

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.A DENGAN EFUSI
PLEURA DI RUANG BAITUS SALAM RUMAH SAKIT
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Umi Nuraini
NIM. 893312931

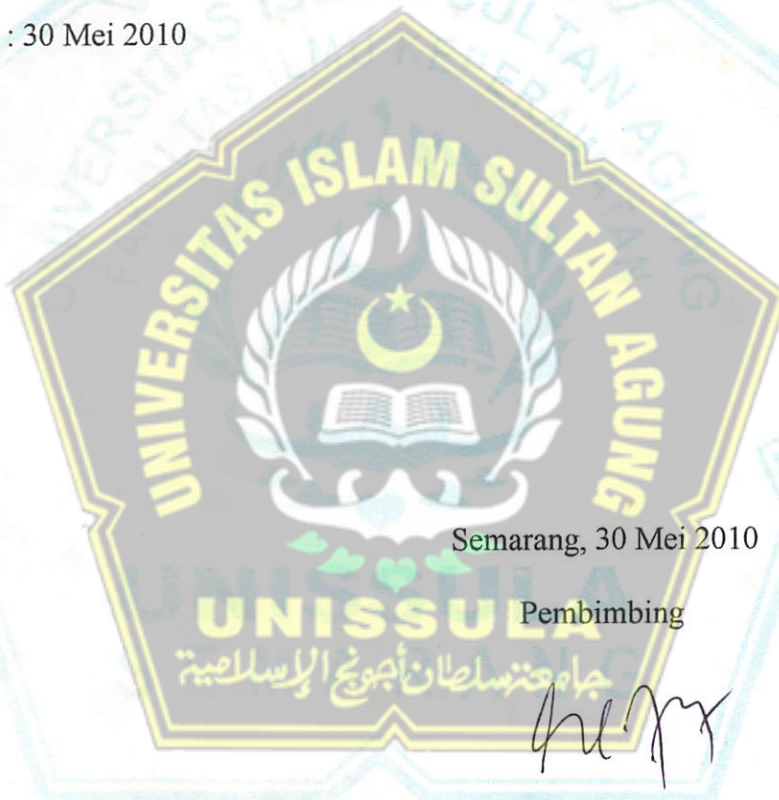
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada:

Hari : Minggu

Tanggal : 30 Mei 2010



Semarang, 30 Mei 2010

Pembimbing

(Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, S. Kep.)

NIK: 210998005

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 1 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 1 Juni 2010

Tim Penguji,

Penguji I



(Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, S.Kep)

NIK : 210 998 005

Penguji II



(Ns. Furaida Khasanah, S. Kep)

NIK : 210 910 022

Penguji III



(Ns. Maya Dwi Yustini, S. Kep)

NIK : 95.02.518

MOTTO

- **Tidak ada ilmu yang habis digali. Tidak ada pengetahuan yang habis dipelajari.**
- **Kesabaran adalah awal menuju kesuksesan.**



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum wr.wb.

Segala puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan keperawatan pada Tn.A dengan efusi pleura di ruang Baitus Salam Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” dengan lancar.

Karya tulis ilmiah ini merupakan tugas akhir yang penulis susun untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi D III keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, pengarahan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng selaku Rektor UNISSULA.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, Selaku ketua Program Studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, selaku tempat diambilnya studi kasus.

5. Ibu Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, S.Kep, selaku pembimbing KTI yang selalu sabar dalam bimbingannya.
6. Bapak dan Ibu tercinta yang telah memberikan segalanya, cinta kasih yang tulus serta dukungan, doa yang tak pernah bisa di nilai dengan sesuatu apapun.
7. Mas Dedi yang selalu setia memberikan, semangat, doa serta sayang yang tak pernah henti tercurahkan.
8. Temanku yang aku sayangi, simar terutama Diah yang selalu membantuku kapanpun, dimanapun.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu namanya, yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisannya, Karya Tulis Ilmiah ini sangat jauh dari sempurna, Keterbatasan ilmu yang dimiliki sebagai manusia membuat penulis sangat mengharapkan masukan dari berbagai pihak, baik saran maupun kritis yang membangun demi peningkatan yang lebih baik dari tulisan ini.

Akhirnya melalui Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis berharap agar hasil dari semua ini dapat menjadi bahan masukan atau pertimbangan baik pihak-pihak yang berkepentingan. Semoga bermanfaat.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN MOTTO	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi	6
4. Patways Keperawatan	10
5. Manifestasi Klinis	11

6. Pemeriksaan Diagnostik	11
7. Komplikasi	14
8. Penatalaksanaan	15
a. Medis	16
b. Keperawatan	16
B. Konsep Dasar Keperawatan	17
1. Pengkajian Keperawatan	17
2. Diagnosa Keperawatan	18
3. Fokus Intervensi	18
BAB III RESUME KEPERAWATAN	22
A. Pengkajian	22
B. Analisa Data	31
C. Diagnosa Keperawatan	32
D. <i>Planning</i> / Intervensi	33
E. Implementasi	35
F. Evaluasi	37
BAB IV PEMBAHASAN	39
BAB V PENUTUP	48
A. Kesimpulan	48
B. Saran	50
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Konsultasi

Lampiran 2. Asuhan Keperawatan

Lampiran 3. Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 4. Surat Kesiediaan Membimbing



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Efusi pleura adalah pengumpulan cairan dalam ruang pleura yang terletak diantara permukaan viseral dan parietal adalah proses penyakit primer yang jarang terjadi tetapi biasanya merupakan penyakit sekunder terhadap penyakit lain. Secara normal ruang pleura mengandung sejumlah kecil cairan (5 sampai 15 ml) berfungsi sebagai pelumas yang memungkinkan pleura bergerak tanpa adanya friksi.(R.Syamsuhidayat, Wime De Jong,2004:).

Efusi pleura mungkin merupakan komplikasi gagal jantung kongestif, tuberkulosis, pnemonia infeksi paru (terutama virus). Sindrom nefrotik penyakit jaringan ikat dan tumor neoplastik, karsinoma bronkogenik adalah melignansi yang paling umum berkaitan dengan efusi pleural, efusi pleura dapat juga tampak pada sirosis hepatis, embolisme paru dan infeksi parasitik dan komplikasi dari efusi pleura itu sendiri adalah fibrosis paru yang merupakan reaksi hipertensif terhadap obat, pengobatan dengan nitrofurantion, netilsergid, kadang-kadang memberikan reaksi atau perubahan terhadap paru-paru dan pleura berupa radang dan kemudian juga akan menimbulkan efusi pleura, bila proses menjadi kronik bisa terjadi fibrosis paru, dan juga infeksi. Akibat dari efusi pleura itu sendiri oksigen dapat terganggu, berupa gangguan sesak nafas karena pengembangan paru tidak maksimal, sehingga darah kurang oksigen, timbul sianosis.

Menurut WHO efusi pleura merupakan penyakit saluran pernafasan, penyakit ini merupakan suatu gejala penyakit yang serius yang dapat mengancam jiwa penderita. Di Eropa terdapat kurang lebih 20% kasus efusi pleura yang tidak dapat terdiagnosis bahkan juga setelah penyelidikan yang intensif. Kasus ini dianggap penyakit kolagen. Pada negara-negara dengan populasi tuberkulosis yang tinggi. Efusi pleura yang tetap tidak terdiagnosis terutama pada anak-anak dan dewasa muda.

Secara geografis penyakit ini terdapat di seluruh dunia. Bahkan menjadi problema utama di negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia. Hal ini disebabkan karena faktor lingkungan di Indonesia penyakit efusi pleura dapat ditemukan sepanjang tahun dan jarang di jumpai secara sporadis tetapi lebih sering bersifat epidemik di suatu daerah. Pengetahuan yang dalam tentang efusi pleura dan segalanya merupakan pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan yang tetap. Disamping pemberian obat, penerapan proses keperawatan yang tepat memegang peranan yang sangat penting dalam proses penyembuhan dan pencegahan guna mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat efusi pleura.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas maka penulis tertarik memilih judul "ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN TN "A" DENGAN "EFUSI PLEURA". di ruang perawatan Baitus Salam RSI Sultan Agung Semarang.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mengetahui dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada TN "A" dengan gangguan sistem pernafasan efusi pleura.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui konsep dasar medis efusi pleura yang meliputi definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi, penatalaksanaan pada pasien efusi pleura.
- b. Mengetahui asuhan keperawatan efusi pleura secara teori, yang meliputi pengkajian, diagnosa, fokus intervensi, implementasi, evaluasi.
- c. Memberikan asuhan keperawatan efusi pleura pada Tn.A yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

Meningkatkan kemampuan dalam pengalaman dan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif bagi klien efusi pleura.

2. Bagi Institusi

Untuk meningkatkan kualitas pendidikan melalui pengembangan ilmu keperawatan sebagai wujud peran serta dalam mencetak perawat yang profesional.

3. Bagi Instansi

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas dan penanggulangan penyakit gangguan sistem pernafasan efusi pleura di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

4. Bagi Masyarakat

Dapat memberikan asuhan keperawatan pada gangguan pernafasan efusi pleura yang bermutu dan berkualitas serta dapat dipertanggungjawabkan.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Efusi pleura suatu keadaan dimana terdapat penumpukan cairan dalam rongga pleura (Slamet Suyono, 2001).

Efusi pleura adalah terkumpulnya cairan di rongga pluera. (R. Syamsuhidayat, Wime De Jong, 2004:).

Efusi pleura adalah pengumpulan cairan dalam ruang pleura yang terletak diantara permukaan viseral dan parietal (Smeltser dan Bare, 2001)

Efusi pleura adalah terkumpulnya cairan abnormal dalam kavum pleura (Mansjoer, Arief, 2001:).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa efusi pleura adalah suatu keadaan dimana terdapat cairan berlebihan dan abnormal dalam rongga pleura yang terletak diantara permukaan viseral dan parietal.

2. Penyebab

- a. Transudat terjadi jika faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan dan reabsorpsi cairan pleura terganggu, biasanya oleh ketidakseimbangan tekanan hidrostatik atau onkotik.

Penyebab utama terjadinya efusi pleura transudatif adalah :

- 1) Kegagalan jantung kongestif (gagal jantung kiri)
 - 2) Sindrom nefrotik
 - 3) Asites (oleh karena sirosis hepatis)
 - 4) Obstruksi vena cava superior
- b. Efusi pleura eksudatif terjadi kalau faktor lokal yang mempengaruhi pembentukan dan penyerapan cairan pleura mengalami perubahan.

Penyebab utama terjadinya efusi pleura eksudatif adalah:

- 1) Infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, mikrobakterial dan parasit
- 2) Pneumonia
- 3) Infark paru atau neoplasma
- 4) Penyakit kolagen (Aru W. Sudoyo, 2006:).

3. Patofisiologi

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

Proses penumpukan cairan dalam rongga pleura dapat disebabkan oleh peradangan. Bila proses radang oleh kuman piogenik akan terbentuk

pus/nanah. Sehingga terjadi empiema / piotoraks. Bila proses ini mengenai pembuluh darah sekitar pleura dapat menyebabkan hemotoraks.

Proses terjadinya pneumotoraks karena pecahnya alveoli dekat pleura perietalis sehingga udara akan masuk ke dalam rongga pleura. Proses ini sering di sebabkan oleh trauma dada atau alveoli pada daerah tersebut yang kurang elastis lagi seperti pada pasien emfisema paru.

Efusi cairan dapat berbentuk transudat, terjadinya karena penyakit lain bukan primer paru seperti gagal jantung kongestif, serosis hati, sindrom nefrotik, dialisis peritoneum, hipoalbuminemia oleh berbagai keadaan, perikarditis restriktiva, keganasan, atelektosis paru dan pneumotoraks.

Efusi eksudat terjadi bila ada proses peradangan yang menyebabkan permeabilitas kapiler pembuluh darah pleura meningkat sehingga sel mesotelial berubah menjadi bulat atau kuboidal dan terjadi pengeluaran cairan ke dalam rongga pleura. Penyebab pleuritis eksudativa yang paling sering adalah karena mikobakterium tuberkulosis dan dikenal sebagai pleuritis eksudativa tuberkulosa. Sebab lain seperti parapneumonia, parasit (amuba, paragonimiasis, ekinokokkus), jamur, pneumonia atipik (virus, mikoplasma, fever, legionella), keganasan paru, proses imunologik seperti pleuritis lupus, pleuritis rematoid, sarkoidosis, radang sebab lain seperti pankreatitis, asbestosis, pleuritis uremia dan akibat radiasi.

Cairan di rongga pleura dapat menyebabkan sesak napas dan kemampuan fisik yang menurun bergantung pada jumlah cairan serta

kecepatan timbulnya cairan. Makin banyak cairan, makin jelas sesaknya; makin cepat terbentuknya cairan, makin cepat dan jelas pula timbulnya keluhan. Pada pemeriksaan fisik didapatkan perkusi pekak, fremitus vokal menurun atau menghilang, dan bising napas juga akan menurun atau menghilang. Pemeriksaan fisik sangat terbantu oleh pemeriksaan, radiologi yang tidak memperlihatkan sinus, frenikostalis (memperlihatkan gambaran batas cairan yang melengkung. Bila pada penderita yang diperiksa dalam sikap tegak ditemukan cairan atau pada gambaran radiologi lengkung diafragma hilang, biasanya cairan berjumlah sekurang-kurangnya 300 ml.

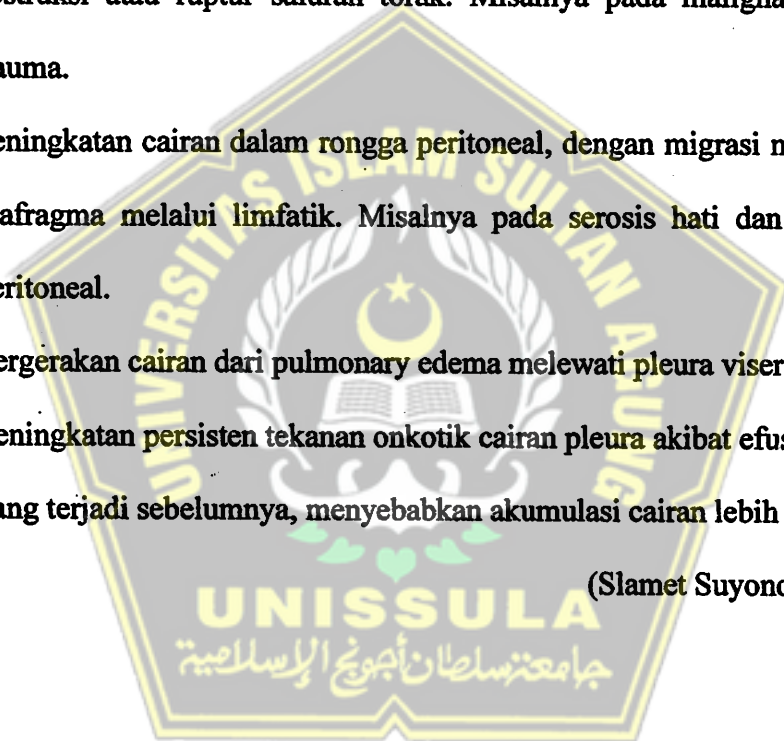
Cairan efusi perlu diperiksa untuk menentukan berat jenis, kadar protein, kadar glukosa, dan gambaran sitologinya.

Fungsi utama cairan pleura untuk memberikan permukaan tanpa friksi antara dua pleura sebagai respon terhadap perubahan dalam volum paru dengan respirasi. Ada beberapa mekanisme yang ikut berperan dalam pembentukan efusi pleura antara lain :

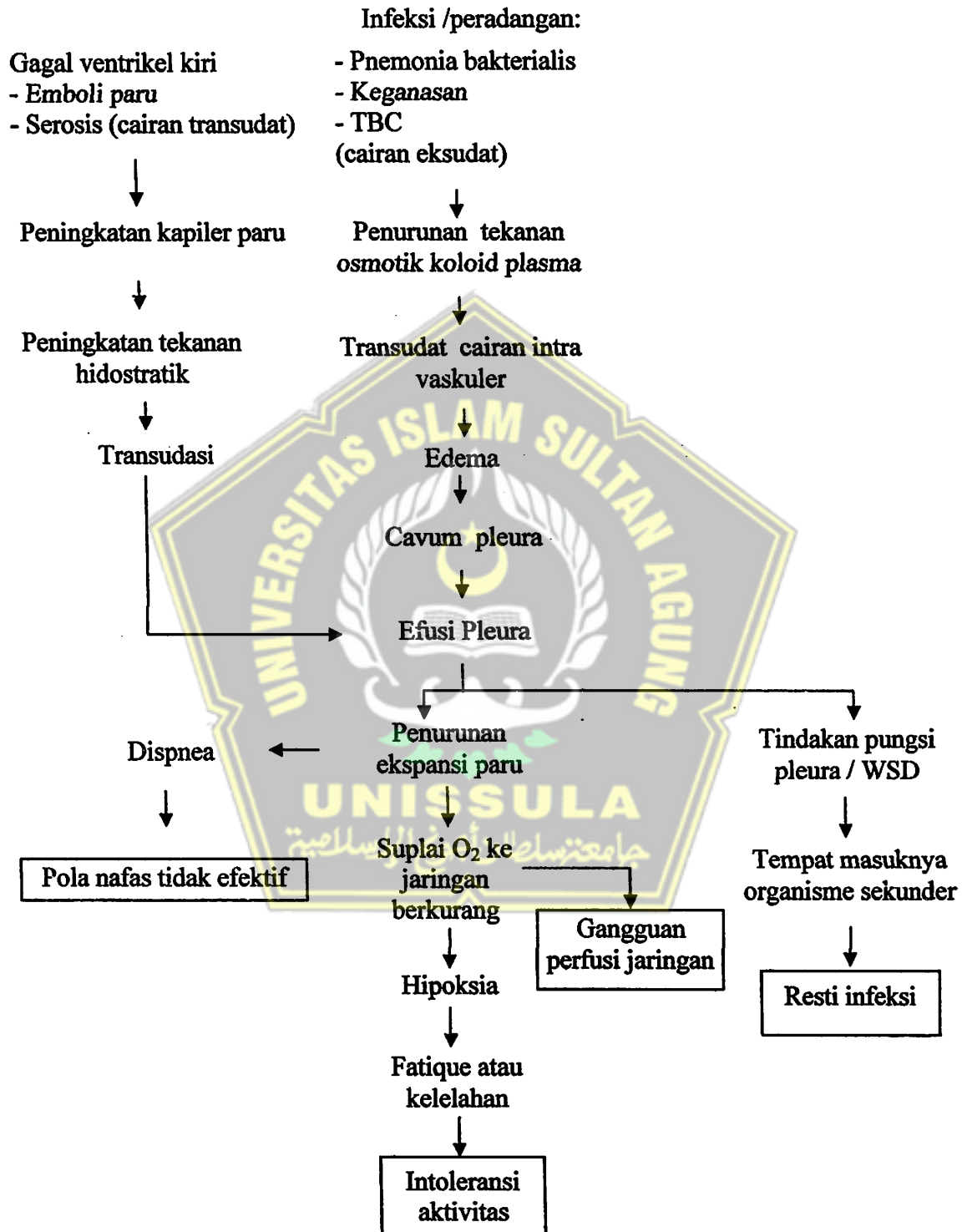
- a. Adanya gangguan permeabilitas membran pleura yang disebabkan proses inflamasi, penyakit neoplastik atau emboli paru.
- b. Penurunan tekanan onkotik intravaskuler. Misalnya disebabkan oleh hipoalbuminemia dan sirosis hati.
- c. Peningkatan permeabilitas kapiler atau gangguan vaskuler misalnya karena trauma, penyakit neoplastik, proses inflamasi, infeksi infark paru, hipertensif terhadap obat.

- d. Peningkatan tekanan hidrostatik kapiler dalam sirkulasi sistemik dan atau paru. Misalnya karena gagal jantung kongesif dan sindrom vena kava superior.
- e. Penurunan tekanan ruang pleural; paru tidak bisa mengembang (misalnya pada atelaktasis ekstensif dan mesotelioma.
- f. Penurunan drainase limfatik atau penghambatan total, termasuk obstruksi atau ruptur saluran torak. Misalnya pada malignansi dan trauma.
- g. Peningkatan cairan dalam rongga peritoneal, dengan migrasi melewati diafragma melalui limfatik. Misalnya pada serosis hati dan dialisis peritoneal.
- h. Pergerakan cairan dari pulmonary edema melewati pleura viseral.
- i. Peningkatan persisten tekanan onkotik cairan pleura akibat efusi plaura yang terjadi sebelumnya, menyebabkan akumulasi cairan lebih lanjut.

(Slamet Suyono, 2001).



Pathways Keperawatan



(Sudoyo W Aru, 2006)
(Carpenito, Lynda J, 2007).

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis efusi pleura bervariasi dan berhubungan dengan penyebabnya.

- a. Untuk pneumonia akan menyebabkan demam, menggigil, dan nyeri dada pleuritis
- b. Untuk efusi pleura yang luas dapat menyebabkan dispnea dan batuk
- c. Untuk area yang meradang cairan atau menunjukkan bunyi nafas minimal atau tidak sama sekali menghasilkan bunyi datar, pekak saat diperkusi.
- d. Trakea bergeser menjadi menjauhi sisi yang mengalami efusi.

(Suddarth, Brunner, 2002).

5. Pemeriksaan penunjang

- a. Foto toraks / x Ray / Radiologi

Permukaan cairan yang terdapat dalam rongga pleura akan membentuk bayangan seperti kurva, dengan permukaan daerah lateral lebih tinggi dari pada bagian medial. Bila permukaannya horizontal dari lateral ke medial, pasti terdapat udara dalam rongga tersebut yang dapat berasal dari luar atau dalam paru-paru sendiri. Kadang-kadang sulit membedakan antara bayangan cairan bebas dalam pleura dengan adhesi karena radang. Perlu pemeriksaan foto dada dengan posisi lateral dekubitus, cairan bebas akan mengikuti posisi gravitasi.

b. Pemeriksaan ultrasonografi

Pemeriksaan ini dapat menentukan adanya cairan dalam rongga pleura. Pemeriksaan ini sangat membantu sebagai penuntun waktu melakukan aspirasi cairan terutama pada efusi yang terlokalisasi.

c. Pemeriksaan CT Scan / Dada

Pemeriksaan CT Scan / dada dapat membantu adanya perbedaan densitas cairan dengan jaringan sekitarnya, sangat memudahkan dalam menentukan adanya efusi pleura. Pemeriksaan ini tidak banyak dilakukan karena biayanya masih mahal.

d. Torakosentesis

Aspirasi cairan pleura (torakosentesis) berguna sebagai sarana diagnostik dan terapeutik. Aspirasi dilakukan pada bagian bawah paru sela iga garis aksilaris posterios dengan memakai jarum abbocath nomor 14 atau 16. Pengeluaran cairan pleura sebaiknya tidak melebihi 1000-1500 cc pada setiap kali aspirasi. Aspirasi lebih baik dikerjakan berulang-ulang dari pada satu kali aspirasi sekaligus yang dapat menimbulkan pleura shock (hipotensi) atau edema paru akut.

e. Warna cairan

Biasanya cairan pleura berwarna agak kekuning-kuningan (serous-santokrom). Bila agak kemerah-merahan, dapat terjadi trauma, infrak paru, keganasan dan adanya kebocoran aneurisma aorta. Bila kuning kehijauan dan agak purulen, ini menunjukkan adanya empiema. Bila merah coklat ini menunjukkan adanya abses karena amuba.

f. Biokimia

Secara biokimia efusi pleura terbagi atas transudat dan eksudat. Selain pemeriksaan biokimia diatas, secara biokimia diperiksa juga cairan pleura:

- 1) Kadar ph dan glukosa. Biasanya merendah pada penyakit-penyakit infeksi, artritis rematoid dan neoplasma.
- 2) Kadar ancrea. Biasanya meningkat pada ancreatitis, dan metastasis adeno karsinoma.

g. Sitologi

Pemeriksaan sitologi terhadap cairan pleura amat penting untuk diagnostik penyakit pleura, terutama bila ditemukan sel-sel patologis atau dominasi sel-sel tertentu, seperti:

- 1) Sel neutrofil, menunjukkan adanya infeksi akut
- 2) Sel lomfosit, menunjukkan adanya infeksi kronik seperti pleuritis tuberkulosa atau limfoma maligna.
- 3) Sel mesotel, bila jumlahnya meningkat, ini menunjukkan adanya infark paru. Biasanya juga ditemukan banyak sel eritrosit.
- 4) Sel mesotel maligna, pada mesotelioma
- 5) Sel-sel besar dengan banyak inti, pada artritis reumatoid.
- 6) Sel L.E, pada lupus eritematosus sistemik
- 7) Sel maligna, pada paru / metastose.

h. Bakteriologi

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

yang purulen dapat mengandung kuman-kuman yang aerob atau anaerob.

i. **Biopsi Pleura**

Pemeriksaan histopatologi satu atau beberapa contoh jaringan pleura dapat menunjukkan 50% - 75% diagnosis jaringan kasus pleuritis tuberkulosis dan tumor pleura. Bila ternyata hasil biopsi pertama tidak memuaskan, dapat dilakukan beberapa biopsi ulangan.

j. **Pemeriksaan tambahan, jika fasilitas memungkinkan dapat dilakukan**

- 1) **Bronkoskopi** : pada kasus neoplasma, korpis alienum dalam paru, abses paru.
- 2) **Scanning isotop** : pada kasus dengan emboli paru.
- 3) **Torakoskopi (Fiber-optic pleuroscopy)**: pada kasus dengan neoplasma atau tuberkulosis pleura.

(Aru W. Sudoyo, 2006).

6. Komplikasi

Komplikasi dari efusi pleura dapat terjadi infeksi dan fibrosis paru infeksi kemungkinan dapat terjadi karena tindakan keperawatan pada luka WSD, yang bisa menyebabkan proses infeksi nosokomial. Sedangkan fibrosis paru timbul karena hipertensif terhadap obat, pengobatan dengan nitrofurantion, metilsergid, kadang-kadang memberikan reaksi / perubahan terhadap paru-paru dan pleura berupa radang dan kemudian juga akan menimbulkan efusi pleura. Bila proses menjadi kronik bisa terjadi fibrosi paru.

(Marsjoer Arif, 2001).

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan efusi pleura diantaranya adalah:

- a. Drainase cairan jika efusi pleura menimbulkan gejala subyektif seperti nyeri dispnea, cairan efusi sebanyak 1-1,5 liter perlu dikeluarkan segera untuk mencegah peningkatan edema paru, jika jumlah cairan efusi lebih banyak maka pengeluaran cairan efusi lebih banyak maka pengeluaran berikutnya baru dapat dilakukan 1 jam kemudian.
- b. Antibiotik, jika terdapat empiema
- c. Pleurodosis : perlekatan pleura viseralis pada pleura parietalis. (Marsjoer, Arif, 2001).

Efusi yang terinfeksi perlu segera dikeluarkan dengan memakai pipa intubasi melalui sela iga. Bila cairan pusnya kental sehingga sulit keluar atau bila empiemanya multilokular, perlu tindakan operatif. Mungkin sebelumnya dapat dibantu dengan irigasi cairan garam fisiologi atau larutan antiseptik (betadin). Pengobatan secara sistemik hendaknya segera diberikan, tetapi ini tidak berarti bila tidak diiringi pengeluaran cairan yang adekuat.

Untuk mencegah terjadinya lagi efusi pleura setelah aspirasi (pada efusi pleura maligna), dapat dilakukan pleurodosis dan zat-zat yang dipakai adalah tetrasiklin (terbanyak dipakai), bleomisin, korinebakterium parvum, tio-tepa, fluorourasil. (Aru W. Sudoyo, 2006).

Dalam penanganan efusi pleura malignan, ada dua hal penting yang harus diperhatikan: penatalaksanaan lokal dan pengobatan kausal.

Penatalaksanaan kausal meliputi drainase cairan untuk mengurangi gejala dan memperbaiki kualitas hidup penderita. Penatalaksanaan kausal tergantung dari tumor primer, stadium dan status performa.

Penatalaksanaan efusi pleura malignan terdiri dari torasentesis terapeutik, pleurodosis, torakoskopi medis, fibrinolitik intrapleural, long term indwelling pleural catheter drainage, pleuroperitoneal shunting dan pleurektomi / pleuropneumoektomi / dekortikasi. Secara umum, algoritma penatalaksanaan EPG di Indonesia berdasarkan pedoman diagnosis dan penatalaksanaan kanker paru di Indonesia oleh perhimpunan dokter paru Indonesia.

Penggunaan suction untuk membantu drainase pleura, dapat digunakan untuk membantu pengembangan paru yang tidak sempurna dan jika terjadi kebocoran udara persisten.

Pemberian agen skleroterapi intrapleural, umumnya memberikan efek berupa nyeri pleuritik, sehingga diperlukan pemberian analgesik intra pleural dan premedikasi sebelum pleuradosis. Analgesik intra pleural yang biasa digunakan adalah lignocaine dengan dosis 3 mg / kg; maksimum 250 mg.

Obat yang biasa digunakan untuk pleuradosis antara lain :

- a. Talk (talk poudrage dan talc slurry)
- b. Tetrasiklin
- c. Doksisisiklin
- d. Bleomisin

Obat lain : minosiklin, povidone iodine, ekstrak corynebacterium parvum interteron (IFN alfa dan beta), interleukin-2 dan beberapa obat kemoterapi seperti asplatin, cytosine, orabinoside dan mitoxantrone. (Ethical Digest, Maret, 2009).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Fokus Pengkajian

a. Aktivitas istirahat

Tanda : - dispnea karena kerja
 - Kecepatan jantung tidak normal / tekanan darah berespon terhadap aktivitas gangguan tidur

Gejala : kelemahan / kelelahan, tirah baring, mobilisasi

b. Sirkulasi

Gejala : gesekan pericardial (menunjukkan efusi) takikardi / distritmia

c. Integritas

Tanda : gelisah, gemetar, perilaku panik, wajah tegang, peningkatan keringat

Gejala : ketakutan, perasaan mau pingsan, takut mati

d. Makan / cairan

Tanda : edema kaki

Gejala :

e. Neurosensori

Tanda : gangguan lingkup perhatian, disorientasi, perubahan pengaturan, adanya daya ingat segera, letargi / pingsan.

f. Nyeri / keamanan

Gejala : nyeri dada, ketidaknyamanan pada ekstremitas kulit (bila ada tromboflebitis) ada perilaku distraksi, wajah mengkerut, merintih, gelisah, menekan dada.

g. Pernapasan

Tanda : takipnea, dispnea, pernapasan tersengal-sengal, penurunan bunyi napas, krekels, mengi, friksi pleural, (bila paru infark telah terjadi). Batuk (basah/ kering/sputum berdarah produktif).

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi yang berakibat menurunnya ekspansi paru akibat efusi pleura.
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan sistem transport oksigen sekunder akibat efusi pleura.
- c. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan kurangnya suplay O₂ dalam jaringan.
- d. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat tindakan WSD.

3. Fokus Intervensi

Fokus intervensi dalam melakukan asuhan pada kasus efusi pleura adalah sebagai berikut :

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi yang berakibat menurunnya ekspansi paru akibat efusi pleura kriteria hasil yang diharapkan :

Menunjukkan pola nafas efektif dengan frekuensi dan kedalaman dalam rentang normal dan pola nafas jelas atau bersih.

Intervensi :

- 1) Kaji frekuensi kedalaman pernafasan dan ekspansi dada

Rasional : kedalaman pernafasan bervariasi tergantung derajat gagal nafas, dispnea dan terjadi peningkatan kerja nafas.

- 2) Catat supaya pernafasan termasuk penggunaan alat bantu

Rasional : takipnea dan dispnea menyertai obstruksi paru.

- 3) Auskultasi bunyi nafas dan cacat adanya bunyi nafas tambahan

Rasional : area yang tidak terventilasi dapat diidentifikasi dengan adanya bunyi nafas

- 4) Tinggikan kepala dan bantu mengubah posisi

Rasional : meningkatkan ekspansi dada maksimal, membuat mudah bernafas yang meningkatkan kenyamanan fisiologis atau psikologis

- 5) Observasi pola batuk dan karakter sekret

Rasional : kongesti alveolar mengakibatkan batuk kering/iritasi

- 6) Dorong atau bantu pasien dalam nafas dan latihan batuk

Rasional : dengan meningkatkan banyaknya spuntum dimana gangguan ventilasi dan ditambah upaya bernafas

- 7) Kolaborasi berikan Oksigen tambahan

Rasional : memaksimalkan bernafas dan menurunkan kerja nafas

b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan sistem transport

Oksigen sekunder akibat efusi pleura

Kriteria hasil yang diharapkan :

- 1) Memperlihatkan kemajuan dalam aktivitas
- 2) Keadaan umum baik
- 3) Melakukan aktivitas sesuai batas kemampuannya (denyut nadi aktivitas tidak lebih dari 90x/menit)

Intervensi :

- 1) Kaji respon individu terhadap aktivitas bila pasien merespon aktivitas terhadap nyeri
Rasional : menetapkan kemampuan atau kebutuhan pasien dan memudahkan pemilihan intervensi
- 2) Meningkatkan aktivitas secara bertahap
Rasional : meminimalkan kelelahan
- 3) Ajarkan klien metode penghematan energi untuk aktivitas, luangkan waktu untuk istirahat
Rasional : menghemat energi untuk penyembuhan
- 4) Ajarkan teknik pernapasan sadar terkontrol selama peningkatan aktivitas dan saat stress emosi dan fisik
Rasional : untuk menurunkan tingkat stress emosi atau kelelahan karena sesak
- 5) Monitor TTV segera setelah aktivitas
Rasional : Untuk mengetahui tingkat toleransi klien terhadap aktivitas yang diajarkan

- 6) Anjurkan tiap baring yang dimodifikasi atau sempurna sesuai indikasi

Rasional : tingkat aktivitas mungkin perlu modifikasi tergantung pada kemampuan

- c. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan kurangnya suplai O₂ dalam jaringan

Kriteria hasil yang diharapkan :

Nadi teraba, kulit hangat, TTV stabil, kapileri refill kurang dari 3 detik.

Intervensi :

- 1) Evaluasi kualitas nadi, perifer, distal terhadap cedera melalui palpasi
- 2) Kaji aliran kapiler, warna kulit.

- d. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat tindakan WSD.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi infeksi pada luka WSD dengan kriteria hasil bebas dari proses infeksi nosokomial selama perawatan di rumah sakit.

Intervensi:

- 1) Identifikasi individu yang beresiko terhadap infeksi nosokomial.
 - Kaji terhadap predictor
 - Kaji terhadap faktor-faktor yang mengacaukan
- 2) Kurangi organisme yang masuk ke dalam individu
- 3) Lindungi individu yang mengalami devisa imun dari infeksi.
- 4) Kurangi kerentanan individu terhadap infeksi.

(Carpenito, Lynda Juall, 2000)

BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Kamis tanggal 11 Februari 2010 jam 07.00 WIB, di ruang RSI Sultan Agung Semarang.

1. Identitas

Klien bernama Tn. A, umur 75 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, pendidikan SD, Tn. A berasal dari suku Jawa bangsa Indonesia, tempat tinggal klien di Genuk Semarang. Klien didiagnosa medis menderita efusi pleura dengan nomor CM III-12-66, masuk pada tanggal 10 Februari 2010.

Penanggung jawab klien adalah Tn. S, berumur 30 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, pendidikan SD, pekerjaan wiraswasta, bertempat tinggal di Genuk Semarang, hubungan dengan klien adalah anak.

2. Riwayat Kesehatan

Keluhan utama klien mengatakan sesak napas pada waktu aktivitas maupun istirahat.

Riwayat penyakit sekarang, klien masuk rumah sakit karena klien mengeluh sesak napas, napas terasa sakit dan klien merasa dalam keadaan lemah. Klien memeriksakan pada poli RSI Sultan Agung Semarang, kemudian dari poli dalam dirujuk ke bangsa Baitus Salam kamar 6 B18 untuk mendapatkan perawatan yang lebih lanjut.

Riwayat kesehatan yang lalu menurut orang tua klien bahwa klien pernah sakit panas atau demam, batuk dan pilek.

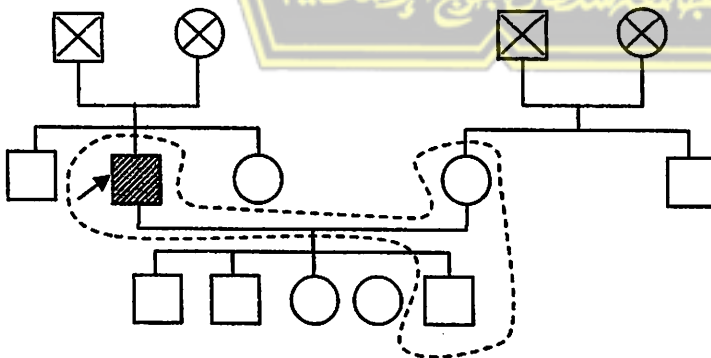
Adapun karakteristiknya, secara kualitas mudah untuk mendapatkan informasi, gejala penyerta berupa nyeri di dada. Masalah sejak munculnya keluhan, insiden / kejadian berupa serangan mendadak berulang,

Riwayat kesehatan masa lalu, pasien sebelumnya belum pernah di rawat di rumah sakit, pasien tidak menggunakan obat-obatan karena sebelumnya pasien belum pernah mengalami kejadian yang seperti ini, pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan maupun obat-obatan yang dikonsumsi.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Dalam riwayat kesehatan keluarga, klien mengatakan dalam keluarganya tidak punya riwayat seperti pasien, dan keluarga klien juga tidak ada penyakit seperti yang dialami oleh klien.

Susunan keluarga (genogram)



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ┌┐
└┘ : Hubungan suami istri
- × : Hubungan saudara
- : Meninggal
- (dashed) : Klien
- ┌┐ (dashed) : Tinggal dalam satu rumah

4. Riwayat sosial

Klien tinggal bersama istri dan anaknya. Klien adalah orang yang periang, klien sangat kooperatif dalam setiap interaksi komunikasi yang berlangsung. Rumah klien bersih, ventilasi cukup baik.

5. Keadaan Kesehatan Saat ini

- a. Diagnosa medis : efusi pleura
- b. Tidak dilakukan operasi
- c. Obat-obatan :

- 1) Zibac 2 x 1 gr

Seftazidine 1 g/vial, in : injeksi saluran kemih tanpa komplikasi, infeksi tulang dan sendi. Infeksi paru disebabkan pseudomonas spp., pasien dengan fibrosis sistik fungsi ginjal normal.

KI, hipersesitif, DS, dewasa, infeksi saluran kemih tanpa komplikasi, 1g IV atau IM setiap 8-12 jam, infeksi paru disebabkan

pseudomonas, spp pada pasien dengan fibrosis sistem dengan fungsi ginjal normal, 30-50 mg / kg/BB hr IV setiap 8 jam.

2) Ranitidin 2x 1A

In : tidak lambung dan duodenum, tukak pasca operasi, esifagus erosif, refluks esofagus, keadaan hipersekresi patologis.

DS, intramuscular 50 gr tiap 6-8 jam (tanpa pengenceran, intravena golus intermiten 50 mg (2 ml) tiap 6-8 jam (larutan infus, infus intravena kontinyu : 150 mg diencerkan dalam 250 ml larutan infus intravena, kecepatan 6,25 mg/jam selama 24 jam.

3) Salbutamol 3 x 4 mg per oral

4) Tramadol 30 mg 3 x 1A

d. Pemeriksaan laboratorium

SGOT 58 μ /dl (normal < 37), SGDT 38 μ /dl (normal < 42), Ureum 38 mg/dl (normal 10-50), creatinin 0.56 mg/dl (normal 0.62-1.1). Total protein 7.66 g/dl (normal 6,2-8,4), ALB 3,22 g/dl (normal 3.4-4.8), Glukosa 94 mg/dl (normal <140), GLOB 4,45 mg/dl (normanya <140. WBC $10.7510^3/\mu$ L (normal dewasa M : 3.8-10.6, F : 3.6-11.0), RBC $4.07 \times 10^3/\mu$ L (normal M : 4.4 -53.9 F : 3.8-5.2), HGB 10.4g/dl (normal M : 13.2-17; BF :11.7-15.5) HCT 31.7% (normal M : 40-52; F : 35-47), MCV 77.9 fl (normal 80.0-100.0), MCH 25.6 pg (normal 26.0-34.0), MCHC 32.9 g/dl (normal 32.0-36.0), PLT $3.3 \times 10^3/\mu$ L (normal 150-440), RDW-CV 16.9 % (normal 11.5-14.5), RDW-SD

49.9 fl (normal 35-47), PDW 12.7 fl (normal 9.0-13.0), MPV 10.5 fl (normal 7.2-11.0), P-LCR 29.9 % (normal 15.0-25.0).

Differential, NEUT $10^3/\mu\text{L}$, Lymph $10^3/\mu\text{L}$, Mono $10^3/\mu\text{L}$, EOH $10^3/\mu\text{L}$, BASO $10^3/\mu\text{L}$

5. Pola Fungsional Menurut Gordon

a. Persepsi Kesehatan / pengakuan kesehatan dan penanganan kesehatan dan kesejahteraan

- 1) Periode status kesehatan mulai mengalami perubahan semenjak klien sakit
- 2) Semenjak klien sakit membuat klien absent dari masyarakat sehingga tidak lagi bersosialisasi dengan masyarakat.
- 3) Persepsi klien tentang kesehatan sangatlah penting bagi klien, sehingga klien berobsesi untuk cepat sembuh.

b. Nutrisi metabolik

Sebelum sakit klien makan 3x sehari dengan komposisi nasi, lauk-pauk, dan jarang mengkonsumsi buah, dan klien suka makan sayur dan minum 7-8 gelas sehari.

Selama sakit, klien makan 3x sehari tapi sedikit, tidak selalu habis karena klien mengatakan perutnya mual, selalu ingin muntah, klien makan dengan nasi, lauk-pauk, dan minum 5/6 gelas sehari, alat makan yang digunakan berupa sendok dan piring.

Data antropometri sebelum sakit BB : klien mengatakan tidak mengetahuinya, selama sakit BB : 60 kg, mulut : mukosa bibir klien lembab, tidak terdapat stomatitis, sariawan.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit, klien BAB dan BAK lancar. BAB sehari sekali, tidak mengalami kesulitan, tidak ada darah pada BABnya, serta tidak menggunakan laksatif, tidak mengalami diare, dengan konsistensi lunak, bau khas.

Selama sakit, klien BAK 5-6x sehari, warna kuning jernih, kekuatan keluaranya urine sangat lancar, bau khas, tidak terpasang kateter. Selama sakit, klien BAB sehari sekali, tidak mengalami kesulitan, tidak ada darah pada BABnya, serta klien tidak menggunakan laksatif, tidak mengalami diare, dengan konsistensi lunak, bau khas.

d. Pola aktifitas dan latihan atau mobilisasi

Mobilitas, sebelum sakit klien mandi 3x sehari menggunakan sabun dan selalu mengganti pakaian setelah mandi. Selama sakit klien mandi menggunakan sabun 2x 24 jam (2x sehari, pagi dan sore). Selama sakit mobilisasi klien terbatas, sebab tangan kiri klien terpasang infus.

Bernafas, sebelum sakit klien bernafas dengan normal, tidak menggunakan alat bantu pernafasan dengan pernafasan 24x/menit. Selama sakit klien bernafas dengan menggunakan alat bantu pernafasan O₂ dengan 2 liter (nasal kanul).

Sirkulasi, TD : 120/80 mmHg, N : 84x/menit, RR : 30x/menit, S :
36⁰C.

e. Pola Istirahat Tidur

Sebelum sakit klien mengatakan bisa tidur 6 jam bangun jam 5 pagi, tidur dengan nyenyak. Selama sakit klien kesulitan tidur karena sesak nafas yang menyertai klien hanya bisa tidur 4 jam, dan rasa nyeri pada dada klien, sehingga klien tidak bisa tidur dengan nyenyak.

f. Pola Persepsi dan Kognitif

Sebelum sakit pola kognitif klien tidak ada gangguan seperti pola pendengaran, penglihatan, pengucapan, perabaan, bahasa dan lain-lain. Jika ditanya klien responsive. Kemampuan klien untuk mengidentifikasi kebutuhan seperti haus, nyeri, rasa tidak nyaman, tidak ada masalah.

Selama sakit, pola kognitif klien tidak ada gangguan, klien tampak responsive ketika ditanya, respon klien untuk bicara cukup baik, kata-katanya jelas, kemampuan klien untuk mengatakan nama, alamat cukup jelas.

g. Pola Persepsi Diri

Pemahaman klien terhadap identitas diri, klien sadar bahwa klien sudah menginjak usia tua (senja), anak-anaknya sudah berumah tangga sendiri-sendiri, sudah punya cucu, sudah saatnya untuk mengurangi di luar rumah, klien merupakan orang yang ramah, periang, pekerja keras, baik terhadap orang yang baru dikenal, klien menyerahkan semuanya kepada Sang Pencipta. Dampak sakit terhadap diri adalah klien tidak

bisa menjalankan aktivitas serta tidak bisa berkumpul dengan tetangga / keluarga di rumah.

h. Peran atau Hubungan

Sebelum sakit hubungan dan interaksi dengan anggota keluarga harmonis, setelah sakit pola hubungan dan interaksi dengan keluarga tidak dapat dijalani dengan baik karena klien dalam keadaan sakit.

i. Seksual atau reproduksi

Klien merasa bangga dan bersyukur sebagai seorang laki-laki dan klien menikmati perannya sebagai kakek. Pada pemeriksaan genitalia klien tidak ada kelainan dan tidak mempunyai riwayat penyakit menular seksual

j. Pola koping toleransi stress

Sebelum sakit, klien mampu mentoleransi stressor dan koping stresnya dengan baik. Selama sakit, klien masih mampu mentoleransi stressornya, dan masih dibantu oleh istri dan anak-anaknya dalam setiap pengambilan keputusannya.

k. Pola keyakinan

Klien / keluarga yakin dan percaya bahwa klien dapat cepat sembuh, setelah diberikan pengobatan yang terbaik, dan berdoa pada Tuhan Sang Pencipta agar dapat diberikan kesembuhan dari penyakit yang sedang dideritanya.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Keadaan umum, kesadaran klien composmentis, klien tampak lemas, kesulitan bernafas, dan merasakan nyeri di dada.

Tanda-tanda vital klien yaitu: suhu 36°C, nadi 120x/menit, RR 30x/menit, N : 84x/menit.

b. Pemeriksaan fisik lengkap

Bentuk kepala klien mesocephal, kulit kepala kotor, tampak rontok. Pada mata klien konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik. Hidung klien tidak ada massa pada lubang hidung, memakai O₂ nasal kanul. Pada telinga klien pendengaran baik, tidak ada penurunan pendengaran pada telinga kanan dan kiri. Mulut klien tampak kotor, tidak karies pada gigi, tidak ada stomatitis. Pada leher klien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

c. Pemeriksaan Dada

Jantung klien secara inspeksi ictus cordis tidak tampak, secara auskultasi terdengar suara jantung S₁ dan S₂, secara perkusi bunyinya pekak, dipalpasi tidak terdapat pembesaran jantung. Pada paru klien secara inspeksi simetris, tidak ada luka, secara perkusi terdengar pekak, dipalpasi ictus cordis teraba pada ICS midclavicular kiri 4 dan 5.

Pada dada klien secara inspeksi terlihat peningkatan kerja napas, takipneu, dipalpasi ada nyeri tekan pada dada bagian kiri, secara perkusi terdengar pekak pada paru paru yang pleuranya terakumulasi cairan, taktik fremitus menurun, secara auskultasi terdengar ronchi.

Pada abdomen secara inspeksi perut bagian kanan atas dan kiri bawah normal; dipalpasi tidak teraba keras pada kuadran kanan dan kiri; secara perkusi terdengar tympani pada perkusi perut; secara auskultasi bising usus 10x/menit.

d. Punggung :

Punggung klien tidak ada lesi dan benjolan

e. Genitalia

Klien berjenis kelamin laki-laki. Tidak terdapat kelainan dan tidak ada penyakit menular seksual.

f. Pemeriksaan Ekstremitas

Ekstremitas kanan atas terpasang infus 20 Rl tpm. Ekstremitas kanan bawah tidak ada keluhan.

g. Kulit

Turgor kulit baik, warna kulit klien sawo matang, capillary refile < dari 2 detik.

B. Analisa Data

Pada hari Kamis tanggal 11 Februari 2010, jam 08.15 WIB diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan adanya terasa sesak untuk bernafas, data objektifnya jika bernafas klien nampak terasa sesak di dada, frekuensi pernafasan 30x/menit, terpasang kanul O₂ 2 liter. Berdasarkan data tersebut maka masalah yang muncul yaitu ketidakefektifan pola nafas, etiologinya penurunan ekspansi paru.

Pada hari Kamis tanggal 11 Februari 2010, jam 09.00 WIB diperoleh data sebagai berikut data subjektif yaitu klien menyatakan dada terasa sakit, P : nyeri dada karena akumulasi cairan di cavum pleura, Q : nyeri seperti tajam dan menusuk yang diperberat oleh nafas dalam, R : nyeri pada dada kiri, S : skala nyeri 5, T : ketika beraktivitas. Sedangkan data objektif yaitu wajah klien nampak dikerutkan. RR : 30x/menit, terpasang kanul O₂. berdasarkan tersebut maka problem yang muncul yaitu gangguan rasa nyaman, etiologinya akumulasi cairan dalam cavum pleura.

Pada hari Kamis tanggal 11 Februari 2010 jam 09.30 WIB, diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan setiap kali makan terasa mual. Sedangkan data objektif yaitu secara antropometri BB klien sebelum dan selama sakit tetap yaitu 60 kg, biokimia : Hb 10,4 g/dl, Clinic sign : konjungtiva klien nampak anemis, dan klien nampak lemas, Diit : klien makan habis 3-4 sendok setiap kali makan, pasien makan nasi, sayur. Berdasarkan data tersebut maka problem yang muncul yaitu resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, etiologinya mual, anorexia.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan pola pernafasan berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.
2. Gangguan rasa nyaman (nyeri dada) berhubungan dengan akumulasi cairan dalam cavum pleura ditandai dengan : P : nyeri dada karena akumulasi cairan di cavum pleura, Q : nyeri seperti tajam dan menusuk yang

diperberat oleh nafas dalam, R : nyeri pada dada kiri, S : skala nyeri 5, T :

Ketika beraktivitas. Data obyektif : wajah klien tampak berkerut kesakitan.

3. Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, anorexia ditandai dengan klien mengatakan setiap kali makan terasa mual. Data obyektif : Antropometri : BB klien sebelum dan selama sakit tetap yaitu 60 kg, Biokimia : Hb 10,4 g/dl, Clinical sign : konjungtiva klien nampak anemis, dan klien nampak lemas, Diit : klien makan habis 3-4 sendok setiap kali makan, pasien makan nasi, sayur.

D. Intervensi Keperawatan

Pada tanggal Hari Kamis tanggal 11 Februari 2010 jam 08.15 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa pertama yaitu ketidakefektifan pola pernafasan berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukkan cairan dalam rongga pleura, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pola nafas klien kembali efektif. Adapun kriteria hasilnya diperoleh data subyektif yaitu klien mengatakan tidak sesak nafas, sedangkan data obyektifnya yaitu frekuensi pernafasan klien 17x/menit. Intervensi keperawatan yang penulis lakukan yaitu pertama memberikan posisi semi fowler, intervensi kedua memonitor keadaan umum klien, intervensi ketiga memonitor TTV klien, intervensi keempat memberikan terapi kepada klien sesuai advis dokter, intervensi kelima mengkaji fungsi pernafasan klien.

Pada Hari Kamis tanggal 11 Februari 2010 jam 09.00 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa kedua yaitu gangguan rasa nyaman (nyeri dada) berhubungan dengan akumulasi cairan dalam cavum

pleura, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam nyeri dada klien berkurang/hilang. Adapun kriteria hasilnya diperoleh data subjektif yaitu nyeri berkurang. Sedangkan data obyektifnya yaitu skala nyeri 4, ekspresi wajah klien nampak lebih rileks. Intervensi keperawatan yang penulis lakukan yaitu pertama mengkaji karakteristik nyeri dada, intervensi yang kedua memonitor tanda-tanda vital, intervensi yang ketiga menciptakan lingkungan istirahat yang nyaman dan membatasi aktivitas sesuai dengan kebutuhan, intervensi yang keempat mengajarkan klien metode pereda nyeri / distraksi-relaksasi (bernafas dengan teratur), intervensi yang kelima menganjurkan klien untuk menghindari penekanan pada area yang sakit.

Pada tanggal Hari Kamis tanggal 11 Februari 2010 pukul 09.30 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa yang ketiga yaitu resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, anorexia dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam rasa mual klien ketika sedang makan dapat dihindari. Adapun kriteria hasilnya diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan klien mau makan, klien mengatakan tidak mual. Sedangkan data obyektifnya yaitu makanan yang disediakan dari rumah sakit dimakan oleh klien, klien makan habis 1 porsi. Intervensi keperawatan yang penulis lakukan yaitu pertama menjelaskan pentingnya nutrisi yang adekuat, intervensi kedua menganjurkan klien membersihkan mulut / gigi setiap sebelum maupun sesudah makan, intervensi ketiga menganjurkan klien untuk makan dalam porsi kecil tetapi sering, intervensi keempat kolaborasi dalam pemberian nutrisi yang adekuat dengan ahli gizi.

E. Implementasi Keperawatan

Pada hari Kamis, 11 Februari 2010 untuk diagnosa keperawatan pertama yaitu ketidakefektifan pola pernafasan berhubungan dengan gangguan pertukaran gas, implementasi pertama yang dilakukan pada jam 08.00 penulis menanyakan kepada klien mengenai sesak nafas yang dirasakan, diperoleh respon subyektif klien mengatakan masih sesak nafas, sedangkan respon objektifnya yaitu klien masih tampak terasa sesak untuk bernafas. Implementasi kedua yang dilakukan pada jam 09.00 WIB penulis menganjurkan kepada klien berposisi semi fowler dan memakai oksigenasi, diperoleh respon subjektif yaitu klien bersedia untuk berposisi semi fowler, sedangkan respon objektifnya yaitu klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi fowler dan tampak terpasang kanul O₂ 2 liter. Implementasi ketiga yang dilakukan pada 09.30 WIB penulis memonitor keadaan umum klien dan TTV, diperoleh respon subjektifnya yaitu klien bersedia diperiksa, respon objektifnya yaitu TD 120/80 mmHg, N : 84x/menit, RR 30x/menit, suhu 36⁰C. Implementasi keempat yang dilakukan pada jam 10.00 WIB penulis memberikan kepada klien obat sesuai advis dokter, diperoleh respon subjektifnya yaitu klien bersedia minum obat, sedang respon objektifnya yaitu obat masuk dengan benar dan tidak ada tanda-tanda alergi.

Pada hari Kamis, 11 Februari 2010 untuk diagnosa keperawatan kedua yaitu gangguan rasa nyaman (nyeri dada) berhubungan dengan akumulasi cairan dalam cavum pleura, implementasi pertama yang dilakukan pada jam 09.30 WIB penulis mengkaji karakteristik nyeri dada, diperoleh respon

subyektif yaitu klien mengungkapkan nyeri yang dirasakannya, sedangkan respon obyektifnya skala nyeri 5 dengan wajah klien nampak meringis, implementasi kedua yang dilakukan pada jam 10.30 WIB penulis menciptakan lingkungan istirahat yang nyaman dan membatasi aktivitas sesuai dengan kebutuhan, diperoleh respon subyektif yaitu klien mengatakan lebih tenang perasaannya, sedangkan respon obyektifnya yaitu ekspresi wajah klien lebih rileks. Implementasi ketiga yang dilakukan pada jam 11.00 WIB penulis mengajarkan kepada klien untuk bernafas dengan teratur, diperoleh respon subyektif yaitu klien mengatakan bersedia untuk mengikuti anjuran, sedangkan respon obyektifnya yaitu klien kooperatif. Implementasi keempat yang dilakukan pada jam 11.30 WIB penulis menganjurkan klien untuk tidak menekan area yang sakit, diperoleh respon subyektif yaitu klien mengatakan mau mengikuti anjuran, sedangkan respon obyektifnya klien berusaha menghindari menekan area yang sakit. Implementasi kelima yang dilakukan pada jam 12.00 WIB penulis memberikan posisi semi fowler kepada klien, diperoleh respon subyektif yaitu klien bersedia, sedangkan respon obyektifnya yaitu klien tampak merasa nyaman.

Pada hari Kamis tanggal 11 Februari 2010 untuk diagnosa keperawatan ketiga resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, anorexia. Implementasi pertama yang dilakukan jam 08.30 WIB penulis menjelaskan kepada klien mengenai pentingnya nutrisi yang adekuat, diperoleh respon subjektif yaitu klien mengatakan paham dengan penjelasan yang telah disampaikan, sedangkan respon objektifnya klien bisa menyebutkan

kegunaan nutrisi yang adekuat. Implementasi kedua yang dilakukan pada jam 09.00 WIB penulis menganjurkan kepada klien untuk membersihkan gigi sebelum dan sesudah makan, diperoleh respon subjektif yaitu klien mengatakan mau mengikuti anjuran, sedangkan respon objektifnya klien kooperatif. Implementasi ketiga yang dilakukan pada jam 10.00 WIB penulis menganjurkan klien untuk makan dalam porsi kecil tetapi sering, diperoleh respon subjektif yaitu klien mengatakan mau bersedia mengikuti anjuran, sedangkan respon obyektifnya yaitu klien kooperatif. Implementasi keempat yang dilakukan pada jam 11.00 WIB penulis memberikan suasana makan yang rileks, diperoleh respon subyektif yaitu klien mengatakan nafsu makannya meningkat, sedangkan respon obyektifnya yaitu klien tidak merasakan mual. Implementasi kelima yang dilakukan pada jam 12.00 WIB penulis berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat / terapi untuk mengatasi rasa mual, diperoleh respon subyektif yaitu klien bersedia, sedangkan respon obyektifnya yaitu obat masuk dengan baik, tidak ada tanda-tanda alergi.

F. Evaluasi Keperawatan

Pada hari Jum'at tanggal 12 Februari 2010 untuk diagnosa keperawatan pertama diagnosa pertama yaitu ketidakefektifan pola pernafasan berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, evaluasinya diperoleh data subyektif yaitu klien mengatakan sesak nafasnya sudah berkurang, sedangkan data objektifnya klien terlihat tidak begitu sesak bernafas seperti sebelumnya, klien tampak masih menggunakan O₂ dan berposisi semi fowler. Berdasarkan data tersebut maka analisis yang ditemukan masalah teratasi sebagian, sehingga planning

yang ditetapkan yaitu pertahankan kondisi klien dengan posisi semi fowler, jika nafasnya kembali sesak.

Pada hari Kamis tanggal 11 Februari 2010 untuk diagnosa keperawatan kedua gangguan rasa nyaman (nyeri dada) berhubungan dengan akumulasi cairan dalam cavum pleura, evaluasinya diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan rasa nyeri sudah berkurang, sedangkan data objektifnya yaitu klien sudah tidak mengerutkan wajahnya lagi, tampak rileks, klien bisa bernafas tanpa merasakan nyeri di dadanya. Berdasarkan data tersebut maka analisis yang ditemukan masalah teratasi sebagian, sehingga planning yang ditetapkan yaitu lanjutkan intervensi, dengan menganjurkan klien menghindari penekanan area yang nyeri dan memberikan lingkungan istirahat dan membatasi aktivitas sesuai dengan kebutuhan.

Diagnosa keperawatan ketiga risiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, anorexia, evaluasinya diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan sudah tidak mual ketika makan, sedangkan data objektifnya yaitu klien makan makanan yang diberikan dari rumah sakit habis 1 porsi, dari data tersebut analisis yang ditemukan yaitu masalah teratasi, sehingga planning yang ditetapkan yaitu pertahankan kondisi klien dengan modifikasi pengawasan dan pengamatan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. A dengan umur 75 tahun, dengan diagnosa medis efusi pleura di ruang Baitus Salam Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan adalah pendekatan dalam pemecahan masalah yang sistematis untuk memberikan asuhan keperawatan terhadap setiap orang. Tahapan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi. Asuhan keperawatan ini dilakukan selama 2 hari dari tanggal 11 sampai 12 Februari 2010.

Sebelum penulis membahas masing-masing diagnosa keperawatan Pada Tn.A, penulis akan membahas data-data yang ada di pengkajian yang belum terdokumentasi secara lengkap.

Dalam pengkajian terdapat beberapa data yang terkaji tetapi penulis belum mencantulkannya karena keterbatasan penulis, yaitu pada pengkajian keluhan utama terdapat data klien mengatakan nafasnya sesak dengan aktivitas maupun istirahat, penulis tidak mengkaji aktivitas yang seperti apa sesak itu bertambah misalnya : apakah pada saat berjalan ke kamar mandi, seharusnya penulis menanyakan aktivitas yang seperti apa dan waktu kapan klien mengalami

nafasnya sesak, sehingga dapat diketahui seberapa berat sesak nafas yang dirasakan klien.

Selanjutnya penulis akan membahas untuk masing-masing diagnosa keperawatan:

1. Ketidakefektifan pola pernafasan berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukkan cairan dalam rongga pleura.

Ketidakefektifan pola pernafasan yaitu suatu keadaan ketika seorang individu mengalami kehilangan ventilasi yang aktual atau potensial yang berhubungan dengan perubahan pola pernafasan.

Batas karakteristik mayor antara lain : Perubahan dalam frekuensi atau pernafasan dan batasan minor antara lain, ortopnea, takipnea, hiperpnea hiperventilasi pernafasan disritmik pernafasan sukar atau berhati-hati. (Carpenito L.J, 2000 : 383).

Penulis menegakkan diagnosa ketidak efektifkan pola pernafasan berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura, karena dalam pengkajian penulis menemukan data-data sebagai berikut : data subyektif, klien mengatakan adanya sesak untuk bernafas, data obyektifnya, jika bernafas terasa sesak di dada, frekuensi pernafasan 30 x/mnt klien terpasang nasal kanul O₂ 2 liter permenit. dari pemeriksaan fisik perkusi terdengar pekak, adanya bunyi ronchi pada paru klien.

Dari data tersebut yang sebagai data mayor adalah klien mengatakan adanya sesak untuk bernafas, sedangkan yang sebagai data minor adalah

pada auskultasi terdapat suara nafas ronchi. Ronchi adalah termasuk suara tambahan yang dalam kondisi normal seharusnya tidak ada. Selain itu pada klien terdapat dispneu (sesak nafas), klien memakai alat bantu nafas dengan terpasang nasal kanul O₂ 2 liter permenit. yang normalnya orang bernafas tidak mengalami gangguan atau kesusahan dalam bernafas, frekuensi pernafasan 30x/menit.

Penulis memprioritaskan diagnosa keperawatan ketidak efektifan pola pernafasan berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura menjadi prioritas utama karena menurut hierarki Maslow hal ini termasuk kebutuhan fisiologis, sedangkan menurut *triage concept* termasuk kebutuhan yang *immediately*. Apabila tidak segera dipenuhi dapat menyebabkan kematian / kecacatan. Bernafas merupakan upaya untuk memenuhi oksigenasi, karena fungsi dari oksigen itu sendiri merupakan kebutuhan yang sangat mendasar, tanpa oksigen dalam waktu tertentu sel tubuh akan mangalami kerusakan yang menetap, selain untuk mempertahankan kelangsungan metabolisme sel dan menyelamatkan nyawa oksigen juga merupakan suatu komponen yang sangat penting di dalam memproduksi molekul Adenosin Trifosfat (ATP) secara normal. ATP adalah sumber bahan bakar untuk sel agar dapat berfungsi secara optimal. ATP memberikan energy yang diperlukan oleh sel untuk melakukan keperluan berbagai aktivitas untuk memelihara efektifitas segala fungsi tubuh.

Penulis melakukan rencana asuhan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pola nafas klien

kembali efektif dengan kriteria hasil klien mengatakan tidak sesak nafas, frekuensi pernafasan 17x/menit, harusnya penulis menetapkan frekuensi nafas dalam rentang normal 16-24x/menit, penulis melakukan intervensi : memberikan posisi semi fowler, memonitor TTV, kaji frekuensi kedalaman pernafasan, dari semua intervensi yang di cantumkan seharusnya penulis menambahkan intervensi yaitu : auskultasi bunyi nafas apakah ada bunyi nafas tambahan atau tidak, rasionalnya area yang tidak terventilasi dapat diidentifikasi dengan adanya bunyi nafas, kolaborasi berikan oksigen tambahan 3 liter x/menit, rasionalnya memaksimalkan bernafas dan menurunkan kerja nafas.

Penulis melakukan implementasi yaitu : memberikan posisi semi fowler, memonitor TTV klien, mengkaji fungsi pernafasan, kolaborasi berikan oksigen tambahan 3 liter x/menit jika klien tambah sesak, melakukan pemeriksaan paru, memberikan terapy peroral salbutamol 3x4 mg. Dari semua implementasi yang di lakukan terdapat kekurangan penulis untuk pelaksanaan implementasi pada pemeriksaan paru, yaitu pada perkusi penulis tidak melakukan pemeriksaan perkusi dada yang dilakukan untuk mengetahui perkusi dada masih pekak atau tidak, karena keterbatasan dan kurang pengetahuan penulis untuk melakukan implementasi tersebut.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 12 Februari 2010 di peroleh data subjektif yaitu klien mengatakan sesak nafasnya sudah berkurang, sedangkan data obyektifnya klien terlihat tidak begitu sesak nafasnya seperti sebelumnya, bunyi nafas ronchi dengan frekuensi nafas 17x/menit. Berdasarkan data

tersebut maka analisis yang ditemukan masalah teratasi sebagian, sehingga planning yang ditetapkan pertahankan kondisi klien dengan posisi semi fowler, jika nafasnya kembali sesak. dan mendelegasikan kepada perawat lain untuk melanjutkan intervensi dan melanjutkan pengobatan sesuai program.

2. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan akumulasi cairan dalam *cavum pleura*

Gangguan rasa nyaman nyeri yaitu keadaan ketika individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespons terhadap suatu rangsangan yang berbahaya.

Batasan karakteristik mayor antara lain individu memperlihatkan atau melaporkan ketidak nyamanan dan batasan karakteristik minor antara lain, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pernafasan meningkat, diaforesis, pupil dilatasi, posisi berhati-hati, raut wajah kesakitan, menangis, merintih (Carpenito L.J, 2000:49-50).

Pada data pengkajian tepatnya di riwayat penyakit sekarang, kekurangan penulis untuk menambahkan data P,Q,R,S,T, yang sebenarnya sudah tercantum di analisa data namun belum terdokumentasikan dalam pengkajian, yaitu priority atau prioritas timbul rasa nyeri karena apa, quality atau kualitas rasa nyeri seperti apa, region yaitu letak rasa nyeri dimana yang dirasakan pasien, skala nyeri berapa diantara 1 sampai 10, Time yaitu pada saat apa, kapan saja.

Penulis menegakkan diagnosa tersebut karena dalam pengkajian mendapatkan data-data sebagai berikut : P, rasa nyeri karena akumulasi cairan

di cavum pleura, Q, kualitas nyeri seperti ditusuk yang diperberat oleh nafas dalam, R, region letak nyeri pada dada kiri, S, skala nyeri 5.

Penulis memprioritaskan diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan akumulasi cairan dalam cavum pleura menjadi prioritas diagnosa yang kedua karena menurut hierarki Maslow menghindari nyeri merupakan salah satu dari kebutuhan fisiologis, Dampak nyeri itu sendiri antara lain, terjadi gangguan rasa nyaman, klien sulit menerima proses keperawatan yang kita berikan karena fokus klien pada rasa nyerinya, kebutuhan oksigen bertambah tekanan saraf simpatis sehingga pasien tambah sesak.

Penulis melakukan rencana asuhan keperawatan yang bertujuan setelah dilakukan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 4, dengan kriteria hasil ekspresi wajah klien rileks, kriteria hasil yang penulis tetapkan kurang lengkap seharusnya dengan menetapkan kriteria hasil skala nyeri menjadi 4.

Penulis melakukan intervensi : kaji karakteristik nyeri, memonitor TTV, berikan lingkungan istirahat dan batasi aktivitas sesuai kebutuhan, ajarkan metode pereda distraksi relaksasi, anjurkan klien untuk menghindari penekanan area yang sakit.

Penulis melakukan implementasi yaitu : mengkaji karakteristik nyeri, memonitor vital sign, menciptakan lingkungan istirahat yang nyaman dan batasi aktivitas sesuai kebutuhan, ajarkan metode pereda nyeri distraksi relaksasi, menganjurkan klien untuk mengompres dengan air hangat pada area yang sakit, memberikan terapi analgetik tramadol 3x1 30 mg melalui IV, dari

semua implementasi yang sudah dilaksanakan terdapat kekurangan penulis untuk pelaksanaan memberikan lingkungan istirahat di karenakan klien menempati ruangan bangsal kelas tiga sehingga untuk memberikan lingkungan istirahat yang nyaman mengalami kesulitan karena banyaknya pengunjung dari pasien lain.

Evaluasi yang dilakukan didapat pada tanggal 12 Februari 2010 diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan rasa nyeri sudah berkurang, sedangkan data obyektifnya yaitu klien sudah tidak mengerutkan wajahnya lagi, TD : 120/80 mmhg, N : 80x/menit, RR : 17x/menit, suhu : 36°C, skala nyeri 5 menjadi 4. klien tampak rileks, klien bisa bernafas tanpa merasakan nyeri di dadanya. berdasarkan data tersebut maka analisis yang ditemukan masalah teratasi sebagian, kemudian untuk planning penulis mendelegasikan kepada perawat lain untuk melanjutkan intervensi dan melanjutkan pengobatan sesuai program.

3. Resiko tinggi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Menurut Lynda jual C (2007), resiko tinggi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan dimana individu yang tidak puasa mengalami atau berisiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrien yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik. Batasan karakteristik mayor adalah adalah individu yang tidak puasa melaporkan atau mengalami asupan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan metabolik aktual atau potensial dengan asupan yang lebih. Batasan karakteristik minor adalah berat badan 10%

sampai 20% atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh.

Dalam pengkajian pola nutrisi seharusnya penulis mengkaji data antropometrik yaitu A: untuk mengetahui perbedaan berat badan sebelum sakit dan selama sakit. B: untuk mengetahui HB klien. C: untuk mengetahui konjungtiva klien tampak anemis atau tidak. D: untuk mengetahui diit atau pola makan klien setiap kali makan, dalam pengkajian pola nutrisi ini sebenarnya penulis sudah mencantumkan data antropometrik di analisa data namun penulis belum mendokumentasikan di pengkajian pola nutrisi.

Penulis menegakkan diagnosa keperawatan tersebut karena dalam pengkajian mendapatkan data antropometrik sebagai berikut : A, berat badan klien sebelum sakit dan selama sakit tetap sama 60 kg, B, HB: 10,4 (g/dl), C, konjungtiva klien nampak anemis klien tampak lemas, D, klien terasa mual selama satu hari dan klien makan hanya 3 sampai 4 sendok dengan komposisi nasi dan lauk pauk.

Resiko tinggi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, anoreksia, menjadi prioritas ke tiga karena menurut hierarki Maslow hal ini termasuk kebutuhan fisiologis yang membutuhkan penanganan segera, karena kalau tidak di atasi akan mengganggu kebutuhan dan memperbaiki keadaan dan apabila teratasi dapat meningkatkan nutrisi pada klien. sedangkan menurut triage concept kategori urgen yaitu masalah yang berkembang lambat dan dapat ditoleransi. Walaupun demikian nutrisi juga harus diatasi dan perlu tindakan yang tepat dimana nutrisi juga sangat penting karena nutrisi merupakan zat gizi yang dianjurkan untuk dikonsumsi setiap hari yang berfungsi sebagai energi dan

daya tubuh serta zat pembangun sumber energi sesuai dengan kebutuhan dan diit pasien tersebut.

Penulis melakukan rencana tindakan keperawatan yang bertujuan agar ketidak seimbangan nutrisi dapat teratasi, dengan kriteria hasil :menunjukkan berat badan meningkat, mual dapat dihindari, ketika klien sedang makan, satu porsi makanan dapat dihabiskan. Penulis melakukan intervensi : jelaskan pentingnya nutrisi yang adekuat, anjurkan klien oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan, berikan diet dalam jumlah kecil tapi sering, memberikan ranitidin IV 2x1ampul, seharusnya klien mengkaji dosis obat yang terdapat dalam ampul tersebut.

Penulis melakukan implementasi yaitu : penulis menjelaskan kepada klien mengenai pentingnya nutrisi yang adekuat, menganjurkan kepada klien untuk oral hygiene atau membersihkan mulut sebelum dan sesudah makan, menganjurkan klien untuk makan dalam porsi kecil tetapi sering, memberikan suasana makan yang rileks, memberikan terapi Ranitidin melalui 2x1A.

Evaluasi akhir pada diagnosa ini yang di peroleh adalah data subjektif yaitu klien mengatakan sudah tidak mual ketika makan, sedangkan data objektifnya yaitu makan makanan yang diberikan dari rumah sakit habis 1 porsi, dari data tersebut analisis yang ditemukan yaitu masalah teratasi, sehingga penulis mendelegasikan kepada perawat yang ada di ruangan untuk melanjutkan asuhan keperawatan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Efusi pleura adalah, pengumpulan cairan dalam ruang pleura yang terletak di antara permukaan viseral dan parietal, adalah proses penyakit primer yang jarang terjadi tetapi biasanya merupakan penyakit sekunder terhadap penyakit lain. Secara normal, ruang pleural mengandung sejumlah kecil cairan (5 sampai 15 ml) berfungsi sebagai pelumas yang memungkinkan permukaan pleural bergerak tanpa adanya friksi.
2. a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi yang berakibat Menurunkan ekspansi paru akibat efusi pleura, Fokus intervensi : Kaji frekuensi kedalaman pernafasan dan ekspansi paru, Catat supaya pernafasan termasuk penggunaan alat bantu, Auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas tambahan, Tinggikan kepala dan bantu mengubah posisi, Observasi pola batuk dan karakter sekret, Dorong atau bantu pasien dalam nafas dan latihan batuk, kolaborasi berikan Oksigen tambahan.
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan sistem transport oksigen sekunder akibat efusi pleura. Fokus intervensi : Kaji respon individu terhadap aktivitas bila pasien merespon aktivitas terhadap nyeri, Meningkatkan aktivitas secara bertahap, Ajarkan klien metode penghematan energi untuk aktivitas, luangkan waktu untuk istirahat, Ajarkan teknik pernafasan sadar terkontrol selama peningkatan

aktivitas dan saat stres emosi dan fisik, Monitor TTV segera setelah aktivitas, Anjurkan tiap baring yang dimodifikasi atau sempurna sesuai indikasi

- c. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan kurangnya suplai O₂ dalam jaringan. Fokus intervensi : Evaluasi kualitas nadi, perifer, distal terhadap cedera melalui Palpasi, Kaji aliran kapiler, warna kulit.
 - d. Resiko tinggi infeksi jaringan berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat tindakan WSD. Fokus intervensi : Identifikasi individu yang berisiko terhadap infeksi nosokomial, Kurangi organisme yang masuk kedalam individu, Lindungi individu yang mengalami defisit imun dari infeksi, Kurangi kerentanan individu terhadap infeksi.
3. a. Ketidak efektifan pola pernafasan berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukkan cairan dalam rongga pleura
- Fokus intervensi : Memberikan posisi semi fowler
- b. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan akumulasi dengan akumulasi cairan dalam cavum pleura
- Fokus intervensi : Kaji karakteristik nyeri
- c. Resiko tinggi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- Fokus intervensi : Memberikan makan dalam porsi kecil tapi sering

B. Saran

1. Bagi penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilannya dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Efusi pleura di ruang Baitus Salam Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Bagi lahan praktek

Lahan praktek diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada klien dengan efusi pleura dan dapat memberikan bimbingan yang lebih maksimal pada mahasiswa.

3. Bagi Institusi pendidikan

Institusi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa terutama dalam melakukan pemeriksaan pada klien efusi pleura baik didalam laboratorium maupun lahan praktik.

4. Bagi masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat mengetahui tentang penyakit efusi pleura dan mengetahui tentang cara merawat anggota keluarga dengan benar.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi, 2008, *Teori Prosedural Keperawatan. Konsep Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta : Salemba Medika
- Carpenito, Lynda Juall, 2007. *Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Doengoes, Marilyn E, 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan & Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi 3 . Jakarta. EGC
- Mansjoer, Arief, 2001. *Kapita Selekta Kedokteran* . Jilid 1. Jakarta : FKUI
- Potter,P. A, 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep Proses dan Praktik* . Jakarta : EGC
- Rohmah , Nikmatur, 2009. *Proses Keperawatan : Teori dan Aplikasi* . Jogjakarta : Ar -Ruzz Media
- Sjamsuhidayat, R, 2004. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Bedah* . Jakarta : EGC
- Smeltzer, Suzanne C, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Volume 2. Jakarta : EGC
- Somantri, Irman, 2009. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan* .Jakarta : Salemba Medika
- Sudoyo, A. W, 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi keempat- Jilid kedua . Jakarta :FKUI
- Suyono Slamet, 2001. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid 11*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI