dengan supurasi di bagian distal. Gejala – gejala yang timbul dapat berupa batuk, hemoptysis, dispneu, demam, dan dingin. Wheezing unilateral dapat terdengar 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.

WOC



Gambar 2.3 : WOC Ca Paru

Sumber : Edisi revisi jilid 1 Nanda NIC-NOC, 2015

2.7. Pemeriksaan Penunjang

a. CT-scan dan MRI

Pemeriksaan CT-scan dada lebih sensitif dibandingkan dengan fotodada PA karena dapat mendeteksi massa ukuran 3 mm. MRI dilakukan untuk mengetahui penyebaran tumor ke tulang belakang.

b. Foto dada secara postero-anterior

Pada foto dada PA dapat dilihat adanya gambaran massa di daerah hilus atau parahiler atau apeks, lesi parenkim, obstruksi, kolaps didaerah peripleura dan pembesaran mediastinum.

c. Pemeriksaan sitologi sputum

Pemeriksaan sputum rutin dikerjakan terutama bila pasien ada keluhan seperti batuk. Pemeriksaan sitologi tidak selalu memberikan hasil positif karena ia tergantung dari :

- a) Letak tumor terhadap bronkus
- b) Waktu pemeriksaan sputum (sputum harus segar)

Pemeriksaan sitologi lain untuk diagnostic kanker paru dapat dilakukan pada cairan pleura, aspirasi kelenjar getah bening servikal, supraklavikula, bilasan dan sikatan bronkus pada bronkoskopi.

d. Pemeriksaan Histopatologi

Pemeriksaan histopatologi merupakan standar baku penegakan diagnosis kanker paru. Pengumpulan bahannya dapat melalui bronkoskopi, biopsi

transtorakal, torakoskopi, mediastinoskopi dan torakotomi. Hasil pemeriksaan dapat mengklasifikasikan tipe kanker. SCLC ditandai dengan gambaran yang khas dari sel kecil mirip gandum dengan sitoplasma yang sedikit dalam sarang-sarang atau kelompok tanpa organisasi skuamosa atau glandular.

Pada SCC ditandai dengan variasi sel-sel neoplasma yang berkeratin yang berdiferensiasi baik sampai dengan tumor anaplastik dengan beberapa fokus diferensiasi. Pada adenokarsinoma ditandai dengan sel-sel kanker berbentuk sel kelenjar dengan produksi mucus dan dikelilingi dengan jaringan desmoplastik di sekitarnya. Sedangkan pada karsinoma sel besar menunjukkan gambaran histologi yang aneh dan tidak khas selain ketiga jenis lainnya, bisa dalam bentuk skuamosa dan glandular dengan diferensiasi buruk dengan sel datar, sel jernih dan varian sel berbentuk kumparan di dalamnya.

e. Pemeriksaan serologi

Beberapa petanda kanker paru yang dipakai sebagai penunjang diagnosis yaitu CEA (carcinoma embryonic antigen), NSE (neuron-specific enolase) dan Cyfra 21-1 (Cytokeratin fragment 19).

f. Pemeriksaan bone scanning

Pemeriksaan ini diperlukan bila diduga ada tanda-tanda metastasis ke tulang. Insidens metastasis tumor non small cell lung cancer (NSCLC) ke tulang dilaporkan sebesar 15 %

2.8. Penatalaksanaan

2.8.1. Keperawatan

- a. Penatalaksanaan keperawatan adalah Terapi Oksigen. Jika terjadi hipoksemia, perawat dapat memberikan oksigen via 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.
- b. Monitor asupan dan keluaran serta pertahankan hidrasi
- c. Anjurkan mobilisasi secara dini
- d. Periksa tanda-tanda vital dan awasi serta laporkan bila terjadi respirasi abnormal dan perubahan lainnya.
- e. Lakukan penghisapan sekret sesuai kebutuhan dan anjurkan untuk melakukan pernapasan dalam dan batuk sesegera mungkin. Periksa sekresi lebih sering.

2.8.2. Medis

- a. Pembedahan

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

b. Toraktomi eksplorasi

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

c. Pneumonektomi (pengangkatan paru)

Karsinoma bronkogenik bilaman dengan lobektomi tidak semua lesi bisa diangkat.

d. Lobektomi (pengangkatan lobus paru)

e. Karsinoma bronkogenik yang terbatas pada satu lobus, bronkiaktosis bleb atau bula emfisematosa; abses paru; infeksi jamur; tumor jinak tuberkulois.

f. Radiasi

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

g. 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.

2.9. Komplikasi

a. Sindrom vena kava superior

Obstruksi sebagian atau menyeluruh vena kava superior, merupakan komplikasi potensial kanker paru, terutama ketika tumor melibatkan mediastinum superior atau nodus limfe mediastinal.

b. Sindrom paraneoplastik biasanya berkaitan dengan kanker paru mencakup sindrom sekresi ADH yang tidak tepat (SIADH) dengan retensi cairan, edema, terkait ACTH abnormal dan hiperkalsemia. Tumor paru juga dapat menghasilkan factor prokoagulasi, meningkatkan risiko thrombosis vena, emboli paru, dan endokarditis trombotik. Pada kanker paru, gejala neuromuscular seperti kelemahan otot dan keletihan ekstermitas dapat menjadi indikasi pertama penyakit .

2.10. Asuhan Keperawatan

2.10.1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan ditunjukkan pada respon klien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia (Nursalam 2001).

a. Identitas Klien

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

b. Identitas Penanggung Jawab

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

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Umumnya keluhan yang dialami meliputi batuk produktif, dahak bersifat mukoid atau purulen, batuk berdahak, malaise, demam, anoreksia, berat badan menurun, sesak napas pada penyakit yang lanjut dengan kerusakan paru yang makin luas, serta mengalami nyeri dada yang dapat bersifat local atau pleuritik. Suara nafas terdengar wheezing atau stridor karena adanya obstruksi jalan nafas.

2) Riwayat kesehatan dahulu

a) Terpapar asap rokok

b) Industri asbes, uranium, arsen (insektisida), besi dan oksidabesi

c) Konsumsi bahan pengawet

3) Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya ditemukan adanya riwayat keluarga yang pernah menderita penyakit kanker.

d. 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)

2. Sirkulasi

Gejala : JVD (obstruksi vena kava)

Bunyi jantung : gesekan pericardial (menunjukkan efusi).

Takikardi / disritmia

3. Integritas ego

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

Tanda : kegelisahan, insomnia, pertanyaan yang diulang-ulang

4. Eliminasi

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

5. 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 (ketidakseimbangan hormonal, karsinoma sel kecil) glukosa urine (ketidakseimbangan hormonal, tumor epidermoid).

6. Nyeri / kenyamanan

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

7. Nyeri bahu/ tangan (khususnya pada sel besar atau adenokarsinoma)

Nyeri abdomen hilang timbul.

8. 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.

9. 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.

10. Keamanan.

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

11. Seksualitas.

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

e. Pengkajian fisik

a) Integument

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

b) Kepala dan leher

Peningkatan tekanan vena jugularis, deviasi trakea.

c) Telinga

Biasanya tak ada kelainan

d) Mata

Pucat pada konjungtiva sebagai akibat anemia atau gangguan nutrisi

e) Muka, hidung, dan rongga mulut

Pucat atau sianosis bibir / mukosa menandakan penurunan perfusi

Ketidakmampuan menelan, Suara serak

f) Thoraks dan paru-paru

(a) Paru : biasanya ditemukan adanya pernapasan takipnea, napas dangkal, penggunaan otot aksesori pernapasan, batuk kering/nyaring/ non produktif atau mungkin batuk terus menerus dengan atau tanpa sputum, terjadi peningkatan fremitus, krekels inspirasi atau ekspirasi.

(b) Jantung : biasanya ditemukan adanya frekuensi jantung mungkin meningkat/ takikardia, bunyi gerakan pericardial (pericardial effusion).

g) Abdomen

Bising usus meningkat / menurun

h) System urogenital

Peningkatan frekuensi atau jumlah urine

i) System muskuloskeletal

Penurunan kekuatan otot

j) System persrafan

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

k) Data psikologis

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

l) Pemeriksaan diagnostic

1. Pemeriksaan non invasif

(a) 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.

(b) Pemeriksaan sitologi (sputum, pleura, atau nodus limfe) ; dilakukan untuk mengkaji adanya tahap karsinoma

(c) Mediastinoskopi : digunakan untuk per tahapan karsinoma

(d) Scan radioisotope : dapat dilakukan pada paru, hati, otak, tulang dan organ lain untuk metastasis

(e) Pemeriksaan fungsi paru dan GDA : dapat dilakukan untuk mengkaji kapasitas untuk memenuhi kebutuhan ventilasi pasca operasi

2. Pemeriksaan invasif

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

2.10.2. Kemungkinan diagnose yang muncul

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d obstruksi bronchial sekunder karena invasi tumor (penyakit paru obstruksi kronis).
- 2) Ketidakefektifan pola napas b.d obstruksi bronkus,, deformitas dinding dada, kelelahan otot pernapasan.
- 3) Nyeri akut b.d agen cidera(karsinoma), penekanan saraf oleh tumor paru.

- 4) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan menelan makanan, anoreksia, kelelahan dan dyspnea.
- 5) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai oksigen(anemis), kelemahan secara umum.
- 6) Ansietas b.d proses perkembangan penyakit.
- 7) Defisiensi pengetahuan b.d keterbatasan informasi proses dan pengobatan penyakit.

2.10.3. Rencana Asuhan Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d ronkhi kering	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka bersihan jalan nafas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batuk efektif meningkat • Produksi sputum cukup menurun • Mengi cukup menurun • Gelisah cukup menurun • Susah berbicara cukup menurun • Frekuensi nafas cukup membaik • Pola nafas cukup membaik 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor pola nafas • Memonitor pola nafas • Memonitor kemampuan batuk efektif • Memonitor adanya sumbatan jalan nafas • Palpasi kesimetrisan paru • Monitor saturasi oksigen • Monitor nilai AGD • Memonitor bunyi nafas tambahan • Memonitor sputum <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan nafas • Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien • Pengaturan posisi • Terapi oksigen • Berikan minum hangat • Lakukan fisioterapi dada bila perlu <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari • Ajarkan teknik batuk efektif

	<p>Intoleransi aktifitas b.d kelemahan d.d keadaan fisik lemah</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi nadi meningkat • Saturasi oksigen meningkat • Kekuatan tubuh bagian atas meningkat • Kekuatan tubuh bagian bawah 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik • Memonitor pola dan jam tidur • Memonitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas fisik <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi fokus pada kemampuan • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus • Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif • Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas <p>E:</p>
--	--	---	--

2		<p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jarak berjalan cukup meningkat • Keluhan lelah cukup menurun • Perasaan lemah cukup menurun <ul style="list-style-type: none"> • Aritmia saat aktivitas cukup menurun • Frekuensi nafas membaik • Tekanan darah membaik 	<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>T:</p>
---	--	--	--

	<p>Gangguan pola tidur b.d restrain dibuktikan dengan mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan sulit tidur sedang • Keluhan sering terjaga sedang • Keluhan tidak puas tidur sedang • Kemampuan beraktivitas sedang 	<ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat • Berikan jadwal pemberian penkes • Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis.kelelahan, sesak nafas saat aktivitas) • Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik • Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi makanan • Monitor berat badan • Monitor asupan makanan • Monitor hasil pemeriksaan labor
--	---	---	--

3	Defisit nutrisi b.d ketidak mampuan mencerna makanan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka defisit nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makan yang dihabiskan sedang • Kekuatan otot menelan cukup meningkat • Kekuatan otot mengunyah cukup meningkat • Perasaan cepat kenyang sedang • Sariawan menurun • Frekuensi makan cukup membaik • Nafsu makan sedang • Nyeri abdomen menurun 	<p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan, bila perlu • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat • Berikan suplemen makanan bila perlu <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi diet yang di programkan <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konseling Nutrisi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tingkat kemandirian • Identifikasi kebutuhan alat bantu bantu kebersihan diri • Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang terapeutik
---	--	---	--

4	<p>dibuktikan dengan berat badan menurun minimal rentang 10% dibawah rentang ideal</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka defisit perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan mandi cukup menurun • Kemampuan mengenakan pakaian sedang • Mempertahankan kebersihan diri sedang • Minat melakukan perawatan diri sedang • Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri sedang 	<ul style="list-style-type: none"> • Siapkan keperluan pribadi • Fasilitasi kemandirian • Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri • Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan • Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingankan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor efek samping penggunaan analgetik • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
---	--	--	--

5	<p>Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ke toilet secara mandiri</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam makanyeri akut menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri cukup menurun • Meringis cukup menurun • Sikap protektif cukup menurun • Gelisah cukup menurun • Kesulitan tidur menurun • Menarik diri menurun 	<p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi istirahat dan tidur • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan meredakan nyeri • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu
---	--	--	--

	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan tampak meringis</p>		
--	---	--	--

6			
---	--	--	--

2.10.4. Implementasi

Pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (intervensi). Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

Tujuan implementasi adalah Melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat, mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah komplikasi, dan menemukan perubahan sistem tubuh.

2.10.5. Evaluasi

Menurut Griffith dan cristense evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Evaluasi adalah proses penilaian, pencapaian, tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Menurut Dinarti evaluasi terdiri dari dua tingkat yaitu:

- 1) Evaluasi formatif yaitu evaluasi yang dilakukan terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi dilakukan. Respon yang dimaksud adalah bagaimana reaksi pasien secara fisik, emosi, sosial dan spiritual terhadap intervensi yang baru dilakukan.

2) Evaluasi sumatif disebut juga respon jangka panjang yaitu penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah yang tujuan atau hasil yang diharapkan. Tujuannya adalah memberikan umpan balik rencana perawatan, menilai apakah tujuan dalam rencana tercapai atau tidak, menentukan efektif atau tidaknya tindakan yang telah diberikan.

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1. Pengkajian

3.1.1. Identitas Klien

Nama/Inisial	: Tn.i	No MR	: 458345
Umur	: 44 tahun	Ruang Rawat	: Paru
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Tgl Masuk	: 20 Mei 2019
Status	:Duda	Tgl Pengkajian	: 19 Juni 2019
Agama	: Islam		
Pendidikan	: SMK		
Pekerjaan	: Tani		
Alamat	:Ujuang guguak,baso,Agam, Sumatera Barat		
Penanggung Jawab			
Nama	: Ny. D		
Umur	: 24 tahun		
Hub dengan klien	: Anak		
Pekerjaan	: Wiraswata		

3.1.2. Alasan Masuk

Klien datang ke IGD RSAM bukittinggi pada tanggal 20 Mei 2019 dengan keluhan sesak nafas yang tidak tertahan, batuk(+), berdahak(+), mual(-), muntah(-), sebelumnya klien sudah merasakan sesak seminggu yang lalu.

3.1.3. Riwayat Kesehatan

2.1.3.1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 juni 2019, Klien mengatakan nafasnya masih sesak, dan mengeluh susah bernafas karena adanya dahak di tenggorokan, jika posisi terlentang sesaknya bertambah, klien juga mengatakan susah melakukan aktivitas, sehingga aktivitas pun di bantu oleh keluarga, dan klien mengatakan nafsu makan berkurang, klien pun mengatakan makanan yang di sediakan sering tidak habis, dan badannya lemas, klien juga mengatakan susah untuk tidur karena sesak, dan waktu istirahatnya berkurang, dan badannya terasa lemah, klien mengatakan tidak nyaman terasa pada badan dan rambut klien karena berminyak terakhir lap badan 4 hari yang lalu, dan badan terasa gatal, klien juga mengatakan nyeri di bagian luka lecet pada bagian pinggul (lebar luka 4 cm dan skala nyeri 2), dan luka terasa tidak nyaman.

2.1.3.2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien memiliki riwayat penyakit TB paru+PPOK sejak 1 tahun yang lalu dan klien dirawat 3 bulan yang lalu di ruang rawat inap paru RSAM bukittinggi dengan TB+PPOK, klien pun menjalani terapi pengobatan setelah di rawat.

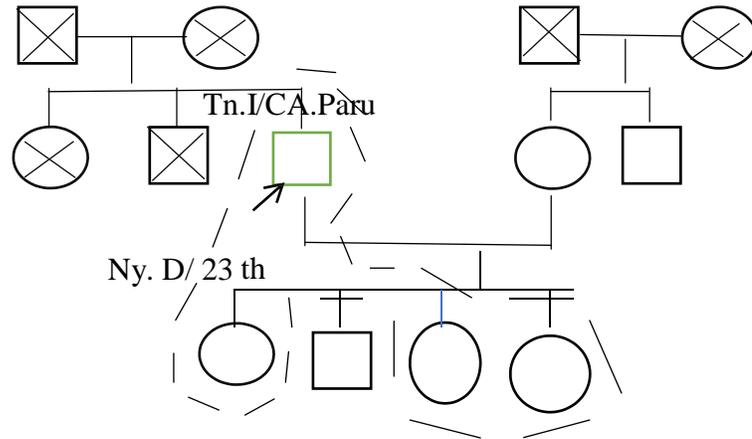
2.1.3.3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien, Hipertensi(-) Jantung(-) DM (-) atau riwayat penyakit lainnya.

2.1.3.4. Genogram

Tn. I

44 th/ SMK



2.1.3.4 Genogram

Keterangan:

□ = Laki – laki

○ = Perempuan

⊗ = Meninggal

↗ = Klien

— — — = Tinggal Serumah

3.1.4. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Compos mentis

GCS : 15 E: 4 M: 6 V: 5

BB/TB : 35 kg/ 154 cm

Tanda- tanda Vital

TD : 128/85 mmHg

S: 37,5

N : 90 x/menit

P: 28 x/menit

1. Kepala

Rambut : Rambut klien warna hitam dan sedikit beruban,terdapat kerontokan pada rambut pasien,dan rambut klien tampak berminyak,dan rambut klien tampak ada ketombe,tidak terdapat kutu pada rambut klien.

Mata : Pupil klien tampak isokor,dan reflek cahaya +/+ diameter 3mm,dan mata klien tampak bersih,tidak ada keluhan penglihatan,alat bantu (-)..

Telinga : Telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, Telinga klien bersih, tidak ada pembengkakan atau nyeri tekan pada telinga pasien.

Hidung : Hidung klien tampak bersih,tidak ada kelainan penciuman dan hidung klien tampak terpasang oksigen 4 liter/i menggunakan nasal kanul.

Mulut dan Gigi : Mukosa bibir klien tampak kering,dan gigi klien tampak kekuningan,tidak ada stomatitis

2. Leher : Tidak ada pembengkakan pada leher, tidak ada pembesaran kelenjer thyroid, deviasi trachea tidak ditemukan, arteri carotis teraba.

3. Thorax

a. Paru-paru

I :Bentuk dada klien funnel,pergerakan dada sebelah kanan klien tampak sedikit lambat,tidak menggunakan otot bantu nafas (-)irama nafas ireguler, warna kulit dada pasien berwarna kecoklatan, tidak ada pembengkakan pada dada klien ,dan dada

klien tampak terpasang elektroda ke monitor, frekuensi pernafasan 29x/menit

P : Tidak ada nyeri tekan pada dada klien ,kenaikan dada klien sebelah kanan sedikit lambat,taktil fremitus bergetar bagian kanan terasa lemah.

P : Pada saat di perkusi bagian kanan paru terdengar hipersonor.

A : Vesikuler (-) Ronchi (+/+).

b. Jantung

I : Ictus cordis tidak terlihat, CRT kurang dari 3 detik

P : Ictus cordis teraba di ICS ke V, tidak ada nyeri tekan

P : Batas jantung kanan atas : ICS II linea para sternalis dextra.
Batas jantung kanan bawah : ICS IV linea para sternalis sinistra dextra.

Batas jantung kiri atas : ICS II linea para sternalis sinistra,
batas jantung kiri bawah : ICS IV linea medio clavicularis sinistra

A : B_{j1},B_{j2} irama teratur ,suara jantung normal ,tidak terdengar suara tambahan seperti mur-mur/gallop

Abdomen

I : Bentuk abdomen flat, simetris kiri dan kanan, umbilikus bersih, tidak ada lesi ataupun bekas operasi

A : Bising usus 8 x/menit, irama reguler

P : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada pembengkakan di seluruh kuadran

P : terdengar timpani di seluruh kuadran

4. Punggung

I : Tidak terdapat luka atau jejas pada punggung,dan tidak kelainan pada tulang punggung klien.

Pp : Tidak ada nyeri pada punggung klien.

5. Ekstremitas

Atas : Pada ekstremitas atas klien tampak terpasang infus Nacl 0,9% ditangan bagian sebelah kiri bawah 16 tetes/menit, tangan klien tampak adanya pembengkakan ditangan yang diinfus, dan tangan klien tampak flebitis, pada jari tangan sebelah kanan terpasang saturasi.

Bawah : Terdapat luka melepuh pada kaki klien sebelah kiri yang nyeri bila di tekan, dan kaki kanan klien terpasang tensimeter yang terhubung ke monitor

Kekuatan Otot :

2222		4444
<hr/>		
2222		4444

6. Genetalia : Klien tidak terpasang kateter, klien tampak memakai pempers dan diganti 3x sehari, kebersihan terjaga dan tidak ada kelainan.

7. Integumen : Keadaan kulit lembab, warna kulit sawo matang

3.1.5. Data Biologis

No	Aktivitas	Sehat	Sakit
1	<p>Makan dan Minum</p> <p>Makan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menu - Porsi - Makanan kesukaan - Pantangan <p>Minum</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah - Minuman kesukaan - Pantangan 	<p>Nasi, lauk, dan sayur</p> <p>1 porsi</p> <p>Ikan</p> <p>-</p> <p>8 gelas/hari</p> <p>Air putih</p> <p>Tidak ada</p>	<p>ML</p> <p>/ sendok makan</p> <p>Bubur</p> <p>-</p> <p>2 sampai 3 gelas/hari</p> <p>Air putih</p> <p>Tidak ada</p>
2	<p>Eliminasi</p> <p>BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan <p>BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Keluhan 	<p>1x/hari</p> <p>Kuning</p> <p>Khas BAB</p> <p>Padat</p> <p>Tidak ada</p> <p>5x/hari</p> <p>Kekuningan</p>	<p>2hari 1x</p> <p>Kuning</p> <p>Khas BAB</p> <p>Padat</p> <p>Tidak ada</p> <p>Terpasang kateter</p> <p>Kekuningan</p>

		Pesing Cair Tidak ada	Pesing Cair Tidak ada
3	Istirahat dan Tidur - Waktu tidur - Lama tidur - Hal yang mempermudah tidur - Kesulitan tidur	Malam hari 8 jam/ hari Nonton Tv Tidak ada	Siang dan malam 6 jam/ hari - Sesak nafas
4	Personal Hygiene - Mandi - Cuci rambut - Gosok gigi - Potong kuku	1x sehari 1x/2 hari - 1x seminggu	Hanya di lap Tidak ada - -

3.1.6. Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak ada alergi obat-obatan maupun makanan.

3.1.7. Data Psikologi

a. Perilaku non verbal

Saat perawat memasuki ruangan, klien tampak tersenyum

b. Perilaku verbal

Cara menjawab : Saat berinteraksi dengan perawat, klien mau mengungkapkan keluhan yang dirasakan selama dirawat.

Cara memberi informasi : saat berinteraksi, klien mau memberikan informasi terkait yang ditanyakan kepada klien.

c. Emosi

Saat dilakukan pengkajian klien merespon dengan baik, klien tampak tidak ada marah kepada keluarga maupun orang yang ada disekitar klien.

d. Persepsi penyakit

Saat ditanya oleh perawat tentang persepsi penyakitnya klien menerima dengan keadaannya saat ini

e. Konsep diri

Saat dilakukan pengkajian, klien mengatakan dirinya perempuan, klien mengatakan ingin sembuh

f. Adaptasi

Selama dilakukan pengkajian, klien mampu beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya dan mampu untuk berkomunikasi dengan orang yang ada disekitarnya

g. Mekanisme pertahanan tubuh

Klien tampak berusaha untuk sembuh ditandai dengan selalu rutin mengkonsumsi obat

3.1.8. Data Sosial Ekonomi

a. Komunikasi

Komunikasi klien baik

b. Orang yang dapat memberi rasa nyaman

Klien mengatakan orang yang memberi rasa nyaman adalah anak-anaknya karena mereka selalu menjaga dan merawat klien dirumah sakit

- c. Orang yang paling berharga

Klien mengatakan orang yang paling berharga adalah anak-anaknya .

- d. Hubungan dengan keluarga dan pembesuk

Selama dirawat klien mengatakan hubungan dengan keluarga dan pembesuk baik di tandai dengan terciptanya suasana yang hangat.

3.1.9. Data Spiritual

- a. Keyakinan

Klien mengatakan dirinya beragama Islam

- b. Ketaatan beribadah

Klien mengatakan saat sehat rajin mengerjakan shalat 5 waktu, namun selama dirawat dirumah sakit klien mengerjakan shalat diatas tempat tidur, dan klien sering di ingatkan jika waktu shalat sudah masuk.

- c. Keyakinan terhadap penyembuhan

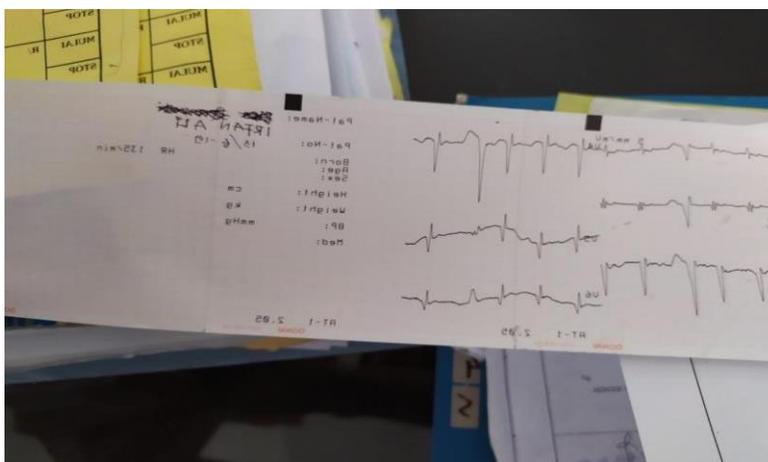
Klien yakin untuk sembuh dari penyakitnya ditandai dengan klien selalu berdoa agar ia diberikan kesembuhan.

3.1.10. Data Penunjang

- a. Diagnosa Medis : CA PARU (Tanggal 20 MEI 2019)

- b. Pemeriksaan diagnostik :

- Pemeriksaan EKG pada tanggal 13 Juni 2019



Gambar 3.1.10. EKG

Pemeriksaan Laboratorium

No	Tgl Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
1	18 Juni 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobin - Leukosit - Trombosit - Kalium - Natrium - Klorida - Creatinin - Glukosa - Urea 	<ul style="list-style-type: none"> - 16,0 gr/dl* - 15,95 - 176.000 - 3,61* - 123,0* - 84,9* - 0,43 - 138 - 33 	<ul style="list-style-type: none"> - 14-17,5 gr/dl* - 4,8 – 10,8 - 150-400 ribu - 3,5-5,5 mEq/I - 135-147 mEq/I - 100-106 mEq/I - 0,80-1,30 - 74-106 - 15-43

Tabel 3.1.11 Pemeriksaan Laboratorium

NO	Nama Obat	Dosis	Waktu Pemberian	Indikasi	Kontraindikasi	Efek Samping
1	Ventolin	4X1	06, 12, 18, 00	Bronkopasme pada asmabronkial, bronkitis kronis dan emfisema.	Penderita yang hipersensitif atau alergi terhadap komponen obat.	-Denyut jantung tidak teratur. -Pelebaran diameter pembuluh darah.
2	Bisolvon	2X1	06 dan 18	Mukolitik untuk batuk produktif.	Penderita yang hipersensitif terhadap bromhexine HCL atau komponen lain formula.	Ada beberapa efek samping yang terjadi antaranya -Kembung -Diare -Pusing
3	Cefepime	2X1	06 dan 18	Antibiotik cefepim diindikasikan untuk pengobatan pneumonia, demam neutropenia.	Pasien yang memiliki riwayat reaksi hipersensitivitas pada cefepime atau antibiotik golongan cephalopirin.	-Gangguan saluran pencernaan. -Dapat terjadi flebitis pada tempat injeksi.
4	OMZ	2X1	06 dan 18	Pengobatan jangka pendek untuk tukak duodenal, tukak	Gangguan ginjal, fungsi hati, menyusui, hipers	-Diare yang cair atau berdarah. -Kadar magnesium

				lambung,sindrom Zollinger-Ellison	ensitivitas,kehamilan.	rendah(pusing,bingung,detak jantung cepat) -Demam
5	Nacl 0,9%	16 tetes/i		Obat sebagai pengganti cairan tubuh	Hipersensitif	-Detak jantung cepat. -Demam. -Iritasi. -Gatal.

3.1.11 Data Pengobatan

3.1.12. Data Fokus

Data Subjektif

- Klien mengatakan nafasnya sesak.
- Klien mengatakan sesak karena ada dahak di tenggorokan.
- Klien mengatakan sesaknya bertambah jika posisi terlentang.
- Klien mengatakan susah bergerak.
- Klien mengatakan susah beraktivitas.
- Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga.
- Klien mengatakan sulit untuk tidur.
- Klien mengatakan waktu istirahat berkurang.
- Klien mengatakan badannya lemah.
- Klien mengatakan nafsu makan berkurang.
- Klien mengatakan makanan yang di sediakan sering tidak habis.
- Klien mengatakan badannya lemas.
- Klien mengatakan badannya terasa tidak nyaman dan berminyak pada rambut.
- Klien mengatakan kulitnya kering
- Klien mengatakan gatal pada badan terakhir lap badan 4 hari yang lalu.
- Klien mengatakan nyeri di bagian luka skala nyeri 2.
- Klien mengatakan tidak nyaman pada luka.

Data Objektif

- Klien tampak sesak.
- Suara nafas klien terdengar ronchi

- Klien tampak menggunakan obat inhalasi ventolin
 - Dada klien tampak funel
 - Klien tampak menggunakan oksigen dengan nasal kanul 4liter/menit
 - Klien tampak mengosumsi obat cefepime
 - Klien tampak terbaring lemah.
 - Klien tampak terpasang Nacl 0,9%
 - Klien tampak dibantu dalam beraktivitas.
 - Klien tampak mengantuk.
 - Klien tampak lingkaran hitam pada kantung mata.
 - Klien tampak tidak menghabiskan makanannya.
 - Klien tampak kurus,
 - Klien tampak lemas.
 - Klien tampak lesu.
 - Klien tampak mengusap badan karena gatal.
 - Kulit klien tampak kering.
 - Klien tampak kusam.
 - Klien tampak kurus.
 - Klien tampak meringis jika dipegang bagian luka.(lebar luka 4 cm)
- | | | | | | |
|----|---------------|---|--------------|----|---------|
| TD | : 128/85 mmHg | P | : 29 x/menit | BB | : 35 kg |
| S | : 37,5 | N | :90x/menit | TB | :153 cm |

3.1.1.3. Analisa Data

NO.	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan sesak nafas -Klien mengatakan sesak karena ada dahak. -Klien mengatakan bertambah sesak jika posisi terlentang. <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -klien tampak terpasang oksigen 4 liter/menit. Klien tampak menggunakan obat inhalasi ventolin -Suara nafas klien tampak ronchi -Dada klien tampak funel -klien tampak sesak. -TD :128/85 mmHg -N :90 x/menit 	Sekresi yang tertahan	Bersihkan jalan nafas tidak efektif

2	<p>-S : 37,5°C</p> <p>-Rr :28 x/menit</p> <p>Data subjektif :</p> <p>-Klien mengatakan lemah.</p> <p>-Klien mengatakan susah bergerak.</p> <p>-Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga.</p> <p>Data objektif :</p> <p>-Klien tampak terbaring.</p> <p>-Klien tampak lemah.</p> <p>-Klien tampak dibantu dalam beraktivitas.</p> <p>Data subjektif :</p> <p>-Klien mengatakan susah tidur.</p> <p>-klien mengatakan mengantuk.</p>	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas
---	--	-----------	-----------------------

3	<p>-Klien mengatakan kurang istirahat.</p> <p>Data objektif :</p> <p>-Klien tampak mengantuk.</p> <p>-Klien tampak lemas</p> <p>-Klien tampak lingkaran hitam pada kantung mata</p> <p>Data subjektif :</p> <p>-Klien mengatakan nafsu makan berkurang</p> <p>-Klien mengatakan badannya lemas.</p>	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur
4	<p>-Klien mengatakan makanan yang disediakan sering tidak habis</p> <p>Data objektif :</p> <p>-Klien tampak tidak menghabiskan makanannya.</p>	Faktor psikologis	Defisit nutrisi

5	<p>-Klien tampak kurus</p> <p>-Klien tampak lemas.</p> <p>Data subjektif :</p> <p>-Klien mengatakan badan klien terasa tidak nyaman.</p> <p>-Klien mengatakan gatal.</p> <p>-Klien mengatakan kulitnya kering</p> <p>Data objektif :</p> <p>-Klien tampak kusam.</p> <p>-Klien tampak mengusap badan karena gatal.</p> <p>-Kulit klien tampak kering</p> <p>Data subjektif</p>	Kelemahan	Defisit perawatan diri
---	---	-----------	------------------------

6	<p>-Klien mengatakan nyeri pada luka.</p> <p>-Klien mengatakan tidak nyaman pada area luka.</p> <p>Data objektif</p> <p>-Klien tampak meringis saat dibersihkan luka.</p> <p>-klien tampak tidak nyaman di area luka.</p>	agen pencedera fisiologis	Nyeri akut
---	--	---------------------------	------------

3.2. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d ronkhi kering.
2. Intoleransi aktifitas b.d kelemahan d.d keadaan fisik lemah.

3. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d mengeluh sulit tidur.
4. Defisit nutrisi b.d faktor psikologis d.d cepat kenyang setelah makan.
5. Defisit perawatan diri b.d kelemahan d.d tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.
6. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d sulit tidur.

INTERVENSI

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d ronkhi kering	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka bersihan jalan nafas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batuk efektif meningkat • Produksi sputum cukup menurun • Mengi cukup menurun • Gelisah cukup menurun • Susah berbicara cukup menurun • Frekuensi nafas cukup membaik • Pola nafas cukup membaik 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor pola nafas • Memonitor pola nafas • Memonitor kemampuan batuk efektif • Memonitor adanya sumbatan jalan nafas • Palpasi kesimetrisan paru • Monitor saturasi oksigen • Monitor nilai AGD • Memonitor bunyi nafas tambahan • Memonitor sputum <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan nafas • Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien • Pengaturan posisi • Terapi oksigen • Berikan minum hangat • Lakukan fisioterapi dada bila perlu <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari • Ajarkan teknik batuk efektif

2	Intoleransi aktifitas b.d kelemahan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi nadi meningkat • Saturasi oksigen meningkat • Kekuatan tubuh bagian atas meningkat • Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat • Jarak berjalan cukup meningkat 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik • Memonitor pola dan jam tidur • Memonitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas fisik <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi fokus pada kemampuan • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus • Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif • Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari • Anjurkan tirah baring
---	--	---	---

3	<p>Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan sulit tidur sedang • Keluhan sering terjaga sedang • Keluhan tidak puas tidur sedang • Kemampuan beraktivitas sedang 	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan jadwal pemberian penkes • Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis.kelelahan, sesak nafas saat aktivitas) • Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik • Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi makanan • Monitor berat badan • Monitor asupan makanan • Monitor hasil pemeriksaan labor <p>T:</p>
---	---	---	--

	Defisit nutrisi b.d	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka defisit nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makan yang dihabiskan sedang • Kekuatan otot menelan cukup meningkat • Kekuatan otot mengunyah cukup meningkat • Perasaan cepat kenyang sedang • Sariawan menurun • Frekuensi makan cukup membaik • Nafsu makan sedang • Nyeri abdomen menurun 	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan, bila perlu • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat • Berikan suplemen makanan bila perlu <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi diet yang di programkan <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konseling Nutrisi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tingkat kemandirian • Identifikasi kebutuhan alat bantu bantu kebersihan diri • Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang terapeutik • Siapkan keperluan pribadi • Fasilitasi kemandirian
--	---------------------	---	---

4	faktor psikologis	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka defisit perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan mandi cukup menurun • Kemampuan mengenakan pakaian sedang • Mempertahankan kebersihan diri sedang • Minat melakukan perawatan diri sedang • Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri sedang 	<ul style="list-style-type: none"> • Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri • Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan • Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingankan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor efek samping penggunaan analgetik • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi istirahat dan tidur
---	-------------------	--	--

5	Defisit perawatan diri b.d kelemahan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam makanyeri akut menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri cukup menurun • Meringis cukup menurun • Sikap protektif cukup menurun • Gelisah cukup menurun • Kesulitan tidur menurun • Menarik diri menurun 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan meredakan nyeri • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu
---	---	--	--

	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan tampak meringis</p>		
--	---	--	--

6			
---	--	--	--

IMPLEMENTASI

NO	HARI/ TANG GAL	JAM	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
1	Rabu 19 Juni 2019	09.20	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d ronkhi kering	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen jalan nafas • Pemantauan respirasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian obat inhalasi • Pengaturan posisi • Terapi oksigen <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi pengukuran respirasi • Edukasi fisioterapi dada 	<p>S:</p> <p>Klien mengatakan sesak</p> <p>O:</p> <p>-Klien tampak terpasang oksigen 4liter/menit</p> <p>-Klien tampak sesak Rr 28x/menit</p> <p>-suara nafas rochi</p> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p>	

2	Rabu 19 Juni 2019	09.40	Intoleransi aktifitas b.d kelemahan d.d keadaan fisik lemah	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi defisit tingkat aktivitas • Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi fokus pada kemampuan • Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan 	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen jalan nafas • Pemantauan respirasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian obat inhalasi • Pengaturan posisi • Terapi oksigen <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi pengukuran respirasi • Edukasi fisioterapi dada <p>S:</p> <p>-Klien mengatakan lemah</p> <p>-Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga</p> <p>O</p> <p>-Klien tampak terbaring</p>	
---	----------------------------	-------	---	--	--	--

				<p>rentang aktivitas</p> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari • Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 	<p>-Klien tampak lemah</p> <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi defisit tingkat aktivitas • Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi fokus pada kemampuan • Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari • Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 	
--	--	--	--	---	---	--

3	Rabu 19 Juni 2019	10.00	Gangguan pola tidur b.d restrain dibuktikan dengan mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat • Berikan jadwal pemberian penkes <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis.kelelahan, sesak nafas saat aktivitas) 	<p>S</p> <p>-Klien mengatakan susah tidur</p> <p>-Klien mengatakan mengantuk</p> <p>O</p> <p>-Klien tampak mengantuk</p> <p>-Klien tampak lingkaran hitam pada mata</p> <p>A</p> <p>-Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima 	
---	----------------------------	-------	--	---	--	--

				<p>informasi</p> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat • Berikan jadwal pemberian penkes <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis.kelelahan, sesak nafas saat aktivitas) <p>S</p> <p>-Klien mengatakan nafsu makan berkurang</p> <p>-Klien mengatakan lemas</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi 	
--	--	--	--	--	--

4	Rabu 19 Juni 2019	10.10	Defisit nutrisi b.d ketidak mampuan mencerna makanan dibuktikan dengan berat badan menurun minimal rentang 10% dibawah rentang ideal	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi alergi makanan • Monitor berat badan • Monitor asupan makanan • Monitor hasil pemeriksaan labor <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan,bila perlu • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat • Berikan suplemen makanan bila perlu <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi diet yang di programkan 	<p>O</p> <p>-Klien tampak tidak menghabiskan makanannya</p> <p>-Klien tampak lemas</p> <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Obsevasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi makanan • Monitor berat badan • Monitor asupan makanan • Monitor hasil pemeriksaan labor <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan,bila perlu • Sajikan makanan secara 	
---	----------------------------	-------	--	--	--	--

				<p>menarik dan suhu yang sesuai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan makanan tinggi serat • Berikan suplemen makanan bila perlu <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi diet yang di programkan <p>S</p> <p>-Klien mengatakan badannya tidak nyaman</p> <p>-Klien mengatakan badannya gatal</p> <p>O</p> <p>-Klien tampak kusam</p> <p>-Klien tampak mengusap badan karena gatal</p>	
			<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tingkat kemandirian • Identifikasi kebutuhan alat bantu bantu kebersihan diri <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang terapeutik 		

	Rabu 19 Juni 2019		Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ke toilet secara mandiri	<ul style="list-style-type: none"> • Siapkan keperluan pribadi • Fasilitasi kemandirian Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	A Masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan Observasi: <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tingkat kemandirian • Identifikasi kebutuhan alat bantu bantu kebersihan diri Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang terapeutik • Siapkan keperluan pribadi • Fasilitasi kemandirian Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan S Klien mengatakan nyeri pada bagian luka	
--	----------------------------	--	---	--	--	--

5		10.20		<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi istirahat dan tidur • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab nyeri 	<p>O</p> <p>Klien tampak meringis</p> <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi istirahat dan tidur • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab nyeri 	
---	--	-------	--	--	---	--

	Rabu 19 Juni 2019		Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan tampak meringis			
--	----------------------------	--	---	--	--	--

6		11.00				
---	--	-------	--	--	--	--

NO	HARI/ TANG GAL	JAM	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
1	Kamis 20 Juni 2019	09.10	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d ronkhi kering	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen jalan nafas • Pemantauan respirasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian obat inhalasi • Pengaturan posisi • Terapi oksigen <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi pengukuran respirasi • Edukasi fisioterapi dada 	<p>S:</p> <p>Klien mengatakan sesak</p> <p>O:</p> <p>-Klien tampak terpasang oksigen 4liter/menit</p> <p>-Klien tampak sesak Rr 28x/menit</p> <p>-suara nafas rochi</p> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen jalan nafas 	

2	Kamis 20 Juni 2019	09.40	Intoleransi aktifitas b.d kelemahan d.d keadaan fisik lemah	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi defisit tingkat aktivitas • Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi fokus pada kemampuan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemantauan respirasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian obat inhalasi • Pengaturan posisi • Terapi oksigen <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi pengukuran respirasi • Edukasi fisioterapi dada <p>S:</p> <p>-Klien mengatakan lemah</p> <p>-Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga</p> <p>O</p>	
---	-----------------------------	-------	---	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari • Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 	<p>-Klien tampak terbaring</p> <p>-Klien tampak lemah</p> <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi defisit tingkat aktivitas • Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi fokus pada kemampuan • Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari 	
--	--	--	--	---	---	--

3	Kamis 20 Juni 2019	10.00	Gangguan pola tidur b.d restrain dibuktikan dengan mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat • Berikan jadwal pemberian penkes <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis.kelelahan, sesak nafas saat aktivitas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih <p>S</p> <p>-Klien mengatakan susah tidur</p> <p>-Klien mengatakan mengantuk</p> <p>O</p> <p>-Klien tampak mengantuk</p> <p>-Klien tampak lingkaran hitam pada mata</p> <p>A</p> <p>-Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p>	
---	-----------------------------	-------	--	---	---	--

					<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat • Berikan jadwal pemberian penkes <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis.kelelahan, sesak nafas saat aktivitas) <p>S</p> <p>-Klien mengatakan nafsu makan berkurang</p> <p>-Klien mengatakan lemas</p>	
--	--	--	--	--	--	--

4	Kamis 20 Juni 2019	10.10	Defisit nutrisi b.d ketidak mampuan mencerna makanan dibuktikan dengan berat badan menurun minimal rentang 10% dibawah rentang ideal	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi makanan • Monitor berat badan • Monitor asupan makanan • Monitor hasil pemeriksaan labor <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan, bila perlu • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat • Berikan suplemen makanan bila perlu <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi diet yang di programkan 	<p>O</p> <p>-Klien tampak tidak menghabiskan makanannya</p> <p>-Klien tampak lemas</p> <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Obsevasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi makanan • Monitor berat badan • Monitor asupan makanan • Monitor hasil pemeriksaan labor <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene 	
---	-----------------------------	-------	--	--	---	--

				<p>sebelum makan, bila perlu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat • Berikan suplemen makanan bila perlu <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi diet yang di programkan <p>S</p> <p>-Klien mengatakan badannya tidak nyaman</p> <p>-Klien mengatakan badannya gatal</p> <p>O</p> <p>-Klien tampak kusam</p> <p>-Klien tampak mengusap badan karena gatal</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tingkat kemandirian • Identifikasi kebutuhan alat bantu 	
--	--	--	--	---	--

	Kamis 20 Juni 2019		Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ke toilet secara mandiri	<p>bantu kebersihan diri</p> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang terapeutik • Siapkan keperluan pribadi • Fasilitasi kemandirian <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tingkat kemandirian • Identifikasi kebutuhan alat bantu bantu kebersihan diri <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang terapeutik • Siapkan keperluan pribadi • Fasilitasi kemandirian <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan <p>S</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada</p>	
--	-----------------------------	--	---	--	---	--

5		10.20		<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi istirahat dan tidur • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab nyeri 	<p>bagian luka</p> <p>O</p> <p>Klien tampak meringis</p> <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi istirahat dan tidur • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi:</p>	
---	--	-------	--	--	--	--

	Kamis 20 Juni 2019		Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan tampak meringis		<ul style="list-style-type: none">• Jelaskan penyebab nyeri	
--	-----------------------------	--	---	--	---	--

6		11.00				
---	--	-------	--	--	--	--

NO	HARI/ TANG GAL	JAM	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
1	Jumat 21 Juni 2019	09.10	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d ronkhi kering	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen jalan nafas • Pemantauan respirasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian obat inhalasi • Pengaturan posisi • Terapi oksigen <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi pengukuran respirasi • Edukasi fisioterapi dada 	<p>S:</p> <p>Klien mengatakan sesak</p> <p>O:</p> <p>-Klien tampak terpasang oksigen 4liter/menit</p> <p>-Klien tampak sesak Rr 28x/menit</p> <p>-suara nafas rochi</p>	

					<p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manajemen jalan nafas• Pemantauan respirasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pemberian obat inhalasi• Pengaturan posisi• Terapi oksigen <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Edukasi pengukuran respirasi• Edukasi fisioterapi dada	
--	--	--	--	--	---	--

2	Jumat 21 Juni 2019	09.40	Intoleransi aktifitas b.d kelemahan d.d keadaan fisik lemah	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi defisit tingkat aktivitas • Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi fokus pada kemampuan • Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari • Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan lemah -Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien tampak terbaring -Klien tampak lemah <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi defisit tingkat aktivitas • Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam 	
---	-----------------------------	-------	---	---	---	--

				<p>aktivitas</p> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi fokus pada kemampuan • Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari • Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih <p>S</p> <p>-Klien mengatakan susah tidur</p> <p>-Klien mengatakan mengantuk</p> <p>O</p> <p>-Klien tampak mengantuk</p> <p>-Klien tampak lingkaran hitam pada</p>	
			<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat • Berikan jadwal pemberian penkes 		

3	Jumat 21 Juni 2019	10.00	Gangguan pola tidur b.d restrain dibuktikan dengan mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	<p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis.kelelahan, sesak nafas saat aktivitas) 	<p>mata</p> <p>A</p> <p>-Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat • Berikan jadwal pemberian penkes <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis.kelelahan, sesak nafas saat aktivitas) 	
---	-----------------------------	-------	--	---	---	--

	Jumat		Defisit nutrisi b.d ketidak mampuan mencerna makanan	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi makanan • Monitor berat badan • Monitor asupan makanan • Monitor hasil pemeriksaan labor <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan,bila perlu • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat • Berikan suplemen makanan bila perlu 	<p>S</p> <p>-Klien mengatakan nafsu makan berkurang</p> <p>-Klien mengatakan lemas</p> <p>O</p> <p>-Klien tampak tidak menghabiskan makanannya</p> <p>-Klien tampak lemas</p> <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
--	-------	--	--	---	--	--

4	21 Juni 2019	10.10	dibuktikan dengan berat badan menurun minimal rentang 10% dibawah rentang ideal	<p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi diet yang di programkan 	<p>Obsevasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi makanan • Monitor berat badan • Monitor asupan makanan • Monitor hasil pemeriksaan labor <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan,bila perlu • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat • Berikan suplemen makanan bila perlu <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi diet yang di programkan <p>S</p> <p>-Klien mengatakan badannya tidak</p>	
---	--------------------	-------	---	---	---	--

			Defisit perawatan diri	<p>nyaman</p> <p>-Klien mengatakan badannya gatal</p> <p>O</p> <p>-Klien tampak kusam</p> <p>-Klien tampak mengusap badan karena gatal</p> <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tingkat kemandirian • Identifikasi kebutuhan alat bantu bantu kebersihan diri <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang terapeutik • Siapkan keperluan pribadi • Fasilitasi kemandirian <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tingkat kemandirian • Identifikasi kebutuhan alat bantu bantu kebersihan diri <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang terapeutik • Siapkan keperluan pribadi
--	--	--	------------------------	--	--

5	Jumat 21 Juni 2019	10.20	b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ke toilet secara mandiri	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi kemandirian <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan <p>S</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada bagian luka</p> <p>O</p> <p>Klien tampak meringis</p> <p>A</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
---	-----------------------------	-------	---	---	---	--

	Jumat		<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan tampak meringis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi istirahat dan tidur • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab nyeri 	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi istirahat dan tidur • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab nyeri 	
--	-------	--	---	--	--	--

6	21 Juni 2019	11.00				
---	--------------------	-------	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Tn.I Dengan diagnosa Ca Paru, Diruangan Rawat inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 19-21Juni 2019.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

Dalam melakukan pengkajian pada tanggal 19 Juni 2019 ditemukan data pasien bernama Tn.I berusia 44 tahun.Pada saat pengkajian ditemukan riwayat kesehatan sekarang pasien dengan Klien mengatakan nafasnya masih sesak,dan mengeluh susah bernafas karena adanya dahak di tenggorokan, jika posisi terlentang sesaknya bertambah,klien juga mengatakan susah melakukan aktivitas,sehingga aktivitaspun di bantu oleh keluarga,dan klien mengatakan nafsu makan berkurang,klien pun mengatakan makanan yang di sediakan sering tidak habis,dan badannya lemas,klien juga mengatakan susah untuk tidur karena sesak,dan waktu istirahatnya berkurang,dan badannya terasa

lemah, klien mengatakan tidak nyaman terasa pada badan dan rambut klien karena berminyak terakhir lap badan 4 hari yang lalu, dan badan terasa gatal, klien juga mengatakan nyeri di bagian luka lecet pada bagian pinggul (lebar luka 4 cm dan skala nyeri 5), dan luka terasa tidak nyaman.

Menurut Arif Mntaqin (2008), pada pengkajian riwayat kesehatan sekarang dengan pasien ca paru biasanya didapatkan keluhan yang berhubungan dengan metastasis atau lesi primer. Kebanyakan tumor ganas primer dari sistem pernapasan bawah bersifat epitelial dan berasal dari mukosa percabangan bronkhus .

Pada riwayat kesehatan dahulu ditemukan Klien memiliki riwayat penyakit TB paru+PPOK dan klien dirawat 3 bulan yang lalu di ruang rawat inap paru RSAM bukittinggi dengan TB+PPOK, klien pun menjalani terapi pengobatan setelah di rawat. Menurut Arif Muntaqin (2008) pada riwayat kesehatan dahulu dikatakan biasanya pasien mengalami infeksi jalan nafas, penyakit TB paru. Pada saat pengkajian pasien mengatakan sebelumnya pernah mengalami penyakit TB paru.

Pada pemeriksaan fisik, kesadaran pasien yaitu Compos Mentis dengan GCS : 15 ,E : 4 (respon membuka mata dengan spontan), M : 6 (respon motorik mampu melakukan tahan yang diberi), V : 5 (respon verbal baik). Kondisi kepala dan leher didapatkan pada saat pengkajian rambut tampak hitam, sedikit ada uban, rambut tampak kotor, sedikit berbau, berminyak, terdapat ketombe, tidak teraba benjolan, tidak ada lesi pada kulit kepala, tidak ada

luka. Keadaan mata pada saat pengkajian konjungtiva anemis, sklera ikterik serta pupil unisokor. Telinga, hidung, mulut, dan tenggorokan Pada saat pengkajian tidak ada gangguan pendengaran, dihidung terdapat sekret, mukosa bibir kering, tidak ada gigi palsu, mulut berbau, dan lidah kotor. Pemeriksaan penunjang laboratorium darah lengkap.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus ditemukan 7 Diagnosa Keperawatan. Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d obstruksi bronchial sekunder karena invasi tumor (penyakit paru obstruksi kronis).
- 2) Ketidakefektifan pola napas b.d obstruksi bronkus, deformitas dinding dada, kelelahan otot pernapasan.
- 3) Nyeri akut b.d agen cidera(karsinoma), penekanan saraf oleh tumor paru.
- 4) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan menelan makanan, anoreksia, kelelahan dan dyspnea.
- 5) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai oksigen(anemis), kelemahan secara umum.
- 6) Ansietas b.d proses perkembangan penyakit.
- 7) Defisiensi pengetahuan b.d keterbatasan informasi proses dan pengobatan penyakit.

Sedangkan pada tinjauan kasus, saat dikaji ditemukan 6 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

1) Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan

Faktor pendukung diagnosa pertama yaitu saat melakukan pengkajian tanggal 19 Juni 2019 klien mengatakan nafasnya sesak, selain itu klien tampak terpasang oksigen 4L/menit, terdengar ronchi pada suara nafas, frekuensi pernapasan klien 29x/menit.

2) Intoleransi aktivitas b/d kelemahan

Faktor pendukung dari diagnosa kedua yaitu klien mengatakansusah untuk beraktivitas, klien tampak tidak mampu untuk duduk sendiri, dan tidak mampu untuk berdiri.

3) Defisit nutrisi

Faktor pendukung untuk diagnosa ketiga adalah klien mengatakan makanan yang di sediakan sering tidak habis, klien tampak kurus.

4) Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ke toilet secara mandiri.

Faktor pendukung untuk diagnosa ke empat adalah klien mengatakan badan terasa berminyak terakhir di lap 4 hari yang lalu, klien tampak mengusap badan karena gatal.

5) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

Faktor pendukung untuk diagnosa ke lima adalah klien mengatakan nyeri pada bagian luka, klien tampak meringis jika di pegang bagian luka.

4.3. 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 kebutuhan dan keadaan klien.

4.4. 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 :

- a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.
- b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya dan memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan.

- c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan

4.5 Evaluasi

Dari 6 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 kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Penulis mengevaluasi selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 19-21 Juni 2019

- 1) Pada diagnosa 1 yaitu Hambatan jalan nafas tidak efektif b/d sekresi yang tertahan belum teratasi karena klien masih terpasang oksigen 4 liter dan pasien mengatakan napasnya masih sesak
- 2) Pada Diagnosa 2 yaitu Intoleransi aktivitas b/d kelemahan belum teratasi karena ekstremitas klien masih lemah.
- 3) Pada Diagnosa 3 yaitu Defisit nutrisi b.d ketidak mampuan mencerna makanan belum teratasi karena pasien masih tidak menghabiskan porsi makan yang di sediakan.
- 4) Pada Diagnosa 4 Defisit perawatan diri b/d kelemahan belum teratasi karena anggota gerak klien masih lemah.

- 5) Pada Diagnosa 5 Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis belum teratasi karena masih terdapat bagian luka lecet pada bagian pinggul pasien.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini, penulis akan menyimpulkan hasil dari asuhan keperawatan pada Tn. I 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 19-21 Juni 2019.

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).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:

- 1.1.1. Pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan Karsinoma Paru (Ca Paru) di ruang rawat inap Paru Rumah Sakit Ahcmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dilakukan dengan baik.
- 1.1.2. Pada diagnosa asuhan keperawatan pada pasien Karsinoma Paru (Ca Paru) di ruang rawat inap Paru Rumah Sakit Ahcmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dirumuskan 6diagnosa pada tinjauan kasus.

- 1) Hambatan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan.
- 2) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
- 3) Defisit nutrisi b.d ketidak mampuan mencerna makanan
- 4) Defisit perawatan diri b/d kelemahan
- 5) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

1.1.3. Pada perencanaan asuhan keperawatan pada pasien Karsinoma Paru (Ca Paru) di ruang rawat inap Paru Rumah Sakit Ahcmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019 semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus.

1.1.4. Pada implementasi asuhan keperawatan pada pasien Karsinoma Paru (Ca Paru) di ruang rawat inap Paru Rumah Sakit Ahcmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019 hampir semua dapat dilakukan.

1.1.5. Evaluasi pada pasien dengan asuhan keperawatan pada pasien Karsinoma Paru (Ca Paru) di ruang rawat inap Paru Rumah Sakit Ahcmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019, belum ada masalah keperawatan yang teratasi, dikarenakan pasien pulang.

5.2. Saran

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

Adapun saran-saran sebagai berikutnya:

1.2.1 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).

1.2.2 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.

5.2.3. 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.*CaParu*.(dalam<http://www.slideshare.net/septianraha/caparu?related=1>)diaksespadatanggal19 juli 2019.
- Burke,M Karen, dkk. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Bedah*. Jakarta.
- Brunner dan suddarth.2001.*Keperawatan Medikal Bedah Volume 1 Edisi 8*.jakarta:EGC.
- Brashers, Valentina L. 2007.*AplikasiKlinisPatofisiologi :Pemeriksaan&Manajemen*, Alihbahasa: H.Y. Kuncar, Editor edisisbahasa Indonesia : Devi yulianti. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Soemantri,Irman.2012 *Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan*.Salemba Merdeka. Jakarta
- Nanda, 2007. *Diagnosa Keperawatan (Terjemahan)* FKUGM. Yogyakarta
- Carpenito, Moyet. (2007). *Buku saku diagnosa keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Danusantoso H (2012). *Buku saku ilmu penyakit paru*. 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.Editoredisibahasa Indonesia, Monica Ester, Yasmin asih ed.3. Jakarta : EGC.
- Nurarif, Amin Huda Dan HardhiKusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda Nic-Noc*.EdisiRevisiJilid 1.Jogjakarta :MediAction.
- Nursalam.(2001). *Pendekatan Praktis Langkah-Langkah Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Robinson,M. Joan, dkk. 2014. *Buku Ajar visual Nursing*.Yogyakarta.

Suryo, Slamet, (2010), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid II, Edisi 3, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.

Suryo, joko. 2010. *Herbal penyembuhan gangguan system pernapasan*. Aspetri: Jakarta.

Ackley, B . J., Ladwig, G. B., & Makic, M. B. F. (2017). *Nursing diagnosis handbook, an evidence-based guide to planning care*. 11th Ed. St. Louis: Elsevier

Berman, A., Snyder, S. & Fradsen, G (2016). *Koizer & Erb's Fundamentals of Nursing* (10th ed.). USA: Pearson Education.

Gordon, M. (1998). *Nursing Diagnosis : Process and Application* (3rd ed). St. Louis: Mosby

• R~ndy Ranudh:Ina \\Llyut:l

~IM

: 161~~OI024

Pembomb<nll

Jw ..1Kll Stud, Jr.&)U'

", .)\\un Kcpcm\\alan 1':1da In.I 1>c.'1IY3nL\ P3l\\l O. Ru.ang
RIm., Inup D)aN RSIII) 1)lt.A,(IIMAi} MOCH rARIJukillln~8i
f l.uuu 20 l c)

N''
iT

Il.rlfr.n~!!..I
1-'-- ~. 1- '?
2
,L-- ;) ,- ''?

Miller' r'''nbl0ltan
[--.....

"and. ranKan
P''..nhhnllu.a

2

,L-- ;) ,- ''?

(M..... .M~ d-
e-r:.....

3

1-'''''' r j~'-'

~ .. a..A. S-r-

tr

s..-~ ~1-''''

f't.....J)-+-' ~

Lij
/l;l-l-

ts

j...(-_/-7'''' ~

~ r-r-:
~~f....-

~ :1

lf;

,_ «r: ''

.4._ !A!1W

4-1

7

N

I-

ri~OORAM S'ruOI 0 III KI,rr.RAWATAN

SI(KOIAII "IING<J111 MIJ ""SIIIA IAN ITRIN liS P,()ANG

I."MIAR KONSULTASII)IMBINGAN REVISI

: Ready **RamadhaN** mayura

: 1614401024

Pe:mimbins ReviaI : N~.i.\$,ll MU)likD Sun. M.Kep

Judul K'TI Studi KA.;u~ A"uh~n~cpc:rl\\,(lian ~k:la rn.1 l)cn~"n (~A l'.ru l)i Ituang
Ro" •• Inup I.", RSUI) OR.ACIIMAO MOCiITARnuki"in~~;
"Rhull 2() 19

No	Il.rvrangg.'	~11ttt:riBirbingau	Tandn l'ungan I-.mbi.mbi~e
1	$p- \dots \sim i^{''''} v)$	$\sim \sim fV''' - (\sim$	$Vf! _$
2	$\sim "1 (\$) ;''' \dots$	$\sim \sim \sim V \sim v \dots$	$(!1$
3	$\sim \dots \dots j \dots$	$\sim \dots$	$\sim \frac{V}{r}$
4	$s.v<- 2. \ r: \dots$	$1.1.1, \dots$	$1f$
5	$t'1 J _ \sim$	$\underline{Q} \sim \dots$	
6	$r: \dots 7''''''$	$4-ce.-<" lJd,)-j$	$\sim () -$ f-
7			
8			

TR06RAM STUDI D III KEPBRA WATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

1.F-MIAR KONSULTASI BIMINGAN MNSUSKRIT

: I~endyt4J11adluUUI Mayunl

NIM : 1614401024

PC:Inbimbing Rcvlsl : Ns. Muhammad ArirMoKep

ludlll KTI Siudi K.,,us : ASuh.an KepravvulM Pada Tn.l (Jenaan CA l~ON Oi Ruan,
Rawol In"" Peru RSUO OR.ACIIMAD MOCInoARIJukiui"811i
Tehn 2019

No	Harvr.ngg.1	"".ateri BfmbIngau	"r.Ada 'fangan Pe,nbhllbill2
1	\$.....J \$fo t:>	'\,:ff\ WM~~P; f«><IUJM	d--r 4--i J..
2	p..... 'f ~ l,	~ . ~O<ll~	
J	~ " ~~	l~(~ /'<.o'llt.lt4 .	/// -v
4	/?O....., 12. t.,. "")	kx~t«"- ~v~	d,~
S	J --' IA ~"")	(lc,rfttla!\ <;; (arM	ffl-
6	~_J I') ry. t,	~ Aiu6	
7			
8			