



**KARYA ILMIAH AKHIR**

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

**OLEH:**

**RICARDO MATURBONGS (NS2214901141)  
RISDA WATI SIRA (NS2214901142)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2023**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

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

**OLEH:**

**RICARDO MATURBONGS (NS2214901141)  
RISDA WATI SIRA (NS2214901142)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2023**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Ricardo Maturbongs (NS2214901141).
2. Risda Wati Sira (NS2214901142).

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

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

Makassar, 14 Juni 2023

Yang menyatakan,



Ricardo Maturbongs



Risda Wati Sira

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Efusi Pleura di Ruang Perawatan Santa 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. Ricardo Maturbong (NS2214901141)  
2. Risda Wati Sira (NS2214901142)

**Disetujui oleh:**

Pembimbing I



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

Pembimbing II



(Fitriyanti Patarru, Ns., M. Kep)  
NIDN: 0907049202

**Menyetujui,  
Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama  
STIK Stella Maris Makassar**



Fransiska Anita, Ns., M. Kep. Sp. Kep. MB  
NIDN: 0913098201

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Ricardo Maturbong (NS2214901141)  
2. Risda Wati Sira (NS2214901142)  
Program studi : Profesi Ners  
Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Efusi  
Pleura di Ruang Perawatan Santa Bernadeth II Rumah  
Sakit Stella Maris Makassar.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

## DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing I : Matilda Martha Paseno, Ns., M. Kes (  )  
Pembimbing II : Fitriyanti Patarru, Ns.,M.Kep (  )  
Penguji I : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes (  )  
Penguji II : Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN (  )

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 14 Juni 2023

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Sipranus Abdu, S.Si, S.Kep.,Ns.,M.Kes)

NIDN: 0928027101

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Ricardo Maturbongs (NS2214901141)

Risda Wati Sira (NS2214901142)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi / formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 14 Juni 2023

Yang menyatakan



Ricardo Maturbong



Risda Wati Sira

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunia-Nya, sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Efusi Pleura di Ruang Perawatan Santa Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan 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 bantuan, arahan, bimbingan, doa dan motivasi yang diperoleh dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini kami secara khusus menyampaikan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes., selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep,Sp,Kep.MB., selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda M. Paseno, Ns.,M.Kes., selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar dan selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes., selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar dan penguji I Karya Ilmiah Akhir.
5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes., selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat STIK Stella Maris Makassar.

7. Mery Solon, Ns.,M.Kes., selaku Ketua Unit Penjaminan Mutu STIK Stella Maris Makassar.
8. Fitriyanti Patarru, Ns.,M.Kep., selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN selaku penguji II Karya Ilmiah Akhir.
10. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik dan memberi pengarahan selama kami menempuh hingga menyelesaikan studi di STIK Stella Maris Makassar.
11. Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin dan pengarahan untuk melaksanakan studi kasus di ruang perawatan Santa Bernadeth II, Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
12. Teristimewa orang tua tercinta dari Ricardo Maturbongs (Yosep Maturbongs dan Naomi Resimanuk) dan Risdha Wati Sira (Sira Pasang dan Meri Liku Danun), kakak dan adik serta keluarga yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, nasihat, cinta dan kasih sayang serta bantuan moral dan material dalam menyusun karya ilmiah akhir ini.
13. Tn “J” dan keluarga yang telah meluangkan waktu dan bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
14. Seluruh teman-teman profesi ners, terkhusus kepada yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung.

Akhir kata, kami berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Kami menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini oleh karena itu kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat konstruktif dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir.

Makassar, 14 Juni 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Manfaat Penulisan.....	4
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Dasar.....	7
1. Definisi.....	7
2. Anatomi dan Fisiologi.....	8
3. Etiologi.....	10
4. Manifestasi Klinis.....	12
5. Patofisiologi.....	13
6. Pemeriksaan Penunjang.....	14
7. Penatalaksanaan Medis.....	16
8. Komplikasi.....	17
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	19
1. Pengkajian.....	19
2. Diagnosis Keperawatan.....	23
3. Luaran dan Intervensi Keperawatan.....	24
4. <i>Discharge Planning</i> .....	36
C. Patoflowdiagram.....	37
<b>BAB III PENGAMATAN KASUS</b>	
A. Ilustrasi Kasus.....	41
B. Pengkajian.....	42

C. Diagnosis Keperawatan .....	67
D. Intervensi Keperawatan.....	68
E. Implementasi Keperawatan.....	71
F. Evaluasi Keperawatan.....	77

**BAB IV PEMBAHASAN KASUS**

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan .....	84
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> .....	88

**BAB V PENUTUP**

A. Simpulan .....	94
B. Saran.....	95

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap.....	59
Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan MCST Whole Abdomen Kontras .....	60
Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Gula Darah.....	60
Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan .....	67
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan .....	68
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....	71
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan .....	77

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1: Anatomi Pleura.....	8
---------------------------------	---

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Konsultasi
- Lampiran 2 Riwayat Hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Manusia adalah makhluk ciptaan Tuhan yang paling utama, manusia mempunyai beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi jika ingin dalam keadaan sehat. Kebutuhan dasar manusia merupakan hal yang sangat dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Salah satu keseimbangan fisiologis yang perlu dipertahankan, yaitu saluran pernafasan yang berfungsi menghantarkan udara (oksigen) dari atmosfer yang kita hirup dari hidung dan berakhir prosesnya di paru-paru untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (Tika, 2020).

Gangguan pada sistem pernapasan menyebabkan berkurangnya suplai oksigen ke organ-organ vital yang dapat mengakibatkan gangguan fungsi pada organ tersebut. Salah satu penyakit gangguan sistem pernapasan pada manusia yaitu efusi pleura. Efusi pleura adalah cairan yang berlebih di dalam membran berlapis ganda yang mengelilingi paru-paru. Etiologi dari penyakit efusi pleura sangat beragam mulai dari penyakit infeksi dan non infeksi. Penyakit infeksi seperti tuberculosis, pneumonia dan abses, sedangkan penyakit non infeksi seperti karsinoma paru, karsinoma pleura, gagal ginjal, emboli paru dan gagal jantung. Efusi pleura sering terjadi pada usia pertengahan hingga lansia. Laki-laki merupakan penderita paling sering dibandingkan dengan perempuan dikarenakan kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol (Tika, 2020).

Menurut World Health Organization WHO (2018), efusi pleura yaitu suatu gejala penyakit yang dapat mengancam jiwa penderitanya, Efusi pleura terjadi pada 30 % penderita TB paru dan merupakan penyebab morbiditas terbesar akibat TB ekstra paru. Penderita dengan efusi pleura banyak ditemui pada kelompok umur 44 - 49 tahun keatas, serta lebih banyak terjadi pada laki-laki (54,7%) dibandingkan perempuan (45,3%). Tingginya insiden efusi pleura disebabkan oleh TB paru dan Tumor paru. Prevalensi penyakit efusi pleura di Indonesia mencapai 2,7% (Rozak et al., 2022).

Badan kesehatan dunia (WHO) 2017 memperkirakan jumlah kasus efusi pleura diseluruh dunia cukup tinggi menduduki urutan ketiga setelah Ca paru sekitar 10-15 juta dengan 100-250 ribu kematian tiap tahunnya. Secara geografis penyakit ini terdapat diseluruh dunia, bahkan menjadi problema utama di negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia. Di negara-negara industri, diperkirakan terdapat 320 kasus efusi pleura per 100.000 orang. Amerika serikat melaporkan 1,3 juta orang setiap tahunnya menderita efusi pleura (Rozak et al., 2022).

Gejala yang sering timbul pada efusi pleura adalah sesak napas. nyeri bisa timbul akibat efusi yang banyak berupa nyeri dada pleuritik atau nyeri tumpul bergantung pada jumlah akumulasi cairan. Efusi pleura yang luas akan menyebabkan sesak napas yang berdampak pada pemenuhan kebutuhan oksigen, sehingga kebutuhan oksigen dalam tubuh kurang terpenuhi. Hal tersebut dapat menyebabkan metabolisme sel dalam tubuh tidak seimbang. Oleh karena itu, diperlukan pemberian terapi oksigen (Anggarsari et al., 2018).

Berdasarkan pada masalah medis peran perawat juga penting pada masalah keperawatannya yaitu perawat sebagai pelaksana

mampu memberikan layanan asuhan keperawatan pada pasien secara professional misal memberikan posisi semi fowler jika sesak napas. Perawat sebagai pendidik mampu memberikan pendidikan kesehatan terhadap pasien mengenai penyebab, tanda gejala ketidakefektifan bersihan jalan napas dan tehnik batuk efektif. Perawat sebagai pengelola mampu mengelola semua bentuk pelayanan dan petugas kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien. Perawat sebagai peneliti mampu mengembangkan ilmu-ilmu pengetahuan mengenai masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas khususnya pada pasien efusi pleura (Sari et al., 2019).

Dampak yang terjadi jika efusi pleura tidak segera di tangani yaitu menyebabkan terjadinya atelektasis pengembangan paru yang tidak sempurna 2 yang di sebabkan oleh penekanan akibat penumpukan cairan pleura, fibrosis paru dimana keadaan patologis terdapat jaringan ikat paru dalam jumlah yang berlebihan, emfisema dimana terdapat kumpulan nanah dalam rongga antar paru-paru dan kolaps paru (Simanjuntak Omega, 2019).

Berdasarkan uraian di atas maka efusi pleura merupakan masalah kesehatan yang serius yang membutuhkan perhatian penuh bukan hanya pemerintah tetapi semua kalangan terlebih petugas kesehatan khususnya perawat. Maka penulis tertarik untuk memaparkan masalah tersebut dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir (KIA) tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Efusi Pleura di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

## **B. Tujuan Penulisan**

Tujuan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini adalah sebagai berikut:

### 1. Tujuan Umum

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

### 2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan Karya Ilmiah ini diharapkan penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan efusi pleura.
- b. Merumuskan Diagnosis Keperawatan pada pasien dengan efusi pleura.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing*.
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan efusi pleura.

## **C. Manfaat Penulisan**

### 1. Bagi Instansi Rumah Sakit.

Sebagai sumber informasi bagi Rumah Sakit dalam upaya peningkatan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan pada pasien dengan efusi pleura berdasarkan *evidence based nursing*

### 2. Bagi Profesi Keperawatan.

Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi profesi keperawatan untuk berperan aktif dalam mengurangi angka kejadian efusi pleura dengan pemberian pendidikan kesehatan.

### 3. Bagi Institusi Pendidikan.

Sebagai referensi bagi mahasiswa/i untuk memperoleh ilmu dan menjadi bekal dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura.

## **D. Metode Penulisan**

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, pelaksanaan tindakan, evaluasi tindakan serta mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan. Untuk mencapai beberapa hal di atas maka penulis menggunakan teknik:

#### a. Wawancara

Melakukan wawancara bersama pasien, keluarga serta perawat ruangan.

#### b. Pengamatan Kasus

Penulis melakukan pengamatan langsung terhadap respon pasien terhadap diagnosis penyakit, pemeriksaan penunjang serta mengikuti dan melaksanakan asuhan keperawatan.

#### c. Diskusi

Melakukan diskusi dan konsultasi bersama pembimbing karya ilmiah dan perawat ruangan.

## E. Sistematika Penulisan

Penulisan Karya Ilmiah ini terdiri dari: bab I membahas tentang pendahuluan (latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan). Bab II membahas tentang tinjauan pustaka yang di uraikan menjadi 2 yaitu konsep dasar medis (KDM) (defenisi efusi pleura, anatomi fisiologi efusi pleura, etiologi efusi pleura, patofisiologi efusi pleura, manifestasi klinik efusi pleura, pemeriksaan penunjang efusi pleura, penatalaksanaan medis efusi pleura dan komplikasi efusi pleura) sedangkan konsep dasar keperawatan (KDK) (pengkajian efusi pleura, diagnosis efusi pleura, intervensi efusi pleura, implementasi efusi pleura, evaluasi efusi pleura, *discharge planning* efusi pleura dan patoflowdiagram efusi pleura secara teoritis). Bab III yang berisi pengamatan kasus (ilustrasi kasus, pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan). Bab IV membahas tentang pembahasan kasus (pembahasan askep, pembahasan penerapan *evidence based nursing*). Bab V berisi tentang (simpulan dan saran).

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Medik Efusi Pleura**

##### **1. Definisi Efusi Pleura**

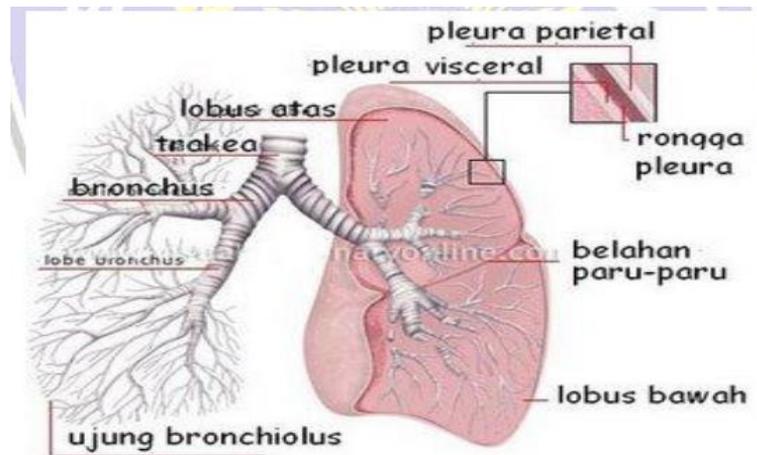
Efusi pleura adalah kondisi paru bila terdapat kehadiran dan peningkatan cairan yang luar biasa di antara ruang pleura. Pleura adalah selaput tipis yang melapisi permukaan paru-paru dan bagian dalam dinding dada di luar paru-paru. Di pleura, cairan terakumulasi di ruang antara lapisan pleura. Biasanya, jumlah cairan yang tidak terdeteksi hadir dalam ruang pleura yang memungkinkan paru-paru untuk bergerak dengan lancar dalam rongga dada selama pernapasan (Tika, 2020).

Efusi pleura adalah pengumpulan cairan dalam ruang pleura yang terletak antara permukaan visceral dan parietal, proses penyakit primer jarang terjadi tetapi biasanya merupakan penyakit sekunder terhadap penyakit lain (Simanjuntak Omega, 2019).

Efusi pleura adalah suatu keadaan dimana terjadi penumpukan cairan melebihi normal di dalam cavum pleura diantara pleura parietalis dan visceralis dapat berupa transudat atau cairan eksudat. Pada keadaan normal rongga pleura hanya mengandung cairan sebanyak 10- 20 ml (Dewi & Bayu, 2013).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit efusi pleura adalah terjadinya penumpukan atau peningkatan cairan yang melebihi normal didalam cavum pleura, proses penyakit primer yang jarang terjadi tetapi biasanya merupakan penyakit sekunder terhadap penyakit lain.

## 2. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.1: Anatomi pleura  
(Tika, 2020)

Pleura adalah suatu membrane serosa yang melapisi permukaan dalam dinding thoraks di bagian kanan dan kiri, melapisi permukaan superior diafragma kanan dan kiri, melapisi mediastinum kanan dan kiri (semuanya disebut pleura parietalis), kemudian pada pangkal paru, membrane serosa ini berbalik melapisi paru (pleura viseralis) pleura viseralis dapat berinvaginasi mengikuti fisura yang terbagi pada setiap lobus paru.

### a. Pleura viseralis

Pleura viseralis adalah pleura yang berada pada permukaan paru, terdiri dari satu lapis sel mesothelial yang tipis  $< 30\mu\text{m}$  yang terletak di permukaan bagian luarnya. Terdapat sel-sel limfosit yang berada diantara celah-celahnya. Endopleura yang berisikan fibrosit dan histiosit berada di bawah sel-sel mesothelial, dan di bawahnya merupakan lapisan tengah

berupa jaringan kolagen dan serat-serat elastis. Sedangkan pada lapisan paling bawah terdapat jaringan interstitial subpleura, didalamnya banyak mengandung pembuluh darah kapiler.

b. Pleura parietalis

Pleura parietalis yaitu pleura yang letaknya berbatasan dengan dinding thorax, memiliki jaringan yang lebih tebal yang tersusun dari sel-sel mesothelial dan juga tersusun dari jaringan ikat seperti kolagen dan elastis. Sedangkan jika pada jaringan ikat tersebut banyak tersusun kapiler dari intercostalis dan mamaria interna, pada pembuluh limfe banyak terdapat reseptor saraf sensoris yang sangat peka terhadap rangsangan rasa sakit dan juga perbedaan temperatur. Yang keseluruhannya tersusun dari intercostalis pada dinding dada dan alirannya pun akan sesuai dengan dermatom dada. Sehingga dapat mempermudah dinding dada yang berada di atasnya menempel dan melepas. Sehingga berfungsi untuk memproduksi cairan pleura.

Kedua lapisan pleura tersebut saling berkaitan dengan hilus pulmonalis yang berfungsi sebagai penghubung pleura (ligament pulmonalis). Pada lapisan pleura ini terdapat rongga yang dinamakan cavum pleura. Cavum pleura memiliki sedikit kandungan cairan pleura yang berfungsi untuk menghindari adanya gesekan antar pleura saat sedang melakukan proses pernapasan.

Pleura memiliki fungsi mekanik yaitu melanjutkan tekanan negative thorax ke daerah paru-paru, sehingga paru dapat mengembang karena elastis. Dalam waktu istirahat (resting pressure) tekanan H<sub>2</sub>O dalam pleura adalah sekitar

-2 sampai -5 cm, sedikit bertambah negative di apex saat dalam posisi berdiri. Saat inspirasi tekanan negative dalam pleura meningkat menjadi -25 sampai -35 H<sub>2</sub>O. Selain fungsi mekanik, rongga pleura steril karena mesothelial mampu bekerja melakukan fagositosis benda asing dan cairan dalam rongga pleura yang diproduksi bertindak sebagai lubrikans. Cairan dalam rongga pleura sangatlah sedikit, sekitar 0,3 ml/kg, bersifat hiponkotik dengan konsentrasi protein dalam cairan sekitar 1 gr/dl. Produksi dan reabsorpsi cairan di rongga pleura kemungkinan besar juga dipengaruhi oleh gerakan pernafasan dan gravitasi paru. Lokasi reabsorpsi terjadi pada pembuluh limfe pleura parietalis dengan kecepatan 0,1 sampai 0,5 ml/kg/jam. Bila terjadi gangguan produksi dan reabsorpsi maka akan mengakibatkan terjadinya efusi pleura (Tika, 2020).

### 3. Etiologi

Penyebab efusi pleura yaitu:

#### a. Infeksi

##### 1) Tuberkulosis

Tuberkulosis menyebabkan timbulnya peradangan saluran getah bening menuju hilus (limfangitis lokal) dan juga diikuti dengan pembesaran kelenjar getah bening hilus (limfangitis regional). Peradangan pada saluran getah bening akan mempengaruhi permeabilitas membran. Permeabilitas membran akan meningkat dan akhirnya menimbulkan akumulasi cairan dalam rongga pleura.

2) Pneumonia

Pneumonia menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler akibat mediator inflamasi. Hal tersebut mengakibatkan lebih banyak protein dan cairan yang masuk ke dalam rongga pleura.

3) Abses paru

Menyebabkan pecahnya membran kapiler dan memungkinkan pengaliran protein plasma dan cairan ke dalam rongga pleura secara cepat.

b. Non infeksi

1) Karsinoma paru

Menumpuknya sel tumor akan meningkatkan permeabilitas pleura terhadap air dan protein, adanya massa tumor mengakibatkan tersumbatnya aliran pembuluh darah vena dan getah bening sehingga rongga pleura gagal dalam memindahkan cairan dan protein. Adanya gangguan reabsorpsi cairan pleura melalui obstruksi aliran limfe mediastinum yang mengalirkan cairan pleura parietal, sehingga terkumpul cairan transudat dalam rongga pleura.

2) Gagal jantung

Gagal jantung yang menyebabkan tekanan kapiler paru dan tekanan perifer menjadi sangat tinggi sehingga menimbulkan transudasi cairan yang berlebihan ke dalam rongga pleura.

3) Gagal hati

Gagal hati menyebabkan peningkatan tekanan osmotik koloid yang menyebabkan adanya transudat sehingga terjadi penimbunan cairan di dalam rongga pleura.

#### 4) Gagal ginjal

Gagal ginjal menyebabkan penurunan tekanan onkotik dalam sirkulasi mikrovaskuler karena hipoalbuminemia yang meningkatkan penumpukan cairan dalam rongga pleura.

#### c. Berdasarkan jenis cairan yang terbentuk yaitu:

- 1) Transudat dapat disebabkan oleh kegagalan jantung kongesif (gagal jantung kiri), gagal hati, gagal ginjal, karsinoma paru.
- 2) Eksudat disebabkan oleh infeksi, TB, pneumonia, abses paru.
- 3) Efusi hemoragi dapat disebabkan oleh adanya tumor, trauma, infark paru dan tuberculosis (Nurdiyantoro, 2020).

#### 4. Manifestasi Klinik

Menurut Nurdiyantoro (2020) tanda dan gejala yang ditimbulkan dari efusi pleura berdasarkan penyebabnya adalah:

- a. Batuk
- b. Sesak napas
- c. Nyeri pleuritis
- d. Rasa berat pada dada
- e. Berat badan menurun
- f. Adanya gejala-gejala penyakit penyebab seperti demam, menggigil, dan nyeri dada pleuritis (pneumonia), panas tinggi (kokus), subfebril (tuberkolosis) banyak keringat, batuk.
- g. Deviasi trachea menjauhi tempat yang sakit dapat terjadi jika terjadi penumpukan cairan pleural yang signifikan.
- h. Pada pemeriksaan fisik: Inflamasi dapat terjadi friction rub - Atelektaksis kompresif (kolaps paru parsial ) dapat menyebabkan bunyi napas bronkus, Pemeriksaan fisik dalam keadaan berbaring dan duduk akan berlainan karena cairan akan berpindah tempat. Bagian yang sakit akan kurang bergerak

dalam pernapasan. Focal fremitus melemah pada perkusi didapati pekak, dalam keadaan duduk didapatkan permukaan cairan membentuk garis melengkung (garis ellis damoiseu).

#### 5. Patofisiologi

Dalam keadaan normal tidak ada rongga kosong antara pleura parietalis dan pleura viceralis, karena di antara pleura tersebut terdapat cairan antara 10 cc - 20 cc yang merupakan lapisan tipis serosa dan selalu bergerak teratur. Cairan yang sedikit ini merupakan pelumas antara kedua pleura, sehingga pleura tersebut mudah bergeser satu sama lain. Di ketahui bahwa cairan di produksi oleh pleura parietalis dan selanjutnya di absorpsi tersebut dapat terjadi karena adanya tekanan hidrostatis pada pleura parietalis dan tekanan osmotik koloid pada pleura viceralis. Cairan kebanyakan diabsorpsi oleh system limfatik dan hanya sebagian kecil diabsorpsi oleh system kapiler pulmonal. Hal yang memudahkan penyerapan cairan yang pada pleura viscelaris adalah terdapatnya banyak mikrovili disekitar sel-sel mesofelial. Jumlah cairan dalam rongga pleura tetap karena adanya keseimbangan antara produksi dan absorpsi. Keadaan ini bisa terjadi karena adanya tekanan hidrostatis dan tekanan osmotik koloid. Keseimbangan tersebut dapat terganggu oleh beberapa hal, salah satunya adalah infeksi tuberkulosa paru (Tika, 2020).

Terjadi infeksi tuberkulosa paru, yang pertama basil Mikobakterium tuberkulosa masuk melalui saluran nafas menuju alveoli, terjadilah infeksi primer. Dari infeksi primer ini akan timbul peradangan saluran getah bening menuju hilus (Limfangitis local) dan juga diikuti dengan pembesaran kelenjar getah bening hilus (limphadinitis regional). Peradangan pada saluran getah bening akan

mempengaruhi permeabilitas membran. Permeabilitas membran akan meningkat yang akhirnya dapat menimbulkan akumulasi cairan dalam rongga pleura. Kebanyakan terjadinya efusi pleura akibat dari tuberkulosa paru melalui focus subpleura yang robek atau melalui aliran getah bening. Sebab lain dapat juga dari robekkan kearah saluran getah bening yang menuju rongga pleura, iga atau columna vertebralis (Tika, 2020).

Adapun bentuk cairan efusi akibat tuberkulosa paru adalah merupakan eksudat, yaitu berisi protein yang terdapat pada cairan pleura tersebut karena kegagalan aliran protein getah bening. Cairan ini biasanya serous, kadang-kadang bisa juga hemarogik. Dalam setiap ml cairan pleura bias mengandung leukosit antara 500-2000. Mula-mula yang dominan adalah sel-sel polimorfonuklear, tapi kemudian sel limfosit, Cairan efusi sangat sedikit mengandung kuman tubukolusa. Timbulnya cairan efusi bukanlah karena adanya bakteri tubukolosis, tapi karena akibat adanya efusi pleura dapat menimbulkan beberapa perubahan fisik antara lain: Irama pernapasan tidak teratur, frekuensi pernapasan meningkat, pergerakan dada asimetris, dada yang lebih cembung, fremitus raba melemah, perkusi redup. Selain hal - hal diatas ada perubahan lain yang ditimbulkan oleh efusi pleura yang diakibatkan infeksi tuberkolosa paru yaitu peningkatan suhu, batuk dan berat badan menurun (Tika, 2020).

#### 6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Hidayat (2020) pemeriksaan penunjang pada pasien dengan efusi pleura yaitu:

a. Radiografi dada

Merupakan studi pencitraan pertama yang dilakukan ketika mengevaluasi efusi pleura. Foto posteroanterior umumnya akan menunjukkan adanya efusi pleura ketika ada sekitar 200 ml cairan pleura, dan foto lateral akan terinterpretasi abnormal ketika terdapat sekitar 50 ml cairan pleura.

b. Ultrasonografi thoraks

Juga memiliki peran yang semakin penting dalam evaluasi efusi pleura karena sensitivitasnya yang lebih tinggi dalam mendeteksi cairan pleura daripada pemeriksaan klinis atau radiografi toraks. Karakteristik yang juga dapat dilihat pada USG dapat membantu menentukan apakah terjadi efusi sederhana atau kompleks. Efusi sederhana dapat diidentifikasi sebagai cairan dalam rongga pleura dengan echotexture homogen seperti yang terlihat pada sebagian besar 34 efusi transudatif, sedangkan efusi yang kompleks bersifat echogenic, sering terlihat septasi di dalam cairan, dan selalu eksudat. Bedside Ultrasound dianjurkan saat melakukan thoracentesis untuk meningkatkan akurasi dan keamanan procedural pleura melalui biopsi jalur perkutaneus. Komplikasi biopsi adalah pneumothoraks, hemothoraks, penyebaran infeksi dan tumor dinding dada.

c. Analisa cairan pleura

Untuk diagnostik cairan pleura perlu dilakukan pemeriksaan:

- 1) Warna cairan: *Haemorrhagic pleural efusion*, biasanya pada klien dengan adanya keganasan paru atau akibat infark paru terutama disebabkan oleh tuberkolosis. *Yellow exudates pleural efusion*, terutama terjadi pada keadaan gagal jantung kongestif, sindrom nefrotik, hipoalbuminemia, dan perikarditis

konstriktif. Clear transudate pleural efusion, sering terjadi pada klien dengan keganasan ekstrapulmoner.

- 2) Biokimia, untuk membedakan transudasi dan eksudasi.
- 3) Sitologi, pemeriksaan sitologi bila ditemukan patologis atau dominasi sel tertentu untuk melihat adanya keganasan
- 4) Bakteriologi Biasanya cairan pleura steril, tapi kadang-kadang dapat mengandung mikroorganisme, apalagi bila cairannya purulen. Efusi yang purulen dapat mengandung kuman-kuman yang aerob ataupun anaerob. Jenis kuman yang sering ditemukan adalah Pneumococcus, E.coli, clebsiella, Pseudomonas, Enterobacter.

#### d. CT Scan Thoraks

Berperan penting dalam mendeteksi ketidaknormalan konfigurasi trakea serta cabang utama bronkus, menentukan lesi pada pleura dan secara umum mengungkapkan sifat serta derajat kelainan bayangan yang terdapat pada paru dan jaringan toraks lainnya.

### 7. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan pada efusi pleura yaitu:

#### a. Tirah baring

Tirah baring bertujuan untuk menurunkan kebutuhan oksigen karena peningkatan aktifitas akan meningkatkan kebutuhan oksigen sehingga dispneu akan semakin meningkat pula.

- b. Thoraksentesis Drainase cairan jika efusi pleura menimbulkan gejala subjektif seperti nyeri, dispneu, dan lain lain. Cairan efusi sebanyak 1 - 1,5 liter perlu dikeluarkan untuk mencegah meningkatnya edema paru. Jika jumlah cairan efusi pleura lebih

banyak maka pengeluaran cairan berikutnya baru dapat dilakukan 1 jam kemudian.

c. Antibiotik

Pemberian antibiotik dilakukan apabila terbukti terdapat adanya infeksi. Antibiotik diberi sesuai hasil kultur kuman.

d. *Pleurodesis*

Pada efusi karena keganasan dan efusi rekuren lain, diberi obat melalui selang interkostalis untuk melekatkan kedua lapisan pleura dan mencegah cairan terakumulasi kembali.

e. *Water seal drainage (WSD)*

*Water seal drainage (WSD)* adalah suatu system drainase yang menggunakan water seal untuk mengalirkan udara atau cairan dari cavum pleura atau rongga pleura.

f. Kimia darah

Pada pemeriksaan kimia darah konsentrasi glukosa dalam cairan pleura berbanding lurus dengan kelainan patologi pada cairan pleura. Asidosis cairan pleura (pH rendah berkorelasi dengan prognosis buruk dan memprediksi kegagalan pleurodesis. Pada dugaan infeksi pleura, pH kurang dari 7,20 harus diobati dengan drainase pleura. Amilase cairan pleura meningkat jika rasio cairan amilase terhadap serum pleura lebih besar dari 1,0 dan biasanya menunjukkan penyakit pankreas, ruptur esofagus, dan efusi yang ganas

8. Komplikasi

a. Fibrotoraks

Efusi pleura yang berupa eksudat yang tidak ditangani dengan drainase yang baik akan terjadi perlekatan fibrosa antara pleura parietalis dan pleura viseralis. Keadaan ini disebut dengan

fibrotoraks. Jika fibrotoraks meluas dapat menimbulkan hambatan mekanis yang berat pada jaringan - jaringan yang berada dibawahnya. Pembedahan pengupasan (dekortikasi) perlu dilakukan untuk memisahkan membran - membran pleura tersebut.

b. Atelektasis

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

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, atelektasis yang berkepanjangan dapat menyebabkan penggantian jaringan paru yang terserang dengan jaringan fibrosis.

d. Kolaps Paru

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

e. Empiema Kumpulan nanah dalam rongga antara paru-paru dan membran yang mengelilinginya (rongga pleura). Empiema disebabkan oleh infeksi yang menyebar dari paru-paru dan menyebabkan akumulasi nanah dalam rongga pleura. Cairan yang terinfeksi dapat mencapai satu gelas bir atau lebih, yang menyebabkan tekanan pada paru-paru, sesak napas dan rasa sakit (Simanjuntak Omega, 2019).

## **B. Konsep Dasar Keperawatan Efusi Pleura**

### **1. Pengkajian**

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. Dalam penelitian (Tika (2020) pengkajian pada pasien efusi pleura 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 riwayat 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. Pemeriksaan fisik

1) Mata

Konjungtiva tampak anemis/pucat, sclera tampak ikterik.

2) Rongga mulut

Tampak membrane mukosa kering.

3) Hidung

Terdapat pernapasan cuping hidung.

4) Thorax

a) Jantung

(1) Inspeksi: pergerakan apeks kordis tak terlihat

(1) Palpasi: apeks kordis tak teraba

(2) Perkusi: tidak terdapat pembesaran jantung

(3) Auskultasi: normal, tidak terdengar bunyi jantung ketiga

b) 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 tergantung 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.

## 5) 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.

## 6) Ekstremitas

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

## 7) Kulit

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.

d. 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.

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

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 coping 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

Diagnosis keperawatan yang mungkin terjadi pada pasien dengan efusi pleura menurut Tika (2020) 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. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D. 0056)
- g. Risiko syok Ditandai dengan hipoksemia (D.0039)

### 3. Intervensi Keperawatan atau 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, dispnea menurun, frekuensi napas membaik, pola napas membaik.
  - 2) Intervensi:
    - b) 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 dan peningkatan kerja pernapasan.

- (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.

c) 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 .

## d) Edukasi

## (1) Ajarkan teknik batuk efektif.

Rasional: Membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan potensi jalan napas.

## e) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, ekspektoran, *jika perlu*.

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 dan peningkatan kerja pernapasan.

(3) Monitor sputum.

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

b) Terapeutik.

(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 lendir.

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

(5) Berikan oksigenasi.

Rasional: Untuk membantu menurunkan distress 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, ekspektoran, 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: membantu menurunkan panas melalui evaporasi.

(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. 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

- (1) 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.

- f. Diagnosis keperawatan: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

- 1) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, EKG iskemia membaik.

- 2) Intervensi:

e) Observasi

- (1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional: mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien sehingga memudahkan untuk merumuskan intervensi atau tindakan keperawatan.

- (2) Monitor kelelahan fisik dan emosional.

Rasional: menilai tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien.

- (3) Monitor pola dan jam tidur.  
Rasional: menilai pola tidur apakah teratur atau tidak.
  - (4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.  
Rasional: mengetahui lokasi dan menilai tingkat ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.
- f) Teraupetik
- (1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misa, cahaya, suara, kunjungan).  
Rasional: pasien mendapatkan kenyamanan yang diinginkan.
  - (2) Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.  
Rasional: melatih anggota gerak mobilisasi selama dirawat.
- g) Edukasi
- (1) Ajurkan tirah baring.  
Rasional: mencegah terjadinya komplikasi akibat aktivitas yang dilakukan dan tidak memberatkan kondisi pasien.
  - (2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.  
Rasional: mencegah terjadinya kelelahan.
  - (3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.  
Rasional: agar perawat bisa segera mengkaji dan merencanakan kembali tindakan keperawatan yang bisa diberikan.
  - (4) Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

Rasional: agar pasien dapat mengatasi kelelahannya secara mandiri dengan mudah.

h) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional: memaksimalkan proses penyembuhan pasien.

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, pengisian 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 SaO<sub>2</sub> dan status hemodinamik.

- (3) Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT).

Rasional : Untuk mengetahui adanya 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

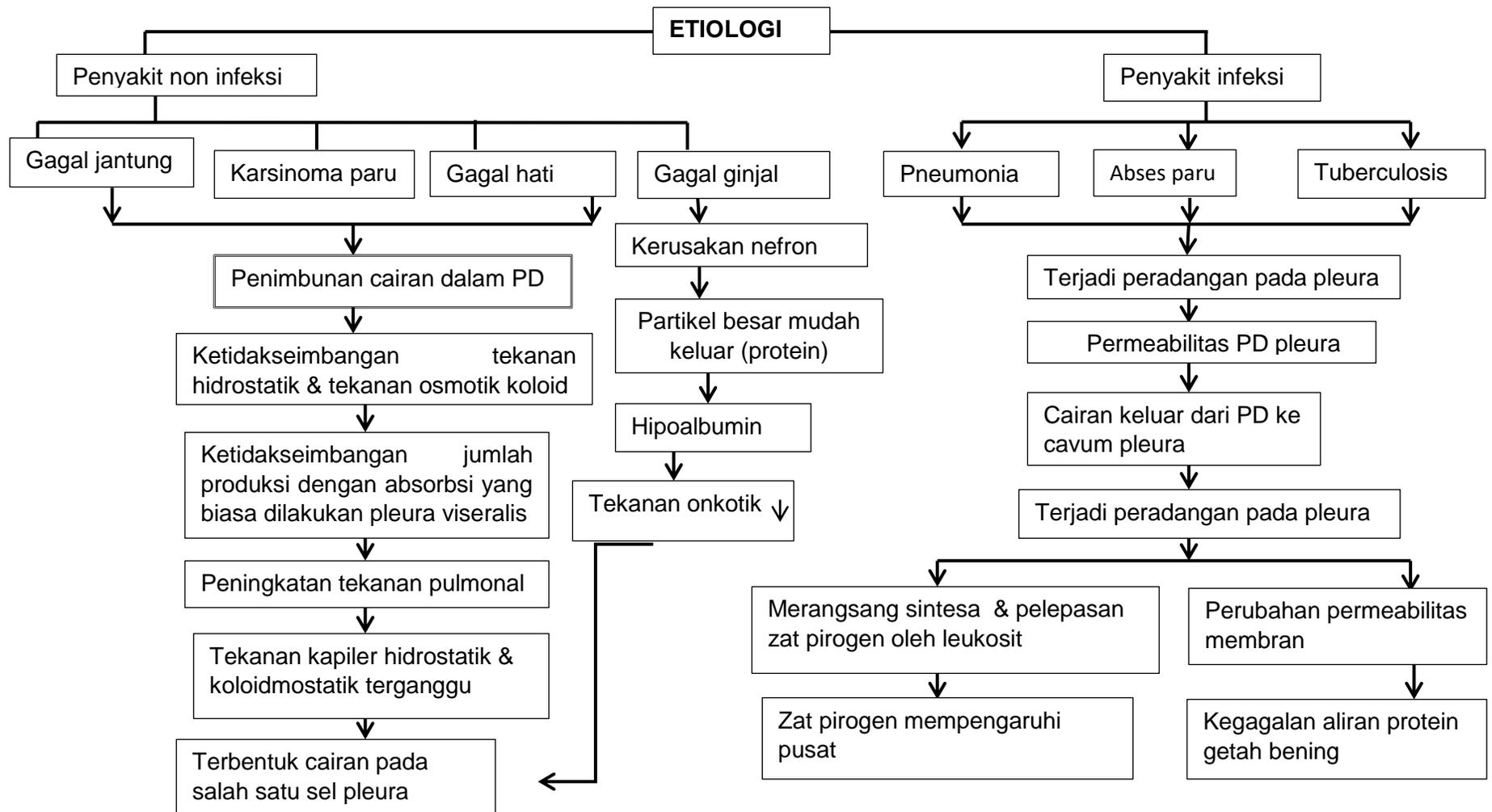
Rasional: Mencegah pelepasan mediator peradangan.

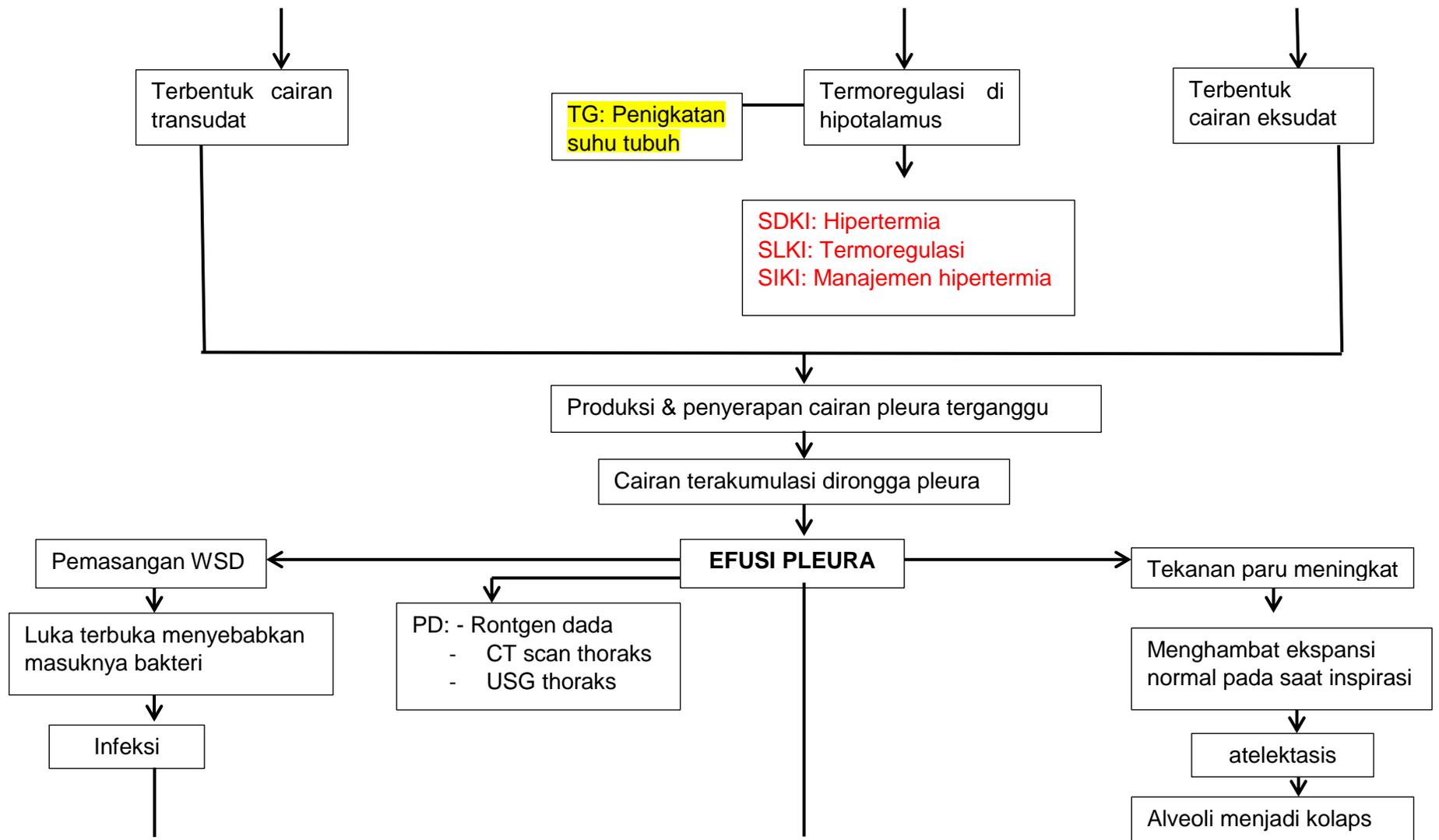
#### 4. *Discharge Planning*

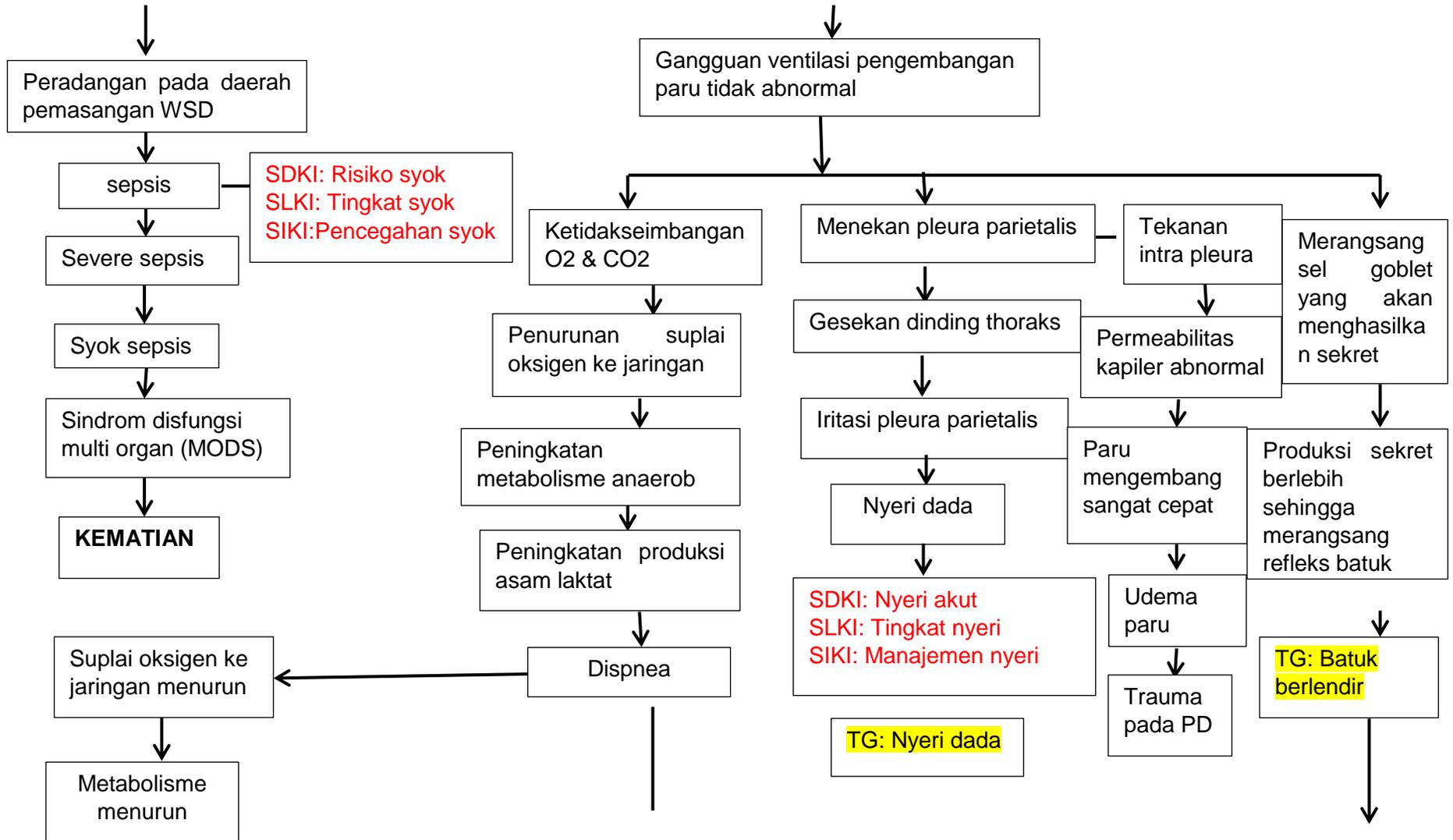
*Discharge Planning* merupakan serangkaian keputusan dan aktivitas-aktivitas yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang berlanjut dan terkoordinasi ketika pasien akan pulang dari pelayanan kesehatan. *Discharge Planning* pada pasien efusi pleura antara lain sebagai berikut:

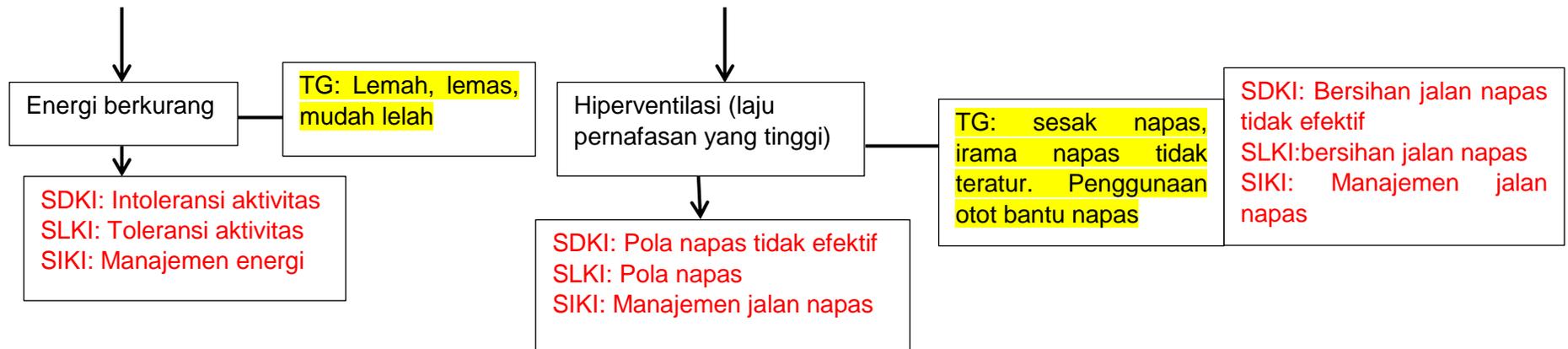
- a) Ajarkan kepada klien untuk meningkatkan daya tahan tubuh, cukup istirahat, dan makan makanan yang bergizi.
- b) Minum obat secara teratur sesuai dengan resep yang diberikan.
- c) Menghindari atau berhenti mengonsumsi alkohol.
- d) Motivasi klien untuk tidak merokok atau berada didekat orang yang sedang merokok.

### C. Patoflowdiagram









### **BAB III**

#### **PENGAMATAN KASUS**

Pasien Tn. J berusia 78 tahun masuk ke RS. Stella Maris Makassar pada tanggal 29 April 2023 dengan diagnosis medis efusi pleura dan dirawat di ruang keperawatan St. Bernadeth II. Pasien di bawah ke Rumah sakit karena mengeluh sesak dan tiba-tiba terjatuh dikamar mandi dengan posisi perut terbentur kursi dan sempat pingsan. Pada saat pengkajian di ruang St. Bernadeth II pada tanggal 03 April 2023, didapatkan hasil keadaan umum pasien lemah, pasien tampak sesak napas, RR 26x/menit, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter per menit, pasien mengatakan batuk berlendir sejak 2 hari yang lalu dan sulit untuk mengeluarkan lendirnya, aktivitas pasien dibantu dikarenakan jika banyak beraktivitas akan mengalami sesak, dan hanya terbaring lemas ditempat tidur dengan posisi semi fowler. Tampak terpasang infus Nacl 0,9%. Dalam pemeriksaan *vital sign* tekanan darah 120/63 mmHg, nadi 67x/menit, suhu tubuh 36,7 °C, dan pernapasan 26x/menit. Pemeriksaan laboratorium didapatkan RBC  $3.44 \times 10^6 / \mu L$ , HGB 10.2 g/dL, HCT 31.0 %, MCV 90,1 fL, MCH 29.1 pg, PLT  $204 \times 10^3 / \mu L$ , NEUT#  $7.41 \times 10^3 / \mu L$ , LYMPH#  $0.74 \times 10^3 / \mu L$ , NEUT% 85.1%, LYMPH% 8,5%. Pemeriksaan foto thoraks didapatkan efusi pleura bilateral.

Berdasarkan data di atas penulis mengangkat 2 diagnosis keperawatan yaitu: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

## A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:	NIM:
1. Ricardo Maturbongs	NS2214901141
2. Risda Wati Sira	NS2214901142

Unit: Bernadeth II Autoanamnese : ✓

Kamar: 512 Bed 1 Alloanamnese : ✓

Tanggal masuk RS : 29 April 2023

Tanggal pengkajian : 03 April 2023

### 1. IDENTITAS

#### a. Pasien

- 1) Nama initial : Tn. J
- 2) Umur : 78 tahun
- 3) Jenis kelamin : Laki-laki
- 4) Status perkawinan : Menikah
- 5) Jumlah anak : 4 (empat)
- 6) Agama/ suku : Katolik / Makassar
- 7) Warga negara : Indonesia
- 8) Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
- 9) Pendidikan : SMA
- 10) Pekerjaan : Wirausaha
- 11) Alamat rumah : Jl. Sabutang no. 45

#### b. Penanggung Jawab

- 1) Nama : Ny. J
- 2) Umur : 53 tahun
- 3) Alamat : Jl. Sabutang no. 45
- 4) Hubungan dengan pasien : Anak kandung

### 2. DATA MEDIK

#### a. Diagnosa medik

- 1) Saat masuk : Obs. Syncope + diare dehidrasi + trauma tumpul

2) Saat pengkajian : Efusi pleura

### 3. KEADAAN UMUM

#### a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit ringan/ sedang / berat / tidak tampak sakit  
 Alasan: tampak pasien sesak, tampak terpasang infus ditangan kanan dengan cairan NaCl 500 ml dan terpasang oksigen 5 liter, tampak pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur.

Kesadaran (kualitatif) : Composmentis

#### 1) Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik	: 6
b) Respon bicara	: 5
c) Respon membuka mata	: <u>4</u>
Jumlah :	15

Kesimpulan : Pasien dalam kondisi kesadaran penuh.

2) Tekanan darah: 120/63 mmHg

3) MAP: 82 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai.

4) Suhu : 36,7<sup>0</sup> di axilla

5) Pernapasan: 26x/menit

a) Irama: Takipnea

b) Jenis: Dada

6) Nadi: 67 x/menit

a) Irama: Teratur dan teraba kuat.

#### b. Pengukuran.

1) Lingkar lengan atas : 41,2 cm

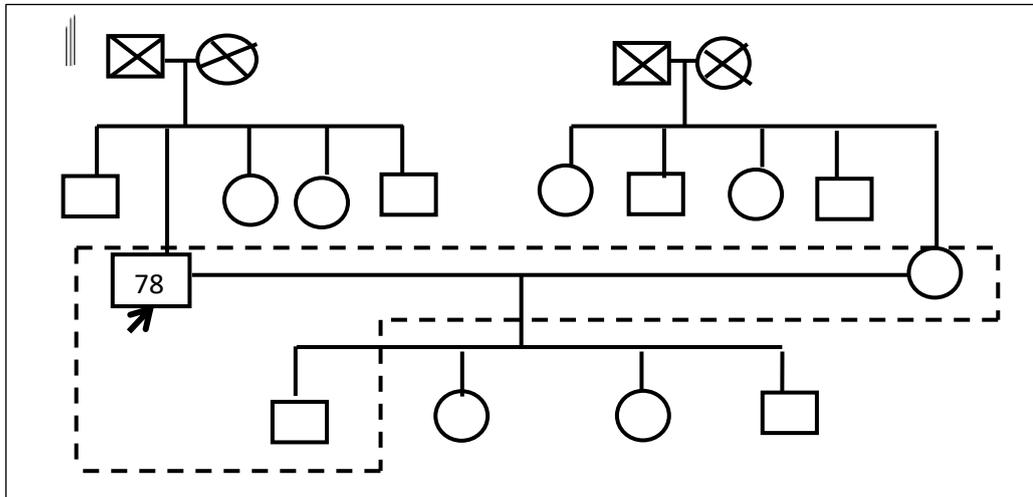
2) Tinggi badan : 167 cm

3) Berat badan : 77 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 27,6

Kesimpulan : Berat badan berlebih (obesitas)

## Genogram



## Keterangan:

- Laki-laki
- Perempuan
- ↗ Pasien
- ⊗ Meninggal
- ..... Tinggal serumah

## Penjelasan

Pasien mengatakan ia adalah seorang suami dan seorang ayah dari 4 orang anak. Pasien mengatakan ia tinggal bersama istri dan anak pertamanya. Pasien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama dengannya. Pasien mengatakan ayahnya meninggal karena faktor hipertensi dan ibunya meninggal karena faktor usia. Pasien mengatakan ayah dan ibu mertuanya meninggal karena faktor usia.

#### 4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

##### a. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

###### 1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sangat menjaga kesehatannya pasien mengatakan sesekali pergi kontrol ke klinik untuk mengecek penyakit DM dan hipertensi. Pasien mengatakan jika sakit seperti demam atau sakit kepala hanya mengkonsumsi obat-obatan yang dibeli di apotik tetapi jika sakitnya tidak sembuh – sembuh akan berobat ke rumah sakit. Pasien mengatakan mengkonsumsi obat hipertensi yaitu amlodipine 25 mg sejak ± sejak 6 tahun. Keluarga pasien mengatakan bahwa ayahnya pernah dirawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar 4 bulan yang lalu dengan pneumonia.

###### 2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama : sesak

b) Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami sesak dan tiba-tiba terjatuh dikamar mandi dengan posisi perut terbentur di kursi dan tidak sadarkan diri, sehingga pasien dibawa ke rumah sakit. Pasien mengatakan batuk berlendir sejak 2 hari, pasien mengatakan sulit untuk mengeluarkan lendirnya, lendirnya tertahan di tenggorokan. Pasien mengatakan mengalami sesak dan dada yang terasa berat dari biasanya.

c) Observasi:

Tampak pasien batuk dengan warna sputum putih  
Kekuningan.

Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Hipertensi, diabetes melitus dan pneumonia.

Riwayat kesehatan keluarga :

pasien mengatakan jika ayahnya memiliki riwayat penyakit hipertensi

Pemeriksaan fisik :

- d) Kebersihan rambut :tampak bersih, berwarna putih, tidak mudah rontok, dan tidak berbau
- e) Kulit kepala :tampak bersih, tidak ada lesi
- f) Kebersihan kulit :tampak bersih
- g) Higiene rongga mulut :tampak bersih, tak berbau
- h) Kebersihan genetalia :tampak bersih
- i) Kebersihan anus :tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan makan lebih dari 3 kali sehari makan hanya sedikit – sedikit tidak langsung banyak. Pasien mengatakan jam 6 pagi makan roti dengan kopi hitam tanpa gula, jam 9 pagi makan bubur, jam 12 siang makan nasi dengan lauk ikan, telur, sayur kadang dengan tempe atau tahu. Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan. Pasien mengatakan sangat menyukai makan ikan dan makanan yang asin – asin seperti ikan asin, pasien mengatakan sangat suka minum kopi hitam tanpa gula, kadang minum 2-3 kali dalam sehari. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi vitamin ataupun suplemen lainnya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan menurun, Pasien mengatakan pola makannya 3x sehari dengan menu yang disediakan dari rumah sakit yaitu bubur saring, ikan, tempe tahu, ayam,serta buah-buahan. hanya makan

bubur 3-4 sendok makan. Pasien mengatakan minum air putih  $\pm$ 5 gelas dalam sehari.

3) Observasi :

Tampak pasien lemas, tampak pasien menghabiskan setengah porsi dari makanan yang disediakan, tampak pasien tidak kurus.

4) Pemeriksaan fisik :

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| a) Keadaan rambut            | :Tampak bersih, berwarna putih, tidak mudah rontok                |
| b) Hidrasi kulit             | :Elastis  |
| c) Palpebra/conjungtiva      | :Tidak edema palpebra dan tampak konjungtiva anemis.              |
| d) Sclera                    | :Tidak ikterik  |
| e) Hidung                    | :Tampak bersih, tidak ada peradangan, dan septum berada ditengah. |
| f) Rongga mulut              | :Tampak bersih<br>gusi : tampak berwarna pink kehitaman.          |
| g) Gigi                      | :Tampak ada gigi tanggal .  |
| Gigi palsu                   | : tidak ada   |
| h) Kemampuan mengunyah keras | : Pasien tidak mampu mengunyah keras.                             |
| i) Lidah                     | : Tampak lidah bersih.  |
| j) Pharing                   | : Tampak tidak ada peradangan.                                    |
| k) Kelenjar getah bening     | :Tidak teraba pembesaran  |
| l) Kelenjar parotis          | :Tidak teraba pembesaran.   |
| m) Abdomen :                 |   |
| (1) Inspeksi                 | :Tampak buncit  |
| (2) Auskultasi               | :Terdengar bising usus 15x/menit                                  |

(3) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan

(4) Perkusi :tympani

n) Kulit :

(1) Edema :Negatif

(2) Ikterik :Negatif

(3) Tanda-tanda radang :Tampak tidak ada

(4) Lesi :Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan buang besar dan buang sir kecil baik tidak ada masalah. Buang air besar 1 kali dalam sehari dengan konsistensi padat dan buang air kecil  $\pm 3$  kali dalam sehari, berwarna kekuningan dan tidak nyeri saat buang air besar dan buang air kecil.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan semenjak dirawat di rumah sakit belum pernah buang air besar dan buang air kecil baik 3 kali dalam sehari berwarna kuning pekat.

3) Observasi :

Tampak urine berwarna pekat sebanyak 150 cc.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus :15 x/menit

b) Palpasi kandung kemih :Teraba kosong

c) Nyeri ketuk ginjal :Negatif

d) Mulut uretra :Tidak dikaji

e) Anus :

(1) Peradangan : Tidak dikaji

(2) Hemoroid : Tidak dikaji

(3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri seperti makan, minum, BAK, BAB dan melakukan aktivitasnya sebagai wirausaha, keluarga mengatakan hanya saja jika berjalan pasien harus menggunakan tongkat. Pasien mengatakan jarang berolahraga.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit aktivitasnya dibantu dikarenakan jika banyak beraktivitas akan mengalami sesak. Pasien mengatakan badannya terasa lemah, lemas, dan cepat lelah, kedua kakinya sulit untuk digerakkan dan sulit beraktivitas dikarenakan adanya terasa sangat berat dari biasanya. Pasien mengatakan ia tidak bisa tidur terlentang karena sesaknya akan bertambah.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemas dan sesak di tempat tidur, tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat untuk mobilisasi dan ADL ( aktivitas sehari-hari).

Aktivitas harian :

(1) Makan : 2

(2) Mandi : 2

(3) Pakaian : 2

(4) Kerapihan : 2

(5) Buang air besar : 2

(6) Buang air kecil : 2

(7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

a) Postur tubuh : bungkuk.

b) Gaya jalan : tidak dikaji

0 : mandiri 1 : bantuan dengan alat 2 : bantuan orang 3 : bantuan alat dan orang 4 : bantuan penuh
--

- c) Anggota gerak yang cacat :Tampak tidak ada
  - d) Fiksasi :Tidak tampak penggunaan fiksasi
  - e) Tracheostomi :Tidak tampak penggunaan tracheostomi.
- 4) Pemeriksaan fisik
- a) Tekanan darah: 120/63 mmHg
  - b) HR : 67 x/menit
  - c) Kulit :
    - Keringat dingin :Tidak ada
    - Basah :Tampak tidak ada
  - d) JVP: 5-2 cmH<sub>2</sub>O
    - Kesimpulan :Pemompaan ventrikel jantung memadai.
  - e) Perfusi pembuluh kapiler kuku :kembali dalam < 3 detik.
  - f) Thorax dan pernapasan
    - (1) Inspeksi:
      - Bentuk thorax :Tampak datar dan simetris
      - Retraksi interkostal :Tampak tidak ada
      - Sianosis :Tampak tidak ada
      - Stridor :Tampak tidak ada
    - (2) Palpasi :
      - Vocal premitus :Teraba getaran pada kedua lapang paru sama dan teraba lemah
      - Krepitasi :Tidak teraba adanya krepitasi.
    - (3) Perkusi :Terdengar redup pada kedua lapang paru
    - (4) Auskultasi
      - Suara napas :Terdengar vesikular
      - Suara ucapan :Terdengar jelas dan normal

Suara tambahan :Terdengar suara tambahan  
mengi

g) Jantung

(1) Inspeksi.

Ictus cordis :Tidak tampak.

(2) Palpasi.

Ictus Cordis :Ictus cordis teraba 2 jari pada  
ICS 5 linea mid clavicularis  
sinistra.

(3) Perkusi.

Batas atas jantung :Pada ICS 2 linea  
parasternalis sinistra

Batas bawah jantung :Pada ICS 5 mid  
clavicularis sinistra

Batas kanan jantung :Pada ICS 2 linea sternalis  
dextra

Batas kiri jantung :Pada ICS 5 linea mid  
clavicularis sinistra

## h) Auskultasi.

- (1) Bunyi jantung II A :Terdengar tunggal pada ICS 2  
linea sternalis dextra.
- (2) Bunyi jantung II P :Terdengar tunggal pada ICS 2  
dan 3 linea sternalis sinistra
- (3) Bunyi jantung I T :Terdengar tunggal pada ICS 4  
linea sternalis kiri.
- (4) Bunyi jantung I M :Terdengar tunggal pada ICS 5  
linea midclavicularis sinistra
- (5) Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar.
- (6) Murmur :Tidak terdengar.
- (7) Bruit Aorta :Tidak terdengar.
- Arteri Renalis :Tidak terdengar.
- Arteri Femoralis :Tidak terdengar.

## i) Lengan dan Tungkai.

- (1) Atrofi otot :Negatif.
- (2) Rentang Gerak :Tampak pasien mampu  
mengangkat tangannya dan dan  
kekuatan kurang pada kaki.
- Kaku sendi :Tidak tampak.
- Nyeri sendi :Tidak tampak.
- Fraktur :Tidak tampak.
- Parese :Tidak tampak.
- Paralisis :Tidak tampak.

## (3) Uji Kekuatan Otot.

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	4	4

Kesimpulan: Kekuatan penuh pada kedua tangan dan kekuatan kurang pada kedua kaki.

## Refleks fisiologi

- (1) Bisep : + / +
- (2) Trisep : + / +
- (3) Patella : + / +
- (4) Achilles : + / +

## Refleks patologis

- (1) Babinski Kiri :Negatif.
- (2) Babinski Kanan :Negatif.
- Clubbing jari-jari :Negatif.

Varises tungkai :Tidak tampak adanya varises tungkai.

## j) Columna vertebralis:

- 1) Inspeksi :Tampak sedikit lordosis
- 2) Palpasi :Teraba tidak ada benjolan
- 3) Kaku kuduk :Tidak ada

## e. Pola Tidur dan Istirahat

## 1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien baik, pasien mengatakan jarang sekali tidur siang karena tidak terbiasa. Pasien mengatakan tidur malam 5-6 jam dan pasien tidur menggunakan AC. Pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur dan dapat langsung tertidur dengan pulas jika beristirahat.

## 2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan seja sakit sangat susah untuk tidur. Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak pernah tidur siang sedangkan tidur pada malam hari ± hanya 4 jam dan sering terbangun dimalam hari dan susah untuk tidur kembali.pasien mengatakan sangat gelisah sehingga tidak bisa istirahat dengan baik.

Observasi :

Tampak pasien lemas, tampak pasien sesekali menguap.

- a) Ekspresi wajah mengantuk : Positif.
- b) Banyak menguap : Positif
- c) Palpebra inferior berwarna gelap : Positif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pendengaran baik dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Pasien mengatakan penglihatannya buram sehingga menggunakan alat bantu penglihatan yaitu kacamata, dan daya ingat pasien juga masih baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada pendengaran sedangkan penglihatannya buram dan menggunakan kacamata.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan ukuran font 12 dalam jarak  $\pm 30$  cm jika tidak menggunakan alat bantu.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

- (1) Kornea :Tampak jernih
- (2) Pupil :Tampak isokor
- (3) Lensa mata :Tampak jernih
- (4) Tekanan intra okuler (TIO) : Tekanan intraokuler pada kedua bola mata sama

b) Pendengaran

- (1) Pina :Tampak bersih dan simetris.
- (2) Kanalis :Tampak tidak ada serumen.
- (3) Membran timpani :Tampak utuh
- (4) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai:

pasien mampu merasakan sentuhan pada tangan dan kakinya.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia sangat puas dengan perannya sebagai seorang ayah dan kakek, ia memiliki 3 orang anak dan 5 cucu, pasien mengatakan ia memiliki tanggung jawab yang harus dijalankan sebagai seorang bos yang mempunyai beberapa karyawan di tokoh. Pasien mengatakan selalu memberikan nasehat kepada anak-anaknya dan juga cucunya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit perannya tidak maksimal sebagai seorang ayah dan bos yang memiliki beberapa karyawan sehingga segala urusan usaha yang dimiliki dilimpahkan ke anaknya. Pasien mengatakan ia berharap bahwa dirinya akan sembuh untuk bisa melakukan aktivitasnya kembali dan bisa berkumpul kembali dengan keluarganya di rumah.

3) Observasi :

Tampak pasien mampu berinteraksi dengan baik.

a) Kontak mata :Kontak mata pasien tidak tertuju  
Ke perawat saat berinteraksi.

b) Rentang perhatian :Rentang perhatian pasien  
kurang.

c) Suara dan cara bicara:Terdengar jelas dan agak pelan.

d) Postur tubuh :Tampak sedikit membungkuk.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata: Tidak tampak adanya kelainan

b) Bentuk/postur tubuh :Tampak sedikit

membungkuk.

c) Kulit : Tampak tidak ikterik

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pasien tinggal bersama istri dan anak pertamanya serta menantu dan 2 cucunya. Pasien mengatakan puas dengan perannya sebagai kepala keluarga dan memiliki hubungan keluarga yang harmonis. Pasien mengatakan memiliki hubungan baik dengan para tetangganya.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan merasa sedih melihat orangtuanya yang sesekali bertanya tentang penyakit yang diderita, keluarga pasien mengatakan selalu mendampingi pasien.

3) Observasi :

Tampak pasien dijaga oleh anak dan cucunya

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan bahwa ia adalah seorang laki-laki dan memiliki 4 orang anak dan semuanya sudah berkeluarga. Pasien mengatakan ia adalah seseorang yang bertanggung jawab dalam mendampingi anak-anak dan cucunya. Pasien juga mengatakan tidak ada masalah mengenai alat-alat reproduksinya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah mengenai alat-alat reproduksi dan seksualitasnya

3) Observasi :

Tampak tidak ada perilaku menyimpang pada pasien.

4) Pemeriksaan fisik:

Tampak pasien berpakaian dan berpenampilan sesuai dengan jenis kelaminnya.

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan selalu banyak pikiran dan khawatir tentang kondisinya yang semakin menua. Pasien mengatakan bila ada masalah ia selalu memberitahukan istri dan anaknya untuk mencari solusi.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien merasa cemas dengan kondisinya, pasien selalu memikirkan penyakitnya. Pasien merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini yang hanya terbaring lemah di tempat tidur.

3) Observasi :

Tampak pasien sedikit sedih saat menceritakan perasaannya terkait kondisi penyakitnya.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia beragama katolik dan selalu pergi ke Gereja untuk beribadah. Pasien juga mengatakan tidak memiliki nilai budaya atau agama tertentu yang dianut yang berhubungan dengan kesehatan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan untuk saat ini pasien sulit melaksanakan ibadahnya dikarenakan pasien saat ini sedang sakit dan sulit untuk melaksanakan kewajibannya. Pasien mengatakan lebih banyak berdoa dalam hati demi kesembuhannya.

3) Observasi:

Tampak pasien mendengarkan lantunan lagu rohani melalui smartphonanya.

## 5. UJI SARAF CRANIAL

### a. N I (olfaktorius) :

Pasien dapat menghirup aroma minyak kayu putih dalam keadaan mata tertutup.

### b. N II (optikus):

Pasien tidak mampu membaca papan nama mahasiswa dengan jarak  $\pm$  30 cm.

### c. N III, IV, VI (oculomotorius, trochlearis, abduksen):

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah.

### d. N V (trigeminus)

Sensorik : pasien mampu merasakan gesekan kapas dipipi, dahi dan dagu

Motorik : pasien tidak mampu mengunyah keras.

### e. N VII (facialis):

Sensorik : pasien dapat mengecap rasa manisnya gula

Motorik : pasien mampu mengangkat alis, dan mengerutkan dahi.

### f. N VIII (vestibulocochlearis):

Vestibularis: tidak dikaji karena pasien tirah baring

Auskustikus: pasien mampu mendengar gesekan jari tangan mahasiswa.

### g. N IX (glossopharyngeus):

Tampak uvula pasien berada ditengah.

### h. N X (vagus):

Pasien mampu menelan dengan baik.

### i. N XI (accessorius):

Pasien dapat mengangkat dan menggerakkan kedua bahunya.

### j. N XII (hypoglossus):

Pasien mampu menggerakkan lidah dan mendorong pipi ke kiri dan kanan.

## 6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

## a. Pemeriksaan darah lengkap (02 April 2023)

Tabel 3.1: Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap

Parameter		Nilai rujukan
WBC	8.71 $10^3 / \mu L$	4.80 – 10.20
RBC	*3.44 $10^6 / \mu L$	4.00 – 5.50
HGB	*10.2 g/Dl	12.2 – 16.2
HCT	*31.0 %	37.7 – 47.9
MCV	90.1 fL	80.0 – 97.0
MCH	29.7 pg	26.0 – 31.0
MCHC	32.9 g/dL	31.8 – 35.4
PLT	204 $10^3 / \mu L$	150 – 450
RDW-SD	49.1 fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	14.5 %	11.5 – 14.5
PDW	9.9 fL	9.0 – 13.0
MPV	9.7 fL	7.2 – 11.1
P-LCR	21.4 %	15.0 – 25.0
PCT	0,20 %	0.17 – 0.35
NEUT #	* 7,41 $10^3 / \mu L$	1.50 – 7.00
LYMPH #	*0.74 $10^3 / \mu L$	1.00 – 3.70
MONO #	0.53 $10^3 / \mu L$	0.00 – 0.70
EO #	0.01 $10^3 / \mu L$	0.00 – 0.40
BASO #	0.02 $10^3 / \mu L$	0.00 – 0.10
IG #	0.06 $10^3 / \mu L$	00.0 – 7.00
NEUT %	*85,1 %	37.0 – 80.0
LYMPH %	*8.5 %	10.0 – 50.0
MONO %	6.9 %	0.0 – 14.0
EO %	0.1 %	0.0 – 1.0
BASO %	0.2 %	0.0 – 1.0
IG %	0.7 %	0.0 – 72.0

## b. Pemeriksaan MCST Whole Abdomen Kontras (03 April 2023)

Tabel 3.2: Hasil Pemeriksaan MCST Whole Abdomen Kontras

Pemeriksaan	Hasil	Keterangan
MCST Whole Abdomen Kontras	Kesan: Efusi pleura bilateral	-

## c. Pemeriksaan Gula Darah

Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Gula Darah (03 April 2023)

Pemeriksaan	Hasil	Keterangan
Gula Darah Puasa	170 mg/ dl	

## 7. TERAPI PENGOBATAN

### a. Candesartan

- 1) Nama obat : Candesartan
- 2) Klasifikasi/golongan obat : Penghambat reseptor angiotensin atau angiotensin reseptor blocker (ARB)
- 3) Dosis umum : 8 mg/hari, dengan dosis awal 4 mg/hari dan dosis maksimal 32 mg/hari
- 4) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 8 mg/hari
- 5) Cara pemberian obat : Oral
- 6) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Candesartan adalah obat antihipertensi yang bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah. Obat ini bekerja dengan cara menghambat pengikatan angiotensin II ke reseptor AT1 pada jaringan tubuh. Hal ini mengakibatkan pelebaran pembuluh darah sehingga aliran darah menjadi lancar dan tekanan darah akan menurun. Selain itu, obat ini juga berfungsi dalam pengobatan pada pasien dengan gagal jantung dan gangguan fungsi sistolik ventrikel kiri ketika obat penghambat ACE tidak ditoleransi.
- 7) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Menurunkan tekanan darah pada pasien.
- 8) Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, pasien dengan gangguan hati yang berat dengan atau tanpa ketoasidosis.
- 9) Efek samping obat : Infeksi saluran pernafasan bagian atas, nyeri punggung, pusing

b. N-acetylcysteine (N.ACE)

1. Nama obat : N-Acetylcysteine
2. Klasifikasi/golongan obat : Agen mukolitik
3. Dosis umum : 1 amp/3 ml/ 1-2 kali sehari / nebulizer selama 5-10 hari
4. Dosis untuk pasien : 1 amp /12 jam
5. Cara pemberian obat : Drips
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : N-Acetylcysteine bekerja dengan cara memecah ikatan disulfida pada mucoprotein, sehingga terjadi penurunan kekentalan dari mucus.
7. Alasan pemberian obat pada pasien : Pada Ny.A mengalami batuk berdahak kental berwarna putih kekuningan dan terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada kedua lapang paru.
8. Kontraindikasi : Pasien yang memiliki riwayat alergi / hipersensitivitas
9. Efek samping obat : Gangguan pada saluran pencernaan ringan seperti mual, muntah, dispepsi. Efek samping yang lebih serius tetapi jarang misalnya bronkospasme, hipotensi, kulit kemerahan, dispnea, penglihatan kabur, kejang, kadang-kadang demam.

c. Levofloxacin

1. Nama obat : Levofloxacin
2. Klasifikasi/golongan obat : antibiotik kuinolon
3. Dosis umum : 500 mg/ 1-2 kali sehari / selama 10 – 14 hari
4. Dosis untuk pasien : 500 mg /24 jam
5. Cara pemberian obat : IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : levofloxacin bekerja dengan cara menghambat enzim yang diperlukan oleh bakteri untuk memperbanyak diri, dengan begitu pertumbuhan bakteri dapat dihambat dan sistem kekebalan tubuh dapat membunuh bakteri yang tersisa.
7. Alasan pemberian obat pada pasien : obat ini diberikan untuk mengatasi infeksi pada saluran pernafasan.
8. Kontraindikasi : Pasien yang memiliki riwayat alergi / hipersensitivitas terhadap levofloxacin atau kuinolon lainnya, epilepsi, riwayat gangguan tendon yang berhubungan dengan penggunaan fluoroquinolone sebelumnya.
9. Efek samping obat : kejang, peningkatan tekanan intrakranial, pusing, tremor, mual muntah, gangguan pencernaan seperti diare.

d. Metformin

1. Nama obat: Metformin
2. Klasifikasi/ golongan obat: antidiabetes golongan biguanide.
3. Dosis umum: 500-850 mg/12 jam/ oral
4. Dosis untuk pasien: 500 mg/ 24 jam
5. Cara pemberian obat: melalui oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: obat ini bekerja dengan cara menghambat produksi glukosa (glukoneogenesis) di hati.
7. Alasan pemberian obat pada pasien: mengontrol dan menurunkan kadar gula darah pada pasien.
8. Kontra indikasi: pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini, serta pasien dengan kondisi penyakit ginjal dengan kadar kreatinin serum lebih dari 1,5 mg/dL (pria) dan lebih dari 1,4 mg/dL (wanita), infark miokard akut, gagal jantung kongestif, hipoksia, asidosis metabolik akut atau kronik, termasuk ketoasidosis diabetes dengan atau tanpa disertai koma.
9. Efek samping: gangguan gastrointestinal (saluran cerna), pusing, sakit kepala, infeksi saluran pernapasan atas, gangguan daya pengecapan.

## B. Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan batuk berlendir sejak 2 hari dan sulit untuk mengeluarkan lendirnya</li> <li>2. Pasien mengatakan lendirnya tertahan ditenggorokan</li> <li>3. Pasien mengatakan mengalami sesak</li> </ol> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak pasien mengalami sesak</li> <li>2. Tampak terdengar suara napas tambahan mengi</li> <li>3. Pernapasan : 26x/menit</li> <li>4. Tampak sputum berwarna putih kekuningan</li> </ol>	Hipersekresi jalan napas	Bersihkan jalan napas tidak efektif
<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit pasien sempat pingsan karena terjatuh di kamar mandi dengan posisi perut terbentur dengan kursi.</li> <li>2. Pasien mengatakan sejak sakit aktivitasnya dibantu dikarenakan jika banyak beraktivitas akan bertambah sesak</li> <li>3. Pasien mengatakan sulit beraktivitas dikarenakan dadanya terasa sangat berat</li> </ol>	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas

<p>dari biasanya.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Pasien mengatakan badannya terasa lemah, lemas dan cepat lelah.</li><li>5. Pasien mengatakan tidak bisa tidur terlentang karena sesaknya akan bertambah.</li></ol> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur.</li><li>2. GDP 170 mg/ dl</li></ol>		
--	--	--

### C. Diagnosis Keperawatan

Tabel 3.4: Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, mengi, sputum berlebih, dispnea, frekuensi napas berubah (D.0149).
2.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan pasien mengatakan badannya terasa lemah, lemas dan cepat lelah, dada terasa berat dari biasanya, aktivitasnya dibantu dikarenakan jika banyak beraktivitas akan bertambah sesak (D.0056).

## D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5: Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas (D.1049).</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan batuk berlendir sejak 2 hari dan sulit untuk mengeluarkan lendirnya</li> <li>Pasien mengatakan lendirnya tertahan ditenggorokan</li> <li>Pasien mengatakan mengalami sesak</li> </ol> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tampak pasien mengalami sesak</li> <li>Tampak terdengar suara napas tambahan mengi</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Batuk efektif cukup meningkat.</li> <li>Produksi sputum cukup menurun.</li> <li>Frekuensi napas cukup membaik.</li> <li>Dispnea cukup menurun.</li> </ol>	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tindakan observasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas).</li> <li>Monitor bunyi napas tambahan (mis.gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering).</li> <li>Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> </li> <li>Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> <li>Posisikan semi fowler.</li> <li>Berikan minum hangat.</li> <li>Berikan oksigen.</li> </ol> </li> <li>Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>Ajarkan teknik batuk efektif.</li> </ol> </li> <li>Kolaborasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.</li> </ol> </li> </ol>

	<p>3. Pernapasan : 26x/menit</p> <p>4. Tampak sputum berwarna putih kekuningan</p>		
2.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit pasien sempat pingsan karena terjatuh di kamar mandi dengan posisi perut terbentur dengan kursi.</li> <li>2. Pasien mengatakan sejak sakit aktivitasnya dibantu dikarenakan jika banyak beraktivitas akan bertambah sesak</li> <li>3. Pasien mengatakan sulit beraktivitas dikarenakan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. keluhan lelah cukup menurun</li> <li>2. dyipnea saat aktivitas cukup menurun</li> <li>3. dispnea setelah aktivitas cukup menurun</li> <li>4. tekanan darah cukup membaik</li> </ol>	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tindakan observasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan.</li> <li>b. Monitor kelelahan fisik dan emosional.</li> <li>c. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.</li> </ol> </li> <li>2. Tindakan terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>b. Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>c. Fasilitasi duduk ditempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</li> </ol> </li> <li>3. Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan tirah bering.</li> <li>b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.</li> </ol> </li> </ol>

	<p>dadanya terasa sangat berat dari biasanya.</p> <p>4. Pasien mengatakan badannya terasa lemah, lemas dan cepat lelah.</p> <p>5. Pasien mengatakan tidak bisa tidur terlentang karena sesaknya akan bertambah.</p> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur.</li><li>2. GDS 170 mg/dl</li></ol>		<p>4. Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</li></ol>
--	---	--	--

## E. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6: Implementasi Keperawatan

Tanggal	DK	Jam	Implementasi	Paraf
Kamis, 04 Mei 2023	I	08.15	Memonitor pola napas ( frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil : RR = 28x/menit, SPO2 : 96%, TD = 138/87mmHg, N = 76x/menit.	Ricardo
	I	10.05	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar bunyi napas tambahan (Mengi).	Ricardo
	II	10.10	Mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : pasien mengatakan sesak bertambah ketika miring kanan dan kiri	Ricardo
	I	11.35	Memposisikan semi fowler Hasil : Pasien mengatakan dengan posisi setengah duduk, sesaknya berkurang	Ricardo
	I	12.10	Mengajarkan Teknik batuk efektif Hasil : Tampak pasien batuk dan mengeluarkan sputum berwarna putih kekuningan	Ricardo
	I	12.25	Membemberikan bronkodilator, ekspektoran, mukolitik Hasil : Obat N, Ace 1 amp/12jam	Ricardo
	I,II	14.35	Memonitor pola napas , frekuensi jantung dan tekanan darah Hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih sesak</li> <li>- RR : 28x/ menit, Spo<sup>2</sup> : 96%</li> </ul>	Risda

			- TD: 141/79 mmHg N: 85x/ menit	
I	14.35	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Suara napas terdengar mengi	Risda	
II	15.55	Memberikan oksigen Hasil: Nasal kanul 5 liter	Risda	
I, II	15.45	Memberikan posisi semi fowler Hasil: Pasien mengatakan sesaknya berkurang jika berada dalam posisi setengah duduk	Risda	
I	16.15	Memonitor sputum Hasil: Pasien mengatakan masih batuk berlendir. Tampak berwarna putih kekuningan	Risda	
I	16.35	Memberikan terapi nebulizer Hasil: N. Ace 1 amp	Risda	
I	16.45	mengajarkan batuk efektif Hasil: - Pasien melakukan batuk efektif dengan benar - Tampak adanya sekret keluar berwarna putih kekuningan	Risda	
II	20.00	Menyediakan lingkungan nyaman dan tanda stimulus Hasil: tampak sampiran tertutup dan lingkungan tampak tenang tidak ada	Risda	

			kebisingan.	
		22.00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil: levofloxacin 500 mg/ 24 jam/ IV	Perawat
Jumat, 05 Mei 2023	I	08.20	Memonitor pola napas ( frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil : RR = 26x/menit, SPO2 = 97%, TD = 142/78mmHg, N = 94x/menit	Ricardo
	I	10.05	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar bunyi napas tambahan (Mengi)	Ricardo
	II	10.25	Mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : Tampak kaki pasien susah di gerakan	Ricardo
	I,II	10.30	Memposisikan semi fowler Hasil : Pasien mengatakan dalam posisi setengah duduk, sesaknya berkurang	Ricardo
	I	10.45	Memberikan minum hangat Hasil : Tampak pasien minum air hangat	Ricardo
	II	10.55	Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. Dispnea, edema, suara napas tambahan) Hasil : Tampak pasien sesak, tampak bengkak pada kedua kaki, tampak ada suara napas tambahan (mengi)	Ricardo
	I	11.00	Memberikan obat bronkodilator, ekspektoran, mukolitik Hasil : Obat N. Ace 2,5mg/12jam	Ricardo

	I	11.10	Mengajarkan Teknik batuk efektif Hasil : Tampak pasien batuk dan mengeluarkan lender berwarna putih kekuningan	Ricardo
	II	12.45	Menyediakan lingkungan nyaman dan tanda stimulus Hasil: tampak sampiran tertutup dan lingkungan tampak tenang tidak ada kebisingan.	Ricardo
	I	14.36	Memonitor pola napas, frekuensi jantung dan tekanan darah Hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih sesak</li> <li>- TD: 142/75 mmHg</li> <li>- N: 92x/menit</li> <li>- S: 36,1°C</li> <li>- RR: 26x/menit</li> </ul>	Risda
	I	15.45	Mengisi ulang air steril untuk oksigen Hasil: air steril dalam batas normal	Risda
	I,II	15.55	Memberikan posisi semi fowler Hasil: Pasien mengatakan sesaknya berkurang jika berada dalam posisi setengah duduk	Risda
	I	16.05	Memberikan terapi nebulizer Hasil: N.ACE 1amp	Risda
	I	16.15	Mengajarkan batuk efektif Hasil: Tampak adanya sekret keluar	Risda

			berwarna putih kekuningan	
	I	17.50	Mengganti dan mengatur tetasan infus Hasil: Tampak pasien diberikan cairan RL 500 ml dengan 20 tpm	Risda
	II	20.30	Menyediakan lingkungan nyaman dan tanda stimulus Hasil: tampak sampiran tertutup dan lingkungan tampak tenang tidak ada kebisingan.	Risda
		22.00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil: levofloxacin 500 mg/ 24 jam/ IV	Perawat
Sabtu, 06 Mei 2023		06.00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil: candesartan 16 mg/ 24 jam/ oral	Perawat
	I,II	08.10	Memonitor pola, frekuensi jantung, dan tekanan darah Hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan masih sesak napas</li> <li>- TD: 130/80 mmHg</li> <li>- N: 98 x/menit</li> <li>- S: 36°C</li> <li>- P: 25x/menit</li> <li>- SpO<sub>2</sub> : 99%</li> </ul>	Risda
	I	10.05	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: tampak tidak terdengar suara napas tambahan	Risda

I	10.10	Memonitor sputum Hasil: Pasien mengatakan masih batuk dan sudah tidak ada lendir	Risda
I,II	11.50	Memposisikan semi fowler Hasil: pasien mengatakan dalam posisi setengah duduk, pasien mengatakan sesaknya berkurang	Risda
	12.00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil: Metformin/ 12 jam/ oral	Risda
I	12.25	Mengisi ulang air steril untuk oksigen Hasil: air steril dalam batas normal	Risda
II	13.20	Menyediakan lingkungan nyaman dan tanda stimulus Hasil: tampak sampiran tertutup dan lingkungan tampak tenang tidak ada kebisingan	Risda
I,II	14.06	Memonitor pola napas ( frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil : RR = 26x/menit, SPO2 = 99%, TD = 140/92mmHg, N = 87x menit	Ricardo
I	15.45	Memberikan minum hangat Hasil : Tampak pasien minum air hangat	Ricardo
I,II	16.25	Memposisikan semi fowler Hasil: pasien mengatakan dalam posisi setengah duduk, pasien mengatakan sesaknya berkurang	Ricardo
I	18.20	Mengisi ulang air steril untuk	Ricardo

			oksigen Hasil: air steril dalam batas normal	
	II	20.00	Menyediakan lingkungan nyaman dan tanda stimulus Hasil: tampak sampiran tertutup dan lingkungan tampak tenang tidak ada kebisingan	Ricardo

## F. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7: Evaluasi Keperawatan

Hari/tanggal	DK	Evaluasi	Paraf
Kamis, 04 Mei 2023	I	<p>DK I: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih sesak</li> <li>- Pasien mengatakan masih batuk</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien bernapas menggunakan otot bantu pernapasan</li> <li>- Tampak pasien menggunakan nasal kanul 5 liter</li> <li>- Tampak bunyi napas tambahan (mengi)</li> <li>- Tampak ada sekret yang keluar</li> <li>- RR : 28x/menit</li> </ul> <p>A :Masalah bersihan jalan napas belum</p>	Ricardo

		<p>teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
II	<p>DK II: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sejak sakit aktivitasnya dibantu dikarenakan jika banyak beraktivitas akan mengalami sesak</li> <li>- Pasien mengatakan sulit beraktivitas dikarenakan adanya terasa sangat berat dari biasanya.</li> <li>- Pasien mengatakan kedua kakinya sulit untuk digerakkan dan badan terasa lemah dan lemas</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien lelah</li> <li>- Tampak pasien tambah sesak saat beraktivitas</li> <li>- Tampak pasien sesaknya menurun setelah beraktivitas</li> </ul> <p>A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Ricardo	
I	<p>S: pasien mengatakan masih sesak dan masih batuk berlendir</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR: 28x/menit</li> </ul>	Risda	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spo<sup>2</sup>: 96%</li> <li>- TD: 141/79 mmHg</li> <li>- N: 85x/ menit</li> <li>- Tampak pasien masih sesak</li> <li>- Terdengar suara napas tambahan mengi</li> <li>- Tampak sputum berwarna putih kekuningan</li> </ul> <p>A : masalah bersihan jalan napas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan sesaknya bertambah jika tidur terlentang</li> <li>- pasien mengatakan dadanya masih terasa berat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 142/75 mmHg</li> <li>- N: 92x/menit</li> <li>- Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Risda
Jumat, 05 Mei 2023	I	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sesaknya mulai berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan masih batuk</li> </ul>	Ricardo

		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien menggunakan nasal kanul 5 liter</li> <li>- Tampak bunyi napas tambahan (mengi)</li> <li>- Tampak ada sekret yang keluar</li> <li>- RR : 26x/menit</li> </ul> <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	
	II	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sejak sakit aktivitasnya dibantu dikarenakan jika banyak beraktivitas akan mengalami sesak</li> <li>- Pasien mengatakan sulit beraktivitas dikarenakan dadanya terasa sangat berat dari biasanya.</li> <li>- Pasien mengatakan kedua kakinya sulit untuk digerakkan dan badan terasa lemah dan lemas</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak Pasien lelah</li> <li>- Tampak Pasien tambah sesak saat beraktivitas</li> <li>- Tampak pasien susah mengerakan kedua kaki</li> </ul> <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	Ricardo

	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih sesak</li> <li>- Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan sudah bisa mengeluarkan dahak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien sesak</li> <li>- RR: 26x/menit</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	Risda
	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan sesaknya bertambah jika tidur terlentang</li> <li>- pasien mengatakan dadanya masih terasa berat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 142/75 mmHg</li> <li>- N: 92x/menit</li> <li>- Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Risda
Sabtu, 06 Mei 2023	I	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih sesak</li> <li>- Pasien mengatakan masih batuk dan sudah tidak ada lendir</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR:25x/menit</li> <li>- Tampak pasien sesak</li> </ul>	Risda

		A: masalah keperawatan teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi	
	II	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan sesaknya bertambah jika tidur terlentang</li> <li>- pasien mengatakan dadanya masih terasa berat</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 130/80 mmHg</li> <li>- N: 98x/menit</li> <li>- Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur</li> </ul> A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Risda
	I	S : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih mengalami sesak</li> <li>- Pasien mengatakan masih batuk tetapi sudah tidak ada pengeluaran lendir</li> </ul> O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien bernapas menggunakan otot bantu pernapasan</li> <li>- Tampak tidak ada bunyi napas tambahan (mengi)</li> <li>- Tampak ada sekret yang keluar</li> </ul>	Ricardo

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- RR : 20x/menit</li> </ul> <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	
	II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sejak sakit aktivitasnya dibantu dikarenakan jika banyak beraktivitas akan mengalami sesak</li> <li>- Pasien mengatakan sulit beraktivitas dikarenakan adanya terasa sangat berat dari biasanya.</li> <li>- Pasien mengatakan kedua kakinya sulit untuk digerakkan dan badan terasa lemah dan lemas</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak Pasien lelah</li> <li>- Tampak Pasien tambah sesak saat beraktivitas</li> <li>- Tampak pasien susah mengerakkan kedua kaki</li> </ul> <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	Ricardo

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

Pada bab ini akan dibahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang didapatkan dapat saat merawat pasien Tn. J dengan efusi pleura diruang perawatan Sta. Bernadeth II di Rumah sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 04 Mei 2023 hingga 06 Mei 2023, dengan mulai pendekatan proses keperawatan yang meliputi: Pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pembahasan Asuhan Keperawatan**

##### **a. Pengkajian**

Dalam pengkajian penulis memperoleh data melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien selain itu penulis juga memperoleh data dari observasi langsung, catatan medis dan pemeriksaan penunjang Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Berdasarkan yang dilakukan penulis pada kasus Tn. "J" berusia 78 tahun, tampak pasien dalam keadaan umum pasien lemah, keluhan yang dialami pasien yaitu sesak. Pasien tampak terpasang infus NaCl 0,9%, oksigen nasal kanul 5 liter per menit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 120/ 63 mmHg, nadi 67x/menit, suhu 36,7°C, dan pernapasan 26x/menit.

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit pneumonia 4 bulan yang lalu. Pasien mengatakan mengalami sesak dan batuk berlendir sejak 2 hari yang lalu. Pasien mengatakan badannya terasa lemah, lemas dan cepat lelah dan dada yang

terasa berat dari biasanya. Pada pemeriksaan MCST Whole Abdomen efusi pleura bilateral.

Manifestasi klinis pada pasien efusi pleura adalah sesak napas, batuk, nyeri pleuritis, rasa berat pada dada, berat badan menurun, deviasi trakea menjauhi tempat yang sakit dapat terjadi jika terjadi penumpukan cairan pleural yang signifikan (Claudia, 2021).

Dari hasil pengkajian tersebut penulis menarik kesimpulan bahwa hampir semua gejala yang disebutkan oleh para peneliti diatas, dirasakan oleh pasien Tn "J" dengan Efusi Pleura di Ruang Perawatan Santa Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

#### b. Diagnosis Keperawatan

Pada penerapan kasus, penulis memprioritaskan 2 diagnosis keperawatan yaitu:

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, mengi, sputum berlebih, dispnea, frekuensi napas berubah.
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan pasien mengatakan badannya terasa lemah, lemas dan cepat lelah, dada terasa berat dari biasanya, aktivitasnya dibantu dikarenakan jika banyak beraktivitas akan bertambah sesak.

Diagnosis keperawatan pada tinjauan teori yang tidak diangkat pada kasus ini diataranya ialah:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Diagnosis ini tidak diangkat karena karena pada intervensi untuk diagnosis bersihan jalan napas tidak efektif sudah dapat mengatasi diagnosis pola napas tidak efektif.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.  
Diagnosis ini tidak diangkat karena pasien tidak mengeluh nyeri

c. Intervensi Keperawatan.

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul, diantaranya sebagai berikut:

1) Diagnosis I: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

Pada diagnosis ini penulis membuat intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh teori yaitu monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis.gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), posisikan semi fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, berikan oksigen, ajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

2) Diagnosis II: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Penulis membuat intervensi sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh teori yaitu Identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan), lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif, fasilitasi duduk ditempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, anjurkan tirah bering, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan dilakukan selama 3 hari dan bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, teman shift dinas, perawat ruangan dan dokter sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik. Untuk diagnosis bersihan jalan napas tidak efektif tidak ada kendala yang dialami karena pasien dan keluarga bekerja sama dengan baik dan pada diagnosis kedua juga tidak memiliki kendala dalam melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang ditentukan.

e. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai atau tidak. Adapun evaluasi keperawatan Tn."J" sebagai berikut.

- 1) Diagnosis I: bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pada diagnosis ini tindakan yang dijadikan sebagai intervensi berdasarkan *evidence based* yaitu posisi semi fowler. Dimana tindakan pemberian posisi semi fowler berpengaruh mengurangi sesak dan menurunkan frekuensi pernapasan pada pasien bersihan jalan napas tidak efektif.
- 2) Diagnosis II: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosis ini belum teratasi dibuktikan dengan pasien masih mengeluh badannya terasa lemas dan dadanya terasa berat.

## B. Pembahasan Penerapan EBN

### 1. Judul EBN

Pemberian posisi semi fowler pada pasien efusi pleura.

### 2. Diagnosis keperawatan

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.

### 3. Luaran yang diharapkan

Luaran yang diharapkan setelah diberikan intervensi yaitu frekuensi napas cukup membaik, dispnea cukup menurun.

### 4. Intervensi Prioritas Mengacu pada EBN

Intervensi yang mengacu pada EBN yaitu pemberian posisi semi fowler.

### 5. Pembahasan Tindakan Keperawatan sesuai EBN

#### a. Pengertian tindakan

Posisi semi fowler dengan derajat kemiringan  $45^\circ$  yaitu dengan menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen dan diafragma.

#### 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

1) Artikel I: pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap saturasi oksigen pada pasien kritis di ruang intensive care unit di RSUD dr. Soeradji Tirtinegoro klaten (Sari et al., 2022).

<i>Problem/population</i>	pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap saturasi oksigen pada pasien
---------------------------	---

	<p>kritis di ruang intensive care unit di RSUD dr. Soeradji Tirtinegoro klaten.</p> <p>Populasi pada penelitian ini adalah pasien umur 40 – 79 tahun sebanyak 10 responden.</p>
<i>Intervention</i>	<p>Intervensi yang dilakukan pada penelitian ini yaitu, pemberian posisi semi fowler yang dilakukan terhadap 10 pasien dan diberikan selama ± 30 menit dan diamati setiap kali tindakan dilakukan.</p>
<i>Comparison</i>	<p>Perbandingan atau kontrol yang digunakan dalam penelitian ini adalah pengukuran pola napas dan saturasi oksigen pada pasien yang dilakukan sebelum dan sesudah intervensi.</p>
<i>Outcome</i>	<p>Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terhadap peningkatan nilai saturasi oksigen dan pola napas pada responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi posisi semi-fowler.</p>
<i>Time</i>	<p>Penelitian ini dilakukan pada tahun 2022</p>

- 2) Artikel II: observasi penggunaan posisi semi fowler pada pasien efusi pleura di ruang perawatan penyakit dalam fresia 2 rsup dr.hasan sadikin bandung : studi kasus (Windiramadhan et al., 2020).

<i>Problem/population</i>	<p>Observasi penggunaan posisi semi fowler pada pasien efusi pleura di ruang perawatan penyakit dalam fresia 2 rsup</p>
---------------------------	---

	<p>dr.hasan sadikin bandung : studi kasus.</p> <p>Penelitian dilakukan pada 3 orang pasien dengan kriteria Pasien yang di diagnosis efusi pleura pasien yang mengalami sesak nafas (RR &gt; 24 x/menit), pasien dewasa atau lanjut, pasien dapat berkomunikasi dan bersedia diwawancara..</p>
<i>Intervention</i>	<p>Peneliti menjelaskan tiga orang pasien efusi plura yang sudah ditentukan berdasarkan kriteria inklusi. Semua pasien dalam penelitian ini adalah pasien mengalami sesak nafas yang peneliti lakukan observasi nilai status pernafasan dan saturasi oksigen terhadap intervensi tindakan pengaturan posisi yang dilakukan oleh perawat diruangan untuk mengurangi sesak nafas. Observasi ini peneliti lakukan selama tiga hari berturuturut pada saat sebelum dan sesudah perawat mengatur posisi semi fowler.</p>
<i>Comparison</i>	<p>Dalam jurnal ini melihat perbandingan antara responden sebelum diberikan intervensi pemberian posisi semi fowler dan sesudah diberikan intervensi posisi semi fowler pada 3 pasien penderita efusi pleura dengan masalah frekuensi pernafasan.</p>
<i>Outcome</i>	<p>Rentang nilai pernafasan pasien sebelum posisi semi fowler pada hari pertama adalah 26 - 30 kali permenit dengan nilai saturasi oksigen 96 – 98%. Sedangkan</p>

	<p>setelah dilakukan posisi semi fowler selama 30 menit, rentang nilai frekuensi pernafasan 22 – 27 kali permenit dan nilai saturasi oksigen 97 – 98%. Rentang nilai pernafasan pasien sebelum posisi semi fowler pada hari kedua adalah 26 - 28 kali permenit dengan nilai saturasi oksigen 97 – 98%. Sedangkan setelah dilakukan posisi semi fowler selama 30 menit, rentang nilai frekuensi pernafasan 22 – 25 kali permenit dan nilai saturasi oksigen 98 – 99%. Rentang nilai pernafasan pasien sebelum posisi semi fowler pada hari ketiga adalah 24 - 28 kali permenit dengan nilai saturasi oksigen 98 – 99%. Sedangkan setelah dilakukan posisi semi fowler selama 30 menit, rentang nilai frekuensi pernafasan 22 – 24 kali permenit dan nilai saturasi oksigen 98 – 99%.</p> <p>Ada perbedaan antara pola napas dan saturasi oksigen sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pemberian posisi semi fowler.</p>
<i>Time</i>	Penelitian ini dilakukan pada tanggal 25 – 27 November 2019, dan dipublikasikan pada bulan Mei 2020.

3) Artikel III: studi kasus gangguan pola napas tidak efektif pada pasien efusi pleura (Anggarsari et al., 2018).

<i>Problem/ population</i>	Studi kasus gangguan pola napas tidak efektif pada pasien efusi pleura.
----------------------------	---

	Populasi dalam penelitian ini iadalah 2 pasien yang dirawat karena efusi pleura
<i>Intervention</i>	Intervensi keperawatan yang dilakukan kaji frekuensi kedalaman pernapasan dan ekspansi dada serta catat upaya pernapasan termasuk penggunaan otot bantu pernapasan, atur posisi semifowler.
<i>Comparison</i>	Dalam jurnal ini melihat perbandingan antara responden sebelum diberikan intervensi pemberian posisi semi fowler dan sesudah diberikan intervensi posisi semi fowler pada 2 pasien penderita efusi pleura.
<i>Outcome</i>	Terdapat perbedaan penurunan RR pada kedua pasien. Sebelum dilakukan asuhan keperawatan RR Tn. D 28 x/menit, kemudian setelah dilakukan asuhan keperawatan pemberian posisi semi fowler menjadi 24 x/menit. Sedangkan untuk Tn. J RR awal 25 x/menit setelah diberikan posisi semi fowler menjadi 22 x/menit. Kedua pasien tersebut sama-sama mengalami penurunan RR.
<i>Time</i>	Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret 2018 dan dipublikasikan pada bulan Oktober 2018

## d. PICOT pasien

<i>Problem</i>	Dalam penulisan karya ilmiah ini ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis Efusi Pleura. Kriteria pasien kelolaan pasien mengalami sesak napas, hasil pengukuran tanda-tanda vital: Tekanan darah 120/63 mmHg, Nadi 67x/menit, Pernafasan 26x/menit. Pada pengkajian auskultasi terdengar bunyi suara napas tambahan mengi dikedua lapang paru. Hal ini merupakan indikasi dilakukannya intervensi keperawatan dengan memberikan tindakan posisi semi fowler untuk mengurangi sesak napas pada pasien.
<i>Intervention</i>	Tindakan ini dilakukan dengan cara mengatur tempat tidur pasien dengan meninggikan bagian kepala tempat tidur dengan sudut 30-40 derajat.
<i>Comparison</i>	Tidak ada intervensi pembandingan dalam penulisan ini.
<i>Outcome</i>	Didapatkan hasil sebelum dilakukan tindakan pemberian posisi frekuensi pernapasan 26x/menit setelah dilakukan pemberian posisi semi fowler pasien mengatakan sesak berkurang dengan frekuensi pernapasan 25x/menit.
<i>Time</i>	06 Mei 2023

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura, dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan maka dapat disimpulkan:

1. Pada pengkajian kasus didapatkan Tn. J usia 78 tahun dengan keluhan sesak, pasien mengatakan batuk berlendir sejak 2 hari dan sulit mengeluarkan lendirnya karena tertahan ditenggorokan. Pasien mengatakan badannya terasa lemah, lemas dan cepat mengalami lelah dan dadanya terasa berta dari biasanya.
2. Diagnosis yang didapatkan pada pasien adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Pada rencana tindakan keperawatan disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah dibuat.
4. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura dilakukan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN) tentang pemberian posisi semi fowler dengan derajat kemiringan 30-45° pada pasien dengan efusi pleura yang mengalami sesak. dimana penerapan ini dapat memberikan pengetahuan tentang keefektifan pemberian posisi semi fowler untuk mengurasi sesak.
5. Pada tahap evaluasi, penulis menemukan bahwa hasil akhir dari ketiga diagnosis tersebut pasien masih tampak sesak dan lemas.

## **B. Saran**

1. Bagi Instansi Rumah sakit.

Bagi pihak Rumah Sakit agar mempertahankan atau bahkan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap pasien efusi pleura berdasarkan *evidence based nursing*.

2. Bagi Profesi Keperawatan.

Bagi profesi keperawatan untuk berperan aktif dalam mengurangi angka kejadian efusi pleura dengan pemberian pendidikan kesehatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan.

Bagi institusi Pendidikan diharapkan mampu memanfaatkan referensi ini untuk memperoleh ilmu dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggarsari, Yunita, D. A., Yuyun, S., & Akhmad, R. (2018). Studi kasus gangguan pola napas tidak efektif pada pasien efusi pleura. *Politeknik Kesehatan Surakarta*. 1, 30–38. <http://jurnal.poltekkes-solo.ac.id/index.php/Int/article/view/479/391>.
- Dewi & Bayu. (2013). Efusi pleura masif: sebuah laporan kasus. *Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*. (Vol. 2, issue 1). . <http://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/download/4934/3723>.
- Hidayat, C. (2020). Asuhan keperawatan pada klien efusi pleura dengan ketidakefektifan pola nafas di ruang zamrud rumah sakit umum daerah dr. Slamet Garut. *Bhakti Kencana University*. <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/246>.
- Nurdiyantoro, R. (2020). Studi dokumentasi ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada pasien Ny. Y dengan efusi pleura. *Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta*. <http://repository.akperkyjogja.ac.id/id/eprint/267>.
- Rozak, F., & Clara, H. (2022). Studi kasus : asuhan keperawatan pasien dengan efusi pleura. *Ilmiah Bidang Kesehatan*. (Vol. 6, Issue 1). <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v6i1.114>.
- Sari, N. K., Hudiawati, D., & Herianto, A. (2022). Pengaruh pemberian posisi semi-fowler terhadap saturasi oksigen pada pasien kritis di ruang intensive care unit di RSUD Dr . Soeradji Tirtinegoro Klaten. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*. (2-4). <https://proceedings.ums.ac.id/index.php/semnaskep/article/view/915>.
- Simanjuntak Omega. (2019). Asuhan keperawatan komperhensif pada Tn.

W.B yang menderita efusi pleura di ruangan komodo RSUD Prof. dr. W. Z. Johannes kupang. *Poltekkes Kemenkes Kupang*. <http://repository.poltekkeskupang.ac.id/id/eprint/486>.

Tika, H. (2020). Karya tulis ilmiah asuhan keperawatan pasien dengan efusi pleura yang di rawat di rumah sakit. *Poltekkes Kemenkes Kaltim*. (Vol. 21, Issue 1). <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/1083>.

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.

Windiramadhan, A. P., Sicilia, A. G., Afirmasari, E., & Hartati, S. (2020). Observasi penggunaan posisi semi-fowler pada pasien efusi pleura di ruang perawatan penyakit dalam fresia 2 RSUP Dr . Hasan Sadikin Bandung: studi kasus. *Jurnal Perawat Indonesia*. 4(1), 329–338. <https://doi.org/10.32584/jpi,v4i1.446>.

## Lampiran 1

### LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama/NIM : Ricardo Maturbong (NS2214901141)

Risda Wati Sira (NS2214901142)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Efusi  
Pleura di Ruang Perawatan Santa Bernadeth II  
Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : Matilda Martha Paseno, Ns., M. Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
1.	Jumat/ 19 Mei 2023	BAB I - Tambahkan diparagraf pertama mengenai kesehatan - Penulisan sesuaikan dengan panduan			
2.	Senin/ 29 Mei 2023	BAB I - Perbaiki paragraf pertama dan kedua - Perhatikan kesinambungan antar paragraf BAB II - Tambahkan penjelasan			

		terkait etiologi - Berikan warna pada diagnosa, tanda dan gejala pada patoflow. - Perhatikan penulisan dan penomoran.			
3.	Selasa/ 06 Juni 2023	BAB II - Perhatikan penulisan dan penomoran - Patoflow diperbaiki - Askep teori dilengkapi			
4.	Jumat/ 09 Jui 2023	BAB I – IV - Patoflow sesuaikan dengan etiologi - Penulisan diperhatikan			

LEMBAR KONSUL  
KARYA ILMIAH AKHIR

Nama/NIM : Ricardo Maturbong (NS2214901141)

Risda Wati Sira (NS2214901142)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Efusi Pleura di Ruang Perawatan Santa Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : Fitriyanti Patarru, Ns., M. Kep

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
1.	Rabu/ 03 Mei 2023	- Lapor kasus - ACC kasus: efusi pleura - Lanjutkan pengkajian – intervensi			
2.	Kamis/ 04 Mei 2023	- Perbaiki pengambilan diagnosa dan intervensi sesuaikan dengan kondisi pasien			
3.	Kamis/ 11 Mei 2023	- Perbaiki pengamatan kasus - Cari EBN - Perbaiki evaluasi sesuaikan dengan implementasi			
4.	Rabu/	- Tambahkan hasil			

	24 Mei 2023	penerapan intervensi mandiri EBN pada pasien			
5.	Kamis/ 01 Juni 2023	- Pada BAB IV lengkapi bagian evaluasi - Tambahkan rasional pada intervensi EBN yang diangkat			
6.	Jumat/ 02 Juni 2023	ACC BAB I-V			

## Lampiran 2

### RIWAYAT HIDUP

#### Identitas Pribadi

Nama : Ricardo Maturbongs  
Tempat /Tanggal Lahir : Dobo / 20 Agustus 1997  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Agama : Katolik  
Alamat : Jln. Ali Moertopo



#### Identitas Orang Tua/ Wali

Nama Ayah / Ibu : Yosep Maturbongs / Naomi Resimanuk  
Agama : Katolik  
Pekerjaan Ayah / Ibu : Petani / Guru  
Alamat : Dobo

#### Pendidikan Yang Telah Ditempuh :

SD Negeri 4 Inpres Dobo : 2002 - 2008  
SMP Negeri 1 P.P Aru : 2009 - 2011  
SMA Yos Sudarso Dobo : 2012 - 2014  
STIK Gunung Sari : 2017 – 2021  
STIK Stella Maris Makassar : 2022 - 2023

Identitas Pribadi

Nama : Risda Wati Sira  
Tempat /Tanggal Lahir : Malaysia/ 17 Agustus 2001  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen Protestan  
Alamat : Jl. Datu Museng



Identitas Orang Tua/ Wali

Nama Ayah / Ibu : Sira Pasang / Meri Liku Danun  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan Ayah / Ibu : Petani / IRT  
Alamat : Lempo

Pendidikan Yang Telah Ditempuh :

SD Negeri 3 Sesean Suloara' : 2006 - 2012  
SMP Negeri 2 Sesean Suloara' : 2012 - 2015  
SMA Negeri 1 Toraja Utara : 2015 - 2018  
STIK Stella Maris Makassar : 2018 - 2023