KARYA TULIS ILMIAH

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

DISUSUN OLEH :

CELINA WAHYU DARA (E1714401007)

CINDI ARIANI KALVIN (E1714401008)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2020

LEMBARAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN “S” DENGAN EFUSI PLEURA DI RUANG PERAWATAN BERNADETH 3 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Celina Wahyu Dara (E1714401007)

Cindi Ariani Kalvin (E1714401008)

Disetujui oleh:

Pembimbing

(Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes)
NIDN.0925107502

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Fransiska Anita E.R.S Ns., M.Kep., Sp.KBM)

NIDN. 0913098201

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN “S” DENGAN EFUSI PLEURA DI RUANG PERAWATAN BERNADETH 3 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan dihadapn Tim Penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/tanggal : Selasa, 16 Juni 2020

Pukul : 11.00-11.40/ 11.40-12.20

Tempat : App. Zoom

Tim Penguji :

1. Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes ( )
2. Mery Solon, Ns., M.Kes ( )
3. Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes (Moderator) ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abbdu, S.Si., Ns., M.Kes)
NIDN.0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Celina Wahyu Dara
Tempat/Tanggal Lahir	: Flores, 28 Oktober 1999
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jln. Rajawali Lr 29 No.8

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu	: Mateus Victor Darma/ Ester Nassa
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani/ IRT
Alamat	: Kayu Tanduk, Luwu Timur

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 245 Tole-tole	: 2005-2011
SMPN 3 Buntao’ satap	: 2011-2012
SMPN 1 Wasuponda	: 2012-2013
SMAN 1 Cibal	: 2014-2015
SMAN 1 Wasuponda	: 2015-2017
STIK Stella Maris	: 2017-2020

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Cindi Ariani Kavin
Tempat/Tanggal Lahir	: Tana Toraja, 17 Maret 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Haji Kalla II / Campagaya No.20b

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu	: Kalvin/ Rina Tandi padang
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Buruh Harian/ IRT
Alamat	: Jl. Haji Kalla II / Campagaya No.20b

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Elim Tello Batua	: 2003-2004
SDN Panaikang III	: 2004-2010
SMP Kemala Bhayangkari	: 2010-2013
SMK Plus Indonesia Timur	: 2013-2016
STIK Stella Maris	: 2017-2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan lindungan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Efusi Pleura Di Ruang Perawatan ST. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar”..

Pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang memberi bantuan berupa bimbingan, pengarahan, dan dukungan baik moral maupun materi sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Terima kasih ini penulis ucapkan kepada:

1. Bapak Siprianus Abdu, S,Si.,Ns.,M.Kes, selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Sr. Dr. Teorocci Luisa Nunuhitu, S.JMJ.,M.Kes, selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk praktek di RS Stella Maris Makassar terutama dalam penyusunan karya tulis ini
3. Mery Solon, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku ketua program studi DIII keperawatan yang telah memotivasi, membimbing, mengarahkan penulis selama berada di kampus tercinta STIK Stella Maris Makassar
4. Matilda Martha Paseno, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku dosen pembimbing yang penuh kesabaran serta pengertian dalam membimbing, mengarahkan, dan membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.
5. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.

6. Kepala bagian, klinik institusi (CI) dari para pegawai di ruang perawatan Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kepada Tn “S” dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam pelakasanaan aksep hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teristimewa keluarga besar ayah, ibu, kakak, adik, serta tante, dan paman, nenek dan kakek yang telah menjadi penduduk terbesar bagi penulis, baik dalam moril maupun material dan yang selalu mendoakan penulis selamah menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Seluruh rekan-rekan seperjuangan mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar Khususnya Kelas DIII tingkat 3 yang telah menjadi sahabat-sahabat terbaik bagi penulis dan bersama-sama dengan penulisan berjuang selama masa-masa perkuliahan.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini tidak luput dari kekurangan.Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun dari semua pihak untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini sehingga karya ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Makassar, Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN PERSETUJUAAN ii

HALAMAN PENGESAHAN iii

RIWAYAT HIDUP iv

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI viii

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 6

A. Konsep Dasar Medis 6

1. Pengertian 6

2. Anatomi Fisiologi 6

3. Etiologi 10

4. Patofisiologi 11

5. Manifestasi Klinik 12

6. Tes Diagnostik 13

7. Penatalaksanaan 15

8. Komplikasi 18

B. Konsep Dasar Keperawatan 19

1. Pengkajian 19

2. Diagnosa keperawatan 20

3. Perencanaan Keperawatan 20
C. Pataflowdiagram 24

BAB III TINJAUAN KASUS 27
A. Pengkajian Keperawatan 28
B. Analisa Data 46
C. Diagnose Keperawatan 49
D. Intervensi keperawatan 50
E. Implementasi Keperawatan 57
F. Evaluasi Keperawatan 62
G. Terapi Obat 66

BAB IV PEMBAHASAN 71
A. Pengkajian 71
B. Diagnosa Keperawatan 72
C. Rencana Keperawatan 73
D. Implementasi Keperawatan 74
E. Evaluasi 74

BAB V PENUTUP 76
A. Kesimpulan 76
B. Saran 77

DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Efusi pleura merupakan suatu keadaan dimana terjadi akumulasi cairan pleura yang abnormal dan rongga pleura akibat transudasi atau eksudasi yang berlebihan (Medical science, Nusantara Medical Science Jurnal, 2018). Menurut WHO (2018), efusi pleura merupakan suatu gejala penyakit yang dapat mengancam jiwa penderitanya. Secara geografis penyakit ini terdapat diseluruh dunia, bahkan menjadi problema utama di negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia. WHO memperkirakan 20% penduduk kota dunia pernah menghirup udara kotor akibat emisi kendaraan bermotor, sehingga banyak penduduk yang beresiko tinggi terkena penyakit paru dan saluran pernapasan seperti Efusi pleura.

Menurut WHO (2018) Efusi pleura terjadi pada 30% penderita TB paru dan merupakan penyebab morbiditas terbesar akibat TB ekstra paru. Penderita dengan Efusi pleura banyak di temui pada kelompok umur 44-49 tahun keatas (30,7%), serta lebih banyak terjadi pada laki-laki (54,7%) dibandingkan perempuan (45,3%). Tingginya insiden efusi pleura disebabkan oleh TB paru dan Tumor paru.Menurut Baungham 2000 dalam khairani, dkk (2012. 45) efusi menunjukan tanda dan gejala yaitu sesak napas, bunyi pekak atau datar saat perkusi di area yang berisi cairan, bunyi nafas minimal atau tak terdengar dan pergeseran trachea menjauhi tempat yang sakit. Umumnya pasien datang dengan gejala sesak napas, nyeri dada, batuk dan demam. Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan abnormalitas dengan bunyi redup pada perkusi, penurunan fremitas pada palpasi, dan penurunan bunyi napas pada auskultasi paru apabila cairan efusi sudah melebih

300ml. Foto thorax dapat digunakan untuk mengkonfirmasi terjadinya efusi pleura (Khairani dkk, 2012).

Di Indonesia, belum ada data nasional yang menggambarkan beberapa banyak prevalensi efusi pleura. Namun beberapa studi telah melakukan oleh beberapa rumah sakit. Hasil yang didapat dari catatan medis RS Dokter Kariadi semarang jumlah prevalensi penderita efusi pleura untuk wanita 66,7. % dan laki-laki 33,3%. (Dwianggita,2016).

Berdasarkan RISKESDAS (2018) Di Indonesia belum ada data nasional yang menggambarkan prevalen efusi pleura. Pada tahun 2018 penyakit menular yang dapat memicu terjadi efusi pleura seperti tuberkolosis (TBC) 0,4%, pnemunia 2,7 % di Indonesia. Target Renstra 2019 prevalensi TB paru menjadi 254/100.000 Penduduk, Study Inventori TB (Global Report TB 2018): insidens TB 321 per 100.000 sedangkan prevalensi penyakit tidak menular seperti gagal jantung yang pernah di diagnosis dokter Indonesia sebesar 0,13% dan gagal ginjal kronik sebesar 0,2 %.

Dampak yang terjadi jika efusi pleura tidak segera ditangani yaitu menyebabkan terjadinya atelektasis pengembangan paru yang tidak sempurana yang di sebabkan oleh penekanan akibat penumpukan cairan pleura, fibrosis paru dimana keadaan patologis terdapat jaringan ikat paru dalam jumlah yang berlebihan, empisema dimana terdapat kumpulan nanah dalam rongga antara paru-paru dan kolaps paru (Headher, 2011).

Perawat dalam hal ini sangat diharapkan dapat mengurangi masalah pasien dengan memberikan tindakan-tindakan keperawatan yang dapat diaplikasikan dalam bentuk asuhan keperawatan baik secara mandiri ataupun dalam bentuk tindakan kolaborasi dengan tim medis lainnya. Atas dasar inilah maka penulis tertarik untuk

mengangkat masalah tersebut dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah tentang Asuhan Keperawatan pada klien dengan Efusi Pleura.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura

2. Tujuan Khusus

   a. Melakukan 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 evaluasi keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura.

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat memberikan informasi kepada:

1. Bagi Rumah Sakit

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

2. Bagi Instansi Pendidikaan

   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 pegetahuan pasien dan keluarga dalam mengatasi masalah yang dihadapi sehubung dengan penyakit efusi pleura.

4. Bagi Mahasiswa

   Membantu mahasiswa untuk lebih memahami Sebagai bahan masukan untuk dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien 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 mengdakan wawancara dengan pasien dari keluargamelalui pertanyaan langsung.

   b. Observasi

      Penulis mengadakan pengamatan /menevaluasi 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

Dalam penulisan karya tulis ilmiah, sistematika penulisan terdiri dari 5 BAB. Bab I pendahuluan, menguraikan tentang latar belakang,tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.Bab II Tinjauan teoritis, meliputi konsep dasar medis yang berisi pengertian,angka kejadian,anatomi fisiologi, etiologi, patofisilogi, manifestasi klinik, test dignostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi sedangkan konsep dasar keperawatan yang berisi, pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, discharge planing serta patoflowdiagram. Bab III Tinjauan kasus, terdiri dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi, Bab IV Pembahasan, dimana pada bab ini akan menguraikan tentang analisa pembahasan kasus yang nyata dikaitkan dengan tinjauan teoritis baik medis maupaun keperawatan, tidak hanya membandingkan kasus dengan teori tetapi juga menganalisa jika ada kesenjangan. Bab V penutup terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

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 diantara 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 keadaan dimana terdapat penumpukan cairan dalam pleura berupa transudat atau eksudat yang diakibatkan terjadinya ketidakseimbangan antara produksi atau absorpsi di kapiler atau pleura viseralis (mutaqqin, 2012).

Dari beberapa pengertian di atas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa Efusi Pleura merupakan penyakit dimana terjadinya penumpukan cairan dalam rongga pleura yang terletak diantara permukaan visceral dan parietal, yang menyebabkan dampak sekunder dari penyakit lain, penumpukan cairan pleura ini berupa transudat atau eksudat yang diakibatkan terjadinya ketidakseimbangan antara produksi atau absorpsi di kapiler atau pleura viseralis.

2. Anatomi fisiologi

a. Anatomi Pleura

3. Pleura adalah suatu membran serosa yang membungkus pulmo, mempunyai asal yang sama dengan *peritoneum.* Pleura terdiri atas

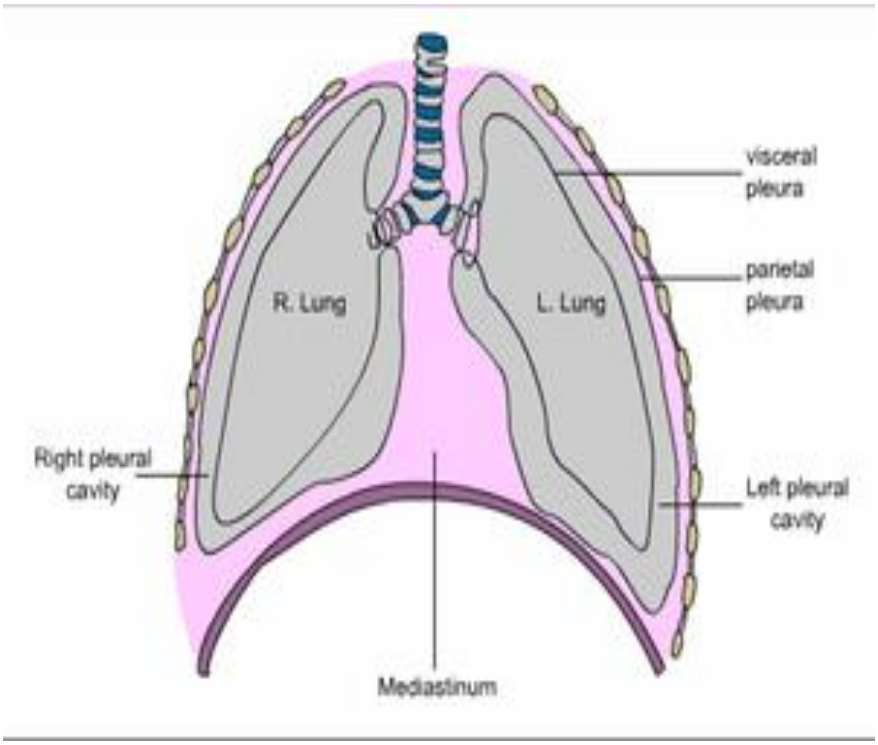
dua yaitu *pleura paritalis* dan *pleura visceralis.*Diantara kedua lapisan pleura tersebut terbentuk suatu rongga (celah) tertutup, disebut *cavum pleurae*, yang memungkinkan *pulmo* bebas bergerak pada waktu respirasi. Pleura normal memiliki permukaan licin, mengkilap dan semitransparan. Luas permukaan viseral sekitar 4000 cm^2 pada laki-laki dewasa dengan berat badan 70$_{kg}$.

1) Pleura viseralis

Bagian permukaan luarnya terdiri atas lapisan sel mesotial yang tipis (tebalnya tidak lebih dari 30). Diantara celah-celah sel ini terdapat beberapa sel limfosit.Terdapat endopleura yang berisi fibrosit dan histosit 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 *branchialis* serta kelenjar getah bening. Keseluruhan jaringan pleura viseralis ini menempel dengan kuat pada paremkim 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 intema*, kelenjar getah bening, banyak reseptor saraf sensorik yang peka terhadap rangsangan nyeri. Ditempat 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 viselaris, 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 gl/100mL.*Elektroforesis* cairan pleura menunjakkan bahwa kadar protein cairan pleura setara dengan kadar protein serum, namun kadar protein berat molekul rendah seperti albimin, 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 kadar ion klorida lebih rendah 6-

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

c. Fisiologi Pleura

Pleura berperan dalam sistem pernafasan 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 elekrtolit. Ketidakseimbangan komponen-komponen gaya ini meyebabkan penumpukan cairan sehingga terjadi efusi pleura. Bila terserang penyakit, pleura mungkin akan meradang, selain itu udara cairan dapat masuk ke rongga pleura sehingga menyebabkan paru tertekan atau kolaps.

d. Fisiologi Tekanan Pleura

Fungsi mekanis pleura adalah meneruskan tekanan negative thoraks kedalam paru-paru, sehingga paru-paru yang elastis dapat mengembang. Tekanan pleura pada waktu istirahat (*resting pressure)* dalam posisi tidur adalah -2 sampai -5 cm H2O, sedikit bertambah negative di apex sewaktu posisi berdiri.Sewaktu inspirasi tekanan negative meningkat menjadi -25 sampai -35 cm H2O. Selain fungsi mekanis, rongga pleura steril karena mosethelial bekerja melakukan *fagositogis* benda asing, dan cairan yang diproduksinya bertindak sebagai lubrikans.

e. Fisiologi Cairan Pleura

Rongga pleura terisi cairan dari pembuluh kapiler pleura, ruang interstitial pembuluh kapiler intratoraks dan rongga peritoneum. Neergard mengemukakan hipotesis bahwa aliran caira pleura

mengemukakan hipotesis bahwa aliran caira pleura sepenuhnya tergantung 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 pleumia perintal sebesar cmH2O dan tekanan rongga pleura sebesar -5 cmH2O sehingga tekanan hidrostatik resultan adalah 30-(-5) = 35cmH2O. Tekanan onkotik plasma 34 cmH20 dan tekanan ankotik pleura 5cmH2O sehingga tekanan onkotik resultan 34-5=29 cmH2O.gardien tekanan yang ditimbulkan adalah 35-29=6cmH2O sehingga terjadi pergerakan cairan dari kapiler pleura parietal menuju rongga pleura. Pleura viseral lebih tebal dibandingkan pleura viseral lebih kecil dibandingkan pleura parietal. Koefisien filtrasi kecil pleura visral menyebabkan resultan gradien tekanan terhadap pleura viseral secara skemalis benilai 0 walaupun tekanan kapile pleura viseal idenik degan tekanan vena plmoner yaitu 24 cmH20. Perindahan cairan dari jarigan interstitial paru k rongga pleura dapat terjadi seperti peningkatan tekanan jaringan paru ada edema paru maupun gagal jantung kongestif.

4. Etiologi

Penyebab efusi pleura dibedakan diatas:

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 akan muncul reaksi eksudativa yang lebih parah. Efusi pleura ini disebabkan oleh gagal jantung kongestif, emboli paru*, sirosishati* (penyakit *intrabdominal*), *dialisis peritoneal, hipoalbuminemia,*

sindrom nefrotik, glomerulonefristis akut, retensi garam, atau *pasca by-pass* coroner.

b. Eksudat

Penimbunan non-inflamatorik cairan serosa didalam 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 darah limfa juga dapat meyebabkan 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.

5. Patofisiologi

Dalam keadaan normal hanya terdapat 10-20 ml cairan di dalam rongga pleura.Jumlah cairan di rongga pleura tetap, karena adanya tekanan hidrostatis pleura parietalis sebesar 9 cm H2O. Akumulasi cairan pleura dapat terjadi apabila tekanan osmotik koloid menurun misalnya pada penderita hipoalbuminemia dan bertambahnya permeabilitas kapiler akibat ada proses keradangan atau neoplasma, bertambahnya tekanan hidrostatis akibat kegagalan jantung dan tekanan negatif intra pleura apabila terjadi atelektasis paru (Alsagaf H, Mukti A, 1995, 145).

Efusi pleura berarti terjadi pengumpulan sejumlah besar cairan bebas dalam kavum pleura. Kemungkinan penyebab efusi antara lain (1) penghambatan drainase limfatik dari rongga pleura, (2) gagal jantung yang menyebabkan tekanan kapiler paru dan tekanan perifer menjadi sangat tinggi sehingga menimbulkan

transudasi cairan yang berlebihan ke dalam rongga pleura (3) sangat menurunnya tekanan osmotik kolora plasma, jadi juga memungkinkan transudasi cairan yang berlebihan (4) infeksi atau setiap penyebab peradangan apapun pada permukaan pleura dari rongga pleura, yang memecahkan membran kapiler dan memungkinkan pengaliran protein plasma dan cairan ke dalam rongga secara cepat (Guyton dan Hall , Egc, 1997, 623-624).

Efusi pleura akan menghambat fungsi paru dengan membatasi pengembangannya. Derajat gangguan fungsi dan kelemahan bergantung pada ukuran dan cepatnya perkembangan penyakit. Bila cairan tertimbun secara perlahan-lahan maka jumlah cairan yang cukup besar mungkin akan terkumpul dengan sedikit gangguan fisik yang nyata. Kondisi efusi pleura yang tidak ditangani, pada akhirnya akan menyebabkan gagal nafas. Gagal nafas didefinisikan sebagai kegagalan pernafasan bila tekanan partial Oksigen (Pa O2) ≤ 60 mmHg atau tekanan partial Karbondioksida arteri (Pa Co2) ≥ 50 mmHg melalui pemeriksaan analisa gas darah.

6. Menifestasi Klinik

Gejala-gejala timbul jika cairan bersifat inflamatoris atau jika mekanika paru tergangu. Klien 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,mengigil, dan nyeri dada pleuritis (pnemonia), 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.
   3) *Vocal fremitus* melemah pada perkusi didapati pekak, dalam keadaan duduk permukaan cairan membentuk garis melengkung (garis *ellis damoiseu*).
   4) Didapati segitiga garland, yaitu daerah yang diperkusi redup timpani dibagian atas garis *ellis damoiseu.* Segitiga *grocco-rochfusz* yaitu daerah pekak karena cairan mendorong mediastinum kesisi lain. Pada auskutulasi daerah ini didapati vesikuler melemah dengan *ronchi.*

7. 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 dengan 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 beguna 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 kongesif, sindrom nefrotik, hipoalbuminemia, dan perikarditis konstriktif.

*c) Clear transudate pleural efusion,*sering terjadi pada klien dengan keganasan ekstrapullmoner.

2) Biokimia, untuk membedakan transudasi dan eksudasi.

3) Sitologi, pemeriksaan sitologi bila ditemukan patologis atau dominasi sel tertentu untuk melihat adanya keganasan.

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

Tabel 2.1. Perbedaan transudasi dan eksudasi

4) Bakteoriologi

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, Ecoli, 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 ini tidak dilakukan karena memerlukan biaya yang mahal. Pemeriksaan penunjang lainnya:

1) Bronskoskopi: 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.

8. Penatalaksaan

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

a. Penatalaksanaan Farmakologis

Tujuan pegobatan menemukan penyebab dasar, untuk mencegah penumpukan kembali cairan. Pengobatan spesifik ditunjukan 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, sebaiknya tidak melebihi 1000-1500 ml pada aspirasi guna mencegah terjadinya edema paru yang ditandai dengan batuk dan sesak.

a) Indikasi:

(1) Meghilangkan sesak napas yang disebabkan 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 menimbulka infeksi dirongga pleura.

(3) Dapat terjadi pneumothoraks.

2) Pemasangan water seal drainage (WSD)

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

a) Indikasi:

(1) Hematothoraks

(2) Pneumthoraks

b) Tujuan pemasangan WSD:

(1) Untuk mengeluarkan udara, cairan atau udara dari rongga pleura

(2) Untuk mengembalikan tekanan negative 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 Sistem*

Sistem satu botol pada kasus *pnemothoraks* sederhana sehingga hanya membutuhkan gaya gravitasi saja untuk mengeluarkan isi pleura. *Water seal* dan penampungan drainase digabungkan pada satu botol dengan menggunakan katup udara.Katup udara digunakan untuk mencegah penambahan tekanan dalam tombol yang dapat menghambat pengeluarn cairan atau udara dari rongga pleura.Karena hanya 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 *waterseal* ditambahan botol penampungan cairan drainase. Drainase sama dengan *system* satu botol pleura terkumpul, *underwater seal system* tidak terpengaruh oleh volume drainase. Botol pertama adalah drainase yang berhubugan langsung dengan klien dan botol kedua berfungsi sebagai *water seal* yang dapat mencegah peningkatan tekanan dalam penampungan sehingga drainase dada dikeluarkan secara optimal. Dengan system ini jumlah drainase dapat diukur secara tepat.

(3) Three Bottle System

Pada sytem ini ada penambahan botol ketiga yaitu untuk mengontrol jumlah cairan *suction* yang digunakan. Sistem ini menggunakan 3 botol yang

masing-masing berfungsi sebagai penampungan, "*water seal"* dan pengaturan yang mengatur tekanan pengisap. Jika draiase yang ingin dikeluarkan cukup banyak biasanya digunakan mesin pengisap (*suction*) dengan tekanan sebesar 20cmH2O untuk mempermudah pengeluaran

(4) Pleurodesis

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

9. Komplikasi

a. Fibrothoraks

Efusi pleura yang berupa eksudat yang tidak ditangani dengan drainase yang baik akan terjadi pelekatan fibrosa antara pleura parietalis dan pleura viseralis akibat efisit pleura yang tidak ditangani dengan drainase yang baik. Jika *fibrothoraks* meluas dapat menimbulkan hambatan mekanis yang berat pada jaringan-jaringan yang ada dibawahnya. Pembedahan pegupasan (*dekortikasi)* perlu dilakukan untuk memisahkan membran-membran pleura tersebut.

b. Atelektaksis

Aktelektaksis merupakan pengembang paru yang tidak sempurna yang disebabkan oleh penekanan akibat efusi pleura.

c. Fibrosis

Pada fibrosis paru merupakan keadaan patalogis dimanan terdapat jaringan ikat paru dalam jumlah yang berlebihan. Fibrosis timbul akibat cara perbaikan jaringan sebagai lanjutan suatu proses penyakit paru yang menimbulkan peradagan. 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 peggunaan obat-obatan, merokok, minum obat-obatan.
   b. Pola nutrisi dan metabolik
      Kebiasaan makan dan minum, terjadinya penurunan nafsu makan, turgot kulit jelek, mukosa kering dan penuruan berat badan
   c. Pola eliminasi
      Penurunan frekuensi BAB, penurunan peristaltik usus, otot-otot traktus digestivus dan peningkatan BAK, peningkatan 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, panfelbra inferior warna gelap dan wajah mengantuk
   f. Pola persefsi dan kognitif
      Perasaan neri 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 nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
b. Ketidakefektfan kebersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan
c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
d. Nyeri akut berhubungan dengan agens biologis
e. Ketidakseibangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.
f. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dari kebutuhan oksigen.

3. Perecanaan Keperawatan

a. Ketidakefektifan pola nafas b/d dengan penurunan ekspansi paru

Hasil yang diharapkan (NOC): setelah dilakukan tindakan keperawan ketidakefektifan pola nafas b/d dengan penurunan ekspansi paru. Dapat kembali normal.

Kriteria hasil: Status pernafasan kembali normal.

Intervensi (NIC)

1) Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan usaha untuk inspirasi.
2) Monitor pola bernafas, bradypnea, tachypnea, dyspnea

3) Monitor terjadinya dyspnea, dan oeristiwa yang dapat memperburuk keadaan.
4) Posisikan pasien untuk memaksialkan ventilasi.
5) Kalaborasi dengan tim medis pemberian nebulizer.
6) Kalaborasi dengan tim medis pemberian terapi farmakologi..

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

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

Kriteria evaluasi:

Intervensi:

1) Kaji fungsi pernapasan (bunyi nafas, kecepatan, irama, kedalaman dan menggunaan otot).
2) Kaji kemampuan mengeluarkan sekresi, catat karakter dan volume sputum.
3) Berikan posisi *semifowlerl fowler* tinggi.
4) Ajarkan latihan napas dalam dan batuk efektif.
5) Bersihkan sekret dari mulut dan trakea, bila perluh lakukan pengisapan (saction)
6) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik sesuai indikasi.

c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

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

Krearia evalusasi: suhu tubuh kembali keadaan normal (36-37°C)

Intervensi (NIC):

1) Kaji saat timbulnya demam
2) Kaji tanda-tanda vital secara periondik (tiap 2 jam)
3) Berikan kebutuhan cairan ekstra.
4) Berikan kompres hangat paa dahi, ketiak.
5) Kenakan pakian minimal

6) Kolaborasi untuk terapi antibiotik sesuai dengan penyebab penyakit

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

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

Intervensi (NIC):

1) Kaji nyeri dengan perdekatan PQRST
2) Berikan posisi yang nyaman
3) Istirahatka pasien saat nyeri muncul
4) Ajarkan teknik relaksasi pernafasan saat nyeri muncul.
5) Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri.
6) Kolaborasi untuk pemberian analgetik

e. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

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

Kriteria hasil: nafsu makan meningkat, berat badan kembali normal.

Interfensi (NIC):

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

f. Intoleransikan aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen.

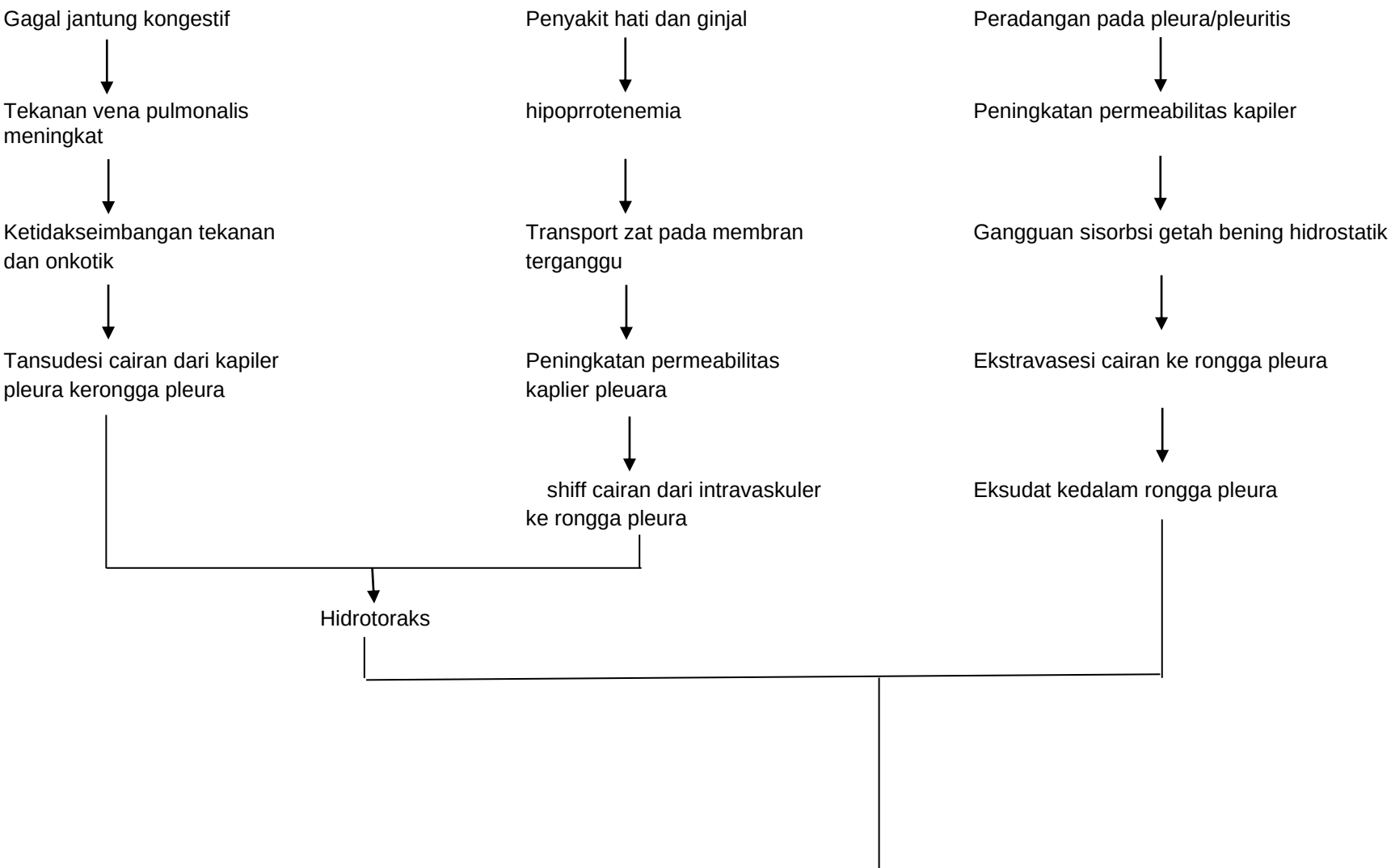
Hasil yang diharapkan (NOC): setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien toleransi dalam beraktifitas.

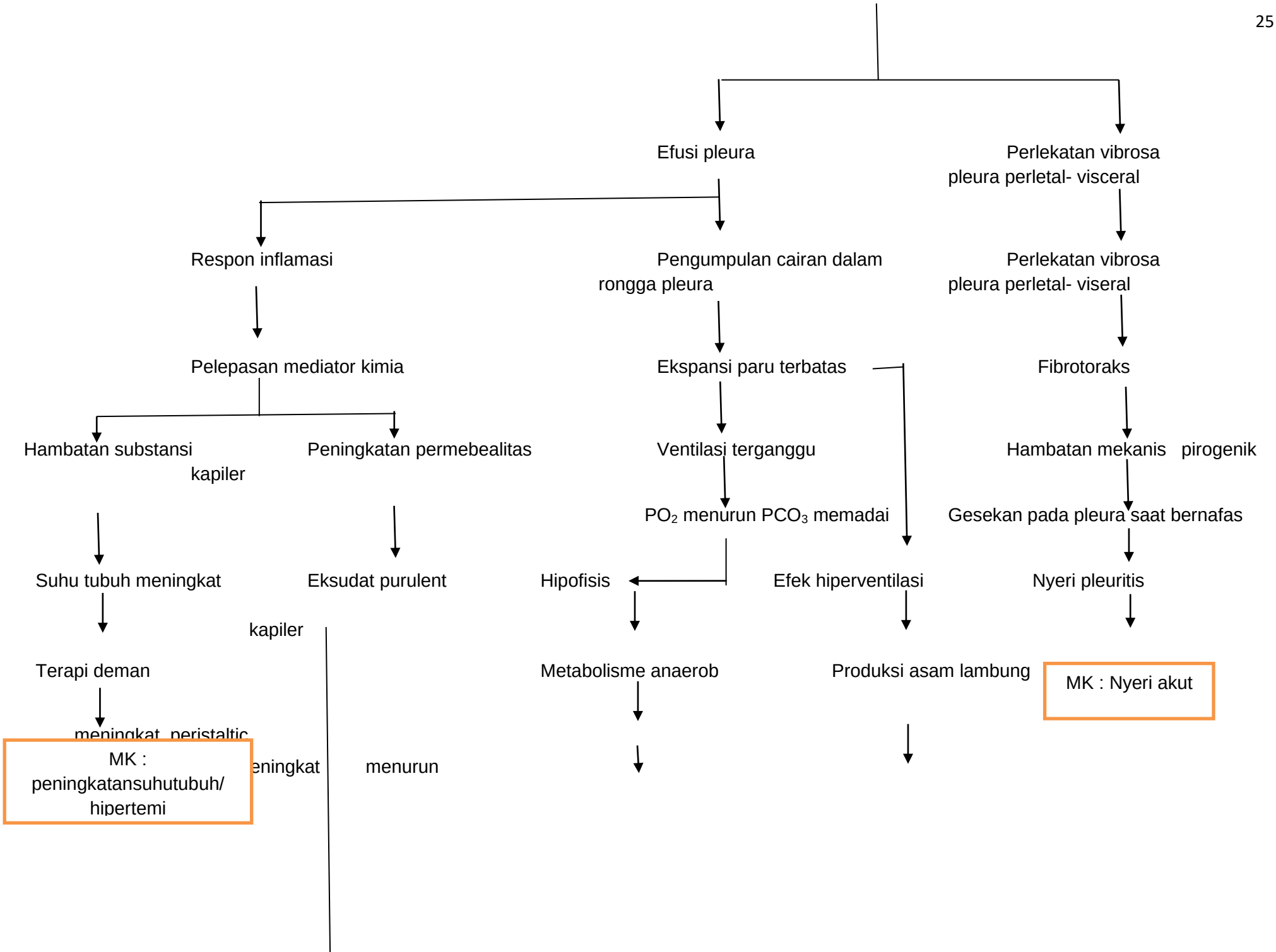
Kriteria hasil: Adanya peningkatan dalam aktifitas dan menyeimbangkan dalam aktivitas dan istirahat.

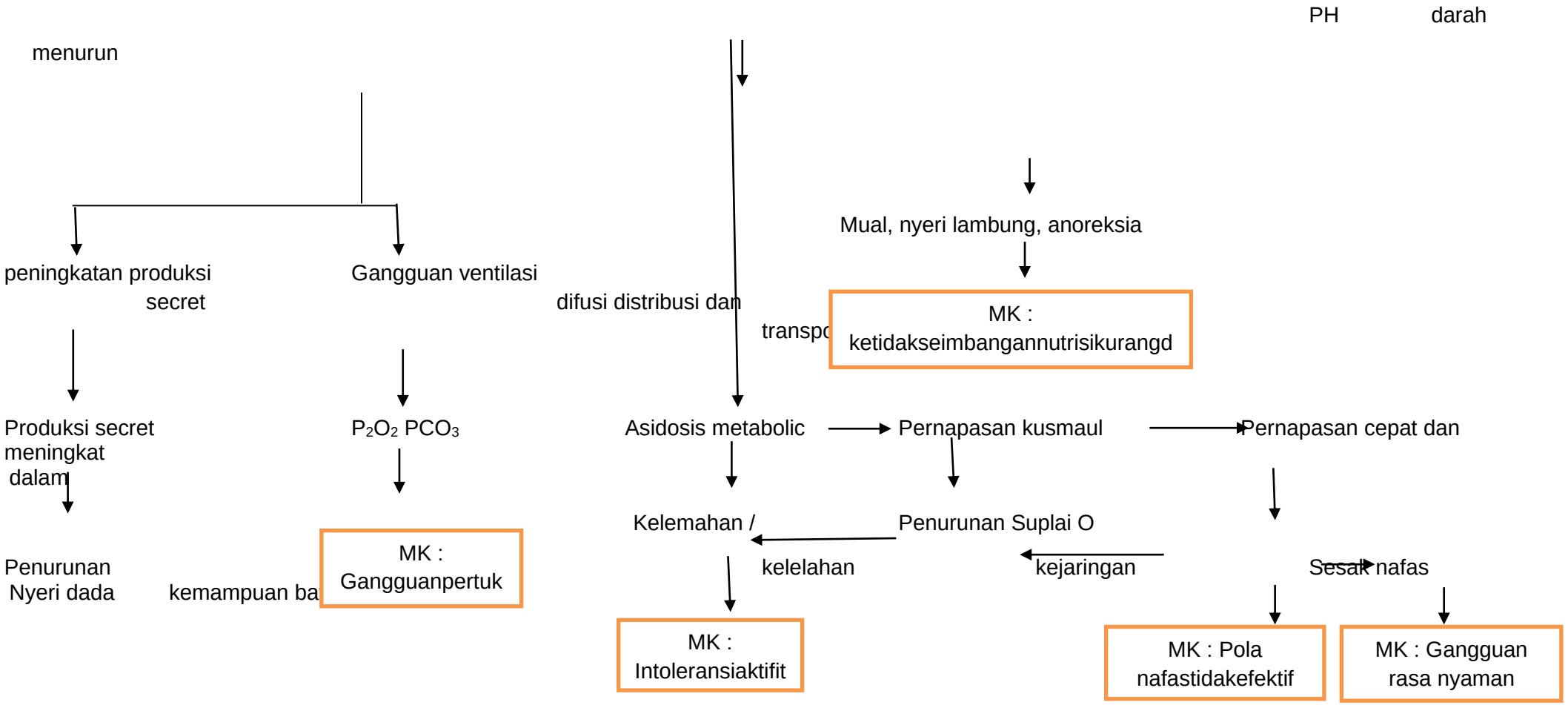
Intervensi (NIC):

1) Monitor toleransi terhadap aktifitas.
2) Intruksikan pada pasien dan keluarga mengenai modifikasi faktor resiko jantung (misalnya menghentikan kebiasaan merokok) sebagaimana mestinya.
3) Intruksikan pasien dan keluarga mengenai ertimbangan khusus terkait dengan aktifitas sehari – hari (misalnya pembahasan aktivitas dan meluangkan waktu istirahat)
4) Berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktivitas spesifik.

PATHOFLODIAGRAM




Efusi pleura
Perlekatan vibrosa pleura perletal- visceral
Respon inflamasi
Pengumpulan cairan dalam rongga pleura
Perlekatan vibrosa pleura perletal- viseral
Pelepasan mediator kimia
Ekspansi paru terbatas
Fibrotoraks
Hambatan substansi kapiler
Peningkatan permebealitas kapiler
Ventilasi terganggu
Hambatan mekanis pirogenik
PO2 menurun PCO3 memadai
Gesekan pada pleura saat bernafas
Suhu tubuh meningkat
Eksudat purulent
Hipofisis
Efek hiperventilasi
Nyeri pleuritis
Terapi deman
Metabolisme anaerob
Produksi asam lambung
MK : Nyeri akut
meningkat peristaltic
MK : peningkatansuhutubuh/ hipertemi
eningkat
menurun


PH darah
menurun
peningkatan produksi secret
Gangguan ventilasi
difusi distribusi dan
transpo
Mual, nyeri lambung, anoreksia
MK : ketidakseimbangannutrisikurangd
Produksi secret meningkat dalam
P2O2 PCO3
Asidosis metabolic
Pernapasan kusmaul
Pernapasan cepat dan
Penurunan Nyeri dada
kemampuan ba
MK : Gangguanpertuk
Kelemahan / kelelahan
Penurunan Suplai O
kejaringan
Sesak nafas
MK : Intoleransiaktifit
MK : Pola nafastidakefektif
MK : Gangguan rasa nyaman

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pasien TN. ”S” berusia 20 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 04 Maret 2020 dengan diagnosa medik Efusi Pleura di ruang St. Bernadeth III. Pasien masuk dengan keluhan sesak yang dialami sejak 1 bulan yang lalu disertai batuk berlendir.

Saat pengkajian tanggal 05 Maret 2020, penulis mendapatkan pasien dalam keadaan sesak napas dan tampak irama pernapasan cepat.Pasien tampak batuk berlendir dan pasien teraba panas.Terapi yang diberikan saat pengkajian terpasang RL 400 ml, 20/tetes permenit, pasien tampak terpasang O2 2liter dengan siturasi 95%. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 110/70 mmHg, suhu 38,2°C, pernapasan 28x/menit, nadi 86x/menit. Pasien mengeluh nafsu makan berkurang karena sesak dan batuk berlendir dan hanya menghabiskan 1/4 porsi dari 1 porsi makanan. Pemeriksaan foto thorax: efusi pleura sinistra, pneumonia sinistra dan terapi pengobatan yang diberikan, Ceftriaxone 2gr / 24 jam (IV), Codein tab 3x1 (oral), Paracetamol infus 1botol untuk 1x (IV)

Berdasarkan pengkajian diatas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu: Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan menurunya ekspansi paru, dan ketidakseimbangan nutrisimberhubungan dengan kurang asupan makanan, Hipertermi berhubungan dengan penyakit

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:	Celina Wahyu Dara (E1714401007) Cindi Ariani Kalvin (E1714401008)

Unit : Santa Bernadeth lll Autounamnese : √

Kamar :359-1 Allonamnese : √

Tanggal Masuk RS : 4 Maret 2020

Tanggal Pengkajian : 5 Maret 2020

1. Identitas
   a. Pasien

Nama	: TN “S”
Umur	: 20 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Status perkawinan	: Belum Menikah
Jumlah anak	: -
Agama/saku	: Islam
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: Mahasiswa
Perkerjaan	: Pelajar
Alamat dengan pesien	: Jl. Goa Ria Morizia Anugrah

   b. Penanggung Jawab

Nama	: Hasmawati S.Pd
Umur	: 42 Tahun
Alamat	: Jl. Goa Ria Morizia Anugrah
Hubungan dengan pasien	: Ibu kandung

2. Data Medik

   Diagnosa medik

   Saat masuk : Hipertermi

Saat pengkajian : Efusi Pleura

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

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

Alasan : pasien tampak lemah, berbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak terpasang infus RL 400 cc pada tangan kiri dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit, pasien tampak terpasang O2 2liter dengan siturasi 95%, tampak pasien sesak dan gelisah.

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Compos Mentis

Skala koma glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Compos mentis/sadar penuh

2) Tekanan darah : 120/70 mmHg

Map : 110 mmHg

Kesimpulan : Tekanan darah dalam batas normal

3) Suhu :38,2 ^{0}C

[—] Oral [—] Rectal [√] Axila

4) Pernapasan : 28x/menit

Irama : [—] Teratur [—] Bradipnea

[√] Takipnea [—] Kusmaul

[—] *cheynes- stokes*

Jenis : dada [—] berut

5) Nadi : [√] x/menit.

Irama : Teratur [—] Bradikardi [—] Takikardi

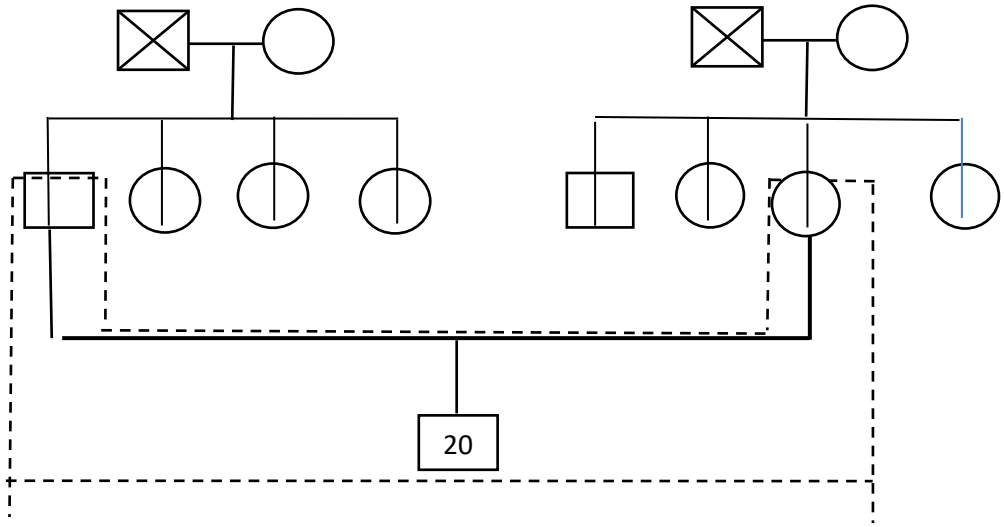
[√] Kuat [—] Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkaran lengan atas : 25 cm
2) Tinggi badan : 170 cm
3) Berat badan : 50kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 17,3 kg

Kesimpulan : Berat badan menurun

d. Genogram



Ket :

: Laki-laki
: Perempuan
: Meninggal
: Serumah
: Garis

4. Pengkajian pola kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan pernah merokok kurang lebih 2 tahun yang lalu.Pasien juga mengatakan pernah minum minuman yang beralkohol. Pasien mengatakan jika sakit ia langsung periksa ke rumah sakit.

2) Riwayat penyakit saat ini :
   a) Keluhan utama: Sesak Nafas
   b) Riwayat keluhan utama

      Pasien mengatakan sejak dua hari yang lalu dia masuk ke RS Bintang Laut dengan keluhan demam. Setelah berobat pasien dianjurkan ke RS Stella Maris untuk berobat lanjut. Pada saat pengkajian tanggal 05 Maret, pasien mengeluh sesak nafas dan batuk disertai demam dengan suhu 38,2 ºC, TD: 120/90 mmHg, N : 80x/menit, P : 25x/menit, SPO2 95%, pasien mengatakan sesak dan susah bernafas, pasien tampak terpasang O2 2 liter dengan siturasi 95%. Pasien mengatakan saat bernafas dadanya terasa sesak saat batuk keras, tampak wajah pasien meringis, pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi terlentang.

3) Riwayat penyakit yang dialami

   Ibu pasien mengatakan anaknya pernah dirawat dengan penyakit yang sama di rumah sakit.

4) Riwayat kesehatan keluarga :

   Keluarga pasien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat yang sama dengan pesien, baik penyakit bawaan ataupun turunan.

5) Pemeriksaan fisik :
   a) Kesehatan rambut : tampak bersih, tidak ada rontok.
   b) Kulit kepala : tampak bersih dan tidak berketombe.
   c) Kebersihan kulit : tampak bersih dan tidak bersisik.
   d) Higiene rongga mulut : tampak bersih dan tidak ada sariawan.
   e) Kebersihan genetalia : tidak dikaji
   f) Kebersihan anus : tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan makan > 3x sehari, dan menghabiskan 1 porsi makanan dengan menu (nasi, sayur, tempe, danging ayam dan ikan). Pasien mengatakan nafsu makan meningkat. Pasien mengatakan makanan kesukaan pasien adalah ayam goreng, sayur, nasi putih. Pasien mengatakan setiap hari meminum air putih ± 8 gelas (1600cc)/hari.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan semenjak dirawat di Rs nafsu makan berkurang, pasien mengatakan tidak menghabisi 1porsi/hari, pasein hanya menghabiskan makanan 3-5 sendok saja setiap kali makan. Pasien mengatakan minum air putih 8 gelas (1400cc) / hari.

3) Observasi

Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makan dan makan buah sewaktu makan siang.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : tampak rambut bersih
b) Hidrasi kulit : tampak lembab
c) Palpebra : tampak tidak edema
d) Conjungtiva : tampak tidak anemis
e) Selera : tidak tampak ikterik
f) Hidung : tampak bersih, septum berada ditengah.
g) Rongga mulut : tampak bersih
Gusi :tampak tidak ada peradangan
h) Gigi : tampak bersih
i) Gigi palsu : tidak ada

j) Kemampuan mengunyah keras : pasien mampu mengunyah keras.

k) Lidah : tampak bersih

l) Pharing : tidak ada peradangan

m) Kelenjar getah bening : tidak teraba pembesaran

n) Kelenjar parotis : tidak ada pembesaran

o) Abdomen :

1) Inspeksi : tampak datar

2) Auskultasi : peristaltik usus 8 x/menit

3) Palpasi : tidak teraba adanya nyeri tekan lien, hepar dan mc burney

4) Perkusi : terdengar tympani

p) Kulit :

a. Edema : [—] positif [√] negatif

b. Icterik : [—] positif [√] negatif

c. Tanda-tanda radang : tidak ada

q) Lesi : tidak tampak adanya lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi lunak, dan tidak keluhan saat buang air besar. Pasien mengatakan BAK 5-6 kali dalam sehari dengan warna kuning.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit BAB 1 kali dalam 2 hari dengan konsistensi lunak, warna kuning. Pasien mengatakan sering BAK khususnya pada malam hari, dengan volume ± 600cc dan pada siang hari sekitar 1400cc.

3) Observasi

Pasien tampak BAB 1 kali dalam 2 hari dengan konsistensi lunak.

4) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus : 8 x/menit

b) palpasi kandung kemih : [—] penuh [√] kosong

c) nyeri ketuk ginjal : [—] positif [√] Negatif

d) Mulut uretra : tidak dikaji

e) Anus :

Peradangan : tidak dikaji

Hemoroid : tidak dikaji

Fistula : tidak dikaj

d. Pola Aktifitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan aktifitasnya sehari-hari hanya melakukan kesibukan di kampus.Pasien mengatakan pasien rutin berolahraga seperti, bermain futsal setiap sore bersama teman-temannya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan pasien mampu melakukan aktivitas ringan seperti berjalan ke kamar mandi, pasien mengatakan saat berjalan atau berdiri terlalu lama dia merasa pusing dan sesak.

3) Observasi :

Tampak bentuk tubuh pasien tegak, tampak tidak ada fiksasi, tampak sebagian kebutuhan dibantu oleh keluarga dan perawat.

a) Aktifitas harian :

Makan : 0

Mandi : 2

Pakain : 2

0 : mandiri
1 : bantuandenganalat
2 : bantuan orang
3 : bantuanalat dan orang
4 : bantuanpenuh

Kerapihan : 2

Buang air besar : 2

Buang air kecil : 2

Mobilisasi di tempat tidur : 0

b) Postur tubuh :pasien tampak tegap

c) Gaya jalan : tidak dikaji, pasien menolak karna sesaknya

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e) Fiksasi : tampak tidak terdapat fiksasi.

f) Tracheostomi : tampak tidak terpasang tracheostomi.

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring :120/90 mmHg

Duduk :120/80 mmHg

Berdiri :120/70mmHg

Kesimpulan : hipotensi ortostatik : [—] Positif

[√] Negative

b) HR : 86 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : pasien teraba keringat dingin

Basah : pasien teraba basah

d) JVP : 5-2 cmH_20

Kesimpulan : pemompaan jantung memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

1) Inspeksi :

Bentuk thorax : tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkostal : tampak tidak terdapat retreaksi intrerkostal

Sianosis : tidak tampak sianosis

Stridor : tidak terdengar bunyi stidor

2) Palpasi :

Vocal premitus : teraba getaran pada paru kanan lebih kuat dari paru kiri.

Krepitasi : tidak ada

3) Perkusi : Sonor [–] Redup [–] Pekak [√]

Lokasi : Paru kiri bagian bawah

Kesimpulan : Pengembangan paru tidak maksimal

4) Aukultasi :

Suara napas : terdengar vasikuler terdengar disemua lapang paru (melemah)

Suara ucapan : terdengar getaran paru kanan lebih kuat dari paru kiri

Suara tambahan : terdengar ronchi dibagian paru sinistra

g) Jantung

1) Inspeksi :

Ictus cordis : tidak tampak

2) Palapasi :

Ictus cordis : teraba pada ICS V mid clavikularis sinistra.

3) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

Batas bawa jantung : ICS v linea mid clavukularis sinistra.

Batas kanan jantung : ICS II linea sternalis dextra.

Batas kiri jantung : ICS v linea mid clavicularis sinistra.

4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : tunggal ICS 2 linea sternalis dextra.

Bunyi jantung II P : tunggal ICS 2 dan ics- 3 linea sternalis sinistra.

Bunyi jantung I T : tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra.

Bunyi jantung I M : tunggal ICS 5 linea mid Clavukularis sinistra.

Bunyi jantung III irama gallop : tidak terdengar

Murmur : tidak terdengar

Bruit : Aorta

A. Renalis : tidak ada

A. Femoral: tidak ada

h) Lengan dan tungkai

1) Atrofi otot : positif [√] negative [—]

2) Rentang gerak :terbata pada lengan kiri karena terpasang infus

Kaku sendi : tidak ada kaku sendi

Nyeri sendi : tidak ada nyeri sendi

Fraktur : tidak ada fraktur

Parese : tidak ada parese

Paralisis : tidak ada paralisis

3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingakan 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.

4) Refleks fisiologi : positif (tricep dan bicep, lutut, patela).

5) Refleks patologi : negatif

Babinski, Kiri : [—] positif [√] negatif

Kanan : [—] positif [√] negative

6) Clubing jari- jari : tidak tampak

7) Varises tungkai : tidak ada

i) Columna vetebralis :

1) Inspeks [—] lo [—] sis [—] kiposis skoliosis

2) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : tidak ad

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidur malam ± 8 jam dan pasien juga mengatakan tidak pernah istirahat siang dan pasien sebelum tidur biasanya mengerjakan tugas dari kampus dulu dan tidur dalam suasana gelap.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit susah tidur dan selalu terbangun karena batuk disertai lendir. Pasien mengatakan tidur siang ± 1 jam dan tidur malam ± 5-6 jam, pasien juga mengatakan tidak merasa segar saat bangun.

3) Observasi :

Tampak pasien sering terbangun karena sesak.

Ekspresi wajah mengantuk	:	√	positif	— negatif
Banyak menguap	:	√	positif	— negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:	√	positif	— negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan. Pasien mengatakan masih mampu mengingat semua kejadian yang dialaminya dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidak mengalami ganguan berfikir, pasien mengatakan

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan :

Kornea : tampak jernih

Pupil : tampak isokor kiri dan kanan sama

Lensa mata : tampak jernih

Tekanan intra okuler (TIO) : sama antara kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina : tampak simetris kiri dan kanan

Kanalis : tampak bersih

Membran timpani : tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien mampu merasakan rangsangan cubitan yang diberikan

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan punya pendirian yang tegas, pasien mengatakan bersyukur dan bangga dengan keadaan dirinya yang terlahir tanpa ada kelainan.Pasien juga mengatakan tidak ada beban dalam melakukan aktifitasnya sehri-hari sebagai seorang mahasiswa.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ia tidak berdaya semua aktifitasnya dibantu oleh Ibu dan Ayah. pasien mengatakan tidak berdaya dengan penyakitnya tetapi pasien mempunyai kemauan yang kuat untuk sembuh dari penyakitnya.

3) Observasi :

Tampak pasien berbaring di tempat tidur dan bertanya-tanya pada perawat tentang penyakitnya.

a) Kontak mata : ada kontak mata

b) Rentang perhatian : tampak pasien fokus

c) Suara dan cara bicara : tampak suara pasien jelas dan pelan saat bicara

d) Postur tubuh : tampak tegap

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawahan yang nyata : tidak tampak

b) Bentuk/postur tubuh : tampak tegap

c) Kulit : tampak tidak ada lesi pada kulit, tampak bersih dan turgor kulit teraba elastis

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga sangat baik.Pasien juga mengatakan dia suka pergi bergaul seperti dirumah teman dan begitupun dengan tetangga dan masyarakat di tempat tinggalnya. pasien tidak pernah merasa terisolirdasi masyarakat di tempatnya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan merasa senang karena keluarganya terutama Ayah dan Ibunya selalu mendampingi dan memberi semangat, pasien juga mengatakan ia selalu di kunjungi oleh temanya.

3) Observasi :

Pasien tampak selalu di jaga oleh Ayah dan Ibunya

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dia seorang laki-laki berumur 20 Tahun dan tidak memiliki saudara. Pasien juga mengatakan selama hidup tidak pernah melakukan hal yang menyimpang sebagai seorang laki-laki. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang menyangkut dengan dirinya sebagai seorang laki-laki.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada keluhan yang dirasakan oleh pasien mengenai alat reproduksinya.

3) Observasi :

Tampak pasien berpenampilan selayaknya.

4) Pemeriksaan fisik :

Tampak pasien menggunakan pakaian sesuai dengan jenis kelaminnya.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jarang marah dengan keluarga dan temannya karena merasa sudah dewasa. Pasien juga mengatakan marah apabila keluarga dan temannya dengan membuat kesalahan yang tidak wajar. Pasien mengatakan jika ia memiliki masalah harus segera diselesaikan agar tidak menjadi beban pikiran.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan dia kadang stres dengan penyakitnya dan sering bertanya-tanya apakah penyakitnya bisa disembuhkan atau tidak. Pasien mengatakan saat ini hanya bisa pasrah dengan penyakit yang dideritanya.

3) Observasi :

tampak ekspresi pasien pasrah, kadang-kadang murung dan sering bertanya pada perawat.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia menganut agama Islam, pasien juga mengatakan ia rajin sholat.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidak pernah sholat tetapi hanya berdoa di dalam hatinya semoga ia cepat sembuh.

3) Observasi :

Tidak tampak perlengkapan ibadah di atas tempat tidurnya.

5. Uji saraf kranial

a. N I : Olfaktorius

Pasien dapat membedahkan bau minyak kayu putih dan farfum dalam keadan mata tertutup.

b. N II : Optikus

Pasien dapat membaca tulisan dikeras pada jarak 30 cm dengan ukuran font ±12

c. N III, IV, VI: Oculomotorius, Trochlearis, Abduscent

Pasien mampu menggerakan bola mata dan melihat ke segalah arah, dan ketika diberikan refleks cahaya pupil isikor.

d. N V : Trigeminus

Sensorik : Pasien dapat merasakan goresan tissu dipipi sebelah kanan dan kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.

Motorik : Pasien mampu menggigit keras.

e. N VII : Fascialis

Sensorik : Pasien mampu merasakan asinya garam.

Motorik : Pasien dapat mengangkat alis, tersenyum dan meringis.

f. N VIII : Vestibulo-Acusticus

Vestibularis : Tidak di kaji karena pasien sesak.

Akustikus : Pasien dapat mendengarkan gesekan jari perawat pada kedua telinga.

g. N IX : Glossopharyngeus

Pasien mampu menelan.

h. N X : Vagus

Tampak letak uvula berada di tengah.

i. N XI : Assesorius

Pasien mampu mengangkat kedua bahunya dan menggerakan kepala.

j. N XII: Hypoglosus

Pasien mampu menjulurkan lidah kedepan dan mendorong lidah ke pipi kiri dan kanan.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Foto Thorax

Kesan : Efusi pleura sinistra, Pneumonia sinistra

b. Pemeriksaan USG Thoraks

Kesan :Efusi pleura sinistra

Jarak antara marker di kulit tegak lurus sampai pertegahan lezi ± 6 cm.

c. Pemeriksaan Laboratorium

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai normal
WBC	9.50	10^3/Ul	4.6 -10.2
RBC	4.19	10^6/Ul	4.7 - 6.1
HBG	L 11.9	g/dl	14.1 - 18.1
HCT	L 34.7	%	43.5 - 53.7
MCV	83.9	Fl	80.0 - 97.0
MCH	26.8	Pg	27.0 - 31.2
MCHC	32.0	g/dl	31.8 - 35.7
PLT	H 666	10^3/Ul	150.0 - 400.0
RDW-CV	12.7	Fl	11.5 - 14.5
PDW	14.7	Fl	9.0 - 13.0
MPV	9.7	Fl	7.2 -11.1
P-LCR	L 11.3	%	15.0 - 25.0

DIFF			
LYMPH	15.7	%	10.0 - 50.0
MXD	11.8	%	1.0 - 20.0
NEUT	72.5	%	37.0 - 80.0
LYMPH#	1.50	10^3/Ul	1.0 - 3.70
MXD#	1.1	10^9/L	0 - 1.2
NEUT#	6.90	10^3/Ul	1.50 - 7.00

7. Terapi Obat
    a. Ceftriaxone : 2gr/24 jam (IV)
    b. Rifampicin: 400mg/1x1 (oral)
    c. Pracetamol infus: 1botol/untuk 1x (IV)
    d. INH: 300mg/ 1x1 (oral)
    e. Codeine: 20mg/3x1 (oral)
    f. Pirazinamid: 1x2 (oral).

B. Analisa Data

Nama / Umur : Tn “ S “ / 20 tahun

Ruangan / Kamar : St. Bernadeth III / 359-1

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Pasien mengatakan sesak dan batuk berlendir. - Pasien mengatakan saat bernafas dadanya terasa berat dan sesak saat pasien batuk keras. - Pasien mengatakan sesak jika berbaring dengan posisi terlentang. DO : - Tampak pasien terpasang O2 2 liter dengan siturasi 95%. - Terdengar suara nafas Tambahan ronchi pa bagian sinistra - Tampak kesan foto thorax efusi pleura sinistra,	penurunan ekspansi paru	Ketidakefektifanpolanafas

	pneumonia kiri - Tampak irama penapasan takipnea - Perkusi : paru kiri terdenga pekak. - TTV: TD:120/70 mmHg N :80x/menit P :28x/menit		
2.	DS : - Pasien mengatakan sejak sakit Hanya mam menghabiskan ½ porsi dari makanannya - Pasien mengatakan tid ada nafsu makan - Keluarga pasi mengatakan pasien mengala penurunan badan 3 bulan terakhir DO : - Tampak pasien hanya mampu menghabiskan ½ porsi dari makanannya - Berat badan : 50kg IMT: 17,3 kg Kesimpulan: Berat badan menurun	Kurang asupan makan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.	DS: - Pasien mengatakan deman sejak 2 hari yang lalu. - Pasien mengatakan hanya Mengompres badannya dengan air hangat namum demamnya semakin tinggi. DO: - Tampak keadaan umum pasien lemah. - TTV: TD:120/70 mmHg N : 80x/menit P : 28x/menit S : 38,2ºC	Penyakit	Hipertermia

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/umur : Tn “S”/20 tahun

Ruangan/Kamar : Bernadeth III/359-1

No	Diagnosa Keperawatan
I	Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
II	Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan.
III	Hipetermi berhubungan dengan penyakit.

D. Intervensi Keperawatan

Nama/umur : TN “S”/20 tahun

Ruagan/kamar :Bernadeth III/ 359-1

No	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana Keperawatan (NIC) Meliputi: tindakan keperawatan, observasi, penyuluhan
1	Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru DS: - Pasien mengatakan sesak dan batuk berlendir. - Pasien mengatakan saat bernafas dadanya terasa berat dan sesak saat pasien batuk keras. - Pasien mengatakan sesak jika berbaring dengan posisi terlentang. DO: - Tampak pasien terpasang O2 2 liter dengan siturasi 95%. - Terdengar suara nafas tambahan	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan pasien jalan nafas pasien kembali efektif dengan kriteria hasil: Status pernafasan kembali normal: d. Frekuensi pernafasan e. Irama pernafasan f. Penggunaan otot bantu g. Suara nafas tambahan h. Batuk	1. Monitor tanda-tanda vital. monitor tekanan darah, nadi, suhu, status pernafasan dengan tepat. 2. Manajemen jalan nafas a. Lakukan fisioterapi dada sebagaimna mestinya b. Buang secret dengan memotivasi pasien untuk batuk efektif c. Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak adanya suara tambahan 3. Terapi oksigen a. Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. b. Monitor aliran oksigen

	ronchi pada bagian sinistra - Tampak kesan foto thorax efusi pleura sinistra, pneumonia kiri - Tampak irama penafasan takipnea - Perkusi : paru kiri terdengar pekak. - TTV: TD:120/70 mmHg N :80x/menit P :28x/menit		4. Pengaturan posisi: Posisikan pasien untuk mengurangi dyspenea (misalnya posisi semi fowler) 5. Pemberian obat: Berikan pasien mengenai jenis obat, alasan dan efek yang akan terjadi sebelumnya pemberian obat
II	Ketidakseimbagan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan DS: - Pasien mengatakan sejak sakit hanya mampu menghabiskan ½ porsi dari makanannya - Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan badan 3 bulan terakhir DO: - Tampak pasien menghabiskan 5 sendok makan nasi dari ½ porsi nasi dari rs tampak menghabiskan sayur, dan ikan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan meningkatnya asupan makanan pasien dengan kriteria hasil: 1. Nafsu makan Dipertahankan a. Hasrat/ kenginan untuk makan b. Menyenangi makan 2. Status nutrisi: asupan kembali normal. a. Asupan protein b. Asupan lemak c. Asupan karbohidrat d. Asupan serat e. Asupan mineral	Terapinutrisi: 1. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite sementara pasein berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai. 2. Tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi dengan berkolaborasi dengan ahli gizi, sesuai kebutuhan. 3. Pastikan bahwa dalam diet mengandung makan yang tinggi serat untuk mencegah konstipai. TerapiMenelan : 1. Lakukan oral hygiene minimal 2x sehari. 2. Ajarkan pada keluarga pengaturan posisi tidur dan cara pemberian makanan. 3. Ajarkan klien dan keluarga untuk melepaskan sisa makanan dari mulut

	- Tampak pasien kurus. - IMT:17,3 kg Kesempulan: berat badan Menurun.		4. Hindari penggunaan sedotan minuman 5. Bantu peningkatan berat badan . 6. Timbang berat badan pasien pada jam yang sama. 7. Bantu pasien untuk makan atau menyuapi pasien. **Manajemen saluran cerna**: 1. Catat kapan terakhir BAB 2. Berikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat 3. Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsitensi, bentuk, volume, dan warna dengan cara yang tepat. 4. Ajarkan pasien mengenal makanan tertentu yang mendukung keteraturan (aktifitas) usus.

III	Hipertermi berhubungan dengan penyakit. DS: - Pasien mengatakan deman sejak 2 hari yang lalu. - Pasien mengatakan hanya Mengompres badannya dengan air hangat namum demamnya semakin tinggi. DO: - Tampak keadaan umum pasien lemah. - TTV: TD:120/70 mmHg N : 80x/menit P : 28x/menit S : 38,2 C	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selam 3x24 jam suhu tubu pasien dalam rentan normal dengan kriteria hasil: 1.Suhu tubuh dalam rentang Normal (36.5 – 37.5ºC).	1. Monitor suhu tubuh pasien. 2. Selimuti pasien dengan selimut yang sesuai 3. Beri obat untuk mengobati penyebab demam dengan sesui. 4. Dorong pasien untuk meningkatkan intek cairan melalui oral yang sesuai 5. Berikan obat yang tepat untuk mencegah atau mengendalikan pasien mengigil.

E. Impelementasi Keperawatan

Nama/umur : TN “S”/20 tahun

Ruangan/kamar : Bernadeth III/ 359-1

Hari Tanggal	Pukul	DP	TindakanKeperawatan	Paraf
Jumat 06/05/2020	08.00	I	Mengobservasi aliran oksigen Hasil : Tampak terpasang oksigen nasal kanul dengan aliran 2 liter/menit	Celina
	08.30	I	Memberikan obat Hasil : - Rifampicin 400mg/ oral - INH 300mg/ oral - Pirazinamid 500mg/ 0oal	Celina
	09.00	I	Memberikan posisi nyaman untuk mengurangi dyspnea. Hasil: - Pasien tampak dalam keadaan semi fowler - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman	Celina
	10.00	I,II,III	Megobservasi tanda-tanda vital: Hasil : - TD : 120/80 MmHg - N : 84x/menit - P : 28x/menit - S : 38^{o}c	Celina
	10.15	III	Memberikan obat Hasil : Perawat melakukan pemberian obat paracetamol infus 100ml/IV selama 15 menit.	Celina
	10.30	I	Melakukan fisioterapi dada clubbing dan fibrasi pada lapang paru kiri Hasil: Pasien tampak mengeluarkan secret	Celina
	11.00	I	Mengajarkan batuk efektif Hasil : Tampak pasien batuk berlendir dan mengeluarkan secret dan tampak pasien masih sesak	Celina
	11.30	I,III	Menganjurkan pasien untuk minum air	Celina

			hangat Hasil : - Pasien mengatakan lender encer sehingga mudah dikeluarkan - Pasien mengatakan badannya banyak mengeluarkan keringat dan masih demam dengan suhu tubuh 37,9°C	
	12.00	II	Memberikan diet sesuai dengan *advis* Hasil : Pasien mendapatkan diet TKTP	Celina
	13.00	II	Melibatkan keluarga dalam pemenuhan nutrisi Hasil: keluarga mengatakan akan membawakan makanaan kesukaan pasien	Celina
	13.30	II	Menimbang berat badan pasien Hasil : tampak berat badan pasien 50 kg. dengan IMT 17,3 (berat badan kurang ideal)	Celina
	14.00	I,II,III	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 120/80 MmHg - N : 80x/ menit - P : 27x/ menit - S : 38 ^{o}C	Celina
Sabtu,07 Maret 2020	08.05	I	Mengatur posisi pasien Hasil : Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler	Cindi
	08.30	I	Membantu pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil : Tampak pasien melakukan batuk efektif dengan cara menarik napas dalam dan menghembuskan lewat mulut	Cindi
	09.50	I,II,III	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : - TD : 90/60 mmhg - N : 70x / menit - S : 37,8 ^{o}c - P : 24x / menit	
	09.55	I,II,III	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil :	Cindi

			- Codein 10mg / oral	
	10.00	II	Mendukung keluarga untuk membawakan makan kesukaan pasien Hasil : - Tampak pasien makan ayam goreng yang dibawakan keluarganya	Cindi
	11.00	II	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : - Pasien mengatakan sudah menghabiskan ½ porsi makanan - Tampak pasien minum air putih 200 cc	Cindi
	11.10	III	mengajurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis Hasil : - Tampak ibu pasien mengganti pakaian anaknya dengan pakaian yang lebih tipis	Cindi
	12.00	I	Mengatur posisi pasien Hasil : Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler	Cindi
	12.05	I,III	Memonitor status pernapasan dan suhu pasien Hasil : - Tampak pasien masih sesak dan batuk berlendir - Tampak pernapasan 26x / menit - Tampak irama pernapasan pasien cepat - Tampak suhu pasien 37,9 ^{o}c	Cindi
	13.50	II	Mencatat terakhir BAB Hasil : Pasien mengatakan belum BAB sejak 2 hari yag lalu	Cindi
Minggu, 08 Maret 2020	08.20	I,II,III	Mengobservasi tanda-tanda vital: Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit P : 27x/menit S : 37,8°C	Celina
	09.50	II	Memberikan obat	Celina

			Hasil : - Rifampicin 400mg/ oral - Pyrazinmid 500mg/ oral	
	10.05	II	Melibatkan keluarga pasien dalam pemenuhan nutirsi pasien Hasil : - Tampak keluarga menyuapi pasien - Tampak pasien tidak menghabiskan ½ porsi dari makanannya	Celina
	10.20	III	Menganjurkan pasien untuk mengunakan pakaian tipis Hasil : Tampak keringat pasien diserap oleh pakian	Celina
	11.10	III	Monitor suhu tubuh pasien Hasil : - S : 37.9°C - Pasien teraba hangat	Celina
	11.25	III	Melibatkan keluarga pasien untuk kompres hangat Hasil : Pasien mengatakan badannya tidak panas lagi	Celina
	11.30	I,II,III	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit P : 26 x/menit S : 37,7°C	Celina
	11.50	II	Melibatkan keluarga dalam pemberian nutrisi Hasil: - Tampak keluarga menyuapi pasien - Tampak pasien menghabisi ½ porsi dari 1 porsi bubur dan 1 biji telur serta sayur yang disedikan RS	
	12.00	I	Memonitor aliran oksigen pasien - Tampak terpasang O2 nasal kanul dengan aliran 2liter/ menit	Celina
	12.50	II	Mencatat kapan terakhir BAB Hasil: - Pasien mengatakan terakhir BAB jam 05.30 - Pasien mengatakan kontipasi BAB lunak	Celina
	13.10	III	Mengobservasi suhu tubuh pasien Hasil: Tampak suhu pasien 37°c	Celina

	13.25	I	Memberikan air hangat Hasil : Pasien mengatakan mudah mengeluarkan secret atau dahak	Celina

F. EvaluasiKeperawatan

Nama/Umur : TN “S”/ 20 tahun

Ruangan/kamar : Bernadeth III/ 359-1

Hari / Tanggal	DP	Evaluasi Kepawatan	Paraf
Jumat, 06 Maret 2020	I	S: - Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan masih terasa di tengorokan, sedak napas. O: - Tampak pasien dapat dapat mengeluarkan lendir dengan teknik batuk efektif. - Terdengar suara nafas tambahan ronchi. - Tampak terpasang O2 2liter dengan siturasi 95% - Tampak pemberian posisi semi fowler 90º. - Tampak pernafasan pasien 28x/menit A: - Ketidakefeketifan pola nafas belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi 1,2,3,4 dan 5	Celina & Cindi
	II	S**:** - Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan - Keluarga pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 50 kg menjadi 42 kg O**:** - Tampak pasien hanya makan 3sendok bubur, menghabiskan 1 biji telur rebus, serta tidak menghabiskan sayur dan minum air hangat 2 gelas 400cc - Pasien mengatakan belum BAB sudah 2 hari dan jika tidak BAB	

		pasien menggunakan pencahar A**:** - Kebutuhan nutrisi pasien belum teratasi P**:** Lanjutkan intervens 1,2,3 dan 4	
	III	S: - Pasien mengatakan demamnya naik turun - Pasien mengatakan badannyaterasa panas O: - Teraba badan pasien hangat - Tampak mukosa bibir pasien kering - Tampak pasien berkeringat - Suhu: 38.2ºC A: - Masalah hipertermi belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1,2,3, dan 4	
Sabtu O7 Maret 2020	I	S: - Pasien mengatakan batuk berlendir mulai berkurang dan kadang-kadang muncul, sesak masih dirasakan O: - Tampak suara tambahan ronchi mulai berkurang - Tampak pasein dibantu dengan O2 2liter/menit dengan siturasi 95% - Tampak pasien terbaring dengan posisi semi fowler A: - Ketidakefektifan pola nafas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1,2,3 dan 4	
	II	S: - Pasien mengatakan nafsu makan berkurang dan tidak ada selera makan - Pasien mengatakan tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan di RS	

		0: - Tampak pasien menghabiskan 4 sendok makan bubur, 1 biji telur rebus dan tidak menghabiskan sayur dan ikan A: - Ketidakseimbangan nutrisi belumbelum teratasi P**:** lanjut intervensi 1,2,3 dan 4	
	III	S: - Pasien mengatakan demamnya naik turun. - Pasien mengatkan badannya terasa hangat 0: - Tampak tubuh pasien teraba hangat - Tampak pasien diberi kompres hangat - Tampak pasein keringatan - Suhu: 38.2ºC A: - Masalah hipertermi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1,2,3, dan 4	
Minggu 08 Maret 2020	I	S: - Pasien mengatakan sesak sudah berkurang dan batuk berlendir sudah berkurang O: - Tampak pasien tidak dalam posisi semi fowler - Tampak pasein dibantu dengan O2 2liter/menit dengan siturasi 95% A: - Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5	
	II	S: - Pasien mengatakan sudah menghabiskan 1 porsi bubur	

		yangdisediakan RS O**:** - Tampak pasien menghabiskan 1 porsi bubur, 1 biji telur, sayur, dan ikan serta menghabiskan air dua gelas 400cc A**:** - Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan P**:** Lanjutkan intervensi 1,2,3,4	
	III	S: - Pasien mengatakan merasakan tidak demam lagi O: - Tubuh pasien tidak teraba dingin Suhu tubuh pasien 36,9ºC A: - Masalah hipertermi telas teratasi P: Hentikan intervensi	

G. Terapi

1. Nama obat: *Ceftriaxone*

   a. Klasifikasi/gologan obat : Antibiotik (cephalosporin)
   b. Dosis umum : 50-100 mm/kg setiap 24 Jam
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2gr/24 jam IV
   d. Cara pemberian: Injeksi
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Mekanisme kerja chepalosporins (ceftriaxone) sebagai antimikroba yaitu dengan menghambat sintesis dinding sel, dimana dinding sel berfungsi menpertahankan bentuk mikroorganisme dan “menahan” sel bakteri, yang memiliki tekanan osmotic yang tinggi di dalam selnya. Tekana di dalam sel pada bakteri Gra-positif 3-5 kali lebih besar daripada bakteri Gram-negatif. Kerusakan pada dinding sel (misalnya oleh lisozim) atau hambatan pembentukannya dapat mengakibatkan lisis pada sel (mycek,2001).

   f. Alasan pemberian obat: Untuk mengobati dan mencegah infeksi bakteri
   g. Kontra indikasi: Ceftriaxone tidak boleh digunakan oleh orang dengan kondisi neonates, hiperbilirubinemik, dan memiliki elergi terhadap ceftriaxone.
   h. Efek samping: Alergi, mual dan muntah, sakit perut, sakit kepala atau pungsi dan berkeringat.

2. Nama obat : Rifampicin

   a. Klasifikasi/golongan obat : Antituberkulosis
   b. Dosis umum : 600mg/hari
   c. Dosis untuk pasien : 1x 400mg/24 jam
   d. Cara pemberian : oral

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Menghambat RNA pada mikroorganisme yang peka. Berfungsi mengobati infeksi pada penderita tuberculosis
f. Alasan pemberian obat : Untuk mengatasi bakteri tuberculosis
g. Kontra indikasi: penyakit hati aktif
h. Efek samping obat: Gangguan saluran cerna seperti mual, muntah anoreksia, diare : pada intermiten dapat terjadi sindrom influenza, gangguan respirasi (nafas pendek), kolaps dan syok, anemia hemolitik, anemi, gagal ginjal akut, purpura, trombositopenia, gangguan fungsi hati, icterus, flushing, urtikaria, ruam, edema, kelemahan otot, miopati, leucopenia, eosinophilia, gangguan menstruasi, warna kemerahan pada urin, saliva dan cairan tubuh lainnya : tromboflebitis pada pemberian infus jangka Panjang. (Elin, Retnosari & Joseph, 2009)

3. Nama obat : Paracetamol infus
   a. Klasifikasi/ Golongan obat : Antipiretik dan Analgesik
   b. Dosis umum : intravena selama15 menit. Dewasa dengan BB >50 kg: 1000 mg/pemberian, interval minimal 4 jam, dosis maksimal 4 g/kg. Anak dan dewasa >33-50 kg: 15 mg/kg BB, interval minimal 4 jam, dosis maksimal 60 mg/kg BB.
   c. Dosis untuk yang bersangkutan : 1 botol untuk 1 kali
   d. Cara pemberian obat : Infus intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat
   f. Alasan pemberian obat pada pasien pada pasien yang bersangkutan: karena pasien mengalami peningkatan suhu/ demam
   g. Kontraindikasi : Hipersensitif dan gangguan hati berat

h. Efek samping obat : Malaise, kenakan kadar transaminase, ruam, reaksi hipersensitif, hepatotoksik (overdosis).

4. Nama obat : Izoniasid (INH)
   a. Klasifikasi/ golongan obat : Anti tuberculosis
   b. Dosis umum : 300 mg/hari
   c. Dosis untuk yang bersangkutan : 1x1/300 mg/oral
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Bekerja langsung di pusat saraf dengan mempengaruhi ambang rasa sakit dengan menghambat enzim cyclooxsygenase, COX-1, COX-2 dan COX-3 yang terlibat dalam pembentukan prostaglandin, substansi yang bertindak mengatur rasa sakit dan diketahui juga sebagai regulator panas pada hipotalamus. Dengan berkurangnya produksi prostaglandin di otak maka efek rasa sakit dan demam dapat berkurang. Menghambat sintesis dinding sel mikobakterium dan mengganggu metabolismenya.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien : Untuk pencegahan *tuberculosis* pada pasien yang terpajan penyakit.
   g. Kontraindikasi : Hipersentivitas, penyakit hati akut, hepatitis akibat izoniasid yang sebelumnya.
   h. Efek samping obat : SSP: Neuropati perifer, kejang, psikosis mata dan THT: gangguang penglihatan, mual, muntah.

5. Nama obat : Codein
   a. Klasifikasi obat : antitusif
   b. Dosis umum : 10 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 10 mg / 8 jam
   d. Cara pemberian : Oral
   e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:

f. Codein merupakan analgesic agonis opiod. Efek codein terjadi apabila codein berikatan secara agonis dengan reseptor opiod di berbagai tempat disusun saraf pusat. Efek analgesic codein tergantung afinitas codein terhadap reseptor opiod tersebut. Codein dapat meningkatkan ambang rasa nyeri dan mengudah reaksi yang timbul di korteks serebri pada waktu perspsi nyeri diterima dari thalamus. Codein juga merupakan antitusif yang bekerja pada susunan saraf pusat dengan menekan batuk.
g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Karena pasien mengalami batuk berlendir yang susah dikeluarkan.
h. Kontra indikasi: Asma bronkial, emfisema paru0 paru, trauma kepala, tekanan intrakarnial yang meninggi, alkholisme akut, setelah operasi saluran empedu.
i. Efek samping obat :
   Dapat menimbulkan ketergantungan, mual muntah, idiosinkrasi, pusing, sembelit, depresi pernapasan terutama pada penderita asma, depresi jantung dan syok.

6. Nama obat : Pirazinamid
   a. Klasifikasi/golongan obat : Anti tuberculosis
   b. Dosis umum : 500 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1x1 tablet/ 24 jam
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Obat ini bekerja sebagai antibiotic dengan cara menghentikan pertumbuhan bakteri. Berfungsi melawan *mycobacterium tuberculosis* paru
   f. Alasan pemberian obat :
      Untuk pengobatan *tuberculosis* yang diberikan Bersama antituberkulosa lainnya (terapi kombinasi)

g. Kontra indikasi :

   Terhadap gangguan fungi hati berat, porfiria, hipersensitifitas terhadap pirazunamid (Judith & April 2009)

h. Efek samping obat :

   Hepatotoksisitas, termasuk senam anoreksia, hepatomegaly, icterus, gagal hati, mual, muntah, arthralgia, enemia sideroblastic, urtikaria (Elin, Retnosari & Joseph, 2009)

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis membahas ada tidaknya kesenjangan antara konsep teori yang diperoleh dari tinjauan teoritis dengan pengamatan kasus yang ditemukan dalam asuhan keperawatan pada Tn “S” dengan Efusi Pleura di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada unit BERNADETH III yang berlangsung selama tiga hari. Pembahasan dalam bab ini menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, dokter, dan hasil pengamatan langsung pada pasien.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis pada Tn. “S” didapatkan data demam, sesak napas dan batuk berlendir yang memberat sejak 3 hari terakhir sebelum masuk rumah sakit.Pada saat pengkajian didapatkan data pasien mengatakan sesak napas, batuk berlendir disertai demam dan nafsu makan 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 premitus menurun pada sisi kiri, perkusi paru kiri pekak pada dasar paru, suara napas tambahan pada paru sebelah kiri: ronchi. Dari hasil foto toraks didapatkan hasil efusi pleura kiri dan pneumonia kiri.

Berdasarkan hasil foto toraks sesak nafas yang dialami pasien, penulis menyimpulkan bahwa faktor pemicu efusi pleura adalah 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 paru-paru tidak dapat mengembang sempurana saat bernafas sehingga jumlah cairan dalam pleura bertambah sehingga pasien merasa sesak.

B. Diagnosa keperawatan

Dari hasil pengkajian yang diperoleh maka penulis mengangkat 3 diagnosa yaitu:

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
2. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan.
3. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

Dari ketiga diagnosa keperawatan di atas, diagnose yang pertama adalah Ketidakefektifan bersihan jalan napas, alasan penulis mengangkat diangnosa ini karena penulis menemukan data pada pasien, tampak pasien sesak dan batuk berlendir, terpasang O2 2 liter dengan saturasi 95%, terdengar suara nafas tambahan ronchi pada bagian sinistra, kesan foto thorax efusi pleura sinistra, pneumonia sinistra, pernapasan takipnea, perkusi paru kiri terdengar pekak. Diagnose yang kedua yaitu Ketidakseimbangan nutrisi, alasan penulis mengangkat diagnose ini karena penulis menemukan data pada pasien, tampak pasien hanya menghabiskan ½ dari makanannya, Berat badan: 50kg, IMT: 17,3 kg Kesimpulan: Berat badan menurun. Diagnose yang ketiga yaitu: Hipertermi, alasan penulis mengangkat diagnose ini karena penulis menemukan data pasien ditemukan suhu pasien 38,2^{o}c dan badan teraba panas.

Penulis tidak mengangkat beberapa diagnosa lain yang ada pada teori karena data tidak mendukung, seperti:

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot napas. Penulis tidak mengangkat diagnose ini karena hal ini telah terpenuhi saat penulis mengangkat diagnose ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mucus berlebihan.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agens biologis. Diagnose ini tidak diangakat karena pada saat pengkajian pasien tidak mengalami nyeri
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnose ini tidak diangkat di kasus karena pasien mengatakan ingin terus beristirahat dan berbaring ditempat tidur untuk mengurangi nyeri dada akibat batuk.

C. Rencana Keperawatan

Setelah proses pengkajian dan perumusan diagnose keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul.

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru. Intervensi yang disusun penulis yaitu : pantau tanda-tanda vital : tekanan darah, pernapasan, nadi, lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya, buang secret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif, auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan ada suara tambahan, berikan oksigen tambahan sesuai yang diperintahkan, monitor aliran oksigen, posisikan pasien dengan posisi semifowler untuk mengurangi dispnea.
2. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan. Penulis membuat beberapa intervensi yaitu terapi nutrisi dengan meganjurkan keluarga untuk membawakan makanan kesukaan pasien, tentukan jumlah kalori dan tipe nutrisi dengan berkolaborasi dengan ahli gizi sesuai kebutuhan, pastikan dalam

diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi.

3. Hipertermi berhubungan dengan penyakit, intervensi yang disusun penulis yaitu monitor suhu tubuh pasien, selimuti pasien dengan selimut yang sesuai, beri obat untuk mengobati penyebab demam dengan sesuai, dorong pasien untuk meningkatkan intek cairan melalui oral.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana tindakan/intervensi yang telah ditentukan sesuai dengan masalah dan kondisi pasien sehingga masalah pasien dapat teratasi.Penulis melaksanakan implementasi sesuai dengan yang telah di tetapkan.

1. Pada masalah keperawatan pertama mengenai ketidakefektifan bersihan jalan napas, semua intervensi yang disusun dapat diimplementasikan selama ± 3 hari.
2. Pada masalah keperawatan yang kedua mengenai ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh, semua intervensi yang disusun dapat di implementasikan semua selama ± 3 hari.
3. Pada masalah keperawatan yang ketiga intoleransi aktivitas: imobilisasi, semua intervensi yang disusun dapat diimplementasikan semua selama ± 3 hari

E. Evaluasi

Pada tahap evaluasi ini merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan yang telah dilaksanakan selama 3 hari (6- 8 maret 2020). Yakni menilai perkembangan pasien dan sejauh mana keberhasilan/tujuan yang telah tercapai. Adapun evaluasi penulis adalah sebagai berikut:

1. Ketedikefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, ketidakefektifan pasien berkurang dimana pasien mengatakan batuk berlendir dan sesak sudah berkurang dengan pernapasan 23x / menit. Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum teratasi, lanjutkan intervensi oleh perawat ruangan.
2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, dimana ibu pasien mengatakan demam anaknya sudah turun dengan suhu: 36,8^{o}c, stop intervensi.
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 makan, sudah menghabiskan makanannya ½ dari 1 porsi yang diberikan, lanjutkan intervensi oleh perawat ruangan.

BAB V

PENUTUP

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Tn “S” dengan Efusi Pleura di ruangan Bernadeth III di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimupulan dan saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

   Pada saat pengkajian penulis mendapatkan pasien tampak lemah, sesak napas dan batuk berlendir, tampak irama pernapasan cepat dan pasien teraba panas. Terapi yang diberikan saat pengkajian terpasang infus RL 400 cc pada tangan sebelah kiri pasien dengan jumlah tetesan 20 tetes / menit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 110/70 mmHg, suhu: 38,2 °C, nadi: 86x / menit, pernapasan: 28x / menit.Pasien mengeluh nafsu makan berkurang karena sesak dan batuk berlendir dan hanya menghabiskan ¼ porsi dari 1 porsi makanan.Pemeriksaan foto thorax: efusi pleura sinistra, pneumonia sinistra.

2. Diagnose keperawatan yang diangkat
   a. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.
   b. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
   c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

3. Perencanaa tindakan keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada Tn “S” dan semua intervensi untuk ke-3 diagnosa dibuat sesuai teori dan kondisi pasien.

4. Implementasi dilakukan selama 3 hari perawatan dan semuanya terlaksana dengan baik berupa tindakan mandiri, observasi, kaloborasi, pendidikan kesehatan.
5. Evaluasi masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn. “S” yang teratasi yaitu hipertermi pada hari ketiga dan yang belum teratasi yaitu ketidakefektifan kebersihan jalan napas dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran untuk pertimbangan dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan yang ditunjukan kepada:

1. Bagi pasien dan keluarga

   Kiranya pasien mampu mengubah pola hidup menjadi pola hidup yang sehat dengan mengkomsumsi makanan dengan gizi seimbang, istirahat yang cukup, menciptakan lingkungan yang sehat seperti ventilasi yang memadai, serta melanjutkan terapi yang diberikan oleh dokter.
2. Bagi Perawat

   Diharapkan mampu melakukan tindakan keperawatan mandiri, tindakan kolaborasi dan edukasi tentang cara pencegahan dan penanganan dari penyakit Efusi Pleura dengan baik dan benar.
3. Institusi rumah sakit

   Diharapkan rumah sakit lebih meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan utamanya dalam upaya peningkatan pengetahuan dan pencegahan penyakit pada masyarakat khususnya penyakit Efusi Pleura.
4. Bagi Institusi Pendidikan

   Sebagai sumber informasi, bacaan serta acuan untuk mengukur kemampuan mahasiswa dalam penerapan proses keperawatan khususnya dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura.

DAFTAR PUSTAKA

Amin Huda Nuratif, 2015, Konsep Teori Efusi Pleura. Unviersitas : Surabaya.

Alsagaff, H & Mukty, H.A. (ed). 2018. Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Paru. Surabaya Erlangga.http://repository.poltekeskupang.ac.id/486/1/KTI Omega Simanjuntak.pdf (diakses

Dwianggita, P. 2016. Etiologi Efusi Pleura pada Pasien Rawat inap di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah, Denpasar, Bali Tahun 2013.*DOAJ.*7(1), pp. 57-66. Available at: http://isainsmedis.id/ojs/. (diakses

Guyton, C.A & Hall, E.J. 1997.*Buku Ajar Fisiologi Kedokteran.*Irawati Setiawan (ed). Edisi 9. Jakarta: EGC.

Khairani dkk, 2012). Khairani A, Syahruddin E, Partakusumu LG. 2012. Karakteristik Efusi Pleura di Rumah Sakit Persahabatan.Jurnal Respiratologi Indonesia.Vol. 32. No. 3: 155-160

Medical Science Journal*. Identification Of Micobacterium Tubercoulosis By Polimarase Chain Reaction (PCR) Terst and Its Relationship to MMG staining Of Pleural fluid in Patient With Suspected Tuberculosis Pleural Effusion*. Nuusantara Medical Science.2018 : 21

Riskesdas (2018). Hasil Riskesdas 2018. Jakarta : Kemenkes Kesehatan RI

Smeltzer, 2014.*Buka ajaran keperawatan Medikal bedah*, Voleme 3.EGC. Jakarta