

**;pASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN EMPIEMAX
THORAX DIRUANG BAITTUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk

Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Panjang Umur Serta Mulia (40901800079)

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2021**

HALAMAN JUDUL
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN EMPIEMAX
THORAX DIRUANG BAITTUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Panjang Umur Serta Mulia (40901800079)

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyampaikan bahwa karya tulis ilmiah ini saya buat dan saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu keperwatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jia kemudian hari saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Sultan Agung Semarang.



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul

Asuhan keperawatan pada Tn.S dengan Emphyema thorax

di Rang Baitussalam 1

RSI Sultan Agung Semarang

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Panjang Umur Serta Mulia

NIM : 40901800079

Karya Tulis Ilmiah Ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji karya tulis ilmiah prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang Pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 03 Juni 2021

Semarang, 03 Juni 2021

Pembimbing



Ns. Muhammad Abdurrouf, M. Kep

NIDN.06-0505-7902



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII Keperawatan FIK Unissuala Semarang Pada Hari kamis Tanggal 03 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang , 03 Juni 2021

Tim Penguji,

Penguji I



(Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep)

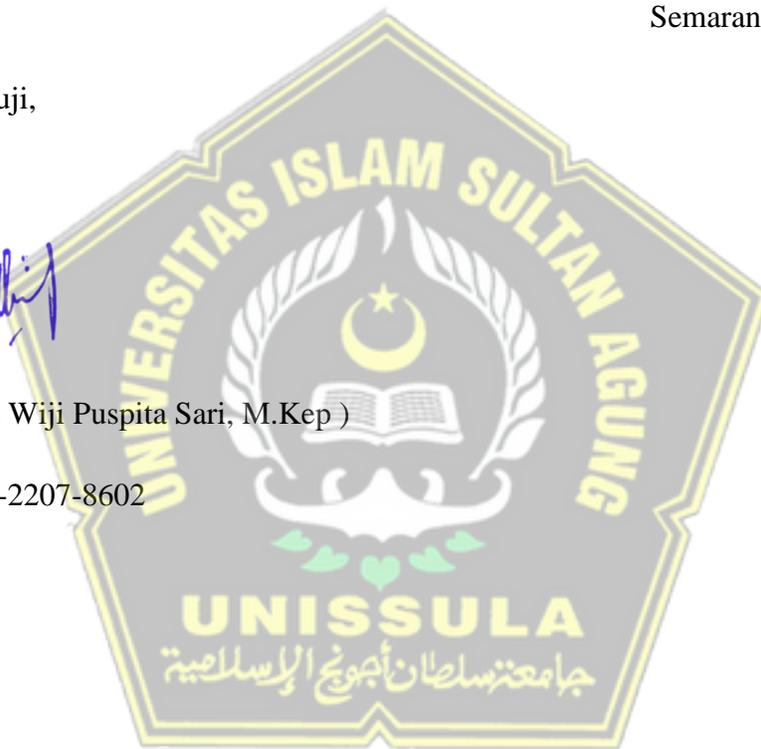
NIDN. 06-2207-8602

Penguji II



(Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep)

NIDN. 06-0403-8901



Penguji III



(Ns. Muhammad Abdurrouf, M.Kep)

NIDN 06-0505-7902

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



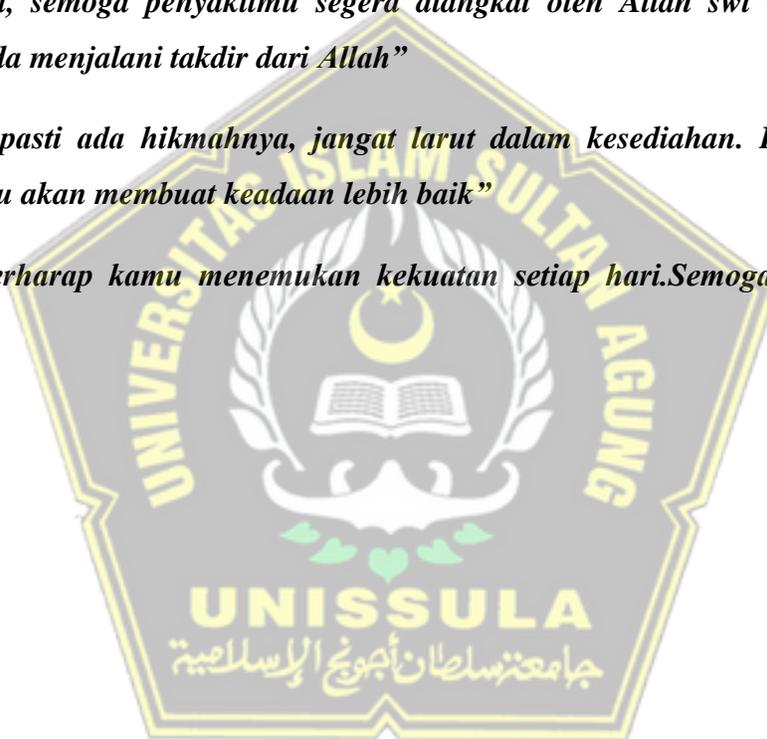
(Iwan Ardian, SKM,M.Kep)

MOTTO

”Dalam hayati ini, sakit & sehat merupakan situasi yg selalu ancer silih berganti.namun, nikmat sehat tak jarang kali selalu lebih banyak ancer ing sakit. Kuberdoa, semoga penyakitmu segera diangkat oleh Allah swt & kamu selalu sabar pada menjalani takdir dari Allah”

“Semua pasti ada hikmahnya, jangan larut dalam kesediaan. Bersemangatlah karena itu akan membuat keadaan lebih baik”

“Saya berharap kamu menemukan kekuatan setiap hari.Semoga cepat sembuh yah”



HALAMAN PERSEMBAHAN

Sembah sujud dan syukur pada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayang Mu sudah memberi kekuatan, membekaliku menggunakan ilmu. Atas karunia dan kemudahan yg Engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yg sederhana ini bisa terselesaikan. Shalawat & salam selalu terlimpahkan pada Nabi Muhammad SAW.

Ku persembahkan karya tulis ilmiah ini pada orang yg sangat kucintai dan kusayangi Ayahanda & Ibunda Tercinta Saya Sebagai perindikasi bakti, hormat dan rasa terima kasih yg tiada terhingga kupersembahkan karya tulis ilmiah ini pada Ayah saya (Kundlori) dan bunda saya (Mustaimah) yg sudah menaruh kasih sayang, Serta dukungan baik moral juga materi, ridho dan cinta kasih yg tiada mungkin bisa kubalas hanya menggunakan selembur kertas yg bertuliskan istilah persembahan. Semoga ini sebagai langkah awal buat menciptakan ayah dan bunda bahagia, lantaran kusadar selama ini belum anc berbuat lebih. Terima kasih Ayah. Terima kasih Bunda.

Yang tak pernah kulupakan adek-adekku yang selalu mananti kakak kakanya yang sedang kuliah di luar kota.

Terima kasih kepada Dosen Pembimbing saya Bapak Ns.Muhammad Abdurrouf yang selalu menyediakan waktu bimbingannya untuk saya dan selalu sabar menghadapi tugas karya tulis ilmiah yang banyak sekali kekurangan sampai ixanc sekarang ini.

Terima kasih semua teman satu angkatan yang telah menjadi teman, sahabat, keluarga yang saling memberikan support kepada saya dan kita semua saling menguatkan satu dan yang lain, karena kita sama-sama berjuang untuk ixanc melewati ixancer dan lulus bersama. Semoga kenangan kita tak akan hilang dan terlupakan.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Alhamdulillahirobbil'alamin, puja dan puji syukur penulis Panjatkan kehadiran Allah SWT yang sudah melimpahkan rahmat dan hidayah-nya, sebagai akibatnya penulis bisa merampungkan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN EMPYEMA THORAX DI RUANG BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG”.

Karya tulis Ilmiah ini adalah satu persyaratan buat memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan dalam Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Berbagai kendala yang penulis hadapi pada penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, tetapi semuanya bisa terselesaikan berkat bimbingan dan donasi dari berbagai macam pihak. Untuk itu penulis ucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Drs H Bedjo Santoso,MT,Ph.D selaku Rektor Universitas Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Ns. Iwan Ardian SKM,M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Muhammad Abdurrouf,M.Kep selaku Kaprodi DIII Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan Selaku Pembimbing Yang Telah membimbing kami penuh kesabaran dengan saya dan berkenan memberi waktu

luangnya untuk saya dan juga memberikan motivasi, bimbingan serta pengarahan pada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Bapak Ibu Dosen serta Karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula yang selalu mendoakan penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan tepat waktu.
6. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kepada kedua orang tua saya Bapak Kundlori dan ibu Mustaimah yang paling kusayang yang selalu mendo'akan, terus mensupport dan selalu mengingatkan akan beribadah agar semuanya berjalan dengan lancar, dukungan yang tak henti hentinya baik moral dan materi yang diberikan untuk menyelesaikan pendidikan ini.
8. Adek-adekku dan seluruh keluarga yang telah mendoakan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tempat waktu.
9. Teman Teman seperjuanganku DIII Keperawatan 2018 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan secara satu persatu. Terima kasih semoga momen kita semua takkan pernah hilang dan terlupakan.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat banyak kekurangan. Semoga Karya Tulis ini dapat berguna bagi penulis dan pembaca dapat memberikan peningkatan pelayanan keperawatan dimasa mendatang, amin ya robbal alamin.

Semarang, 03 Juni 2021

(Panjang Umur S M)

DAFTAR ISI

Contents

HALAMAN JUDUL.....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	vi
MOTTO.....	viii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	ix
KATA PENGANTAR.....	x
DAFTAR ISI.....	1
BAB I.....	4
PENDAHULUAN.....	4
A. Latar Belakang.....	4
B. Tujuan Penulisan.....	6
C. Manfaat Penulis.....	6
BAB II.....	8
KONSEP DASAR.....	8
A. Konsep Dasar Penyakit.....	8
1. Pengertian Emphyema.....	8
2. Etiologi.....	9
3. Patofisiologi.....	10
4. Manifestasi Klinis.....	11
5. Komplikasi.....	12
6. Penatalaksanaan Medis.....	13
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	14
1. Pengkajian Keperawatan.....	14
2. Pemeriksaan fisik head toe.....	16

3. Diagnosa Keperawatan dan Fokus Intervensi	17
C. Pathways	19
BAB III.....	21
LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	21
A. Pengkajian keperawatan.....	21
1. Identitas	21
2. Keluhan utama.....	22
3. Riwayat kesehatan.....	22
4. Pola kesehatan fungsional	24
5. Pemeriksaan fisik	28
6. Data penunjang.....	29
B. Analisa data.....	30
C. Diagnosa keperawatan.....	30
D. Intervensi.....	31
E. Implementasi	32
F. Evaluasi	33
BAB IV	34
PEMBAHASAN	34
BAB V.....	40
PENUTUP.....	40
A. Kesimpulan.....	40
B. Saran.....	41
DAFTAR PUSTAKA	43
LAMPIRAN.....	45

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Kesediaan Membimbing
- Lampiran 2. Surat Kesediaan Konsultasi
- Lampiran 3. Lembar Konsultasi
- Lampiran 4. Surat Ijin Studi Kasus



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Empiema merupakan salah satu bentuk penyakit timbul karena infeksi pada kavitas yang disebabkan oleh penumpukan cairan. Akumulasi cairan tidak normal pada rongga pleura diakibatkan oleh transudasi atau eksudasi yg hiperbola berdasarkan bagian atas pleura, dan adalah komplikasi dari infeksi pneumonia maupun penyakit sistemik disebut juga efusi pleura. Empyema suatu kondisi dimana nanah berkumpul diruang pleura yang terletak di antara paru paru dan permukaan dinding dada (Hasan & Ambarwati, 2019).

Empyema adalah nanah di rongga pleura, tetapi studi dan pemeriksaan kebanyakan dokter menggunakan istilah infeksi pleura untuk memasukkan empyema dan efusi. Empiema dipengaruhi oleh penampilan. Sangat cairan buram, kuning keputihan, cairan kental menjadi dampak menurut koagulasi serum protein, puing-puing sel dan deposisi fibrin fibrin. Empiema terutama terjadi sebagai akibat dari: Pengobatan pasien dengan pneumonia dan infeksi pleura lanjut dalam manajemen klinis yang tidak memadai. Infeksi pleura adalah salah satu penyakit tertua dan paling serius. Infeksi pleura adalah masalah klinis umum yang terkait dengan mortalitas dan morbiditas Tinggi (Manurung, 2018).

Empiema tetap menjadi masalah penting di bidang penyakit paru saat ini. Tingkat kematian penyakit ini adalah 5-30%, dan kejadiannya tergantung pada kondisi hidup berdampingan. Angka kematian akibat penyakit ini adalah 5-30%, dan ifanrul tergantung pada komplikasinya. Walaupun penatalaksanaan empyema berkembang pesat. Namun, pemberian terapi antibiotic, pembedahan dekortikasi, dan drainase pleura, hal ini belum bisa menurunkan angka kematian akibat terjadi penyakit empyema. Antitibiotik pada 20-30% pasien dengan empyema. Drainase

melalui selang dada tidak terkontrol. Menurut penelitian Sahn, 5-10% pasien pneumonia rawat inap berkembang. Empiema dan kematian meningkat secara dramatis. Signifikan dibandingkan dengan pasien dengan pneumonia tanpa empyema kematian juga akan meningkat hingga 40% gangguan kekebalan (Hasan & Ambarwati, 2019).

Di sini, komplikasi infeksi dapat terjadi pada 2 hingga 25% pasien dengan implantasi WSD (Murjani, Hamzah, 2020). Namun, dalam penelitian lain, 5-10% pasien pneumonia yang dirawat di rumah sakit mengalami empiema dan peningkatan mortalitas yang signifikan dibandingkan dengan pasien pneumonia tanpa empyema (Irawan et al., 2020). Empiema juga dapat disebabkan oleh trauma, pembedahan, tumor ganas, gangguan pembuluh darah, gangguan imunodefisiensi, dan infeksi di area yang berdekatan seperti orofaring, esofagus, mediastinum, atau jaringan di diafragma yang menunjukkan berbagai gejala klinis tergantung pada organ utama atau tempat yang terkena, mikroorganisme patogen dan daya tahan tubuh menurun (Marhana & Anggraeni, 2020).

Pemberian oksigenasi sesuai kebutuhan oksigen asisten pasien, yaitu 2-3 L / mnt, dan IVFD RL 10 gtt / mnt, karena pasien mengeluh jumlah makanan berkurang setelah istirahat untuk mencegah bertambah parahnya kesulitan bernafas dan Hindari dehidrasi (FKUI, 2017). Kemudian perawat melakukan kuras cairan empiema melalui water seal drainage. Keberhasilan dibuktikan dengan peningkatan status klinik pasien dan radiologis dari 4 pasien dalam waktu 48 jam (Maskell NA et al., 2013). Jadi, Empiema merupakan suatu penyakit yang ditimbulkan oleh penumpukkan cairan yang berupa nanah pada ruang pleura. Biasa penyakit ini banyak diderita oleh perokok aktif. Berdasarkan diatas penulis tertarik untuk membuat judul “ Asuhan keperawatan Pada Tn. S Dengan Empiema Thorax di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang “.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Menggambarkan asuhan keperawatan kepada pasien dengan masalah empiema thorax.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu menjelaskan konsep dasar medis empyema thorax seperti pengertian, etiologi, pathofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostic, komplikasi dan penatalaksanaan medis dari empyema thorax.
- b. Mampu menjelaskan Konsep dasar asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit empiema thorax seperti pengkajian, diagnosis dan intervensi keperawatan.
- c. Mampu menganalisa asuhan keperawatan pada Tn.S dengan masalah utama penyakit E seperti pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.

C. Manfaat Penulis

Penulis ini, diharapkan memberikan manfaat bagi:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan evaluasi untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah empyema thorax.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai suatu pedoman untuk meningkatkan ketrampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah empiema thorax.

3. Bagi Lahan Praktik

Dapat dijadikan masukan dalam peningkatan pengetahuan dan mutu pemberian pelayanan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah empiema thorax.

4. Bagi Masyarakat

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat dalam menurunkan penyakit empyema thorax, apabila mengalami tanda & gejala yang sama bisa dapat langsung dibawa ke pukesmas atau rumah sakit.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian Empyema

Empyema adalah gugusan cairan eksudatif pada rongga pleura yg berhubungan dengan infeksi paru-paru. Akumulasi cairan tidak normal di rongga pleura diakibatkan oleh transudasi atau eksudasi yang berlebihan dari permukaan pleura, serta merupakan komplikasi dari infeksi pneumonia maupun penyakit sistemik disebut juga efusi pleura. Empyema suatu kondisi dimana nanah berkumpul diruang pleura yang terletak di antara paru paru dan permukaan dinding dada (Hasan & Ambarwati, 2019).

Efusi pleura merupakan suatu cairan yang menumpuk di bagian rongga panggul. Cairan yang menumpuk dirongga panggul tersebut akan dikeluarkan melalui selang WSD. Tindakan invasive yang dilakukan oleh perawat adalah mengeluarkan udara dan cairan berupa darah ataupun pus dari rongga pleura atau rongga thorax. Kemudian perawatan WSD meupakan suatu tindakan drainase intrapleural yang digunakan setelah prosedur intrathoraka satu atau lebih kateter dada dipasang dirongga pleura dan difikasi ke dinding dada yang kemudian akan disambung ke dinding dada yang kemudian disambung ke system drainase atau suction (Simanjuntak, 2015).

Empiema thoraks (ET) merupakan menumpuknya nanah dirongga dada, yang mungkin terisolasi atau tidak. Empyema adalah hadiah antibiotik bisa tunggal atau ganda. Antibiotik itu merupakan obat obatan yang sering dipakai atau digunakan, terkait dengan banyaknya kejadian infeksi banteri yang diderita oleh banyak orang. (Irawan et al., 2020). Sedangkan menurut (Manurung, 2018). Empyema adalah nanah di rongga pleura, tetapi studi dan

pemeriksaan kebanyakan dokter menggunakan istilah infeksi pleura untuk memasukkan empyema dan efusi. Parapneumonik kompleks. Empiema ditentukan oleh penampilan. Sangat cairan buram, kuning keputihan, cairan kental sebagai akibat dari koagulasi serum protein, puing-puing sel dan deposisi fibrin fibrin. Empiema terutama terjadi sebagai akibat dari: Pengobatan pasien dengan pneumonia dan infeksi pleura lanjut dalam manajemen klinis yang tidak memadai. Infeksi pleura adalah salah satu penyakit tertua dan paling serius. Infeksi pleura adalah masalah klinis umum yang terkait dengan mortalitas dan morbiditas Tinggi. Berdasarkan Kesimpulan: Empiema thorax merupakan cairan esudatif atau tumpukan nanah yang berada didalam rongga Dada (pleura) yg berhubungan dengan infeksi paru-paru. Cairan yang menumpuk tersebut akan dikeluarkan melalui selang WSD yang berupa udara dan cairan darah atau pus dari rongga pleura.

2. Etiologi

Berdasarkan etiologi, empiema karena proses infeksi tertentu 68,9% memiliki toraks supuratif 19,6% karena infeksi nonspesifik. Empiema dapat membentuk fistula yang menghubungkan Rongga pleura dan bronkus dikenal sebagai fistula pleura bronkial. Empiema suatu kondisi dimana infeksi TB paru berdasarkan klinis dan nilai pada cairan empyema (Marhana & Anggraeni, 2020). Sedangkan menurut (Selam, 2019) Pneumonia adalah proses peradangan diparu paru, biasanya disebabkan oleh agen infeksius.

Empiema sering kali ditimbulkan sang komplikasi pneumonia, namun mampu pula ditimbulkan sang infeksi ditempat lain. Empiema juga merupakan trauma, pembedahan, keganasan, gangguan vaskular, penyakit imunodefisiensi, dan infeksi pada area yang berdekatan, seperti orofaring, esofagus, mediastinum, atau jaringan subdiafragma. Empiema adalah eksudat pleura dengan kultur bakteri positif atau kadar leukosit, dan protein di atas 15.000/mm³ 3.0 g/dL atau lebih (Hasan & Ambarwati, 2019).

Efusi pleura adalah suatu kondisi di mana cairan menumpuk di rongga pleura. Dalam keadaan normal, rongga pleura diisi dengan 10-20 ml cairan. Jumlah cairan karena tingkat produksi cairan di lapisan pleura, dapat melebihi volume normal. Cairan parietal melebihi kecepatan absorpsi cairan oleh limfatik dan pembuluh darah blood. Darah mikropleural viseral ini berfungsi untuk memudahkan pergerakan paru-paru di rongga dada saat bernafas. Situasi ini bisa mengancam nyawa, dan pertukaran dengan menghambat ekspansi paru-paru udara terhalang (Simanjuntak, 2015).

Empiema tuberkulosis adalah infeksi aktif dan kronis pada rongga pleura yang meliputi sejumlah besar bakteri tuberkulosis. Empiema jamur jarang terjadi (kurang dari 1% dari infeksi pleura). *Candida sp* adalah penyebab paling umum dan dapat ditemukan pada pasien immunosupresi. Jumlah mortalitas tinggi (hingga 73%). *Candida sp* adalah patogen yang paling umum. Pada empiema dada yang disebabkan oleh jamur; Empiema dada karena jamur berfilamen lainnya sangat jarang dan hanya kasus sporadis telah dilaporkan (Manurung, 2018).

3. Patofisiologi

Pleura dalam keadaan normal membentuk cairan pleura kurang lebih 0,01 mL/kg/jam dan normalnya rongga pleura terisi cairan kurang lebih 5-10 mililiter yg disekresi menurut pleura parietalis dan diserap melalui beberapa prosedur yaitu tekanan gradient melalui pleura visceralis, drainase limfatik stoma menurut pleura parietal dan prosedur seluler. Efusi pleura terjadi lantaran ekuilibrium antara produksi dan pengeluaran cairan pleura terganggu. Efusi pleura sekunder yg terjadi sang lantaran pneumonia dianggap menggunakan efusi parapneumonia. Perkembangan proses empyema dibagi menjadi 3 yaitu eksudatif sederhana, fibrinopurulen dan organisasi (Hasan & Ambarwati, 2019).

Rongga pleura normalnya diisi menggunakan 5 – 10 mililiter cairan serous, dimana terutama disekresi menurut pleura parietal menggunakan homogen-homogen 0.01 mL/KgBB/jam dan diabsorpsi melalui limfatik pleura parietal. Pada syarat klinis tertentu, ekuilibrium antara sekresi dan absorpsi bisa terganggu dan cairan mulai terakumulasi pada rongga pleura. Efusi pleura secara klasik dibagi sebagai transudat dan eksuda. Pada transudat, akumulasi cairan pada rongga pleura dampak peningkatan tekanan hidrostatik atau penurunan tekanan onkotik melalui kapiler membran pleura. Sedangkan dalam eksudat, kapiler itu sendiri adalah penyakit dan menaikkan permeabilitas yg mengakibatkan cairan masuk ke rongga pleura (Manurung, 2018).

4. Manifestasi Klinis

Perjalanan klinis efusi parapneumonia dibagi sebagai 2 bagian besar yaitu menurut infeksi sang bakteri aerob atau bakteri anaerob. Pasien menggunakan infeksi bakteri aerob mempunyai tanda-tanda klinis yg sama menggunakan pneumonia lantaran bakteri aerob tanpa efusi. Manifestasi klinis awal yaitu demam yg bersifat akut menggunakan nyeri dada, produksi sputum yg semakin tinggi dan leukositosis. Sedangkan dalam infeksi bakteri anaerob akan menunjukkan tanda-tanda klinis sub akut. Gejala klinis akan mulai dirasakan setelah >7 hari semenjak pertama kali menerima tanda-tanda misalnya batuk nir produktif, demam subfebrile, bau mulut, leukositosis dan anemia (Hasan & Ambarwati, 2019).

Manifestasi klinis EPP tergantung pada infeksi yang mendasarinya. Durasi rata-rata gejala sebelum masuk (kisaran interkuartil) adalah 14 hari (8-28 hari) di *Multicenter Intravenous Sepsis Trial* (MIST) yang berbasis di Inggris dari 430 pasien. Tiga belas kasus pneumonia aerobik disertai dengan gejala demam akut, leiritis fokal, produksi sputum dan leukositosis. Infeksi anaerob cenderung memperburuk gejala klinis, demam, dan sistemik seperti

nafsu makan dan penurunan berat badan. Infeksi, lebih sering terjadi pada orang dengan kebersihan mulut yang buruk, pada orang dengan penyalahgunaan alkohol dan sering pingsan, yang dapat menghirup isi perut. APD atau sinusitis dapat dipertimbangkan jika kondisi berlanjut selama lebih dari 48 jam setelah minum antibiotik. Gejala pneumonia yg melibatkan PPE atau empiema (yakni demam, malaise, batuk, dyspnea dan nyeri dada pleuritik) seperti menggunakan pneumonia tanpa PPE.2,7,14. Pasien lansia mungkin nisbi asimptomatik, hanya memperlihatkan tanda-tanda kelelahan atau perubahan status mental, tanpa tanda-tanda paru. Faktor lain misalnya usia, zenit suhu, jumlah leukosit, atau jumlah lobus yg terlibat, nir bisa memprediksi keluarnya PPE atau membedakan antara orang menggunakan dan orang tanpa PPE (Manurung, 2018).

5. Komplikasi

Komplikasi dari pneumonia dapat juga disebabkan oleh adanya infeksi dari tempat lain. Semua pasien dengan efusi parapneumonia dan empyema memerlukan terapi antibiotik secara dini dan adekuat. Efusi pleura yang steril dengan PH $\geq 7,20$ di observasi dan dilindungi dengan pemberian antibiotik yang adekuat. Pemberian antibiotic itu sangat penting karena dengan pemberian antibiotic bisa menghambat tumbuhnya bakteri. (Hasan & Ambarwati, 2019).

Komplikasi tuberculosis bisa diklasifikasikan sebagai 2 yaitu komplikasi dini & komplikasi lanjut. Gangguan yg termasuk pada komplikasi dini antara lain adalah pleuritis, efusi pleura, empiema, laryngitis dan usus. Sedangkan Gangguan yg termasuk pada komplikasi lanjut antara lain yaitu, obstruksi jalan napas sampai sindrom gagal napas dewasa (ARDS), Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis, kerusakan parenkim yg telah berat, fibrosis paru, kor pulmonal, amiloidosis, karsinoma dalam paru, & komplikasi paling dalam beberapa organ dampak TBC milier. Komplikasi penderita yg termasuk

stadium lanjut merupakan hemoptisis berat atau perdarahan berdasarkan saluran napas bagian bawah. Dikatakan stadium lanjut lantaran dapat mengakibatkan kematian yg disebabkan sang adanya syok, kolaps impulsif akibat kerusakan jaringan paru, serta penyebaran infeksi ke organ tubuh lain. Misalnya otak, tulang, persendian, ginjal dan lain sebagainya. Banyaknya komplikasi yg terdapat dalam penyakit TB menyebabkan risiko kematian lebih tinggi. Sehingga dalam penelitian ini mengidentifikasi komplikasi dalam TB menurut kode penaksiran yg terdapat dalam berkas rekam medis. Harapan menurut adanya profil komplikasi TB ini mampu dipakai buat merogoh kebijakan buat melakukan pencegahan terhadap penyakit-penyakit yg tak jarang ada bersamaan dengan penyakit TB, sebagai akibatnya penanganan penyakit TB bisa dilakukan secara maksimal (Pratiwi, 2020).

6. Penatalaksanaan Medis

Tujuan menurut penatalaksanaan empyema merupakan eradikasi infeksi, mengembalikan aliran cairan pleura normal, paru-paru bisa mengembang dan mengembalikan fungsi respirasi normal. Terapi awal terdiri menurut hadiah oksigen bila dibutuhkan, terapi cairan dalam perkara dehidrasi, antipiretik, analgesic dan antibiotik. Terapi khusus buat empiema terdiri menurut terapi ortodok hingga tindakan pembedahan (Hasan & Ambarwati, 2019).

Pengobatan tergantung pada penyebab efusi. Mengurangi penumpukan cairan. Eksudat kecil, terutama Jika jenisnya transudat, tidak diperlukan kelipatan. Untuk eksudasi secara khusus, drainase ke dalam selang dada diperlukan jika cairan purulen (empiema). Dalam kasus lain, cairan tubuh sering menebal dan terlokalisasi untuk membuat proses drainase drainage hal ini sulit. Untuk alasan ini, selang dada dimasukkan sesegera mungkin. Periksa empiema karena tusukan toraks. Dalam kasus empyema dan efusi pneumonia dengan drainase kompleks *Video-assisted thoracoscopic* pengumpulan cairan

posisi debridement bedah mengurangi morbiditas dan Penerimaan. Efusi pneumonik dalam banyak kasus Ini dapat dikelola secara konservatif dengan antibiotic intrvena. Pada kebanyakan kasus, proses penyembuhan dapat dipercepat dengan dilakukan debridemen torakoskopi pada ruang pleura yang terkena infeksi dan terdapat lapisan fibrin sehingga dapat mencegah penyebaran menyeluruh pada banyak kasus (Amin, 2015).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan yang merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber buat mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan (Nursalam, 2012).

a. Identitas dan penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat, serta diagnose medis serta berhubungan dengan pasien .

b. Keluhan utama

Pasien sangat gelisah, pernafasan cepat, dispnea dan dangkal, batuk-batuk disertai bunyi ronchi saat auskultasi, pernapasan cuping hidung, dan sianosis kurang lebih hidung dan mulut. Kadang juga disertai muntah dan diare anoreksia dan muntah.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

Bronkopneumonia umumnya didahului sang infeksi saluran pernapasan permukaan selama beberapa hari. Suhu tubuh bisa naik sangat mendadak sampai 39-40oC dan kadang disertai kejang lantaran demam yang tinggi.

- 2) Riwayat penyakit dahulu
Pernah menderita penyakit infeksi yang mengakibatkan sistem imun menurun.
- 3) Riwayat kesehatan keluarga
Anggota keluarga lainnya yang menderita penyakit infeksi saluran pernapasan bisa menularkan kepada anggota keluarga lainnya.
- 4) Riwayat kesehatan lingkungan
Pneumonia sering kali terjadi dalam ekspresi dominan hujan dan ekspresi dominan semi.
- 5) Imunisasi
Anak yang tidak menerima imunisasi beresiko tinggi untuk mendapat penyakit infeksi saluran pernapasan atas atau bawah lantaran sistem pertahanan tubuh yang relatif lemah untuk melawan infeksi sekunder.
- 6) Nutrisi
Riwayat gizi buruk, kekurangan gizi akan menurunkan kapasitas kekebalan untuk merespon infeksi pneumonia termasuk gangguan fungsi granulosit, penurunan fungsi komplemen, dan juga menyebabkan kekurangan mikronutrien.
- 7) Usia
Bayi dan balita memiliki mekanisme pertahanan tubuh yang masih rendah dibanding orang dewasa, sehingga balita masuk ke dalam kelompok yang rawan terhadap infeksi seperti influenza dan pneumonia, anak-anak berusia 0-24 bulan lebih rentan terhadap penyakit pneumonia dibanding anak-anak berusia di atas 2 tahun. Hal ini disebabkan imunitas yang belum sempurna dan saluran pernapasan yang relatif sempit (Mansjoer A et al., 2019).
- 8) Faktor Lingkungan
Pemeliharaan kesehatan dan kebersihan lingkungan yang kurang

juga bisa menyebabkan anak menderita sakit. Lingkungan pabrik atau banyak asap dan debu ataupun lingkungan dengan anggota keluarga perokok. Lingkungan rumah seperti kondisi jendela, luas ventilasi kamar balita, jenis lantai rumah, jarang membuka jendela setiap pagi, dan penggunaan obat nyamuk dapat beresiko anak terserang Bronchopneumonia.

- 9) Menentukan kebutuhan cairan berdasarkan berat badan Menurut WHO, Kebutuhan cairan pada anak dapat dihitung dari berat badan yaitu : Berat badan < 10kg \times 150 = 1500 + 20mL/kgBB untuk setiap kilogram berat badan diatas 20 kg (Nursalam, 2012).

2. Pemeriksaan fisik head toe

- a. Keadaan umum: Keadaan generic dalam pasien menggunakan bronchopneumonia merupakan pasien terlibat lemah, pucat, dan sesak nafas.
- b. Tanda tanda peridikasi vital: dihasilkan suhu meningkat (39-40°C), nadi cepat dan kuat, pernafasan cepat dan dangkal
- c. Kulit: Tanpa pucat, sianosis, umumnya turgot.
- d. Kepala: Pada pemeriksaan kepala dapat dilakukan infeksi dalam bentuk kepala, lingkaran kepala, warna dan tekstur rambut, keadaan ubun ubun (anterior dan posterior).
- e. Mata: didapatkan output pemeriksaani konjungtiva anemis, sklera putih.
- f. Hidung : Pada pasien bronchopneumonia dihasilkan adanya secret, terdapat pernafasan cuping hidung, dan sianosis.
- h. Mulut : Bibir kering, sianosis, membrane mukosa kering, dan pucat.
- i. Telinga : Di telinga terdapat inspeksi adanya peradangan atau tidak.
- j. Leher : Palpasi dan inspeksi adanya pembesaran limfe atau tidak.

- k. Dada : Bagian dada ada tarikan dinding dada, pernafasan dangkal dan cepat .
- i. Jantung : Jika ada komplikasi pada endokarditis, suara tambahan terjadi.
- g. Paru-paru : Bunyi nafas menggi dan whezing.
- h. Abdomen: kembung, tegang atau relaksasi dan distensi abdomen abdomina
- i. Ekstremitas : Pasien dengan bronkopneumonia dengan penampilan lemah, aktivitas menurun, sianosis pada ujung jari tangan dan kaki, dan akral hangat (Murjani , Hamzah, 2020).

3. Diagnosa Keperawatan dan Fokus Intervensi

a. Diagnosa keperawatan menurut (SDKI DPP PPNI, 2016).

- 1) Nyeri akut.
- 2) Gangguan mobilitas fisik.
- 3) Bersihan jalan nafas tidak efektif.

b. Fokus intervensi berdasarkan slki menurut (SIKI, 2016).

1) Nyeri akut

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan masalah nyeri Berkurang dengan kriteria hasil :

- a) Meringis menurun.
- b) Protektif menurun.
- c) Keluhan nyeri menurun.
- d) Gelisah menurun.
- e) Intervensi.
- f) Identifikasikasi lokasi karakteristik.
- g) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri.
- h) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri.
- i) Kalaborasi pemberian analgetik (SIKI, 2016).

2) Gangguan mobilitas fisik

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan Mobiltas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- a) Nyeri sendi dikaku menurun.
- b) Pergerakan esktremitas meningkat.
- c) Rentang gerak meningkat.
- d) Gerakan terbatas menurun.
- e) Intervensi.
- f) Identifikasi adanya nyeri.
- g) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
- h) Monitoring TTV.
- i) Anjuran melakukan mobilitas dini (SIKI, 2016).

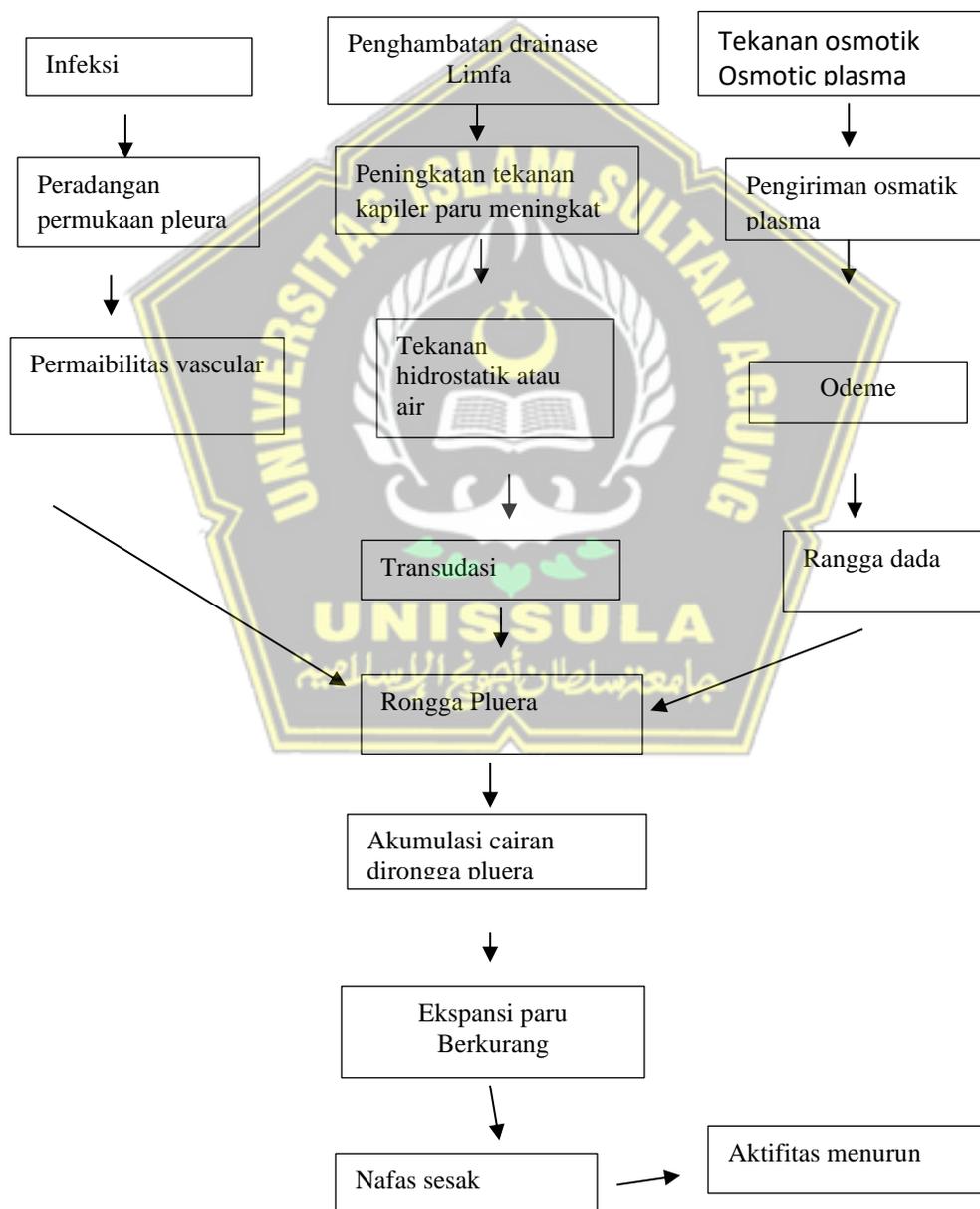
3) Bersihan jalan nafas tidak efektif

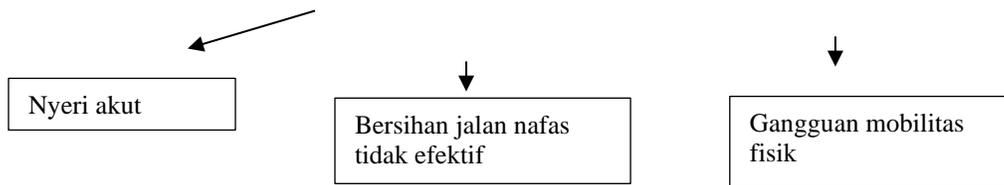
Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan jalan nafas pasien kembali normal dengan kriteria hasil :

- a) Produksi sputum menurun
- b) Frekuensi nafas membaik
- c) Gelisah menurun.
- d) Intervensi.
- e) monitor pola nafas.
- f) monitor bunyi nafas tambahan.
- g) posisikan semi flower.
- h) berikan oksigen.
- i) anjurkan teknik batuk efektif (SIKI, 2016).

C. Pathways





Sumber : (Amin, 2015).



BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian keperawatan

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 25 Januari 2021. Penulis mengelola kasus pada Tn.S dengan masalah empiema thorax diruangan Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Samrang. Diperoleh gambaran kasus sebagai berikut adalah :

1. Identitas

a. Identitas klien

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 25 Januari 2021 pada pukul 08.30 diruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Sultan Agung Semarang. Klien bernama Tn.S berusia 58 tahun berjenis laki laki. Klien beragama islam, yang bertempat tinggal di dukun paras rt 04 rw 04 tanjung anom gambus pati . Klien bekerja sebagai petani dengan pendidikan terakhir klien adalah SD. Klien masuk rumah sakit diantar oleh anaknya tn.A dan diagnosa medisnya adalah empyema thorax, pada tanggal 19 Januari 2021.

b. Identitas penanggungjawab

Selama klien dirawat di rumah sakit yang bertanggung jawab adalah anaknya bernama tn.A yang berusia 32 tahun yang berjenis laki laki, beragama islam, dan penanggung jawab berkerja juga sebagai wiraswasta, pendidikan terakhir SMA yang bertempat tinggal di dukun paras rt 04 rw 04 tanjung anom gambus pati. Hubungan dengan klien yaitu anak.

2. Keluhan utama

Tn.S mengatakan merasa sesak napas dan nyeri dibagian post operasi.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat Kesehatan

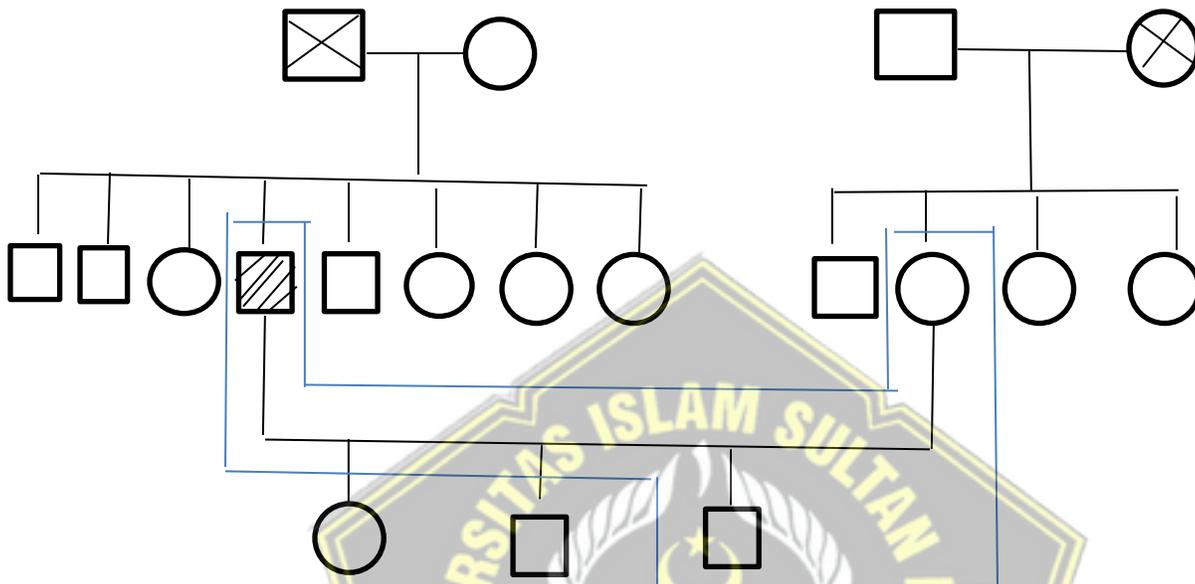
Alasan masuk rumah sakit tn.S mengatakan batuk-batuk dan merasakan sesak napas.pasien sebelumnya hanya periksa dan minum obat.Tetapi, keadaannya semakin memburuk. Kemudian, pasien dibawa ke klinik kesehatan terdekat setelah dilakukan pemeriksaan ternyata terdapat nanah yang sudah menggumpal pada area paru kemudian pasien dirujuk ke RSI sultan agung untuk mendapatkan perawatan selanjutnya. Selanjutnya sebelumnya pasien tidak tahu sakit apa yang diderita dan hanya mrnganggap penyakit yang biasa. Factor yang memperberat pasien merupakan perokok aktif.

b. Riwayat kesehatan lalu

Tn.S mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit.Tn.S mengatakan bahwa tidak pernah mengalami kecelakaan apapun dan Tn.S mengatakan tidak pernah dirawat.tn.S mengatakan tidak ada alergi obat obatan atau makanan dan minuman.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Genogram



Keterangan :

-  : Laki-laki
 : Perempuan
 : garis perkawinan
 : garis keturunan
 : meninggal dunia
 : Tinggal serumah

Tn.S mengatakan tidak ada anggota keluarga mempunyai riwayat penyakit empyema.

d. Riwayat kesehatan lingkungan

Tn.S mengatan tempat yang ditempati dalam kondisi bersih dan tidak ada bahaya yang mengancam di lingkungannya.

4. Pola kesehatan fungsional

a. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum sakit Tn.S mengatan kesehatannya tidak penting dan akan sembuh dengan meminum obat. Setelah sakit Tn.S megerti pentingnya kesehatan. Sebelum sakit Tn.S mengatakan tidak mengetahui sakit apa yang dialami dan perawatannya. Setekah sakit Tn.S mengatakan sudah cukup mengerti penyakitnya dan akan berusaha menjalani hidup sehat.

Upaya umum untuk mempertahankan kesehatan, sebelum sakit Tn.S mengatakan periksa dan meminum obat yang diresepkan. Stelah sakit Tn.S meminum obat sesuai dengan anjuran dokter dan mengikuti prosedur perawatan selama di RSI sultan agung.

Kebiasaan hidup sebelum sakit Tn.S mengatakan perokok aktif mengonsumsi kopi dan tidak berolahraga. Setelah sakit diharapkan Tn.S berhenti merokok, mengurangi meminum kopi dan menjaga kesehatannya.

b. Pola nutrisi dan netabolik

Pola makan Tn.S Sebelum sakit makannya 3x sehari 1 porsi sekali makan pasien suka dengan makanan pedas. Setelah sakit pasien makan 1x sehari makan hanya kurang lebih 1x makan.

Makanan yang disukai Tn.S sebelum sakit mengatakan suka makan rujak, tidak ada makanan pantangan alergi maupun dibatasi. Setelah sakit Tn.S memakan makanan dari rumah sakit.

Keluhan dalam makan Sebelum sakit tidak ada. Setelah sakit Tn.S mengatakan tidak nafsu katanya makanan rs tidak enak.

Kemampuan mengunyah dan menelan Tn.S mengatakan sebelum sakit mengunyah dan menelan dengan baik. Setelah sakit mampu mengunyah dan menelan kurang baik.

Pola minum Tn.S mengatakan sebelum sakit 1 gelas kopi setiap hari, kurang dari 1 liter botol air putih. Setelah sakit 1 gelas the angkat dari rs dan satu botol air putih.

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit pola BAB Tn.S sehari 1x warna kuning kecoklatan. Setelah sakit 1x sehari terlihat coklat dan padat, perubahan kebiasaan BAB Tn.S Sebelum sakit tidak ada sesudah sakit tidak ada. Pola BAK Tn.S sebelum sakit mengatakan BAK 4-5x sehari. waktu tidak menentu warna kuning. Setelah sakit pasien terpasang kateter urin berwarna coklat. jumlah 1200 ml.

d. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit Tn.S mengatakan kegiatan berat dalam pekerjaan. Setelah sakit Tn.S kesulitan dalam aktivitas mudah merasa lelah.

1) Olahraga yang dilakukan Sebelum sakit

Tn.S tidak pernah berolahraga. Setelah sakit Tn.S juga tidak mau berolah raga.

2) Kesulitan dalam aktifitas

Sebelum sakit Tn.S tidak ada kesulitan dalam beraktivitas. setelah sakit Tn.S mengalami gangguan mobilitas karena terpasang WSD dan nyeri pada post operasi.

3) Pergerakan tubuh

Sebelum sakit Tn.S tidak takut dalam melakukan pergerakan .
Setelah sakit Tn.S takut dalam melakukan pergerakan tubuh yang akan menyebabkan nyeri.

4) Perawatan diri

Sebelum sakit Tn.S melakukan perawatan diri secara mandiri.
Setelah sakit Tn.S melakukan mandi, minum dan perawatan diri dibantu oleh keluarganya setelah sakit.

5) Berhajat

Sebelum sakit Tn.S mandiri setelah sakit pasien menggunakan kateter dan di bantu keluarganya.

6) Keluhan sesak nafas setelah melakukan aktifitas

Sebelum sakit Tn.S ada sesak nafas namun masih biasa di tangani sendiri. Setelah sakit Tn.S mudah lelah batuk hingga sesak nafas.

7) Mudah merasa kelelahan

Sebelum sakit Tn.S tidak pernah merasakan lelah setelah sakit Tn.S merasakan mudah lelah.

e. Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan tidur Tn.S sebelum sakit tidur normal 8 jam. Setelah sakit pasien tidak ada kesulitan tidur selama berada dirumah sakit. Waktu tidur malam dan siang.

Kesulitan tidur sebelum sakit Tn.S tidak ada kesulitan Setelah sakit tidak ada kesulitan tidur.

f. Pola kognitif – perseptual sensori

Keluhan yang berkenaan dengan sensori sebelum sakit pendengaran Tn.S sedikit berkurang karena factor usia. Setelah sakit Tn.S mengalami sedikit berkurang pendengaran pasien sedikit berkurang karena factor usia.

Kemampuan kognitif sebelum sakit Tn.S berbicara dengan baik dan jelas dan dapat memahami pesan yang diterima dan kemampuan mengingatnya masih baik. Setelah sakit Tn.S berbicara dengan baik dan jelas dan dapat memahami pesan yang diterima dan kemampuan mengingatnya masih baik.

Kesulitan yang dialami Sensitifitas terhadap nyeri dan panas atau dingin. Sebelum sakit tidak ada. Setelah sakit tidak ada pusing maupun menurunnya sensitifitas nyeri.

Persepsi nyeri terhadap nyeri dengan menggunakan penfektan PQRST Sebelum sakit tidak ada. Setelah sakit, P : luka jahitan post op dan WSD, Q :nyeri terasa ditusuk, R : nyeri dada bagian samping kanan (bawah ketiak), S : skala nyeri 4, T: saat bergerak.

g. Pola persepsi dan konsep diri

Pola persepsi Tn.S saat ini yang dipikirkan hanya ingin segera sembuh dan cepat pulang karena psien merasa sudah sangat lama di RS untuk menjalani perawatan pasien berusaha menghindari hal-hal yang akan memperberat kondisinya. Perasaan pasien cukup tenang tidak ada perubahan non verbal.

Konsep diri sebelum sakit Tn.S berprofesi sebagai petani dan bekerja sangat profesional. Setelah sakit pasien hanya bias berbaring dan mengatakan tidak bisa melakukan pekerjaannya. Tn.S juga berharap agar bisa sembuh dan bisa melakukan pekerjaannya. Tn.S juga berharap agar bisa sembuh dari peyakitnya dan melakukan kegiatan yang lainnya dengan baik.

h. Pola mekanisme koping

Keluarga Tn.S mengatakan saat ini Tn.S mengambil keputusan harus dibantu keluarganya.

Keluarga Tn.S mengatakan saat pasien makan dan minum bisa melakukan sendiri. Tn.S belum bisa memecahkan masalahnya sendiri. Agar

tn.S merasa nyaman meminta bantuan kepada keluarga dan orang lain dalam pemenuhan kebutuhan perawatan dirinya.

i. Pola – peran berhubungan dengan orang lain

Tn.S dapat berkomunikasi dengan baik terhadap orang lain. Tn.S mengatakn orang-orang terdekatnya adalah keluarga yaitu suami dan anak-anaknya.Tn.S mengatakan keluarganya yang sering membantu pasien ketika mendapat masalah.Tn.S mengatakan tidak ada masalah maupun kesulitan dalam hubungan dengan orangtuanya maupun saudara, suami dan anak-anaknya.

j. Pola- nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit Tn.S mampu menjalankan kegiatan agama, seperti beribadah dengan normal namun setelah sakit pasien mengungkapkan dirinya jarang beribadah.

Tn.S mengungkapkan masalah yang dihadapinya Setelah di rawat di rumah sakit pasien jarang beribadah karena rasa nyeri pada perutnya.

5. Pemeriksaan fisik

Kesadaran klien composmentis, penampilan klien lemah dan pucat. Tanda Vital: Tekanan Darah : 120/70 mmHg, Suhu Tubuh : 36°C, Nadi : 82 X/menit, Respirasi : 22 X/menit, terdapat luka post op dibagian bawah ketiak dibagian kanan.

Rambutnya hitam dan bersih, tidak rontok dan ada sedikit ketombe. Kulit dan kuku tidak ada kelainan, warna kulit sawo matang, kelembaban kulit kering dengan tekstur elastis, serta bentuk kuku normal dan bersih. Mata simetris, konjungtiva normal, tanda radang tidak ada, fungsi penglihatan baik dan normal. Hidung tidak memiliki kelembutan, lubang hidung, simetri. Telinga simetris, tidak kehilangan pendengaran, mulut atau tenggorokan, tidak berpori, gigi putih, tidak berbau, tidak kesulitan menelan.

Pemeriksaan pada bagian jantung: inspeksi: tidak ada benjolan atau luka dan simetris, palpasi: tidak ada rasa sakit, perkusi: batas jantung tidak melebar, auskultasi : tidak ada bunyi tambahan. Bagian paru-paru: inspeksi : perkembangan dada kanan dan kiri simetris, palpasi : nyeri di bagian dada, perkusi : bunyi paru paru tidak normal, auskultasi: napas tidak normal. Bagian abdomen: inspeksi: benjolan tidak ada, palpasi :nyeri tekan tidak ada, perkusi: bunyi timpani, auskultasi: ada suara bising usus. Pada bagian ekstermitas atas sudah bisa bergerak, ekstermitas bawah bebas untuk bergerak. Pada bagian genetalia : penis terpasang kateter kebersihan cukup, dan anus kebersihan cukup.

6. Data penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium pada tanggal 23 januari 2021

Pemeriksaan hasil	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Hematologi			
Darah rutin 1			
Hemoglobin	L 10.9	132-173	g/dl
Hemotokrit	L 32.7	330-45.0	%
Leukosit	8.23	380/10.60	ribu/ul
Trombosit	H 492	150.440	ribu/ul
Kimia klinik			
Elektrolit (Na,K,CL)			
Natrium	L 124.0	135-147	mno/L
Kalium	4.70	3.5-5.0	mno/L
Klorida	99.0	95-105	mno/L
Calcium	L 7.0	88-10.8	Mg/dL

Terapi : OAT, Sukralfat, Salbutamo,Ceftriaxone.

B. Analisa data

Hasil dilakukan tanggal 25 Januari 2021 pada pukul 08.30 WIB, penulis menganalisa data dan didapatkan diagnosa yaitu Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik. Masalah tersebut didukung dengan data Subjektif klien mengatakan nyeri dipinggang bagian post op, P : klien mengatakan nyeri pada tempat yang telah dioperasi, Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk, R : Klien mengatakan nyeri pada ketiaknya, S : klien mengatakan skala nyeri adalah 4, T : Klien mengatn saat merasa nyeri terus menerus setelah operasi dan data Objektif tekanan darah: 120/70 mmHg, S: 36 °C, N: 82X/m, RR: 22X/m.

Data focus yang kedua yaitu pada tanggal 26 januari 2021 pukul 09.00 WIB, penulis menganalisa data dan didapatkan diagnosa yaitu gangguan mobilitas fisik. Masalah tersebut didukung dengan Data subjektif klien mengatakan kesulitan dalam beraktivitas, dan merasa lemah, sulit menggerakkan esktremitas. Data objektifnya pasien tampak lemas, lesu ngantuk, gerakan terbatas, dan sendi kaku, kekuatan otot menurun, rentang ROM menurun, TD:130/70 mmHg, N: 80x/menit, Rr: 20x/menit, S: 36°C.

Data focus yang ketiga yaitu pada tanggal 27 januari 2021 pukul 14.30WIB, penulis menganalisa data dan didapatkan diagnosa Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasma jalan nafas. Masalah tersebut didukung dengan data Subjektif klien mengatakan sesak nafas dan batuk data Objektifnya pasien tampak pucat dan lemas, batuk tidak efektif, sputum berlebihan.

C. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik.
2. Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri.
3. Bersihan jalan napas b.d spasma jalan napas

D. Intervensi

Intervensi keperawatan ditetapkan pada tanggal 25 januari 2021 jam 08.30 WIB, Intervensi keperawatan yang ditetapkan untuk mengatasi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan pencidera fisik dibuktikan dengan nyeri dibagian ketiak, bertujuan dan mempunyai kriteria hasil sebagai berikut, Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3X8 jam diharapkan nyeri berkurang sesuai kriteria hasil sebagai berikut : meringis berkurang, protetif berkurang, keluhan nyeri berkurang, skala nyeri berkurang, gelisah menurun. Adapun intervensi keperawatan sebagai berikut : identifikasi lokasi karakteristik, berikan terapi non farmakologis, control lingkungan yang memperburuk nyeri dan memberikan analgesik sendi jika perlu.

Intervensi keperawatan pada tanggal 26 januari 2021 jam 09.00 WIB untuk mengatasi diagnosa yang kedua yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan klien mengatakan kesulitan beraktivitas, klien tampak lemah bertujuan dan mempunyai kriteria hasil sebagai berikut setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 X 8 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik berkurang dengan kriteria hasil sebagai berikut : sendi kaku menurun, pergerakan ekstermitas meningkat, rentang gerak meningkat, gerakan terbatas menurun. Adapun intervensi keperawatan sebagai berikut : identifikasi adanya nyeri, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitoring TTV, anjurkan melakukan mobilitas diri.

Intervensi keperawatan yang ketiga pada tanggal 27 januari 2021 jam 14.30 WIB untuk mengatasi diagnosa yang ketiga yaitu bersihan jalan napas berhubungan dengan sapsma jalan napas dibuktikan dengan klien merasa sesak dan batuk berdahak, bertujuan dan mempunyai kriteria hasil sebagai berikut : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 X 8 jam diharapkan jalan napas pasien kembali normal dengan kriteria hasil : produksi sputum menurun, frekuensi napas membaik, gelisah menurun. Adapun intervensi

keperawatan sebagai berikut : manajemen pola napas, monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, posisikan semi fowler, berikan oksigen, ajarkan teknik batuk efektif.

E. Implementasi

Pada tanggal 25 januari 2021 jam 08.30 WIB, dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi lokasi dan karakteristik nyeri dengan respon pasien mengeluh nyeri pada dada samping kanan, mengajarkan teknik non farmakologis dengan respon klien bersedia, tampak lebih paham, mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri dengan respon klien mrngatakan lebih nyaman, dan respon objektif klien tampak tenang, mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Respon klien dari data subjektif adalah pasien bersedia objektif klien kooperatif.

Pada tanggal 26 januari 2021 jam 09.00 WIB dilakukan implementasi diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi adanya nyeri dengan respin subjektif dari pasien mengatakan nyeri, data objektifnnya terdapat luka post op, memonitoring TTV dengan respn pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan, pasien tampak tenang, meningkatkan istirahat dengan respon pasien mengatakan pola tidurnya teratur dan tampak tidak pucat.

Pada tanggal 27 januari 2021 jam 14.30 WIB dilakukan implementasi diagnose 3 yaitu memonitor pola napas dengan respon pasien mengeluh sesak dan RR 27X/m, memonitor bunyi napas tambahan dengan respon pasien mengatakan tenang dan tidak ada bunyi tambahan, memposisikan semi fowler dengan respon pasien mengatakan bersedia dan masih tampak lemas, memberikan oksigen dengan respon pasien pasien bersedia dan RR menjadi normal 22xX/m, ajarkan teknik batuk efektif dengan respon klien tampak cooperative, dan pasien tampak cukup paham.

F. Evaluasi

Pada tanggal 25 januari 2021 jam 08.30 WIB hasil evaluasi pada diagnosa pertama yaitu S : klien mengatakan nyerinya berkurang dari skala 4 menjadi 3 skala, P : nyeri sudah berkurang, Q : nyeri terasa perih, R : nyeri dibagian post op, S : skala nyeri 3, T : klien mengatakan waktu nyeri dirasakan terus menerus setelah operasi, O : klien tampak rilek dan tenang, A : masalah teratasi, P : hentikan intervensi. Pada tanggal 26 januari 2021 jam 09.00 WIB hasil evaluasi diagnosa kedua yaitu S : nyeri dibagian post op O : klien tampak sehat, A : masalah teratasi, P :hentikan intervensi. Pada tanggal 27 januari 2021 jam 14.30 WIB hasil evaluasi ketiga yaitu S : klien mengatakan sesak napas berkurang, O : klien tampak tenang, klien, A : masalah teratasi, P : hentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB IV penulis membahas hasil analisa kasus mengenai asuhan keperawatan pada Tn.S dengan empyema thorax yang telah disesuaikan dengan teori yang didapat. Asuhan keperawatan pada Tn.S ini dikelola selama 3 hari pada tanggal 25 januari 2021 sampai tanggal 27 januari 2021.

Pada BAB IV ini membahas tentang kendala dan hambatan yang didapat oleh penulis selama memberikan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan empyema thorax dengan memperhatikan aspek keperawatan antara lain pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan atau intervensi, implementasi, evaluasi keperawatan.

Berdasarkan dari hasil pengkajian penulis menemukan 3 diagnosis yaitu:

A. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisik.

Menurut (SDKI 2017), nyeri akut merupakan Pengalaman sensorik dan emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan fungsional atau benar-benar tiba-tiba atau terlambat, berlangsung kurang dari 3 bulan, dan berinteraksi dari ringan hingga berat (SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencidera fisik, dibuktikan dengan nyeri pasca operasi, meringis, sikap protektif, dan kegelisahan. Penulis mengangkat diagnosa tersebut karena dalam pengkajian didapatkan pasien nyeri . Batasan karakteristik dalam buku standar diagnosis keperawatan indonesi (SDKI) didapatkan gejala dan tanda mayor subjektif ditemukan pada keluhan mengeluh nyeri sedangkan diobjektif, dengan tujuan menunjukkan tanpak meringis, protektif, gelisah, peningkatan denyut nadi, dan kesulitan tidur. Sudah memenuhi syarat untuk 80% dari data obyektif (SDKI DPP PPNI, 2016).

Alasan penulis mengangkat diagnosis nyeri akut didasarkan pada data subjektif yang diperoleh dari pasien pada saat penilaian, yang mengacu pada sesak napas dan nyeri dada bagian post op sedangkan data objektifnya pasien tampak menahan sakit, sulit tidur, gelisah, dan bersikap protektif dengan pengkajian PQRST sebagai berikut: P: Nyeri pada bagian operasi, Q: Terasa sesak dan nyeri, R: Pada bagian ketiak, S: Skala nyeri 4, T: Terus-menerus setelah operasi. TD: 120/70 mmHg, N: 82x/mnt, Rr: 22 x/mnt, S: 36 C. Adapun etiologinya adalah agen pencedera fisik karena pasien mengatans sesak nafas dan nyeri pada bagian post op. penulis memprioritaskan diagnosa nyeri akut sebagai yang pertama karena nyeri akut bisa menghambat aktivitas sehari-hari klien karena kurang efektif, sulit tidur, gelisah, bersikap protetif, terkadang waktu rileksnya sangat terbatas (Rasubala et al., 2017).

Intervensi keperawatan yang penulis tetapkan untuk mengatasi masalah Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencidera fisik dibuktikan tanpak meringis, protetif dan gelisah. Penulis menyusun beberapa rencana tindakan keperawatan yang bertujuan nyeri akut berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam. Kriteria keluhan keluhan nyeri berkurang, meringis berkurang, kecemasan berkurang, dan protektif berkurang. Adapun intervensinya keperawatan sebagai berikut : berikan teknik nonfarmokologis untuk mengurangi rasa nyeri misalnya terapi music,dan kompres hangat/dingin, memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri dan mengontrol nyeri yang memperburuk lingkungan, seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan, Kolaborasikan pemberian obat analgetik dan pertimbangkan jenis dan penyebab rasa sakit anda saat memilih strategi penghilang rasa sakit (Rasubala et al., 2017).

Penulis dalam melakukan implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Penulis dapat melakukan semuanya karena pasien kooperatif. Pasien tampak serius mendengarkan penjelasan yang diberikan dan aktif saat penulis melakukan implementasi.

Evaluasi yang dilakukan penulis setelah melakukan tindakan keperawatan ditemukan data pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 3. dengan pengkajian PQRST sebagai berikut: P: Nyeri sudah berkurang, Q: Nyeri terasa perih, R: nyeri dibagian post op, S: Skala nyeri 3, T: nyeri dirasakan setiap 1jam sekali. TD:120/70 mmHg, N: 82 x/menit, Rr: 22 x/menit, S: 36 C. berdasarkan capaian kriteria hasil yang sudah ditetapkan, ada kriteria hasil yang belum tercapai yaitu : pasien masih merasakan sakit di post op sehingga masalah nyeri sudah teratasi sebagian. Adapun hasilnya masalah sebagian teratasi, karena didapatkan data pasien mengatakan rasa sakit bagian post op sudah mulai berkurang dan pasien tampak membaik.

B. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerak tubuh secara mandiri dari satu atau lebih anggota badan (SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa gangguan mobilitas fisik dibuktikan dengan efek prosedur invasif didalam buku Standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) didapatkan gejala dan tanda mayor disubjektif merasa cemas sedangkan di obyektifnya yaitu fisik lemah, gerakan terbatas, sendi kaku (SLKI DPP PPNI, 2018).

Alasan mengangkat diagnosis ini menjadi diagnosis kedua dibuktikan dengan efek prosedur invasif karena waktu pengkajian didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan kesulitan dalam beraktifitas, merasa lemas . Sedangkan data obyektifnya pasien tampak lemas, lesu ngantuk, gerakan terbatas, dan sendi kaku, Tekanan darah 130/70 mmhg, : Nadi 80x/menit, Rr 20x/menit, Suhu 36°C (Oktaria, 2019).

Intervensi keperawatan yang penulis tetapkan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik Terbukti Efektivitas Prosedur Invasif. Penulis menyusun beberapa rencana tindakan keperawatan menargetkan aktivitas 3x8 jam pasca keperawatan, peningkatan gangguan mobilitas fisik. Kriteria hasil dari peningkatan gerakan anggota badan, peningkatan rentang gerak, penurunan

kekakuan sendi, dan penurunan gerakan terbatas. Adapun intervensi keperawatan yang ditetapkan oleh penulis sebagai berikut ini, jelaskan tujuan dan prosedur mobilitas dini, dan Ajarkan tugas mobilitas sederhana (misalnya, duduk di tempat tidur, duduk di samping tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi) (SIKI, 2016).

Penulis dalam melakukan implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Penulis dapat melakukan semuanya karena pasien kooperatif. Pasien tampak serius mendengarkan penjelasan yang diberikan dan aktif saat penulis melakukan implementasi.

Evaluasi yang dilakukan penulis setelah melakukan tindakan keperawatan pada masalah yang mobiltas fisik dibuktikan dengan efek prosedur invasif dapat teratasi karena data yang ditemukan saat evaluasi penulis sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu: pasien terlihat sehat sehingga penulis menghentikan intervensi

- C. Bersihan jalan napas yang tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, di mana pasien telah terbukti melaporkan sesak napas, batuk berdahak, tampak pucat, dan lemas.

Bersihan jalan nafas merupakan ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas menjaga jalan nafas tetap paten (SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosis bersihan jalan nafas yang tidak efektif berhubungan dengan spasma jalan nafas dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak batuk berdahak, tampak pucat, dan lemas (SLKI DPP PPNI, 2018).

Batasan Karakteristik Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia (SDKI) didapatkan tanda dan gejala mayor subyektif pasien mengatakan sesak dan batuk berdahak (SDKI DPP PPNI, 2016).sedangkan data obyektifnya pasien tampak pucat, cemas, batuk tidak efekti, dan sputum berlebihan.

Pengambilan diagnosis sudah tepat karena ditemukan data cemas batuk tidak efektif,sputum berlebih. data tersebut memenuhi minimal 80% data mayor sehingga diagnosis kerawatan dapat diangkat. Penulis memprioritaskan diagnosis

Bersihan jalan nafas tidak efektif sebagai yang ketiga karena dalam pemenuhan kebutuhan oksigen termasuk pada bagian Menurut hierarki fisiologi Maslow, kebutuhan oksigen merupakan bagian integral dari proses kehidupan, terutama metabolisme tubuh, dan masalah kebutuhan oksigen merupakan masalah utama dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia. Hal inilah perlu diperhatikan dalam masalah pemenuhan oksigen khususnya pada jalan nafas sedang bermasalah dengan adanya sekresi yang berada di area jalan nafas. Oleh karena itu diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif ditegakkan agar masalah tersebut dapat diselesaikan (Andjarwati, 2015).

Intervensi keperawatan yang ditetapkan oleh penulis untuk mengatasi masalah pembersihan jalan napas berhubungan dengan spasma jalan. Penulis menyusun beberapa rencana tindakan keperawatan yang bertujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam, jalan nafas meningkat sesuai kriteria penurunan produksi sputum, peningkatan frekuensi nafas, penurunan kecemasan. Adapun intervensi keperawatan yang ditetapkan oleh penulis sebagai berikut yang pertama ialah manajemen pola nafas, monitoring pola nafas, monitor bunyi nafas tambahan, posisikan semi flower, berikan oksigen, ajarkan teknik batuk efektif (Tahir et al., 2019).

Penulis dalam melakukan implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Penulis dapat melakukan semua karena pasien kooperatif. Pasien tampak serius mendengarkan dan mempraktekkan apa yang diajarkan penulis (SLKI DPP PPNI, 2018).

Adapun hasilnya masalah sudah teratasi dan penulis menghentikan intervensi. Evaluasi yang telah dilakukan penulis setelah melakukan tindakan keperawatan pada masalah bersihan jalan nafas tidak efektif dibuktikan dengan efek prosedur invasif dapat teratasi karena data yang ditemukan saat evaluasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan oleh penulis yaitu produksi sputum menurun, frekuensi nafas membaik, gelisah menurun. Sehingga penulis menghentikan intervensi.



BAB V

PENUTUP

Asuhan keperawatan di kelola selama 3 hari mulai tanggal 25 – 27 Januari 2021. Langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah membuat kesimpulan dan saran yang dapat dipertimbangkan oleh pasien khususnya pada pasien empyema thorax. Pembahasan kasus meliputi antara lain pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Kesimpulan

1. Empiema merupakan penyakit yang berada dibagian paru paru kanan maupun kiri yang berisi cairan nanah (PUS) yang berwarna kuning ke coklatan seperti susu yang berada di rongga pluera.
2. Pengkajian
Pada saat melakukan pengkajian penulis sudah berusaha melakukan pengkajian dengan baik meliputi identitas pasien, riwayat penyakit saat ini, riwayat medis masa lalu, dan pemeriksaan pola fungsional. Hasil pengkajian penulis menemukan nyeri pada bagian post op, tampak meringis, gelisah, pasien mengatakan kesulitan dalam beraktifitas, merasa lemas, sesak dan batuk berdahak.
3. Diagnosa
Diagnosa keperawatan diambil berdasarkan dengan keluhan dan hasil pemeriksaan yang didapatkan. Diagnosa keperawatan yang pertama adalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera tubuh dibuktikan dengan nyeri pada bagian post op, tampak meringis, bersikap protektif, dan gelisah. Diagnosa keperawatan kedua dari gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri dibuktikan oleh pasien mengatakan kesulitan dalam beraktifitas, merasa lemas. Dan diagnosa keperawatan yang ketiga Pembersihan jalan

nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas, dibuktikan dengan sesak nafas dan batuk berdahak.

4. Intervensi

Rencana keperawatan dan rencana tindakan keperawatan disusun dengan hasil yang dicapai sesuai dengan Standar Hasil Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Adapun didalamnya memuat observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi pemberian analgetik.

5. Implementasi

Pelaksanaan ini dilakukan selama 3 hari sesuai dengan rencana yang telah disusun sebelumnya.

6. Hasil evaluasi

Setelah tiga hari tindakan keperawatan, pengkajian ketiga masalah ditemukan sebagian teratasi dengan tujuan resolusi dan penghentian intervensi.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Menjadikan karya tulis ilmiah yang telah disusun agar institusi pendidikan diharapkan dapat meningkatkan pembelajaran, pengetahuan, keterampilan, dan pendidikan mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan dengan kasus empyema thorax.

2. Bagi Profesi

Sebagai suatu pedoman untuk meningkatkan keterampilan perawat sesuai prosedur yang ada dalam memberikan asuhan keperawatan dengan baik kepada pasien dengan masalah empyema thorax

3. Bagi Lahan Praktek

Hasil asuhan yang sudah diberikan kepada pasien sudah cukup baik dapat digunakan sebagai mutu pelayanan kesehatan sehingga bisa meningkatkan

kualitas dalam pemberian pelayanan asuhan keperawatan yang optimal khususnya pada pasien dengan masalah empyema thorax.

4. Bagi masyarakat

Sebagai seorang perawat diharapkan harus mampu memberikan edukasi, atau pendidikan kesehatan tentang cara mandiri yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri, cemas ataupun gelisah dengan cara nonfarmakologi



DAFTAR PUSTAKA

- Amin. (2015). *Ilmu Penyakit Paru*. 2015. <http://weekly.cnbnews.com/news/article.html?no=124000>
- Andjarwati, T. (2015). Motivasi dari Sudut Pandang Teori Hirarki Kebutuhan Maslow, Teori Dua Faktor Herzberg, Tero X Y Mc Gregor, dan Teori Motivasi Prestasi Mc Clelland. *Jurnal Ilmu Ekonomi & Manajemen*, 1(1), 45--54. <http://jurnal.untag-sby.ac.id/index.php/jmm17/article/view/422>
- Hasan, H., & Ambarwati, D. (2019). Empiema. *Jurnal Respirasi*, 4(1), 26. <https://doi.org/10.20473/jr.v4-i.1.2018.26-32>
- Irawan, E., Medison, I., Anggraini, F., & Mizarti, D. (2020). Sepsis Et Causa Empiema Dekstra Et Causa Community Acquired Pneumonia Dengan Komorbid Diabetes Melitus. *YARSI Medical Journal*, 28(2), 001–013. <https://doi.org/10.33476/jky.v28i2.1418>
- Mansjoer A, dkk. K. S., Aesculapius, K. M., Universitas, F. K., & Jakarta, I. (2019). 198 BRONKOPNEUMONIA PADA ANAK USIA 20 BULAN I Putu Suartawan. *Mansjoer A, Dkk. Kapita Selektu Kedokteran. Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta*, 05(01), 198–206.
- Manurung, M. I. (2018). Universitas Sumatera Utara Skripsi. *Analisis Kesadahan Total Dan Alkalinitas Pada Air Bersih Sumur Bor Dengan Metode Titrimetri Di PT Sucofindo Daerah Provinsi Sumatera Utara*, 2, 44–48.
- Marhana, I. A., & Anggraeni, A. T. (2020). Problem Terapeutik pada Empiema Terlokulasi karena Tuberkulosis. *Jurnal Respirasi*, 4(3), 86. <https://doi.org/10.20473/jr.v4-i.3.2018.86-93>
- Maskell NA, B. R. B. guideline for the, Adults., investigation of unilateral pleural effusion in, & Thorax. (2013). *Karakteristik Pasien Empiema di Rumah Sakit Dr. Moewardi*. 33(2), 117–121.
- Murjani , Hamzah, M. (2020). Dalam Pelaksanaan Perawatan Water Seal Drainage. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan | Volume 5 Edisi I, Juni 2020 PENGARUH*, 5.
- Nursalam. (2012). Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan. Jakarta: Salemba Raya. *Jurnal Ners*, 7(1), 47–55.

- Oktaria, S. (2019). Hubungan Antara Konsumsi Minuman Berkafein Dengan Pola Tidur Pada Mahasiswa Teknik. *Jurnal Kesehatan Masyarakat & Gizi (Jkg)*, 1(2), 10–15. <https://doi.org/10.35451/jkg.v1i2.110>
- Pratiwi, R. D. (2020). Gambaran Komplikasi Penyakit Tuberkulosis Berdasarkan Kode International Classification of Disease 10. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad Vol XIII*, XIII(2), 93–101. <http://e-jurnal.stikesalirsyadclp.ac.id/index.php/jka/article/view/136>
- Rasubala, G., Kumaat, L., & Mulyadi, N. (2017). Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Rsup. Prof. Dr. R.D. Kandou Dan Rs Tk.Iii R.W. Mongisidi Teling Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 5(1), 108176.
- SDKI DPP PPNI. (2016). *standar diagnosa keperawatan indonesia:definisi dan indikator diagnostik*.
- Selam, jahya bukhari adnan. (2019). SDKI(2017)standar diagnosa. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- SIKI, D. P. (2016). *standar intervensi keperawatan indonesia;definisi dan tindakan keperawatan,edisi 1 jaarta:DPP PPNI. 4*.
- Simanjuntak. (2015). Efusi Pleura Kanan yang Disebabkan oleh Carcinoma Mammae Dextra Metastase ke Paru. *Medula*, 1(September), 72–78.
- SLKI DPP PPNI. (2018). *stadar luaran keperawatan indonesia:defenisi dan kriteria hasil keperawatan ,edisi 1,jakarta:DPP PPNI*.
- Tahir, R., Sry Ayu Imalia, D., & Muhsinah, S. (2019). Fisioterapi Dada dan Batuk Efektif sebagai Penatalaksanaan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas pada Pasien TB Paru di RSUD Kota Kendari. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 11(1), 20–25. <https://doi.org/10.36990/hijp.v11i1.87>

LAMPIRAN



Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : N.s Muhammad Abdurrouf M.Kep

NIDN : NIDN. 06-0505-7902

Pekerjaan Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang sebagai berikut:

Nama : Panjang Umur S M

Nim : 48901700026

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Tn.S dengan Emphyema Thorax di Ruang
Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 03 juni 2021

Pembimbing

Ns. Muhammad Abdurrouf, M.ep

NIDN 06-0505-7902

Lampiran 2 SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :Ns. Muhammad Abdurrouf, M.Kep

NIDN : NIDN. 06-0505-7902

Pekerjaan :Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut:

Nama : Panjang Umur S M

Nim : 40901800079

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn.S dengan Emphyema Thorax di Ruang Baitussalm 1 RSI Sultan Agung.

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan diatas benar benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai 5 Desember 2020 sampai dengan 03 Juni 2021 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan semestinya.

Semarang, 03 Juni 2021

Pembimbing

Ns.Muhammad Abdurrouf, M.Kep

NIDN. 06-0505-7902

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI**BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH****MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN FIK UNISSULA 2021****Nama Mahasiswa : Panjang Umur S M****Nim : 4090180079****Judul KTI : Asuhan keperawatan Pada Tn.S Emphyema Thorax di ruang Baitussalam 1 rsi Sultang Agung Semarang.****PEMBIMBING : Ns. Muhammad. Abdurrouf, M.Kep**

Hari/tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
Senin,25 Januari 2021	Pembimbing Kasus	Acc, melanjutkan selanjutnya	
Selasa,26 Januari 2021	Judul KTI	Mempersiapkan Askep dengan benar	
Rabu,27 Januari 2021	Askep	Perbaiki Sesuai SLKI, SDKI, SIKI	

Kamis, 29 Januari 2021	Askep	ACC, persiapan KTI	
Senin, 30 Januari 2021	Persiapan menjelang pembuatan KTI	Menanyakan persiapan dan memberikan arahan	
Rabu, 03 Februari 2021	Menentukan kasus dan pengkajian	Memberikan arahan mengenai pengkajian yang harus dilakukan dan menentukan pola kasus dengan benar	
Senin, 08 Februari 2021	Menentukan laporan kasus bermasalah yang tepat pada pasien serta pembuatan askep	Penulisan laporan kasus sesuai dengan format yang ditentukan	
Senin , 15 februari 2021	Tahap pembuatan KTI	Lakukan pengerjaan sesuai format panduan dan mencari literatur	

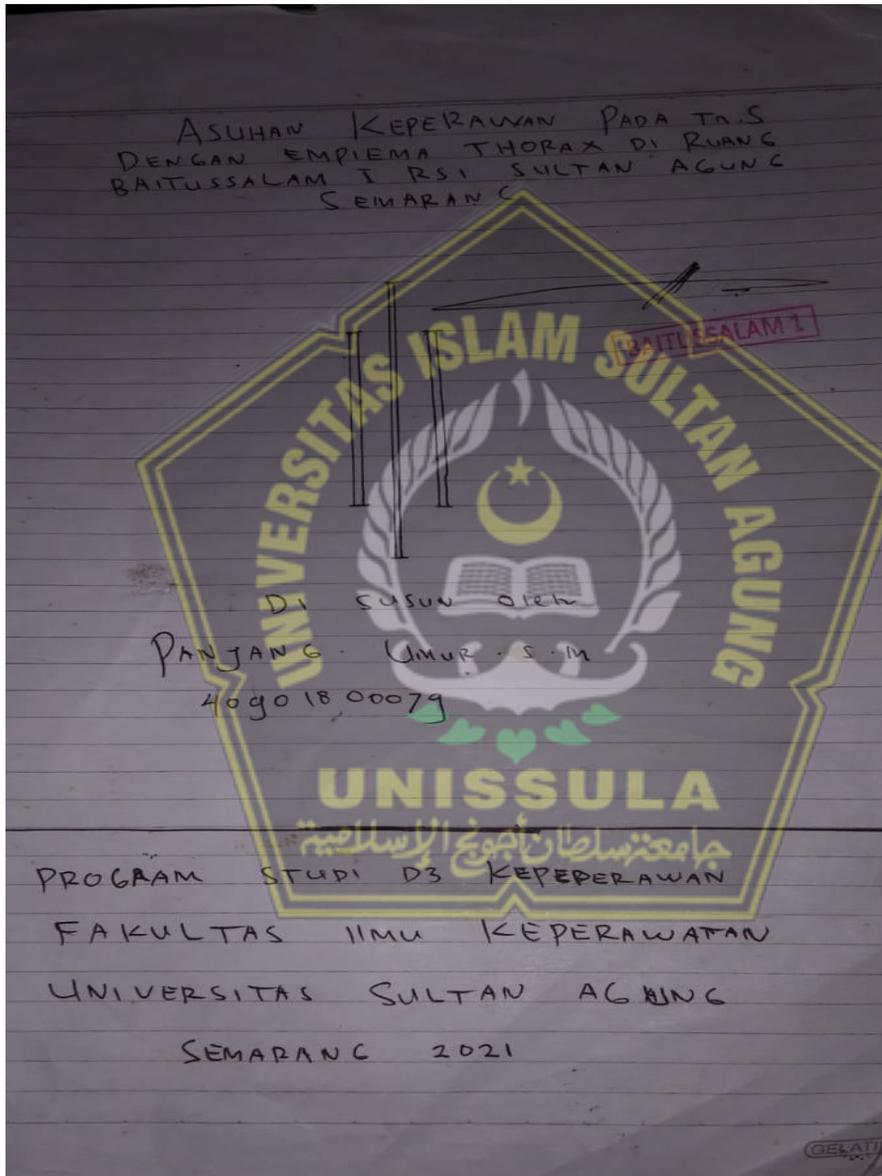
Kamis, 25 Maret 2021	Bimbingan 1 KTI	Lakukan pengiriman file melalui group WhatsAap	
Rabu, 28 April 2021	Melanjutkan KTI sampai selesai	Pengiriman bab 1 sampai dengan selesai dan pengiriman scan askep melalui group WhatsAap	
Senin , 03 Mei 2021	Pengiriman ulang file KTI yang sudah jadi	Pada bab 2 mengabungkan dua pengertian menjadi satu dan membenaran format diagnosa	
Sabtu, 17 april 2021	Konsul bab 2 dan 3	Bab 2 dan 3 acc lanjut mengerjakan bab 4	
Minggu, 16 Mei 2021	Bimbingan melalui google meet membahas cara penulisan dan cara	Membahas cara penulisan dan cara mengutip jurnal dengan benar	

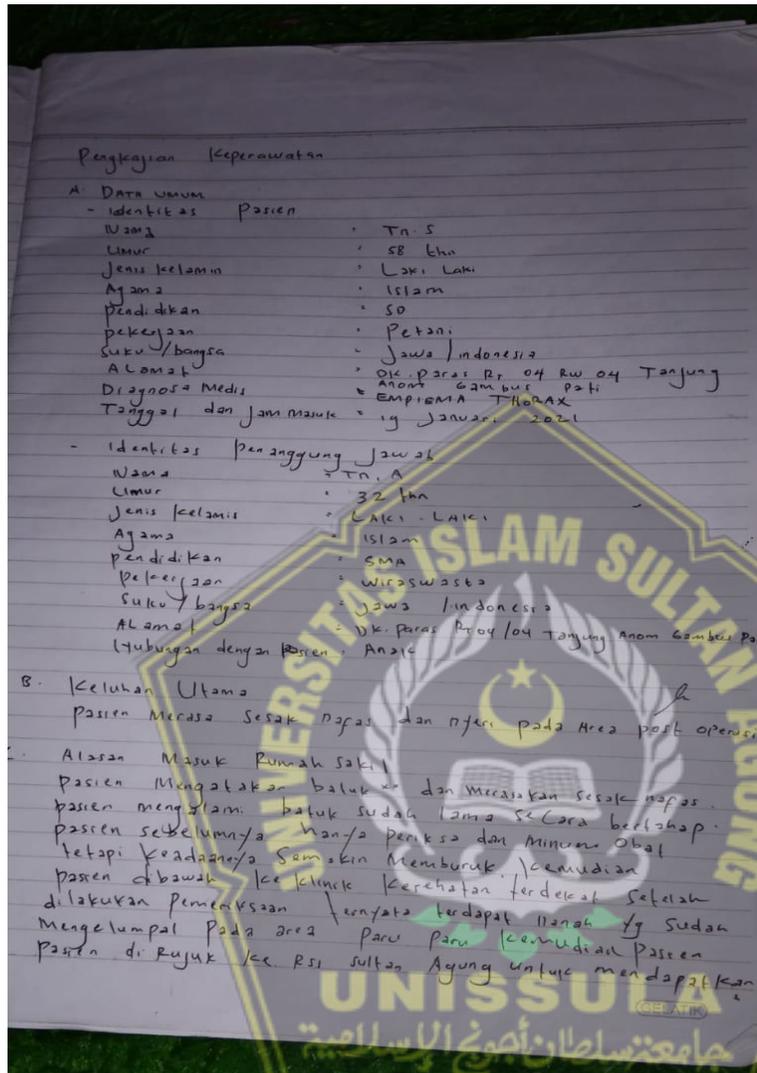
	mengutip jurnal		
rabu, 7 april 2021	Menanyakan pembahasan dalam bab 4	Bab 4 menambahkan referensi	
Senin, 17 Mei 2021	Konsul Bab 1 sampai akhir	Lakukan perbaikan, bagaimana cara penentuan prioritas diagnosis yang menonjol ke referensi	
Selasa, 18 Mei 2021	Konsul keseluruhan	Dirapikan formatnya sesuai buku panduan yang diberikan	
Kamis, 28 Mei 2021	Konsul keseluruhan	Memperbaiki penulisan format daftar pustaka	
Selasa, 01 juni 2021	Konsul keseluruhan	Acc dan menyiapkan ujian kti	



Lampiran 4

Lembar Dokumentasi ASKEP Asli





Perawatan selanjutnya. Sebelumnya pasien tidak tahu sakit apa yg di derita dan hanya menganggap P penyakit biasa. faktor yang memperberat: pasien merupakan Perokok Aktif

D. Riwayat Kesehatan lalu

- Penyakit yang pernah dialami: Tidak ada
- Percepatan: Tidak pernah
- Pernah di rawat: Tidak pernah
- Alergi: Tidak ada alergi

E. Riwayat Kesehatan Keluarga

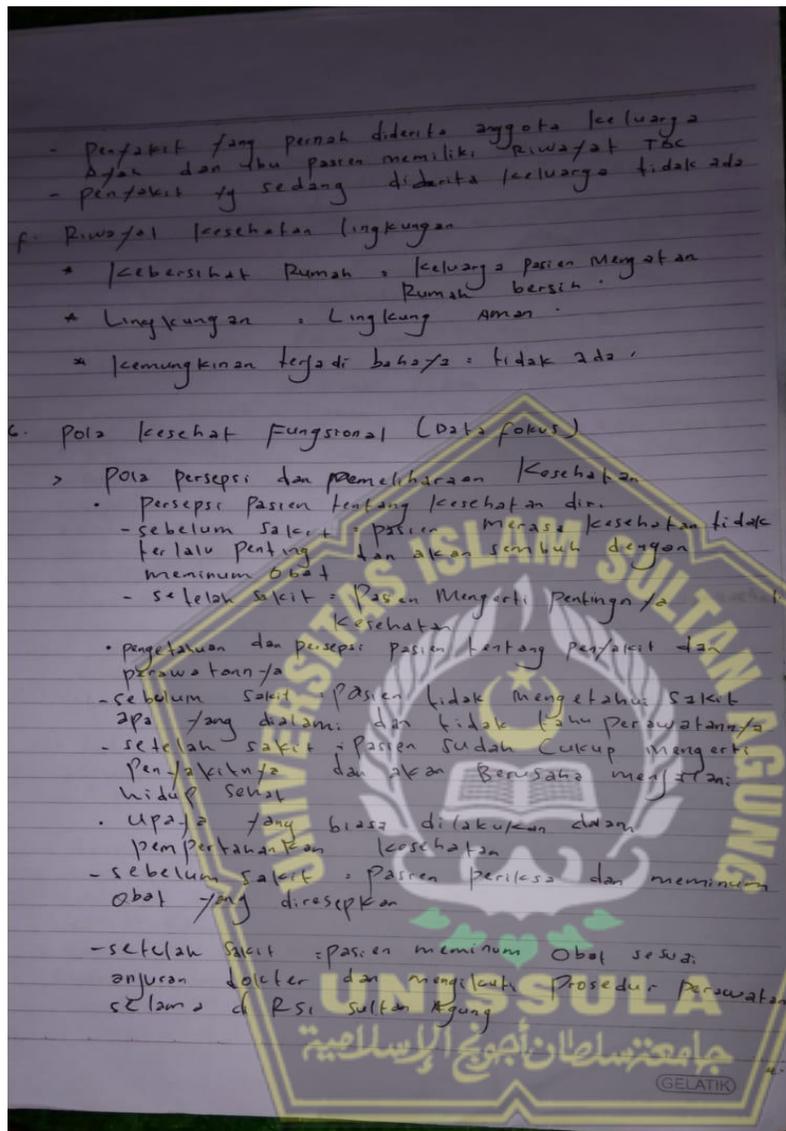
- Genogram

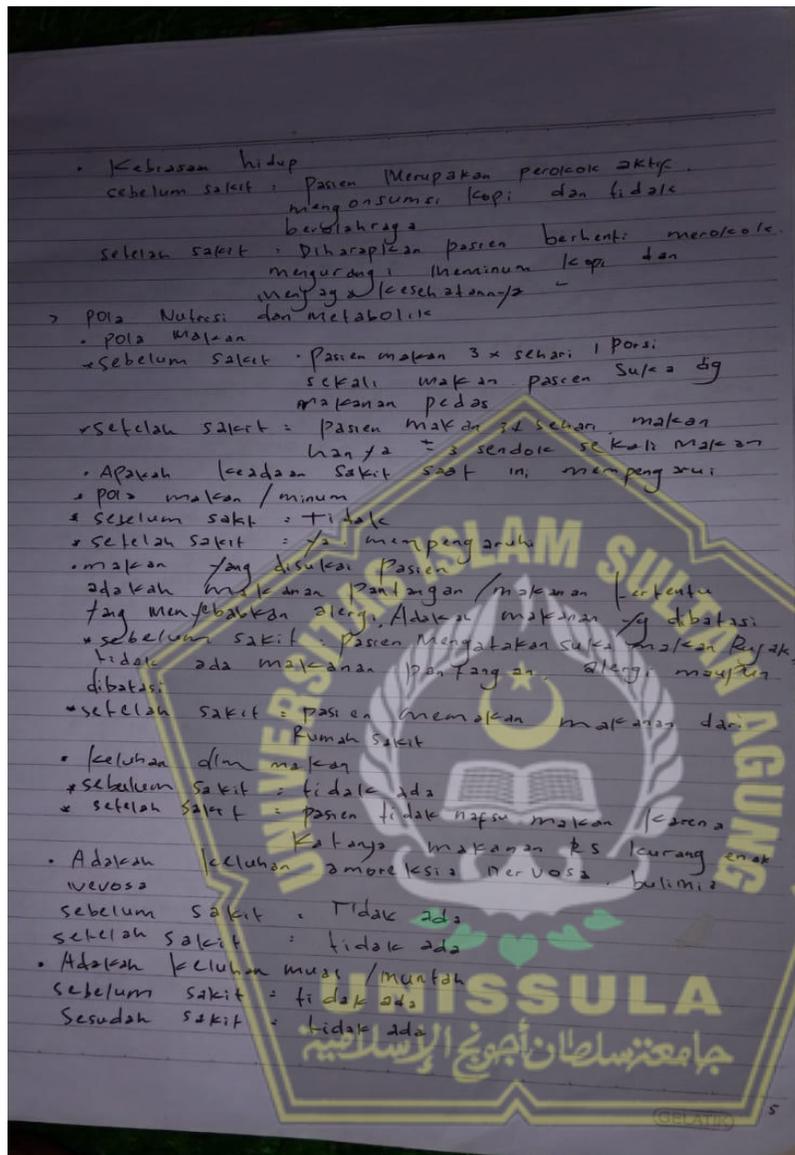
Keterangan

- = Laki-Laki
- = Perempuan
- = Garis perkawinan
- ├ = Garis keturunan
- X = meninggal Dunia
- ┌ = tinggal serumah
- ▨ = pasien

UNISSULA

 جامعته سلطان أبو صبح الإسلامیة





• Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan
 Sebelum sakit = mengunyah dan menelan dg baik
 Setelah sakit = mampu mengunyah dan menelan dg baik

• Adanya penurunan BB dalam 6 bulan terakhir
 Sebelum sakit = Tidak ada
 Setelah sakit = Jauhnya pasien mengatakan BB pasien terlihat turun 3 kg

• Pola minum
 Sebelum sakit = 1 gelas kopi setiap hari = kurang liter
 Setelah sakit = 1 gelas teh hangat dan RS dan 1 botol air putih

• Adanya keluhan demam
 Sebelum sakit = Tidak ada
 Setelah sakit = tidak ada

pola eliminasi
 * Eliminasi feses
 • pola BAB
 Sebelum sakit = 1 x sehari warna kuning / kecoklatan
 Setelah sakit = 1 x sehari warna coklat dan terlihat padat

• Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB
 Sebelum sakit = tidak ada
 Setelah sakit = tidak ada

* pola BAK
 Sebelum sakit = pasien BAB 4-5x sehari, waktu tidak menentu, warna kuning
 Setelah sakit = pasien terpasang kateter urine berwarna coklat, jumlah 1200 ml

> pola aktivitas dan latihan
 keagamaan dalam pekerjaan
 Sebelum sakit = pasien melakukan kegiatan berat dlm pekerjaan
 Setelah sakit = pasien kesulitan dlm aktivitas mudah merasa lelah

UNISSULA

جامعة سلطان ابي جعفر الإسلامية

olahraga yg dilakukan
 sebelum sakit : pasien tidak pernah olahraga
 setelah sakit : Tidak ada

kesulitan / keluhan dan aktivitas
 sebelum sakit : tidak ada
 setelah sakit : pasien mengalami gangguan mobilitas karena terpasang WSD dan nyeri post operasi

pergerakan tubuh :
 sebelum sakit : tidak ada
 setelah sakit : pasien takut untuk melakukan pergerakan tubuh yg akan menyebabkan nyeri

perawatan diri :
 sebelum sakit : pasien melakukan perawatan diri secara mandiri
 setelah sakit : pasien melakukan mandi, makan, minum dan perawatan diri dibantu oleh keluarganya selama di rumah sakit

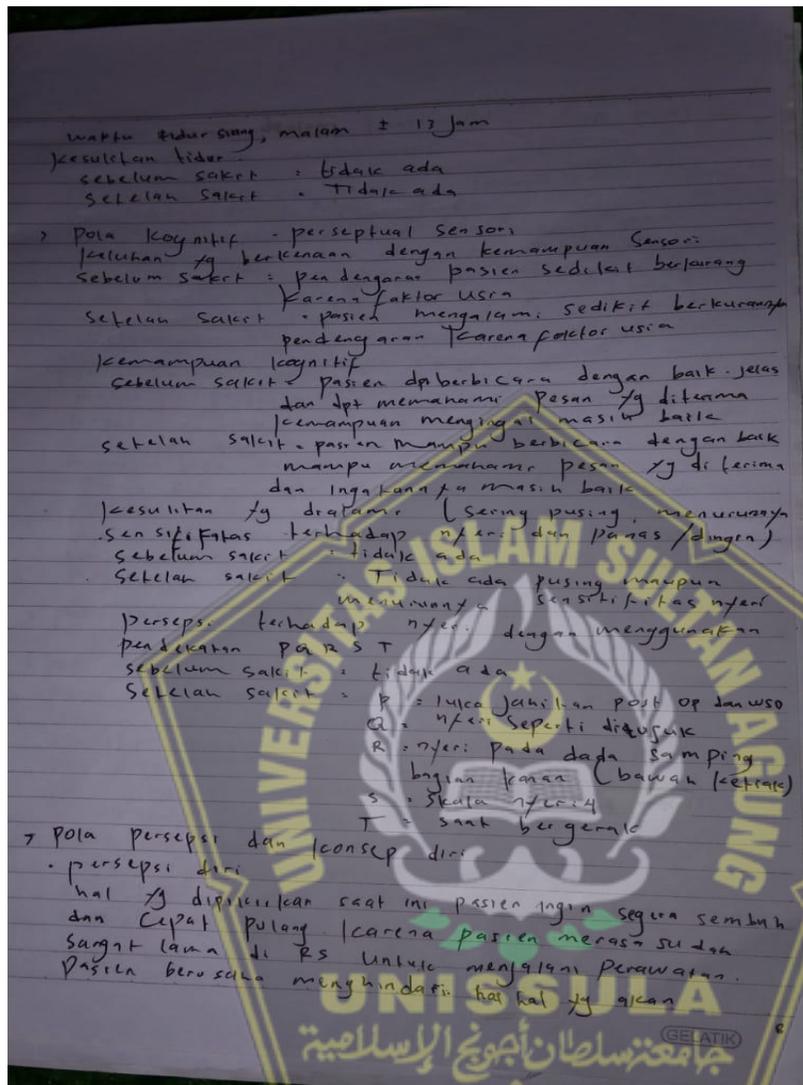
Rehidrat (BAK/BAB)
 sebelum sakit : pasien mandiri
 setelah sakit : BAK pasien menggunakan kateter dan BAB dibantu keluarganya

keluhan sesak nafas setelah melakukan aktivitas
 sebelum sakit : pasien ada sesak nafas namun masih bisa ditangani sendiri
 setelah sakit : pasien mudah lelah batuk hingga sesak nafas

mudah merasa kelelahan
 sebelum sakit : tidak
 setelah sakit : ya, pasien mudah lelah

pola istirahat dan tidur
 kebiasaan tidur
 sebelum sakit : pasien tidur normal ± 8 jam
 setelah sakit : pasien tidak ada kesulitan tidur selama di rumah sakit

7



memperburuk kondisinya karena pasien cukup tenang dan tidak ada perubahan narverbel.

Konsep dan sebelum sakit: pasien berprofesi sebagai petani dan bekerja sangat profesional. Setelah sakit: pasien hanya bisa berbaring dan mengatakannya tidak bisa melakukan pekerjaannya. Pasien juga berharap agar bisa sembuh dari penyakitnya dan bisa melakukan pekerjaannya, pasien juga berharap agar bisa sembuh dari penyakitnya dan bisa melakukan kegiatan yg lainnya dengan baik.

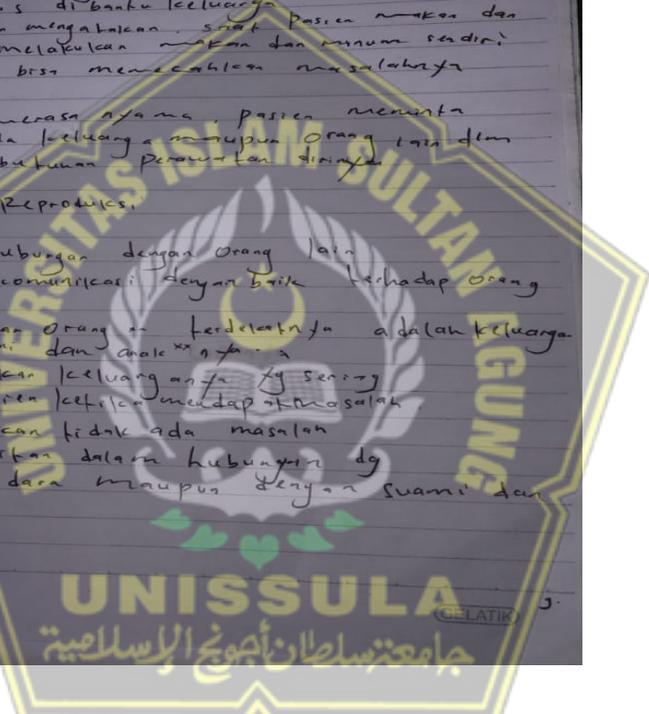
> pola mekanisme coping

- keluarga pasien mengatakan saat pasien mengambil keputusan harus di bantu keluarga.
- keluarga pasien mengatakan saat pasien makan dan minum bisa melakukan makan dan minum sendiri.
- Pasien belum bisa memecahkan masalahnya sendiri.
- Agar pasien merasa nyaman, pasien meminta bantuan kepada keluarga maupun orang lain dan pemenuhan kebutuhan perawatan dirinya.

> pola seksual - Reproduksi.

> pola Peran - Berhubungan dengan orang lain

- pasien dpt berkomunikasi dengan baik terhadap orang lain.
- pasien mengatakan orang yg terdekatnya adalah keluarganya yaitu suami dan anak-anaknya.
- pasien mengatakan keluarganya yg sering membantu pasien ketika mendapat masalah.
- pasien mengatakan tidak ada masalah maupun kesulitan dalam hubungan dg orang tua, saudara maupun dengan suami dan anak-anaknya.



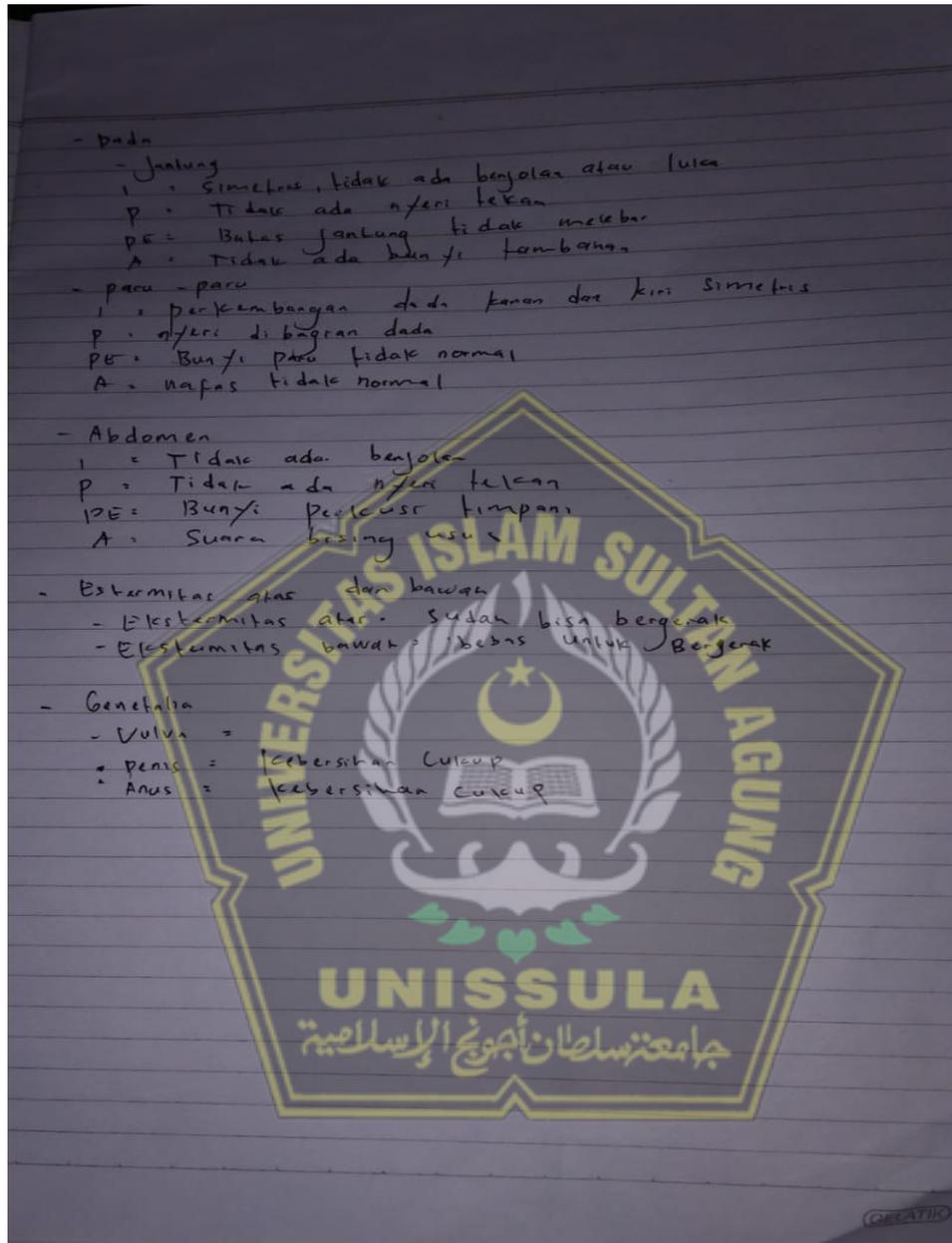
 UNISSULA

 جامعة سلطان أحمد بن صالح الإسماعيلية

- pola nilai dan kepercayaan
- sebelum sakit pasien mampu menjalankan kegiatan sehari-hari seperti beribadah dengan normal, namun setelah sakit pasien mengungkapkan dirinya jarang beribadah
 - Pasien mengungkapkan masalah yang dihadapi yaitu sebelum dirawat di rumah sakit, yaitu jarang beribadah karena rasa nyeri pada perutnya

Pemeriksaan fisik

- kesadaran : pasien memiliki kesadaran Compositae / Kesadaran penuh
- Penampilan : Pasien Berpenampilan lemas dan pucat
- TTV
 - Tekanan darah : 120/70 mmHg
 - Suhu : 36°C
 - Nadi : 82x/menit
 - Rr : 22/menit
- Jempol : warna Hbama, kuman berkilat tidak rontok serta ada sedikit ketombe
- Kulit dan leuku : tidak ada kelainan. Warna kulit sawo matang, kelembaban kulit kering, dengan tekstur elastis. Serta bentuk tala normal dan bersih
- Mata
 - Bentuk : Simetris
 - Konjungtiva : Normal
 - Terdapat radang : tidak ada
 - Fungsi penglihatan : Baik dan normal
- Hidung
 - Hidung tidak alergi
- Telinga
 - Bentuk Simetris
 - Serta tidak kehilangan pendengaran
- mulut dan tenggorokan
 - Tidak ada stomatitis, gigi putih, tidak berbau, tidak kesulitan untuk menelan



DATA PENUNJANG

Pemeriksaan Laboratorium

Rm. 01425189

Nama: Susimar

Alamat: Dk. Paras Rt.04 Rw.04
Tanjung anam Gabuspati

Jl. Lahir / Usir : 05-07-1962/584/1741

Pesang : Baktussalam

Politer : Dr Sahal Jastab SP.BTKU

Lab No : 21004 J07

Lans : 1/1

Jenis pasien : JEN. PA

Tgl. Periksa : 23-01-2020

08.37

waktu sampling : 23-01-2020

08.40

waktu cetak : 23-01-2020

09.31

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi			
Hemoglobin	L 10.9	132 - 173	g/dl
Hematokrit	L 32.7	38.0 - 46.0	%
Leucosit	8.23	3800 - 10000	rbu
Trombosit	H 492	150 - 400	rbu
Kimia Klinik			
Elektrolit (Na, K, Cl)	L 124.0	135 - 147	mmol/L
Natrium (Na)	470	35 - 50	mmol/L
Kalium (K)	99.0	3 - 205	mmol/L
Klorida (Cl)	L 7.0	88 - 1013	mg
Calcium			



ANALISA DATA

No	Tgl/jam	Dah	Problem	Etiologi	Ttd
1	27/01/21 08:30	<p>DS: pasien mengatakan sesak nafas dan nyeri pada bagian post op</p> <p>DO: Pasien tampak ungu kemerahan siallet Gellisak. Wearing 25, Protetif</p> <p>P: nyeri pada tempat operasi</p> <p>A: terasa sesak dan nyeri</p> <p>R: pada bagian ketiak</p> <p>S: skala nyeri 4</p> <p>T: Terus menerus setelah operasi</p> <p>TD: 120/70 mmHg</p> <p>S: 36°C</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>Rr: 22 x/menit</p>	nyeri Akut	Agen Cedera Fisik	<i>[Signature]</i>
2	27/01/21 09:00	<p>DS: pasien mengatakan Kesulitan dalam beraktivitas</p> <p>DO: pasien mengatakan merasa lemas</p> <p>DO: pasien tampak lemas, lesu dan ngantuk, gerakan terbatas</p> <p>TD: 130/70 mmHg</p> <p>S: 36°C</p> <p>N: 80 x/menit</p> <p>Rr: 20 x/menit</p>	Gangguan mobilitas fisik	nyeri	<i>[Signature]</i>
3	27/01/21 09:30	<p>DS: pasien mengatakan Sesak</p> <p>DO: Batuk berdarah</p> <p>DO: pasien tampak pucat dan lemas</p> <p>DO: Batuk tidak efektif</p> <p>DO: Sputum Berlebihan</p>	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Spasme jalan nafas	<i>[Signature]</i>

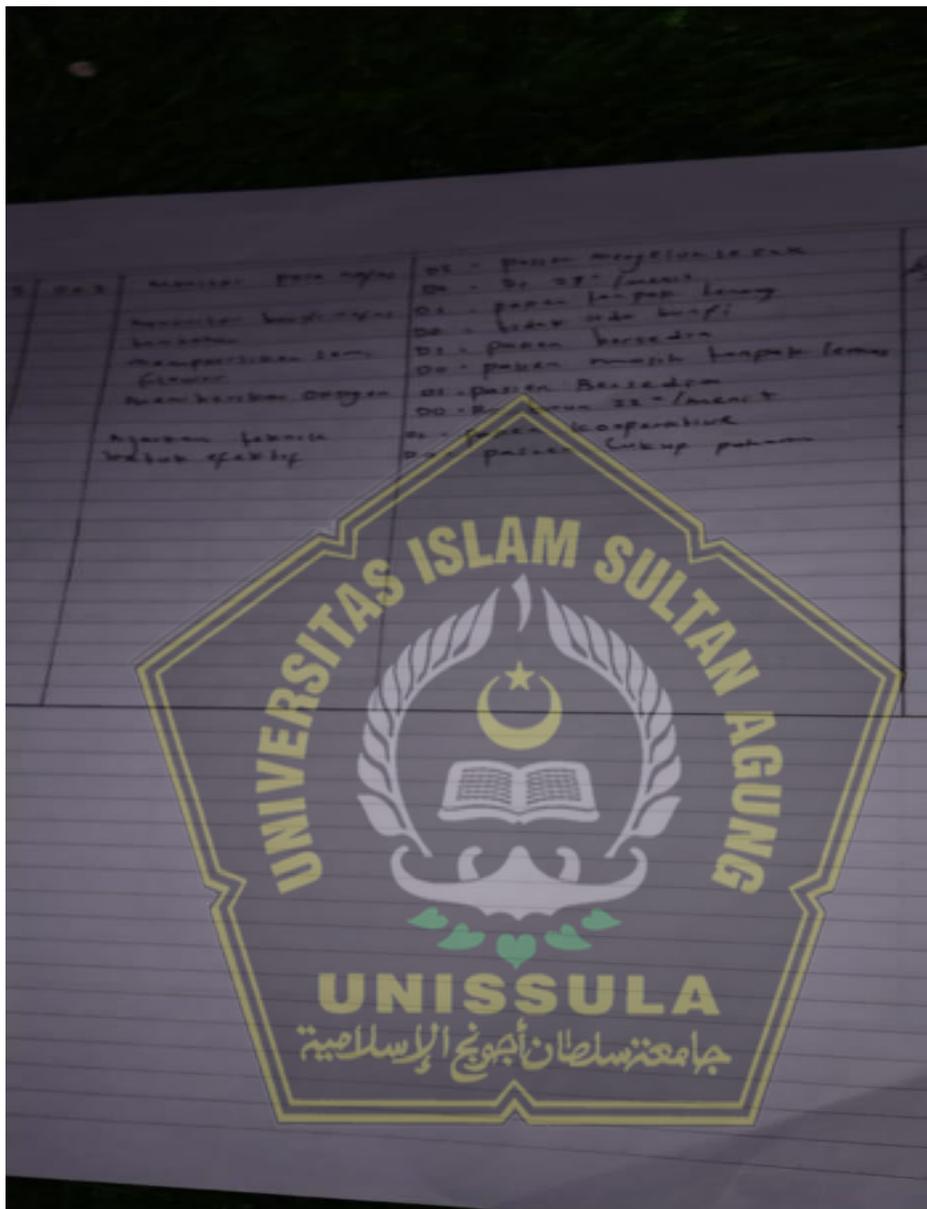
Diagnosa Keperawatan

- nyeri Akut b.d Agen Cedera Fisik
- Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri
- Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d spasme jalan nafas

PLANNING / INTERVENSI

NO	Tgl / Jam	Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	27/01/21 08-30	1	Setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam nyeri di harapkan berkurang dengan kriteria hasil 1. Meringis Menurun 2. Proaktif Mendaur 3. Skala nyeri berkurang dari skala 4 ke skala 1 4. Keluhan nyeri menurun 5. Gelisah Menurun	1. Identifikasi lokasi karakteristik 2. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri 3. Control lingkungan yg memperberat nyeri 4. Kolaborasi Pemberian Analgetik
2	27/01/21 09-00	2	Setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam di harapkan gangguan mobilitas fisik teratasi sendi aktif menurun nyeri di bagian ketiak dari skala 3 ke skala 1 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Rentang gerak meningkat 3. Gerakan terbalas menurun meningkat	1. Identifikasi adanya nyeri 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitoring TTV 4. Anjurkan melakukan mobilitas dini
	27/01/21 09-30	3	Setelah dilakukan 3x8 jam di harapkan jalan nafas pasien kembali normal dengan kriteria hasil 1. Produksi Sputum Menurun 2. frekuensi nafas Membaik 3. Gelisah Menurun	1. Manajemen pola nafas 2. Monitor pola nafas 3. monitor bunyi nafas tambahan 4. Posisikan semi flower 5. Berikan oksigen 6. Ajarikan teknik batuk efektif

IMPLEMENTASI		Respon Pasien	
1	1	<p>Mengidentifikasi lokasi dan karakteristik nyeri</p> <p>Mengajarkan teknik non farmakologi</p> <p>Mengontrol tingkat nyeri yg memperberat nyeri</p> <p>Mengawasi pemeriksaan analgetik</p>	<p>DS: Pasien mengeluh nyeri pada dada samping kanan</p> <p>DO: terdapat luka post op</p> <p>P: nyeri pada luka post op dan WSP</p> <p>A: terasa seperti ditusuk</p> <p>R: pada dada samping kanan</p> <p>S: 4</p> <p>T: terus menerus saat melakukan</p> <p>DS: Pasien bersedia</p> <p>DO: tampak lebih paham</p> <p>DS: pasien mengatakan lebih nyaman bagian kanan dengan balok</p> <p>DO: pasien tampak tenang</p> <p>DS: pasien bersedia</p> <p>DO: kooperatif</p>
2	2	<p>Identifikasi adanya nyeri</p> <p>Monitoring TTV</p> <p>Tingkatkan istirahat</p>	<p>DS: pasien mengatakan nyeri</p> <p>DO: terdapat luka post op</p> <p>P: nyeri di bagian post op</p> <p>A: terasa seperti ditusuk</p> <p>R: pada dada bagian kanan</p> <p>S: 3</p> <p>T: Terus menerus</p> <p>DS: Pasien Bersedia dilakukan pemeriksaan</p> <p>DO: pasien tampak tenang</p> <p>DS: pasien mengatakan pola tidurnya teratur</p> <p>DO: pasien tampak tidur pulas</p>



EVALUASI

No	Tgl/jam	Dx	Catatan perkembangan
1	27/01/21 08.30	Dx 1	S. Mengatakan nyeri Berkurang dari skala nyeri 3 P. nyeri dirasakan saat pasien Bergerak A. nyeri terasa perih R. nyeri di bagian post op S. Skala nyeri 3 T. nyeri dirasakan setiap jam sekali O. Pasien terlihat rileks dan tenang A. Masalah sebagian teratasi P. Pertahankan intervensi
2	27/01/21 09.30	Dx 2	S. Mengatakan nyeri di bagian post op O. pasien terlihat sehat A. masalah teratasi P. Pertahankan intervensi
3	27/01/21 09.30	Dx 3	S. pasien menyatakan sudah berkurang sesak nafas O. pasien sudah terlihat tidak gelisah dan kaku A. Masalah teratasi P. Pertahankan intervensi

