KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN .” S “ DENGAN EFUSI PLEURA DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH IIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH :

YULIANA TAKKE
E1514401055

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.”S” DENGAN EFUSI PLEURA DI RUANG PERAWATAN BERNADETH IIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan
di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Yuliana Takke

NIM : E1514401055

Disetujui Oleh:

Pembimbing I	Pembimbing II
(Rosmina Situngkir Ns.,M.Kes)	(Yunita Gabriela Madu S.Kep, Ns)
NIDN. 0925117501	

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung.,Ns.,MSN)
NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.”S” DENGAN EFUSI PLEURA DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Selasa 12 juni 2018
Pukul	: 14.45- 15.30
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Henny Pongantung .,Ns.,MSN (.....)
2. Wirmando S.kep.Ns (.....)
3. Rosmina Situngkir Ns.,M.Kes (.....)

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Yuliana Takke
Tempat/Tanggal Lahir	: Salutatallang 29 maret 1996
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Haji kalla no.25 c

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Tammu/ Pakuli
Agama	: Hindu
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Toraja

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD kristen tanete	: 2003-2009
SMPN 2 simbuang	: 2009-2012
SMK yapmi makassar	: 2012-2014
STIK Stella Maris	: 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis hanturkan Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "S" DENGAN EFUSI PLEURA DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH IIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan KTI ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki.Oleh karena itu, penulis sangat mengharapakan saran dan kritis yang membangun demi penyempurnaan Kti ini.

Selama penyusunan KTI ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik moral maupun materi sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menghanturkan ucapan terima kasih yang sebesar –besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, SSi, Ns, MKes selaku ketua sekolahTinggi ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikut ipendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Direktur Rumah sakit Stella Maris Makassar yang telah mengijinkan penulis untuk melakukan penelitian di rumahsakit yang beliau pimpin.
3. Rosmina Situngkir Ns.,M.kes dan Yunita gabriela madu S.Kep,Ns selaku pembimbing dalam penyususnan karya tulis ilmiah ini yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan, bimbingan serta, motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Dosen dan staf yang banyak memberikan ilmu dan pelayanan selama penulis menempu pendidikan di STIK Stella Maris Makassar
5. Tn "S" selaku penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerjasama yang baik dengan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.
6. Teristimewa saya ucapkan terima kasih kepada kedua orang tua yang telah memberikan pengorbanan dan kerja keras mereka sehingga segala harapan dan cita-cita dapat terwujud.

7. Kepada seluruh rekan-rekan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar angkatan 2015-2018 sehingga teman seperjuangan dan teman untu ksaling berbagi suka dan duka selama menjalani pendidikan.
8. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan KTI ini.

Akirnya kata semoga KaryaTulisI lmiah ini dapat bermanfaat bagi kita Semua.

Makassar, Mei 2018

Penulis

Yuliana Takke

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan..... 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 7
A. Konsep Dasar Medis 7
1. Pengertian..... 7
2. Anatomi Fisiologi..... 7
3. Etiologi..... 12
4. Patofisiologi..... 13
5. Manifestasi Klinik..... 14
6. Tes Diagnostik..... 15
7. Penatalaksanaan Medik..... 17
8. Komplikasi..... 20
B. Konsep Dasar Keperawatan..... 21
1. Pengkajian..... 21
2. Diagnosa Keperawatan..... 22
3. Perencanaan Keperawatan..... 23
4. Discharge Planning..... 26
C. Patoflowdiagram 27

BAB III PENGAMATAN KASUS 30
A. Pengkajian..... 31
B. Analisa Data 49
C. Diagnosa Keperawatan 53
D. Rencana Keperawatan..... 54
E. Implementasi..... 59
F. Evaluasi..... 89
G. Daftar Obat..... 92

BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 96
A. Pengkajian 96
B. Diagnosa Keperawatan 97
C. Perencanaan Keperawatan 98
D. Pelaksanaan Keperawatan 98
E. Evaluasi..... 98

BAB V PENUTUP…..... 100
A. Kesimpulan 100
B. Saran 101
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Era globalisasi saat ini yang menyebabkan *global warming* karena disebabkan polusi udara yang meningkat, lingkungan yang tidak bersih, ventilasi yang tidak memadai, dan penyakit-penyakit infeksi sehingga menyebabkan adanya gangguan pernafasan pada seseorang salah satunya adalah efusi pleura (Smeltzer, 2012).

Efusi pleura bukanlah diagnosis dari suatu penyakit, melainkan hanya merupakan gejala atau komplikasi dari suatu penyakit. Efusi pleura adalah suatu keadaan dimana terdapat cairan berlebihan di rongga pleura. Dapat menyebabkan seseorang mengalami sesak napas, batuk berlendir dan nyeri dada (Muttaqin, 2012).

Organisasi Kesehatan Dunia *(WHO)* tahun 2011 memperkirakan jumlah kasus efusi pleura di seluruh dunia cukup tinggi menduduki urutan ketiga setelah kanker paru, sekitar 10 -15 juta dengan 100-250 ribu kematian tiap tahunnya. Efusi pleura merupakan suatu gejala penyakit dan mengancam jiwa penderitanya. Tingkat kegawatan pada efusi pleura ditentukan oleh jumlah cairan, kecepatan pembentukan cairan dan tingkat penekanan paru (Pratama, 2012).

Berdasarkan data yang dilaporkan Departemen Kesehatan RI tahun 2015 menyebutkan di Indonesia kasus efusi pleura 2,7% dari penyakit infeksi saluran napas. Tingginya angka kejadian efusi pleura disebabkan keterlambatan penderita untuk memeriksakan kesehatan sejak dini, dan angka kematian akibat efusi pleura masih sering ditemukan faktor resiko terjadinya efusi pleura karena lingkungan yang tidak bersih (Pratama, 2012).

Berdasarkan data yang diperoleh dari bagian medical record Rumah Sakit Stella Maris Makassar bahwa pada tahun 2015 terdapat sebanyak 249 orang pasien (2,49 %), dan pad tahun tahun 2016 terjadi penurunan terdapat pasien sebanyak 174 orang pasien (1.74 %). Dilaporkan pula bahwa pada tahun 2017 teradilah peningkatan terdapat sebanyak 214 orang (2.14 %) orang pasien rawat inap yang mengalami Efusi Pleura.

Berbagai upaya yang dilakukan saat penderita masih dirawat dirumah sakit yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien antara lain memperhatikan kondisi pasien, mencegah agar penyakit pasien tidak bertambah parah dan menjaga agar tidak terjadi komplikasi dengan berkolaborasi bersama tim medis lainnya dalam pemberian obat, memberikan pendidikan kesehatan atau penyuluhan tentang bagaimana menjaga kesehatan, dan melakukan pola hidup yang sehat dan mencegah terjadinya komplikasi lagi. Hal tersebut perlu dilakukan perhatian terhadap penyakit-penyakit penyebab efusi pleura untuk mencegah perkembangan penyakit dan juga mencegah terjadinya komplikasi penyakit ke arah efusi pleura.

Berdasarkan uraian tersebut di atas maka penderita efusi pleura menjadi masalah kesehatan yang perlu ditangani dengan serius, terbukti dengan meningkatnya penderita komplikasi efusi pleura setiap tahunnya. Banyak penderita efusi pleura yang akhirnya dirawat di Rumah Sakit karena sudah menderita lebih serius. Hal ini menjadi tugas perawat untuk memberikan tindakan berupa preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif yang terdapat dalam pemberian Asuhan Keperawatan (Roshdal, 2014).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk memaparkan masalah tersebut dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah tentang Asuhan Keperawatan pada klien dengan efusi pleura.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura.

2. Tujuan Khusus :

   a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura.
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien dengan Efusi Pleura.
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura.
   e. Melaksanakan tindakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura.
   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan mulai dari pelaksanaan pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan efusi pleura.

C. Manfaat Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit

   Karya tulis ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk tenaga keperawatan serta bahan bacaan dan sumber informasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura.

2. Bagi Instansi Pendidikan

Karya tulis ini dapat digunakan sebagai sumber informasi dan acuan bagi institusi pendidikan dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kualitas penulisan karya tulis ilmiah.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Menambah pengetahuan pasien dan keluarga dalam mengatasi masalah yang dihadapi sehubungan dengan penyakit efusi pleura.

4. Bagi Penulis

Merupakan salah satu syarat akademik untuk menyelesaikan studi pada Program Study Diploma III Keperawatan STIK Stella Maris Makassar tahun 2018 dan merupakan pengalaman yang berharga bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama pendidikan dalam penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan efusi pleura.

D. Metode Penulisan

Pendekatan yang digunakan dalam menghimpun data/informasi melalui:

1. Studi Kepustakaan

Dalam metode ini penulis menggunakan buku-buku, internet seperti situs : jurnal, serta catatan perkuliahan yang ada hubungannya dengan karya tulis ilmiah ini.

2. Studi Kasus

Untuk studi kasus meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan dan evaluasi keperawatan. Untuk mendapatkan informasi digunakan teknik:

a. Wawancara

Penulis mengadakan wawancara dengan pasien dan keluarga melalui pertanyaan langsung

b. Observasi

Penulis mengadakan pengamatan/ mengevaluasi langsung reaksi/ respon emosi pasien, riwayat penyakit, tindakan dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan fisik pada pasien.

c. Diskusi

Mengadakan diskusi sekaligus konsultasi dengan pembimbing karya tulis, pembimbing klinik di ruang perawatan serta teman-teman mahasiswa.

d. Internet

Dengan membaca situs seperti jurnal yang ada kaitannya dengan penulisan karya tulis ilmiah ini.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematis dalam beberapa BAB yaitu :

Bab I Pendahuluan, pada bab ini diuraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan teoritis yang diuraikan dalam 2 bagian yaitu : konsep dasar medik yang mencakup defenisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan dan komplikasi. Pada bagian kedua yaitu konsep asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *Discharge Planning*, dan Patoflowdiagram. Implemetasi, dan evaluasi. Bab III Pengamatan kasus, pada bab ini diuraikan tentang pengkajian data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi tindakan keperawatan. Bab IV Pembahasan kasus, pada bab ini akan diuraikan tentang analisa kasus yang membahas perbandingan antara konsep teori yang ditemukan dengan kenyataan yang terdapat didalam uraian tinjauan kasus dan untuk mengetahui

kesenjangan antara teori dan praktek/ kenyataan selama pengamatan kasus. Bab V Simpulan dan saran, pada bab ini akan dikemukakan kesimpulan-kesimpulan yang diambil dari pembahasan dan saran-saran yang dapat diajukan sebagai masukan dan dapat bermanfaat bagi dunia keperawatan, khususnya bagi perawatan pasien dengan efusi pleura.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar medis

1. Pengertian

Efusi pleura adalah penyakit dimana terjadi penumpukan cairan pada lapisan pleura (Yusran, 2016).

Efusi pleura adalah pengumpulan cairan dalam rongga pleura yang terletak di antara permukaan visceral dan parietal (Amin, 2015)

Efusi pleura adalah pengumpulan cairan di rongga pleura, biasanya merupakan dampak sekunder dari penyakit lain (Smeltzer & Bare, 2014).

Efusi pleura adalah suatu keadaan dimana terdapat penumpukan cairan dalam pleura berupa transudat atau eksudat yang diakibakan terjadinya ketidakseimbangan antara produksi dan absorpsi di kapiler atau pleura viseralis (Mutaqqin, 2012).

Jadi efusi pleura adalah pengumpulan cairan dalam rongga pleura yang biasanya merupakan dampak sekunder dari penyakit lain yang berupa transudat atau eksudat.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Pleura

Pleura adalah suatu membran serosa yang membungkus *pulmo*, mempunyai asal yang sama dengan *peritoneum*. Pleura terdiri atas dua yaitu *pleura parietalis* dan *pleura visceralis*. Diantara kedua lapisan pleura tersebut terbentuk suatu rongga (celah) tertutup, disebut *cavum pleurae,* yang memungkinkan *pulmo* bebas bergerak pada waktu respirasi. Pleura normal memiliki permukaan licin,mengkilap dan semitransparan. Luas

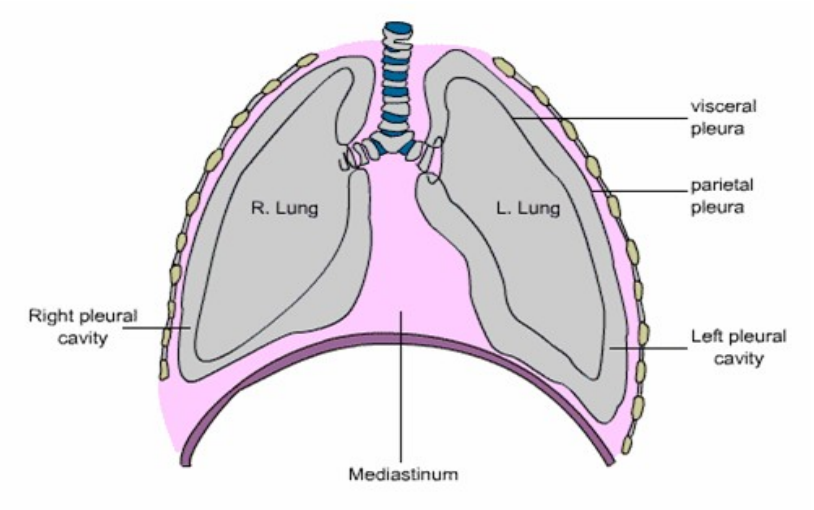
permukaan pleura viseral sekitar 4.000 cm2 pada laki-laki dewasa dengan berat badan 70 kg.

1) Pleura Viseralis

Bagian permukaan luarnya terdiri atas selapis sel mesotial yang tipis (tebalnya tidak lebih dari 30 μ), diantara celah-celah sel ini terdapat beberapa sel limfosit. Terdapat endopleura yang berisi fibrosit dan histiosit dibawah sel mesotelial. Struktur lapisan tengah memiliki jaringan kolagen dan serat-serat elastik, sedangkan lapisan terbawah terdapat jaringan intertisial subpleural yang sangat banyak mengandung pembuluh darah kapiler dari *arteri pulmonalis* dan *brachialis* serta kelenjar getah bening. Keseluruhan jaringan pleura viseralis ini menempel dengan kuat pada parenkim paru.

2) Pleura Parietalis

Lapisan *pleura parietalis* merupakan lapisan jaringan yang lebih tebal atas sel-sel mesotelial serta jaringan ikat (jaringan kolagen dan serat-serat elastik). Dalam jaringan ikat ini terdapat pembuluh kapiler dari *arteri intercostalis* dan *mammaria interna*, kelenjar getah bening, banyak reseptor saraf sensorik yang peka terhadap rangsangan nyeri. Di tempat ini juga terdapat perbedaan temperatur. Sistem persarafan berasal dari *nervus intercostalis* dinding dada dan alirannya sesuai dengan dermatom dada. Keseluruhan jaringan *pleura parietalis* ini menempel dengan mudah, tetapi juga mudah dilepaskan dari dinding dada diatasnya.



(Gambar 1 : Pleura Sumber wordpress.com)

b. Cairan Pleura

Didalam *cavum pleurae* terdapat sedikit cairan serous yang membuat permukaan pleura parietalis dan pleura viseralis menjadi licin sehingga mencegah terjadinya gesekan. Cairan ini diproduksi oleh pleura parietalis dan diserap oleh pembuluh darah pleura viseralis, dialirkan ke pembuluh limfa dan kembali ke darah. Pada orang normal, cairan di rongga pleura sebanyak 10 - 20 mL.

Cairan pleura mengandung 1.500 - 4.500 sel/ mL terdiri dari makrofag (75%), limfosit (23%), eritrosit dan mesotel bebas. Cairan pleura normal mengandung protein 1-2 g/100mL. *Elektroforesis* cairan pleura menunjukkan bahwa kadar protein cairan pleura setara dengan kadar protein serum, namun kadar protein berat molekul rendah seperti albumin, lebih tinggi dalam cairan pleura. Kadar molekul bikarbonat cairan pleura 20-25% lebih tinggi dibandingkan kadar bikarbonat plasma, sedangkan kadar ionatrium lebih rendah 3-5% dan kadari ion klorida lebih

rendah 6-9% sehingga pH cairan pleura lebih tinggi dibandingkan dengan pH plasma.

c. Fisiologi Pleura

Pleura berperan dalam sistem pernapasan melalui tekanan pleura menimbulkan tekanan transpulmonar yang selanjutnya mempengaruhi pengembangan paru dalam proses respirasi. Pengembangan paru terjadi bila kerja otot dan tekanan transpulmoner berhasil mengatasi rekoil elastik (*elastic recoil*) paru dan dinding dada sehingga terjadi proses respirasi. Jumlah cairan rongga pleura diatur keseimbangan *starling* (laju filtrasi kapiler di pleura parietal) yang ditimbulkan oleh tekanan pleura dan kapiler, kemampuan sistem penyaliran limfatik pleura serta keseimbangan elektrolit. Ketidakseimbangan komponen-komponen gaya ini menyebabkan penumpukan cairan sehingga terjadi efusi pleura. Bila terserang penyakit, pleura mungkin akan meradang, selain itu udara atau cairan dapat masuk ke dalam rongga pleura sehingga menyebabkan paru tertekan atau kolaps.

d. Fisiologi Tekanan Pleura

Tekanan cairan pleura mencerminkan dinamik aliran cairan melewati membran dan bernilai sekitar -10 cmH2O. Tekanan permukaan pleura mencerminkan keseimbangan *elastic recoil* dinding dada ke arah luar dengan *elastic recoil* paru ke arah dalam. Nilai tekanan pleura tidak serupa di seluruh permukaan rongga pleura; lebih negatif di *apeks* paru dan lebih positif di *basal* paru. Perbedaan bentuk dinding dada dengan paru dan faktor gravitasi menyebabkan perbedaan tekanan pleura secara vertikal; perbedaan tekanan pleura antara bagian basal paru dengan *apeks* paru dapat mencapai 8 cmH2O.

Tekanan alveolus relatif rata diseluruh jaringan paru normal sehingga gradien tekanan resultan di rongga pleura berbeda pada berbagai permukaan pleura. Gradien tekanan di apeks lebih besar dibandingkan basal sehingga *formasi bleb pleura* terutama terjadi di apeks paru dan merupakan penyebab pneumotoraks spontan. Gradien ini juga menyebabkan variasi distribusi ventilasi.

e. Fisiologi Cairan Pleura

Rongga pleura terisi cairan dari pembuluh kapiler pleura, ruang interstitial paru, saluran limfatik *intratoraks*, pembuluh kapiler *intratoraks* dan rongga *peritoneum.* Neergard mengemukakan hipotesis bahwa aliran cairan pleura sepenuhnya bergantung perbedaan tekanan hidrostatik dan osmotik kapiler sistemik dengan kapiler pulmoner. Perkiraan besar perbedaan tekanan yang memengaruhi pergerakan cairan dari kapiler menuju rongga pleura ditunjukkan pada Gambar 2. Tekanan hidrostatik pleura parietal sebesar 30 cmH2O dan tekanan rongga pleura sebesar -5 cmH2O sehingga tekanan hidrostatik resultan adalah 30 – (-5) = 35 cmH2O. Tekanan onkotik plasma 34 cmH2O dan tekanan onkotik pleura 5 cmH2O sehingga tekanan onkotik resultan 34 – 5 = 29 cmH2O. Gradien tekanan yang ditimbulkan adalah 35 – 29 = 6 cmH2O sehingga terjadi pergerakan cairan dari kapiler pleura parietal menuju rongga pleura. Pleura viseral lebih tebal dibandingkan pleura parietal sehingga koefisien filtrasi pleura viseral lebih kecil dibandingkan pleura parietal. Koefisien filtrasi kecil pleura viseral menyebabkan resultan gradien tekanan terhadap pleura viseral secara skematis bernilai 0 walaupun tekanan kapiler pleura viseral identik dengan tekanan vena

pulmoner yaitu 24 cmH2O. Perpindahan cairan dari jaringan interstitial paru ke rongga pleura dapat terjadi seperti akibat peningkatan tekanan baji jaringan paru pada edema paru maupun gagal jantung kongestif.

3. Etiologi

Penyebab efusi pleura dibedakan atas:

a. Transudat

Pleuritis serosa, serofibronosa dan *fibrinosa* semuanya disebabkan oleh proses yang pada hakikatnya sama. Eksudasi fibrinosa umumnya pada fase perkembangan awal, mungkin bermanifestasi sebagai eksudat serosa atau serofibrinosa, tetapi akhirnya akan muncul reaksi eksudativa yang lebih parah. Efusi pleura ini disebabkan oleh gagal jantung kongestif, emboli paru, sirosis hati (penyakit *intrabdominanl*), dialisis peritoneal, *hipoalbuminemia*, sindrom nefrotik, glomerulonefritis akut, retensi garam, atau pasca *by-pass* koroner.

b. Eksudat

Penimbunan non-inflamatorik cairan serosa di dalam rongga pleura disebut *hidrotoraks.* Eksudat terjadi akibat peradangan dan infiltrasi pada pleura atau jaringan yang berdekatan dengan pleura. Kerusakan pada dinding kapiler darah menyebabkan terbentuknya cairan kaya protein yang keluar dari pembuluh darah dan berkumpul pada rongga pleura. Penyebab efusi pleura eksudatif adalah neoplasma, infeksi, penyakit jaringan ikat, penyakit *intraabdominal*, dan imunologik. Bendungan pada pembuluh limfa juga dapat menyebabkan efusi pleura eksudatif. *Klitotoraks* adalah penimbunan cairan seperti susu, biasanya berasal dari pembuluh limfa, di rongga

pleura. Kilus tampak putih susu karena mengandung emulsi halus lemak.

4. Patofisiologi

Patofisiologi terjadinya efusi pleura bergantung pada keseimbangan antara cairan dan protein dalam rongga pleura. Dalam keadaan normal cairan peura dibentuk secara lambat sebagai filtrasi melalui pembuluh darah kapiler. Filtrasi ini terjadi karena perbedaan tekanan osmotik plasma dan jaringan interstitial submesotelial, kemudian melalui sel mesotelial masuk ke dalam rongga pleura. Selain itu cairan pleura dapat masuk melalui pembuluh limfe sekitar pleura.

Proses penumpukan cairan dalam rongga pleura dapat disebabkan oleh peradangan. Bila proses radang oleh kuman piogenik akan terbentuk pus/nanah sehingga terjadi empiema. Efusi eksudat bila ada proses peradangan yang menyebabkan permeabilitas kapiler pembuluh darah pleura meningkat sehingga sel mesotel berubah menjadi bulat atau *kuboidal* dan terjadi pengeluaran cairan ke dalam rongga pleura. Penyebab pleuritis eksudativa yang paling sering adalah karena *Mycrobacterium tubercolosis* dan dikenal sebagai *pleuritis eksudativa tubercolosa.* Bila proses ini mengenai pembuluh darah sekitar pleura dapat menyebabkan hemotoraks.

Efusi cairan dapat terbentuk karena transudat, terjadinya karena penyakit lain bukan primer paru-paru seperti gagal jantung kongestif, sirosis hati, sindrom nefrotik, dialisis peritoneum, *hipoalbuminemia* oleh berbagai keadaan, perikarditis konstriktifa, keganasan, *atelektaksis* paru dan *pneumothoraks.* Efusi pleura transudat dapat terjadi pada pasien gagal jantung kongestif. Saat jantung tidak dapat memompakan darahnya secara maksimal

keseluruh tubuh maka akan terjadi peningkatan tekanan hidrostatik pada kapiler yang selanjutnya timbul hipertensi kapiler sistemik dan cairan yang berada dalam pembuluh darah pada area tersebut menjadi bocor dan masuk ke dalam pleura, ditambah dengan adanya penurunan reabsorbsi cairan tadi oleh kelenjar limfe di pleura mengakibatkan pengumpulan cairan yang abnormal/ berlebihan. Hipoalbuminemia (misalnya pada klien nefrotik sindrom, malabsorbsi atau keadaan lain dengan asites dan edema anasarka) akan mengakibatkan terjadinya peningkatan pembentukan cairan pleura dan reabsorbsi yang berkurang. Hal tersebut dikarenakan adanya penurunan pada tekanan onkotik intravaskuler yang mengakibatkan cairan akan lebih masuk ke dalam rongga pleura.

5. Manifestasi Klinik

Gejala-gejala timbul jika cairan bersifat inflamatoris atau jika mekanika paru terganggu. Klien dengan efusi pleura biasanya akan mengalami keluhan:

a. Batuk
b. Sesak napas
c. Nyeri pleuritis
d. Rasa berat pada dada
e. Berat badan menurun
f. Adanya gejala-gejala penyakit penyebab seperti demam, menggigil, dan nyeri dada pleuritis (pneumonia), panas tinggi (kokus), subfebril (tuberkolosis) banyak keringat, batuk.
g. *Deviasi trachhea* menjauhi tempat yang sakit dapat terjadi jika terjadi penumpukan cairan pleural yang signifikan.
h. Pada pemeriksaan fisik:

1) *Atelektaksis kompresif* (kolaps paru parsial) dapat menyebabkan bunyi napas bronkus.
2) Pemeriksaan fisik dalam keadaan berbaring dan duduk akan berlainan karena cairan akan berpindah tempat. Bagian yang sakit akan kurang bergerak dalam pernapasan.
3) *Vocal fremitus* melemah pada perkussi didapati pekak, dalam keadaan duduk permukaan cairan membentuk garis melengkung (garis *ellis damoiseu*).
4) Didapati segitiga garland, yaitu daerah yang diperkussi redup timpani dibagian atas garis *ellis damoiseu.* Segitiga *grocco-rochfusz*, yaitu daerah pekak karena cairan mendorong mediastinum kesisi lain. Pada auskulutasi daerah ini didapati vesikuler melemah dengan *ronchi.*

6. Tes Diagnostik

a. Pemeriksaan Radiologi

Pada fluoroskopi maupun foto thorax PA cairan yang kurang dari 300 cc tidak bisa terlihat. Mungkin kelainan yang tampak hanya berupa penumpukan *sostophrenicus*. Apabila cairan tidak tampak pada foto psoterior-anterior (PA) maka dapat dibuat foto pada posisi dekubitus lateral. Dengan foto toraks posisi lateral dekubitus dapat diketahui adanya cairan dalam rongga pleura sebanyak paling sedikit 50 cc, sedangkan denga posisi PA paling tidak cairan dapat diketahui sebanyak 300 cc.

b. Biopsi Pleura

Dapat menunjukkan 50-70% diagnosis kasus *pleuritis tuberkolosis* dan tumor pleura. Biopsi ini berguna untuk mengambil spesimen jaringan pleura melalui biopsi jalur

perkutaneus. Komplikasi biopsi adalah *pneumothoraks, hemothoraks*, penyebaran infeksi dan tumor dinding dada.

c. Analisa Cairan Pleura

Untuk diagnostik cairan pleura perlu dilakukan pemeriksaan :

1) Warna cairan
   a) *Haemorragic pleural efusion*, biasanya pada klien dengan adanya keganasan paru atau akibat infark paru terutama disebabkan oleh tuberkolosis.
   b) *Yellow exudate pleural efusion,* terutama terjadi pada keadaan gagal jantung kongestif, sindrom nefrotik, hipoalbuminemia, dan perikarditis konstriktif.
   c) *Clear transudate pleural efusion*, sering terjadi pada klien dengan keganasan ekstrapulmoner.
2) Biokimia, untuk membedakan transudasi dan eksudasi.
3) Sitologi, pemeriksaan sitologi bila ditemukan patologis atau dominasi sel tertentu untuk melihat adanya keganasan.

Tabel 2.1. Perbedaan transudasi dan eksudasi

Parameter	Transudat	Eksudat
Kadar protein dalam efusi (g/dl)	<3	>3
Kadar protein dalam efusi	<0,5	>0,5
Kadar LDH dalam efusi (IU)	<200	>200
Kadar LDh dalam efusi	<0,6	>0,6
Berat jenis cairan efusi	<1,016	>1,016
Rivalta	Negatif	Positif

4) Bakteriologi

Biasanya cairan pleura steril, tapi kadang-kadang dapat mengandung mikroorganisme, apalagi bila cairannya

purulen. Efusi yang *purulen* dapat mengandung kuman-kuman yang aerob ataupun anaerob. Jenis kuman yang sering ditemukan adalah *Pneumococcus, E.Coli, Clebsiella, Pseudomonas, Enterobacter.*

d. Ultrasonografi dan CT Scan Dada

Pemeriksaan dengan ultrasonografi pada pleura dapat menentukan adanya cairan dalam rongga pleura. Keuntungan dari ultrasound dapat membedakan tebalnya pleura parietal dan pleura nodul serta bentuk vokal dari pleura. Pemeriksaan ini sangat membantu sebagai penentuan waktu melakukan aspirasi cairan tersebut terutama pada efusi yang terlokalisasi. Demikian juga dengan pemeriksaan CT Scan dada, adanya perbedaan antara cairan dengan jaringan sekitarnya, sangat memudahkan dalam menentukan adanya efusi pleura. Hanya saja pemeriksaan ini tidak dilakukan karena memerlukan biaya yang mahal.

Pemeriksaan penunjang lainnya :

1) Bronkoskopi : Pada kasus-kasus neoplasma, korpus alineum, abses paru.
2) Scanning isotop : Pada kasus dengan emboli paru.
3) Torakoskopi *(fiber-optic pleuroscopy)* : Pada kasus dengan neoplasma atau TBC.

7. Penatalaksanaan

Pengelolahan efusi pleura ditujukan untuk pengobatan penyakit dasar dan pengosongan cairan.

a. Penatalaksanaan Farmakologis

Tujuan pengobatan adalah menemukan penyebab dasar, untuk mencegah penumpukan kembali cairan. Pengobatan spesifik ditujukan pada penyebab dasar seperti gagal jantung

kongestif, pneumonia, sirosis. Bila penyebab dari malignasi, efusi dapat terjadi kembali dalam beberapa hari atau minggu.

b. Penatalaksanaan Non Farmakologis :

1) Pungsi Pleura

Aspirasi cairan pleura selain bermanfaat untuk memastikan diagnosis, aspirasi juga dapat dikerjakan dengan tujuan terapeutik. Pengambilan pertama cairan pleura, tidak boleh sebaiknya tidak melebihi 1000-1500 ml pada aspirasi guna mencegah terjadinya edema paru yang ditandai dengan batuk dan sesak.

a) Indikasi :

(1) Menghilangkan sesak napas yang disebakan oleh akumulasi cairan dalam rongga pleura.

(2) Bila terapi spesifik pada penyakit primer tidak efektif atau gagal.

(3) Bila terjadi akumulasi cairan.

b) Kerugian :

(1) Dapat menyebabkan kehilangan protein yang berada dalam cairan pleura.

(2) Dapat menimbulkan infeksi di rongga pleura.

(3) Dapat terjadi pneumothoraks.

2) Pemasangan *Water Seal Drainage* (WSD)

Jika jumlah cairan cukup banyak, sebaiknya dipasang selang thoraks dihubungkan dengan WSD, sehingga cairan dapat dikeluarkan secara lambat dan aman.

a) Indikasi :

(1) *Hematothoraks*

(2) *Pneumothoraks*

b) Tujuan pemasangan WSD:

(1) Untuk mengeluarkan udara, cairan atau darah dari rongga pleura.
(2) Untuk mengembalikan tekanan negatif pada rongga pleura.
(3) Untuk mengembangkan kembali paru yang kolaps.
(4) Untuk mencegah *reflux drainase* kembali ke dalam rongga dada.

c) Jenis WSD:

(1) *Single Botel Water Seal System*

Sistem satu botol digunakan pada kasus *pneumothoraks* sederhana sehingga hanya membutuhkan gaya gravitasi saja untuk mengeluarkan isi pleura. *Water seal* dan penampung drainase digabungkan pada satu botol dengan menggunakan katup udara. Katup udara digunakan untuk mencegah penambahan tekanan dalam botol yang dapat menghambat pengeluaran cairan atau udara dari rongga pleura. Karena hanya menggunakan satu botol yang perlu diingat adalah penambahan isi cairan botol dapat mengurangi daya hisap botol sehingga cairan atau udara pada rongga intrapleural tidak dapat dikeluarkan.

(2) *Two bottle system*

Sistem ini terdiri dari botol *water seal* ditambahan botol penampungan cairan drainase. Drainase sama dengan system satu botol, kecuali ketika cairan pleural terkumpul, *underwater seal system* tidak terpengaruh oleh volume drainase. Botol pertama adalah penampungan drainase yang berhubungan

langsung dengan klien dan botol kedua berfungsi sebagai *water seal* yang dapat mencegah peningkatan tekanan dalam penampungan sehingga drainase dada dikeluarkan secara optimal. Dengan sistem ini jumlah drainase dapat diukur secara tepat.

(3) *Three bottle system*

Pada sistem ini ada penambahan botol ketiga yaitu untuk mengontrol jumlah cairan *suction* yang digunakan. Sistem ini menggunakan 3 botol yang masing-masing berfungsi sebagai penampung, "*water seal"* dan pengatur; yang mengatur tekanan pengisap. Jika drainase yang ingin dikeluarkan cukup banyak biasanya digunakan mesin pengisap (*suction*) dengan tekanan sebesar 20 cm H20 untuk mempermudah pengeluaran.

d) Pleurodesis

Bertujuan untuk melekatkan pleura viseralis dengan pleura parietalis, merupakan penanganan terpilih pada efusi pleura keganasan. Bahan yang digunakan seperti *tiotepa, bleomisin, 5-fluorourasil, adramisin, dan doksorubisin.*

2. Komplikasi

a. Fibrothoraks

Efusi pleura yang berupa eksudat yang tidak ditangani dengan drainase yang baik akan terjadi perlekatan fibrosa antara pleura parietalis dan pleura viseralis akibat efusi pleura yang tidak ditangani dengan drainase yang baik. Jika *fibrothoraks* meluas dapat menimbulkan hambatan mekanis yang berat pada jaringan-jaringan yang berada dibawahnya.

Pembedahan pengupasan *(dekortikasi)* perlu dilakukan untuk memisahkan membran-membran pleura tersebut.

b. Atelektaksis

Atelektasis merupakan pengembangan paru yang tidak sempurna yang disebabkan oleh penekanan akibat efusi pleura.

c. Fibrosis.

Pada fibrosis paru merupakan keadaan patologis dimana terdapat jaringan ikat paru dalam jumlah yang berlebihan. Fibrosis timbul akibat cara perbaikan jaringan sebagai lanjutan suatu proses penyakit paru yang menimbulkan peradangan. Pada efusi pleura, *atelektaksis* yang berkepanjangan dapat menyebabkan penggantian jaringan baru yang terserang dengan jaringan fibrosis.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian pada efusi pleura ini mengacu pada 11 pola Gordon

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

riwayat kebiasaan penggunaan obat- obatan, merokok, minum ada obat-obatan.

b. Pola nutrisi dan metabolik

kebiasaan makan dan minum, terjadinya penurunan nafsu makan, turgot kulit jelek, mukosa kering dan penurunan berat badan.

c. Pola eliminasi

penurunan frekuensi BAB, penurunan peristaltik usus, otot-otot traktus digestivus dan peningkatan BAK, perubahan jumlah urine yang meningkat.

d. Pola aktifitas dan latihan

sesak nafas, kelelahan, nyeri dada, penurunan aktifitas penurunan aktifitas secara mandiri.

e. Pola tidur dan istirahat
   sulit tidur, penurunan kebutuhan tidur karena adanya sesak, nyeri dada dan peningkatan suhu tubuh, palpebra inferior warna gelap dan wajah mengantuk.
f. Pola persepsi dan kognitif
   perasaan nyeri bingung dan gelisah
g. Pola hubungan dan peran
   perubahan peran interpers, kurang berinteraksi.
h. Pola persepsi dan konsep diri
   perubahan persepsi diri, perhatian kurang, kontak mata.
i. Pola mekanisme koping
   stress, bertanya-tanya tentang penyakitnya, ansietas.
j. Pola reproduksi dan seksualitas
   penurunan libido, keterbatasan gerak
k. Pola sistem dan kepercayaan
   kemampuan pasien dalam menjalankan ibadah, tanggapan pasien atau keluarga mengenai agamanya.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan *sindrom hipoventilasi.*
b. Ketidakefektifan kebersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.
c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.
d. Nyeri akut berhubungan dengan agens biologis
e. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

f. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

3. Perencanaan Keperawatan

a. Ketidakefektifan pola napas b/d dengan *sindrom hipoventilasi.*

b. Hasil yang diharapkan (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan Ketidakefektifan pola napas b/d dengan *sindrom hipoventilasi.* Dapat kembali normal.

Kriteria hasil: Status pernapasan kembali normal.

Intervensi (NIC) :

1). Monitor suara napas tambahan seperti ngorok dan mengi

2). Monitor keluhan sesak pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau membentuk sesak napas tersebut.

3). Monitor kecepatan irama, kedalaman, dan kesulitan bernapas.

4). Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.

5). Monitor status pernapasan dan oksigenasinya bagaimana mestinya.

c. Ketidakefektifan pembersihan jalan napas berhubungan dengan *obstruksi* jalan napas (produksi *mukus* berlebih).

Hasil yang diharapkan (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan bersihan jalan napas kembali efektif.

Kriteria evaluasi :

Intervensi (NIC) :

a) Kaji fungsi pernapasan (bunyi napas, kecepatan, irama, kedalaman dan penggunaan otot bantu napas).

b) Kaji kemampuan mengeluarkan sekresi, catat karakter dan volume sputum.

c) Berikan posisi *semifowler*/ *fowler* tinggi.

d) Ajarkan latihan napas dalam dan batuk efektif.

e) Bersihkan *sekret* dari mulut dan trakea, bila perlu lakukan pengisapan (*suction).*

f) Kolaborasi dalam pemberian *antibiotik* sesuai indikasi.

d. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

Hasil yang diharapkan (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan suhu tubuh kembali normal.

Kriteria evaluasi : suhu tubuh dalam keadaan normal (36-37^{0}C)

Intervensi (NIC) :

1) Kaji saat timbulnya demam
2) Kaji tanda-tanda vital secara periodik (tiap 2 jam)
3) Berikan kebutuhan cairan ekstra.
4) Berikan kompres hangat pada dahi, ketiak.
5) Kenakan pakaian minimal
6) Kolaborasi untuk terapi antibiotik sesuai dengan penyebab penyakit.

e. Nyeri akut berhubungan dengan agen penyebab cidera (kimia).

Hasil yang diharapkan (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang atau teratasi.

Kriteria hasil: Nyeri dapat teratasi .

Intervensi (NIC) :

a) Kaji nyeri dengan pendekatan PQRST.
b) Berikan posisi yang nyaman.
c) Istirahatkan pasien saat nyeri muncul.
d) Ajarkan teknik relaksasi pernapasan saat nyeri muncul.
e) Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri.
f) Kolaborasi untuk pemberian *analgetik*

f. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis.

Hasil yang diharapkan (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kembali normal.

Kriteria hasil: nafsu makan meningkat, berat badankembali normal.

Intervensi (NIC) :

1) Kaji input dan output
2) Kaji adanya penurunan berat badan dan perubahan nafsu makan.
3) Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering.
4) Sajikan makanan dalam keadaan hangat.
5) Kolaborasi dengan dokter dan para ahli gizi dalam pemenuhan nutrisi dan vitamin.

g. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Hasil Yang Diharapkan (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien toleransi dalam beraktiftas.

Kriteria hasil : Adanya peningkatan dalam aktifitas dan menyeimbangkan dalam aktivitas dan istirahat.

Intervensi (NIC) :

1) Monitor toleransi terhadap aktivitas.
2) Instruksikan pada pasien dan keluarga mengenai modifikasi factor resiko jantung (misalnya menghentikan kebiasaan merokok) sebagaimana mestinya.
3) Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pertimbangan khusus terkait debngan aktivitas sehari- hari (misalnya pembatasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat).
4) Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas spesifik.

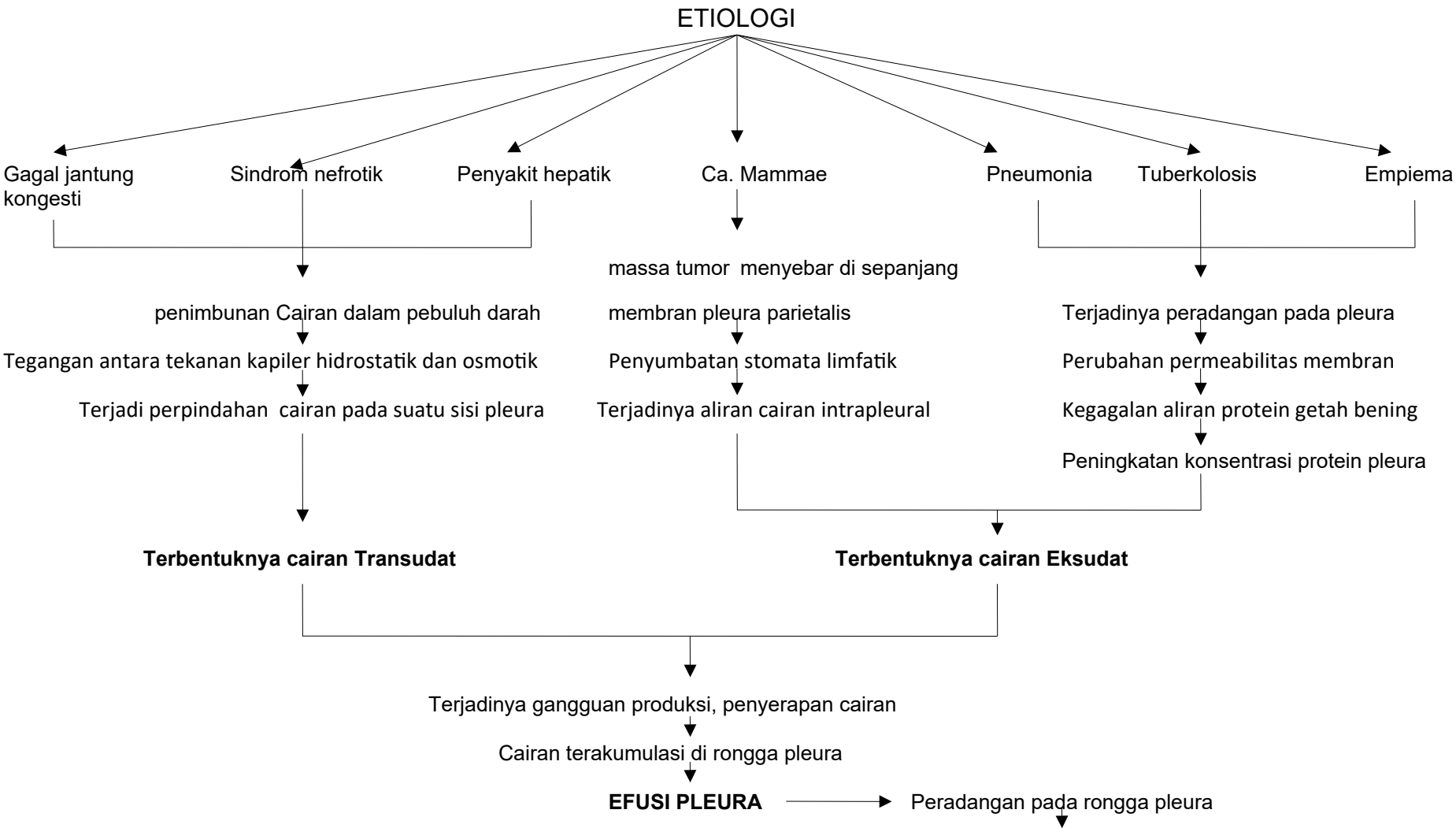
5) Bantu pasien memenuhi kebutuhan terkait kondisi ketergantungan.

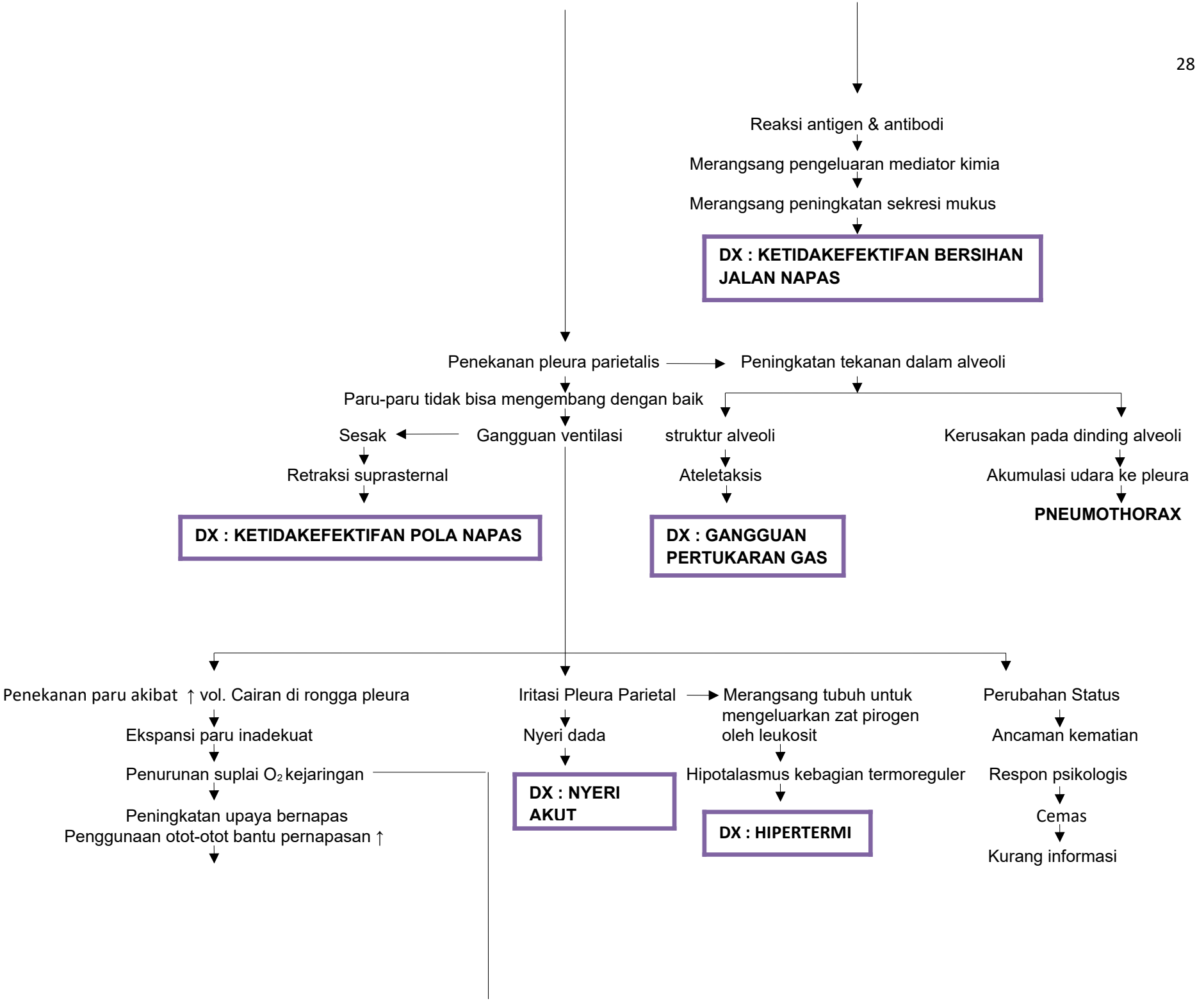
4. Discharged Planning

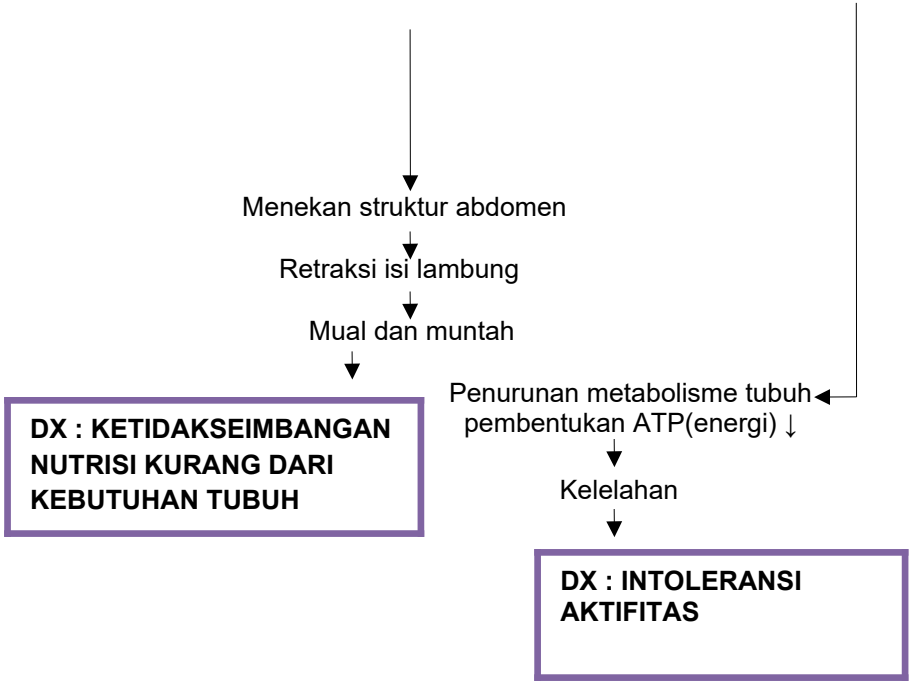
Setelah pasien pulang, tindakan perawatan belum tentu terputuskan. Oleh sebab itu perawat perlu memberikan penjealsan mengenai tindakan apa yang seharusnya dilakukan saat pasien pulang, yaitu :

a. Ajarkan pada klien tentang tanda dan gejala yang perlu diperhatikan seperti kesulitan bernapas, nyeri dada, peningkatan suhu, atau batuk menetap.
b. Anjurkan klien untuk memeriksakan kesehatan secara rutin.
c. Anjurkan klien untuk menaati pola hidup sehat seperti makan seimbang, menghindari makanan instan, olah raga secara teratur, menghindari rokok dan alkohol.
d. Berikan informasi tentang dosis pengobatan, jadwal, petunjuk dalam efek samping pengobatan.
e. Berikan informasi untuk menciptakan lingkungan yang bersih contohnya dengan ventilasi yang memadai.

PATOFLOWDIAGRAM




Reaksi antigen & antibodi
Merangsang pengeluaran mediator kimia
Merangsang peningkatan sekresi mukus
DX : KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS
Penekanan pleura parietalis
Peningkatan tekanan dalam alveoli
Paru-paru tidak bisa mengembang dengan baik
Sesak
Gangguan ventilasi
struktur alveoli
Kerusakan pada dinding alveoli
Retraksi suprasternal
Ateletaksis
Akumulasi udara ke pleura
DX : KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAPAS
DX : GANGGUAN PERTUKARAN GAS
PNEUMOTHORAX
Penekanan paru akibat ↑ vol. Cairan di rongga pleura
Iritasi Pleura Parietal
Merangsang tubuh untuk mengeluarkan zat pirogen oleh leukosit
Perubahan Status
Ekspansi paru inadekuat
Nyeri dada
Ancaman kematian
Penurunan suplai O_2 kejaringan
DX : NYERI AKUT
Hipotalasmus kebagian termoreguler
Respon psikologis
Peningkatan upaya bernapas
Penggunaan otot-otot bantu pernapasan ↑
DX : HIPERTERMI
Cemas
Kurang informasi


Menekan struktur abdomen
Retraksi isi lambung
Mual dan muntah
DX : KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH
Penurunan metabolisme tubuh
pembentukan ATP(energi) ↓
Kelelahan
DX : INTOLERANSI AKTIFITAS

D. Rencana Keperawatan

Nama / umur : Tn " S "/ 59 tahun

Ruang/ kamar : St. bernadeth II A / 508[1]

tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana tindakan (NIC)
21 april 2018	Ketidakefektifan kebersihan jalan napas b/d mucus berlebihan di tandai dengan : DS: - Pasien mengatakan sesak dan batuk berlendir di alami kurang lebih 1 bulan yang lalu - Pasien mengatakan sesak dialami memberat kurang lebih 2 hari terakhir - Pasien mengatakan saat bernapas dadanya terasa berat - Pasien mengatakan saat bernapas seperti ada yang mengganjal DO : - Tampak pasien sesak napas dan batuk berlendir - Tampak terpasang o_2 nasal	Setelah dilakukan tindakan keprawatan selama 3x24 jam diharapakan status pernapasan : kepatenan jalan napas dipertahankan pada skala ditingkatkan ke skala 3 dengan kriteria hasil : a.Status pernapasan: kepatenan jalan napas - Frekuensi pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 - Irama pernpasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. - Suara tambahan napas dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. - Batuk dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. b.Status pernapasan : ventilasi - - Suara perkusi dada dipertahankan pada	1. Manajemen pernapasan a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. b. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk . c. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif d. Memonitor status pernapasan dan oksigenasinya sebagaimana mestinya. 2.Monitor pernapasan a. Monitor kecepatan irama , kedalaman dan kesulitan bernapas. b. Berikan bantuan terapi napas jika diperlukan (misalnya

	kanul 4 liter/ menit - Tampak irama pernapasan cepat - Vocal premitus: Getaran paru kiri lebih kuat di bandingkan dengan paru kanan - Foto thoraks: Efusi pleura , pneumonia paracardial - Tampak suara tambahan ronchi pada paru kanan bagian bawah. - Perkusi Hasil : pekak pada paru kanan - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler	skala 2 ditingkatkan ke skala 3. - Taktil premitus dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 . - Hasil rotgen dada dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3.	nebulizer) 3. Terapi intervena a. Lakukan (prinsip) benar sebelum memulai pemberian pengobatan (misalnya benar obat, dosis, pasien cara dan frekuensi). b. Monitor tanda-tanda vital.
21 April 2018	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis ditandai dengan : DS : - Pasien mengatakan nyeri sering di rasakan pada dadanya sebelah kanan saat batuk - Pasien mengatakan nyeri dirasakan kurang lebih 3 hari yang lalu	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kontrol nyeri dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 dengan kriteria hail : a. Kontrol nyeri - Mengenali nyeri dioertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Menggunakan tindakan pengurangan	1. Menajemen nyeri a. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus b. Kurangi atau eleminasi faktor-faktor dapat mencetuskan nyeri

	- Pasien mengatakan nyeri sepert tertusuk- tusuk tembus ke belakang - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri berkurang saat tidak batuk dan beristirahat. DO : - Tampak pasien meringis - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien selalu menekan dada sebelah kanan - Tampak skala 5 (sedang) - TTV: TD : 130/ 90 mmHg S : 36,5 ^{0}c. N : 94x / menit P : 28 x / menit - Foto thoraks: Efusi pleura , pneumonia paracardial - Tampak suara tambahan ronchi pada paru kanan bagian bawah. - Perkusi Hasil : pekak pada paru kanan	(nyeri) tanpa analgesik dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4. - Melaporkan nyeri yang terkontrol dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4. b. Tingkat nyeri - Ekspresi nyeri wajah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4. - Menggosok area yang terkena damapak dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4. - Panjang episode nyeri dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 c. Tingkat kecemasan . - Perasaan gelisah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4. - Peningkatan nadi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4. - Peningkatkan tekanan darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4.	atau meningkatkan nyeri c. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat d. Dukung istrahat / tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. e. Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya, farmakologi, nonfarmakologi) untuk memfasilitasi penurunan nyeri sesuai kebutuhan. 2. Terapi relaksasi a. Dorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi b. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan nyaman jika memungkinkan c. Meminta untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi d. Tunjukkan dan praktekkan

21 April 2018	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan ditandai dengan : - Pasien mengatakan nafsu makan berkurang sejak 1 bulan yang lalu karena batuk dan sesak - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan ¼ porsi dari 1 porsi - Pasien mengatakan mual saat makan - Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 50 kg menjadi 47 kg dalam sebulan DO : - Tampak keadaan umum lemah - Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ porsi dari 1 porsi makanan yang diberikan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam status nutrisi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 dengan kriteria hasil: a. Status nutrisi - Asupan makan dipertahankan pada skala 3 dipertahankan pada skala 4. - Rasio berat badan / tinggi badan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4. - Asupan cairan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 b. Tingkat ketidaknyamanan - Mual dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Sesak napas dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4.	teknik relaksasi pada klien. 1. Manajemen nutrisi a. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi b. Indentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien c. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara (pasien berada di rumah sakit atau fasilitasi perawatan yang sesuai. 2. Pemberian makan a. Cacat asupan dengan tepat b. Berikan air minum pada saat makan c. Tunda pemberian makanan jika pasien kelelahan (sesak) d. Monitor tanda- tanda vital

	- Tampak pasien kurus - Tampak IMT 17, 54 kg - Foto thoraks: Efusi pleura, pneumonia paracardial - Tampak suara tambahan ronchi pada paru kanan bagian bawah. - Perkusi Hasil : pekak pada paru kanan		

E. Pelaksanaan Keperawatan

Nama / Umur : Tn " S "/ 59 tahun

Ruang / Kamar : St. bernadeth II A/ 508[1]

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan	Perawat
21 April 2018	I	08.00	Monitor kecepatan irama , kedalaman dan kesulitan bernapas. Hasil : - Pasien mengatakan saat bernapas dadanya terasa berat - Tampak pasien sesak dengan penapasan 28 x/ menit	Ulfa
	I	08.25	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler.	Ulfa
	I	08. 40	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif Hasil : - Pasien mengerti yang dianjurkan perawat .	Serli
	II	09. 05	Mengurangi atau eleminasi faktor-faktor dapat mencetuskan nyeri atau meningkatkan nyeri Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan ditempat tidur.	Serli
	II	09. 25	Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi misalnya dengan suhu lingkungan nyaman jika memungkinkan Hasil : - Tampak suhu ruangan 20^0 C	Ulfa

	II	09. 48	Meminta untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi Hasil : - Tampak pasien merasa nyaman	Ulfa dan serli
	I II III	10.00	Mengobservasi tanda –tanda vital Hasil : TD : 130/ 90 mmHg S : 36, 5 ^{0}c. N : 94x/ menit P : 28x/menit	Perawat lia dan ulfa
	I II III	10. 30	Memberikan obat injeksi Hasil : - Omeperasole 40 mg/ IV - Ketorolac 30 mg/ IV - Codein 10 mg/ IV - Ceftriaxone 1 g/ IV	Ulfa
	I II III	10. 55	Mengganti cairan infus Hasil : - Rl 400 cc 18 tetes/ menit	Serli
	II	11. 03	Lakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : P : pasien mengatakan nyeri timbul saat batuk Q:pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk- tusuk. R : pasien mengatakan nyeri pada dada tembus kebelakang S : skala 5 (sedang) T : hilang timbul	Ulfa
	II	11.05	Mendukung istrahat / tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Hasil : - Menganjurkan pasien untuk sering- sering tidur	Ulfa

			- Tampak pasien mengerti yang dikatakan perawat dan memulai tidur .	
	II	11.25	Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi misalnya suhu ruangan Hasil : - Tampak suhu ruangan 20 ^{0}c.	Serli
	II	11. 45	Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan. Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam - Tampak pasien meringis dan gelisah	Serli
	III	12.00	Mencacat asupan dengan tepat Hasil : - Pasien mengatakan malas makan karena mual dan lidahnya terasa pahit. - Pasien mengatakan hanya makan ¼ porsi dari 1 porsi yang diberikan.	Serli
	III	12.25	Memberikan air minum pada saat makan Hasil : - Tampak keluarga pasien memberikan air minum kurang lebih 100 cc.	Serli
	II	13.00	Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan. Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan	Ulfa

			teknik relaksasi yaitu bernapas dalam - Tampak pasien meringis dan gelisah	
	II	13.55	Meminta untuk rileks dan merasakan sensai yang terjadi Hasil: - Tampak pasien merasa nyaman	Yuli
	I	14. 05	Memonitor status pernapasan dan oksigenasinya sebagaimana mestinya Hasil : - Tampak pasien sesak dan batuk berlendir - Tampak pasien 28x/menit - Tampak terpasang 0_2 4 liter/ menit	Fatma
	I	14. 35	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler	Fatma
	II	14.48	Mendukung istrahat /tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri. Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai tidur.	Yuli
	II	15.10	Menciptakan lingkungan yang tenang dan distraksi dengan misalnya lampu yang redup dan suhu lingkungan Hasil : - Pasien meminta matikan lampu sebelum tidur	Indan
	II	15.35	Mendorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat.	Indan

			Hasil : - Pasien mengatakan bila nyeri timbul hanya menarik napas panjang dan menekannya dadanya sebelah kanan.	
	I II III	15.55	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/ 90 mmHg S : 36.5 ^{0}C N : 92x/menit P : 28x/ menit	Indan dan fatma
	I II III	16.05	Memberikan obat injeksi - Omeperasole 40 mg/ IV - Ceftriaxsone 1 g/ IV - Codein 10 mg/ IV - Ketorolac 30 mg/ IV	Perawat maria
	I	16.20	Memberikan bantuan terapi napas jika diperlukan (misalnya nebulizer) Hasil : - Farbivent 2.5 ml/ inhalasi	Perawat maria
	I	16.45	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif Hasil : - Tampak pasien mengerti yang dianjurkan perawat	Indan
	III	17. 20	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien Hasil : - Tampak keluarga pasien mengerti yang dianjurkan perawat.	Indan
	III	17.45	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil :	Yuli

			- Pasien mengatakan hanya makan ¼ porsi makanan yang disediakn rumah sakit - Tampak pasien minum air putih 100cc	
	II	18.09	Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan. Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam - Tampak pasien meringis dan gelisah	Yuli
	III	18. 40	Mencacat asupan dengan tepat Hasil : - Pasien mengatakan malas makan karena mual - Pasien mengatakan hanya makan ¼ porsi dari 1 porsi yang diberikan	Yuli
	III	19. 22	Memberikan air minum pada saat makan Hasil : - Tampak keluarga pasien memberikan air minum kurang lebih 100 cc.	Yuli
	I II III	19. 45	Mengganti cairan infus Hasil : - Rl 400 cc tetes/ menit	Agustinus
	II	20.00	Mendukung istrahat /tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri. Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai tidur	Agustinus

	II	20.35	Menciptakan lingkungan yang tenang dan distraksi misalnya dengan lampu yang redup - Pasien meminta matikan lampu sebelum tidur	Indan
	II	20. 55	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : P : pasien mengatakan nyeri timbul saat batuk Q :pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk- tusuk. R : pasien mengatakan nyeri pada dada tembus kebelakang S : skala 5 (sedang) T : hilang timbul	Indan
	II	21.05	Mendukung istrahat / tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Hasil : - Menganjurkan pasien untuk sering- sering tidur - Tampak pasien mengerti yang dikatakan perawat dan memulai tidur .	Yuli
	II	21.45	Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi misalnya dengan lampu yang redup Hasil : - Tampak pasien mematikan lampu saat tidur	Yuli
	I II III	22. 03	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/ 90 mmHg S : 36.5 ^{0}C	Yuli

			N : 92x/menit P : 28x/ menit	
	I II III	22.15	Memberikan obat injeksi - Omeperasole 40 mg/ IV - Ceftriaxsone 1 g/ IV - Codein 10 mg/ IV - Ketorolac 30 mg/ IV	Perawat yusra
	II	22.34	Mendukung istrahat /tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri. Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai tidur	Perawat yusra
	II	23.05	Menciptakan lingkungan yang tenang dan distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman jika memungkinkan - Pasien meminta matikan lampu sebelum tidur	Perawat yusra
	I II III	04.00	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/ 90 mmHg S : 36.5 ^{0}C N : 88x/menit P : 27x/ menit	Perawat yusra
	I II III	04.15	Memberikan obat injeksi - Omeperasole 40 mg/ IV - Ceftriaxsone 1 g/ IV - Codein 10 mg/ IV - Ketorolac 30 mg/ IV	Perawat yusra
	I	04.35	Memberikan bantuan terapi napas jika diperlukan (misalnya nebulizer) Hasil : - Farbivent 2.5 ml/ inhalasi	Perawat yusra
	I	04.40	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif	Parawat yusra

			Hasil : - Tampak pasien mengerti yang dianjurkan perawat	
	I II III	04. 55	Mengganti cairan infus Hasil : - RI 400 cc 18 tetes / menit	Perawat yusra
	I	06. 00	Memonitor status pernapasan dan oksigenasinya sebagaimana mestinya Hasil : - Tampak pasien masih sesak dan batuk berlendir - Tampak pasien 27 x/menit - Tampak terpasang 0_2 4 liter/ menit	Perawat yusra
	I	06.55	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler .	perawat yusra
22 April 2018	I	08.05	Monitor kecepatan irama , kedalaman dan kesulitan bernapas. Hasil : - Pasien mengatakan saat bernapas dadanya masih terasa berat - Tampak pasien sesak dengan penapasan 26 x/ menit	sisilia
	I	08. 30	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler.	Sisilia

	I	08. 55	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif Hasil : - Pasien mengerti yang dianjurkan perawat .	Sisilia
	II	09. 03	Mengurangi atau eleminasi faktor-faktor dapat mencetuskan nyeri atau meningkatkan nyeri Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan ditempat tidur.	Sisilia
	I	09. 33	Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi misalnya dengan suhu lingkungan nyaman jika memungkinkan Hasil : - Tampak suhu ruangan 20 ^{0} C	Sisilia
	I	09.58	Meminta untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi Hasil : - Tampak pasien merasa nyaman	Sisilia
	I II III	10.00	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/ 90 mmHg S : 36.5 ^{0}C N : 88x/menit P : 27x/ menit	Sisilia
	I II III	10.19	Memberikan obat injeksi - Omeperasole 40 mg/ IV - Ceftriaxsone 1 g/ IV - Codein 10 mg/ IV - Ketorolac 30 mg/ IV	Perawat marta dan Sisilia
	II	10.35	Lakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : P : pasien mengatakan nyeri timbul saat	Sisilia

			batuk Q :pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk- tusuk. R : pasien mengatakan nyeri pada dada tembus kebelakang S : skala 4 (sedang) T : hilang timbul	
	II	11.00	Mendukung istrahat / tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Hasil : - Menganjurkan pasien untuk sering- sering tidur - Tampak pasien mengerti yang dikatakan perawat dan memulai tidur .	Perawat marta
	II	11.35	Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi misalnya dengan suhu ruangan Hasil : - Tampak suhu ruangan 20 ^{0}c.	Perawat marta
	II	11.40	Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan. Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam - Tampak pasien meringis dan gelisah	Perawat marta
	III	11.55	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil :	Sisilia

			- Pasien mengatakan sudah tidak mual kalau makan dan lidanya sudah tidak pahit. - Pasien mengatakan sudah mulai makan 1/3 porsi makanan yang disediakan rumah sakit. - Tampak minum air putih 150 cc	
	III	12. 03	Mencacat asupan dengan tepat Hasil : - Pasien mengatakan sudah makan ½ dari 1porsi makan yang diberikan - Pasien mengatakan masihmual saat makan	Sisilia
	III	12. 35	Memberikan air minum pada saat makan Hasil : - Tampak keluarga pasien memberikan air kurang lebih 150 cc.	Perawat marta
	II	12.45	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien Hasil : - Tampak nasi kuning diatas meja	perawat marta
	I II III	12.55	Mengganti cairan infus Hasil : - RI 400 cc tetes/ menit	Sisilia
	II	13.00	Meminta untuk rileks dan merasakan sensai yang terjadi Hasil: - Tampak pasien merasa nyaman	Sisilia
	II	13.25	Memonitor status pernapasan dan oksigenasinya sebagaimana mestinya Hasil : -Tampak pasien sesak dan batuk	Sisilia

			berlendir sudah berkurang - Tampak pasien 26 x/menit - Tampak terpasang 0_2 4 liter/ menit	
	I	14.20	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler	Perawat lia dan yuli
	I	14.55	Mendukung istrahat /tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri. Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai tidur.	Yuli
	II	15.04	Menciptakan lingkungan yang tenang dan distraksi misalnya dengan suhu lingkungan Hasil : - Pasien meminta matikan lampu sebelum tidur	Yuli
	II	15.34	Mendorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat. Hasil : - Pasien mengatakan bila nyeri timbul hanya menarik napas panjang dan menekan dadanya sebelah kanan.	Perawat lia
	I II III	15.55	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/ 90 mmHg S : 36.5 ^{0}C N : 88x/menit P : 27x/ menit	Perawat lia
	I II III	16.00	Memberikan obat injeksi - Omeperasole 40 mg/ IV - Ceftriaxsone 1 g/ IV - Codein 10 mg/ IV	Yuli

			- Ketorolac 30 mg/ IV	
	I	16.35	Memberikan bantuan terapi napas jika diperlukan (misalnya nebulizer) Hasil : - Farbivent 2.5 ml/ inhalasi	Perawat lia dan yuli
	I	16. 55	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif Hasil : - Tampak pasien mengerti yang dianjurkan perawat	Yuli
	I	17.10	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien Hasil : - Tampak nasi kuning diatas meja .	Yuli
	III	18.00	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : - Pasien mengatakan sudah mulai makan ½ porsi makanan yang disediakn rumah sakit - Tampak pasien minum air putih 100cc	Yuli
	III	18.25	Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan. Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam - Tampak pasien masih meringis dan gelisah	Perawat lia

	III	18.55	Mencacat asupan dengan tepat Hasil : - Pasien mengatakan masih mual saat makan - Pasien mengatakan hanya makan ½ porsi dari 1 porsi yang diberikan	Perawat lia
	III	19.05	Memberikan air minum pada saat makan Hasil : - Tampak keluarga pasien memberikan air kurang lebih 100 cc.	Yuli
	II	19.20	Mendukung istrahat /tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri. Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai tidur	Yuli
	I II III	20.25	Mengganti cairan infus Hasil : - Rl 400 cc 18 tetes/ menit	Yuli
	II	20.55	Menciptakan lingkungan yang tenang dan distraksi misalnya dengan lampu yang redup - Pasien meminta matikan lampu sebelum tidur	Yuli
	II	21.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : P : pasien mengatakan nyeri timbul saat batuk Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk- tusuk. R : pasien mengatakan nyeri pada dada tembus kebelakang S : skala 4 (sedang)	Perawat lia

			T : hilang timbul	
	II	21.25	Mendukung istrahat / tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Hasil : - Menganjurkan pasien untuk sering- sering tidur - Tampak pasien mengerti yang dikatakan perawat dan memulai tidur .	Perawat lia
	I II III	21.55	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/ 90 mmHg S : 36.5 ^{0}C N : 82x/menit P : 26x/ menit	Perawat rini
	I II III	22.00	Memberikan obat injeksi - Omeperasole 40 mg/ IV - Ceftriaxsone 1 g/ IV - Codein 10 mg/ IV - Ketorolac 30 mg/ IV	Perawat rini
	II	22.25	Mendukung istrahat /tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri. Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai tidur	Perawat rini
	I II III	22.55	Menciptakan lingkungan yang tenang dan distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman jika memungkinkan - Pasien meminta matikan lampu sebelum tidur	Perawat Rini
	I II III	23.05	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/ 90 mmHg S : 36.5 ^{0}C	Perawat rini

			N : 84x/menit P : 27x/ menit	
	I II III	04.00	Memberikan obat injeksi - Omeperasole 40 mg/ IV - Ceftriaxsone 1 g/ IV - Codein 10 mg/ IV - Ketorolac 30 mg/ IV	Perawat rini
	I	04.25	Memberikan bantuan terapi napas jika diperlukan (misalnya nebulizer) Hasil : - Farbivent 2.5 ml/ inhalasi	Perawat rini
	I	04.55	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif Hasil : -Tampak pasien mengerti yang dianjurkan perawat.	Perawat rini
	I	06.20	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler	Perawat rini
23 April 2018	I II III	07.55	Mengganti cairan infus Hasil : - Rl 400 cc 18 tetes / menit	Perawat rida
	I	08. 05	Memonitorkecepatan irama , kedalaman dan kesulitan bernapas. Hasil : - Pasien mengatakan sesak dan batuk berlendir sudah berkurang . - Tampak pasien sesak dengan penapasan 25 x/ menit	Perawat rida

	I	08. 35	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler.	Perawat rida
	I	08.55	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif Hasil : - Pasien mengerti yang dianjurkan perawat .	Perawat rida
	II	09.10	Mengurangi atau eleminasi faktor-faktor dapat mencetuskan nyeri atau meningkatkan nyeri Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan ditempat tidur.	Perawat rida
	II	09.35	Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi misalnya dengan suhu lingkungan nyaman jika memungkinkan Hasil : - Tampak suhu ruangan 20 ^{0} C	Perawat rida
	II	09.55	Meminta untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi Hasil : - Tampak pasien merasa nyaman	Perawat rida
	I II III	10.05	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/ 90 mmHg S : 36.5 ^{0}C N : 84x/menit P : 25x/ menit	Perawat rida
	I II III	10.35	Memberikan obat injeksi - Omeperasole 40 mg/ IV - Ceftriaxsone 1 g/ IV	Perawat rida

			- Codein 10 mg/ IV - Ketorolac 30 mg/ IV	
	II	10.55	Lakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : P : pasien mengatakan nyeri timbul saat batuk Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk- tusuk. R : pasien mengatakan nyeri pada dada S : skala 3 (sedang) T : hilang timbul	Perawat rida
	II	11. 05	Mendukung istrahat / tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Hasil : - Menganjurkan pasien untuk sering- sering tidur - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Skala 3 (ringan)	Perawat rida
	II	11.25	Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi misalnya dengan dan suhu lingkungan Hasil : - Tampak suhu ruangan 20 ^{0}c.	Perawat rida
	II	11.55	Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan. Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam - Tampak pasien sudah tidak	Perawat rida

			meringis dan gelisah	
	III	12.00	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : - Pasien mengatakan sudah tidak mual kalau makan dan lidanya sudah tidak pahit. - Pasien mengatakan sudah mulai makan ½ porsi makanan yang disediakan rumah sakit. - Tampak minum air putih 150 cc	Perawat rida
	II	12.25	Mencacat asupan dengan tepat Hasil : - Pasien mengatakan sudah makan ½ dari 1porsi makan yang diberikan - Pasien mengatakan sudh tidak mual saat makan	Perawat rida
	III	12. 45	Memberikan air minum pada saat makan Hasil : - Tampak keluarga pasien memberikan air kurang lebih 150 cc.	Perawat rida
	II	13.10	Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan. Hasil : - Tampak pasien sudah tidak meringis dan gelisah	Perawat rida
	I	13.40	Meminta untuk rileks dan merasakan sensai yang terjadi Hasil: - Tampak pasien merasa nyaman	Perawat rida

	I	14.00	Memonitor status pernapasan dan oksigenasinya sebagaimana mestinya Hasil : - Tampak pasien sesak dan batuk berlendir sudah berkurang - Tampak pasien 25 x/menit - Tampak terpasang 0_2 3 liter/ menit	Yuli
	I	14.25	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler	Yuli
	I	13.35	Mendukung istrahat /tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri. Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai tidur.	Yuli
	II	13.45	Menciptakan lingkungan yang tenang dan distraksi misalnya dengan suhu lingkungan - Pasien meminta matikan lampu sebelum tidur	Yuli
	III	13.55	Mendorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat. Hasil : - Pasien mengatakan bila nyeri timbul hanya menarik napas panjang dan menekan dadanya sebelah kanan.	Yuli
	I II III	16.05	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/ 90 mmHg S : 36.3^{0}C N : 86x/menit P : 27x/ menit	Yuli
	I II III	16.25	Memberikan obat injeksi	Perawat

			- Omeperasole 40 mg/ IV - Ceftriaxsone 1 g/ IV - Codein 10 mg/ IV - Ketorolac 30 mg/ IV	lia dan yuli
	I II III	16.35	Mengganti cairan infus Hasil : - Rl 400 cc 18 tetes / menit	Yuli
	I	16.55	Memberikan bantuan terapi napas jika diperlukan (misalnya nebulizer) Hasil : - Farbivent 2.5 ml/ inhalasi	Perawat rida dan yuli
	I	17.05	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif Hasil : - Tampak pasien mengerti yang dianjurkan perawat	Yuli
	III	17.45	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien Hasil : - Tampak ada nasi kuning diatas meja	Perawat lia
	III	18.00	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : - Pasien mengatakan sudah menghabiskan makan ½ porsi makanan yang disediakn rumah sakit - Tampak pasien minum air putih 150cc	Yuli
	II	18.30	Mendorong klien untuk mengulangi dan mempraktekan teknik relaksasi jika memungkinkan.	Yuli

			Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi yaitu bernapas dalam - Tampak pasien sudahtidak meringis dan gelisah	
	III	18.35	Mencacat asupan dengan tepat Hasil : - Pasien mengatakan masih mual saat makan - Pasien mengatakan hanya makan ½ porsi dari 1 porsi yang diberikan	Yuli
	III	18.55	Memberikan air minum pada saat makan Hasil : - Tampak keluarga pasien memberikan air kurang lebih 100 cc.	Yuli
	II	19.05	Mendukung istrahat /tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri. Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai tidur	Perawat lia
	II	19.35	Menciptakan lingkungan yang tenang dan distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman jika memungkinkan - Pasien meminta matikan lampu sebelum tidur	Perawat lia
	II	19.55	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : P : pasien mengatakan nyeri timbul saat batuk Q : pasien mengatakan nyeri seperti	Yuli

			tertusuk- tusuk. R : pasien mengatakan nyeri pada dada tembus kebelakang S : skala 4 (sedang) T : hilang timbul	
	II	20.05	Mendukung istrahat / tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Hasil : - Menganjurkan pasien untuk sering- sering tidur - Tampak pasien mengerti yang dikatakan perawat dan memulai tidur .	Yuli
	I II III	22.05	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/ 90 mmHg S : 36.5 ^{0}C N : 92x/menit P : 26x/ menit	Perawat rini
	I II III	22.25	Memberikan obat injeksi - Omeperasole 40 mg/ IV - Ceftriaxsone 1 g/ IV - Codein 10 mg/ IV - Ketorolac 30 mg/ IV	Perawat rini
	II	22.45	Mendukung istrahat /tidur yang adekuat membantu penurunan nyeri. Hasil : - Tampak pasien berbaring ditempat tidur untuk memulai tidur	Perawat rini
	II	23.00	Menciptakan lingkungan yang tenang dan distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman jika memungkinkan - Pasien meminta matikan lampu	Perawat rini

			sebelum tidur	
	I II III	03.30	Mengganti cairan infus Hasil : - Rl 400 cc 18 tetes / menit	Perawat rini
	I II III	04.00	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/ 90 mmHg S : 36.2^{0}C N : 82x/menit P : 25x/ menit	Perawat rini
	I II III	04..20	Memberikan obat injeksi - Omeperasole 40 mg/ IV - Ceftriaxsone 1 g/ IV - Codein 10 mg/ IV - Ketorolac 30 mg/ IV	Perawat rini
	I	04.35	Memberikan bantuan terapi napas jika diperlukan (misalnya nebulizer) Hasil : - Farbivent 2.5 ml/ inhalasi	Perawat Rini
	I	04.55	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif Hasil : - Tampak pasien mengerti yang dianjurkan perawat.	Perawat rini
	I	05.10	Memonitorkecepatan irama , kedalaman dan kesulitan bernapas. Hasil : - Pasien mengatakan sesak dan batuk berlendir sudah berkurang .	Perawat rini
	I I	05.35	memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi . Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler	Perawat rini

		06.45	Memonitor status pernapasandan oksigenasinya sebagaimana mestinya. Hasil : - Tampak pernapasan pasien 25x/menit - Tampak terpasang O_2 nasal kanul 3 liter/ menit	Perawat rini

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : Tn. " S " / 59 tahun

Ruang / Kamar : St. Bernadeth II A / 508[1]

Tanggal	Evalusi	Paraf
21 April 2018	DP I : Ketidakefektifan kebersihan jalan napas berhubungan dengan mucus berlebihan	Yuli

	S : - Pasien mengatakan masih sesak dan batuk berlendir - Pasien mengatakan saat bernapas dadanya terasa berat O : - Tampak pasien sesak dan batuk berlendir - Tampak irama pernapsan pasien cepat - Tampak pernapasan 28x/ menit - Tampak terpasang 0_2nasal kanul 4 liter/ menit A : Pasien masih mengalami ketidakefektifan kebersihan jalan napas. P : - Lanjutkan intervensi 1- 8 DP : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. S : - Pasien mengatakan nyeri timbul saat batuk - pasien mengatakan nyeri pada dadanya sebelah kanan - pasien mengatakan nyeri hilang timbul - pasien mengatakan nyeri pada dada tembus kebelakang O : - Tampak pasien meringis	

	- Tampak pasien gelisah - Tampak pasien selalu menekan dadanya sebelah kanan - Tampak pasien selalu menarik napas dalam - tampak skala nyeri 5 (sedang) A : - Pasien masih mengalami nyeri akut P : - lanjutkan intervensi 1- 6 DP III : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupn makanan S : - Pasien mengatakan malas makan karena sesak danbatuk berlendir - Pasien mengatakan masih mual saat makan - pasien mengatakan hanya makan ¼ dari 1 porsi makan yang diberikan - Pasien mengatakan hanya minum air kurang lebih 50 cc. O : - Tampak pasien hanya makan ¼ dari 1porsi yang diberikan - Tampak pasien malas makan - Tampak hanya minum air kurang lebih 50 cc	

22 April 2018	A : - Pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. P : - Lanjutkan intervensi 1-8 DP I : Ketidakefektifan kebersihan jalan napas berhubungan dengan mucus berlebihan S : - Pasien mengatakan masih sesak dan batuk berlendir - Pasien mengatakan saat bernapas dadanya masih terasa berat O : - Tampak pasien masih sesak napas dan batuk berlendir - tampak irama pernapasan cepat - tampak pernapasan pasien 27x/menit - tampak terpasang nasal kanul 4 liter/ menit A : - pasien masih mengalami ketidakefektifan kebersihan jalan P : - Lanjutkan intervensi 1- 8 DP II : nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis	Yuli

	S : - Pasien mengatakan nyeri dada tembus kebelakang - pasien mengatakan nyeri muncul saat batuk - pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kanan P : - tampak pasien masih meringis - tampk pasien masih gelisah - tampak pasien masaih menekan dadanya sebelah kanan saat batuk - tampak skala nyeri 4 (sedang) A : - pasien masih mengalami nyeri akut P : - Lanjutkan intervensi 1-4 DP III : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhabn tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan masih mual saat makan - pasien mengatakan malas makan karena sesak - Paien mengatakan hanya makan ½ dari 1 porsi makanan yang diberikan	

23 April 2018	O : - Tampak masien masih malas makan karena sesak - tampak pasien hanya makan ½ dari 1 porsi makanan yang diberikan A : - pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi P : - lanjutkan intervensi 1- 8 DP I : Ketidakefektifan kebersihan jalan napas berhubungan dengan mucus berlebihan. S : - pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang - pasien mengatakan dadanya saat bernapas sudah tidak terasa berat O : - Tampak sesak dan batu berlendir pasien sudah berkurang - Tampak pernapsan pasien 25x/ menit - Tampak terpasang nasal kanul 3 liter/ menit A : - Pasien masih mengalami ketidakefektifan kebersihan jalan napas. P :	Yuli

	- Lanjutkan intervensi 1-6 DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - pasien mengatakan saat batuk sudah tidak nyeri O : - Tampak pasien sudah tidak meringis - tampak pasien sudah tidak gelisah - tampak skala nyeri 3 (ringan) A : - Nyeri akut teratasi P : - Stop intervensi DP III : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. S : - pasien mengatakan saat makan sudah tidak mual - pasien mengatakan selera makan sudah bertambah - pasien mengatakan sudah makan ½ dari 1porsi yang diberikan O :	

	- Tampak pasien selera makan pasien sudah bertambah - Tampak pasien sudah makan ½ dari 1 porsi yang diberikan - Tampak pasien minum air putih kurang lebih 150 cc A : - Pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P : lanjutkan intervensi 1-6	

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Tn ”S” berusia 59 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 19 April 2018 dengan diagnosa medik PPOK di ruang perawatan Sta. Bernadeth IIA dengan keluhan sesak dan batuk berlendir yang dialami kurang lebih 1 bulan sebelum masuk rumah sakit.

Pada saat pengkajian penulis mendapatkan pasien dalam keadaan lemah, sesak, batuk berlendir, dan nyeri dada pada bagian kanan menjalar sampai ke belakang dengan skala 5 (sedang) Pada saat pemeriksaan fisik auskultasi terdengar suara napas tambahan ronchi, suara napas vesicular terdengar di kedua lapang paru (melemah), menggunakan oksigen nasal canul 4 liter / menit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 130/ 90 mmHg, suhu: 36,5 ^{O}C, nadi : 94x / menit, pernapasan: 28x/ menit,pasien mengeluh nafsu makannya berkurang karena sesak dan batuk berlendir dan hanya menghabiskan ¼ porsi dari 1 porsi makanan, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 50 kg menjadi 47 kg, IMT 17, 54 kg/m^2, konjungtiva tampak anemik serta pemeriksaan foto thoraks: efusi pleura dextra, *pneumonia paracardial* , dan terapi yang di berikan ceftriaxone 1 g/8 jam/ bolus IV, ketorolac 30 mg / 8 jam/ bolus IV, omeperazole 40 mg/ 8jam/ bolus IV, farbivent 2.5 ml/ 12 jam / inhalasi, hasil laboratorium: HB 12,2, terpasang infus Rl 400 cc pada tangan sebelah kiri pasien dengan jumlah tetesan 18 tetes / menit .

Berdasarkan data yang didapatkan pada saat pengkajian, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu : ketidakefektifan kebersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan, nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

A.Pengkajian

Nama : Yuliana takke	Nim: E1514401055

Unit : St.bernadeth II A Autoanamnese : ✓

Kamar : 508[1] Alloanamnese :

Tanggal masuk : 19 april 2018

Tanggal pengkajian : 20 april 2018

1. Indentitas

a. Pasien

Nama : Tn"S"

Umur : 59 tahun

Jenis kelamin : Laki laki

Status perkawinan : Menikah

Jumlah anak : 4 orang

Agama suku : Islam / bugis

Warga Negara : Indonesia

Bahasa yang di gunakan : Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Buruh

Alamat rumah : Jl. Seroja Makassar

b. Penanggung jawab

Nama : Ny "N"

Umur : 49 tahun

Alamat : Jl. Seroja

Hubungan dengan keluarga : Istri

2. Data medik

Saat masuk : PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Menahun)

Saat pengkajian : Efusi Pleura

3. Keadaan umum pasien

a. Keadaan sakit

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

Alasan : tampak pasien sesak napas, tampak irama pernapasan cepat, tampak pasien batuk berlendir, tampak terpasang nasal kanul 4 liter/ menit, tampak terpasang infus Rl 400 cc 18 tetes/ menit pada tangan sebelah kiri, tampak pasien meringis dan gelisah, tampak pasien berbaring lemah dengan posisi semifowler.

b. Tanda –tanda vital

1) .Kesadaran (kulialitatif) : Composmentis

Skala koma Glasgow (kualitatif) :

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Tidak koma

2) . Tekana darah : 130/ 90 mmhg

Map : 103,3 mmhg

Kesimpuan : Perfusi ginjal memadai

3) . Suhu : 37,2 ^{0}C : [–] Oral [✓] Axilla [–] Rectal

4) . Pernapasan : 28x/ menit

Irama : [–] Teratur [✓] Takipnue [–] Bradipnue

[–] Kusmaul [–] Cheynes- stokes

Jenis : [✓] Dada [–] Perut

5). Nadi : 94x/ menit

Irama [✓] Teratur [–] Bradikardi [–] Takikardi

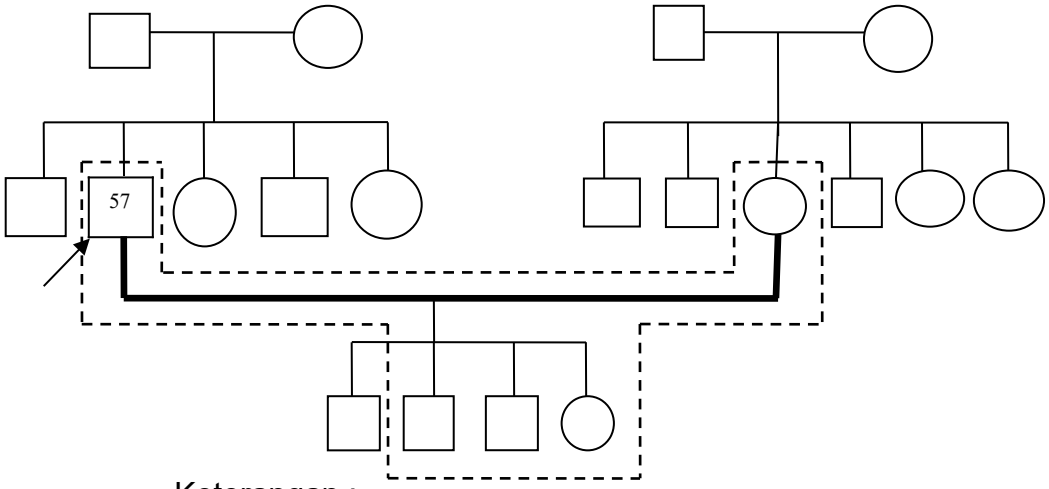
[✓] Kuat [–] Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan : 18 cm
2) Tinggi badan : 169 cm
3) Berat badan : 47 kg
4) IMT (indeks massa tubuh) : 17, 54 kg/m^2

Kesimpulan : tubuh kurang pangan

d. Genogram



Keterangan :

: Laki – laki

: Perempuan

: Laki- laki meninggal

: Perempuan meninggal

: Pasien

: Garis keturunan

: Tinggal serumah

4. Pengkajian pola kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sehat adalah ketika seseorang bebas dari penyakit dan bisa melakukan aktivitas sehari-harinya. Pasien mengatakan pernah merokok kuang lebih 5 tahun yang lalu, pasien mengatakan menghabiskan 1 bungkus dalam sehari. Pasien juga mengatakan kurang lebih 7 tahun bekerja sebagai tukang pemotong kayu, di mana saat memotong kayu tidak pernah memakai masker atau penutup hidung lainnya. Pasien mengatakan ada riwayat alergi debu yang membuat pasien langsung flu dan batuk. Pasien mengatakan jika batuk atau flu pasien langsung kerumah sakit.

2) Keadaan sejak sakit

a) Keluhan utama : Sesak napas

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas dan batuk berlendir dialami kurang lebih 1 bulan yang lalu, saat itu pulang dari tempat kerja. Pasien mengatakan demam dan sesak disertai batuk berlendir dialami memberat kurang lebih 2 hari terakhir, pasien sudah merasa lemas dan tambah sesak napas sehingga keluarga pasien memutuskan untuk membawahnya kerumah sakit pada tanggal 19 april 2018 untuk mendapatkan pertolongan. Pada saat pengkajian pasien mengatakan sesak di sertai dengan batuk berlendir, saat bernapas dadanya terasa berat, dan saat batuk di sertai dengan nyeri dada. Pasien juga mengatakan saat bernapas seperti ada yang mengganjal,. Tampak pasien sesak dan batuk berlendir, tampak pasien meringis dan gelisah.

3) Riwayat penyakit yang pernah di derita

Pasien mengatakan kurang lebih 2 tahun yang lalu pasien dirawat dengan pneumonia di rumah sakit pelamonia dan asma waktu masih kecil.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengannya.

5) Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut : Tampak bersih
b) Kulit kepala : Tampak bersih
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
d) Hygiene rongga mulut : Tampak kotor
e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan makan teratur 3 kali sehari dengan frekuensi makanan yang di habiskan 1-2 porsi/ hari, pasien mengatakan makan dengan menu nasi, ikan, sayur, tempe tahu, dan danging ayam. Pasien mengatakan tidak memiliki makanan pantang, pasien juga mengatakan minum air putih kurang lebih 8 gelas / hari. Pasien mengatakan nafsu makan yang bagus dan berat badannya 50 kg.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan nafsu makannya berkurang sejak kurang lebih 1 bulan yang lalu karena sesak dan batuk berlendir, pasien mengatakan selama sakit makan 1 kali sehari dengan menu nasi, sayur, ikan, tempe, tahu. Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan ¼ porsi dari 1 porsi makanan, pasien mengatakan mual saat makan pasien mengatakan kurang minum air putih

dalam sehari hanya 1-3 gelas/ hari, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 50 kg menjadi 47 kg dalam sebulan.

3) Observasi

Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ porsi dari porsi makanan dan air putih hanya 1-3 gelas/ hari tampak keadaan umum lemah, tampak kurus, tampak IMT 17,54 kg, tampak terpasang infus Rl 400 cc 18 tetes/ menit.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak bersih

b) Hidrasi kulit : Tampak finger kembali < 3 detik

Palpebral/ congjutiva : Tampak tidak edama/ tampak anemik

c) Sclera : Tampak tidak ikterik

d) Hidung : Tampak bersih

e) Rongga mulut : Tampak bersih

f) Gusi : Tampak tidak ada peradan gan.

g) Gigi : Tampak bersih

h) Gigi palsu : Tampak tidak ada

i) Kemampuan menyungah keras :Tampak pasien mampu mengunyah keras

j) Lidah : Tampak bersih

k) Pharing : Tampak tidak ada peradanagan

l) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran

m) Kelenjar paratis : tampak tidak ada pembesaran

n) Abdomen :

(1) Inspeksi : Tampak datar

(2) Auskultasi : 15x / menit

(3) Palpasi : Ada nyeri tekan

(4) Perkusi : Timpany

o) Kulit

Edema : [–] Penuh [✓] Kosong

Ikterik : [–] Positif [✓] Negatif

Tanda-tanda radang : tidak ada

p) Lesi : tidak ada

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan BAB 1-2 kali dalam sehari warna hitam dengan konsisten padat, pasien mengatakan saat BAB tidak ada masalah. Pasien mengatakan BAK -6 kali dalam sehari berwarna kuning, dan tidak ada keluhan saat BAK, pasien mengatakan tidak ada kebiasaan menahan kencing.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit biasa dalam sehari hanya 1 kali BAB dengan konsisten padat, berwarna kecoklatan . Pasien mengatakan biasa BAK 4-5 kali sehari berwarna kuning pekak, pasien mengatakan tidak ada kebiasaan menahan kencing dan tidak ada keluhan saat BAB dan BAK .

3) Observasi

Tampak pasien dibantu BAK dan BAB.

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltic usus : 15x/ menit

b) Palpasi : [–] Penuh [✓] kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : [–] Positif [✓] negatif

d) Mulut uretra : Tidak di kaji

e) Anus :

(1) Peradangan : Tidak di kaji

(2) Hemorid : Tidak di kaji

(3) Fistula : Tidak di kaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan aktivitas sehari-harinya bekerja sebagai pemotong kayu kurang lebih 7 tahun dimana pasien tidak pernah menggunakan masker atau penutup hidung lainnya. Pasien mengatakan jika ada waktu senggang selalu menonton tv bersama keluarganya, dan tidak ada olahraga karena sibuk bekerja.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari terbatas dan terhambat,pasien mengatakan tidak bisa melakukan sesuatu karena sesak dan batuk berlendir, pasien mengatakan keperluan nya sehari-hari di bantu sama istri atau anaknya pasien mengatakan merasa lemah dan mengatakan bahwa dirinya tidak sudah tidak bertenaga lagi.

3) Observasi

Tampak pasien sesak ketika banyak bergerak, tampak postur tubuh tegak dan simetris, tamapak terpasang O_2 nasal kanul.

a) Aktivitas

(1) Makan : 0

(2) Mandi : 2

(3) Pakaian : 0

(4) Kerapihan : 0

(5) Buang air besar : 2

(6) Buang air kecil : 2

(7) Mobilitas di tempat tidur : 0

0 : Mandiri
1 : Bantuan dengan alat
2 : Bantuan orang
3 : Bantuan alat dan orang
4 : Bantuan penuh

b) Postur tubuh : Tampak tegak
c) Gaya jalan : Tidak di kaji
d) Anggota tubuh gerak yang cacat : Tidak ada
e) Fiksasi : Tidak ada
f) Trakheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik
a) Tekanan darah :
(1) Berbaring : 130/90 mmhg
(2) Duduk : Tidak dikaji
(3) Berdiri : Tidak dikaji
Kesimpulan : Hipotensi ortostatik: [_] negatif [_] Positif
b) HR : 94x/ menit
c) Kulit :
(1) Keringat dingin : Tampak tidak ada
(2) Basah : Tidak basah
d) J.V.P : 5-2 cmH_2o
Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai
e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali < 3 detik
f) Thorak dan pernapasan
(1) Inspeksi :
(a) Bentuk thor : Tamapak simetris
(b) Retraksi intercostal : Tidak ada
(c) Sianosis : Tidak ada
(d) Stridor : Tidak terdengar
(2) Palpasi :
Vocal premitus :Getaran paru kiri lebih kuat dibandingkan paru kanan
Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi :

[–] Sonor [–] Redup [✓] pekak

Lokasi : Diparu kanan bagian bawah

(4) Auskultasi :

(a) Suara napas : Vesikuler di kedua lapang paru

(b) Suara ucapan : Getaran kiri lebih kuat daripada kanan

(c) Suara tambahan :Terdengar onchi di paru kanan bagian bawah

g) Jantung

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi : Teraba pada ICS V mid klavikularis sinistra

(3) Perkusi :

(a) Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

(b) Batas bawah jantung : ICS V midklavikularis sinistra

(c) Batas kanan jantung : ICS II sternalis dekstra

(d) Batas kiri jantung : ICS V linea axsilaris anterior sinistra

(4) Auskultasi :

(a) Bunyi jantung II A : Tunggal ICS II sternalis dekstra

(b) Buny jantung II P : Tunggal ICS II linea sternalis sinistra

(c) Bunyi jantung I T :Tunggal ICS IV linea sternalis sinistra

(d) Bunyi jantung I M : Tunggal ICS IV sternalis sinistra

(e) Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada

(f) Murmur : Tidak ada

(g) Bruit :

(1) Aorta : Tidak ada

(2) Renalis : Tidak ada

(3) Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : [–] Positif [✓] Negatif

(2) Gerak rentang : Tidak ada

(3) Kaku sendi : Tidak ada

(4) Nyeri sendi : Tidak ada

(5) Fraktur : Tidak ada

(6) Parese : Tidak ada

(7) Paralisis : Tidak ada

(8) Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan dengan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Refleks patologi :

Babinski : kiri : [_] Positif [✓] Negatif

Kanan : [_] Positif [✓] Negatif

Clubbing jari-jari : Tidak ada

Varies tungkai : Tidak ada

i) Columa vetebralis :

(1) Inspeksi : [_] lordosis [_] Kifosis [_] Skoliosis

(2) Palpasi : Nyeri tekan ada

(3) Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur selalu nyenyak, pasien mengatakan kurang tidur siang karena kerja. Pasien mengatakan biasa tidur malam kurang lebih 6 jam mulai dari pukul 23 - 04 subuh, pasien mengatakan saat bangun tidur merasa segar, pasien mengatakan sebelum tidur pasien selalu nonton tv. Pasien mengatakan tidur dalam suasana gelap dan selalu menggunakan kipas angin.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidur kurang nyenyak karena sesak dan batuk berlendir, pasien mengatakan biasa tidur tidur siang hanya 1 jam , pasien juga mengatakan jika malam hari sering terbangun karena batuk dan sesak, dan susah untuk memulai tidur kembali, pasien juga mengatakan tidak bisa tidur jika lampu tidak di matikan.

3) Observasi

Tampak pasien selalu menguap, tampak pasien suka memulai tidur siang.

a) Ekspresi wajah mengantuk : [✓] Positif [–] Negatif

b) Banyak menguap: : [✓] Positif [–] Negatif

c) Palpebra inferior berwarna gelap : [✓] Positif [_] Negatif

f. Pola persepsi dan kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran, penglihatan,dan tidak ada masalah dalam mempelajari atau memahami sesuatu, serta tidak ada masalah dengan pengecapan dan penghiduan.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan nyeri sering dirasakan pada dadanya sebelah kanan ketika batuk, pasien mengatakan nyeri di rasakan kurang lebih 3 hari yang lalu.pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk tusuk tembus ke belakang dengan skala 5 (sedang), pasien mengatakan juga nyeri hilang timbul, pasien mengatakan nyeri berkurang saat tidak batuk dan beristirahat.

3) Observasi

Tampak pasien meringis dan gelisah, tampak pasien selalu menekan dadanya dan selalu menarik napas panjang.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak jernih

(2) Pupil : Isokor

(3) Lensa mata : Tampak jernih

(4) Tekanan intra okular (TIO) : Sama kiri dan kanan

b) Pendengaran

(1) Pina : Simetris kanan dan kiri

(2) Kanalis : Tampak bersih

(3) Membran timpani : Tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien mengatakan mampu merasakn sentuhan pada lengan dan tungkai.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada yang menonjol dari dirinya, pasien mengatakan menerima kehidupannya dan merasa nyaman dengan perannya sebagai kepala rumah tangga.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak dapat berbuat apa-apa dengan penyakit yang dialaminya.

3) Observasi

Tamapak pasien berbaring lemah diatas tempat tidur dengan posisi semifowler tanpa banyak bergerak.

a) Kontak mata : Ada kontak mata
b) Rentang perhatian : Perhatian penuh
c) Suara dan cara ucapan : Jelas dan tidak gagap
d) Postur tubuh : Tampak tegap

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawahan yang yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/ postur tubuh : Tamapak tegak
c) Kulit : Tampak bersih

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tinggal bersama istri dan ke tiga anaknya, pasien mengatakan selalu baik dan akrab dengan keluarga dan tetangganya, pasien mengatakan merasa bahagia dan tidak di sisihkan dari lingkungan sekitar.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan merasa senang karena keluarganya terutama istri dan anaknya selalu mendampingi dan memberi semangat, pasien mengatakan selalu di kunjungi keluarga dan tetangganya.

3) Observasi

Tampak pasien akrab dengan istri dan anaknya dan tampak pasien di kunjungi oleh keluarga dan tetangganya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia mempunyai empat orang anak 3 laki-laki dan 1 perempuan dan tidak ada masalah dengan alat reproduksinya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

3) Observasi

Tampak pasien berperilaku dan berpenampilan layaknya laki-laki..

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak suka marah- marah dan membesar-besarkan masalah, jika ada masalah selalu di bicarakan dengan istri dan anaknya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan gelisah selama di rawat di rumah sakit tapi pasien harus menghapinya masalah tersebut dengan sabar.

3) Observasi

Tampak pasien tenang diatas tempat tidur.

k. Pola nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan selalu rutin menjalankan sholat 5 waktu.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak dapat menjalankan ibadah sholat 5 waktu karena tubuhnya sangat lemah dan hanya bisa berbaring diatas tempat tidur.

5. Uji saraf kranial

a. N I : Olfactorius
Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih

b. N II : optikus
Pasien mampu membaca nama perawat dengan jarak kurang lebih 15 cm.

c. N III, IV, VI :
: Pasien mampu menggerakan bola matanya ke kiri kanan atas bawah

d. N V : Trigeminus
Sensorik : Pasien dapat merasakan olesan kapas pada pipi
Motorik : pasien mampu menggigit keras

e. N VI : Facialis
Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis
Motorik : Pasien mampu membuka mata

f. N VIII : Vestibulo- acustikus
Vestibulo : Vestibulo : Tidak di kaji
Auskustikus : Pasien tampak mendengar gesekan jari pada telinga kanan dan kiri .

g. N XI : Glossopharyngeus
Tampak uvula di tengah.

h. N X : Vagus
Tampak pasien mampu menelan

i. NXI : Assesorius
Tampak pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan

j. N X II : Hypoglosus
Pasien mampu menjulurkan lidah pada posisi lurus

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan darah (21 april 2018)

Parameter	Hasil	Flag	Satuan	Normal
WBC	11.2	-	10^ 3/ul	4.8 – 10.8
RBC	4.8		10^ 6/ul	4.7-- 6.1
HGB	12.2	-	gl/dl	14 – 18
HCT	33.60	-	%	42 – 52
MCV	69.6	-	fl	80 – 99
MCH	22.4	-	pg	27- 31
MCHC	32		g/dl	33 - 37
PLT	222		10^ 3/ul	150 – 450
RDW-CV	14.5	-	%	11.5 – 14.5
PDW	14.7	-	fl	9 – 13
MPV	11.4	-	fl	7.2 – 11.1
P-LCR	36.0		%	15 – 25
NEUT %	61.5		%	40 – 74
LYM %	15.4		%	19 – 48
MXD #	13.6		%	4 – 18
NEUT #	2.9		10^3/ul	1.5 - 7
LYM #	1.1		10^3/ul	1- 3.7
MXD #	0.6		10^3/ul	0. 1.2

b. Foto thoraxs:

pemerikasaan 21 april 2018

Kesan : Efusi pleura dextra , pneumonia paracardial.

7. Terapi

a. Ketorolac 30 mg / 8 jam / bolus IV
b. Ceftiaxzone 1 g / 8 jam / bolus IV
c. Codein 10 mg/ 8 jam/ oral
d. Omeperazole 40 mg / 8 jam / bolus IV
e. Farbivent 2.5ml/ 24 jam/ inhalasi
f. RI 400 cc dengan 18 tetes/ menit
g. Oksigen 4 liter/ menit

B. Analisa Data

Nama / Umur : Tn “ s ” / 59 tahun

Ruangan / Kamar : St. bernadeth II A / 508[1]

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Pasien mengatakan sesak dan batuk berlendir di alami kurang lebih 1 bulan yang lalu - Pasien mengatakan sesak dialami memberat kurang lebih 2 hari terakhir - Pasien mengatakan saat bernapas dadanya terasa berat - Pasien mengatakan saat bernapas seperti ada yang mengganjal DO : - Tampak pasien sesak napas dan batuk berlendir - Pemeriksaan TTV : TD : 130 / 90 mmhg N : 94 x/mnt S : 36,5^0 c P : 28 x/mnt - Tampak terpasang o_2 nasal kanul 4 liter/ menit - Tampak irama pernapasan	Mukus berlebihan	Ketidakefektifan kebersihan jalan nafas

1

	cepat - Vocal premitus: Getaran paru kiri lebih kuat di bandingkan dengan paru kanan - Foto thoraks: Efusi pleura , pneumonia paracardial - Auskultasi suara tambahan ronchi pada paru kanan bagian bawah. - Perkusi Hasil : pekak pada paru kanan .		
2	DS : - Pasien mengatakan nyeri sering di rasakan pada dadanya sebelah kanan saat batuk - Pasien mengatakan nyeri dirasakan kurang lebih 3 hari yang lalu - Pasien mengatakan nyeri sepert tertusuk- tusuk tembus ke belakang - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri berkurang saat tidak batuk dan beristirahat	Agen cedera biologis	Nyeri akut

	DO : - Tampak pasien meringis - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien selalu menekan dada sebelah kanan - Tampak skala 5 (sedang) - TTV: TD : 130/ 90 N : 94x / menit S : 36 0^{c} P : 28 x / menit		
3	DS: - Pasien mengatakan nafsu makan berkurang sejak 1 bulan yang lalu karena batuk dan sesak - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan ¼ porsi dari 1 porsi - Pasien mengatakan mual saat makan - Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 50 kg menjadi 47 kg dalam sebulan.	Mual	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

	DO : - Tampak keadaan umum lemah - Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ porsi dari 1 porsi makanan yang diberikan - Tampak pasien kurus - Tampak IMT : 17, 54 kg/m2		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Tn " S" / 59 tahun

Ruang / Kamar : St. bernadeth II A / 508[1]

No	Diagnosa Keperawatan
I.	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan
II.	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis
III.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhab tubuh berhubungan dengan mual

G. obat yang di berikan pada pasien

1. Nama obat : Ceftriaxone
   a. Klasifiksi / golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : 1-2 gram x sehari
   c. Dosis untuk pasien bersangkutan : 1 ampul/12 jam
   d. Cara pemberian obat : Intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ceftriaxone merupakan golongan seplosporin yang mempunyai spektrum luas dengan waktu paruh eliminasi 8 jam. Efektif terhadap mikroorganisme fram positif maupun gram negatif. Ceftriaxone juga sangat stabil terhadap enzim beta laktamase yang dihasilkan oleh bakteri.
   f. Alasan diberikan obat pada pasien :Karena pasien mengalami peningkatan WBC yaitu 14,4 10^3/uL
   g. Indikasi :

      Untuk infeksi berat dan yang disebabkan kuman gram positif maupun gram negatif yang resisten terhadap antibiotik lain : infeksi sluran pernapasan, infeksi saluran kemih, infeksi tulang dan jaringan, infeksi kulit.
   h. Kontra indikasi :

      Hipersensitif terhadap cephalosporin dan penicilin (sebagai reaksi alergi silang).
   i. Efek samping

      Gangguan pencernaan : diare, mual, muntah, stomatitis. Reaksi kulit : dermatitis, pruritis, urtikaria, edema, eritema multiforme, dan reaksi anafilaktik eosinofil, anemia hemolitik, trombositosis, leukopenia, granulositopenia. Gangguan sistem saraf pusat : sakit kepala.

1. Nama obat : Codein
   a. Klasifikasi obat : antitusif
   b. Dosis umum : 10 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : diberikan 3 kali sehari
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat : codein merupakan analgesik agonis opiod. Efek codein terjadi apabila codein berikatan secara agonis dengan reseptor opioid di berbagai tempat disusunan saraf pusat. Efek analgesik codein tergantung afinitas codein terhadap reseptor opioid tersebut. Codein dapat meningkatkan ambang rasa nyeri dan mengudah reaksi yang timbul di korteks serebri pada waktu persepsi nyeri diterima dari thalamus. Codein juga merupakan antitusif yang bekerja pada susunan saraf pusat dengan menekan batuk.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan : karena pasien mengalami batuk berlendir yang susah dikeluarkan.
   g. Kontra indikasi : asma bronkial , emfisema paru- paru, trauma kepala, tekanan intrakarnial yang meninggi, alkoholisme akut, setelah operasi saluran empedu.
   h. Efek samping obat: Dapat menimbulkan ketergantungan, mual muntah, idiosinkrasi, pusing, sembelit, depresi pernapasan terutama pada penderita asma, depresi jantung jantung dan syok.
2. Nama obat : omeperasole
   a. Klasifikasi / golongan obaat : inhibilator proton-pump
   b. Dosis umum : 40 mg / hari
   c. Dosis untuk pasien : 40 mg / 8 jam
   d. Cara pemberian obat : IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : omeperasole menghambat sekresi asam lambung dengan cara berikan pada pompa H + K +

ATPasen dan mengaktifkannya sehingga terjadi pertukaran ion kalium dan ion hydrogen dalam lumen sel.

f. Alasan pemberian obat : pasien diberikan obat ini untuk mengurangi peningkatan asam lambung pasien.
g. Efek samping : sakit kepala, konstipasi, diare, sakit perut, nyeri sendi.
h. Kontra indikasi : penderita hipersensitif.

3. Nama obat : ketorolac
   a. Klasifikasi / golongan obat : analgesik
   b. Dosis umum : 30 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 30 mg / 8 jam
   d. Cara pemberian : IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Merangsang saraf- saraf dihipotalamus sehingga nyeri dapat teratasi.
   f. Lasan pemberian obat : diberikan kepada pasien untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan.
   g. Kontraindikasi : ulkus peptikum aktif, penyakit serebrovaskuler, diathesis hemoragik, gangguankoagulasi, sindrom polip nasal, gangguan ginjal derajat sedang berat, hamil, persalinan laktasi.
   h. Efek samping : diare, dyspepsia, nyeri gastrointestinal, sakit kepala, pusing, mengantuk, berkeringat, asma, pucat.
4. Nama obat : Farbivent
   a. Klasifikasi / golongan obat : obat untuk saluran napas/ antiasma
   b. Dosis umum : 2.5 ml / hari
   c. Dosis untuk pasien bersangkutan : 2.5 ml / 12 jam
   d. Cara pemberian obat : nebulizer
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : efek ditingkatkan oleh adrenergik lainnya, derivate xantin, antikolinergik, dan aksi dikurangi oleh bloker.

f. Alasan diberikan obat pada pasien : Diberikan pada pasien yang mengalami sesak napas.
g. Kontra indikasi : Mengobati bronkopasme yang berhubungan dengan penyakit penyumbatan paru kronis sedang sampai berat pada pasien yang memerlukan lebih dari satu bronkodilator.
h. Efek samping : Sakit kepala, pusing, gelisah, palpitasi, mual, mulut kering, kelemahan otot.

BAB IV
PEMBAHASAN

Dalam bab ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dan penerapan asuhan keperawatan pada pasien Tn. “S” umur 59 tahun dengan efusi pleura dextra di ruang Bernadet II A Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama 3 hari yaitu tanggal 21- 23 April 2018 melalui pendekatan proses keperawatan yaitu Pengkajian, Analisa data, Diagnosa keperawatan, Rencana tindakan, Implementasi dan Evaluasi.

A. Pengkajian

Penulis memperoleh data melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga. Selain itu penulis juga memperoleh data dari observasi langsung, catatan medis, dan hasil pemeriksaan penunjang Rumah Sakit Stella Mris Makassar.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis pada Tn. “S” didapatkan data demam, Sesak napas dan batuk berlendir yang memberat sejak 2 hari terakhir sebelum masuk rumah sakit. Pada saat pengkajian didapatkan data pasien mengatakan batuk berlendir, nyeri dada sebelah kanan saat batuk dengan skala nyeri 5(sedang) dan nafsu makan pasien menurun kurang lebih satu bulan karena sesak dan batuk berlendir. Dari hasil observasi dan pemeriksaan fisik, didapatkan frekuensi pernapasan 28x/menit dengan irama pernapasan cepat, vocal fremitus menurun pada sisi kanan, perkusi paru kanan pekak pada dasar paru, suara napas tambahan pada paru kanan: ronchi. Dari hasil foto toraks didapatkan hasil efusi pleura kanan dan pneumonia paracardial kanan. Berdasarkan hasil foto toraks dan menurut teori, penulis menyimpulkan bahwa factor pemicu efusi pleura adalah penyakit pneumonia dengan adanya penyakit pneumonia akan mengakibatkan radang pada rongga pleura yang disebabkan oleh bakteri (*streptococcus pneumoniae)* sehingga mengeluarkan nanah (pus) yang tertumpuk pada rongga pleura.

Penumpukan cairan pada rongga pleura, menyebabkan jumlah cairan dalam rongga pleura bertambah sehingga pasien merasa sesak.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Pada teori efusi pleura diagnosa keerawatan yang muncul sebanyak 6 diagnosa pada efusi pleura yaitu :
   a. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan sindrom hipoventilasi.
   b. Ketidakefektifan kebersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.
   c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.
   d. Nyeri akut berhubungan dengan agens biologis
   e. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.
   f. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
2. Dari 6 diagnosa yang ada diteori penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan sesuai dengan kondisi pasien yaitu :
   1. Ketidakefektifan kebersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus.
   2. Nyeri akut berhubungan dengan cedera biologis.
   3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

   Sedangkan diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis yang tidak diangkat pada kasus diantaranya :

   1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan dengan keletihan otot napas. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena hal ini telah terpenuhi saat penulis mengangkat diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.
   2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosa ini tidak diangkat di kasus karena psien mengatakan ingin terus beristirahat dan

berbaring ditempat tidur untuk mengurangi nyeri dada akibat batuk dan suplai oksigen dipenuhi dengan pemasangan O_2 sebanyak 4 liter/menit.

3. Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Diagnosa ini tidak diangkat karena pada saat pengkajian pasien tidak mengalami demam, suhu pasien saat dikaji 36,5 ^{0}c

C. Rencana keperawatan

Setelah proses pengkajian dan perumusan diangnosa keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan dari 3 diangnosa sesuai dengan teoritis tidak ada kesenjangan yang terjadi antara teoritis dan kasus.

D. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis melaksanakan tindakan sesuai perencanaan yang ditetapkan didalam mencapai tujuan untuk masalah pasien. Pada tahap pelaksanaan penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien dan perawat ruangan. Sebelum melakukan tindakan terlebih dahulu menjelaskan pada pasien dan keluarga pasien apa yang akan dilakukan dan mengharapkan kerjasama yang baik dari pasien dan keluarga. Pada saat pelaksanaan tindakan keperawatan ada beberapa tindakan yang penulis lakukan meliputi tindakan mandiri, observatif, kaloboratif, dan penyuluhan, pada pasien tidak ada diperencanaan hal ini disesuaikan dengan keadaan pasien saat dilakukan implementasi, tetapi penulis dapat menjalin kerjasama dengan pasien sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik dan lancer.

E. Evaluasi

Pada tahap evaluasi ini merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan yang telah dilaksanakan selama 3 hari (21- 23 April 2018) yakni menilai perkembangan pasien dan sejauh mana keberhasilan/tujuan yang telah tercapai. Adapun evaluasi penulis adalah sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan kebersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, ketidakefektifan pasien berkurang dimana pasien mengatakan batuk berlendir, sesak sudah berkurang dengan pernapasan 25x/menit, Ketidakefektifan kebersihan jalan napas belum teratasi lanjutkan intervensi.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, nyeri akut pasien sudah dimana pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang saat batuk dengan skala 3 (ringan) . nyeri sudah teratasi dari skala sedang ke ringan.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan , ketidakseimbangan nutrisi pasien mulai efektif dimana pasien mengatakan nafsu makannya sudah bertambah, sudah tidak mual saat makan, sudah menghabiskan makanannya ½ dari 1 porsi yang diberikan, Intervensi teratasi sebagian.

BAB V
PENUTUP

Setelah membaca teori dan melakukan perawatan langsung pada Tn " S" dengan efusi pleura di ruang St. bernadeth II A Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagi berikut :

A. Kesimpulan

1. Pada saat pengkajian penulis mendapatkan pasien dalam keadaan lemah, sesak, batuk berlendir, dan nyeri dada pada bagian kanan menjalar Sampai ke belakang dengan skala 5, ada suara napas tambahan ronchi, suara napas vesicular terdengar di kedua lapang paru (melemah), menggunakan oksigen nasal canul 4 liter / menit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 130/ 90 mmHg, suhu: 36,5 ^{O}C, nadi : 94x / menit, pernapasan: 28x/ menit,pasien mengeluh nafsu makannya berkurang karena sesak dan batuk berlendir dan hanya menghabiskan ¼ porsi dari 1 porsi makanan, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 50 kg menjadi 47 kg, IMT 17, 54 kg, konjungtiva tampak anemik serta pemeriksaan foto thoraks: efusi pleura dextra, pneumonia paracardial , dan terapi yang di berikan ceftriaxone 1 g / 8 jam/ bolus IV, ketorolac 30 mg / 8 jam/ bolus IV, omeperazole 40 mg/ 8jam/ bolus IV, farbivent 2.5 ml/ 12 jam / inhalasi, hasil laboratorium: HB 12,2 g/dl, terpasang infus Rl 400 cc pada tangan sebelah kiri pasien dengan jumlah tetesan 18 tetes / menit .
2. Diagnosa keperawatan yang diangkat
   a. Ketidakefektifan kebersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.
   b. Nyeri akut berhubungan dengan agens edera biologis.

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

3. Perencanaan tindakan keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada Tn “S” dan semua intervensi untuk ke-3 diagnosa dibuat sesuai dengan teori dan kondisi pasien.
4. Implementasi dilakukan selama 3 hari perawatan dan semuanya terlaksana dengan baik berupa tindakan mandiri,observasi kolaborasi, pendidikan kesehatan.
5. Evaluasi masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn “S” yang teratasi yaitu nyeri akut dan yang belum teratasi yaitu ketidakefektifan kebersihan jalan napas dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis memberikan saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas khususnya pada pasien dengan efusi pleura . Adapun saran- saran tersebut ditunjukan kepada :

1. Bagi pasien dan keluarga

   Kiranya pasien mampu mengubah pola hidup menjadi pola hidup yang sehat dengan mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, istirahat yang cukup, menciptakanlingkungan yang bersih seperti ventilasi yang memadai, serta melanjutkan terapi yang diberikan oleh dokter.
2. Rumah Sakit

   Hendaknya pihak rumah sakit dapat menyiapkan alat dan sarana lainnya guna menunjang asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura.
3. Instansi pendidikan

   Bagi instansi pendidikan perlu meningkatkan jumlah referensi diperpustaakaan khususnya pada penyakit efusi pleura.

4. Bagi Mahasiswa

   Mahasiswa keperawatan harus lebih meningkatkan pengetahuan dan keterampilan khususnya dalam merawat dengan efusi pleura dengan memperhatikan seluruh komponen proses keperawatan seiring dengan perkembangan penemuan baru didunia keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Amin Huda Nuratif , 2015, AplikasiAsuhan Keperawatan berdasarkan diagnosa Medis dan NANDA, NOC- NIC, Medication publishing. Jogjakarta

Bambang, Setiadji (2009) prevalensi Efusi Pleura, http://www.depkes.co.id/index diakses tanggal 24 april 2018

Gloria M. Bulechek, dkk (2016), Nursing Intervenstions Classification (NIC). Edisi 6. Jakarta: Mocomedia

MRO, Rumah Sakit Stella Maris .2017. Data Statistik Rumah Sakit Stella Maris Makassar (tidak dipublikasikan)

Muttaqin, Arif. (2012). Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem pernapasan jakarta: penerbit salemba

Pratama, 2012 prevanlensi efusi pleura

Pratomo, Irandi Putra dan Fasial Yunus. (2013). Anatomi dan fisiologi efusi pleura. Avaible at http://www.kalemed.com. Diakses tanggal 24 april 2018

Rosdhal, (2014) konsep dasar keperawatan. Jakarta. EGC

Smeltzer, 2012. Buku Ajar Keperawatan Medikal bedah, Volume 3.EGC. jakarta

Sue Moorhead, dkk. (2016) Nursing Outcomes Classsification (NOC). Edisi 5. Jakarta:Mocomedia

T Herman Herdiman, dkk, (2015) Diagnosis keperawatan. Edisi 10, jakarta: Buku kedokteran EGC

Yusran Haska, 2016, Buku Ajar Sistem resprasi Indonesia Pustaka. Yogjakarta

Nama : Yuliana Takke

NIM : E.1514401055

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada pasien Tn " S " Dengan Efusi Pleura diruang perawatan st. Bernaneth IIA Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Nama pembimbing : Rosmina Situngkir Ns.,M.kes

NO	tanggal	Materi konsul	Perbaikan	Paraf mahasiswa	Paraf pembimbing
1.	14/05/ 2018	Bab I - LB - Tujuan - Manfaat - Bab II	- LB diperbaiki susunan kalimat dan tentang prevalensi penyakit - Bab II perhatikan susunan penomoran		
2.	15/05/ 2018	Bab I dan Bab II	Perhatikan pengetikan huruf lanjutkan bab IV		
3.	16/ 05/ 2018	Bab I	- Perbaiki LB sesuai koreksi.		
4.	22/ 05/ 2018	Bab IV dan V	- Bab IV perbaiki dibagian implementasi dan evaluasi - Bab V perbaiki kesimpulan saran disesuaikan dengan		

			kondisi yang ditemukan saat meneliti		
5.	23/ 05/ 2018	Bab I	- Latar belakang ditampak masalah yang dialami penderita efusi pleura - Kesimpulan dibagian		
6.	24/05/ 2018	Bab IV dan V	intervensi ,implement asi,evaluasi dan saran bagian untuk rumah sakit.		
7.	25/05/ 2018	Bab V	Perbaiki di bagian saran untuk rumah sakit .		

Nama : Yuliana takke

Nim : E. 1514401055

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Tn " S " dengan Efusi Pleura di ruang perawatan St. Bernadeth II A Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Nama pembimbing : Yunita Gabriela Madu S.kep.,Ns

NO	Tanggal	Materi konsul	Perbaikan	Paraf mahasiswa	Paraf pembimbing
1.	1. 4/04/ 2018	Bab III	Pengkajian sampai evaluasi		
2.	5/ 04/ 2018	Bab III	Pengkajian sampai evaluasi		
3.	11/ 04/ 2018	Bab III	Pengkajian sampai evaluasi		
4.	23 / 04 / 2018	Bab III	Pengkajian sampai evaluasi		
5.	17 /05/ 2018	Bab III	Pengkajian sampai evaluasi		
6.	18 / 05 / 2018	BAB III	Pengkajian sampai evaluasi		
7.	29 / 05 / 2018	BAB III	Pengkajian sampai evaluasi		

8. 9.	31 / 05/ 2018	BAB III BAB III	Pengkajian sampai evaluasi Pengkajian		
	02 / 06 / 2018		sampai evaluasi		
10.	05 /06/ 2018	BAB III	Pengkajian sampai evaluasi		