KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN EFUSI PLEURA DI RUANG SANTA BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

SARFINA F. F. PATTIASINA (NS2514901071)

SHELLA AGNESIA (NS2514901072)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR

2026

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN EFUSI PLEURA DI RUANG SANTA BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

SARFINA F. F. PATTIASINA (NS2514901071)

SHELLA AGNESIA (NS2514901072)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR

2026

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Sarfina F. F. Pattiasina (NS2514901071)
2. Shella Agnesia (NS2514901072)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernytaan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 25 Maret 2026

Yang menyatakan



Sarfina F. F. Pattiasina



Shella Agnesia

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Efusi Pleura Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Sarfina F. F. Pattiasina/ NS2514901071

: 2. Shella Agnesia/ NS2514901072

Disetuji oleh:

Pembimbing 1	Pembimbing 2
(Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep)	(Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D)
NIDN:0907049202	NIDN: 0913098201

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama

STIK Stella Maris Makassar

Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D
NIDN : 0913068201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama	: 1. Sarfina F. F. Pattiasina (NS2514901071)
	2. Shella Agnesia (NS2514901072)
Program studi	: Profesi Ners
Judul KIA	: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Efusi Pleura Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1: Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep ( )

Pembimbing 2: Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D ( )

Penguji 1 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes ( )

Penguji 2 : Felisima Ganut, Ns., M.Kep ( )

Ditetapkan di : **Makassar**
Tanggal : **25 Maret 2026**

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D
NIND: 0913098201

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama: 1. Sarfina F. F. Pattiasina (NS2514901071)
2. Shella Agnesia (NS2514901072)

Menyatakan menyutujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, menggalih informasi/formatikan, merawat dan mempublikasikan Karya Ilmiah Akhir ini untuk Pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar 25 Maret 2026

Yang menyatakan

Sarfina F. F. Pattiasina

Shella Agnesia

KATA PENGANTAR

Segala puji dan Syukur kami haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas segala berkat dan rahmatnya, sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul " Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Efusi Pleura di Ruang Santa Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar**".**

Karya Ilmiah Akhir ini dibuat untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini kami menyadari bahwa banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini kami menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Fransiska Anita, Ns., M.kep., Sp.Kep.MB., Ph.D, selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar sekaligus pembimbing II dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir
2. Serlina sandi, Ns., M.Kep., Ph.D, selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon, Ns., M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep, selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. Wirmando, Ns., M.Kep, selaku ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Yunita Gabriela Madu, S.Kep Ns., M.Kep, selaku Ketua Unit Penjaminan Mutu STIK Stella Maris Makassar.
7. Fitriyanti Patarru' Ns., M.Kep, selaku pembimbing I yang telah meluangkan

waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini

8. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes, selaku penguji I yang memberikan masukan dan saran untuk meningkatkan kualitas Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Felisima Ganut, Ns., M.Kep, selaku dosen penguji II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
10. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
11. Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin dan pengarahan untuk melaksanakan studi kasus di ruang perawatan St. Bernadeth II. Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
12. Ny “C” selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
13. Teristimewa kepada orang tua dan keluarga, yaitu Bapak Adolfis Pattiasina dan Ibu Dolfina Tibalimeten selaku orang tua dari Penulis I, serta keluarga Penulis II Bapak Agustinus Sawal dan Ibu Marlina , yang telah memberikan dukungan, doa, dan motivasi selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih memiliki keterbatasan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, 25 januari 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ……
HALAMAN SAMPUL ii
PERNYATAAN ORISINALITAS ..... Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR ..... Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ..... Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....vii
DAFTAR ISI iix
DAFTAR TABEL.....xi
DAFTAR GAMBAR xii
DAFTAR LAMPIRAN xiii
BAB I PENDAHIULUAN.....1
A. Latar Belakang 1
B. Manfaat Penulisan.....4
1. Bagi Rumah Sakit……....4
2. Bagi Pasien……..……....4
3. Bagi Profesi Keperawatan……..……4
4. Bagi Institusi Pendidikan……...4
C. Matode Penulisan……..5
D. Sistematika Penulisan..... …..5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7
A. Konsep Dasar Medis Efusi Pleura 7
1. Defenisi Efusi Pleura……..…..7
2 Anatomi Fisiologi……..……8
3. Etiologi ……..……10
4. Patofisiologi …….……...11
5. Manifestasi Klinik……..……..……...12
6. Pemeriksaan Penunjang ……15
7 Penatalaksanaan Medis ……..……17
8. Komplikasi ……19
B. Konsep Dasar Keperawatan Efusi Pleura 21
1. Pengkajian Keperawatan……21
2. Diagnosis Keperawatan……25
3. Rencana Keperawatan……..……..26
4. Discharge Planning……...……..36
BAB III PENGAMATAN KASUS 42
A. Ilustrasi Kasus 42
B. Pengkajian Keperawatan 43
C. Analisa Data 68

E. Diagnosis Keperawatan 71
F. Rencana Keperawatan.....71
G. Implementasi Keperawatan.....74
H. Evaluasi Keperawatan.....90
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 98
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan 98
1. Pengkajian……..98
2. Diagnosis Keperawatan…….. 101
3. Rencana Keperawatan……..….104
4. Implementasi Keperawatan……..……...…….105
5. Evaluasi Keperawatan……..……..108
B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*..... 110
1. Judul EBN……..……...…….110
2. Diagnosis Keperawatan ……..…….110
3. Luaran yang Diharapkan ……..…..…..110
4. Intervensi yang Mengacuh pada EBN……..…...…….110
5. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN…….....111
C. PICOT EBN 112
BAB V PENUTUP 116
A. Simpulan.....116
B. Saran 118
DAFTAR PUSTAKA .....
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....68
Tabel 3.2 Diagnosis Keperawatan.....71
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan.....72
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan.....74
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan.....90
Tabel 3.6 PICOT EBN.....112

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1: Anatomi Fisiologi Paru-paru……8

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul……

Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup……

BAB I
PENDAHIULUAN

A. Latar Belakang

Efusi pleura merupakan kondisi penumpukan cairan secara abnormal di rongga pleura, yaitu ruang antara pleura parietalis dan pleura viseralis. Kondisi ini umumnya terjadi sebagai komplikasi dari berbagai penyakit, baik yang bersifat eksudat dan transudat. Selain disebabkan oleh penyakit tertentu, kejadian efusi pleura juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan perilaku. Kepadatan penduduk, ventilasi rumah yang kurang baik, serta paparan asap rokok dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit infeksi saluran pernapasan seperti tuberkulosis dan pneumonia yang dapat berkembang menjadi efusi pleura (Sari & Kartika, 2021).

Secara geografis penyakit efusi pleura merupakan masalah kesehatan yang masih sering ditemukan di berbagai negara, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Menurut *World Health Organization* (2018), prevalensi efusi pleura di dunia diperkirakan sekitar 320 kasus per 100.000 penduduk. Di Indonesia, berdasarkan Kemenkes (2023), prevalensi efusi pleura diperkirakan mencapai 2,7% dari seluruh kasus infeksi saluran pernapasan. Menurut badan pusat statistik provinsi Sulawesi Selatan, tingginya angka tuberkulosis di Sulawesi Selatan pada tahun 2020 mencapai sekitar 18.863 kasus yang merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya efusi pleura. Hal ini sejalan yang dilakukan oleh penelitian di RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar melaporkan terdapat 71 kasus efusi pleura pada periode September 2019 hingga Agustus 2020 (Arnawan et al., 2022). Berdasarkan data dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar khususnya di Ruang St. Bernadeth II, selama periode 01 Januari 2025 hingga 31 Januari 2026 tercatat sebanyak 28 kasus efusi pleura. Data tersebut menunjukkan

bahwa efusi pleura masih menjadi masalah kesehatan yang memerlukan penanganan yang tepat.

Data tersebut menunjukkan bahwa efusi pleura masih menjadi masalah kesehatan yang cukup signifikan dan memerlukan penanganan yang tepat untuk mencegah terjadinya komplikasi seperti gagal napas yang dapat membahayakan pasien. Oleh karena itu, perawat sebagai tenaga kesehatan yang berperan langsung dalam pelayanan pasien memiliki peran penting dalam penanganan efusi pleura melalui upaya promotif dan preventif. Pada upaya promotif, perawat berperan sebagai edukator dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat mengenai pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, serta pencegahan efusi pleura. Sedangkan pada upaya preventif, perawat dapat menganjurkan masyarakat untuk menghindari faktor risiko seperti kebiasaan merokok serta menjaga ventilasi rumah yang baik, sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya infeksi saluran pernapasan.

Selain itu, perawat juga berperan dalam upaya kuratif dan rehabilitatif melalui pemberian asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien. Pada upaya kuratif, perawat bekerja secara kolaboratif dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan perawatan kepada pasien, seperti melakukan pemantauan kondisi pernapasan, memberikan terapi oksigen sesuai kebutuhan, serta membantu tindakan medis apabila diperlukan, termasuk pemasangan *Water Seal Drainage (WSD)* pada pasien dengan penumpukan cairan pleura yang berlebihan. Pada upaya rehabilitatif, perawat membantu proses pemulihan pasien dengan memberikan edukasi lanjutan, memantau status pernapasan, serta membantu pasien mempertahankan pola napas yang efektif (Rozak & Clara, 2022).

Dalam penatalaksanaan pasien dengan efusi pleura, perawat berfokus pada upaya mempertahankan efektivitas pola napas dan

meningkatkan status oksigenasi, karena penumpukan cairan di rongga pleura dapat menghambat ekspansi paru dan menimbulkan sesak napas. Pemantauan frekuensi, kedalaman, serta irama pernapasan dan deteksi dini tanda-tanda distress respirasi menjadi bagian penting dalam asuhan keperawatan. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah pengaturan posisi tubuh, seperti posisi *semi-fowler,* yaitu posisi setengah duduk yang dapat membantu meningkatkan ekspansi paru, mengurangi tekanan cairan terhadap paru, serta mempermudah proses pernapasan sehingga keluhan sesak napas dapat berkurang (Ding et al., 2024).

Penerapan posisi pada pasien efusi pleura di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, khususnya di ruang perawatan Santa Bernadet II, menunjukkan adanya ketidaksesuaian antara standar dan pelaksanaan di lapangan. Posisi *semi-fowler* yang seharusnya diberikan dengan sudut kemiringan 30–45 derajat dan durasi tertentu, dalam praktiknya sering dilakukan tanpa memperhatikan ketepatan sudut maupun lama pemberian. Selain itu, pada beberapa kondisi pasien mengatur posisinya secara mandiri akibat keterbatasan tenaga perawat, dan posisi yang diberikan hanya sekadar dimiringkan tanpa pengukuran yang jelas.

Penerapan posisi ini perlu dilakukan secara teratur dengan durasi sekitar 15–30 menit dan dipertahankan selama pasien masih mengalami sesak napas, sehingga dapat membantu meningkatkan ventilasi paru dan kenyamanan pasien. Oleh karena itu, pelaksanaan pemberian posisi *semi-fowler* tetap perlu diperhatikan dan disesuaikan dengan standar sebagai bagian penting dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, khususnya pada pasien dengan efusi pleura.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk mengangkat topik “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien dengan Efusi Pleura di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”, dengan harapan dapat menerapkan asuhan keperawatan yang

efektif, holistik, dan berkualitas dalam meningkatkan kondisi kesehatan pasien.

B. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Sebagai sumber informasi dan bahan pertimbangan bagi rumah sakit dalam upaya meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura yang berbasis *Evidence Based Nursing*.

2. Bagi Pasien

   Pasien memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan serta pengobatan yang efektif, disertai perubahan pola hidup untuk mencegah komplikasi atau kekambuhan penyakit. Selain itu, pasien juga mendapatkan informasi mengenai penyebab, gejala, serta proses penanganan, termasuk latihan dan pengaturan diet pada pasien dengan ileus obstruktif.

3. Bagi Profesi Keperawatan

   Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi profesi keperawatan dalam meningkatkan peran aktif perawat, khususnya dalam upaya pencegahan, penanganan, dan pemberian pendidikan kesehatan guna menurunkan angka kejadian efusi pleura serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

4. Bagi Institusi Pendidikan

   Penulisan dari karya ilmiah akhir ini dapat digunakan sebagai sumber informasi dan referensi untuk penulis selanjutnya tentang penyakit efusi pleura dan salah satu penerapan *Evidence-Based Nursing (EBN*) yaitu pemberian posisi *semi-fowler* 30-40°

C. Metode Penulisan

Dalam dalam penulisan Karya Ilmiah ini penulisan menggunakan pendekatan dalam mengumpulkan data atau informasi dengan cara sebagai berikut:

1. Studi Kepustakaan

   Mencari literatur-literatur yang berasal dari buku-buku ilmu keperawatan, internet serta buku-buku yang berhubungan dengan karya ilmiah ini.

2. Studi Kasus

   Studi kasus ini meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, pelaksaan tindakan, evaluasi tindakan serta mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan. Untuk mencapai beberapa hal di atas maka penulis menggunakan teknik:

   a. Melakukan wawancara bersama pasien, keluarga serta perawat ruangan.
   b. Pengamatan kasus penulis melakukan pengamatan langsung terhadap respon pasien terhadap diagnosis penyakit,
   c. Melakukan pemeriksaan penunjang serta mengikuti dan melaksanakan asuhan keperawatan.
   d. Melakukan diskusi dan konsultasi bersama pembimbing karya ilmiah dan perawat ruangan.

D. Sistematika Penulisan

Karya ilmiah akhir adalah salah satu tugas akhir dalam profesi keperawatan ners yang tersusun atas 5 bab dan terdiri dari : Bab I: pendahuluan bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan tujuan penulisan manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II: tinjauan pustaka bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan

dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, dan komplikasi sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, Implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan secara teori serta *discharge planning* dan patoflodiagram. Bab III: pengamatan kasus menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta daftar obat dan pemeriksaan diagnostik pada pasien. Bab IV: meliputi pembahasan kasus dan pembahasan penerapan *Evidence-Based- Nursing* (*EBN*) yang didalamnya membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V: penutup, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis Efusi Pleura

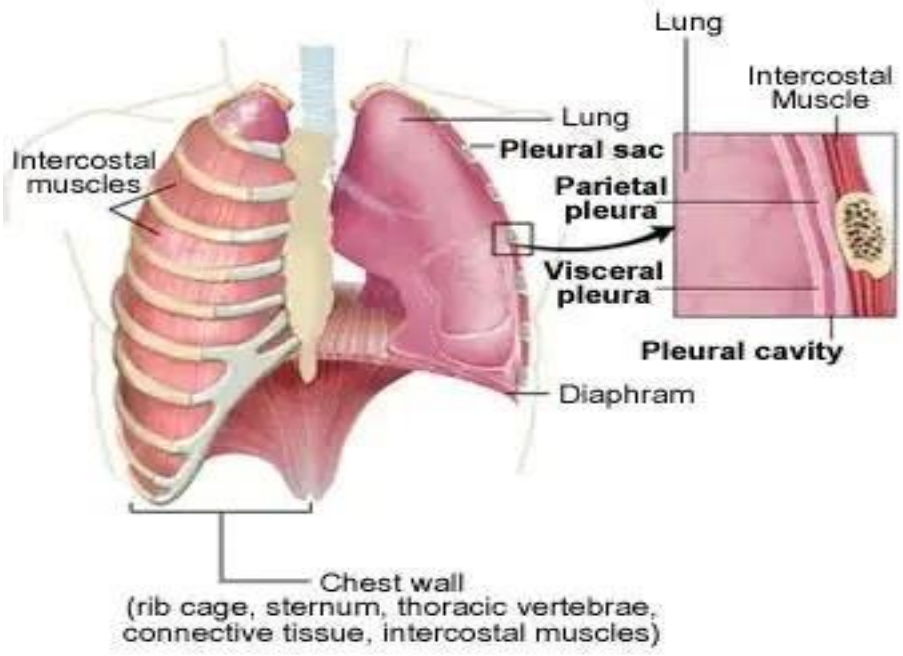
1. Defenisi Efusi Pleura

Efusi pleura adalah penumpukan cairan di rongga pleura, yaitu ruang antara pleura parietalis dan viseralis yang normalnya hanya berisi lapisan tipis cairan serosa. Kondisi ini terjadi akibat ketidakseimbangan antara produksi dan reabsorpsi cairan, dan cairan yang terkumpul bisa berupa transudat atau eksudat, disebabkan oleh peningkatan tekanan hidrostatik, peradangan, infeksi, atau keganasan (Price & Wilson, 2003).

Sedangkan Efusi pleura yaitu suatu kondisi yang terjadi pada pleura dimana terdapat penumpukan cairan yang terdiri atas transudat atau eksudat yang menyebabkan ketidakseimbangan antara produksi dan absorbsi pada kapiler dan pleura viseralis (Supriantarini & Afifah, 2025).

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa Efusi pleura merupakan kondisi patologis berupa penumpukan cairan di rongga pleura, yaitu ruang antara pleura parietalis dan pleura viseralis yang secara normal hanya berisi lapisan tipis cairan serosa. Penumpukan cairan ini terjadi akibat ketidakseimbangan antara produksi dan reabsorpsi cairan pleura, baik di kapiler maupun pleura viseralis. Cairan yang terkumpul dapat berupa transudat maupun eksudat, yang disebabkan oleh berbagai kondisi seperti peningkatan tekanan hidrostatik, peradangan, infeksi, atau keganasan.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1: Anatomi fisiologi Paru-paru
(Alfian et al., 2020)

Pleura merupakan membran serosa yang melapisi dinding toraks, diafragma, dan mediastinum (pleura parietalis), serta membungkus permukaan paru hingga mengikuti fisura lobus (pleura viseralis). Di antara keduanya terdapat rongga pleura yang secara normal berisi sedikit cairan (±10–20 ml) sebagai pelumas, sehingga paru-paru dapat bergerak dengan lancar dan gesekan selama proses inspirasi dan ekspirasi dapat diminimalkan (Alfian et al., 2020).

a. Pleura Viseralis

   Pleura viseralis adalah lapisan pleura yang melekat langsung pada permukaan paru. Lapisan ini tersusun atas satu lapis sel mesotel yang sangat tipis (<30 µm) pada bagian luar. Di antara celah-

celahnya terdapat sel limfosit, sedangkan di bawah sel mesotel terdapat endopleura yang mengandung fibrotis dan
histiosit. Lapisan berikutnya berupa jaringan kolagen dan serat elastis, dan pada bagian paling dalam terdapat jaringan interstisial subpleura yang kaya akan pembuluh darah kapiler.

b. Pleura parietalis

Pleura parietalis merupakan lapisan pleura yang melapisi dinding toraks. Struktur jaringan pleura parietalis lebih tebal, tersusun atas sel mesotel serta jaringan ikat yang mengandung serat kolagen dan elastis. Pada jaringan ikat tersebut banyak terdapat kapiler yang berasal dari pembuluh interkostalis dan mamaria interna. Selain itu, pembuluh limfe pada pleura parietalis memiliki banyak reseptor saraf sensoris yang peka terhadap rangsangan nyeri dan perubahan suhu, dengan distribusi mengikuti dermatom dinding dada. Hal ini memudahkan perlekatan dan pelepasan pleura terhadap dinding dada serta berperan dalam produksi cairan pleura.

Kedua lapisan pleura saling berhubungan di daerah hilus pulmonalis melalui ligamentum pulmonalis. Di antara pleura viseralis dan pleura parietalis terdapat rongga yang disebut cavum pleura, yang secara normal berisi sedikit cairan pleura untuk mengurangi gesekan selama proses pernapasan. Secara fungsional, pleura memiliki peran mekanik dalam meneruskan tekanan negatif toraks ke paru-paru sehingga paru dapat mengembang secara elastis. Pada kondisi istirahat, tekanan intrapleura berkisar antara -2 sampai -5 cmH_2O dan menjadi lebih negatif di bagian apeks saat berdiri. Saat inspirasi, tekanan negatif ini dapat meningkat hingga sekitar -25 sampai -35 cmH_2O. Selain itu, rongga pleura bersifat steril karena sel mesotel mampu melakukan fagositosis terhadap benda asing.

Cairan pleura yang jumlahnya sangat sedikit (sekitar 0,3 ml/kg), bersifat hipoonkotik dengan kadar protein sekitar 1 g/dl, berfungsi sebagai pelumas. Proses produksi dan reabsorpsi cairan pleura dipengaruhi oleh pergerakan pernapasan dan gravitasi paru, dengan reabsorpsi terutama terjadi melalui pembuluh limfe pleura parietalis. Ketidakseimbangan antara produksi dan reabsorpsi cairan ini dapat menyebabkan terjadinya efusi pleura (Tika, 2020).

3. Etiologi

Menurut M. Habas et al. (2024), mengatakan etiologi efusi pleura dapat dibedakan menjadi beberapa penyebab, yaitu eksudat dan transudat

a. Eksudat
   1) Tuberkulosis

      Tuberkulosis dapat menimbulkan peradangan pada saluran limfe menuju hilus (limfangitis lokal) yang disertai pembesaran kelenjar getah bening hilus (limfangitis regional). Proses peradangan ini meningkatkan permeabilitas membran sehingga cairan lebih mudah masuk dan terakumulasi di rongga pleura.
   2) Pneumonia

      Pneumonia menyebabkan pelepasan mediator inflamasi yang meningkatkan permeabilitas kapiler, sehingga protein dan cairan lebih banyak keluar ke rongga pleura.
   3) Abses Paru

      Abses paru dapat menyebabkan kerusakan atau pecahnya membran kapiler yang memungkinkan protein plasma dan cairan mengalir dengan cepat ke dalam rongga pleura.
b. Transudat
   1) Karsinoma paru

      Pertumbuhan sel tumor meningkatkan permeabilitas pleura

terhadap air dan protein. Selain itu, massa tumor dapat menghambat aliran vena dan limfe sehingga proses pengeluaran cairan pleura terganggu dan menumpukan cairan di rongga pleura akibat gangguan reabsorpsi melalui obstruksi aliran limfe mediastinum.

2) Gagal jantung

Pada gagal jantung, terutama gagal jantung kiri, terjadi peningkatan tekanan hidrostatik kapiler paru dan vena sistemik. Tekanan yang meningkat ini menyebabkan transudasi cairan rendah protein ke rongga pleura sehingga terbentuk efusi pleura transudatif.

3) Gagal hati

Efusi pleura pada gagal hati umumnya berkaitan dengan sirosis dan hipertensi portal. Penurunan kadar albumin menyebabkan berkurangnya tekanan onkotik plasma, sehingga cairan mudah berpindah ke rongga pleura. Kondisi ini dikenal sebagai hepatic hydrothorax dan bersifat transudatif.

4) Gagal ginjal

Pada gagal ginjal, hipoalbuminemia dan retensi cairan menyebabkan penurunan tekanan onkotik serta peningkatan volume intravaskular. Mekanisme tersebut memicu perpindahan cairan ke rongga pleura, yang umumnya bersifat transudat, meskipun pada kondisi tertentu dapat menjadi eksudat (misalnya pada uremic pleuritis).

4. Patofisiologi

Efusi pleura terjadi akibat ketidakseimbangan antara produksi dan reabsorpsi cairan di rongga pleura sehingga menyebabkan penumpukan cairan di antara pleura parietal dan pleura viseral.

Dalam kondisi normal, rongga pleura hanya mengandung sedikit cairan yang berfungsi sebagai pelumas agar paru-paru dapat bergerak dengan lancar terhadap dinding toraks selama proses pernapasan. Cairan tersebut diproduksi oleh kapiler pleura parietal dan diserap kembali melalui sistem limfatik sehingga keseimbangan cairan tetap terjaga. Namun pada kondisi tertentu seperti infeksi, keganasan, maupun gangguan kardiovaskular, keseimbangan tersebut dapat terganggu sehingga terjadi akumulasi cairan pleura yang dapat berupa transudat maupun eksudat. Penumpukan cairan dalam rongga pleura akan menekan jaringan paru sehingga menghambat ekspansi paru. Kondisi ini menyebabkan udara yang masuk ke paru-paru menjadi berkurang sehingga proses ventilasi tidak berlangsung secara optimal. Penurunan ventilasi tersebut kemudian menyebabkan sebagian alveoli tidak dapat mengembang dengan baik sehingga luas permukaan untuk pertukaran gas menjadi berkurang. Akibatnya proses difusi oksigen dari alveoli ke kapiler paru dan pengeluaran karbon dioksida dari darah ke alveoli menjadi terganggu. Meskipun aliran darah ke paru masih berlangsung, sebagian alveoli tidak mendapatkan suplai udara yang cukup sehingga terjadi ketidakseimbangan antara ventilasi dan perfusi (Supriantarini & Afifah, 2025).

5. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik efusi pleura menurut Janah et al. (2025), sebagai berikut:

a. Sesak napas (dispnea), semakin terasa saat berbaring

Sesak napas atau dispnea pada pasien dengan efusi pleura terjadi karena adanya akumulasi cairan di ruang pleura yang menekan jaringan paru-paru. Tekanan ini mengurangi kapasitas

paru untuk mengembang secara optimal saat inspirasi sehingga jumlah udara yang masuk ke paru berkurang. Ketika berbaring dalam posisi supine, cairan cenderung menyebar di bagian posterior rongga pleura, menambah tekanan pada paru-paru dan memperberat kesulitan bernapas. Mekanisme ini membuat pasien merasakan kebutuhan untuk bernapas lebih cepat dan dangkal untuk mencoba memenuhi kebutuhan oksigen tubuh.

b. Batuk

Batuk merupakan respon refleks terhadap iritasi saluran napas atau akumulasi lendir yang disebabkan oleh efusi pleura. Cairan pleura dapat memicu inflamasi atau menekan bronkus, sehingga tubuh mencoba membersihkan jalan napas melalui batuk. Namun, karena adanya cairan yang menekan paru dan bronkus, batuk seringkali tidak efektif, sehingga dahak sulit dikeluarkan. Kesulitan mengeluarkan dahak ini juga diperparah oleh berkurangnya ekspansi paru, sehingga kontraksi otot pernapasan tidak mampu mendorong dahak keluar dengan maksimal.

c. Sensasi tekanan atau berat di dada

Sensasi tekanan atau berat di dada muncul karena cairan yang menumpuk di ruang pleura menekan pleura parietal dan jaringan paru. Tekanan ini dirasakan pasien sebagai rasa penuh atau berat di dada yang menyebar. Cairan pleura bertindak sebagai benda padat sementara di rongga dada, sehingga setiap gerakan paru yang normal dapat menimbulkan sensasi tidak nyaman atau sesak.

d. Bunyi napas berkurang atau hilang di area yang berisi cairan

Bunyi napas yang berkurang atau hilang di area yang berisi cairan terjadi karena cairan menghalangi transmisi suara dari paru ke dinding dada saat auskultasi. Normalnya, suara napas dihasilkan

oleh aliran udara yang melalui bronkus dan alveoli. Ketika ada cairan di pleura, gelombang suara tersebut teredam sehingga terdengar sebagai suara napas berkurang atau bahkan tidak terdengar. Hal ini menjadi tanda klinis penting untuk mendeteksi lokasi dan volume efusi pleura.

e. Ronchi di lapang paru

Ronchi yang terdengar di lapang paru disebabkan oleh adanya lendir atau sekresi di bronkus yang bisa terjadi bersamaan dengan efusi pleura. Cairan pleura dapat memicu inflamasi paru atau mengakibatkan penumpukan sekresi, sehingga suara napas abnormal muncul sebagai ronchi, yang bersifat kasar dan bergemeretak. Suara ini menunjukkan adanya hambatan aliran udara di bronkus yang bisa menimbulkan batuk dan kesulitan bernapas.

f. Laju pernapasan meningkat

Laju pernapasan meningkat karena tubuh mencoba mengkompensasi berkurangnya oksigenasi akibat tekanan cairan pada paru-paru. Ketika paru-paru tidak dapat mengembang secara maksimal, pertukaran gas menurun sehingga tubuh merespons dengan bernapas lebih cepat untuk mempertahankan kadar oksigen darah yang cukup. Kenaikan frekuensi napas ini juga bertujuan untuk menghilangkan karbon dioksida yang menumpuk akibat ventilasi yang tidak efektif.

g. Detak jantung meningkat

Detak jantung meningkat sebagai respons kompensasi terhadap hipoksia atau rendahnya saturasi oksigen. Hipoksia merangsang sistem saraf simpatik sehingga jantung berdetak lebih cepat untuk mempertahankan perfusi organ vital dan distribusi oksigen ke jaringan. Peningkatan denyut jantung ini seringkali beriringan

dengan peningkatan laju pernapasan dan kecemasan pasien akibat sesak napas.

h. Saturasi oksigen menurun

Saturasi oksigen menurun pada pasien dengan efusi pleura karena volume paru yang efektif untuk pertukaran gas berkurang akibat adanya cairan yang menekan alveoli. Hal ini mengakibatkan oksigen yang masuk ke darah menjadi berkurang sementara karbon dioksida dapat menumpuk. Penurunan saturasi oksigen merupakan tanda hipoksemia, yang memperparah gejala sesak napas dan meningkatkan kerja jantung untuk mengkompensasi kekurangan oksigen

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nurifin (2024), pemeriksaan penunjang pada pasien dengan efusi pleura yaitu:

a) Foto Thoraks (X-Ray Dada)

Pemeriksaan awal biasanya dilakukan dengan rontgen dada, yang berguna untuk mendeteksi keberadaan efusi pleura, menentukan lokasi dan luasnya, serta membedakan antara efusi unilateral atau bilateral. Rontgen juga dapat memperlihatkan komplikasi yang mungkin terjadi, seperti kolaps paru atau adanya lokulasi cairan.

b) Ultrasonografi Thoraks

lebih sensitif dibanding rontgen dalam mendeteksi efusi, dan mampu menunjukkan volume serta karakter cairan, apakah bersifat serosa, hemoragik, atau purulen. USG juga penting sebagai panduan untuk melakukan thorakosentesis, sehingga pengambilan cairan lebih aman dan akurat.

c) CT scan Thorax

Untuk gambaran yang lebih rinci, CT scan thoraks dapat dilakukan. Pemeriksaan ini memberikan visualisasi detail anatomi pleura dan paru, membantu menilai adanya lokulasi efusi, kelainan pleura, atau massa yang mencurigakan. CT scan sangat berguna bila efusi tidak jelas pada rontgen atau dicurigai adanya komplikasi.

d) Thorakosintesis

Thorakosentesis dilakukan untuk mengambil sampel cairan pleura yang kemudian dianalisis di laboratorium. Analisis cairan ini menentukan jenis cairan, apakah eksudat atau transudat, dengan mengukur kadar protein dan LDH. Pemeriksaan glukosa, pH, serta diferensial seluler membantu menilai adanya infeksi atau proses inflamasi, misalnya dominasi limfosit pada tuberkulosis atau neutrofil pada infeksi akut. Pemeriksaan mikrobiologi, seperti kultur, *PCR*, atau *Xpert MTB/RIF*, dapat mendeteksi *Mycobacterium tuberculosis*, sedangkan kadar *Adenosine Deaminase* (ADA*)* mendukung diagnosis efusi pleura tuberkulosis.

e) Analisis Cairan pleura

Analisis cairan pleura dilakukan setelah torakosentesis untuk menentukan jenis cairan (transudat atau eksudat) serta penyebab efusi pleura. Pemeriksaan meliputi analisis protein, LDH, pH, glukosa, sel, dan kultur cairan. Hasil analisis ini sangat penting dalam menegakkan diagnosis, membedakan penyebab infeksi, keganasan, atau penyakit sistemik, serta menentukan penatalaksanaan yang tepat.

7. Penatalakasanaan Medis

Menurut Buana & Harefa (2023), Penatalaksanaan pada efusi pleura yaitu:

a. Non-medikamentosa

Bed rest dilakukan untuk mempertahankan kondisi umum pasien dan mengurangi kebutuhan oksigen tubuh. Istirahat yang cukup membantu menurunkan kerja pernapasan, mengurangi kelelahan akibat sesak napas, serta mendukung proses pemulihan, terutama pada pasien dengan efusi pleura yang disertai dispnea.

b. Medikamentosa / terapi suportif

1) Oksigen 2–4 L/menit

Pemberian oksigen bertujuan meningkatkan saturasi oksigen dan mengatasi sesak napas akibat penurunan ekspansi paru yang tertekan oleh cairan pleura. Terapi ini membantu memperbaiki ventilasi dan oksigenasi jaringan.

2) Cairan infus (NaCl 0,9%)

Infus NaCl 0,9% digunakan untuk menjaga keseimbangan cairan dan hemodinamik pasien, sedangkan tramadol berfungsi sebagai analgesik untuk mengurangi nyeri dada yang sering muncul pada efusi pleura sehingga pasien lebih nyaman saat bernapas.

3) Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah atau mengatasi infeksi sekunder, terutama jika efusi pleura berkaitan dengan infeksi paru seperti pneumonia atau dicurigai adanya proses infeksi pada rongga pleura.

4) Kortikosteroid

   Kortikosteroid berfungsi menekan proses inflamasi pada jaringan paru dan pleura, sehingga dapat mengurangi edema, peradangan, serta membantu memperbaiki gejala sesak napas.

5) Obat tambahan simptomatik

   Omeprazole digunakan sebagai pelindung lambung akibat penggunaan obat jangka panjang, ondansetron sebagai antiemetik untuk mencegah mual dan muntah, codein sebagai antitusif dan analgesik untuk mengurangi batuk dan nyeri, cetirizine sebagai antihistamin untuk reaksi alergi, serta alprazolam sebagai sedatif ringan untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kualitas istirahat pasien.

6) Terapi tambahan termasuk N-acetylcysteine, Bicnat, dan Symbicort

   N-acetylcysteine berfungsi sebagai mukolitik untuk mengencerkan dahak dan memperbaiki jalan napas. Bicnat membantu menjaga keseimbangan asam-basa tubuh. Symbicort (kombinasi bronkodilator dan kortikosteroid inhalasi) digunakan untuk meningkatkan fungsi paru, mengurangi bronkospasme, dan membantu pernapasan lebih efektif.

7) Tindakan invasif / procedural

   a) Torakosintesis terapeutik: pengeluaran cairan pleura masif (~1 L) untuk mengurangi tekanan pada paru, mencegah sesak napas, dan mengurangi komplikasi. Cairan dianalisis untuk sitologi.

   b) *Water Sealed Drainage* (WSD) dan pleurodesis merupakan metode penatalaksanaan efusi pleura yang

sering disebutkan dalam berbagai literatur medis. *Water Sealed Drainage* (WSD) adalah prosedur pemasangan selang drainase ke dalam rongga pleura yang dihubungkan dengan sistem penampung berisi air untuk mengeluarkan cairan, udara, atau darah dari rongga pleura secara terus-menerus sehingga tekanan negatif dalam rongga pleura dapat dipertahankan dan paru dapat mengembang kembali. Sementara itu, pleurodesis merupakan tindakan medis yang bertujuan untuk menempelkan lapisan pleura visceral dan pleura parietal dengan cara memasukkan zat tertentu (misalnya talc atau obat kimia lainnya) ke dalam rongga pleura. Tindakan ini dilakukan untuk mencegah terjadinya penumpukan cairan pleura yang berulang, terutama pada kasus efusi pleura yang sering kambuh seperti pada keganasan.

8. Komplikasi

Menurut Lestari et al. (2025), komplikasi yang mencul pada efusi pleura

a) Empiema

Empiema adalah penumpukan cairan pleura yang terinfeksi dan berubah menjadi nanah di rongga pleura. Kondisi ini menyebabkan peradangan berat, nyeri dada, demam, dan sesak napas, serta dapat memperburuk gangguan pernapasan jika tidak segera ditangani.

b) Sepsis

Sepsis merupakan komplikasi akibat penyebaran infeksi dari rongga pleura ke aliran darah yang menimbulkan respon inflamasi sistemik. Kondisi ini dapat menyebabkan demam tinggi,

penurunan tekanan darah, dan gangguan fungsi organ bila tidak ditangani dengan cepat.

c) Fibrosis paru

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

d) Atalektasis

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

e) Kolaps paru

Pada efusi pleura, atalektasis tekanan yang diakibatkan oleh tekanan ektrinsik pada sebagian/semua bagian paru akan mendorong udara keluar dan mengakibatkan kolaps paru.

f) Gagal napas

Gagal napas terjadi karena penumpukan cairan pleura menekan paru sehingga ekspansi paru terganggu dan pertukaran oksigen menurun. Akibatnya pasien mengalami sesak napas, penurunan saturasi oksigen, dan dapat memerlukan terapi oksigen atau ventilasi.

B. Konsep Dasar Keperawatan Efusi Pleura

1. Pengkajian Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan pemecahan masalah keperawatan secara ilmiah yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah- masalah pasien, merencanakan secara sistematis dan melaksanakannya serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Pengkajian pada pasien efusi pleura menurut Alfian et al. (2020), meliputi:

a. Identitas Pasien

meliputi data tentang identitas pasien serta identitas penanggung jawab. Nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medis, diagnosa medis dan alamat.

b. Riwayat Kesehatan yang meliputi:

1) Keluhan utama dan riwaya keluhan utama Sesak napas, batuk dan nyeri pada dada saat bernapas.
2) Keluhan saat dikaji batuk , sesak napas, nyeri pleuritis , rasa berat pada dada , berat badan menurun, demam, mengigil, panas tinggi (kokus), subfebril (tuberkolosis) banyak keringat.
3) Riwayat kesehatan dahulu sebelumnya ada riwayat tuberculosis paru, pneumonia, tumor, infark paru.
4) Riwayat kesehatan keluarga Adanya keluarga yang menderita penyakit yang sama dengannya ataupun penyakit keturunan lainnya.

c. Pengkajian Pola Kesehatan (11 pola Gordon)

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Riwayat penyakit saat ini, riwayat kesehatan yang pernah dialami, riwayat kesehatan keluarga, batuk, demam, sesak, lemah pada seluruh tubuh.

2) Pola nutrisi metabolik

Dalam pengkajian pola nutrisi perlu melakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan untuk mengetahui status nutrisi pasien. Perlu ditanyakan kebiasaan makan dan minum sebelum dan selama MRS pasien dengan efusi pleura akan mengalami penurunan nafsu makan akibat dari sesak nafas dan penekanan pada struktur abdomen.

Pemeriksaan fisik meliputi Abdomen

a) Inspeksi: perlu diperhatikan, apakah abdomen membuncit atau datar, tepi perut menonjol atau tidak, umbilicus menonjol atau tidak, selain itu juga perlu di inspeksi ada tidaknya benjolan-benjolan atau massa.

b) Palpasi: perlu juga diperhatikan, adakah nyeri tekan abdomen, adakah massa (tumor, feces), turgor kulit perut untuk mengetahui derajat hidrasi pasien, apakah hepar teraba.

c) Perkusi: perkusi abdomen normal tympani, adanya massa padat atau cairan akan menimbulkan suara pekak (hepar, asites, vesikaurinarta, tumor)

d) Auskultasi: bising usus.

Selain itu Ada tidaknya lesi pada kulit, pada pasien dengan efusi biasanya akan tampak sianosis akibat adanya kegagalan transport oksigen. Pada palpasi perlu diperiksa mengenai kehangatan kulit (dingin, hangat, demam).

Kemudian tekstur kulit (halus-lunak kasar) serta turgor kulit untuk mengetahui derajat hidrasi seseorang.

3) Pola Eliminasi

Dalam pengkajian pola eliminasi perlu ditanyakan mengenai kebiasaan defekasi sebelum dan sesudah MRS. Karena keadaan umum pasien yang lemah, pasien akan lebih banyak bedrest sehingga akan menimbulkan konstipasi, selain akibat pencernaan pada struktur abdomen menyebabkan penurunan sebagian otot-otot tractus digestivus.

4) Pola aktivitas dan latihan

Kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, mudah lelah, dada yang terasa berat, dan susah untuk beristirahat, dyspnea, tidak mampu atau sulit melakukan aktivitas secara mandiri.

Pemeriksaan fisik meliputi:

a) Jantung
   (1) Inspeksi: pergerakan apeks kordis tak terlihat
   (2) Palpasi: apeks kordis tak teraba
   (3) Perkusi: tidak terdapat pembesaran jantung
b) Auskultasi: normal, tidak terdengar bunyi jantung ketiga.
c) Paru-paru
   (1) Inspeksi: Inspeksi pada pasien efusi pleura bentuk hemithorax yang sakit mencembung, iga mendatar, ruang antar iga melebar, pergerakan pernafasan menurun. Pernapasan cenderung meningkat dan pasien biasanya dyspneu.
   (2) Palpasi: vocal premitus menurun terutama untuk pleura yang jumlah cairannya > 250 cc.

(3) Perkusi: Suara perkusi redup sampai pekak tegantung jumlah cairannya. Bila cairannya tidak mengisi penuh rongga pleura, maka akan terdapat batas atas cairan berupa garis lengkung dengan ujung lateral atas ke medical penderita dalam posisi duduk. Garis ini disebut garis *ellis damoisseaux*. Garis ini paling jelas di bagian depan dada, kurang jelas di punggung.

(4) Auskultasi: suara nafas menurun sampai menghilang.

Selain itu Perlu diperhatikan adakah edema peritibial.Selain itu, palpasi pada kedua ekstremetas untuk mengetahui tingkat perfusi perifer serta dengan pemerikasaan *capillary refiltime*. Dengan inspeksi dan palpasi dilakukan pemeriksaan kekuatan otot kemudian dibandingkan antara kiri dan kanan

5) Pola tidur dan istirahat

Adanya nyeri dada, sesak nafas dan peningkatan suhu tubuh akan berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan tidur dan istirahat.

6) Pola persepsi kongnitif

Perasaan nyeri dada, merasa tidak nyaman, tampak gelisah dan refleks batuk menurun.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Harga diri dan ideal diri rendah, merasa tidak berdaya atau putus asa, adanya ungkapan kecemasan. Terlihat cemas atau takut, murung, kontak mata atau interaksi dengan orang lain berkurang bahkan tidak ada.

8) Pola peran dan hubungan sesama

Merasa tersisihkan dan fungsi peran biasanya terganggu, terlihat sering menyendiri atau mengisolasi diri.

9) Pola reproduksi dan seksualitas

Tidak ada gairah seksual, kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

10) Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

Merasa stres dan cemas terkait kondisinya, perasaan tidak berdaya, ungkapan penolakan terhadap diri sendiri, menyangkal dan putus asa. Emosi sulit terkontrol, mudah tersinggung, dan tampak ekspresi cemas atau takut.

11) Pola sistem nilai kepercayaan

Tekanan spiritual yang dialami sehubungan dengan penyakit dan adanya ungkapan tentang kebutuhan spiritual yang diinginkan, menyalahkan Tuhan atau mendekatkan diri dengan Tuhan.

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Sari & Kartika (2021), diagnosis keperawatan yang mungkin terjadi pada pasien dengan efusi pleura adalah sebagai berikut:

a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001).
b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005).
c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)
d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) (D.0130)
e. Risiko Infeksi ditandai dengan tindakan invasive (D.0142)

f. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
g. Risiko syok Ditandai dengan hipoksemia (D.0039)

3. Rencana Keperawatan

Adapun rencana keperawatan menurut PPNI (2018), yang di susun untuk mengatasi permasalahan yang di alami oleh penderita efusi pleura yaitu:

a. Diagnosis keperawatan: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
   1) SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, dipsnea menurun, frekuensi napas membaik, pola napas membaik
   2) Intervensi
      a) Observasi
         (1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas).
         Rasional: Untuk mengetahui sejauh mana kebutuhan oksigen pada pasien.
         (2) Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, weheezing, ronchi kering).
         Rasional: Ronchi dan mengi menunjukkan akumulasi sekret atau ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot aksesori pernapasan pernapasan. dan peningkatan kerja

(3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma).

Rasional: Sputum berdarah kental atau darah cerah diakibatkan oleh kerusakan paru atau luka bronkhial dan dapat memerlukan evaluasi atau intervensi lanjut.

b) Teraupetik

(1) Posisikan *semi-fowler*.

Rasional: Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

(2) Berikan minum hangat.

Rasional: Pemasukan tinggi cairan membantu untuk mengencerkan sekret sehingga mudah dikeluarkan.

(3) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

Rasional: Membantu meningkatkan mobilisasi dan membersihkan sekret yang mengganggu oksigenasi.

(4) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik.

Rasional: Mencegah obstruksi atau aspirasi dan tindakan ini diperlukan bila pasien tidak mampu mengeluarkan sekret secara mandiri.

(5) Berikan oksigen.

Rasional: Membantu menurunkan distres pernapasan yang disebabkan oleh hipoksia

c) Edukasi

(1) Ajarkan teknik batuk efektif.

Rasional: Membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan potensi jalan napas.

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian ekspektoran, jika perlu.

bronkodilator, mukolitik,

Rasional: Meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeobronkhial sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara dan menurunkan kekentalan sekret .

b. Diagnosa keperawatan: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.
   1) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik.
   2) Intervensi:
      a) Observasi.
         (1) Monitor pola napas

         Rasional: Untuk mengetahui sejauh mana kebutuhan oksigen pada pasien.

         (2) Monitor bunyi napas tambahan.

         Rasional: Ronchi dan mengi menunjukkan akumulasi sekret atau ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot aksesori pernapasan pernapasan.

         (3) Monitor sputum. dan peningkatan kerja

         Rasional: Sputum berdarah kental atau darah cerah diakibatkan oleh kerusakan paru atau luka bronkhial dan dapat memerlukan evaluasi atau intervensi lanjut

      b) Teraupetik
         (1) Posisikan *semi fowler* atau *fowler.*

         Rasional: Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

(2) Berikan minum hangat.

Rasional: Pemasukan tinggi cairan membantu untuk mengencerkan sekret sehingga mudah dikeluarkan.

(3) Lakukan fisioterapi dada

Rasional: Membantu meningkatkan mobilisasi dan membersihkan sekret yang mengganggu oksigenasi.

(4) Lakukan penghisapan lender

Rasional: Mencegah obstruksi atau aspirasi dan tindakan ini diperlukan bila pasien tidak mampu mengeluarkan sekret secara mandiri.

(5) Berikan oksigenasi

Rasional: Untuk membantu menurunkan distres pernapasan yang disebabkan oleh hipoksia.

c) Edukasi.

(1) Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional: Membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan potensi jalan napas.

d) Kolaborasi.

(1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu.

Rasional: Meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeobronkhial sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara dan menurunkan kekentalan sekret.

c. Diagnosa keperawatan: Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler.

1) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pertukaran gas membaik dengan kriteria

hasil: tingkat kesadaran meningkat, dispnea cukup menurun, bunyi napas tambahan cukup menurun.

2) Intervensi:
   a) Observasi.
      (1) Monitor pola napas dan saturasi oksigen.
          Rasional: Terlihat penggunaan otot bantu untuk bernapas. Pola napas yang tidak teratur mungkin patologis (mis. dispnea, ekspirasi yang lama, periode apnea) dan persentase hemoglobin yang berikatan dengan oksigen.
      (2) Monitor adanya sputum atau sumbatan jalan napas.
          Rasional: Menjadi indikator dalam pemberian bronkodilator untuk membebaskan jalan napas.
      (3) Monitor hasil pemeriksaan thoraks.
          Rasional: Foto thoraks dapat menunjukkan pembesaran jantung dan perubahan kongesti paru.
   b) Terapeutik
      (1) Pertahankan oksigenasi.
          Rasional: Agar metabolisme dalam tubuh tetap berlangsung sehingga sel tubuh tidak kekurangan pasokan oksigen.
      (2) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien.
          Rasional: Frekuensi pernapasan pasien pada gagal jantung perlu dipantau secara berkala agar oksigen dalam tubuh pasien tetap dalam batasan normal.
   c) Edukasi
      (1) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
          Rasional: Memberikan perawatan lanjutan jika dalam pemantauan terjadi penurunan frekuensi pernapasan dan/atau saturasi oksigen.

d. Diagnosis keperawatan: Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.
    1) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: menggigil menurun, takikardi menurun, kulit merah menurun, suhu tubuh membaik.
    2) Intervensi:
        a) Observasi
            (1) Identifikasi penyebab hipertermi (mis, dehidrasi, terpapar lingkungan panas).
                Rasional: untuk menentukan tindakan yang dapat dilakukan dan mengatasi penyebab utama terjadinya hipertermi.
            (2) Monitor suhu tubuh
                Rasional: mengetahui kenaikan atau penurunan suhu tubuh. Kenaikan suhu tubuh akibat infeksi memerlukan tindakan lebih lanjut.
            (3) Monitor haluaran urine
                Rasional: volume urin yang keluar hanya sedikit menandakan pasien mengalami dehidrasi.
            (4) Monitor komplikasi akibat hipertermi.
                Rasional: komplikasi akibat hipertermi harus dipantau sehingga dapat dicegah maupun ditangani.
        b) Teraupetik
            (1) Longgarkan atau lepaskan pakaian.
                Rasional: melonggorkan pakaian dapat membantu proses penurunan suhu tubuh karena panas akan ditransfer ke udara bebas begitupun sebaliknya.

(2) Berikan cairan oral.

Rasional: mengganti cairan tubuh yang hilang akibat kenaikan suhu tubuh juga menetralkan sirkulasi.

(3) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)

Rasional: evaporasi. membantu menurunkan panas melalui

(4) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin.

Rasional: menghindari terjadinya komplikasi

(5) Berikan oksigen, jika perlu

Rasional: memenuhi kebutuhan oksigen yang terganggu akibat demam.

c) Edukasi

(1) Ajurkan tirah baring

Rasional: menghindari komplikasi seperti perdarahan atau perforasi.

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

Rasional: menghindari kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebih.

e. Diagnosis Keperawatan: Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

1) SLKI: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengakak menurun, kadar sel darah putih membaik

2) Intervensi:

a) observasi

monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

b) teraupetik

(1) berikan perawatan kulit pada area edema

Rasional: Mencegah iritasi, luka, dan infeksi pada kulit yang menegang akibat edema.

(2) cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional: Mengurangi risiko penularan infeksi antara pasien dan tenaga kesehatan.

(3) Pertahankan teknik *aseptic* pada pasien berisiko tinggi

Rasional: Mencegah masuknya mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi pada pasien rentan.

c) Edukasi

(1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: Membantu pasien mengenali infeksi sejak dini untuk penanganan cepat.

(2) Ajarkan mencuci tangan dengan benar

Rasional: Mengurangi risiko infeksi dari tangan pasien maupun orang lain.

(3) Ajarkan memeriksa kondisi luka atau luka operasi

Rasional: Memantau penyembuhan dan mencegah komplikasi infeksi.

(4) Ajurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional: Mendukung proses penyembuhan dan memperkuat daya tahan tubuh.

d) Kolaborasi

Kolaborasu pemberian imunisasi, jika perlu

Rasional: Meningkatkan kekebalan tubuh pasien dan mencegah infeksi serius.

f. Diagnosa keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

1) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri membaik dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

2) Intervensi:

a) Observasi

(1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

Rasional: Guna mengetahui keefektifan obat dan kemajuan penyembuhan

(2) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal

Rasional: Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan.

b) Terapeutik

(1) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Rasional: Meringankan atau mengurangi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien.

(2) Memfasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: Memberikan kenyamanan pada pasien.

c) Edukasi

Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

Rasional: Agar pasien dan keluarga memahami sumber nyeri.

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: Analgetik berfungsi untuk mengurangi nyeri.

g. Diagnosis keperawatan: Risiko syok dengan faktor risiko hipoksemia.
   1) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan syok tidak terjadi dengan kriteria hasil : Kekuatan nadi meningkat, output urine meningkat, akral dingin menurun, pucat menurun, pengisisan kapiler membaik, frekuensi nadi membaik, frekuensi napas membaik, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik.
   2) Intervensi:
      a) Observasi
         (1) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi nadi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP).
             Rasional: Mengetahui fungsi dan status organ vital pasien.
         (2) Monitor status oksigenasi (Oksimetri nadi, AGD)
             Rasional: Mengetahui adanya perubahan nilai SaO2 dan status hemodinamik.
         (3) Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT).
             Rasional: Untuk mengetahui tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik.
         (4) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil.
             Rasional: Mengetahui tingkat kesadaran pasien serta mengetahui adanya penurunan refleks.
      b) Teraupetik
         (1) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94 %.
             Rasional: Mempertahankan oksigenasi jaringan tetap adekuat.

(2) Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu.

Rasional: Mengetahui karakteristik urine untuk menilai status cairan pasien.

c) Edukasi

(1) Jelaskan penyebab/faktor risiko syok.

Rasional : Menambah pengetahuan mengenai syok.

(2) Jelaskan tanda dan gejala awal syok.

Rasional: Menambah pengetahuan mengenai syok.

(3) Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok.

Rasional: Mengetahui lebih awal tanda dan gejala syok.

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian IV, jika perlu

Rasional: Cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit dalam tubuh.

(2) Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu

Rasional : Mengganti kehilangan komponen darah.

(3) Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu

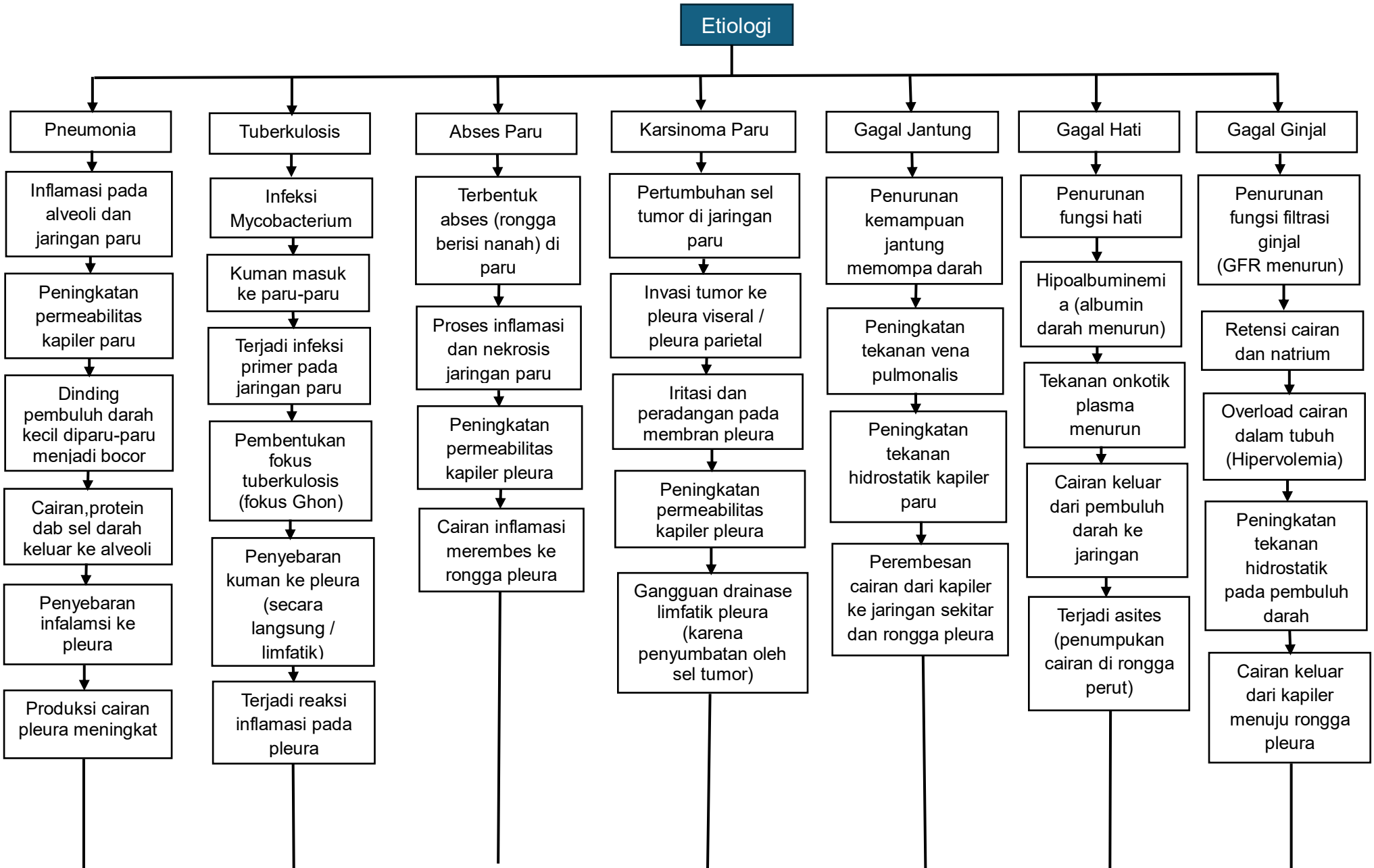
Rasional: Mencegah pelepasan mediator peradangan.

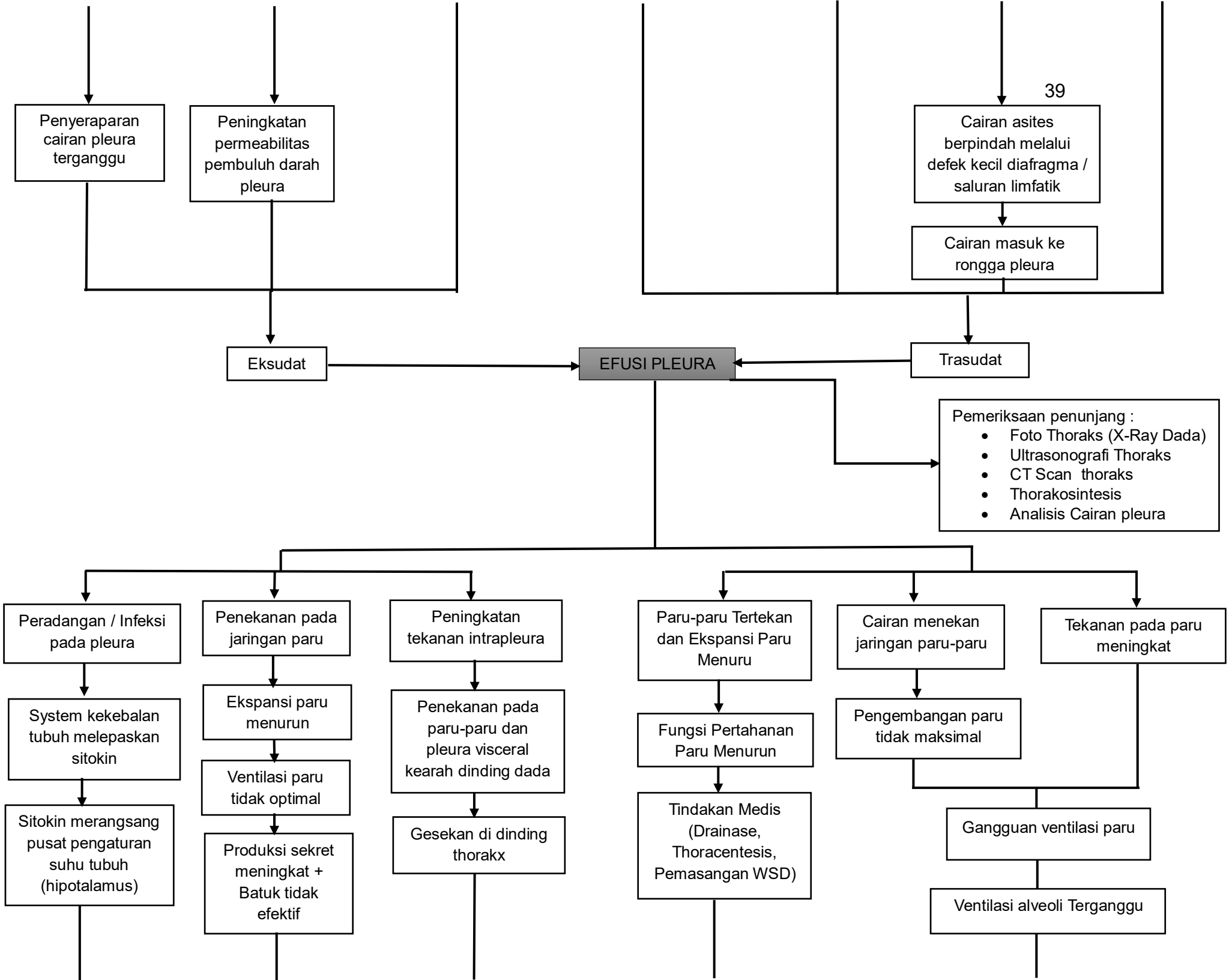
4. Discharge Planning

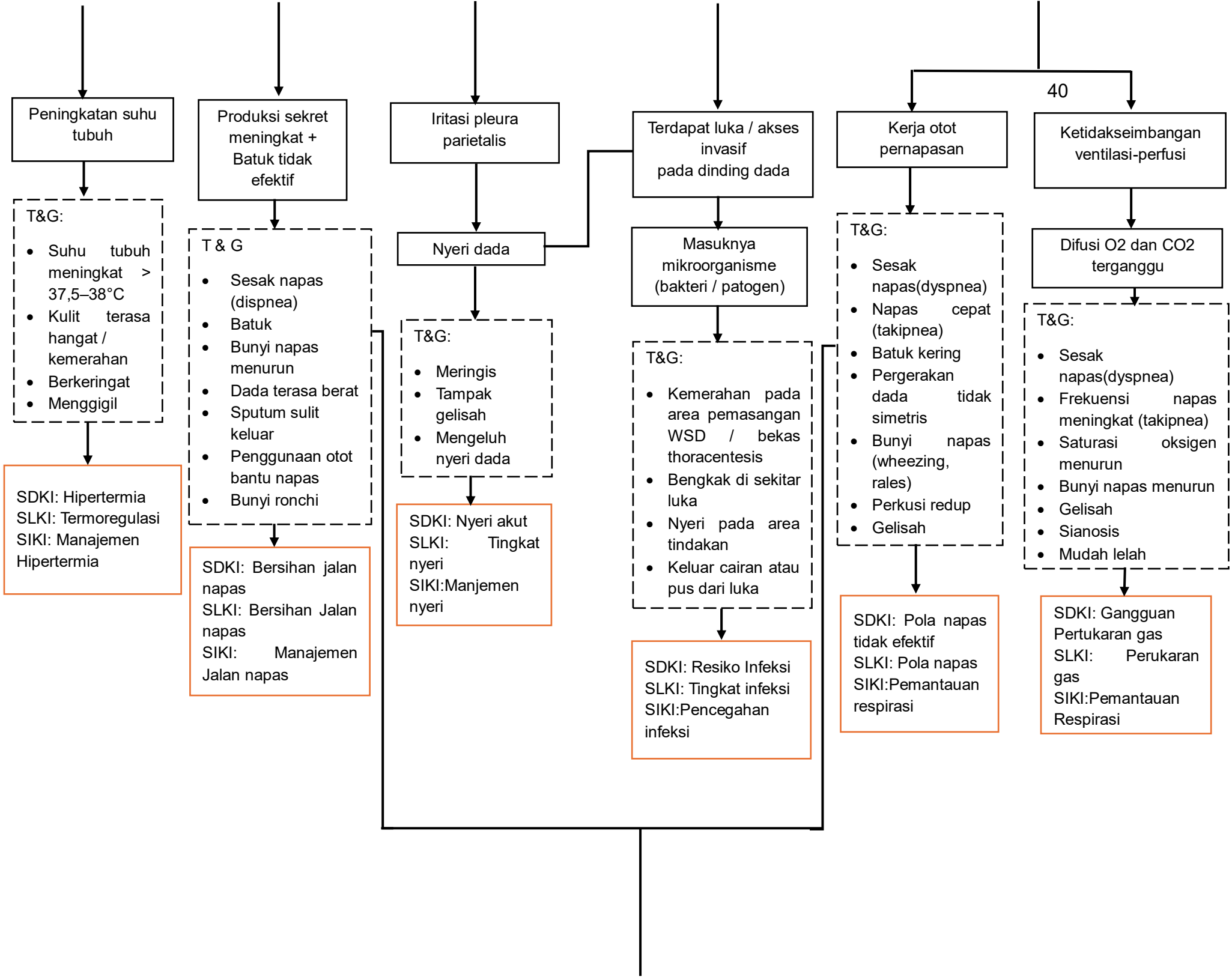
Discharge planning merupakan serangkaian keputusan dan aktivitas-aktivitas yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang berlanjut dan terkoordinasi ketika pasien akan pulang dari pelayanan kesehatan. *Discharge planning* pada pasien efusi pleura antara lain sebagai berikut:

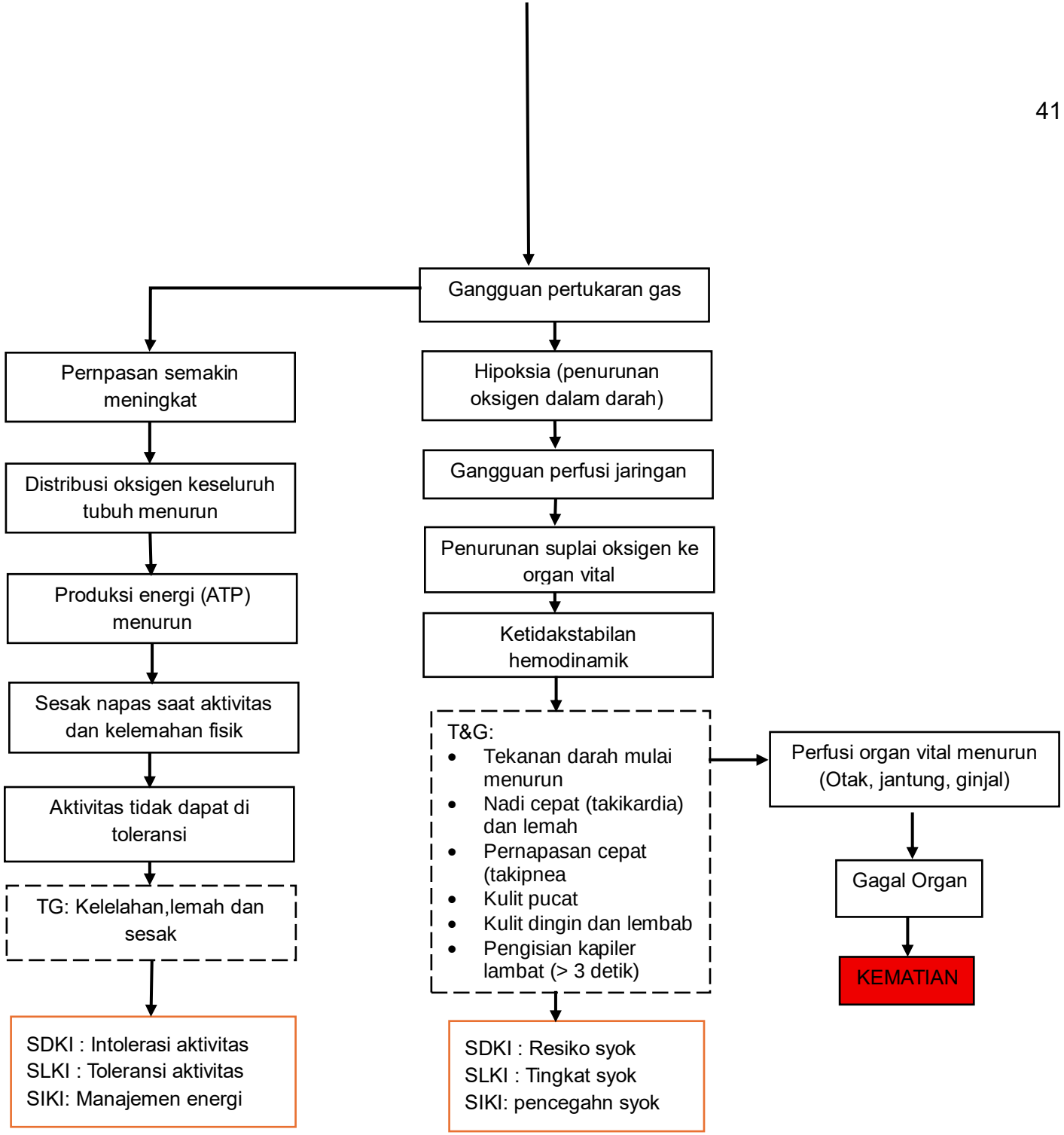
a. Mengatur posisi pasien dengan senyaman mungkin dengan memberikan posisi *semi fowler* untuk memudahkan pasien untuk bernapas
b. stirahat yang cukup, kurangi aktivitas fisik yang terlalu berat yang dapat meningkatkan sesak napas dan ajarkan relaksasi napas dalam untuk meningkatkan ekspansi paru.
c. Konsumsi obat secara rutin dan kontrol sesuai jadwal untuk memantau cairan di pleura.
d. Menganjurkan pasien untuk tetap menjaga pola hidup sehat dengan menjaga pola makan dengan baik, dan hindari asap rokok.

PATOFLOW DIAGRAM




Penyeraparan cairan pleura terganggu
Peningkatan permeabilitas pembuluh darah pleura
Cairan asites berpindah melalui defek kecil diafragma / saluran limfatik
Cairan masuk ke rongga pleura
Eksudat
EFUSI PLEURA
Trasudat
Pemeriksaan penunjang :
Foto Thoraks (X-Ray Dada)
Ultrasonografi Thoraks
CT Scan thoraks
Thorakosintesis
Analisis Cairan pleura
Peradangan / Infeksi pada pleura
System kekebalan tubuh melepaskan sitokin
Sitokin merangsang pusat pengaturan suhu tubuh (hipotalamus)
Penekanan pada jaringan paru
Ekspansi paru menurun
Ventilasi paru tidak optimal
Produksi sekret meningkat + Batuk tidak efektif
Peningkatan tekanan intrapleura
Penekanan pada paru-paru dan pleura visceral kearah dinding dada
Gesekan di dinding thorakx
Paru-paru Tertekan dan Ekspansi Paru Menuru
Fungsi Pertahanan Paru Menurun
Tindakan Medis (Drainase, Thoracentesis, Pemasangan WSD)
Cairan menekan jaringan paru-paru
Pengembangan paru tidak maksimal
Tekanan pada paru meningkat
Gangguan ventilasi paru
Ventilasi alveoli Terganggu


Peningkatan suhu tubuh
T&G:
Suhu tubuh meningkat > 37,5–38°C
Kulit terasa hangat / kemerahan
Berkeringat
Menggigil
SDKI: Hipertermia
SLKI: Termoregulasi
SIKI: Manajemen Hipertermia
Produksi sekret meningkat + Batuk tidak efektif
T & G
Sesak napas (dispnea)
Batuk
Bunyi napas menurun
Dada terasa berat
Sputum sulit keluar
Penggunaan otot bantu napas
Bunyi ronchi
SDKI: Bersihan jalan napas
SLKI: Bersihan Jalan napas
SIKI: Manajemen Jalan napas
Iritasi pleura parietalis
Nyeri dada
T&G:
Meringis
Tampak gelisah
Mengeluh nyeri dada
SDKI: Nyeri akut
SLKI: Tingkat nyeri
SIKI:Manjemen nyeri
Terdapat luka / akses invasif pada dinding dada
Masuknya mikroorganisme (bakteri / patogen)
T&G:
Kemerahan pada area pemasangan WSD / bekas thoracentesis
Bengkak di sekitar luka
Nyeri pada area tindakan
Keluar cairan atau pus dari luka
SDKI: Resiko Infeksi
SLKI: Tingkat infeksi
SIKI:Pencegahan infeksi
Kerja otot pernapasan
T&G:
Sesak napas(dyspnea)
Napas cepat (takipnea)
Batuk kering
Pergerakan dada tidak simetris
Bunyi napas (wheezing, rales)
Perkusi redup
Gelisah
SDKI: Pola napas tidak efektif
SLKI: Pola napas
SIKI:Pemantauan respirasi
Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
Difusi O2 dan CO2 terganggu
T&G:
Sesak napas(dyspnea)
Frekuensi napas meningkat (takipnea)
Saturasi oksigen menurun
Bunyi napas menurun
Gelisah
Sianosis
Mudah lelah
SDKI: Gangguan Pertukaran gas
SLKI: Perukaran gas
SIKI:Pemantauan Respirasi


Gangguan pertukaran gas
Pernpasan semakin meningkat
Distribusi oksigen keseluruh tubuh menurun
Produksi energi (ATP) menurun
Sesak napas saat aktivitas dan kelemahan fisik
Aktivitas tidak dapat di toleransi
TG: Kelelahan,lemah dan sesak
SDKI : Intolerasi aktivitas
SLKI : Toleransi aktivitas
SIKI: Manajemen energi
Hipoksia (penurunan oksigen dalam darah)
Gangguan perfusi jaringan
Penurunan suplai oksigen ke organ vital
Ketidakstabilan hemodinamik
T&G:
Tekanan darah mulai menurun
Nadi cepat (takikardia) dan lemah
Pernapasan cepat (takipnea
Kulit pucat
Kulit dingin dan lembab
Pengisian kapiler lambat (> 3 detik)
SDKI : Resiko syok
SLKI : Tingkat syok
SIKI: pencegahn syok
Perfusi organ vital menurun (Otak, jantung, ginjal)
Gagal Organ
KEMATIAN

BAB III
PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Ny. C, perempuan 83 tahun, dirawat sejak 21 Januari 2026 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Ruang Santa Bernadeth II, dengan diagnosis efusi pleura sinistra. Pasien mengeluhkan sesak napas dan batuk berdahak sejak sekitar satu minggu sebelum masuk rumah sakit, dengan sesak yang memberat saat aktivitas.

Pada pengkajian tanggal 28 Januari 2026, pasien tampak lemah, terbaring di tempat tidur, dan sadar penuh (GCS 15). Pasien mengeluhkan sesak napas disertai nyeri tersayat di area operasi chest tube kiri, skala nyeri 6/10, yang bertambah saat bergerak atau batuk. Pasien juga kesulitan beraktivitas dan tidur karena nyeri. Secara objektif, pasien menggunakan nasal kanul 4 L/menit, infus RL 500 cc/24 jam B-Fluid 1000 cc/24 jam,, kateter urin, serta chest tube dengan WSD di hemitoraks kiri dengan cairan tertampung ±350 cc cairan. Tanda vital: TD 140/90 mmHg, nadi 89 x/menit, RR 26 x/menit, suhu 36,3°C, SpO_2 94%, tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan. Pemeriksaan thorax menunjukkan suara napas redup di dada kiri, vocal fremitus melemah di sisi kiri, serta ronchi. Foto toraks menegaskan pneumonia suprahilus kanan dan efusi pleura bilateral dengan dominasi sisi kiri. Sitologi efusi pleura hemoragik menunjukkan inflamasi kronik tanpa sel maligna. Laboratorium menunjukkan leukosit (WBC 18,44 x10^3/µL) dan albumin rendah (1,95 g/dL).

Berdasarkan hasil analisis data diperoleh tiga diagnosis keperawatan, yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah napas, Nyeri akut ditandai dengan agen pencedera fisik dan risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive.

B. Pengkajian Keperawatan

Unit	: St.Bernadeth II	Autoanamnese :Ya
Kamar	: 2221	Alloanamnese :Ya
Tanggal masuk RS	: 21 Januari 2026	
Tanggal Pengkajian	: 28 Januari 2026	

1. Identitas Pasien

a. Pasien

Initial	: Ny. C
Umur	: 83 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Cerai Mati
Jumlah anak	: 4 orang
Agama/ suku	: Islam/ Makassar
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT
Alamat rumah	:Jl.Singa No.35 Bonto Biraeng

b. Penanggung jawab

Nama	: Nn. H
Umur	: 33 tahun
Alamat	: Jl. Singa No.35
Hubungaan dengan pasien	: Anak Kandung

2. Data Medik

Diagnose medik

Saat masuk	: Abdominal Pain+Dysepsia+Dysuria
Saat pengkajian	: Efusi Pleura Sinistra

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit: Berat

Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur. Pasien terpasang nasal kanul 4 L/menit. Pasien terpasang infus RL 500 cc/24 jam dan cairan BF 1000 cc/24 jam dengan kecepatan 21 tetes per menit. Pasien juga terpasang kateter urine serta WSD di sebelah kiri dengan cairan yang tertampung sekitar 350 cc. Pasien tampak sesak dan batuk berdahak Selain itu, pasien juga mengeluh nyeri pada bekas operasi.

1) Kesadaran (kualitatif) : Composmentis
   Skala koma Glasgow
   (kuantitatif)
   a) respon Motorik : 6
   b) respon bicara : 5
   c) respon membuka mata : 4
   Kesimpulan : Pasien dengan kesadaran penuh
2) tekanan darah : 140/90mmHg
   MAP : mmHg
   Kesimpulan : Fungsi ginjal memadai
3) suhu : 36,3°c
4) SPO2 : 94 %
5) Pernapasan : 26 x/menit
   Irama : ■ Teratur ☐ Bradypnea
   ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes
   Jenis : ■ Dada ☐ Perut
6) Nadi : 89x/menit
7) Irama : ■ Teratur ☐ Bradikard
   ☐ Kuat ☐ Lemah

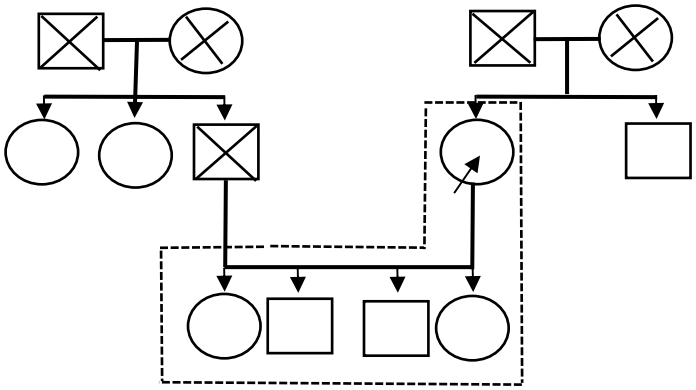
b. Pengukuran

1) Lingkat lengan atas : 27 cm
2) Tinggi badan : 155 cm
3) Berat badan : 60 kg

IMT (Indeks Massa Tubuh) : 25 kg/m²

Kesimpulan : Berat badan normal

c. Genogram



Keterangan

: Laki-laki
: Perempuan
: Laki-laki sudah meninggal
: Perempuan sudah meninggal
: Pasien
------ : Tianggal satu rumah

Penjelasan : Pasien mengatakan anak ke 1 dari 3 bersaudara dan mempunyai 2 anak laki -laki dan 2 orang perempuan .Pasien mengatakan tinggal bersama ke 4 anaknya.

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Presepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan bahwa kesehatan merupakan hal yang sangat penting. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien selalu berusaha menjaga kesehatannya dengan pola makan teratur dan waktu istirahat yang cukup. Apabila pasien sakit, pasien biasanya membeli obat di apotek terdekat. Keluarga mengatakan dalam 1 bulan terakhir pasien sering merasa sesak dan batuk kadang sering mengeluh nyeri pada dada kirinya namun keluarga menganggap hal tersebut karena factor usianya yang semakin menua. Keluarga mengatakan bahwa pasien jarang melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin ke rumah sakit maupun puskesmas terdekat. Pasien mengatakan tinggal bersama anaknya yang memiliki kebiasaan merokok di dalam rumah. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat mengonsumsi obat amlodipine 10 mg, simvastatin 10 mg, dan allopurinol 100 mg sesuai anjuran sejak 3 tahun yang lalu.

2) Keadaan sejak sakit

a) Keluhan utama: Sesak

b) Riwayat keluhan utama:

Pasien mengatakan bahwa sekitar 1 minggu sebelum masuk rumah sakit, pasien sesak terutama saat beraktivitas. Pada tanggal 21 Januari 2026, pasien mengatakan nyeri pada dada diri semakin memberat dan disertai sesak napas. Melihat kondisi tersebut, keluarga memutuskan membawa pasien ke RS Stella Maris untuk mendapatkan pertolongan. Pasien dirawat di ruang perawatan Santa Bernadeth 2 RS Stella Maris selama 6 hari. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan foto

toraks dengan hasil pneumonia suprahilus kanan, efusi pleura kanan minimal, dengan diagnosis banding pleuritis kanan, efusi pleura kiri, dan pleuro-pneumonia kiri. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut, dokter menginstruksikan pemasangan *chest tube* pada tanggal 26 Januari 2026. Setelah pemasangan *chest tube,* pasien dipindahkan ke ruang ICU untuk pemantauan ketat. Pada tanggal 28 Januari 2026, pasien dipindahkan kembali ke ruang perawatan St. Bernadeth II. Saat dilakukan pengkajian, Keluarga pasien mengtakan pasien telajh melakukan operasi untuk mengeluarkan cairan pada parunya pasien mengeluh sesak napas dengan SpO_2 94% dan frekuensi napas 26 kali/menit. Selain itu pasien juga mengeluhkan nyeri di area operasi pemasangan *chest tube* pada dada kiri, nyeri tersayat- sayat skala 6/10 yang bertambah saat bergerak atau batuk, pasien juga mngeluh sulit beraktivitas dan tidur karena nyeri yang dirasakan. Tampak pasien terpasang chest tube di dada kiri dengan cairan yang tertampung sekitar 350 cc dengan warna merah kehitaman

3) Riwayat penyakit terdahulu

   Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki Riwayat penyakit sebelumnya, namun pasien sering mengeluh batuk dan nyeri dada disertai sesak napas.

4) Riwayat Kesehatan keluarga

   Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga seperti yang dialami oleh pasien saat ini

5) Pemeriksaan fisik
   a) Kebersihan rambut : tampak bersih dan beruban
   b) Kulit kepala : tampak bersih tidak ada lesi
   c) Kebersihan kulit : tampak bersi
   d) hygiene rongga mulut : gigi sebagian ompong dan berlubang, gusi sehat, rongga mulut bersih.
   e) kebersihan genetalia : tidak dikaji
   f) kebersihan anus : tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik
   1) Keadaan sebelum sakit

      Pasien memiliki pola makan yang teratur dan baik. Pasien biasanya makan 3 kali sehari dengan menu yang terdiri dari nasi, ikan, serta sayur atau tempe, dan sesekali mengonsumsi buah seperti pisang atau pepaya. Dalam sehari, pasien minum air putih sebanyak 5–6 gelas, dengan perkiraan total sekitar 1200 cc. Pasien mengatakan BB: 90kg, TB: 155cm
   2) Keadaan sejak sakit

      Pasien makan 3 kali sehari dengan menu nasi, ikan atau ayam, serta sayur sop. Namun, pasien hanya mampu mengonsumsi sekitar 3 sendok setiap porsi karena mengalami kesulitan menelan karena adanya lendir yang membuat pasien kesulitan menelan. Pasien mengtakan minum air putih hanya 2-3 gelas sehari diperkirakan total sekitar 400- 600 cc. pasien mengatakan BB: 60kg, TB: 155cm.
   3) Observasi

      Tampak makanan yang disediakan untuk pasien tidak dihabiskan. Pasien hanya minum sekitar setengah gelas setelah

makan, tampak pasien terpasang cairan B Fluid 1000 cc/24 jam dengan kecepatan 21 tetes/menit

4) Pemeriksaan fisik

a)	Keadaan Rambut	: tampak rambut kering
b)	Hidrasi Kulit	: kembali ≤ 3 detik
c)	Palperbra/conjungtiva	: tampak tidak edema/tidak anemis
d)	Sclera	: tampak tidak ikterik
e)	Hidung	: tampak bersih, tidak ada polip /lesi
f)	Rongga Mulut	: tampak bersih tidak
g)	Gusi	: tampak tidak ada peradangan
h)	Kemampuan Mengunyah Keras	: tampak mampu mengunya dengan keras
i)	Lidah	: tampak bersih
j)	Pharing	: tampak tidak peradangan
k)	Kelenjar getah bening	: tampak tidak ada pembesaran
l)	Kelenjar Parotis	: tamapak tidak ada pembesaran
m)	Abdomen	
	(1) Inspeksi	: tampak perut datar
	(2) Auskultasi	: peristaltic usus 10x/menit
	(3) Palpasi	: tidak teraba adanya benjolan
	(4) Perkusi	: terdengar bunyi timpani
n)	Kulit	
	Edema	: tampak tidak edema
	Icterus	: tampak tidak ada
	Radang	: tampak tidak ada peradangan
	Lesi	: tidak tampak adanya nyeri

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan bahwa buang air besar (BAB) lancar dengan frekuensi 1 kali sehari. Pasien mengatakan konsistensi feses padat dan lunak, berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan bahwa buang air kecil (BAK) terjadi sekitar 4–7 kali sehari dengan total volume kurang lebih 1000 cc per hari. Pasien mengatakan bahwa urine berwarna jernih kekuningan, tidak merasa nyeri saat buang air kecil maupun BAB, dan merasa nyaman setelah melakukan BAB maupun BAK.

2) Kedaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan buang air besar (BAB) setiap 2 hari sekali dengan jumlah feses sedikit, konsistensi lunak dan sedikit cair. Keluarga mengatakan pasien BAK menggunakan kateter karena tidak dapat beraktivitas seperti biasanya.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang cateter urine 100cc deng warna bening kekuningan.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Peristaltik usus : 10 kali per menit
b) Palpasi kandung kemih : kosong
c) Nyeri ketuk ginjal : negative
d) Mulut Uretra : tidak dikaji
e) Anus
(1) Peradangan : tidak dikai
(2) Hemoroid : tidak dikaji
(3) Fistula : tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan beraktivitas dengan baik sebagai ibu rumah tangga di rumah. Pasien jarang berolahraga, dan jika memiliki waktu senggang biasanya hanya menonton televisi. Pasien menyatakan aktivitas yang dilakukan di rumah meliputi membersihkan rumah, memasak, mencuci piring

2) Kedaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa karena merasa nyeri pada bekas operasi, pasien juga merasa sesak, lemas dan batuk. Pasien juga mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya karena kondisinya sedang sakit dan sedang dirawat.

3) Oservasi:

a) Aktivitas Harian

- Makan : 2
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar: 2
- Buang air kecil : 3
- Mobilisas ditempat tidur : 2

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

b) Postur tubuh : tidak dikaji pasien terbaring

c) Gaya jalan : tidak dikaji pasien terbaring

d) Anggota gerak yang cacat : tampak tidak

e) Fiksasi : tampak ada pada bekas operasi

f) Tracheostomi : tampak tidak ada

4) Pemeriksaan Fisik

a) Tekanan darah

Berbaring :140/90mmHg

Duduk : tidak dapat dikaji

Berdiri : tidak dapat dikaji

Kesimpulan : ☐ Positif ☐ Negatif

b) HR : 89 x/ menit

c) Kulit

Keringat dingin : tidak ada keringat

Basah : tidak ada basah

d) JVP : 5 - 2 cmH2O

Kesimpulan : pemompaan Ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh

kapiler kuku : kembali <3 detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi

Bentuk thorax : tampak tidak simeteris kanan

Retraksi Interkostal : tampak penggunaan otot bantu Pernapasan

Sianosis : tidak tampak sianosis

Stridor : tidak terdengar stridor

(2) Palpasi

Vocal Premitus : getaran paru kiri teraba lebih lemah dari sisi kanan

Krepitasi : tidak ada krepitasi

(3) Perkusi

☐ Sonor ■ Redup ☐ Pekak

Lokasi : pada dada kiri

(4) Auskultasi

Suara Napas : bronkovesikular

Suara Ucapan : tedengar

Suara Tambahan : ronchi

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus Cordis : tampak tidak ada pembesaran

(2) Palpasi

Ictus Cordis : ICS 5 linea midclavicular sinistra

(3) Perkusi

Batas atas jantung : ICS 2 linea parasternalis sinistra

Batas bawah jantung: ICS 5 linea midclavicular sinistra

Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 linea midclavicular sinistra

(4) Auskultasi

Bunyi jantung II A : tunggal, ICS 2 linea sternalis

Bunyi jantung II P : tunggal, ICS 3 linea sternalis sinistra

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

Bunyi jantung I M : tunggal, ICS 5 linea midclavicular sinistra

Bunyi jantung III galop : tidak terdengar

Murmur : tidak terdengar

Bruit Aorta : tidak ada

A. Renalis : tidak terdengar

A. Femoralis :tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : negative

(2) Rentang gerak : terbatas karena sebelah kanan terpasang WSD

Kaku Sendi : tidak ada

Nyeri Sendi :tidak ada

Fraktur : tidak ada fraktur

Parese : tidak ada parese

Paralisis : tidak ada paralisis

(3) Uji Kekuatan otot :

Kiri	kanan	
5	5	Tangan
5	5	kiri

Keterangan

Nilai 5 : Kekuatan otot penuh

(4) Refleks fisiologi : negatif

(5) Refleks patologi : negatif

Babinski, Kiri : negatif

Kanan : negative

(6) Clubing jari-jari : tidak ada

(7) Varises tungkai : tidak ada

i) Columna vetebralis

(1) Inspeksi : tidak ada kelaian

(2) Palpasit : tidak ada nyeri tekan

(3) Kaku kuduk : tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan biasanya tidur malam dari pukul 21.00 sampai 05.00 WITA, dan merasa segar saat bangun pagi. Pasien mengatakan jarang tidur siang, Pasien mengatakan lebih suka tidur di kamar yang gelap dan tenang.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan tidur malam dari pukul 22.00 hingga 06.00 WITA. Pasien mengeluh tidurnya tidak nyenyak karena sesak napas dan nyeri yang sesekali muncul, sehingga sulit tidur dengan nyaman. Pasien sering terbangun pada malam hari akibat suhu ruangan yang dingin dan merasa tidak puas saat bangun tidur. Selain itu, pasien mengatakan sering terjaga karena tindakan perawat, sehingga pola tidurnya terganggu. Pasien juga jarang tidur siang karena kondisi ruangan yang bising akibat kunjungan keluarga lain, sehingga sulit untuk beristirahat.

3) Observasi

Tampak pasien lesu dan kurang bertenaga di tempat tidur, dengan ekspresi wajah yang terlihat letih terutama pada pagi hari dan tampak pasien menguap

4) Pemeriksaan Fisik

Pasien tampak mengantuk dan palpebra inferior tidak tampak gelap

f. Pola Presepsi dan Kognitif

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan bahwa pasien tidak mengalami gangguan pendengaran, namun menggunakan kacamata untuk membantu

penglihatan. Pasien mampu berkomunikasi dengan baik serta menunjukkan orientasi yang utuh terhadap waktu, tempat, dan orang di sekitarnya

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien tetap mampu berkomunikasi dengan jelas serta menunjukkan orientasi yang baik terhadap waktu, tempat, dan orang. Tidak tampak adanya gangguan persepsi atau perubahan status kognitif yang dialami pasien.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Penglihatan

Kornea lensa	: tampak jernih dikedua mata
Pupil	: tampak isokor kiri dan kanan dengan diameter 3/3
Lensa mata	: tampak jernih
Telkanan TIO	: teraba sama kiri dan Kanan

b) Pendengaran

Pina	: tampak simetris kiri dan kanan
Kanalis	: tidak tampak penumpukan serumen
Membrane Timpani	: tampak utuh dan tidak ada tanda peradangan

g. Pola Presepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan bahwa pasien berperan aktif dan mandiri dalam kehidupan sehari-hari. Sebagai ibu rumah tangga, pasien mampu menjalankan tugas serta tanggung jawabnya dengan baik tanpa kesulitan. Pasien tampak memiliki persepsi yang utuh

terhadap dirinya sendiri dan perannya dalam kehidupan sosial dan lingkungan.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sebagian besar waktu terbaring di tempat tidur dan memerlukan bantuan untuk beberapa aktivitas sehari-hari. Beberapa pekerjaan rumah yang biasa dilakukan pasien kini dilakukan oleh anak atau cucunya. Meskipun demikian, tidak tampak adanya perubahan persepsi terhadap diri sendiri atau gangguan konsep diri. Pasien masih menyadari identitas, peran, dan kemampuannya, serta mampu berinteraksi secara wajar dengan orang lain tanpa tanda-tanda kebingungan atau perubahan citra diri.

3) Observasi

a) Kontak mata : tampak pasien melakukan kontak mata dengan perawat
b) Rentang perhatian : tampak perhatian penuh
c) Suara dan cara bicara : pasien berbicara dengan baik

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
b) Bentuk/Postur
Tubuh : tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur
Kulit : tampak tidak ada lesi

h. Pola Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan bahwa ia menjalin hubungan baik dengan keluarga, dan orang-orang di sekitarnya serta mampu berinteraksi secara aktif.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan lebih banyak beristirahat di tempat tidur dan memerlukan bantuan keluarga, tetapi komunikasi dan hubungan dengan orang-orang di sekitarnya tetap terjaga dengan baik.

3) Observasi

Tampak pasien mampu berkomunikasi dengan keluarga dan perawat secara jelas dan responsif, menunjukkan kontak verbal yang baik selama interaksi. Hubungan interpersonal pasien dengan orang-orang di sekitarnya tetap terjaga meskipun pasien lebih banyak beristirahat di tempat tidur.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan bahwa pasien memiliki 4 orang anak Pasien tidak mengalami masalah reproduksi sebelumnya. Pasien mengatakan sudah mengalami masa menopause sejak usianya 47 tahun.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak mengalami penyakit kelamin atau gangguan reproduksi lainnya.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menunjukkan keluhan atau tanda-tanda masalah terkait fungsi reproduksi dan seksual selama observasi.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Pasien mengatakan mampu menghadapi masalah sehari-hari dengan tenang dan berdiskusi bersama keluarga atau orang terdekat ketika ada hal yang membutuhkan penyelesaian. Interaksi sosial pasien berjalan normal tanpa tanda-tanda stres yang berat.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan ia mampu menghadapi masalah sehari-hari dengan baik dan berdiskusi dengan keluarga ketika ada kesulitan, sehingga mampu mengatasi stres secara wajar.

3) Observasi

Tampak pasien mampu menghadapi kondisinya tanpa tanda-tanda stres berat atau ketidakmampuan mengatasi tekanan emosional.

k. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan bahwa ia rutin menjalankan ibadah sesuai ajaran Islam, seperti shalat dan doa. Ibadah tersebut merupakan bagian penting dari keyakinan pasien dan memberi ketenangan batin dalam kehidupan sehari-hari.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan bahwa ia tidak dapat melaksanakan ibadah secara normal karena sebagian besar waktu dihabiskan untuk istirahat di tempat tidur. Meskipun demikian, pasien tetap menunjukkan minat spiritual dengan berdoa dan mendengarkan bacaan ayat suci bersama keluarga.

3) Observasi

Tampak keluarga melakukan ritual ibadah sesuai dengan kepercayaan yang dianut, yaitu melaksanakan salat dan membaca Al-Qur'an secara khusyuk di samping pasien.

5. Pemeriksaa Penunjang

a. Laboratorium pre Operasi (21/01/2026)

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan	Ket
WBC	18.44	4.79 - 11.3	H
RBC	4.04	4.00 - 5.50	N
HGB	12.0	10.8 - 14.9	N
HCT	34.9	34.0 - 45.1	N
MCV	86.4	71.8 - 92.0	N
MCH	29.7	22.6 - 31.0	N
MCHC	34.4	30.8 - 35.2	N
PLT	438	150 - 450	N
RDW-CV	13.6	11.3 - 14.6	N
PDW	10.6	7.2 - 11.1	N
MPV	9.7	9.0 - 13.0	N
P-LCR	23.1	15.0 – 25.0	N
HITUNG JENIS			
NEUT#	16.54	2.72 - 7.53	H
LYMPH#	1.38	1.46 - 3.73	L
MONO#	0.47	0.33 - 0.91	N
EO#	0.02	0.00 - 0.43	L
BASO#	0.03	0.02 - 0.09	N
IG#	0.05	0.000-00	N
NEUT%	89.7	42.5 - 71.0	H
LYMPH%	7.5	20.40-44	L
MONO%	2.5	3.60 - 9.90	L
EOS%	0.1	0.7 - 5.4	L
BASO%	0.2	0.00-1.001	N
IG%	1.2	- 72	N

b. Laboratorium (31/01/2026)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Referensi	Flag
KIMIA DARAH				
Albumin	1.95	-	3.5 – 5.0	L
Natrium	117	mmol/L	135.0 -145	L
Kalium	4.2	mmol/L	3.5 – 5.1	N
Chlorida	98	mmol/L	97-111	N

c. Foto Thorax

1. Tanggl 21/01/2026

   Kesan:

   Pneumonia suprahilus kanan. efusi pleura kanan minimal. DD Pleuritis kanan Efusi pleura kiri. DD: pleueopneumonia kiri

2. Tanggal 23/01/2026

   Kesan:

   Efusi pleura bilateral kanan minimal di banding foto sebelumnya efusi kiri berkurang

   Massa lapangan atas paru kiri. Dd: Efusi Pleura Efusi pleura kiri

d. Pemeriksaan Sitologi (26/01/2026)

   Kesan:

   Efusi pleura hemoragic tanpa sel maligna inflamasi kronik

6. Terapi Farmakologi

a. Nebu Ferbivent + Budesma

1) Nama obat: Nebu Farbivent + Budesma
2) Klasifikasi/golongan obat: Bronkodilator kombinasi (ipratropium bromida + salbutamol) dan kortikosteroid inhalasi (budesonide)
3) Dosis umum: 1 ampul nebulizer setiap 6–8 jam sesuai kondisi pasien
4) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 ampul/ nebulizer/ setiap 8 jam
5) Cara pemberian obat : Inhalasi (Nebulizer)
6) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Farbivent bekerja sebagai bronkodilator dengan melemaskan otot polos bronkus melalui stimulasi reseptor beta-2 (salbutamol) dan efek antikolinergik (ipratropium) sehingga jalan napas melebar. Budesma (budesonide) bekerja sebagai antiinflamasi yang mengurangi peradangan pada saluran napas. Kombinasi ini membantu memperbaiki ventilasi, mengurangi sesak, dan meningkatkan oksigenasi.
7) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Untuk mengurangi sesak napas dan memperbaiki pola napas tidak efektif pada pasien dengan gangguan pernapasan.
8) Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap salbutamol, ipratropium, atau budesonide, takikardia berat.
9) Efek samping obat : Tremor, takikardia, mulut kering, iritasi tenggorokan, pusing.

b. Omeprazole

1) Nama obat : Omeprazole
2) Klasifikasi/golongan obat : Proton Pump Inhibitor (PPI)
3) Dosis umum : 20–40 mg/hari IV atau oral

4) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 40 mg / IV / setiap 12 jam
5) Cara pemberian obat : Intravena (IV)
6) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Omeprazole bekerja dengan menghambat pompa proton (H+/K+ ATPase) di sel parietal lambung sehingga menurunkan produksi asam lambung. Obat ini berfungsi melindungi mukosa lambung dan mencegah tukak atau gastritis akibat stres penyakit atau penggunaan obat.
7) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Mencegah iritasi lambung dan stres ulcer pada pasien yang dirawat intensif.
8) Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap omeprazole atau golongan PPI.
9) Efek samping obat : Mual, sakit kepala, diare, nyeri perut.

c. Ketorolac
1) Nama obat : Ketorolac
2) Klasifikasi/golongan obat : Analgesik non-steroid antiinflamasi (NSAID)
3) Dosis umum : 30 mg IV setiap 6–8 jam sesuai kebutuhan (maksimal 120 mg/hari pada dewasa)
4) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 30 mg / IV / setiap 8–12 jam (sesuai instruksi dokter dan kondisi nyeri pasien)
5) Cara pemberian obat : Intravena (IV)
6) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ketorolac bekerja dengan menghambat enzim siklooksigenase (COX-1 dan COX-2) sehingga mengurangi sintesis prostaglandin yang berperan dalam proses nyeri, peradangan, dan demam. Obat ini efektif sebagai analgesik kuat untuk nyeri sedang hingga berat, terutama pada kondisi akut.

7) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Untuk mengurangi nyeri sedang hingga berat yang dialami pasien.
8) Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap ketorolac atau NSAID lain, riwayat ulkus peptikum atau perdarahan gastrointestinal, gangguan ginjal berat, gangguan perdarahan, serta tidak dianjurkan pada trimester ketiga kehamilan.
9) Efek samping obat : Nyeri lambung, mual, muntah, pusing, gangguan fungsi ginjal, serta peningkatan risiko perdarahan.

d. Vitamin B-complex
1) Nama obat : Vitamin B-Complex
2) Klasifikasi/golongan obat : Suplemen vitamin neurotropik
3) Dosis umum : 1 tablet 1–3 kali sehari
4) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2x1 / oral / setiap 12 jam
5) Cara pemberian obat : Oral
6) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Vitamin B kompleks berperan dalam metabolisme energi, fungsi saraf, dan pembentukan sel darah merah. Obat ini membantu meningkatkan daya tahan tubuh dan mempercepat pemulihan kondisi pasien.
7) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Membantu pemulihan kondisi tubuh dan menjaga fungsi saraf serta metabolisme.
8) Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap vitamin B kompleks.
9) Efek samping obat : Mual ringan, reaksi alergi, urin berwarna kuning cerah

e. Asam Traneksamat
1) Nama obat : Asam Traneksamat
2) Klasifikasi/golongan obat : Antifibrinolitik / hemostatik
3) Dosis umum : 500–1000 mg setiap 8 jam IV

4) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg / setiap 8 jam / IV
5) Cara pemberian obat : Intravena (IV)
6) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Asam traneksamat bekerja dengan menghambat aktivasi plasminogen menjadi plasmin sehingga mencegah proses fibrinolisis dan membantu menghentikan perdarahan.
7) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Mencegah atau mengurangi risiko perdarahan.
8) Kontra indikasi : Riwayat tromboemboli, hipersensitivitas terhadap obat.
9) Efek samping obat : Mual, diare, hipotensi, risiko trombosis.

f. Inbumin
1) Nama obat : Inbumin
2) Klasifikasi/golongan obat : Suplemen albumin / nutrisi protein
3) Dosis umum : 1–2 tablet 2–3 kali sehari
4) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 tablet / 3x sehari/ oral
5) Cara pemberian obat : Oral
6) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Inbumin berfungsi meningkatkan kadar albumin dan status nutrisi tubuh sehingga membantu proses penyembuhan jaringan dan menjaga keseimbangan cairan tubuh.
7) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Meningkatkan status nutrisi dan kadar albumin pasien.
8) Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap komponen obat.
9) Efek samping obat : Mual, gangguan pencernaan ringan.

g. Meropenem
1) Nama obat : Meropenem
2) Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik golongan karbapenem

3) Dosis umum : 500 mg – 1 gram setiap 8 jam IV
4) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gram / 8 jam / IV
5) Cara pemberian obat : Intravena (IV)
6) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Meropenem bekerja dengan menghambat sintesis dinding sel bakteri sehingga menyebabkan kematian bakteri (bakterisidal). Obat ini efektif untuk infeksi berat yang disebabkan oleh bakteri gram positif dan gram negatif.
7) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Mengatasi infeksi bakteri berat pada pasien.
8) Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap antibiotik beta-laktam.
9) Efek samping obat : Diare, mual, ruam, reaksi alergi.

h. B-Fluid
1) Nama obat : B-Fluid (Cairan intravena)
2) Klasifikasi/golongan obat : Cairan infus kristaloid
3) Dosis umum : 500–3000 cc/24 jam sesuai kebutuhan cairan pasien
4) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1000 cc / 24 jam / IV
5) Cara pemberian obat : Intravena (Infus)
6) Mekanisme kerja dan fungsi obat : B-Fluid berfungsi menggantikan kebutuhan cairan dan elektrolit tubuh, menjaga keseimbangan cairan, perfusi jaringan, dan stabilitas hemodinamik pasien.
7) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Memenuhi kebutuhan cairan dan mencegah dehidrasi selama perawatan.

8) Kontra indikasi : Overload cairan, gagal jantung berat, gangguan ginjal berat (perlu pengawasan ketat).
9) Efek samping obat: Edema, overhidrasi, gangguan keseimbangan elektrolit.

i. Amlodipin 10 mg/24 jam Oral
1) Nama obat: Amlodipin
2) Klasifikasi/golongan obat: Antihipertensi, penghambat kanal kalsium (Calcium Channel Blocker)
3) Dosis umum: 5–10 mg sekali sehari, disesuaikan dengan respons pasien
4) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 10 mg/24 jam
5) Cara pemberian obat: Oral, diminum dengan atau tanpa makanan
6) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Amlodipin menghambat masuknya ion kalsium ke dalam sel otot polos vaskular dan miokardium, menyebabkan vasodilatasi arteri perifer. Efeknya menurunkan tekanan darah, mengurangi beban jantung, dan mencegah komplikasi kardiovaskular.
7) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah risiko komplikasi jantung atau stroke pada pasien hipertensi.
8) Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap amlodipin, hipotensi berat, angina tidak stabil yang akut, stenosis aorta berat.
9) Efek samping obat: Pusing, edema perifer, sakit kepala, kelelahan, palpitasi, mual.

C. Analisa Data

Nama / umur : Ny. C / 83 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth II / 2221

Tabel 3.1 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data Subjektif 1. Pasien mengatakan merasa sesak. 2. Pasien mengeluh tidurnya tidak nyenyak karena sesak napas Data Objektif 1. Tampak pasien sesak dan lemas 2. SpO_2 96 % 3. Frekuensi napas 26 x/menit 4. Pasien tampak lesu, kurang bertenaga, dan gelisah 5. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan 6. Terdengar suara napas tambahan ronchi 7. Vocal premitus teraba lemah pada dada kiri dibandingkan kanan. 8. Pasien terpasang *chest tube* di dada kiri dengan cairan yang keluar sekitar 350 cc dengan warna merah kehitaman 9. Hasil pemeriksaan sitologi efusi pleura hemoragic tanpa sel maligna, inflamasi kronik 10. Hasil pemeriksaan foto thorax efusi pleura kiri	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif

2.	Data Subjektif: 1. Pasien mengeluh nyeri Dengan pengkajian: P: pasien mengeluhkan nyeri di area operasi pemasangan *chest tube* Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tersayat-sayat, R: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri S: Pasien mengatakan skala nyeri 6/10 (nyeri sedang) T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul sehingga pasien sulit tidur 2. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa karena merasa nyeri pada bekas operasi Data objektif : 1. Tampak pasien meringis kesakitan 2. Tampak pasien gelisah saat berbaring. 3. Tampak adanya luka operasi abdomen dan terpasang balutan dan drain. 4. Hasil pemeriksaan TTV: TD : 140/90 mmHg Nadi : 89 x/menit RR : 26 x/menit Suhu: 36,3°C SpO_2: 94%	Agen pencedera fisik	Nyeri akut
3.	Data Subjektif 1. Keluarga pasien mengtakan pasien telah melakukan operasi untuk mengeluarkan cairan pada parunya	Efek prosedur invasive	Risiko infeksi

	Data Objektif 1. Tampak ada luka operasi abdomen tampak ada balutan dan drain. 2. Hasil pemeriksaan sitologi efusi pleura hemoragik 3. Foto toraks: Pneumonia suprahilus kanan dan efusi pleura. 4. Hasil laboratorium a. Albumin rendah 1,95 g/dL b. WBC tinggi (18,44) $\times 10^3/\mu L$		

D. Diagnosa Keperawatan

Nama / umur : Ny. C / 83 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth II / 2221

Tabel 3.2 Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
3.	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive (D.0142)

E. Rencana Keperawatan

Nama / umur : Ny. C / 83 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth II / 2221

Tabel 3.3 Rencana Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah napas (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil (L.01004): 1. Dipsnoe menurun 2. Frekuensi napas membaik	**Manajemen Jalan Napas (I.010111)** **Observasi** 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) **Teraupetik** 1. Posisikan *semi-fowler* atau *fowler* 2. berikan oksigen, nasal kanul 4 lter/menit **Edukasi** 1. Ajarkan teknik batuk efektif **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator ekspektoran, mukolitik.
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasiil (L.08066): 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun	**Manajemen nyeri (I.08238)** **Observasi** 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal **Teraupetik** 1. Berikan teknik non famakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur **Edukasi** 1. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

			(terapi pijat pada tangan) **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian analgetic
3.	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasiil (L.14137): 1. Nyeri menurun 2. Kadar sel darah putih membaik	**Pencegahan infeksi (I.14539)** **Observasi** 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik **Teraupetik** 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2. Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi **Edukasi** 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

F. Implementasi Keperawatan

Nama / umur : Ny. C / 83 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth II / 2221

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
29/01/ 2026 Sift pagi	I	11.00	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil: - Pasien mengeluh sesak - Frekuensi napas 28 /menit (takipnea) - Irama napas teratur - Spo2 94%	Shella
	I	11.05	Memposisikan *semi-fowler* Hasil: - Pasien mengatakan sesak napas berkurang dan merasa lebih nyaman - Tampak pasien mampu bernapas lebih lega. - pernapasan 26x/menit	Sella
	I	10.10	Memberikan oksigen nasal kanul 4 lter/menit Hasil: - Tampak pasien terpasang nasal kanul 4 liter/menit - Saturasi oksigen (SpO_2) meningkat dari 94% menjadi 96%	Shella
	II	10.20	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Hasil: - Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di area dada kiri. - Pasien menyampaikan nyeri dirasakan hilang timbul. - Pasien mengatakan nyeri berlangsung kurang lebih 1–2 menit setiap kali	Shella

			muncul. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan kurang lebih 4–6 kali dalam sehari. - Nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat pada area luka operasi. - Skala nyeri 6/10 - TTV= TD: 130/90 mmHg, nadi 98 x/menit	
	II	12.25	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: - Tampak pasien meringis - Tampak Pasien terlihat membatasi pergerakan tubuh - Tampak pasien menghindar saat disentuh pada *post op*	Shella
	II	12.30	Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik napas dalam) Hasil: - Pasien tampak lebih rileks, - pernapasan lebih teratur, dan pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah melakukan teknik napas dalam. - Tampak meringis berkurang - Tampak Pasien masi terlihat membatasi pergerakan tubuh - Tampak pasien menghindar saat disentuh pada *post op* - Skala nyeri 6	Shella
	III	12.35	Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik Hasil: - Pasien mengatakan tidak mengalami pembengkakan atau keluar cairan dari luka *post op* - Tampak Luka *post-op chest tube* tertutup dengan perban dan selang WSD terpasang . - Terlihat adanya sedikit darah pada selang WSD, namun area luka di bawah	Shella

			perban tetap bersih, tanpa pembengkakan berlebihan atau tanda keluarnya pus. - Pasien tidak menunjukkan tanda infeksi sistemik seperti demam atau menggigil. - WBC tinggi (18,44) $\times 10^3/\mu L$ - suhu 36,7°C.	
	III	12.45	Mempertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi Hasil: - Perawat mempertahankan teknik aseptik saat merawat luka *post-op chest tube* - Tidak terjadi tanda-tanda infeksi pada luka atau area sekitar *chest tube*). - Drainase pleura berjalan lancar, jumlah dan karakter cairan sesuai dengan indikasi medis.	Shella
Shift siang	I	14.03	Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurglingmengi, wheezing, ronchi kering) Hasil: - Terdengar suara napas ronchi	Fina
	III	14.10	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Hasil: - Keluarga dan pasien tampak memahami cara memeriksa luka operasi, termasuk memperhatikan warna, keluarnya cairan, pembengkakan, dan tanda kemerahan.	Fina
	I	14.25	Memonitor sputum Hasil: - Tampak sputum sedikit berwarna putih kehijauan,	Fina
	III	14.30	Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik Hasil: - Pasien mengatakan tidak mengalami pembengkakan atau keluar cairan dari	Fina

			luka *post op* - Luka pasca pemasangan chest tube tampak tertutup perban dengan baik, dan selang WSD terpasang pada tempatnya - Tampak sedikit darah pada selang WSD, tetapi area luka di bawah balutan tetap bersih, tanpa tanda pembengkakan berlebihan maupun keluarnya pus - Pasien tidak memperlihatkan gejala infeksi sistemik, seperti demam ataupun menggigil. - WBC tinggi (18,44) $\times 10^3/\mu L$ - suhu 36,5°C.	
	I	14.50	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil: - Pasien masi mengeluh sesak - Frekuensi napas 26 x/menit (takipnea) - Irama napas teratur . - Spo2 96%	Fina
	II	16.00	Mengkolaborasi pemberian obat Hasil: - Tampak pasien diberikan obat ketorolac 30mg, asam transeksamat 500mg/IVdan Meropenem 1g/IV - Tampak tidak ada reaksi alergi setelah pemberian obat	Fina
	I	16.05	Mengkolaborasi pemberian bronkodilator Farbivent + Budesma/1amp/Nebulizer Hasil: - Tampak pasien menerima terapi nebulizer sesuai jadwal - Sesak napas berkurang, - Pasien mengatakan pernapasan lebih lega, - Frekuensi napas 24x/menit - Irama napas tertur	Fina

			- SpO 96%	
	II	16.20	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: - Tampak meringis berkurang - Pasien tampak lebih rileks saat bergerak	Fina
	III	16.25	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: - Perawat mencuci tangan sebelum melakukan kontak dengan pasien dan sebelum prosedur. - Perawat mencuci tangan setelah kontak dengan pasien atau lingkungan pasien. - Menggunakan sabun dan air mengalir atau *hand sanitizer* sesuai pedoman *higienis.*	Fina
	III	16.30	Mempertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi Hasil: - Perawat mempertahankan teknik aseptik saat merawat luka *post-op chest tube* - Tidak terjadi tanda-tanda infeksi pada luka atau area sekitar *chest tube*). - Drainase pleura berjalan lancar, jumlah dan karakter cairan sesuai dengan indikasi medis.	Fina
	II	17.00	Memonitor skala nyeri Hasil: - Pasien mengatakan skala nyeri berkurang dari 6 ke 5 - Tampak lebih nyaman saat bergerak	Fina
	III	18.00	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Hasil: - Keluarga mengatakan pasien makan 3 kali sehari dengan porsi ±3 sendok makan per kali makan, nafsu makan	Fina

			rendah. - Pasien menerima B-Fluid 1000 cc/IV	
	II	18.30	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Hasil: - Keluarga mengatakan pasien makan 3 kali sehari dengan porsi ±3 sendok makan per kali makan, nafsu makan rendah.	Fina
	II	20.30	Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil: - Pasien dapat beristirahat dan tidur lebih nyenyak sesuai jadwal istirahat. - Lingkungan pasien tenang pencahayaan dan kebisingan dikontrol	Fina
		20.00	Mengkolaborasi pemberian obat - Tampak pasien diberikan obat omeprazole 40mg/IV	Fina
	I	21.00	Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurglingmengi, wheezing, ronchi kering) Hasil: - Terdengar suara napas ronchi - Tampak cairan WSD yang dikeluarkan sekitar 150 cc - Tampak cairan berwarna merah kehitaman	Fina
shift malam	II	23.00	Mengkolaborasi pemberian obat Hasil: - Tampak pasien diberikan obat analgetic Ketorolac/30mg/IV asam transeksamat 500mg/IV. dan Meropenem 1g/IV. - TTV= TD: 140 /80 mmHg, nadi 88 x/menit, pernapasan: 24x/menit suhu 36,3°C.	Kartini, S.Kep

	II	00.05	Mengkolaborasi pemberian bronkodilator Hasil: - Tampak pasien diberikan obat Farbivent+ Budesma/ 1amp/Nebulizer - Frekuensi napas 24x/menit - Spo2 96%	Kartini, S.Kep
		06.00	Mengkolaborasikan pemberian obat Hasil: - Tampak pasien diberikan amlodipine 10mg/oral dan Ibumin 2tab /oral	Kartini, S.Kep
30/01/2026 Sift pagi	I	07.20	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil: - Pasien masi mengeluh sesak - Frekuensi napas 26 x/menit - Irama napas teratur, kedalaman cukup	Fina
	I	07.25	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil: - Pasien masi mengeluh sesak - Frekuensi napas 26 x/menit - Irama napas teratur	Fina
	I	07.35	Memposisikan *semi-fowler* Hasil: - Pasien mengatakan merasa sesak berkurang - Pasien mengatkan bernapas lebih lega - Pernapasan 24x/menit	Fina
	II	08.00	Mengkolaborasi pemberian obat Hasil: - Tampak pasien diberikan obat ketorolac 30 mg/IV, Omeprazole 40mg/IV, asam traneksamat 500mg/IV dan Meropenem 1gram/IV. - Tampak tidak ada reaksi alergi setelah pemberian obat - TTV: TD 120/80, nadi 95 x/menit	Fina

	I	08.05	Mengkolaborasi pemberian obat Hasil: - Tampak pasien diberikan (Farbivent + Budesma/1 ampul/nebulizer - Pasien mengatakan Sesak napas berkurang, - frekuensi napas 23 x/menit, - suara ronchi berkurang	Fina
	II	09.22	Mengidentifikasi lokasi dan karakteristik nyeri Hasil: - Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dada kiri, hilang-timbul - nyeri dirasakan dirasakan tersayat sayat dan tumpul - pasien mengatakan nyeri suda berkurang	Fina
	II	09.23	Memonitor skala nyeri Hasil: - Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang dari skala 5 ke 4	Fina
	II	09.23	Mengidentifikasi lokasi dan karakteristik nyeri Hasil: - Pasien mengatakan nyeri pafa luka operasi dada kiri, hilang-timbul - nyeri dirasakan dirasakan tersayat sayat dan tumpul	Fina
	II	09.25	Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal Hasil: - Tampak meringis berkurang - Pasien tampak lebih rileks saat bergerak.	Fina
	III	09.50	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Hasil: - Pasien makan 3x sehari, porsi 5-8 sendok	Fina

			- Tampak pasien terpasang B-Fluid 1000 cc/IV	
	III	12.00	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien Hasil: - Tampak perawat mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien ilakukan sesuai prosedur	Fina
	I	12.25	Memonitor sputum Hasil: - Tampak sputum yang dikeluarkan banyaak, berwarna putih dan kental	Fina
	III	12.30	Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik Hasil: - Pasien mengatakan tidak mengalami pembengkakan atau keluar cairan dari luka *post op* - Tampak luka *post-op chest tube* tertutup perban - Tampak selang WSD terpasang area luka bersih, tanpa tanda infeksi sistemik. - WBC tinggi (18,44) $\times 10^3/\mu L$ - suhu 36,4°C	Fina
	I	12.35	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil: - Pasien masi mengeluh sesak - Frekuensi napas 25 x/menit (takipnea) - Irama napas teratur - Spo2 96%	Fina
Shift siang	I	14.10	Memposisikan *semi-fowler* Hasil: - Pasien mengatakan merasa sesak berkurang - Pasien mengatkan bernapas lebih lega - Pernapasan 24x/menit	Shella

	I	14.15	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Hasil: - Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di area dada kiri. - Pasien menyampaikan nyeri dirasakan hilang timbul. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan kurang lebih 1 kali dalam sehari. - Nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat pada area luka operasi. - Skala nyeri 4 - TTV= TD: 120/70mmHg, nadi 98 x/menit.	Shela
	II	16.00	Mengkolaborasi pemberian obat Hasil: - Tampak pasien diberikan obat ketorolac 30 mg asam traneksamat 500mg/IV, Meropenem 1gram/IV - Tampak tidak ada reaksi alergi setelah pemberian obat - TTV: TD 120/80, nadi 95 suhu 36,4°C	Shela
	I	16.05	Mengkolaborasi pemberian bronkodilator (Farbivent + Budesma/neb) Hasil: - Sesak napas berkurang, - Frekuensi napas 24 x/menit, - suara ronchi berkurang - SpO2 96%	Shella
	II	16.20	Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil: - Pasien dapat beristirahat, - Tampak lebih nyaman setelah tidur	Shella
	III	17.20	Memonitor tanda dan gejala infeksi loKal Hasil: - Pasien mengatakan tidak mengalami demam	Shella

			- Pasien mengatakan tidak terjadi pembengakakn atau keluarnya cairan pus pada luka operasi - Luka *post-op chest tube* tertutup dengan perban, selang WSD - Sedikit darah pada selang - Area luka bersih, tanpa pembengkakan - WBC tinggi (18,44) ×10³/µL - 36,4°C	
	III	17.23	Monitor Skala nyeri Hasil: - Pasien mengatakan skala nyeri menurun dari 4 ke 3 - Tampak pasien lebih nyaman saat bergerak	Shella
	III	18.30	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien Hasil: - Tampak perawat meencuci tangan sebelum mlekukan kontak dengan pasien	Shella
		20.00	Mengkolaborasi pemberian obat - Tampak pasien diberikan obat omeprazole 40mg	Shella
	I	21.00	Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurglingmengi, wheezing, ronchi kering) Hasil: - Terdengar suara napas ronchi - Tampak cairan WSD yang dikeluarkan sekitar 100cc - Tampak cairan berwarna merah kehitaman	Shella
Shift malam	II	23.00	Mengkolaborasi pemberian Hasil: - Tampak pasien diberikan obat analgetik Ketorolac 30/IVmg, asam transeksamat 500mg/IV, meropenem 1gram/IV	Kartini, S.Kep

	I	00.05	Mengkolaborasi pemberian bronkodilator Hasil - Tampak pasien diberikan obat (Farbivent + Budesma/1 amp/nebulizer) - Frekuensi napas 24 x/menit - Spo2 96%	Kartini, S.Kep
		06.00	Mengokolaborasi pemberian obat Hasil: - Tampak pasien diberikan obat amlodipine 10mg/oral, Inbumin 2tab/oral dan vit B complex 1tab/oral	Kartini, S.Kep
(31/01/2026) Shift pagi	I	07.25	Memposisikan *semi-fowler* Hasil: Pasien mengatakan masi merasa sesak - Pasien mengatakan bernapas legah saat diberikan posisi duduk - Tampak pasien nyaman dan lebih rileks - Pernapasan 27x/menit	Fina
	I	07.30	Memberikan oksigen nasal kanul 4 L/menit Hasil: - SpO_2 meningkat menjadi 95% - Frekuensi napas 25 x/menit - Pasien mengatakan sesak sedikit berkurang namun masih terasa	Fina
	II	07.35	Mengidentifikasi lokasi dan karakteristik nyeri Hasil: - Nyeri di luka operasi dada kiri, hilang-timbu - Pasien mengatakan nyeri suda berkurang - Skala nyeri 4	Fina
	II	07.50	Mengidentifikasi respons nyeri non-verbal Hasil: - Ekspresi meringis berkurang - Pasien tampak lebih rileks saat bergerak	Fina

	II	08.00	Mengkolaborasi pemberian obat Hasil: - Tampak pasien diberikan obat ketorolac 30 mg/IV, asam traneksamat 500mg/IV dan Meropenem 1gram/IV - Tampak tidak ada reaksi alergi setelah pemberian Obat TTV: TD 125/85 mmHg, nadi 98 x/menit, suhu 36,7°C	Fina
	I	08.05	Memberikan bronkodilator (Farbivent +Budesma/nebu) Hasil: - Tampak pasien diberikan - Sesak napas masih ada - Frekuensi napas 25 x/menit - Suara ronchi berkurang namun masih terdengar	Fina
	III	08.03	Menganjurkan peningkatan asupan nutrisi Hasil: - Pasien makan 3x sehari, porsi 6–8 sendok - Terpasang infus B-Fluid 1000 cc/IV	Fina
	II	09.05	Memonitor skala nyeri Hasil: - Pasien mengatakan skala nyeri suda berkurang dari 4 ke 3 - Tampak pasien lebih nyaman setelah bergerak	Fina
	II	11.00	Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil: - Pasien dapat beristirahat - Tampak lebih nyaman meskipun sesak masih ada	Fina
	III	12.10	Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal maupun sistemik Hasil:	Fina

			- Pasien mengatakan ttidak mengalami tanda- tanda infeksi seperti pembengakakan - Luka *post-op chest tub*e tertutup perban bersih - Selang WSD terpasang baik - Area luka bersih, relatif kering, tanpa kemerahan atau pembengkakan - WBC tinggi (18,44) ×10³/µL - Suhu 36,7°C	
	III	12.15	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka Hasil: - Pasien dan keluarga memahami tanda infeksi - Mampu memeriksa warna, bengkak, keluarnya cairan, kemerahan	Fina
	III	12.25	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien Hasil: - Tampak perawat mencuci tangan sebelum melakukan tindakan pada pasien	Fina
Shift siang	I	14.00	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil: - Pasien masih mengeluh sesak napas - Frekuensi napas 26 x/menit - Irama napas teratur - SpO_2 96%	Shella
	II	16.00	Mengkolaborasi pemberian analgetik Hasil: - Tampak pasien diberikan obat ketorolac 30mg, asam traneksamat 500 mg/IV dan meropenem 1gram/IV - Tampak tidak ada tanda reaksi alergi setelah diberikan obat Pasien - Tampak pasien nyaman - TTV: TD 120/80 mmHg, nadi 96 x/menit.	Shella

	I	16.08	Mengkolaborasi Pemberian bronkodilator Hasil: - Tampak pasien diberikan(Farbivent + Budesma 1amp/nebulizer) - Pasien mengatkan masi merasa sesak namun sedikit berkurang - Frekuensi napas 25 x/menit - Tampak pasien masi sesak - Tampak pasien lemas	Shella
	III	16.30	Mempertahankan teknik aseptik Hasil: - Teknik aseptik tetap terjaga - Drainase pleura lancar	Shella
	III	16.50	Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal Hasil: - Mengatakan tidak ada tanda tandainfeksi seperti bengkak atau keluar cairan dari luka *post op* - Luka *post-op chest tube* tertutup perban bersih - Selang WSD terpasang baik - Area luka bersih, relatif kering tanpa tanda kemerahan, bengkak, atau infeksi - WBC tinggi (18,44) ×10³/μL - suhu 36,6°C	Shella
	III	17.25	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka Hasil: - Pasien dan keluarga memahami cara memeriksa kondisi luka - Memperhatikan warna, pembengkakan, keluarnya cairan, kemerahan	Fina
	II	17.30	Memonitor skala nyeri Hasil: - Pasien mengatakan skala nyeri mulai berkurang menjadi 2 - merasa lebih nyaman saat bergerak - Pasien merasa lebih nyaman saat bergerak	Fina

			- Tampak meringis berkurang	
	III	18.00	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien Hasill: - Dilakukan sesuai prosedur	Shella
		20.00	Mengkolaborasikan pemberian obat - Tampak pasien diberikan obat omeprazole 40mg	Shella
	I	21.00	Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurglingmengi, wheezing, ronchi kering) Hasil: - Terdengar suara napas ronchi - Tampak cairan WSD yang dikeluarkan sekitar 70 cc - Tampak cairan berwarna merah kehitaman	Shella
Sift malam	II	23.00	Mengkolaborasi pemberian obat Hasil: - Tampak pasien diberikan obat ketorolac 40mg asam transeksamat 500mg/IV dan Meropenem 1gram/IV - TTV: TD 130/90 mmHg, nadi 98 x/menit, suhu 36,7°C - Tampak tidak ada tanda reaksi alergi setelah diberikan obat Pasien - Tampak pasien nyaman	Kartini, S.Kep
	I	00.05	Mengkolaborasi pemberian bronkodilator Hasil: - Farbivent + Budesma/1 amp/nebulizer) - Frekuensi napas 26 x/menit - Spo2 96%	Kartini, S. kep
		06.00	Memberikan obat - Tampak pasien diberikan obat amlodipine 10mg/oral, Inbumin 2tab/oral dan vit B complex 1tab/oral	Kartini, S. kep

G. Evaluasi Keperawatan

Nama / umur : Ny. C / 83 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth II / 2221

Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan

Tanggal	DX	Evaluasi SOAP	Nama perawat
29/01/2026 (Shift pagi)	I	Diagnosis Keperawatan: Pola napas tidak efektif S: - Pasien mengatakan sesak napas berkurang dan merasa lebih nyaman O: - Tampak pasien mampu bernapas lebih lega setelah diberikan posisi semi fowler - Frekuensi napas 26 x/menit - Saturasi oksigen (SpO_2) meningkat dari 94% menjadi 96% A: Masalah pola napas belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi manajemen jalan napas	Shella
	II	Diagnosis keperawatan: Nyeri akut S: - Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah melakukan Teknik relaksasi napas dalam - Pasien mengatakan skala nyeri 6 O: - Pasien tampak lebih rileks - Tampak meringis berkurang - Tampak Pasien masi terlihat membatasi pergerakan tubuh - Tampak pasien menghindar saat disentuh pada *post op*	Shella

		A: Masalah nyeri akut Belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	
	III	Diagnosis keperawatan: Risiko infeksi S: - Pasien mengatakan tidak mengalami pembengkakan atau keluar cairan dari luka post op O: - Tampak Luka *post-op chest tube* tertutup dengan perban dan selang WSD terpasang. - Tamapk Terlihat adanya sedikit darah pada selang WSD, namun area luka di bawah perban tetap bersih, tanpa pembengkakan berlebihan atau tanda keluarnya pus. - Pasien tidak menunjukkan tanda infeksi sistemik seperti demam atau menggigil. - suhu 36,7°C. - WBC tinggi (18,44) $\times 10^3/\mu L$ A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi	Shella
Shift siang	I	Diagnosis keperawatan: Pola napas tidak efektif S: - Pasien mengatakan pernapasan lebih lega, O: - Frekuensi napas 24x/menit - Irama napas teratur - Kedalaman napas cukup - SpO 96% - Tampak cairan yang keluar sekitar 150cc - Tampak cairan berwarna merah kehitaman A: Masalah Pola napas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas	Fina

	II	Diagnosis keperawatan: Nyeri akut S: - Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 6 skala 5 O: - Tampak pasien lebih nyaman saat bergerak - Tampak meringis berkurang - Pasien tampak rilks saat bergerak - Pasien dapat beristirahatdan tidur lebih nyenyak A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Fina
	III	Diagnosa Keperawatan: Risiko Infeksi S: - Pasien mengatakan tidak mengalami pembengkakan atau keluar cairan dari luka *post op* O: - Tampak luka pemasangan *chest tube* tertutup perban dengan baik - Tampak cairan yang dikeluarkan sekitar 150cc - Tampak sedikit dara pada selang WSD - Tampak area luka dibawa balutan tetap bersih - Tampak tidak ada tanda pembengkakan berlebihan atau keluarnya pus Tampak pasien tidak mengalami demam atau menggigil - Suhu: 36,5°C. - WBC tinggi (18,44) A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi pencegahan	Fina

30/01/2026 Shift pagi	I	Diagnosis keperawatan: Pola napas tidak efektif S: - Pasien mengatakan merasa sesak berkurang - Pasien mengatakan bernapas lebih legah O: - Pernapasan 23x/menit - SpO2 96% - Tampak suara ronchi berkurang - Tampak sputum yang dikeluarkan banyak - Tampak sputum berwarna putih dan kental - Tampak cairan yang keluar sekitar 100cc - Tampak cairan berwarna merah kehitaman A: Masalah Nyeri akut belum teratasi P: Lanjut intervensi Manajemen nyeri	Fina
	II	Diagnosis keperawatan: Nyeri akut S: - Pasien mengatakan nyeri *post op* berkurang - Pasien mengatakan skala nyeri berkurang dari 5 ke 4 O: - Tampak pasien lebih nyaman saat bergerak - TD: 130/80 mmHg - N : 95x/menit A: Masalah nyeri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Fina
	III	Diagnosis keperawatan: Risiko infeksi S: - Pasien mengatakan tidak mengalami pembengkakan atau keluar cairan dari luka *post op* O: - Tampak drainase pleura lancer - Tampak luka *post op chest tube* tertutup perban	Fina

		- Tampak selang WSD terpasang, area luka bersih tanpa tanda infeksi - Suhu: 36,7°C. A: Masalah risoko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi	
Shift siang	I	Diagnosa keperawatan Pola napas tidak efektif S: - Pasien mengatakan merasa sesak berkurang - Pasien mengatakan bernapas lebih legah O: - Pernapasan 24x/menit - Suara ronchi berkurang - Spo2 96% A: Masalah Pola napas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas	Shella
	II	Diagnosa keperawatan: Nyeri akut S: - Pasien mengatakan nyeri *post op* berkurang - Pasien mengatakan skala nyeri berkurang dari skala 4 ke 3 O: - Tampak pasien lebih nyaman saat bergerak - TD: 120/80mmHg - Nadi :95x/menit - Tampak pasien beristirahat dengan nyaman A: Masalah nyeri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Shella
	III	Diagnosa keperawatan: Risiko infeksi S: - Pasien mengatakan tidak mengalami demam	Shella

		- Pasien mengatakan tidak terjadi pembengakakn atau keluarnya cairan pus pada luka operasi O: - Tampak luka post op chest tube tertutup dengan perban - Tampak cairan yang dikeluarkan sekitar 100cc - Selang WSD terpasang dan tampak sedikit darah pada selang - Area luka tampak bersih tanpa pembengkakan - WBC tinggi (18,44) A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi	
31/01/2026 Shift pagi	I	Diagnosa keperawatan: Pola napas tidak efektif S: - Pasien mengatakan masi merasa sesak - Pasien mengatakan bernapas rileks saat diberikan posisi duduk O: - Tampak pasien nyaman dan lebih rileks - Pernapasan 25x/menit - Suara ronchi berkurang namun masi terdengar A: Masalah pola napas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen jalan napas	Fina
	II	Diagnosa keperawatan: Nyeri akut S: - Pasien mengatakan masih merasa nyeri - Pasien mengatakan dapat beristirahat dengan nyaman - Skala nyeri 3 O: - Tampak pasien nyaman saat bergerak	Fina

		- TD: 125/85 mmHg - Nadi 98c/menit - Tampak pasien dapat beristirahat - Tampak pasien lebih nyaman meskipun sesak masi ada A: Masalah nyeri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri	
	III	Diagnosa keperawatan: Risiko Infeksi S: - Pasien mengatakan tidak mengalami tanda-tanda infeksi seperti pembengakakan - Pasien mengatakan - Pasien mengatakan tidak mengalami demam O: - Tampak Luka *post op chest tube* tertutup perban bersih - Tampak selang WSD terpasang dengan baik - Tampakn area luka bersih relative kering tanpa kemerahan atau pembengakakan - Suhu 36,7°C. - WBC tinggi (18,44) ×10³/µL A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Pencegahan infeksi	Fina
Shift siang	I	Diagnosa keperawatan:Pola napas tidak efektif S: - Pasien mengatakan masi merasa sesak, namun sedikit berkurang O: - Tampak pasien masih sesak - Tamapak pasien lemas - Tampak cairan yang keluar sekitar 70cc - Tampak cairan berwarna merah kehitaman - Spo2 96%	Shella

		- Frekuensi napas 25x/menit A: Masalah pola napas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen pola napas	
	II	Diagnosa keperawatan: Nyeri akut S: - Pasien mengatakan nyeri di luka operasi berkurang - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman saat bergerak - Skala nyeri 2 O: - Tampak meringis berkurang - TD: 120/80 mmHg - Nadi 96x/menit A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Shella
	III	Diagnosa keperawatan: Risiko infeksi S: - Pasien mengatakan tidak ada tanda tanda infeksi seperti bengkak atau keluar cairan dari luka *post op* O: - Tampak luka *post op* tertutup pebran bersih - Tampak Selang WSD terpasang baik - Tampak cairan yang dikeluarkan sekitar 70cc - Tampak area luka bersih relative kering tanpa tanda kemerahan, bengkak atau infeksi - Suhu 36,6°C. - WBC tinggi (18,44) $\times 10^3/\mu L$ A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi	Shella

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Pada bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari pada tanggal 29 Januari – 31 Januari 2025 yang dilakukan pada Ny. C dengan Efusi Pleura di Ruang perawatan St Bernadeth II RS Stella Maris Makassar. Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi pada pasien Efusi Pleura.

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian terhadap Ny. C usia 81 tahun, pasien dirawat di ruang St. Bernadeth II pada tanggal 29 Januari 2026 dengan keluhan utama sesak napas dan didiagnosis medis efusi pleura. Saat pengkajian, pasien tampak lemah dan lebih banyak berbaring, namun dalam keadaan sadar penuh dengan GCS 15. Pasien juga mengeluh nyeri pada area bekas pemasangan chest tube sebelah kiri dengan nyeri yang dirasakan seperti tersayat-sayat dan skala nyeri 6/10, sehingga pasien cenderung membatasi pergerakan. Pasien mendapatkan terapi oksigen melalui nasal kanul 4 L/menit, terapi cairan intravena RL 500 cc/24 jam, dan B-Fluid 1000 cc/24 jam, serta terpasang kateter urin untuk pemantauan eliminasi. *Chest tube* dengan sistem *Water Seal Drainage* terpasang di hemitoraks kiri dan mengeluarkan cairan sekitar 150cc berwarna merah kehitaman, yang menunjukkan adanya penumpukan cairan pleura sehingga perlu dilakukan drainase untuk membantu pengembangan paru. Tanda vital

pasien menunjukkan tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 89 x/menit, frekuensi napas 26 x/menit, suhu 36,3°C, dan SpO_2 96% dengan bantuan oksigen nasal kanul 4 liter. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan. Pemeriksaan thorax menunjukkan suara napas redup di dada kiri, vocal fremitus melemah di sisi kiri, serta terdengar suara napas tambahan ronchi.

Hasil pemeriksaan penunjang berupa foto toraks menunjukkan adanya pneumonia suprahilus kanan dan efusi pleura bilateral dengan dominansi sisi kiri. Penumpukan cairan di rongga pleura menyebabkan paru tidak dapat mengembang secara optimal sehingga pertukaran gas terganggu dan menimbulkan keluhan sesak napas. Peningkatan frekuensi napas pada pasien merupakan bentuk kompensasi tubuh untuk mempertahankan kebutuhan oksigen ketika ventilasi paru mengalami gangguan. (Abdulelah & Hishmeh, 2024).

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan leukositosis dengan nilai WBC 18,44 x10³/µL, neutrofil 16,54 x10³/µL (89,7%), serta limfosit menurun 1,38 x10³/µL (7,5%) yang mengarah pada infeksi bakteri akut. Infeksi bakteri tersebut memicu proses inflamasi yang meningkatkan permeabilitas kapiler sehingga produksi cairan pleura meningkat dan memperburuk kondisi efusi pleura. Selain itu, kadar albumin pasien rendah yaitu 1,95 g/dL yang menunjukkan hipoalbuminemia. Kondisi hipoalbuminemia dapat menurunkan tekanan onkotik plasma sehingga cairan lebih mudah berpindah ke rongga pleura dan memperberat gangguan pernapasan serta kondisi umum pasien (Mustofa, 2025).

Berdasarkan riwayat kesehatan, pasien diketahui jarang melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin dan lebih sering membeli obat sendiri di apotek saat mengalami keluhan. Dari aspek

lingkungan, pasien tinggal bersama anak yang memiliki kebiasaan merokok di dalam rumah, sehingga pasien berisiko tinggi terpapar asap rokok secara pasif dalam jangka panjang. Paparan asap rokok kronis dapat merusak epitel saluran napas, meningkatkan produksi mukus, menurunkan jumlah dan fungsi silia, serta mengganggu mekanisme pembersihan mukosilier paru. Gangguan mucociliary clearance menyebabkan sekret mudah menumpuk dan patogen lebih sulit dikeluarkan dari saluran napas, sehingga meningkatkan risiko terjadinya infeksi saluran pernapasan (Simet et al., 2010). Jika dilihat dari perjalanan penyakit secara garis besar, paparan asap rokok dalam jangka panjang dan kebiasaan tidak rutin kontrol kesehatan membuat daya tahan paru pasien menurun. Kondisi ini mempermudah terjadinya infeksi saluran napas yang awalnya muncul sebagai batuk dan sesak ringan. Sekitar satu minggu sebelum masuk rumah sakit, pasien mulai mengalami sesak napas terutama saat beraktivitas yang disertai batuk, namun keluhan tersebut dianggap ringan sehingga hanya diobati sendiri tanpa pemeriksaan medis. Penanganan yang tidak adekuat menyebabkan infeksi berkembang menjadi pneumonia. Proses infeksi yang berlanjut kemudian memicu peradangan dan peningkatan produksi cairan di rongga pleura, sehingga akhirnya terjadi efusi pleura yang memperberat sesak napas pasien. Selain itu, faktor usia lanjut (81 tahun) juga berperan karena pada usia tersebut daya tahan tubuh secara alami sudah mengalami penurunan. Kondisi ini membuat tubuh lebih rentan terhadap infeksi, terutama infeksi saluran pernapasan.

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Sari & Kartika (2021), diagnosis keperawatan yang mungkin terjadi pada pasien dengan efusi pleura adalah sebagai berikut:

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001).

a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005).
b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)
c. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
d. Risiko Infeksi ditandai dengan tindakan invasive (D.0142)
e. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
f. Risiko syok Ditandai dengan hipoksemia (D.0039)

Pada kasus Ny. C penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan sesuai dengan kondisi pasien yaitu:

a. Pola Napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas (D.0005)

   Diagnosis Pola napas tidak efektif ditegakkan berdasarkan data subjektif dan objektif yang menunjukkan adanya gangguan ventilasi akibat penumpukan cairan di rongga pleura. Pasien mengeluhkan sesak napas dan batuk berdahak. Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan frekuensi pernapasan 26 kali/menit (takipnea), SpO_2 96%, pasien tampak lesu, kurang bertenaga, serta terlihat gelisah. Pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan. Pemeriksaan thorax menunjukkan suara napas redup di dada kiri, vocal fremitus melemah di sisi kiri, serta

ronchi. Tampak pasien terpasang *chest tube* pada hemitoraks kiri dengan jumlah cairan WSD sebanyak 150 cc. Hasil sitologi menunjukkan efusi pleura hemoragik tanpa sel maligna dengan inflamasi kronik, dan pemeriksaan foto toraks menunjukkan efusi pleura sinistra. Kondisi tersebut menyebabkan penurunan ekspansi paru dan hambatan ventilasi, sehingga mendukung penegakan diagnosis Pola Napas Tidak Efektif.

b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan (D.0077)

   saat pengkajian. Pasien mengeluhkan nyeri pada area luka operasi dengan karakteristik seperti tersayat-sayat, terlokalisasi pada dada kiri, dengan skala nyeri 6 dari 10 dan bersifat hilang timbul. Nyeri tersebut berkaitan dengan adanya agen cedera fisik berupa tindakan pembedahan pemasangan *chest tube/WSD* yang menyebabkan kerusakan jaringan.

   Selain itu, pasien menyatakan mengalami kesulitan tidur serta aktivitas sehari-hari menjadi terganggu akibat nyeri yang dirasakan. Kondisi ini menunjukkan bahwa nyeri tidak hanya berdampak secara fisik, tetapi juga memengaruhi pola istirahat dan kemampuan fungsional pasien, sehingga mendukung penegakan diagnosis Nyeri Akut.

c. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)

   Diagnosis risiko Infeksi ditegakkan berdasarkan kondisi pasien yang telah menjalani prosedur invasif berupa pemasangan chest tube dengan sistem *water Seal Drainage (WSD),* sehingga terdapat luka insisi pada hemitoraks kiri yang berpotensi menjadi pintu masuk mikroorganisme atau bakteri. Prosedur invasif tersebut menyebabkan terganggunya integritas barier kulit sebagai pertahanan utama tubuh terhadap infeksi.

Selain itu, hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar albumin yang rendah yaitu 1,95 g/dL, yang mengindikasikan status nutrisi tidak adekuat dan dapat menurunkan daya tahan tubuh serta memperlambat proses penyembuhan luka. Nilai leukosit (WBC) yang meningkat sebesar 18,44 $\times 10^3/\mu L$ juga menunjukkan adanya respons inflamasi atau potensi proses infeksi. Berdasarkan data tersebut, pasien memiliki faktor risiko yang kuat terhadap terjadinya infeksi.

Adapun beberapa diagnosis keperawatan yang tidak diangkat oleh penulis pada kasus Ny. C yaitu sebagai berikut:

a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler (D.0003)

   Diagnosis ini tidak diangkat karena tidak terdapat bukti kuat adanya gangguan pertukaran gas, misalnya nilai saturasi oksigen masih dalam batas normal, tidak ada sianosis, dan tidak terdapat hasil analisis gas darah yang menunjukkan hipoksemia atau hiperkapnia.

b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)

   Diagnosisi ini tidak diangkat karena meskipun pasien memiliki lendir, pasien masih mampu mengeluarkannya melalui batuk efektif. Tidak terdapat penumpukan sekresi yang mengganggu ventilasi atau menyebabkan hipoksia, sehingga tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis bersihan jalan napas tidak efektif.

c. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (misalnya infeksi atau kanker) (D.0130)

   Diagnosis ini tidak diangkat karena pada Ny. C tidak ditemukan peningkatan suhu tubuh di atas batas normal. Data vital

menunjukkan suhu tubuh masih normal sehingga tidak ada indikasi hipertermia.

atau prosedur medis lain yang meningkatkan risiko infeksi.

d. Risiko syok berhubungan dengan hipoksemia (D.0039) Diagnosis ini tidak diangkat karena tidak terdapat tanda-tanda hipoksemia berat atau ketidakstabilan hemodinamik, seperti penurunan tekanan darah, takikardia berat, penurunan kesadaran, atau saturasi oksigen yang sangat rendah.

3. Rencana Keperawatan

a. Pola napas tidak efektif (D.0005)

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah napas. Intervensi yang penulis susun dalam mengatasi masalah pola napas tidak efektif adalah manajemen jalan napas I.01011. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil dispone menurun, frekuensi napas membaik. Intervensi meliputi observasi monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi npas tambahan (misalnya, gurgling, mengi, wesing, ronchi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma). Teraupetik posisikan semi fowler 40-45°. Edukasi ajarkan Teknik batuk efektif. Kolaborasi meliputi kolaborasi pemberian bronkodilator yaitu Farbivent + budesma 1 amp/8 jam.

b. Nyeri akut (D.0077)

Nyeri akut ditandai dengan agen pencedera fisik. Intervensi yang penulis susun dalam mengatasi masalah nyeri akut adalah manajemen nyeri I.08238. setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapakn Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun,

sikap protektif menurun, gelisa menurun. Intervensi meliputi observasi meliputi identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri), Identifikasi skala nyeri respon nyeri non verbal, teraupetik berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi meliputi ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi pijat pada tangan). Kolaborasi pemberian analgetic ketorolac 30 mg/8jam/IV.

c. Risiko infeksi (D.0142)

Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive. intervensi yang penulis susun dalm mengatasi masalah risiko infeksi adalah pencegahan infeksi (I. 14539). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriiteria hasil nyeri menurun, bengakk menuru, kadar sel darah putih membaik. Intervensi meliputi observasi monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik, teraupetik cuci tangan sebelum dan sesuda kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan Teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi. Edukasi jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

4. Implementasi keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan penulis menyesuaikan dengan perencanaan atau intervensi yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi pasien.

e. Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)

Implementasi keperawatan pada diagnosis pola napas tidak efektif difokuskan pada peningkatan ventilasi dan optimalisasi ekspansi paru. Pada kasus Ny. C dengan efusi pleura hemoragik, penumpukan darah di rongga pleura menyebabkan paru tertekan sehingga ekspansi paru menurun dan muncul takipnea sebagai mekanisme kompensasi. Oleh karena itu, intervensi utama yang dilakukan adalah memposisikan pasien dalam posisi semi-Fowler 40–45°. Posisi ini bertujuan menurunkan tekanan intraabdomen terhadap diafragma, meningkatkan kapasitas vital paru, serta mengurangi kerja otot bantu napas. Setelah intervensi dilakukan, pasien tampak lebih nyaman dan keluhan sesak berkurang meskipun frekuensi napas masih dalam batas takipnea ringan (Alfian et al., 2020). Selain pengaturan posisi, perawat melakukan pemantauan status respirasi secara komprehensif meliputi frekuensi, kedalaman, pola napas, penggunaan otot bantu napas, serta saturasi oksigen. Saturasi oksigen pasien terpantau stabil pada 96% dengan bantuan nasal kanul 4 L/menit. Implementasi juga mencakup pemantauan sistem *Water Seal Drainage (WSD)* dengan mengobservasi jumlah dan karakteristik cairan drainase yang berwarna merah kehitaman. Pemantauan ini penting untuk menilai efektivitas pengeluaran cairan pleura dan mencegah komplikasi seperti obstruksi selang atau perdarahan berlanjut. Secara bertahap terlihat adanya penurunan jumlah drainase, yang menunjukkan respons terapi berjalan sesuai harapan.

f. Nyeri akut (D.0077)

Implementasi pada diagnosis nyeri akut berfokus pada pengendalian nyeri akibat proses inflamasi pleura dan pemasangan *chest tube*. Nyeri pada efusi pleura hemoragik umumnya bersifat tajam dan meningkat saat pasien bergerak atau

bernapas dalam, karena pleura merupakan struktur yang sangat sensitif terhadap rangsangan nyeri. Perawat melakukan pengkajian nyeri secara sistematis meliputi lokasi, karakteristik, durasi, dan intensitas menggunakan skala numerik. Pada awalnya pasien melaporkan nyeri skala 6 dan tampak meringis serta membatasi pergerakan. Tindakan nonfarmakologis berupa teknik relaksasi sederhana dan fasilitasi istirahat diberikan untuk membantu menurunkan persepsi nyeri. Selain itu, dilakukan kolaborasi pemberian analgesik ketorolac 30 mg/8 jam/IV sesuai program terapi. Setelah implementasi dilakukan, skala nyeri dihari pertama 6 dan hari ketiga skala nyeri bekurang menjadi 2. Ekspresi wajah lebih rileks dan pasien mulai lebih kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan. Hal ini menunjukkan bahwa kombinasi manajemen farmakologis dan nonfarmakologis efektif dalam mengontrol nyeri pada pasien.

g. Risiko Infeksi (D.0142)

Implementasi pada diagnosis risiko infeksi diarahkan pada pencegahan komplikasi akibat prosedur invasif berupa pemasangan WSD dan akses intravena. Pasien usia lanjut seperti Ny. C memiliki risiko lebih tinggi mengalami infeksi karena penurunan respons imun. Oleh sebab itu, perawat secara konsisten menerapkan prinsip aseptik saat melakukan perawatan luka dan manipulasi sistem drainase. Pemantauan tanda dan gejala infeksi dilakukan secara berkala meliputi suhu tubuh, kondisi luka insersi *chest tube*, adanya kemerahan, edema, nyeri tekan, serta karakteristik cairan drainase. Luka terpantau bersih, kering, dan tidak terdapat pus. Suhu tubuh stabil pada 36,7°C. Edukasi juga diberikan kepada keluarga mengenai pentingnya kebersihan tangan dan tidak memanipulasi selang drainase tanpa petunjuk

tenaga kesehatan. Implementasi ini bertujuan mencegah infeksi nosokomial yang dapat memperburuk kondisi pasien. Hingga akhir periode observasi, tidak ditemukan tanda infeksi, sehingga intervensi dinilai efektif dalam mempertahankan kondisi steril dan mencegah komplikasi.

5. Evaluasi Keperawatan

a. Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam berupa pemberian posisi semi-Fowler 40–45°, pemantauan status respirasi, serta observasi sistem WSD, didapatkan adanya perbaikan bertahap pada kondisi pernapasan pasien. Pada awal pengkajian frekuensi napas tercatat 26 x/menit dengan SpO_2 94% kemudian meningkat menjadi 96% dengan bantuan oksigen 4 L/menit. Pada hari kedua frekuensi napas menurun menjadi 23 x/menit dengan SpO_2 tetap 96%. Pada hari ketiga frekuensi napas 25 x/menit dengan SpO_2 96%. Ronchi masih terdengar namun berkurang dibandingkan hari pertama. *Drainase* WSD pada hari pertama ±150 cc berwarna merah kehitaman, hari kedua ±100 cc, dan hari ketiga ±70 cc. Penurunan jumlah drainase menunjukkan proses pengeluaran cairan pleura berjalan. Pasien melaporkan sesak berkurang dan tampak lebih nyaman dibandingkan saat awal perawatan. Berdasarkan data tersebut, masalah pola napas tidak efektif dinilai teratasi sebagian, karena masih terdapat takipnea ringan dan ronchi, namun terdapat perbaikan klinis.

b. Nyeri Akut (D.0077)

Setelah dilakukan manajemen nyeri selama 3 x 24 jam berupa teknik nonfarmakologis dan kolaborasi pemberian ketorolac 30

mg/8 jam/IV, terjadi penurunan intensitas nyeri secara bertahap. Pada hari pertama skala nyeri 6 menurun menjadi 5 setelah intervensi. Hari kedua skala nyeri menjadi 4. Pada hari ketiga skala nyeri 2. Ekspresi meringis berkurang dan pasien tampak lebih nyaman serta mulai lebih kooperatif dalam bergerak. Tanda-tanda vital relatif stabil dengan TD 130/90 mmHg, nadi 98 x/menit pada awal, kemudian TD 130/80 mmHg dan nadi 95 x/menit pada hari berikutnya. Berdasarkan hasil tersebut, masalah nyeri akut dinilai teratasi sebagian besar, karena skala nyeri sudah menurun signifikan namun belum sepenuhnya hilang.

c. Risiko Infeksi (D.0142)

Selama 3 x 24 jam pemantauan, tidak ditemukan tanda dan gejala infeksi. Suhu tubuh stabil pada 36,7°C. Luka insersi chest tube tampak bersih dan tertutup perban kering, tidak terdapat pus, kemerahan, maupun pembengkakan. Drainase tetap berwarna merah kehitaman sesuai kondisi efusi pleura hemoragik tanpa tanda perubahan menjadi purulen. Pasien juga mengatakan tidak ada bengkak atau cairan keluar dari luka. Berdasarkan data objektif dan subjektif tersebut, diagnosis risiko infeksi dinilai belum terjadi, sehingga intervensi pencegahan infeksi dilanjutkan untuk mempertahankan kondisi steril dan mencegah komplikasi.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul EBN

Penerapan Pemberian Posisi *Semi Fowler* 30–45° dalam Manajemen Jalan Napas pada Pasien Efusi Pleura di RS St. Bernadeth II.

P : Pasien dengan efusi pleura yang mengalami gangguan pernapasan atau pola napas tidak efektif.

I : Pemberian posisi semi Fowler 30–45**°** sebagai intervensi keperawatan dalam manajemen jalan napas.

C : -

O : Terjadi perbaikan status pernapasan, seperti penurunan sesak napas, penurunan frekuensi napas dari 28x/menit menjadi 25x/menit, peningkatan saturasi dari 94% menjadi 96% oksigen, dan peningkatan kenyamanan pasien.

T : Pemberian posisi semi Fowler 30–45° dilakukan selama 2 × 24 jam perawatan, masing-masing sesi selama 15–30 menit, pada tanggal 29 Januari dan 31 Januari 2026.

2. Diagnosis Keperawatan

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah napas (D.0005)

3. Luaran yang Diharapkan

Luaran yang diharapkan setelah diberikan intervensi yaitu dipsnoe menurun, frekuensi napas membaik Intervensi Prioritas Mengacuh pada EBN

4. Intervensi yang Mengacuh pada EBN

Teraupetik: Pemberian posisi *semi fowler* 30-45°

5. Pembahasan Tindakan Keperawatan sesuai EBN

a. Pengertiaan tidakan

Posisi *semi-Fowler* adalah posisi di mana kepala dan dada pasien diangkat sekitar 30–45° sehingga tubuh berada dalam posisi setengah duduk. Posisi ini efektif untuk pasien dengan efusi pleura karena memungkinkan diafragma bergerak lebih leluasa sehingga paru-paru dapat mengembang secara maksimal, meningkatkan volume udara yang masuk ke paru-paru dan aliran oksigen ke jaringan. Dengan paru-paru yang lebih mengembang, pasien mengalami peningkatan oksigenasi yang membuat rasa sesak berkurang. Selain itu, posisi ini mengurangi beban kerja otot pernapasan karena otot tidak harus bekerja keras untuk membuka paru-paru, sehingga pernapasan menjadi lebih tenang dan nyaman bagi pasien.

b. Tujuan / Rasional EBN

Tujuan dari dilakukannya pemberian posisi semi fowler adalah untuk membantu mengurangi sesak napas dengan memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

C. PICOT EBN

Tabel 4.6 Picot EBN

TELAH	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
Judul (EBN)	Application of Semi-Fowler's Position to Overcome Ineffective Breathing Pattern in Patients with Pleural Effusion in the Intensive Care Unit (ICU) of RSD Gunung Jati, Cirebon City (Alfiatunajihah & Syaripudin, 2025).	Efektivitas Manajemen Jalan Nafas dengan Posisi Semi Fowler pada Pasien Efusi Pleura di RS Dirgahayu Samarinda (Ding et al., 2024).	Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Di Ruangan ICU RS Bhayangkara Makassar (Andrianys et al., 2025).
P :	Pasien dengan efusi pleura yang mengalami pola napas tidak efektif dan dirawat di ruang Intensive Care Unit (ICU), ditandai dengan dyspnea, takipnea, nasal flaring, serta gangguan ventilasi akibat penumpukan cairan di rongga pleura yang menghambat ekspansi paru.	Pasien dengan efusi pleura yang mengalami gangguan kebutuhan oksigenasi berupa sesak napas, pola napas tidak efektif, dan ketidaknyamanan pernapasan akibat penumpukan cairan di rongga pleura yang menghambat ekspansi paru dan pertukaran gas.	Pasien kritis yang dirawat di ruang ICU RS Bhayangkara Makassar, mengalami gangguan pernapasan dan penurunan saturasi oksigen.
I :	Penerapan posisi Semi-Fowler dengan elevasi kepala tempat tidur sekitar 30°–45° sebagai intervensi keperawatan non-farmakologis untuk meningkatkan ekspansi paru, membuka jalan napas, dan meningkatkan efisiensi ventilasi.	Penerapan manajemen jalan napas melalui tindakan keperawatan posisi Semi-Fowler dengan kemiringan 30–45° yang dilakukan selama perawatan, disertai edukasi posisi saat sesak dan pemantauan pola napas sebagai intervensi non-farmakologis untuk meningkatkan ekspansi paru dan kenyamanan pernapasan.	Pemberian posisi semi-Fowler (kepala dan punggung diangkat 30–45°) sebagai intervensi keperawatan non-farmakologis untuk meningkatkan oksigenasi.

C :	Penerapan posisi Semi-Fowler dengan elevasi kepala tempat tidur sekitar 30°–45° sebagai intervensi keperawatan non-farmakologis untuk meningkatkan ekspansi paru, membuka jalan napas, dan meningkatkan efisiensi ventilasi.	Tidak ada kelompok pembanding; penelitian berfokus pada penerapan intervensi posisi Semi-Fowler pada pasien efusi pleura.	Saturasi oksigen pasien sebelum diberikan posisi Semi-Fowler (kondisi pre-intervention).
O :	Perbaikan pola napas yang ditandai dengan penurunan frekuensi napas (RR), berkurangnya dyspnea, peningkatan kenyamanan pernapasan, serta optimalisasi ventilasi dan ekspansi paru pada pasien efusi pleura.	Terjadi peningkatan kenyamanan pernapasan, berkurangnya sesak napas, serta perbaikan pola napas pada pasien efusi pleura setelah diberikan intervensi posisi Semi-Fowler.	Peningkatan saturasi oksigen pasien yang signifikan. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata SpO_2 meningkat dari 90,13% sebelum intervensi menjadi 98,13% setelah intervensi
T:	Dilakukan selama 3 hari intervensi berturut-turut selama masa perawatan pasien di ICU dengan pemantauan harian terhadap respons pernapasan pasien	Intervensi dan observasi dilakukan selama 3 hari perawatan (16–18 Juli 2024) di ruang St. Gabriel Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda.	Pengukuran dilakukan sebelum dan setelah pemberian posisi Semi-Fowler selama 30 menit.

Kesimpulan Hasil EBN

Apakah pemberian posisi *semi Fowler* 30–45° efektif untuk membantu manajemen jalan napas pada pasien dengan efusi pleura? Berdasarkan sintesis dari beberapa jurnal yang telah dianalisis, hasil penelitian menunjukkan adanya kesesuaian antara teori fisiologi sistem pernapasan dan temuan empiris di praktik klinis. Beberapa penelitian menunjukkan adanya perubahan kondisi respirasi pasien sebelum dan sesudah diberikan intervensi posisi *semi fowler*, baik dari aspek frekuensi napas, tingkat sesak napas, maupun peningkatan saturasi oksigen.

Secara fisiologis, posisi *semi fowler* 30–45° bekerja dengan memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu ekspansi paru lebih optimal serta menurunkan tekanan pada diafragma akibat dorongan organ intraabdomen. Posisi ini juga membantu memperbaiki ventilasi paru dan mengurangi kerja otot pernapasan sehingga pasien dapat bernapas lebih nyaman. Selain itu, pada pasien efusi pleura, posisi *semi fowler* dapat membantu mengurangi tekanan cairan pada jaringan paru sehingga proses ventilasi menjadi lebih efektif.

Berdasarkan hasil penerapan *Evidence Based Nursing (EBN)* pada pasien Ny. C dengan diagnosis medis efusi pleura selama 3 × 24 jam perawatan (29–31 Januari 2026), ditemukan adanya perbaikan kondisi respirasi setelah diberikan intervensi posisi *semi fowler* 30–45°. Pasien melaporkan sesak napas berkurang dan merasa lebih nyaman saat bernapas. Secara objektif juga terlihat adanya perbaikan parameter respirasi, seperti penurunan frekuensi napas dari 28x/menit menjadi 25x/menit serta peningkatan saturasi oksigen dari 94% menjadi 96%.

Dengan demikian, pemberian posisi *semi fowler* 30–45° merupakan intervensi non-farmakologis yang sederhana, mudah dilakukan, aman, serta memiliki dasar fisiologis yang kuat dalam membantu manajemen jalan napas

pada pasien efusi pleura. Konsistensi hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi ini efektif dalam membantu memperbaiki status pernapasan dan meningkatkan kenyamanan pasien, sehingga dapat direkomendasikan sebagai bagian dari tindakan keperawatan dalam manajemen gangguan respirasi pada pasien efusi pleura.

BAB V
PENUTUP

A. Simpulan

Setelah melakukan analisis kasus dan membandingkannya dengan teori, serta mempertimbangkan perawatan langsung pada pasien di lapangan melalui penerapan asuhan keperawatan pada Ny. C dengan Efusi Pleura di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar, penulis dapat menyimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

   Hasil pengkajian pada Ny. C usia 83 tahun menunjukkan keluhan utama sesak napas yang disebabkan oleh penumpukan cairan pada rongga pleura sehingga menghambat ekspansi paru dan mengganggu proses pernapasan. Pasien juga mengeluh nyeri pada area luka bekas pemasangan *chest tube* di hemitoraks kiri dengan skala nyeri awal 6/10. Pemeriksaan penunjang menunjukkan adanya efusi pleura bilateral dengan dominansi sisi kiri serta adanya proses infeksi yang ditandai dengan peningkatan nilai leukosit.

2. Diagnosis Keperawatan

   Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data, penulis menetapkan tiga diagnosis keperawatan pada Ny. C yaitu:

   a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.
   b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat pemasangan chest tube.
   c. Risiko infeksi ditandai dengan adanya prosedur invasif berupa pemasangan chest tube dan terapi intravena.

3. Intervensi Keperawatan

   Perencanaan tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi manajemen jalan napas dengan memonitor pola napas, memonitor bunyi napas tambahan, memonitor sputum, memposisikan pasien semi-Fowler, pemberian oksigen, serta kolaborasi pemberian bronkodilator. Selain itu dilakukan manajemen nyeri melalui teknik nonfarmakologis seperti relaksasi napas dalam dan kolaborasi pemberian analgesik. Untuk mencegah risiko infeksi dilakukan pemantauan tanda infeksi, menjaga teknik aseptik, edukasi kebersihan tangan, serta pemantauan kondisi luka.

4. Implementasi Keperawatan

   Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Tindakan yang dilakukan meliputi pemberian posisi *semi-fowler* untuk membantu ekspansi paru dan mengurangi sesak napas, pemberian oksigen melalui nasal kanul, pemantauan sistem *Water Seal Drainage* (WSD), manajemen nyeri melalui teknik relaksasi dan pemberian analgesik, serta pencegahan infeksi dengan menjaga teknik aseptik dan pemantauan kondisi luka pemasangan *chest tube.*

5. Evaluasi Keperawatan

   Hasil evaluasi menunjukkan adanya perbaikan kondisi pasien secara bertahap. Frekuensi napas menurun dan saturasi oksigen stabil dengan bantuan oksigen, keluhan sesak napas berkurang, dan skala nyeri menurun dari 6 menjadi 2. Selama masa perawatan juga tidak ditemukan tanda-tanda infeksi pada luka pemasangan *chest tube*. Namun secara keseluruhan masalah keperawatan masih memerlukan pemantauan dan intervensi lanjutan karena kondisi pasien belum sepenuhnya pulih.

B. Saran

1. Bagi Instalasi Rumah Sakit

   Diharapkan pihak rumah sakit dapat terus meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya dalam penatalaksanaan pasien dengan efusi pleura melalui penerapan *evidence based nursing* sehingga kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat semakin optimal.

2. Bagi Profesi Keperawatan

   Perawat diharapkan dapat meningkatkan kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan, khususnya efusi pleura, melalui pemantauan kondisi respirasi secara komprehensif, manajemen nyeri yang efektif, serta pencegahan infeksi pada pasien dengan tindakan invasif.

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Diharapkan hasil karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai referensi atau sumber pembelajaran bagi mahasiswa keperawatan dalam memahami penerapan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura secara komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

Abdulelah, M., & Hishmeh, M. A. (2024). Infective pleural effusions—A comprehensive narrative review article. *Clinics and Practice*, *14*(3), 870–881. https://doi.org/10.3390/clinpract14030068

Alfian, A. L. Y., Kurniawati, & Zuliani. (2020). Asuhan keperawatan pada klien dengan efusi pleura. *Jurnal EDUNursing*, *4*(2), 103–109. file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/2333-6869-1-SM.pdf

Alfiatunajihah, F., & Syaripudin, A. (2025). Application of semi-fowler's position to overcome ineffective breathing pattern in patients with pleural effusoon in the intensive care unit (ICU) of RSD Gunung Jati, Cirebon City. *Indogenius*, *4*(2A), 107–112. https://doi.org/10.56359/igj.v4i2a.726

Andrianys, I., Tasa, H., & Rahanbinan, L. D. (2025). Pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap saturasi oksigen di Ruangan ICU RS Bhayangkara Makassar. *Jurnal Berita Kesehatan*, *18*(2), 219–229. https://ojs.stikes.gunungsari.id/index.php/JBK/article/view/315/240

Arnawan, H., Latief, N., & Ilyas, M. (2022). Kesesuaian computed tomography scan-base scoring system dengan hasil sitologi cairan pleura dalam membedakan efusi pleura maligna dan benigna. In *Jurnal Biomedik:JBM* (Vol. 14, Issue 1, p. 23). https://doi.org/10.35790/jbm.v14i1.34137

Buana, I., & Harefa, A. T. (2023). Efusi Pleura Ganas e.c. Adenocarcinoma Paru. *Jurnal Anestesi: Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Kedokteran*, *4*(1), 1–16. https://doi.org/10.59680/anestesi.v1i4.506

Ding, M., Silau, N. C., Silaen, O. S., Gunawan, R. M., Yanti, R., & Ping, S. M. (2024). Efektivitas manajemen jalan nafas dengan posisi semi fowler pada pasien efusi pleura di Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda Paviliun ST. Gabriel Lantai 3. *JURNAL KESEHATAN: CARITAS ET FRATERNITAS*, 29–32. https://doi.org/https://doi.org/10.52841/cefjk.v3i2.516

Janah, S., Platini, H., & Fitri, S. U. R. (2025). Pursed-lips breathing dan high fowler position pada pasien efusi pleura: Case report. *Jambura Nurisng Journal*, *7*(1), 90–101. http://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jnj

Jannah, N., Sukartini, T., & Hidayat, A. A. A. (2019). Discharge planning model with approach of method in improving patients' readiness for discharge in hospitals. *Indian Journal of Public Health Research and Development*,

10(1), 288–292. https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.00057.3

Kemenkes. (2023). *Survey kesehatan indonesia*. https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/hasil-ski-2023/

Lestari, E. W., Juhamran, R. P., Anggita, D., Wiriansya, E. P., Hasbi, B. E., & Djaharuddin, I. (2025). Karakteristik efusi pleura pada penderita tuberkulosis paru di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, *16*(2), 409–413. https://doi.org/10.59680/anestesi.v1i4.506

M. Habas, E., Habas, A., Said, A., Rayani, A., Farfar, K., Habas, E., Alfitori, G., Errayes, A., Habas, A., & Elzouki, A. N. (2024). Diagnostic approach to pleural effusion based on pathogenesis and radiological findings: A narrative review. *Yemen Journal of Medicine*, *03*(02), 102–113. https://doi.org/10.63475/j.yjom.2024.006

Mustofa, S. (2025). *Pemeriksaan penunjang untuk penegakan diagnosis dan evaluasi pengobatan Empiema Paru*. *9*, 142–148. https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/JK/article/view/3702/3403

Price, S. A., & Wilson, L. M. (2003). *Patofisiologi*. *volume 2*(6), 799.

Rozak, F., & Clara, H. (2022). Studi Kasus : Asuhan keperawatan pasien dengan efusi pleura. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, *6*(1), 87–101. https://doi.org/10.36971/keperawatan.v6i1.114

Sari, P. I., & Kartika, A. M. (2021). *Nursing care for patients with pleural effusion in the pulmonary inpatien room of Raden Mattaher Hospital, Jambi City*. *32*(3), 167–186. https://online-journal.unja.ac.id/jpima%0Apressure

Simet, S. M., Sisson, J. H., Pavlik, J. A., DeVasure, J. M., Boyer, C., Liu, X., Kawasaki, S., Sharp, J. G., Rennard, S. I., & Wyatt, T. A. (2010). Long-term cigarette smoke exposure in a mouse model of ciliated epithelial cell function. *American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology*, *43*(6), 635–640. https://doi.org/10.1165/rcmb.2009-0297OC

Supriantarini, D., & Afifah, F. (2025a). Efusi Pleura: Literature Review. *Jurnal Biologi Tropis*, *25*(2), 1591–1598. https://doi.org/: http://doi.org/10.29303/jbt.v25i2.8948 onkotik,

Supriantarini, D., & Afifah, F. (2025b). Efusi Pleura: Literature Review. *Jurnal Biologi Tropis*, *25*(2), 1591–1598. https://doi.org/10.29303/jbt.v25i2.8948

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING

Nama Mahasiswa : Sarfina F. F. Pattiasina (NS2514901071)

Shella Agnesia (NS2514901072)

Nama Pembimbing 1 : Fitriyanti Patarru' Ns., M.Kep

Judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Efusi Pleura di Ruang St.Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

No	Hari / Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Penulis	
				I	II
1	Kamis, 29 Januari 2026	Konsul kasus dan mencari EBN terkait dengan masalah keperawatan pada pasien BAB III - Lengkapi pengkajian, diagnose, intervensi, evaluasi dan implemtasi			
2.	kamis 19 Febuari 2026	BAB III - Lengkapi pengkajian - Perbaikan pengetikan dalam pengkajian - Lengkapi EBN sesuai dengan kasus			
3	Selasa 09 Maret 2026	BAB III - Buatkan pembahasan EBN pada kasus - perbaikan SOAP sesuai dengan Implementasi			
4	Jumat, 13 Maret 2026	BAB III - Revisi pengkajian - Cocokan hasil implemnetasi pada Evaluasi			

		BAB IV - Perbaiki PICOT dan EBN pada kasus - Perbaiki hasil EBN Kasus BAB V - Cocokan Kesimpulan dengan hasil implemnetasi dan evaluasi pada asuhan keperawatan di BAB III			
5.	Senin, 16 Maret 2026	BAB III - Perbaikan ilustrasi kasus - Menambahkan hasil wbc pada implementasi dan evaluasi (SOAP)			
6.	Selasa, 17 Maret 2026	Perbaikan Penulisan nama dan NIDN Pembimbing			
7.	Rabu, 18 Maret 2026	ACC ujian KIA			

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING

Nama Mahasiswa : Sarfina F. F. Pattiasina (NS2514901071)

Shella Agnesia (NS2514901072)

Nama Pembimbing 2 : Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D,

Judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Efusi Pleura di Ruang St.Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

No	Hari / Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Penulis	
				I	II
1	Kamis, 15 Januari 2026	BAB I - Perbaikan latar belakang - Tambahkan perawatan WSD dan pemberian posisi semi fowler			
2	Selasa, 10 Maret 2026	BAB I - Lengkapi latar belakang BAB II - Perbaiki defenisi efusi pleura dengan mencari 11 referensi defenisi efusi pleura berdasarkan buku - Perbaiki Patofisiologi - Perbaiki komplikasi secara berurut pada efusi pleura			

3.	Jumat, 13 Maret 2026	BAB I - Perbaiki latar belakang dengan menambah sumber dari Survey Kesehatan Indonesia untuk mendudukung data prevalensi - Menambahkan urgensi atau komplikasi terkait dengan kasus BAB II - Lengkapi tanda dan gejala dari penyakit - Lanjutkan pathway			
4.	Selasa, 17 Maret 2026	Perbaikan Penulisan			
5	Rabu, 18 Maret 2026	ACC ujian KIA			

Lampiran 1

RIWAYAT HIDUP

Identitas Pribadi



Nama : Sarfina F. F. Pattiasina

Tempat / Tanggal Lahir: Kamal / 05 Desember 2003

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Kamal RT 005 / RW 000

Identitas Orang Tua/Wali

Nama Ayah / Ibu : Adolfis Pattiasina / Dolfina Tibalimeten, Amd

Agama : Kristen Protestan

Pekerjaan Ayah / Ibu : Petani / IRT

Alamat : Kamal RT 005 / RW 000

Pendidikan Yang Telah Detempuh

SD YPPK 1 KAMAL : 2010 - 2016

SMP N 3 Kairatu barat : 2016 - 2019

SMK N 4 Kairatu : 2019 - 2021

STIK STELLA MARIS MAKASSAR: 2021-2026

Nama : Shella Agnesia

Tempat/Tanggal Lahir : Makassar/04 November 2003

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Katolik

Alamat : Asrama Rindam XIV/Hasanuddin Pakatto



Identitas Orang Tua/Wali

Nama Ayah / Ibu : Agustinus Sawal / Marlina

Agama : Katolik

Pekerjaan Ayah / Ibu : TNI-AD / IRT

Alamat : Asrama Rindam XIV/Hasanuddin Pakatto

Pendidikan Yang Telah Detempuh

TK Rindam VII Wirabuana/Pakatto: 2009-2010

SD Inpres Pakatto : 2010- 2016

SMPN 1 Bontomarannu : 2016-2018

SMA Frater Makassar : 2018-2021

STIK STELLA MARIS MAKASSAR: 2021-2026