

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L DENGAN
DIAGNOSA MEDIS EFUSI PLEURA DI RUANG IGD
RUMKITAL Dr RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

CLAUDIA AYU AULIA OKTAVIANA, S.Kep.
NIM.203.0020

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN Ny.L DENGAN DIAGNOSIS MEDIS EFUSI PLEURA DI RUANG IGD RUMKITAL Dr RAMELAN SURABAYA

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh :

CLAUDIA AYU AULIA OKTAVIANA, S.Kep.
NIM.203.0020

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 12 Juli 2021
Penulis

Claudia Ayu Aulia, S.Kep.
NIM. 203.0020

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Claudia Ayu Aulia Oktaviana S.Kep

NIM : 2030020

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pasien dengan Diagnosis Medis Efusi Pleura
Di IGD RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ilmiah ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Surabaya, 23 Juli 2021

Pembimbing



Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP.03020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Claudia Ayu Aulia Oktaviana, S.Kep

NIM : 2030020

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

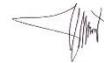
Judul : Asuhan Keperawatan Ny.L dengan Diagnosis Medis Efusi Pleura
di IGD RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya tulis ilmiah di Stikes Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “NERS (Ns.)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners
STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji 1 : Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP.03020



Penguji 2 : Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.03017



Penguji 2 : Ninik Ambar Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.03017



**Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**



Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP.03020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 31 juli 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL., Sp.KL selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya telah memberikan izin untuk dan lahan untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Laksamana pertama (purn) Dr. A.V. Sri Suhardingsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Selaku pembimbing KIA yang selalu memberikan

dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

5. Ibu Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Penguji terima kasih atas saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Ninik Ambar Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
8. Teman-teman sealmamater Profesi Ners Angkatan 2021 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 24 Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	i
KARYA TULIS ILMIAH	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 LPENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah	5
1.3 Tujuan umum	6
1.3.1 Tujuan khusus	6
1.4 Manfaat	6
1.5 Metode penulisan	7
1.6 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	10
2.1 Anatomi Fisiologi Paru - Paru	10
2.1.1 Pengertian Sistem Respirasi	10
2.2 Konsep IGD	11
2.2.1 Alur Pasien Instalasi Gawat Darurat.....	12
2.2.2 Triase	14
2.3 Konsep Efusi Pleura.....	20
2.3.1 Pengertian Efusi Pleura.....	20
2.3.2 Etiologi	20
2.3.3 Anatomi fisiologi.....	23
2.3.4 Klasifikasi	26
2.3.5 Tanda dan gejala	31
2.3.6 Komplikasi.....	32
2.3.7 Pemeriksaan penunjang	33
2.3.8 Penatalaksanaan	35
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	37
2.4.1 Pengkajian.....	37
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	45
2.4.3 Intervensi Keperawatan	46
2.4.5 Implementasi Keperawatan	51
2.4.6 Evaluasi Keperawatan	51
2.4.8 WOC (<i>Web Of Coution</i>)	52

BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	53
3.1 Pengkajian.....	53
3.1.1 Identitas Pasien	53
3.1.2 Pemeriksaan fisik.....	53
3.1.3 Primary Survey	54
3.1.4 Secondary Survey	56
3.1.5 Pemeriksaan Penunjang	57
3.2 Tabel Hasil Pemeriksaan Hematologi 19/03/2021	59
3.2.1 Terapi Medis	60
3.3 Diagnosis Keperawatan	60
3.4 Analisa Data.....	61
3.5 Intervensi Keperawatan	63
3.6 Implementasi Keperawatan	65
BAB 4 PEMBAHASAN	70
4.1 Pengkajian.....	70
4.2 Diagnosis Keperawatan	73
4.3 Intervensi Keperawatan.....	77
4.4 Implementasi Keperawatan.....	79
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	82
BAB 5 PENUTUP.....	84
5.1 Simpulan	84
5.2 Saran	86
DAFTAR PUSTAKA	87

DAFTAR TABEL

Tabel 3.4 Hasil Pemeriksaan Kimia Klinik tanggal 19/03/2021	57
Tabel 3.4 Hasil Pemeriksaan BGA (<i>Blood Gas Analisa</i>)19/03/2021	58
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....	65
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan.....	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Paru.....	23
Gambar 3.1 Pemeriksaan EKG	60

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 Curriculum Vitae	90
LAMPIRAN 2 Motto Dan Persembahan.....	91
LAMPIRAN 3 SPO Pemasangan EKG	93

DAFTAR SINGKATAN

B1: *Breath/ Pernapasan*

B2: *Blood/ Sirkulas*

B3: *Brain/ Persarafan*

B4: *Bladder/ Perkemihan*

B5: *Bowel/ Pencernaan*

B6: *Bone/ Muskuloskeletal*

BAB: Buang Air Besar

BAK: Buang Air Kecil

KEMENKES RI: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia

KTI: Karya Tulis Ilmiah

Ns: Ners

Ny: Nyonya

SDKI: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

SIKI: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

SLKI: Standar Luaran Keperawatan Indonesia

SPO: Standar Prosedur Operasional

WHO: *World Health Organization*

SIMBOL

% : Persen

? : Tanda Tanya

/ : Atau

= : Sama Dengan

– : Sampai

(+) : Positif

(-) : Negatif

< : Kurang Dari

> : Lebih Dari

≤ : Kurang Dari Sama Dengan

≥ : Lebih Dari Sama Dengan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Efusi pleura bukan merupakan suatu penyakit akan tetapi merupakan tanda adanya penyakit. Penyakit yang dapat menimbulkan efusi pleura adalah tuberculosis, infeksi nontuberculosis, sirosis hepatis, gagal kongestif. Secara geografis penyakit ini terdapat di seluruh dunia, dan menjadi masalah utama di negara yang sedang berkembang. Efusi pleura merupakan penimbunan cairan dalam rongga pleura (rongga yang terletak diantara selaput yang melapisi paru-paru dan rongga dada) timbunan cairan dalam rongga pleura akan menyebabkan desakan (penakanan) paru-paru, atelektasis, penekanan pembuluh vena besar, dan menurunnya aliran darah balik jantung, dan dapat terjadi akibat beberapa penyakit atau suatu trauma. (Taqiyyah & Mohammad 2013).

Di indonesia tuberculosis paru merupakan penyebab utama pada efusi pleura, di susul oleh keganasan. Prevalensi efusi pleura di Indonesia mencapai 2,7 % dari penyakit infeksi saluran napas lainnya, tingginya angka kejadian efusi pleura disebabkan keterlambatan penderita untuk memeriksa kesehatan sejak dini dan angka kematian akibat efusi pleura masih sering di temukan faktor resiko terjadinya efusi pleura karena lingkungan yang tidak bersih (*Departemen Kesehatan Republik Indonesia.*, 2006). Beberapa hasil penelitian menyebutkan 42-77% efusi pleura eksudativa disebabkan proses keganasan (Sato, 2006). Gagal jantung kongestif merupakan penyebab dari hampir 50 persen dari semua pleura efusi. Keganasan,

pneumonia, dan emboli paru adalah tiga penyebab utama dari efusi pleura (Light, 2002).

Pasien dengan efusi pleura yang awalnya normal pun dapat mengalami efusi pleura ketika terjadi payah/gagal jantung kongesif. Ketika jantung tidak dapat memompakan darahnya secara maksimal ke seluruh tubuh terjadilah peningkatan tekanan hidrostatik pada kapiler yang selanjutnya menyebabkan hipertensi kapiler sistemik. Cairan yang berada pada pembuluh darah pada area tersebut selanjutnya menjadi bocor dan masuk ke dalam pleura. Peningkatan pembentukan cairan dari pleura parietalis karena hipertensi kapiler sistemik dan penurunan reabsorpsi menyebabkan pengumpulan abnormal cairan pleura. Efusi Pleura merupakan proses penyakit primer yang jarang terjadi, tetapi biasanya merupakan penyakit sekunder terhadap penyakit lain. Kemungkinan penyebab efusi antara lain penghambatan drainase limfatik dari rongga pleura, gagal jantung yang menyebabkan tekanan kapiler paru dan tekanan perifer menjadi sangat tinggi sehingga menimbulkan transudasi cairan yang berlebih ke dalam rongga pleura, sangat menurunnya tekanan osmotik koloid plasma, jadi juga memungkinkan transudasi cairan yang berlebih, infeksi atau setiap penyebab peradangan apapun pada permukaan pleura dari rongga pleura, yang memecahkan membran kapiler dan memungkinkan pengaliran protein plasma dan cairan ke dalam rongga secara cepat. Cairan pleura dalam keadaan normal masuk ke dalam rongga pleura dari kapiler-kapiler di pleura parietal dan diserap melalui pembuluh limfe yang berada di pleura viseral. Cairan juga bisa masuk ke rongga pleura melalui rongga intersisial

paru melalui pleura viseral melalui celah sempit yang ada di diafragma (Loscalzo, 2015). Dari segi anatomis, permukaan rongga pleura berbatasan dengan paru sehingga cairan pleura mudah bergerak dari satu rongga ke rongga yang lainnya. Dalam keadaan normal seharusnya tidak ada rongga kosong diantara kedua pleura, karena biasanya hanya terdapat sekitar 10-20cc cairan yang merupakan lapisan tipis erosa yang selalu bergerak secara teratur. Setiap saat, jumlah cairan dalam rongga pleura bisa menjadi lebih dari cukup untuk memisahkan kedua pleura. Jika terjadi, maka kelebihan tersebut akan dipompa keluar oleh pembuluh limfatik (yang membuka secara langsung) dari rongga pleura ke mediastinum. Oleh karena itu, rongga pleura disebut sebagai ruang potensial, karena ruang ini normalnya begitu sempit, sehingga bukan merupakan ruang fisik yang jelas (Arif. Muttaqin, 2008). Tingkat kegawatan pada efusi pleura ditentukan oleh jumlah cairan, kecepatan pembentukan cairan dan tingkat penekanan paru. Jika efusi luas, ekspansi paru akan terganggu dan pasien akan mengalami sesak, nyeri dada, batuk non produktif bahkan akan terjadi kolaps paru dan akibatnya akan terjadilah gagal nafas (Dugdale, 2014)

Salah satu tanda mayor pada pasien Efusi Pleura dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas adalah dyspneu atau sesak napas. apabila suplai darah tidak lancar di paru-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O₂ dan CO₂ antara udara dan darah di paru-paru. Sehingga oksigenasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO₂ , yang akan membentuk asam di dalam tubuh. Situasi ini

akan memberikan suatu gejala sesak nafas (dyspnea), ortopnea (dyspnea saat berbaring) apabila aliran darah dari ekstremitas aliran balik vena kejantung dan paru-paru sehingga timbullah masalah keperawatan gangguan pertukaran gas (Kasron, 2016).

Efusi Pleura yang luas akan menyebabkan sesak napas, sehingga kebutuhan oksigen dalam tubuh kurang terpenuhi. Hal tersebut dapat menyebabkan metabolisme sel dalam tubuh tidak seimbang. Tanda gejala lain yang bisa dilihat pada penderita Efusi Pleura dengan masalah pola nafas berupa peningkatan usaha napas melalui peningkatan RR dan penggunaan otot-otot bantu pernapasan cuping hidung (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada pasien efusi pleura mengalami intoleransi aktifitas karena pasien akan mengeluh kelelahan dan lemas setelah melakukan aktifitas ringan. Setiap faktor yang mengganggu transpor oksigen, menyebabkan penurunan kondisi, atau menimbulkan kebutuhan energi yang berlebihan yang melampaui kemampuan fisik dan psikologis seseorang dapat menyebabkan intoleransi aktivitas. Intoleransi aktivitas terjadi menyebabkan mudah kelelahan pada seseorang, sehingga klien merasa terganggu dalam melakukan semua aktivitasnya, baik aktivitas yang ringan maupun berat. Sehingga klien merasa tidak mampu melakukan apa-apa sehingga hanya berbaring saja setiap harinya (Saferi & Mariza, 2013). Pasien efusi pleura juga dapat mengalami masalah keperawatan ansietas ini di tandai dengan pasien sering bertanya pada perawat tentang kondisinya dan pasien terlihat gelisah.

Berdasarkan data yang ada penyakit efusi pleura dengan masalah gangguan pertukaran gas memerlukan tindakan keperawatan manajemen jalan nafas, monitor pernafasan, memberikan posisi kepala lebih tinggi dari kepala/semi fowler untuk mempermudah fungsi pernapasan dengan adanya gravitasi, peningkatan pemberian oksigenasi. Dan menurut hasil penelitian pada bulan januari 2018 di provinsi riau. Hasil penelitian disimpulkan bahwa tindakan posisi low fowler, posisi semi fowler dan posisi standar fowler (Kushariyadi, 2010). Penatalaksanaan untuk pengobatan efusi pleura pemasangan water-seal drainage, pemberian obat pleurodesis, thorakosentesis, obat antibiotik, pemberian obat lainnya sesuai dengan diagnosa (Ketut. & Brigita, 2019). Pemilihan posisi untuk penderita dengan masalah pernapasan sangat penting untuk memfasilitasi pernapasan yang adekuat. Terdapat berbagai macam posisi tidur mulai dari supine, pronasi, lateral dan fowler. Salah satu posisi yang dapat diberikan adalah dengan memberikan posisi semi fowler kepada pasien. Karena kondisi efusi pleura yaitu adanya gangguan ventilasi yaitu restriksi yang merupakan kondisi adanya gangguan pengembangan paru sehingga udara yang masuk ke dalam paru kurang dari normal, sehingga dibutuhkan intervensi yang dapat memaksimalkan ventilasi. Oleh karena itu pemilihan posisi yang tepat sangat menentukan keberhasilan intervensi keperawatan yang dilakukan.

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah : “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Ny. L dengan Diagnosa Medis Efusi Pleura di IGD RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya”

1.3 Tujuan umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Pada Ny. L dengan Diagnosa Medis Efusi Pleura di IGD RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya

1.3.1 Tujuan khusus

1. Mengkaji pasien Ny. L Dengan Diagnosa Medis Efusi Pleura di IGD RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. L dengan Diagnosa Medis Efusi Pleura di IGD RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. L dengan Diagnosa Medis Efusi Pleura di IGD RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. L dengan Diagnosa Medis Efusi Pleura di IGD RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi pasien Ny. L dengan Diagnosa Medis Efusi Pleura di IGD RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. L dengan Diagnosa Medis Efusi Pleura di IGD RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademik

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien Efusi Pleura.

2. Secara Praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
 - a. Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien Efusi Pleura dengan baik.
 - b. Bagi peneliti
Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien Efusi Pleura.
 - c. Bagi profesi keperawatan
Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien Efusi Pleura

1.5 Metode penulisan

1. Metode
Mengungkapkan dan memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.
2. Teknik Pengumpulan Data
 - a. Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil/diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien.

c. Pemeriksaan

Data yang diambil/diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien seperti; catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini :
 - BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.
 - BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis DHF.
 - BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.
 - BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini.
 - BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Anatomi dan Fisiologi Paru – Paru, 2) Konsep Instalasi Gawat Darurat (IGD), 3) Konsep Penyakit Efusi Pleura, 4) Konsep Asuhan Keperawatan dengan Efusi Pleura dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

2.1 Anatomi Fisiologi Paru - Paru

2.1.1 Pengertian Sistem Respirasi

Respirasi adalah proses pertukaran gas dalam paru. Oksigen berdifusi ke dalam darah dan pada saat yang sama karbondioksida dikeluarkan dari darah. Udara dialirkan melalui unit pertukaran gas melalui jalan napas. Secara umum, proses respirasi memerlukan tiga subunit organ pernapasan, yaitu jalan napas atas, jalan napas bawah, dan unit pertukaran gas. Masing-masing subunit ini terdiri atas berbagai organ. Jalan napas atas terdiri dari hidung, sinus, faring, dan laring. Jalan napas bawah terdiri dari trakea dan bronkus serta percabangannya. Unit pertukaran gas terdiri dari bagian distal bronkus terminal (bronkiolus respiratorius), ductus alveolaris, sakus alveolaris, dan alveoli yang kesemuanya disebut dengan asinus. Organ paru ditutupi oleh rongga thoraks yang terbentuk dari iga, sternum, dan kolumna vertebra, dengan diafragma yang berbentuk kubah memisahkan toraks dari abdomen (Yusran Haskas, 2016).

2.2 Konsep IGD

Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pelayanan Gawat Darurat adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh korban atau pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan (Kemenkes RI, 2016).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. IGD memiliki peran sebagai gerbang utama masuknya penderita gawat darurat (Ali *et al*, 2014). Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera, yaitu cepat, tepat dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan. Pelayanan ini bersifat penting (*emergency*) sehingga diwajibkan untuk melayani pasien 24 jam sehari secara terus menerus (Destifiana, 2015).

Prinsip umum pelayanan IGD di rumah sakit berdasarkan Depkes RI, 2010 adalah sebagai berikut:

1. Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus – kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilitasi (*life saving*).
2. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.

3. Berbagai nama untuk instalasi atau unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD).
4. Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
5. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.
6. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana)
7. Setiap Rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi.

2.2.1 Alur Pasien Instalasi Gawat Darurat

Alur pasien Instalasi Gawat Darurat berdasarkan standar operasional prosedur di Rumah Sakit adalah tata cara penerimaan dan pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat agar pasien tertangani dengan tepat, cepat dan konsisten sesuai dengan triase. Tujuan dari alur pasien IGD adalah memastikan bahwa pelayanan dan penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat dilakukan sesuai dengan kategori triase Rumah Sakit Premier Surabaya. Prosedur alur pasien Instalasi Gawat Darurat (Kebijakan RS Premier Surabaya, 2015a) adalah sebagai berikut:

1. Perawat atau dokter terlatih melakukan triase saat pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Premier Surabaya, ditangani sesuai dengan tingkat kegawatannya.
2. Perawat atau dokter IGD menempatkan pasien kategori triase 1, untuk pasien yang akan dilakukan resusitasi dan aktifkan sistem *code blue* sesuai dengan prosedur.
3. Perawat atau dokter memberitahu pasien atau keluarga dengan kategori triase 2 – 4, untuk dilakukan pendaftaran di IGD.
4. Pasien dengan triase 5, pasien dipersilahkan untuk periksa ke poli umum.
5. Dokter jaga IGD akan melakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (bila diperlukan), kemudian menentukan diagnosa dan melakukan pemberian obat dan tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien kemudian melakukan evaluasi hasil tindakan dan mendokumentasikan hasil pemeriksaan di rekam medis pasien yang terdapat dalam *trackcare*.
6. Perawat atau dokter IGD pasien triase 1 yang dilakukan resusitasi bila berhasil pasien akan diproses untuk rawat inap sesuai dengan indikasi dan pasien triase 2 – 4 yang sudah dilakukan pemeriksaan oleh dokter jaga dan dinyatakan pasien perlu rawat inap sesuai dengan kondisi pasien di ruang rawat inap atau ruang perawatan intensif sesuai dengan kriteria masuk.
7. Setiap pasien yang rawat inap akan dilakukan *screening* khusus meliputi *swine* flu, Ebola, H5N1, MERS. Pemeriksaan lab dasar yaitu DL, SGOT, SGPT, Ureum, Creatinin, Serum Elektrolit, GDA. Usia > 35 tahun dilakukan rekam jantung EKG, dan untuk usia > 40 tahun dilakukan foto

thorax. Saat ini screening tambahan yang dilakukan jika pasien ada riwayat demam dan batuk pilek, pasien dilakukan pemeriksaan diruang isolasi di IGD, dan dilakukan prosedur swab nasofaring jika pasien akan rawat inap.

8. Bila pasien *post* MRS dari luar negeri dan rawat inap selama 7 hari di RS dalam negeri wajib untuk di lakukan pemeriksaan MRSA.
9. Pasien atau keluarga dipersilahkan untuk melakukan pendaftaran rawat inap. Waktu yang dibutuhkan untuk proses pemeriksaan fisik sampai pasien siap untuk diantar ke ruang rawat inap adalah 90 menit sesuai dengan indikator mutu ruang Instalasi Gawat Darurat RS Premier Surabaya.
10. Perawat atau dokter IGD melakukan resusitasi pada pasien triase 1 jika tidak berhasil dan dinyatakan meninggal oleh dokter jaga, pasien dipulangkan sesuai prosedur pasien pulang dari rumah sakit.
11. Perawat atau dokter IGD menjelaskan kepada pasien atau keluarga, apabila ruang rawat inap penuh, fasilitas tidak tersedia atas permintaan pasien atau keluarga akan dirujuk ke rumah sakit lain sesuai dengan prosedur rujuk ke rumah sakit lain.
12. Perawat atau dokter IGD, dalam keadaan bencana masal lakukan prosedur sesuai dengan waspada bencana dari luar rumah sakit.

2.2.2 Triase

Kata triase berasal dari bahasa Perancis *trier*, yang berarti memilah atau memilih. Saat ini, triase rumah sakit mengacu pada pemilahan cepat pasien yang datang ke IGD untuk mendapatkan perawatan (Gilboy, 2018).

1. Pengertian Triase

Triase merupakan salah satu keterampilan keperawatan yang harus dimiliki oleh perawat unit gawat darurat dan hal ini yang membedakan antara perawat unit gawat darurat dengan perawat unit khusus lainnya. Karena harus dilakukan dengan cepat dan akurat maka diperlukan perawat yang berpengalaman dan kompeten dalam melakukan (Pitang *et al*, 2016).

Triase adalah seleksi terhadap tingkat kegawat daruratan atas kondisi pasien yang dilakukan di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD). Tujuan dilakukan triase adalah untuk mengidentifikasi keadaan pasien dengan kebutuhan darurat, mendesak atau segera sehingga pasien dapat diperiksa segera mungkin oleh dokter dan mendapat asuhan.

2. Sistem Triase di Rumah Sakit

Saat ini, sebagian besar IGD menggunakan bermacam – macam jenis sistem triase. Sistem tersebut memiliki perbedaan mendasar dalam hal siapa yang melakukan triase, kedalaman pengkajian, dan jumlah informasi yang diperlukan dari pasien. Rumah Sakit Premier menggunakan *Australasian Triage Scale (ATS)* dalam melakukan triase pada pasien di IGD. *Australasian Triage Scale (ATS)* merupakan skala yang digunakan untuk mengukur urgensi klinis sehingga paten terlihat pada waktu yang tepat, sesuai dengan urgensi klinisnya (Dalglish *et al*, 2007). *Australasian Triage Scale (ATS)* dirancang untuk digunakan di rumah sakit berbasis layanan darurat di seluruh Australia dan Selandia Baru. ATS adalah skala untuk penilaian kegawatan klinis atau kondisi yang spesifik dengan tingkat

kegawatan tertentu. Selain menetapkan level kegawatan individu, skala ini telah digunakan untuk memeriksa kasus silang dan untuk menghubungkan antara level triase dan pengukuran lainnya seperti waktu tunggu di IGD, jumlah pasien yang dirawat di ICU, dan penggunaan sumber daya (Gilboy, 2018)

Target waktu untuk dilakukan evaluasi objektif oleh dokter pada masing – masing kategori. Waktu periksa adalah interval maksimum pasien harus menunggu untuk pengkajian lebih lanjut dan mendapatkan intervensi medis. Lama waktu tunggu dihitung mulai dari pasien tiba di IGD. Perawat triase memilih kategori ATS berdasarkan justifikasi profesionalnya terhadap pernyataan: “Pasien ini harus menunggu pengkajian dan intervensi medis dan tidak lebih dari.... menit/jam”.

Tabel 2.1 Kategori *Australasian Triage Scale*

SKALA TRIASE	RESPON TIME	KETERANGAN
SKALA 1	Segera	Resusitasi
SKALA 2	10 menit	Emergensi/ Gawat
SKALA 3	30 menit	<i>Urgent/ Darurat</i>
SKALA 4	60 menit	<i>Semi Urgent</i>
SKALA 5	120 menit	<i>Non Urgent</i>

Sumber: *Australian Government Department of Health and Aging, 2009*

Adapun penjelasan dari kategori skala triase berdasarkan Kebijakan RS Premier Surabaya, 2015b, akan dibahas sebagai berikut :

1. Skala 1

Kondisi yang mengancam jiwa dan membutuhkan tindakan segera. Deskripsi klinis dari skala triase 1 meliputi henti jantung, henti nafas, risiko

terhadap jalan nafas yang mengakibatkan henti nafas, *respiratory rate* < 10x/ menit, *extreme respiratory distress*, tekanan darah sistol < 80 mmHg (dewasa) atau *shock* pada anak – anak, tidak ada respon atau respon terhadap nyeri saja (GCS < 9), kejang yang berlangsung atau berkepanjangan, *overdosis* obat yang diberikan secara iv, pasien tidak ada respon atau hipoventilasi, dan gangguan kepribadian, serta perilaku yang berbahaya yang berpotensi mengancam jiwa dalam waktu segera.

2. Skala 2

Kondisi pasien cukup serius atau menurun begitu cepat yang berpotensi mengancam jiwa atau kegagalan sistem organ bila tidak dilakukan tindakan dalam waktu 10 menit dari kedatangan. Deskripsi Klinis dari skala triase 2 meliputi stridor dengan *distress* nafas, *severe respiratory distress*, gangguan sirkulasi yang ditandai dengan akral dingin basah, *heart rate* < 50 atau > 150 (dewasa), hipotensi dengan gangguan hemodinamik, perdarahan hebat, dan nyeri dada karena jantung. Nyeri yang hebat yang disebabkan banyak hal, gula darah < 2 mmol/l (< 35 mg/dl), ngorok, penurunan kesadaran yang disebabkan banyak hal (GCS < 13), hemiparese atau dysphasia akut, panas disertai kelemahan badan pada semua umur, mata terpapar cairan asam atau alkali yang memerlukan irigasi, *multiple trauma*, *severe trauma* – major trauma (amputasi), riwayat risiko tinggi yang ditandai dengan tertelan bahan *sedative* dan bahan *toxic* secara signifikan, keracunan bahan berbahaya, dan nyeri hebat yang berhubungan dengan *pre eclampsia*, *aneurysma aorta abdominal* dan *ectopic pregnancy*. Inpartu

dengan frekuensi his 2 – 3 menit. Perilaku atau psikiatrik yang ditandai dengan kasar atau agresif, melukai diri sendiri atau orang lain, membutuhkan atau telah dilakukan *restrain*, dan agitasi berat atau menyerang.

3. Skala 3

Kondisi pasien dapat memburuk atau dapat mengancam jiwa bila tindakan pemeriksaan dan pengobatan tidak dilakukan dalam waktu 30 menit dari kedatangan. Deskripsi klinis skala triase 3 meliputi *severe* hipertensi, perdarahan *moderately severe* apapun penyebabnya, nafas pendek – pendek, sesak nafas dengan SpO₂ 90 – 95%, gula darah > 16 mmol/l (> 285 mg/dl), kejang (sekarang sudah sadar), panas dengan kondisi immunosupresi pada pasien onkologi, terapi steroid, muntah terus menerus, dehidrasi, trauma kepala riwayat pingsan tapi sekarang sadar, nyeri sedang ke berat, sebab apapun, dan membutuhkan analgesik. Nyeri dada yang mungkin bukan jantung dan keparahannya sedang, kolik abdomen tanpa tanda – tanda risiko tinggi, keparahannya sedang atau usia pasien > 65 tahun, perubahan sensasi anggota gerak, tidak adanya nadi mendadak, trauma riwayat risiko tinggi dengan tidak ada risiko tinggi yang lainnya, neonatus stabil, anak – anak dengan risiko, perilaku atau psikiatrik yang ditandai dengan sangat stres, risiko mencederai diri sendiri, psikotik akut atau gangguan berpikir, krisis situasional, membahayakan diri sendiri dengan sengaja, dan agitasi atau penarikan diri atau potensial agresif.

4. Skala 4

Ada potensial untuk hasil yang tidak baik jika waktu pengobatan kritis tidak dilaksanakan dalam waktu 60 menit atau 1 jam. Deskripsi klinis dari skala triase 4 meliputi perdarahan ringan, aspirasi benda asing tanpa *distress* pernafasan, trauma dada tanpa fraktur atau *distress* nafas, sulit menelan tanpa *distress* nafas, trauma kepala tanpa riwayat pingsan, *vomiting* dan muntah terus menerus tanpa dehidrasi, inflamasi mata atau benda asing tapi penglihatan masih jelas, minor trauma, *sprain ankle*, kemungkinan fraktur, laserasi dengan tanda – tanda vital normal, nyeri ringan atau sedang, pemasangan gips yang terlalu kencang tetapi tidak ada gangguan *neurovascular*, radang sendi, nyeri perut yang tidak spesifik, masalah kejiwaan yang bersifat semi *urgent*, memerlukan observasi dengan atau tanpa risiko terhadap diri sendiri dan orang lain.

5. Skala 5

Kondisi pasien dengan keluhan kronis atau keluhan yang ringan dimana hasil klinis yang diharapkan tidak terpengaruh bila pemeriksaan terlambat sampai 120 menit atau 2 jam dari kedatangan. Deskripsi klinis dari skala triase 5 meliputi nyeri minimal tanpa ada risiko tinggi, riwayat risiko rendah dan sekarang tidak ada keluhan, gejala ringan dari sakit yang sekarang, gejala ringan dari kondisi risiko rendah, luka kecil – abrasi kecil, laserasi kecil (tanpa jahit luka), kontrol sesuai jadwal: seperti evaluasi luka, *dressing*. Imunisasi, perilaku atau psikiatrik yang ditandai dengan pasien yang diketahui dengan gejala yang kronis dan krisis sosial.

2.3 Konsep Efusi Pleura

2.3.1 Pengertian Efusi Pleura

Efusi pleura adalah penumpukan cairan di dalam ruang pleura yang terjadi karena proses penyakit primer dan dapat juga terjadi karena penyakit sekunder akibat penyakit lain. Efusi dapat berupa cairan jernih yang merupakan transudat, dan berupa pus atau darah (Baughman, 2000).

Efusi pleura adalah suatu keadaan dimana terdapat penumpukan cairan dalam rongga pleura berupa transudat dan eksudat yang diakibatkan terjadinya ketidakseimbangan antara produksi dan absorpsi di kapiler dan pleura viseralis (A. Muttaqin, 2012).

Cairan pleura diproduksi utama oleh pleura parietal dan direabsorpsi melalui limfatik pleura melalui stomata yang ada di pleura parietal. Pada manusia sehat, kavitas pleural umumnya berisi kira-kira 0.3 mL/kg cairan atau 10-20 mL dengan konsentrasi protein yang rendah (D'Agostino, H. and Edens, 2020)

2.3.2 Etiologi

Efusi pleura adalah akumulasi cairan pleura akibat peningkatan kecepatan produksi cairan, penurunan kecepatan pengeluaran cairan atau keduanya, ini disebabkan oleh satu dari lima mekanisme berikut (Morton 2012) :

- a. Peningkatan tekanan pada kapiler sub pleura atau limfatik
- b. Peningkatan permeabilitas kapiler
- c. Penurunan tekanan osmotik koloid darah
- d. Peningkatan tekanan negative intrapleura
- e. Kerusakan drainase limfatik ruang pleura

Penyebab efusi pleura:

a) Infeksi

(1) Tuberkulosis

(2) Pneumonitis

(3) Abses paru

(4) Perforasi esophagus

(5) Abses sifrenik

b) Non infeksi

(1) Karsinoma paru

(2) Karsinoma pleura: primer, sekunder

(3) Karsinoma mediastinum

(4) Tumor ovarium

(5) Bendungan jantung: gagal jantung, perikarditiskonstriktiva

(6) Gagal hati

(7) Gagal ginjal

(8) Hipotiroidisme

(9) Kilotoraks

(10) Emboli paru.

Berdasarkan jenis cairan yang terbentuk, cairan pleura dibagi lagi menjadi transudat, eksudat dan hemoragi.

a. Transudat

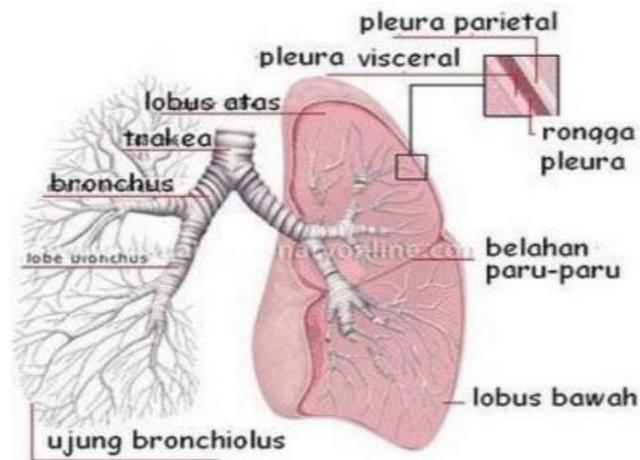
dapat disebabkan oleh kegagalan jantung kongesif (gagal jantung kiri), sindrom nefrotik, asites (karena sirosis hati), sindrom vena kava superior, tumor dan sindrom meigs.

b. Eksudat

disebabkan oleh infeksi, TB, pneumonia, tumor, infark paru, radiasi dan penyakit kolagen.

c. Efusi hemoragi dapat disebabkan oleh adanya tumor, trauma, infark paru dan tuberculosis.

2.3.3 Anatomi fisiologi



Gambar 2.2 Anatomi Paru dan Pleura (Adita, 2015)

Gambar 2.1 Anatomi Paru

a. Trakea

Trakea juga dikenal sebagai tenggorokan. Trakea adalah tulang tabung yang menghubungkan hidung dan mulut ke paru-paru. Ini adalah tabung berotot kaku terletak di depan kerongkongan yang sekitar 4,5 inci panjang dan lebar 1 inci.

b. Bronkus

Bronkus yang terbentuk dari belahan dua trakea pada ketinggian kira-kira vertebrata torakalis kelima, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Trakea bercabang menjadi bronkus utama (primer) kiri dan kanan. Bronkus kanan lebih pendek lebih lebar dan lebih vertikal dari pada yang kiri, sedikit lebih tinggi dari arteri pulmonalis dan mengeluarkan sebuah cabang utama lewat di bawah arteri disebut lobus bawah.

Bronkus kiri lebih panjang dan lebih langsing dari yang kanan, dan berjalan di bawah arteri pulmonalis sebelum dibelah menjadi beberapa cabang yang berjalan ke lobus atas dan bawah.

c. Bronkioli

Bronkioli membentuk percabangan menjadi bronkioli terminalis yang tidak mempunyai kelenjar lender dan silia. Bronkioli terminalis ini kemudian menjadi bronkioli respiratori, yang dianggap menjadi saluran transisional antara udara konduksi dan jalan udara pertukaran gas. Sampai titik ini, jalan udara konduksi mengandung sekitar 150 ml udara dalam percabangan trakeobronkial yang tidak ikut serta dalam pertukaran gas.

d. Pleura Parietal dan Pleura Visceral

Pleural yang bagiannya menempel dengan dinding dalam rongga dada disebut pleura parietalis dan bagian yang melekat dengan paru-paru disebut pleura visceralis. Sebetulnya pleura ini merupakan kantung yang dindingnya berisi cairan serosa yang berguna sebagai pelumas sehingga tidak menimbulkan sakit bila antara dinding rongga dada dan paru-paru terjadi gesekan pada waktu respirasi.

e. Lobus

Lobus merupakan jalur dari paru-paru yang terdiri dari beberapa bagian yaitu paru kiri terdiri dari dua lobus (lobus superior dan lobus inferior) dan paru kanan terdiri dari tiga lobus yaitu (lobus superior, lobus medius dan lobus inferior).

Pleura merupakan lapisan pembungkus paru. Di mana antara pleura yang membungkus pulmo dekstra et sinistra dipisahkan oleh adanya mediastinum. Pleura dari interna ke eksterna terbagi atas 2 bagian :

a. Pleura Viscularis/Pulmonis yaitu pleura yang langsung melekat pada permukaan pulmo.

b. Pleura Parietalis yaitu bagian pleura yang berbatasan dengan dinding thoraks. Kedua lapisan pleura ini saling berhubungan pada hilus pulmonis sebagai ligamen Pulmonal (pleura penghubung). Di antara kedua lapisan

pleura ini terdapat sebuah rongga yang disebut dengan cairan pleura. Dimana di dalam cairan pleura ini terdapat sedikit cairan pleura yang berfungsi agar tidak terjadi gesekan antara pleura ketika proses pernapasan. (Wijaya & Putri, 2013).

Paru-paru terbagi menjadi dua yaitu paru kanan yang terdiri tiga lobus terdiri dari bagian atas, tengah dan bawah sedangkan paru-paru kiri terdiri dari 2 lobus yaitu lobus atas dan bawah. Bagian atas puncak paru disebut apeks yang menjorok ke atas arah leher pada bagian bawah disebut basal. Paru-paru dilapisi oleh selaput pleura. Dari segi anatomisnya, permukaan rongga pleura berbatasan dengan paru sehingga cairan pleura mudah bergerak dari satu rongga ke rongga yang lainnya. Dalam keadaan normal seharusnya tidak ada rongga kosong diantara kedua pleura, karena biasanya sekitar 10-20 cc cairan yang merupakan lapisan tipis serosa yang selalu bergerak secara teratur. Cairan ini berfungsi untuk pelumas antara kedua pleura, sehingga pleura tersebut mudah bergeser satu sama lain.

Setiap saat, jumlah cairan dalam rongga pleura bisa menjadi lebih dari cukup untuk memisahkan kedua pleura. Jika terjadi, maka kelebihan tersebut akan

dipompa keluar oleh pembuluh limfatik dari rongga pleura ke mediastinum. Permukaan superior diafragma dan permukaan lateral pleura parietalis, memerlukan adanya keseimbangan antara produksi cairan pleura oleh pleura parietalis dan absorpsi oleh cairan viseralis. Oleh karena itu, rongga pleura disebut sebagai ruang potensial, karena ruang ini normalnya begitu sempit, sehingga bukan merupakan ruang fisik yang jelas (Muttaqin, 2011).

2.3.4 Klasifikasi

Efusi pleura di bagi menjadi 2 yaitu:

a. Efusi pleura transudat

Merupakan ultra filtrat plasma, yang menandakan bahwa membran pleura tidak terkena penyakit. Akumulasi cairan di sebabkan oleh faktor sistemik yang mempengaruhi produksi dan absorpsi cairan pleura. Transudat biasanya disebabkan oleh suatu kelainan pada tekanan normal di dalam paru-paru (Abata, 2014). Kondisi akibat proses bukan radang oleh gangguan keseimbangan cairan sistemik akan mengubah gaya hidrostatik atau gaya osmotik yang masuk ke membran pleura. Ukuran transudat di batasi oleh tekanan struktural dan pelebaran kandungan protein cairan, jika terjadi luka, cairan akan cepat diserap dan penyembuhan selesai tanpa meninggalkan jaringan parut (Gandasoebrata, 2007; Millard dan Pepper, 2013). Efusi transudat terjadi ketika faktor sistemik yang mempengaruhi pembentukan dan penyerapan cairan pleura berubah, penyebab di Amerika terbanyak adalah gagal ventrikel kiri dan sirosis (Ward et al, 2008). Penyakit penyebab transudat dapat terjadi pada kegagalan jantung kongestif, Sindroma Nefrotik, asites oleh sirosis

hepatitis, Sindroma Vena Cava Superior, glomerulonephritis akut, tumor dan Sindroma Meig's yang dapat menyebabkan hipoproteinemia (Alsagaff dan Mukty, 2008; Millard dan Pepper, 2013).

Keadaan transudat terjadi dalam kasus, sebagai berikut :

- 1) Gagal jantung Penyebab tersering efusi pleura adalah gagal ventrikel kiri, efusi pleura meningkatnya jumlah cairan ruang interstisium paru dan sebagian menembus pleura viseralis, menyebabkan kelebihan enyerapan jumlah kapasitas di pembuluh limfe pleura parietalis. Pasien gagal jantung, torakosentesis dilakukan diagnosis jika tidak terjadi efusi bilateral dan setara ukurannya. Pasien mengalami demam atau nyeri dada pleuritic dengan tujuan untuk memastikan ada atau tidaknya efusi transudat (Loscalzo, 2015).
- 2) Hidrotoraks hati Efusi terjadi pada sekitar 5% pasien dengan sirosis dan asites. Mekanisme utama dengan perpindahan langsung cairan peritoneum melalui lubang – lubang kecil di diafragma ke dalam rongga pleura. Efusi ini terjadi di sisi kanan dan sering cukup banyak menimbulkan dispneu berat (Loscalzo, 2015).
- 3) Empiema Empyema merupakan transisi dari efusi para pneumoni ke empiema melibatkan timbulnya organisme dalam cairan, peningkatan polimorf dan penurunan pH dan glukosa (Millard dan Pepper, 2013)

b. Efusi pleura eksudat

Efusi pleura ini terjadi akibat kebocoran cairan melewati pembuluh kapiler yang rusak dan masuk ke dalam paru terdekat (Morton, 2012)

Eksudat terjadi akibat peradangan pada pleura yang sering kali disebabkan oleh penyakit paru-paru (Alsagaff dan Mukty 2008), atau penyakit lokal paru-paru yang menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler atau obstruksi limfatik dan kadar protein cairan pleura yang meningkat. Efusi pleura eksudat terjadi ketika faktor lokal yang mempengaruhi pembentukan dan penyerapan cairan pleura berubah, penyebab yang sering terjadi adalah infeksi bakteri, keganasan dan emboli paru (Ward et al, 2008).

Mekanisme peningkatan permeabilitas kapiler tidak semua bisa diketahui, kemungkinan terbesar berasal dari racun bakteri dan endapan kompleks imun yang mengarah ke inflamasi. Penyebab paling umum dari eksudat adalah protein yang diserap melalui limfatik, protein pleura parietal, obstruksi limfatik pleura, peningkatan permeabilitas kapiler (Millard dan Pepper, 2013).

Ukuran eksudat dibatasi oleh refluks protein, peningkatan tekanan intrapleural yang memungkinkan berkurangnya filtrasi pada permukaan pleura yang sakit. Penyembuhan eksudat akan lebih lama, karena pengangkatan tergantung pada reabsorpsi protein oleh limfatik yang lambat dibandingkan dengan transfer cairan

melalui pleura yang memungkinkan terjadi penebalan residual pleura dan adesi antara lapisan pleura. Eksudat terjadi unilateral namun ada pengecualian, yaitu: metastasis dari kanker tertentu, limfoma, emboli paru, dan lupus erythematosus bilateral (Millard dan Pepper, 2013). Eksudat biasa terjadi pada keadaan infeksi : tuberkulosis, pneumonia, tumor, infark paru, radiasi, penyakit kolagen (Alsagaff dan Mukty 2008). Keadaan eksudat terjadi dalam kasus, sebagai berikut :

1) Efusi parapneumonia

Efusi ini berkaitan dengan pneumonia bakteri, abses paru, atau bronkiektasis, pasien pneumonia bakteri aerob dan efusi pleura memperlihatkan gejala demam akut, nyeri dada, produksi sputum, dan leukositosis. Pasien dengan infeksi anaerob mengalami sub akut dengan penurunan berat badan, leukositosis aktif, anemia ringan, dan riwayat predisposisi aspirasi. Cairan bebas yang akan memisahkan paru dari dinding dada sebesar > 10 mm (Loscalzo, 2015).

2. Efusi embolisasi paru

Cairan pleura hampir semua eksudat, diagnosis di tegakkan dengan CT scan atau ateriografi paru. Efusi ini terjadi secara unilateral. Beberapa indikasi tidak ada efusi yang disebabkan oleh emboli paru yang berhubungan dengan area infark (Millard dan Pepper, 2013; Kasper et al, 2005). Albumin pada infark paru akan meningkat, dengan masuknya

albumin ke dalam ruang pleura, tetapi tidak ada gangguan dari reabsorpsi limfatik (Millard dan Pepper, 2013).

3. Efusi tuberculosis

Efusi ini berkaitan dengan TB primer diduga penyebab utama adalah reaksi hipersensitivitas terhadap protein TB di rongga pleura. Gejala dari efusi ini adanya demam, penurunan berat badan, dispneu, nyeri dada pleuritik. Cairan efusi eksudat disertai dominasi sel limfosit kecil, basil pada hapusan ini sulit ditemukan. Diagnosis dapat ditegakkan jika ada penanda peningkatan adenosin deaminase (ADA) >40 IU/L atau interferon $\gamma > 140$ pg/mL, biopsi jarum, biakan cairan positif (Kasper et al, 2005; Loscalzo, 2015)

4. Metastases

Keganasan paru primer sebagian besar efusi pleura yang eksudatif (90%) yang disebabkan oleh invasi langsung atau obstruksi drainase limfatik parietal. Penanda metastasis dengan LDH yang sangat tinggi, pH rendah, glukosa rendah (Ward et al, 2007). Metastase ini sering dijumpai pada ca mama dan tumor primer pleura, yaitu mesothelioma yang sebagian besar karena abses (Alsagaff dan Mukty, 2008).

5. Penyakit Pembuluh Darah Kolagen

Penyakit kolagen ini terjadi pada komplikasi pleur dari penyakit Systemic lupus erythematosus (SLE) dengan Rheumatoid arthritis (RA) sebagian mengalami efusi. Penderita SLE mengalami riwayat nyeri

pleuritik pada waktu yang lama bilateral dengan gejala radang selaput dada, sesak napas dan demam (Millard dan Pepper, 2013).

2.3.5 Tanda dan gejala

Menurut (Saferi, 2013) tanda dan gejala yang ditimbulkan dari efusi pleura berdasarkan penyebabnya adalah :

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

2.3.6 Komplikasi

a. Fibrotoraks

Efusi pleura yang berupa eksudat yang tidak ditangani dengan drainase yang baik akan terjadi perlekatan fibrosa antara pleura parietalis dan pleura viseralis. Keadaan ini disebut dengan fibrotoraks. Jika fibrotoraks meluas dapat menimbulkan hambatan mekanis yang berat pada jaringan - jaringan yang berada dibawahnya. Pembedahan pengupasan (dekortikasi) perlu dilakukan untuk memisahkan membran - membran pleura tersebut.

b. Atalektasis

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

c. Fibrosis paru

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

d. Kolaps Paru

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

e. Empiema

Kumpulan nanah dalam rongga antara paru-paru dan membran yang mengelilinginya (rongga pleura). Empiema disebabkan oleh infeksi yang menyebar dari paru-paru dan menyebabkan akumulasi nanah dalam rongga pleura. Cairan yang terinfeksi dapat mencapai satu gelas bir atau lebih, yang menyebabkan tekanan pada paru-paru, sesak napas dan rasa sakit (Morton, 2012).

2.3.7 Pemeriksaan penunjang

Menurut (Pranita, 2020), pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien efusi pleura adalah:

a. Radiografi dada

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

b. Ultrasonografi thoraks

Juga memiliki peran yang semakin penting dalam evaluasi efusi pleura karena sensitivitasnya yang lebih tinggi dalam mendeteksi cairan pleura daripada pemeriksaan klinis atau radiografi toraks. Karakteristik yang juga dapat dilihat pada USG dapat membantu menentukan apakah terjadi efusi sederhana atau kompleks. Efusi sederhana dapat diidentifikasi sebagai cairan dalam rongga pleura dengan echotexture homogen seperti yang terlihat pada sebagian besar

efusi transudatif, sedangkan efusi yang kompleks bersifat echogenic, sering terlihat septasi di dalam cairan, dan selalu eksudat. Bedside Ultrasound dianjurkan saat melakukan thoracentesis untuk meningkatkan akurasi dan keamanan procedural pleura melalui biopsi jalur perkutaneus. Komplikasi biopsi adalah pneumothoraks, hemothoraks, penyebaran infeksi dan tumor dinding dada.

f. Analisa cairan pleura

Untuk diagnostik cairan pleura perlu dilakukan pemeriksaan:

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

2. Biokimia, untuk membedakan transudasi dan eksudasi.

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

4. Bakteriologi

Biasanya cairan pleura steril, tapi kadang-kadang dapat mengandung mikroorganisme, apalagi bila cairannya purulen. Efusi yang purulen dapat mengandung kuman-kuman yang aerob ataupun anaerob. Jenis kuman yang sering ditemukan adalah Pneumococcus, E.coli, clebsiella, Pseudomonas, Enterobacter.

g. CT Scan Thoraks

Berperan penting dalam mendeteksi ketidaknormalan konfigurasi trakea serta cabang utama bronkus, menentukan lesi pada pleura dan secara umum mengungkapkan sifat serta derajat kelainan bayangan yang terdapat pada paru dan jaringan toraks lainnya (Pranita, 2020).

2.3.8 Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan pada efusi pleura adalah paliasi atau mengurangi gejala. Pilihan terapi harus tergantung pada prognosis, kejadian efusi berulang, dan keparahan gejala pada pasien (Pranita, 2020)

a. Thorakosintesis

Thorakosintesis diindikasikan untuk efusi pleura baru yang tidak tau penyebabnya. Observasi dan optimal medical therapy (OMT) tanpa dilakukan thoracentesis merupakan hal yang wajar dalam penanganan efusi pleura karena gagal jantung atau setelah operasi CABG. Namun manifestasi lain (seperti demam, pleuritis; radang selaput dada) atau kegagalan untuk menanggapi terapi pada pasien harus segera dipertimbangkan dilakukan thoracentesis diagnostik.

b. Pemeriksaan laboratorium

Analisis cairan pleura, penampilan makroskopis cairan pleura harus diperhatikan saat dilakukan thoracentesis, karena dapat menegaskan diagnosis. Cairan bisa sifatnya serosa, serosanguineous (ternoda darah), hemoragik, atau bernanah. Cairan berdarah (hemoragik) sering terlihat pada

keganasan, emboli paru dengan infark paru, trauma, efusi asbes jinak, atau sindrom cedera jantung. Cairan purulen dapat dilihat pada empiema dan efusi lipid. Sebagai tambahan, bau busuk dapat menyebabkan infeksi anaerob dan bau amonia menjadi urinothorax. Karakterisasi cairan pleura sebagai transudat atau eksudat membantu menyingkirkan diagnosis banding dan mengarahkan pemeriksaan selanjutnya.

c. Kimia darah

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

d. Water Seal Drainage (WSD)

Drainase cairan (Water Seal Drainage) jika efusi menimbulkan gejala subyektif seperti nyeri, dispnea, dll. Cairan efusi sebanyak 1 – 1,2 liter perlu dikeluarkan segera untuk mencegah meningkatnya edema paru, jika jumlah cairan efusi lebih banyak maka pengeluaran cairan berikutnya baru dapat dilakukan 1 jam kemudian. Pada efusi yang terinfeksi perlu segera dikeluarkan dengan memakai pipa intubasi melalui selang iga. Bila cairan pusnya kental sehingga sulit keluar atau bila empiemanya multiokuler, perlu

tindakan operatif. Mungkin sebelumnya dapat dibantu dengan irigasi cairan garam fisiologis atau larutan antiseptik. Pengobatan secara sistemik hendaknya segera dilakukan, tetapi terapi ini tidak berarti bila tidak diiringi pengeluaran cairan yang adequate.

Untuk mencegah terjadinya lagi efusi pleura setelah aspirasi dapat dilakukan pleurodesis yakni melengketkan pleura viseralis dan pleura parietalis. Zat-zat yang dipakai adalah tetrasiklin, Bleomicin, Corynebacterium parvum dll (Pranita, 2020)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan diawali dengan mencari data dasar yang akurat berupa hasil pengkajian. Setelah pengkajian maka ditegakkan diagnosa keperawatan lalu menyusun rencana tindakan (intervensi) sebagai panduan dalam melakukan tindakan keperawatan (implementasi). Proses asuhan keperawatan yang terakhir adalah evaluasi keperawatan untuk menilai keberhasilan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan (Elyas, 2013).

2.4.1 Pengkajian

- A. Pengkajian primer
 - 1) Airway
 - a) Peningkatan sekresi pernapasan
 - b) Bunyi nafas krekels, ronki dan mengi

- c) Jalan napas adanya sputum, secret, lendir, darah, dan benda asing,
 - d) Jalan napas bersih atau tidak
- 2) Breathing
- a) Distress pernapasan : pernapasan cuping hidung, takipneu/bradipneu, retraksi.
 - b) Peningkatan frekuensi nafas.
 - c) Nafas dangkal dan cepat
 - d) Kelemahan otot pernapasan
 - e) Reflek batuk ada atau tidak
 - f) Penggunaan otot Bantu pernapasan
 - g) Penggunaan alat Bantu pernapasan ada atau tidak
 - h) Irama pernapasan : teratur atau tidak
 - i) Bunyi napas Normal atau tidak
- 3) Circulation
- a) Penurunan curah jantung : gelisah, letargi, takikardia
 - b) Sakit kepala
 - c) Gangguan tingkat kesadaran
- 4) Disability
- a) Keadaan umum : GCS, tingkat kesadaran, nyeri atau tidak
 - b) Adanya trauma atau tidak pada thoraks
- 5) Exposure
- a) Enviromental control
 - b) Buka baju penderita tetapi cegah terjadinya hipotermia

B. Pengkajian Sekunder

1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, 39ebagian39i, pekerjaan, alamat, no. rekam medis, diagnosis medis.

2. Keluhan Utama Biasanya pada pasien dengan efusi pleura didapatkan keluhan berupa : sesak nafas, rasa berat pada dada, nyeri 39ebagian39 akibat iritasi pleura yang bersifat tajam dan terlokasilir terutama pada saat batuk dan bernafas serta batuk non produktif.

3. Riwayat Penyakit Sekarang Pasien dengan 39ebagi pleura biasanya akan diawali dengan adanya tanda -tanda seperti batuk, sesak nafas, nyeri 39ebagian39, rasa berat pada dada, berat badan menurun dan sebagainya.

4. Riwayat Penyakit Dahulu Perlu ditanyakan apakah pasien pernah menderita penyakit seperti TBC paru, pneumoni, gagal jantung, trauma, asites dan sebagainya. Hal ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya 39ebagi predisposisi.

5. Riwayat Penyakit Keluarga Perlu ditanyakan apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit- penyakit yang disinyalir sebagai penyebab 39ebagi pleura seperti Ca paru, asma, TB paru dan lain sebagainya.

6. Riwayat Psikososial Meliputi perasaan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana cara mengatasinya serta bagaimana perilaku pasien terhadap 40ebagian yang dilakukan terhadap dirinya.
7. Pengkajian Pola Fungsi
 - Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat
 - Adanya 40ebagian medis danperawatan di rumah sakit mempengaruhi perubahan persepsi tentang 40ebagian40, tapi kadang juga memunculkan persepsi yang salah terhadap pemeliharaan 40ebagian40.
 - Kemungkinan adanya 40ebagia kebiasaan merokok, minum alcohol dan penggunaan obat-obatan bias menjadi 40ebagi predisposisi timbulnya penyakit.
8. Pola nutrisi dan metabolisme
 - Dalam pengkajian pola nutrisi dan sebagai kita perlu melakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan untuk mengetahui status nutrisi pasien.
 - Perlu ditanyakan kebiasaan makan dan minum sebelum dan selama MRS pasien dengan sebagai pleura akan mengalami penurunan nafsu makan akibat dari sesak nafas dan penekanan pada struktur abdomen.
 - Peningkatan sebagian akan terjadi akibat proses penyakit. Pasien dengan sebagi pleura keadaan umumnya lemah.

9. Pola eliminasi

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

10. Pola tidur dan istirahat

- Adanya nyeri dada, sesak nafas dan peningkatan suhu tubuh akan berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan tidur dan istirahat.
- Selain itu, akibat perubahan kondisi lingkungan dari lingkungan rumah yang tenang ke lingkungan rumah sakit, dimana banyak orang yang mondar – mandir, berisik dan lain sebagainya.

11. Pemeriksaan Fisik

- 1) Status Kesehatan Umum Tingkat kesadaran pasien perlu dikaji, bagaimana penampilan pasien secara umum, ekspresi wajah pasien selama dilakukan anamnesa, sikap dan perilaku pasien terhadap petugas, bagaimana mood pasien untuk mengetahui tingkat kecemasan dan ketegangan pasien.

2) Sistem Respirasi

Inspeksi pada pasien efusi pleura bentuk hemithorax yang sakit mencembung, iga mendatar, ruang antar iga melebar, pergerakan pernafasan menurun. Pendorongan mediastinum 42ebagia hemithorax kontra lateral yang diketahui dari posisi 42ebagia dan ictus cordis. Pernafasan cenderung meningkat dan pasien biasanya dyspneu.

- a) Fremitus tokal menurun terutama untuk 42ebagi pleura yang jumlah cairannya > 250 cc. Disamping itu pada palpasi juga ditemukan pergerakan dinding dada yang tertinggal pada dada yang sakit.
- b) Suara perkusi redup sampai pekak tergantung jumlah cairannya. Bila cairannya tidak mengisi penuh rongga pleura, maka akan terdapat batas atas cairan berupa garis lengkung dengan ujung lateral atas ke medical penderita dalam posisi duduk. Garis ini disebut garis Ellis Damoiseaux. Garis ini paling jelas di bagian depan dada, kurang jelas di punggung.
- c) Auskultasi suara nafas menurun sampai menghilang. Pada posisi duduk cairan makin ke atas makin tipis, dan dibaliknya ada kompresi 42ebagian42ic dari parenkian paru, mungkin saja akan ditemukan tanda tanda auskultasi dari 42ebagian42ic kompresi di sekitar batas atas cairan.

3) Sistem Cardiovasculer

- a) Pada inspeksi perlu diperhatikan letak ictus cordis, normal berada pada ICS-5 pada linea medio klavikula kiri selebar 1 cm. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya pembesaran jantung.
- b) Palpasi untuk menghitung frekuensi jantung (heart rate) harus diperhatikan kedalaman dan teratur tidaknya denyut jantung, perlu juga memeriksa adanya thrill yaitu getaran ictuscordis.
- c) Perkusi untuk menentukan batas jantung dimana daerah jantung terdengar pekak. Hal ini bertujuan untuk menentukan adakah pembesaran jantung atau ventrikel kiri.
- d) Auskultasi untuk menentukan suara jantung I dan II tunggal atau gallop dan adakah bunyi jantung III yang merupakan gejala payah jantung serta adakah murmur yang menunjukkan adanya peningkatan arus turbulensi darah.

4. Sistem Pencernaan

- a. Pada inspeksi perlu diperhatikan, apakah abdomen membuncit atau datar, tepi perut menonjol atau tidak, umbilicus menonjol atau tidak, selain itu juga perlu di inspeksi ada tidaknya benjolan-benjolan atau massa.
- b. Auskultasi untuk mendengarkan suara usus dimana nilai normalnya 5-35 kali per menit.
- c. Pada palpasi perlu juga diperhatikan, adakah nyeri tekan abdomen, adakah massa (tumor, feces), turgor kulit perut untuk mengetahui derajat hidrasi pasien, apakah hepar teraba.

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

e. Sistem Neurologis

Pada inspeksi tingkat kesadaran perlu dikaji Disamping itu juga diperlukan pemeriksaan GCS, apakah composmentis atau somnolen atau comma. Pemeriksaan refleks patologis dan refleks fisiologisnya. Selain itu fungsi-fungsi sensoris juga perlu dikaji seperti pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan dan pengecapan.

f. Sistem Muskuloskeletal

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

g. Sistem Integumen Inspeksi mengenai keadaan umum kulit 44ebagia, warna ada tidaknya lesi pada kulit, pada pasien dengan efusi biasanya akan tampak cyanosis akibat adanya kegagalan 44ebagi transport oksigen. Pada palpasi perlu diperiksa mengenai kehangatan kulit (dingin, hangat, demam). Kemudian tekstur kulit (halus-lunakkasar) serta turgor kulit untuk mengetahui derajat hidrasi seseorang.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif (2015), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul dengan masalah pneumonia:

- 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan yang ditandai dengan dispnea, dispnea, penggunaan otot bantu pernafasan, pernafasan cuping hidung (**D.0005**)
- 2) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kalpier yang ditandai dengan dispnea saat istirahat, dispneu saat aktifitas ringan, sianosis. (**D.0003**)
- 3) Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (**D.0032**)
- 4) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (**D.0077**)
- 5) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum (**D.0056**)

2.4.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Pola nafas tidak efektif (SDKI, 2016 D.0005)	Setelah di lakukan asuhan keperawatan 1x4 jam di harapkan ekspirasi ventilasi adekuat membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilasi semenit meningkat 2. Kapasitas vital meningkat 3. Tekanan ekspirasi meningkat 4. Dispnea menurun 5. Penggunaan otot bantu nafas menurun Pernafasan cuping hidung menurun	Manajemen jalan nafas Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas 2. Monitor bunyi nafas 3. Monitor adanya sputum Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan kepatenan jalan nafas 5. Posisikan semi fowler 6. Lakukan fisioterapi dada 7. Berikan oksigen Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari Ajarkan teknik batuk efektif
2.	Gangguan pertukaran gas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 Jam Pola Napas Membaik	Pemantauan Respirasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas

	(SDKI, 2016 D0003)	<p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Frekuensi nafas membaik (12-20x/menit) 4. Gelisah menurun 5. Napas cuoing hidung menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor saturasi oksigen 3. Monitor nilai AGD 4. Berikan oksigen 5. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
3.	<p>Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (SDKI, 2016 D.0032)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 Jam asupan nutrisi membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang di habiskan cukup meningkat 2. Kekuatan otot menelan meningkat 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi status nutrisi 2. identifikasi makanan yang di sukai 3. monitor asupan makanan 4. monitor hasil pemeriksaan laboratorium

		<p>3. Kekuatan otot pengunyah meningkat</p> <p>4. Verbalisasi untuk meningkatkan nutrisi meningkat</p>	
4.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI, 2016 D.0077)	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri Menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Mual dan muntah menurun 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri 2. identifikasi skala nyeri non verbal 3. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kuantitas, intensitas nyeri

			<p>4. identifikasi budaya terhadap respon nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <p>5. Ajarkan non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, tarik nafas dalam , terapi musik dll)</p> <p>6. Berikan analgetik</p>
5.	Intoleransi aktifitas (SDKI, 2016 D.0056)	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan Toleransi Aktivitas Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari 2. Keluhan lelah menurun 3. Perasaan lemah menurun 	<p>Intervensi Keperawatan Manajemen Energi (SIKI 1.05178)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 3. Anjurkan tirah baring

		4. Frekuensi napas membaik (12-20x/menit)	
--	--	----------------------------------------------	--

2.4.5 Implementasi Keperawatan

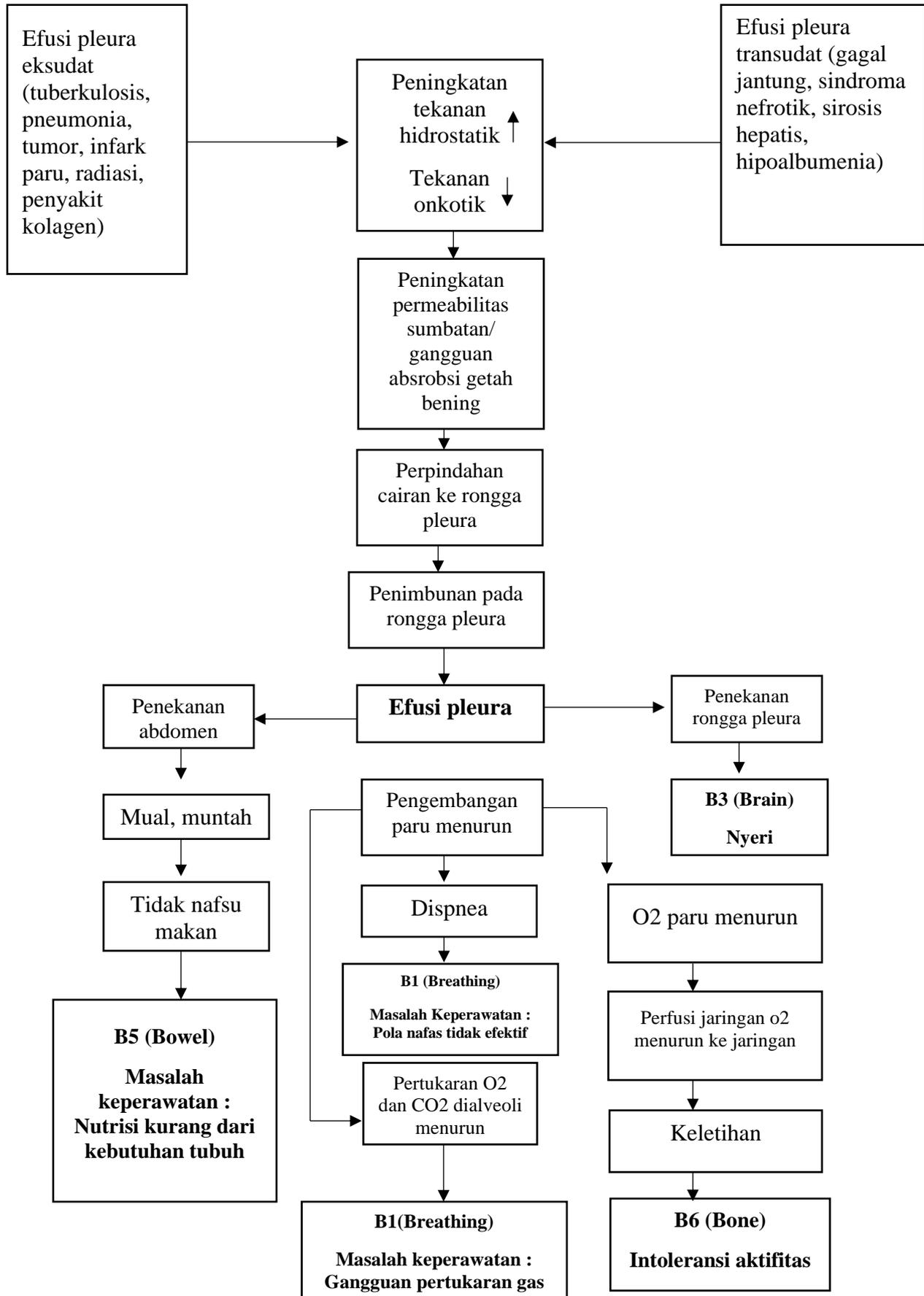
Implementasi adalah berkesinambungan dan interaktif dengan komponen lain dari proses keperawatan. Selama implementasi, perawat mengkaji kembali pasien, modifikasi rencana asuhan, dan menuliskan kembali hasil yang diharapkan sesuai kebutuhan. Untuk implementasi yang efektif, perawat harus berpengetahuan banyak tentang tipe-tipe intervensi, proses implementasi dan metode implementasi. Ada tiga fase implementasi keperawatan yaitu :

- a. Fase persiapan, meliputi pengetahuan tentang rencana, validasi rencana, pengetahuan dan keterampilan mengimplementasikan rencana, persiapan pasien dan lingkungan.
- b. Fase operasional, merupakan puncak implementasi dengan berorientasi dengan tujuan. Implementasi dapat dilakukan dengan intervensi independen, dependen atau interdependen
- c. Fase terminasi, merupakan terminasi perawat dengan pasien setelah implementasi dilakukan (potter and pery, 2005)

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus – menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

2.4.8 WOC (Web Of Coughtion)



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Ny.L dengan diagnosis medis Efusi Pleura meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 Maret 2021 di ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya, terhadap Ny. L, usia 62 tahun, berjenis kelamin perempuan, baragama Islam, suku bangsa Jawa/ Indonesia, dan bertempat tinggal di Surabaya, memiliki 3 orang anak. Pendidikan terakhir SMA dan saat ini pasien sudah tidak bekerja. Penanggung jawab biaya rumah sakit adalah Anak. Pasien dirawat dengan diagnosis medis Efusi Pleura. Pasien masuk melalui IGD pukul 10.20 dengan keluhan sesak napas.

3.1.2 Pemeriksaan fisik

B1 (*Breath*/pernapasan)

Bentuk dada normocest, pergerakan simetris, ada otot bantu nafas cuping hidung, pola nafas takipneu, tidak ada batuk, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan pada bagian leher, tidak ada odema atau cairan, saat diperkusi didapatkan sonor, irama ireguler, saat di auskultasi ada suara nafas tambahan ronchi. Hasil GDA : PCO₂ : 7,260 (35-45 mmHg) Asidosis , PO₂ : 79 (80-100 mmHg) Alkalosis, pH : 7,260 (7,35-7,45) Alkalosis, HCO₃ : 26,8 (22-26) Alkalosis

B6 (*Bone/ Muskuloskeletal*)

Pengkajian yang didapatkan pada Ny. L rambut berwarna hitam, kulit kepala tidak ada lesi warna kulit kuning langsung, kuku bersih, turgor kulit menurun. ROM mengalami lemah pada ekstermitas karena lemas dan enggan bergerak. Tidak ada kelainan pada tulang.

3.1.3 Primary Survey

Pasien datang dengan menggunakan mobil pribadi dibawa oleh keluarganya pada pukul 22.00 di Instalasi Gawat Darurat IGD RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya , pasien masuk IGD dengan menggunakan bed, kondisi pada saat datang pasien sesak napas, akral dingin basah, demam, pucat dan lemas. Pasien langsung di bawa ke IGD RUMKITAL Dr Ramelan Surabaya . Saat di IGD kondisi pasien lemah kesadaran komposmentis, GCS E: 4, V: 5, M: 6, kategori triase P2 warna merah, dengan klasifikasi kasus medik *emergency non trauma*.

Hasil pemeriksaan di IGD keluhan utama pasien: sesak napas dirasakan sudah sejak 3 hari yang lalu yang lalu hilang timbul dan demam, sesak berkurang dengan posisi setengah duduk. Semakin memberat hari ini, disertai dengan demam, badan lemas. Keluhan sesak memberat siang ini, sesak dirasakan terutama jika pasien beraktivitas. Keluhan sesak berkurang jika pasien posisi duduk atau tidur dengan diberi ganjal 3 bantal. Riwayat perjalanan keluar kota disangkal.

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan jika pasien memiliki riwayat sakit diabetes 2 tahun yang lalu, tidak mempunyai riwayat hipertensi maupun lainnya. pasien juga mengatakan jika pasien tidak ada alergi baik obat – obatan,

atau makanan. Hasil vital sign pasien didapatkan tekanan darah 100/75 mmHg, Nadi 112x/menit (regular), pernapasan 35x/menit, SpO₂ 86% tanpa oksigen, suhu 37,2°C, pasien tidak ada keluhan nyeri.

Pemeriksaan *Airway* jalan nafas pasien paten, tidak ada suara snoring atau gargling, *Breathing* didapatkan pergerakan dada simetris, irama pernafasan ireguler, suara nafas tambahan ronkhi halus di daerah basal paru kanan dan kiri, pasien diberikan terapi oksigen nasal 4 lpm, SpO₂ 96%. *Circulation* didapatkan Irama jantung reguler, akral dingin, basah dan pucat. Membran mukosa normal, CRT < 3detik, turgor kulit baik, tidak ada edema, tidak ada perdarahan. *Disability* didapatkan kesadaran komposmentis, GCS E: 4, V:5, M:6 pupil : isokor, ukuran 2mm/2mm reflek cahaya +/+, tidak ada fraktur, tidak ada paralisis.

3.1.4 Secondary Survey

1. B1 (*Breath*/pernapasan)

Bentuk dada normocest, pergerakan simetris, ada otot bantu nafas cuping hidung, sesak nafas, tidak ada batuk, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan pada bagian leher, tidak ada odema atau cairan, saat diperkusi didapatkan sonor, irama ireguler, saat di auskultasi ada suara nafas tambahan ronchi, pernapasan 35x/menit, SpO₂ 86% tanpa oksigen.

2. B2 (*Blood*/sirkulasi)

Hasil pemeriksaan pada pada Ny. L 100/75 mmHg, CRT : < 2 detik, saat dipalpasi nadi dengan heart rate (HR: 76x/menit) tidak ada nyeri tekan pada bagian dada tidak ada pembesaran getah bening, akral teraba hangat. Saat di perkusi irama sonor, didapat irama jantung S1 S2 reguler.

3. B3 (*Brain*/persarafan)

Hasil pemeriksaan pada Ny. M didapatkan pasien GCS : E4 V5 M6, isokor, kompos metis, reflek fisiologis lemah, pasien mampu mencium bau bau, pasien mampu menggerakkan bola mata, pasien mampu merasakan rangsangan ,pasien mampu mendengar, pasien mampu menelan makan dan minuman, pasien mampu menggerakkan kepala, kepala normal tidak ada benjolan, paralisis terganggu pada bagian ekstermitas, tidak ada polip, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, reflek cahaya normal, seklera ikterik, telinga simetris tidak ada serumen tidak ada nyeri tekan pada telinga, bicara tidak pelo.

4. B4 (*Bladder/* Perkemihan)

Hasil pemeriksaan perkemihan pada Ny. M didapatkan saat di inspeksi kebersihan genetalia bersih, pasien terpasang kateter, ekskresi lancar, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan.

5. B5 (*Bowel/* Pencernaan)

Pemeriksaan yang didapatkan pada Ny. L saat di inspeksi tidak ada lebam perut, tidak ada lesi pada lidah atau mulut, mulut cukup bersih, tidak ada gigi palsu, mukosa bibir kering, pola makan dirumah makan hanya 3x/hari dan minum 600ml, BAK 300ml, pasien nafsu makan, mual, BAB 1x/hari, tidak ada pembengkakan abdomen atau asites, tidak ada flatulens, tidak ada pembesaran hepar.

6. B6 (*Bone/* Muskuloskeletal)

Pengkajian yang didapatkan pada Ny. L rambut berwarna hitam, kulit kepala tidak ada lesi warna kulit kuning langsung, kuku bersih, turgor kulit menurun. ROM mengalami lemah pada ekstermitas karena lemas, enggan bergerak dan lemah. Tidak ada kelainan pada tulang.

3.1.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3.4 Hasil Pemeriksaan Kimia Klinik tanggal 19/03/2021

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
GDA	156 mg/dl	>200
BUN	27mg/dl	(10-24 mg/dl)

Kreatin	1.2 mg/dl	(0.5-1.5 mg/dl)
Na	132.7 mmol/L	(135-145 mmol/dl)
K	3.46 mmol/L	(3,5-5 mmol/L)
Cl	101.1mmol/L	(95-108 mmol)

Tabel 3.4 Hasil Pemeriksaan BGA (*Blood Gas Analisa*)19/03/2021

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
pH	7,260	7,340 – 7,440
pCO ₂	47	35 – 45mmHg
pO ₂	79	89 – 116 mmHg
HCO ₃	26,8	22 – 26 mmol/l

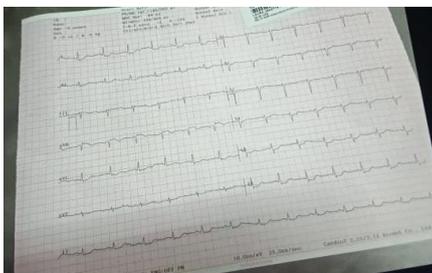
3.2 Tabel Hasil Pemeriksaan Hematologi 19/03/2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	17.59 10³/uL	(4.00-10.00)
Neu#	14.37 10 ³ /uL	(2.00-7.00)
Neu%	81.7 %	(50.0-70.0)
Lym#	2.01 10 ³ /uL	(0.80-4.00)
Lym%	11.5 %	(20.0-40.0)
Mon#	1.1 10 ³ /uL	(0.12-1.20)
Mon%	6.3 %	(3.0-12.0)
Eos%	0.03 10 ³ /uL	(0.02-0.050)
Bas#	0.01%	(0.5-5.0)
Bas%	0.1 10 ³ /uL	(0.00-0.10)
RBC	4.82 10 ⁶ /uL	(3.50-5.50)
HGB	13.4 g/dL	(11.0-16.0)
HCT	40.3 %	(37.0-54.0)
MCV	83.7 fL	(80.0-100.0)
MCH	29.5 pg	(27.0-34.0)
MCHC	35.2 g/dL	(32.0-56.0)
RDW_CV	13.6 %	(11.0-16.0)
RDW_SD	42.9 fL	(35.0-56.0)
PLT	296 10 ³ /uL	(150-450)
MPV	9.7 fL	(7.0-11.0)
PDW	16.3	(9.0-17.0)
PCT	0.287 %	(0.108-0.282)

Pemeriksaan pada thorax 19/03/2021

Terdapat penumpukan cairan pada kedua lapang paru

Pemeriksaan EKG 19/03/2021



Gambar 3.1 Pemeriksaan EKG

3.2.1 Terapi Medis

No	Obat yang diberikan	Dosis	Rute	Indikasi
1	Furosemide dexta	40 mg/ hari	IM	Untuk mengeluarkan kelebihan cairan dalam tubuh
2	Acetylcysteine	3x200gr	Oral	Melonggarkan lendir kental
3	Levofloxacin	250 gr/ hari	Oral	Antibiotik yang digunakan untuk menangani berbagai infeksi seperti pneumonia dan infeksi lainnya
4	Otsu NS	3x125mg	i.v	Untuk menambah cairan tubuh yang hilang / pengganti cairan elektrolit

3.3 Diagnosis Keperawatan

Penulis mengelompokkan data dari hasil pengkajian kemudian dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

3.4 Analisa Data

Data / faktor resiko	Etiologi	Masalah
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nafas ngos-ngosan - Pasien mengatakan sesak saat berbaring dan membaik dengan semi fowler <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola napas takipneu - Tidak terdapat otot bantu pernafasan cuping hidung - SPO2 : 97% RR: 25x /mnt, terpasang O2 nasal kanul 4 lpm - Pasien sianosis <p>Hasil BGA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PCO2 : 47 Asidosis (35-45 mmHg) - PO2 : 79 Alkalosis (80-100 mmHg) - pH : 7,260 Asidosis (7,35-7,45) - HCO3 : 26,8 Alkalosis (22-26) <p>Asidosis Respiratorik Kompensasi Metabolik</p>	<p>Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi</p>	<p>Gangguan Pertukaran Gas</p> <p>SDKI 2016 D.0003 (Kategori : Fisiologis Subkategori : Respirasi)</p>
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lelah dan lemas - Pasien mengatakan sesak nafas saat setelah melakukan aktifitas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lemah 	<p>Keletihan (efusi pleura)</p>	<p>Intoleransi aktifitas</p> <p>SDKI 2016 D. 0056 (Kategori : Fisiologis Subkategori : Aktifitas/Istirahat)</p>

<ul style="list-style-type: none"> - TTV : 100/75 mmHg, Nadi 112x/menit (regular), pernapasan 35x/menit, SpO2 86% tanpa oksigen, suhu 37,2°C 		
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cemas akan kondisi penyakitnya - Pasien mengatakan ingin selalu di dampingi anaknya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sering menanyakan tentang kondisinya pada perawat - Pasien terlihat murung dan selalu meminta tolong perawat untuk memanggil anaknya 	<p>Kurang terpapar informasi</p>	<p>Ansietas SDKI 2016 D. 0080 (Kategori : psikologis Subkategori : integritas ego)</p>

3.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi (D.0003)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat : 1. Dyspnea menurun 2. Pernafasan cuping hidung menurun 3. Pola nafas membaik 4. PCO2 membaik 5. PO2 membaik 6. pH arteri membaik	Pemantauan Respirasi 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis. <i>Gurgling</i> , mengi, <i>wheezing</i> ,ronchi kering) 3. Monitor saturasi oksigen 4. Monitor nilai GDA 5. Pertahankan kepatenan jalan nafas 6. Posisikan semi-fowler atau fowler 7. Berikan oksigen
2.	Intoleransi aktivitas b.d Keletihan (efusi pleura) (D.0056)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam dapat menunjukkan toleransi aktivitas meningkat Kriteria hasil : 1. kemudahan dalam melakukan aktivitas 2. kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 3. tekanan darah membaik (120/80)	Observasi: 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional Edukasi 3. Anjurkan tirah baring 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

3.	Ansietas b.d kurang Terpapar informasi (D.0080)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan masalah ansietas teratasi dengan kriteria hasil : 1. Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan 3. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD : 120/80 mmHg Nadi : 60-80 x/menit Suhu : 36,5- 37°C RR : 16-20 x/menit	SIKI : Reduksi Ansietas I.09314 1. Observasi tanda-tanda ansietas 2. melakukan pendekatan terapeutik 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Jelaskan prosedur tindakan termasuk sensasi yang mungkin dialami 7. Anjurkan keluarga agar tetap bersama pasien, 8. Latih teknik relaksasi nafas dalam dan memberikan relaksasi musik yang memberikan ketenangan bagi pasien
----	--------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1,2,3	15.00	Memberikan posisi semi fowler : agar pasien merasa nyaman	Clurp		Asidosis Respiratorik Kompensasi Metabolik	Clurp
1	15.06	Memberikan injeksi furosemid 20 mg/IV bolus	Clurp		A : Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian P :Intervensi no 1,2,3,6,7 dilanjutkan	
1	15.18	Memberikan obat lefloxacin 250gr/oral	Clurp		DIAGNOSA 2 INTOLERANSI AKTIFITAS S: pasien mengatakan sudah tidak terlalu lemas	Clurp
1,2,3	15.25	Mengobservasi TTV TD : 110/82 mmHg N : 121 x/menit RR : 25x/menit Suhu : 36,6	Clurp		O : - pasien terlihat sudah mulai tenang dan kooperatif -TD : 110/85 mmHg N : 112x/mnt	
1,3	15.30	Mengobservasi saturasi oksigen pemakaian oksigen 4 lpm nasal kanul (98%)			A: masalah intoleransi aktifitas teratasi sebagian P : intervensi no 1,2,3,4 di lanjutkan	

1	15.35	<p>Monitor nilai hasil BGA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PCO₂ : 47 Asidosis (35-45 mmHg) - PO₂ : 79 Alkalosis (80-100 mmHg) - pH : 7,260 Asidosis (7,35-7,45) - HCO₃ : 26,8 Alkalosis (22-26) <p>Asidosis Respiratorik Kompensasi Metabolik</p>			<p>DIAGNOSA 3 ANSIETAS</p> <p>S : pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien sudah tidak terlihat untuk meminta tolong memanggulkan anaknya - Pasien sudah mengerti tujuan tindakan apa yang sedang di berikan oleh perawat - Pasien terlihat lebih rileks <p>A: masalah ansietas teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi no 1,2,3,4,5,6,7 di lanjutkan</p>	
3	15.40	<p>Menenangkan pasien untuk tetap tenang agar tetap merasa nyaman dan agar pasien tidak cemas</p>				

BAB 4

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan pada Ny.L dengan diagnosis medis Efusi Pleura di Ruang IGD RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan 19 Maret 2021. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. L dengan melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan dimulai dari yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga keluarga terbuka dan mengerti secara kooperatif.

Pasien bernama Ny. L, usia 62 tahun, berjenis kelamin perempuan, Pendidikan terakhir SMA dan saat ini pasien sudah tidak bekerja, pasien tidak memiliki riwayat jantung ataupun hipertensi. Pada pasien yang mengalami efusi pleura kelompok usia >55-56 tahun memiliki resiko yang lebih besar untuk mengalami efusi pleura. Tingginya usia kelompok ini di dukung dari eastern mediterranean Health Journal mengatakan bahwa umur penderita melebihi 50 tahun. Pada penderita yang terpapar oleh udara yang kurang lebih rentan mengalami efusi pleura dan dari riwayat penyakit juga dapat

menentukan termasuk jenis efusi pleura apakah yang di derita pasien. Efusi infeksi atau non infeksi.

Keluhan utama pada pasien yang mengalami efusi pleura yaitu adanya sesak nafas ngos-ngosan, terkadang di sertai batuk tetapi pada pasien tidak di sertai batuk. Tindakan keperawatan berperan penting dalam menjamin ventilasi dan perfusi yang adekuat. Beberapa tindakan keperawatan utama untuk mengatasi masalah pernafasan pada pasien efusi pleura adalah pengkajian berupa monitor status pernafasan meliputi frekuensi pernafasan, auskultasi suara paru, monitor status mental, diepnea, sianosis, dan saturasi oksigen. Selain itu tindakan keperawatan yang penting adalah "Positioning" yang bertujuan untuk meningkatkan ekspansi paru sehingga mengurangi sesak nafas (Dean, 2014)

Berdasarkan penyakit dahulu pasien mengatakan jika pasien tidak memiliki riwayat penyakit jantung/ bawaan lainnya. Menurut penelitian (Khairani R, Syahrudin E, 2012) Tuberkulosis menjadi penyebab efusi pleura yang paling besar dan sisanya infeksi bukan tuberkulosis sedangkan keganasan paling besar disebabkan oleh kanker paru sebanyak 38,7%, tumor mediastinum sebanyak 2,5% dan 1,7% dengan metastasis kanker payudara di paru. Sebagian besar kanker paru didominasi oleh adenokarsinoma. Efusi pleura dapat ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisis, pemeriksaan radiologis dan pemeriksaan tambahan seperti analisis cairan pleura. Setiap pasien efusi pleura yang baru didiagnosis memerlukan evaluasi segera untuk menentukan penyebabnya

sehingga pengobatan dini dan tepat dapat segera diberikan jika tidak kelainan ini membahayakan jiwa pasien .

Saat di kaji pasien mengatakan merasa lemas dan lelah, terkadang juga pusing saat selesai melakukan aktifitas ringan Manajemen energi merupakan serangkaian tindakan keperawatan yang meliputi pengelolaan: keletihan, latihan dan pergerakan, aktifitas hidup sehari-hari, kenyamanan biologis dan psikososial, nutrisi, istirahat tidur, dan dukungan. Manajemen energi adalah penggunaan energi, penghemat energi, dan pemulihan energi dalam melakukan aktivitas/latihan dengan memperhatikan prinsip periode istirahat, dan latihan kegiatan mulai dari kegiatan yang ringan sampai dengan berat sesuai tingkat toleransi klien untuk mengobati dan mencegah keletihan serta mengoptimalkan fungsi (Bulechek et al., 2013)

4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Ny.L dengan diagnosis medis Efusi Pleura disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), menjelaskan pada data objektif pasien yang mengalami gangguan pertukran gas menjelaskan pada data objektif adanya pernafasan cuping hidung, kapasitas menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, SPO2 : 98%, RR: 26x/menit terpasang O2 nasal 4 lpm. nilai GDA pasien pH : 7,260 (7,35-7,45) asidosis, PCO2 : 47 (35-45) asidosis, HCO3 : 26,8 (22-26) alkalosis.

Ventilasi adalah proses perpindahan gas - gas ke dalam dan ke luar paru-paru. Ventilasi memerlukan kerjasama antara otot dan elastisitas dari paru-paru serta toraks, begitu juga dengan persarafannya. Otot inspirasi pernafasan utama adalah diafragma. Diafragma dipersarafi oleh nervus frenikus, yang terletak di korda spinalis vertebra servikal ke empat. Pertukaran gas respirasi (difusi) adalah suatu proses pertukaran gas - gas respirasi dalam alveoli dan kapiler – kapiler jaringan tubuh. Difusi gas terjadi di membran kapiler kapiler alveolar. Ketebalan membran dapat mempengaruhi kecepatan proses difusi. Sedangkan Perfusi adalah kemampuan untuk memindahkan gas – gas pernafasan dari satu

area ke area lain. Transpor oksigen terdiri atas paru dan sistem kardiovaskuler. Peyampaian tergantung pada jumlah oksigen yang masuk ke paru – paru (ventilasi), darah mengalir ke paru – paru dan ke jaringan (perfusi), kecepatan difusi serta kapasitas kandungan oksigen. Agar pertukaran gas-gas respirasi dapat terjadi, maka organ-organ, persarafan dan otot-otot pernafasan harus baik dan diperlukan sistem pernafasan. Pleura ditentukan oleh jumlah cairan, kecepatan pembentukan cairan dan tingkat penekanan pada paru. Jika efusi luas, ekspansi paru akan terganggu dan pasien akan mengalami sesak nafas, batuk non produktif bahkan akan terjadi kolaps paru. Efusi yang luas akan menyebabkan sesak nafas yang berdampak pada pemenuhan kebutuhan oksigen, sehingga kebutuhan dalam tubuh kurang terpenuhi. Pemenuhan kebutuhan oksigenasi merupakan bagian dari kebutuhan fisiologis menurut Hirarki Maslow yang paling mendasar yang harus dipenuhi terlebih dahulu. Oksigenasi digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh, mempertahankan hidup dan aktivitas berbagai organ dan sel tubuh.(Andarmoyo,2012). Pasien mengalami sesak nafas karena adanya cairan pada kedua lapang paru di karenakan peradangan pada paru. Oksigen bisa membantu memenuhi kebutuhan tubuh dan berlangsungnya metabolisme yang sedang bekerja dalam tubuh.

Menurut (Tamturi, 2008) gangguan pertukaran gas adalah kondisi klinis yang menggambarkan kondisi ketika klien mengalami penurunan atau kenaikan aliran gas (oksigen dan / karbondioksida) yang aktual atau potensial antara alveoli paru dan sistem vaskuler. Pursed lip breathing adalah latihan

pernapasan dengan menghirup udara melalui hidung dan mengeluarkan udara dengan cara bibir lebih dirapatkan atau dimonyongkan dengan waktu ekshalasi lebih di perpanjang. Terapi rehabilitasi paru-paru dengan pursed lips breathing ini adalah cara yang sangat mudah dilakukan, tanpa memerlukan alat bantu apapun, dan juga tanpa efek negative seperti pemakaian obat-obatan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Amiar, 2020). Hasil penelitian ini menunjukkan rata-rata satu saturasi oksigen sebelum dilakukan tindakan pursed breathing 93.17, dan sesudah dilakukan pursed lis breathing 96.30. sedangkan untuk intervensi perubahan posisi semi fowler, sebelum dilakukan perubhann semi fowler rata-rata 92.83, dan sesudah dilakukan semi fowler 95.17. berarti ada perbedaan dengan antara pemberian intervensi pursed lips breathing dan posisi semi fowler terhadap peningkatan oksigen.

Pemberian terapi oksigen bertujuan untuk meningkatkan volume oksigen yang masuk ke dalam paru-paru dan meningkatkan tekanan parsial O₂ akan semakin banyak oksigen yang diikat oleh hemoglobin untuk dihantarkan ke jaringan di seluruh tubuh sehingga dapat mengembalikan saturasi oksigen ke nilai normal (Widiyanto,dkk, 2014).

2. Intoleransi aktifitas dengan keletihan (efusi pleura)

Pasien mengatakan badan lemas, di dapatkan hasil pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis Tekanan darah 100/75 mmHg, Nadi : 65x/menit, tidak ada oedem. Intoleransi aktifitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari. menyebabkan intoleransi aktivitas. Intoleransi aktivitas terjadi menyebabkan mudah kelelahan pada seseorang, sehingga klien merasa

terganggu dalam melakukan semua aktivitasnya, baik aktivitas yang ringan maupun berat. Sehingga klien merasa tidak mampu melakukan apa-apa sehingga hanya berbaring saja setiap harinya (Saferi & Mariza, 2013)

Manajemen energi merupakan suatu intervensi keperawatan mandiri yang berkontribusi untuk menghasilkan konservasi energi, peningkatan toleransi aktifitas, dan ketahanan guna melakukan aktifitas hidup harian dan pergerakan atau latihan (Moorhead et al., 2013). Manajemen energi merupakan serangkaian tindakan keperawatan yang meliputi pengelolaan: kelelahan, latihan dan pergerakan, aktifitas hidup sehari-hari, kenyamanan biologis dan psikososial, nutrisi, istirahat tidur, dan dukungan. Manajemen energi adalah penggunaan energi, penghemat energi, dan pemulihan energi dalam melakukan aktivitas/latihan dengan memperhatikan prinsip periode istirahat, dan latihan kegiatan mulai dari kegiatan yang ringan sampai dengan berat sesuai tingkat toleransi klien untuk mengobati dan mencegah kelelahan serta mengoptimalkan fungsi (Bulechek et al., 2013)

3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Pada data subjektif di dapatkan dimana pasien terlihat gelisah dan selalu memanggil nama anaknya. Pasien terlihat tidak bisa tenang di atas tempat tidur. Menurut Namora Lumongga Lubis (2009), kecemasan adalah rasa takut atau khawatir pada situasi tertentu yang sangat mengancam yang dapat menyebabkan kegelisahan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang serta ketakutan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. Ansietas di rasakan pasien karena kurangnya informasi terkait kondisi yang sedang di hadapi. Menurut Sylvia D.

Elvira (2008 : 11) Ada beberapa faktor yang menyebabkan kecemasan. Antara lain faktor Organ Biologi dan Faktor Psikoedukatif. Faktor organ biologi adalah ketidakseimbangan zat kimia pada otak yang disebut neurotransmitter yang disebabkan karena kurangnya oksigen. Kecemasan dan gangguannya dapat muncul dalam berbagai tanda dan gejala fisik dan psikologik seperti gemetar, rasa goyah, nyeri punggung dan kepala, ketegangan otot, napas pendek, mudah lelah, sering kaget, hiperaktivitas autonomik seperti wajah merah dan pucat, berkeringat, tangan rasa dingin, diare, mulut kering, sering kencing, rasa takut, sulit konsentrasi, insomnia, libido turun, rasa mengganjal di tenggorok, rasa mual di perut dan sebagainya.

4.3 Intervensi Keperawatan

Dari hasil analisa data penulis mengambil 3 prioritas masalah yang kemudian menyusun rencana keperawatan sebagai berikut menurut :

1. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi

Tujuan Keperawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan pertukaran gas meningkat, dengan kriteria hasil dyspnea menurun, pernafasan cuping hidung menurun, pola nafas membaik., PCO₂ membaik, PO₂ membaik, pH arteri membaik.

Rencana Keperawatan : Intervensi yang diberikan adalah pemantauan Respirasi : Monitor pola nafas, bunyi nafas tambahan, saturasi oksigen, Monitor nilai AGD, Posisikan semi-fowler, kolaborasi penentuan dosis oksigen, monitor

perubahan pH, PaCO₂, dan HCO₃, monitor intake dan output cairan, pertahankan akses intra vena.

Intervensi yang dapat dilakukan pada masalah gangguan pertukaran gas membantu memenuhi kebutuhan oksigen. Pasien yang datang ke IGD diberikan penanganan pertama yang tepat untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah terjadinya hambatan pada pola nafas. Observasi ketat yang dilakukan membantu mengontrol perkembangan terapi yang sudah dilakukan. Pemantauan ketat tanda-tanda vital dan tanda hipoksemia yang memberat menjadi tugas perawat dalam membantu mengatasi masalah pola nafas tidak efektif dan mencegah terjadinya komplikasi. Pastikan patensi jalan napas sebelum memberikan oksigen.

2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan keletihan (efusi pleura)

Tujuan Keperawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan adanya kemudahan dalam melakukan aktifitas, tekanan darah membaik 120/80 mmHg, tekanan nadi dalam rentang normal.

Intervensi yang dapat dilakukan Intervensi yang dapat dilaksanakan berdasarkan rencana keperawatan yaitu Manajemen Energi, melakukan aktivitas secara bertahap, melakukan gerak pasif dan atau aktif, aktivitas distraksi, dan self care.

3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan keperawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam di harapkan pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala

cemas, postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan, dan tanda-tanda vital dalam rentang normal.

Intervensi yang dapat dilakukan yaitu reduksi ansietas, melakukan pendekatan terapeutik, pahami situasi yang membuat ansietas, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin di alami, anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien. Menurut Namora Lumongga Lubis (2009), pengurangan kecemasan adalah meminimalkan ketakutan, prasangka, kegelisahan yang berhubungan dengan sumber bahaya yang tidak dapat diidentifikasi. Pengurangan kecemasan yaitu dengan cara gunakan pendekatan yang menenangkan, mengajarkan tehnik penanganan cemas, meyakinkan klien agar tidak cemas padaa kondisinya, dan memotivasi klien (Nanda, 2017).

4.4 Implentasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya.

Implementasi keperawatan dapat disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah di susun, Pada Ny. L implementasi keperawatan dilakukan selama 1 hari dengan dilakukan tindakan, antara lain :

1. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi

Pada saat pengkajian Bentuk dada normocest, pergerakan simetris, ada otot bantu nafas cuping hidung, sesak nafas, tidak ada batuk, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan pada bagian leher, tidak ada odema atau cairan, saat diperkusi didapatkan sonor, irama ireguler, saat di auskultasi ada suara nafas tambahan ronchi, pernapasan 35x/menit, SpO₂ 86% tanpa oksigen.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu : Intervensi yang diberikan adalah : pemantauan respirasi : monitoring TTV. TD : 110/85 mmHg, N : 112 x/mnt, RR : 27 x/mnt, S : 36,6°C, dan SpO₂: 98%, monitor pola nafas (takipnea), bunyi nafas tambahan (adanya pernafasan cuping hidung), saturasi oksigen (didapatkan hasil 98%), Monitor nilai GDA (pH : 7,260 (7,35-7,45) asidosis, PCO₂ : 47 (35-45) asidosis, HCO₃ : 26,8 (22-26) alkalosis, Posisikan semi-fowler (untuk mengurangi sesak dan akan membuat pasien merasa nyaman), kolaborasi penentuan dosis oksigen (pasien mendapatkan O₂ *nasal kanul* 4 lpm), monitor perubahan pH, PaCO₂, dan HCO₃, monitor intake dan output cairan, pertahankan akses intra vena (pasien terpasang infus dengan cairan Otsu Ns 500cc/24jam)

2. Intoleransi aktifitas berhubungan keletihan (efusi pleura)

Pengkajian yang didapatkan pada Ny. L rambut berwarna hitam, kulit kepala tidak ada lesi warna kulit kuning langsung, kuku bersih, turgor kulit menurun. ROM mengalami lemah pada ekstermitas karena lemas dan enggan bergerak. Tidak ada kelainan pada tulang.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu : Intervensi yang diberikan adalah menganjurkan pasien untuk

berbaring dengan tenang dengan posisi nyaman (semi fowler), melakukan pemasangan infus Otsu Ns 500cc/24 jam), melakukan pemeriksaan EKG.

3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Pengkajian di dapatkan pada Ny. L pasien terlihat sering menanyakan kondisinya kepada perawat, terlihat gelisah dan ingin selalu di temani anaknya dan tidak mau di tinggal.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu : intervensi yang di berikan adalah monitoring TTV. TD : 110/85 mmHg, N : 112 x/mnt, RR : 27 x/mnt, S : 36,6°C, dan SpO2: 98%, monitor pola nafas (takipnea), bunyi nafas tambahan (adanya pernafasan cuping hidung), saturasi oksigen (didapatkan hasil 98%), menenangkan pasien untuk tetap tenang, memberikan pengertian setiap akan di lakukan tindakan keperawatan.

Hasil yang didapatkan dari implementasi tersebut adalah pasien tampak masih lemas. pasien mengatakan kondisinya sudah lebih baik, pasien masih terlihat sesak jika oksigen di lepas. Pasien merasa pernafasan lebih baik jika posisi semi fowler. pasien tampak tidak terlalu gelisah. Dengan adanya penyakit efusi pleura tersebut salah satu penatalaksanaannya dilakukan tindakan evakuasi cairan pleura, jika tidak dilakukan evakuasi cairan maka akan ada penimbunan cairan pada pleura, pada saat pasien dilakukan evakuasi cairan sering mengalami kecemasan. Penyebab kecemasan pada pasien terjadi oleh berbagai faktor, baik dari faktor petugas misalnya perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya, lingkungan yang baru maupun dukungan keluarga (Nursalam, 2009) pasien dapat tenang dan tidak perlu merasa cemas jika keluarga dan pasien di beri penjelasan untuk setiap tindakan yang

akan di lakukan. Penjelasan setiap prosedur tindakan yang akan di lakukan dapat membuat pasien merasa aman, nyaman tanpa merasa cemas dan dapat mengikuti arahan dengan baik tanpa perlu merasa khawatir. Pemberian posisi semi fowler membuat oksigen didalam paru semakin meningkat dan memaksimalkan pengembangan paru, sehingga mengurangi sesak nafas menjadikan kestabilan pola nafas akan menjadi baik ditandai dengan frekuensi pernafasan yang normal, mempertahankan kenyamanan. Serta tidak terjadi perubahan pola nafas dan obstruksi jalan nafas sehingga perbaikan kondisi akan lebih cepat (Supandi, E. Nurahmah, 2008)

Pemberian posisi semi fowler sejalan dengan penelitian yang telah di lakukan sebelumnya tentang penggunaan posisi untuk mengatasi masalah pernafasan. Salah satunya mengenai penelitian tentang pengaruh posisi semi fowler terhadap kestabilan nafas pada pasien infeksi saluran pernafasan yang mana didapatkan hasil rata-rata dyspnea lebih rendah (Majampoh, Rondonuwu & onibala 2013).

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan perawat kepada pasien untuk melihat hasil dari intervensi dan implementasi yang telah dilakukan kepada pasien. Evaluasi keperawatan didapatkan dari subjektif pasien dan objektif penglihatan perawat kepada kondisi pasien, kemudian melihat intervensi yang dikerjakan apa saja kemudian bagaimana hasil setelah diberikan intervensi tersebut. Pada penelitian intervensi, implementasi dan evaluasi tidak dapat dilakukan secara maksimal karena terbatasnya waktu yang dialami oleh penulis.

1. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi

Pada evaluasi tindakan keperawatan untuk diagnosa gangguan pertukaran gas didapatkan sebagai berikut S : Klien mengatakan sesak sudah mulai berkurang, O : Pola napas takipneu, tidak terdapat otot bantu pernafasan, SPO₂ : 98%, RR: 26x /mnt, terpasang O₂ nassal kanul 4 lpm, nilai GDA pasien pH : 7,260 (7,35-7,45) asidosis, PCO₂ : 47 (35-45) asidosis, HCO₃ : 26,8 (22-26) alkalosis. Asidosis Respiratorik Kompensasi Metabolik, A : Masalah Gangguan pertukaran gas teratasi sebagian, P : sehingga intervensi nomor 1,2,3,6,7 dilanjutkan.

2. Intoleransi aktifitas berhubungan keletihan (efusi pleura)

Pada evaluasi tindakan keperawatan untuk intoleransi aktifitas di dapatkan sebagai berikut S: pasien mengatakan sudah tidak terlalu lemas, O : pasien terlihat sudah mulai tenang dan kooperatif, A: pasien terlihat sudah mulai tenang dan kooperatif, TD : 110/85 mmHg, N : 112x/menit, A: masalah intoleransi aktifitas teratasi sebagian, P : intervensi no 1,2,3,4 di lanjutkan.

3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Pada evaluasi tindakan keperawatan untuk ansietas di dapatkan sebagai berikut S: pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas, O : pasien tidak terlihat untuk meminta tolong memanggilkan anaknya, pasien sudah mengerti tujuan tindakan apa yang sedang di berikan perawat, pasien terlihat lebih rileks, A : masalah ansietas teratasi sebagian, P : intervensi 1,2,3,4,5,6,7, di lanjutkan

BAB 5

5.1 Simpulan

1. Efusi pleura adalah suatu keadaan dimana terdapat penumpukan cairan dalam rongga pleura berupa transudat dan eksudat yang diakibatkan terjadinya ketidakseimbangan antara produksi dan absorpsi di kapiler dan pleura viseralis. Peningkatan produksi cairan pleura terjadi karena peningkatan hydrostatic pressure gradient (pada keadaan gagal jantung kongestif, hipertensi portal), penurunan tekanan osmotik koloid (pada keadaan hipoproteinemia) dan peningkatan permeabilitas pembuluh darah kapiler (seperti keadaan infeksi, keganasan dan inflamasi)
2. Pengkajian pada pasien dengan diagnosis medis Efusi Pleura pada Ny. L ditemukan adanya keluhan sesak napas ngos-ngosan sejak 3 hari yang lalu, disertai demam, akral dingin, basah, pucat, merasa pernafasan lebih baik jika posisi setengah duduk. Terdapat pernafasan cuping hidung, SpO₂: 86% tanpa oksigen, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit gagal jantung maupun hipertensi.
3. Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa, didasarkan pada masalah yang ditemukan yaitu: Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, Intoleransi aktifitas dengan kelelahan (efusi pleura), ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (terkait kondisi terkait)

4. Perencanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan monitoring status pernapasan, monitoring saturasi oksigen, dan pantau tanda-tanda vital. Menganjurkan posisi semi fowler, memberikan cairan per oral sesuai kebutuhan dan pemberian di sesuaikan dengan kondisi pasien.
5. Evaluasi Keperawatan pada Ny.L dengan diagnosis medis Efusi Pleura disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dan di dapatkan hasil masalah Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi teratasi sebagian, Intoleransi aktifitas dengan kelelahan (efusi pleura) teratasi sebagian, dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi teratasi sebagian dan akan di lanjutkan di ruang perawatan.

5.2 Saran

Guna mencapai keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura, saran dari penulis:

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Agar keluarga diharapkan memberikan semangat serta dukungan untuk kesembuhan pasien, sehingga dapat membantu proses penyembuhan pasien.

2. Bagi Perawat

Perawat Instalasi Gawat Darurat hendaknya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien Efusi Pleura melakukan pengkajian diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan melakukan evaluasi keperawatan secara baik dan benar sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang berlaku dan perawat hendaknya melakukan dokumentasi secara adekuat dan berkesinambungan, karena tidak menutup kemungkinan dokumentasi tidak bisa maksimal karena jumlah pasien yang datang pada masa pandemic seperti ini dimana jumlah pasien melebihi kapasitas tempat tidur dan jumlah perawat yang berdinamis.

3. Bagi Ruang Instalasi Gawat Darurat

Agar selalu meningkatkan kewaspadaan pada pasien efusi pelura sebagai salah satu bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, U., Latif, H. A., & Kadir, A. (2014). *KEPERAWATAN DI RUANG IGD RSUP Dr . WAHIDIN. 4*, 228–235.
- Australian Government Department of Health and Aging. (2009). *Emergency Triage Education Kit and Triage Workbook*.
- D'Agostino, H. and Edens, M. (2020). *Physiology, Pleural Fluid. Finlandia: StatPearls Publishing*.
- Dalglish, T., Williams, J. M. G. ., Golden, A.-M. J., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., Au Yeung, C., Murphy, V., Elward, R., Tchanturia, K., & Watkins, E. (2007). Emergency Education Kit. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136(1).
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Profil Penderita Efusi Pleura*.
- Depkes RI. (2010). *Prinsip Umum Pelayanan Rumah Sakit*.
- Destifiana, N. (2015). *Hubungan Kejenuhan Kerja dan Beban Kerja Dengan Kinerja Perawat Dalam Pemberian Pelayanan Kpeerawatan DI IGD dan ICU RSUD Dr. R. Goetheng Taroenadibrata Purbalingga*. 13–43.
- Dugdale, D. (2014). *Pleural Efussion. US: US internasional Library of Medicine Natinal Institute of Health*.
- Elyas, Y. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. T Dengan Masalah Kesehatan Masyarakat Di Perkotaan : Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Ruang Melati Atas RSUP Persahabatan*. Universitas Indonesia.
- Kebijakan RS Premier Surabaya. (2015a). *Standar Operasional Prosedur Tentang*

- Alur Pasien Instalasi Gawat Darurat.*
- Kebijakan RS Premier Surabaya. (2015b). *Standar Operasional Prosedur Tentang Triage IGD.*
- Kemenkes RI. (2016). *Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu.* 1–18.
- Khairani R, Syahrudin E, P. L. (2012). *Karakteristik efusi pleura di Rumah Sakit Persahabatan.* 32:155-60(J Respir Indo.).
- Manurung, S. (2011). *Keperawatan Profesional.* Trans Info Media.
- Muttaqin, A. (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi.* Salemba Medika.
- Muttaqin, Arif. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan.* Salemba Medika.
- Nicki Gilboy. (2018). *Triage. Keperawatan Gawat Darurat Dan Bencana Sheehy.*
- Pitang, Y., Widjajanto, E., & Ningsih, D. K. (2016). Pengaruh Peran Perawat Sebagai Care Giver Terhadap Length of Stay (Los) Di Igd Rsud Dr.T.C.Hillerrs Maumere Dengan Pelaksanaan Triage Sebagai Variabel Moderasi. *Jurnal Ilmu Keperawatan – Volume 4, No. 2 November 2016,* 4(2), 240–255.
- Saferi, A. (2013). *KMB 3 Keperawatan Medikal Bedah.* Nuha Medika.
- Supandi, E. Nurahmah, dan M. (2008). Hubungan analisis Positif tidur semi Fowler dengan kualitas Tidur pada Klien Gagal Jantung di RSUD banyumas Jawa Tengah. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan, Volume IV.*
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.* Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Yusran Haskas, SKM., S.Kep., M.Kes, Suarnianati, SKM., S.Kep., M. K. (2016).

Buku Ajar Sistem Respirasi. Indomedia Pustaka.

LAMPIRAN 1

CURICULUM VITAE

Nama : Claudia Ayu Aulia Oktaviana
Nim : 2030020
Program Studi : Profesi Ners
Tempat, Tanggal Lahir : Mojokerto, 13 Oktober 1997
Alamat : Mulyosejati Desa Grinting RT 03/ RW 01
Kecamatan Tulangan, Sidoarjo
Agama : Islam

Riwayat Pendidikan

1. TK Kartika Mojokerto Lulus Tahun 2004
2. SDN Kenongo 1 Tulangan Lulus Tahun 2010
3. SMP Negeri 1 Tulangan Lulus Tahun 2013
4. SMA Negeri 1 Krembung Sidoarjo Lulus Tahun 2016

LAMPIRAN 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

**Boleh jadi kamu tidak menyukai sesuatu padahal itu amat baik bagimu.
Dan boleh jadi kamu menyukai sesuatu, padahal ia amat buruk bagimu.
Allah mengetahui, sedang kamu tidak mengetahui.
-Surat Al-Baqarah ayat 216-**

Mengapa lelah?

Sementara Allah selalu menyemangati dengan Hayya'alal falah, bahwa jarak kemenangan hanya berkisar antara kening dan sajadah.

Hasil Karyaku ini kupersembahkan kepada :

1. Alhamdulillah segala puji syukur yang tidak henti-hentinya saya panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Mama Nurrahayu dan Papa Ir Agoes Mujihartono selaku orang tua yang telah memberikan motivasi dukungan moril dan materil, semangat dan doa yang tidak pernah berhenti untuk penulis.
3. Thank you for my self, To the only beautiful soul, Claudia Ayu Aulia Oktaviana: Thank you for always stand on your own, for always make your day, give the brightest smile, set aside your ego, prioritize your loves one, and for always hold on until this far.
4. Sheila Ayu, Defta, Florencia selaku kakak adik kandung dan keponakan saya yang telah memberikan dukungan semangat bagi saya.

5. Ailya Putri R sahabat saya di kampus yang menemani saya selama beberapa tahun terakhir dan selalu mendukung, membantu dalam pengerjaan .
6. Fabelia Indah dan Isrul Salafiah sahabat saya sejak SMA yang selalu mendukung dan menemani saya tanpa lelah selama pengerjaan KIA ini.
7. Hernindya teman satu kelompok dalam penyusunan KIA, yang sudah membantu saya dalam pengerjaan skripsi ini hingga selesai.
8. Teman – teman sekelompok KIA yang dari awal sampai akhir perkuliahan tetap saling membantu. semoga tetap kompak dan bisa meraih keberhasilan sampai ke jenjang yang lebih tinggi.
9. Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Peneliti berharap bahwa KIA ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Robbal Alamin.

Sidoarjo, 30 juli 2021

LAMPIRAN 3

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 01
Tanggal Dibuat 22 Mei 2021	Tanggal Berlaku 22 Mei 2021	Nama Departemen Instalasi Gawat Darurat	
Judul Pemasangan EKG (Elektrokardiogram)		No Revisi 00	Hal. 1-3
Dibuat oleh Claudia Ayu Aulia Oktaviana, S.Kep		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya	
<p>A. Pengertian</p> <p>EKG merupakan alat diagnostik yang di gunakan untuk merekam aktifitas listrik pada jantung.</p> <p>B. Indikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya kelainan pada jantung 2. Gangguan elektrolit 3. Adanya gangguan miokard seperti infark miokard, hipertrofi atrial dan ventrikel <p>C. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kelainan-kelainan irama jantung 2. Untuk mengetahui kelainan-kelainan miokardium 3. Untuk mengetahui adanya gangguan pada eletrolit 			

D. Prosedur

1. Persiapan Alat

Mesin EKG yang Dilengkapi 2 kabel :

- Satu kabel untuk listrik (power)
- Satu kabel untuk ground
- Satu kabel untuk pasien

Plat elektrode

Yaitu plat electrode ekstremitas diikat dengan ban pengikat khusus dan electrode dada dengan balon penghisap.

Jelly electrode / air

Kertas EKG

2. Persiapan Perawat

- 1) Perawat mencuci tangan
- 2) Memakai sarung tangan

3. Persiapan Pasien

- 1) Pasien diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan.
- 2) Atur posisi pasien dalam keadaan rileks dan aman (semi fowler).

4. Pelaksanaan

1. Periksa kelengkapan alat.
2. Cuci tangan.
3. Posisikan pasien pada posisi berbaring tenang di bed, tangan dan kaki pasien tidak saling bersentuhan dengan anggota tubuh lain atau benda-benda yang terbuat dari logam selain electrode.
4. Pastikan tidak ada alat elektronik dan logam lain yang bersentuhan dengan pasien.
5. Bersihkan dada dan kedua tangan dan kaki pasien dengan kapas kapas alcohol.
6. Berikan sedikit jeli pada setiap tempat pemasangan elektoda di tubuh pasien.

7. Pasang Elektrode ekstremitas atas pada pergelangan tangan searah dengan telapak tangan.
Merah : dipasang pada tangan kanan
Kuning : dipasang pada tangan kiri
8. Elektrode ekstremitas bawah dipasang pada pergelangan kaki sebelah dalam
Hitam : dipasang pada kaki kanan
Hijau : dipasang pada kaki kiri
9. Pasang Elektode dada (perikordial)
V1 : dipasang pada spatium interkostal (SIC) ke 4 pinggir kanan sternum.
V2 : dipasang pada spatium interkostal (SIC) ke 4 pinggir kiri sternum.
V3 : dipasang ditengah antara V2 dan V4.
V4 : dipasang pada spatium interkostal (SIC) ke 5 pinggir kiri sternum.
V5 : dipasang sejajar V4 garis aksilaris kiri.
V6 : Sejajar V4 garis mid aksilaris kiri.
10. Nyalakan Mesin EKG.
11. Lihat Monitor EKG, apabila grafik EKG sudah terlihat dengan jelas, rekam/print setiap lead 3-4 beat (setelan otomatis).
12. Apabila hasil print EKG sudah dapat dibaca dengan jelas lepaskan seluruh electrode.
13. Bersihkan tubuh pasien dan rapikan kembali posisi pasien.
14. Beritahukan pada pasien bahwa perekaman telah selesai.

E. Evaluasi

1. Informasikan hasil perekaman pada pasien.
2. Beri reinforcement terhadap sikap kooperatif.
3. Beritahukan / diskusikan rencana tindak lanjut pada pasien.
4. Ucapkan salam penutup terhadap pasien.