

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN EFUSI PLEURA
DI RUANG DAHLIA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA



Oleh :

Sischa Febrianti
NIM: P07220120040

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2023

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN EFUSI PLEURA
DI RUANG DAHLIA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)

Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh:

Sischa Febrianti
NIM. P07220120040

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2023

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang Pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku

Samarinda,
Yang menyatakan

Sischa Febrianti
P07220120040



LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL

Oleh
Pembimbing

Ns. Frana Andrianur, S. Kep., M. Kep.
NIDN. 4012127901

Pembimbing Pendamping,

Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes
NIDN. 4024129101

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Wiyadi, S. Kep., M. Sc
NIP.196803151991021002

Proposal Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan
Efusi Pleura di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Telah Diuji

Pada Tanggal.....

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Dr. H. Lamri, M. Kes

NIDN : 4017115801

(.....)

Penguji Anggota :

1. **Ns. Frana Andrianur, S. Kep., M. Kep.**

NIDN. 4012127901

(.....)

2. **Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes**

NIDN. 4024129101

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Wiyadi, S. Kep., M. Sc
NIP. 196803151991021002

Ns. Tini, S. Kep., M. Kep
NIP. 19810712006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Sischa Febrianti
Tempat/Tanggal lahir : Petung, 20 Februari 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Petung RT 19, Kelurahan Penajam, Kabupaten Penajam Paser
Utara, Kalimantan Timur

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2006-2008 : TK Handayani III Penajam
2. Tahun 2008-2014 : SD Negeri 017 Petung
3. Tahun 2014-2017 : SMP Negeri 5 Penajam
4. Tahun 2017-2020 : SMA Negeri 2 Penajam
5. Tahun 2020-2023 : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Puji syukur Kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Efusi Pleura Di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”**.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan, akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materi maupun moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Supriadi B, S. Kp., M. Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Ns. Wiyadi, S. Kep., M. Sc, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur. S. Pd
3. Ns. Tini, S., Kep., M. Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Frana Andrianur, S. Kep., M. Kep, selaku pembimbing 1 yang telah memberikan motivasi dan masukan sehingga penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat selesai pada waktunya.
5. Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes, selaku pembimbing 2 yang telah memberikan dukungan serta memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini hingga selesai.

6. Seluruh Dosen dan Staf pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing penulis dalam masa pendidikan.
7. Kepada orang tua saya yaitu, (Alm) Ibu Yatinem dan Bapak Ismail atas semua doa dan dukungan yang tiada henti diberikan kepada saya untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Kepada kekasih saya yang bernama Hasan, yang dengan tulus memberi semangat, membantu dan mendukung saya untuk terus berjuang menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Serta kepada sahabat – sahabat saya, Zaeni Putri, Intan Wulandari, Suci Safitri Abdullah, Firda Dwi Lestari terima kasih atas segala dukungan, motivasi dan kritik untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
10. Semua pihak yang telah membantu dalam membuat karya tulis ilmiah yang tidak bisa penulis sebutkan secara satu-persatu.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu penulis mengharapkan masukan, kritik dan saran yang digunakan untuk perbaikan di masa mendatang.

Samarinda,

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN EFUSI PLEURA DI RUANG DAHLIA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA”

Pendahuluan : Efusi Pleura merupakan salah satu morbiditas dan mortalitas tertinggi terkait penyakit pulmonal. Badan kesehatan dunia (WHO) memperkirakan jumlah kasus efusi pleura di seluruh dunia cukup tinggi menduduki urutan ke -3. Efusi Pleura adalah cairan abnormal dalam rongga pleura akibat produksi cairan yang berlebih. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura di RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

Metode: Penulisan ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan dengan dua responden yang dirawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosis, Intervensi, Implementasi, Evaluasi Keperawatan.

Hasil dan Pembahasan: Berdasarkan Analisa data yang diperoleh melalui pengkajian, ditemukan diagnosis pada pasien 1 dan 2 yang sama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, nyeri akut dan penurunan curah jantung dan terdapat 1 diagnosis yang berbeda yaitu perfusi perifer tidak efektif. Perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung, evaluasi dilakukan secara langsung baik formatif maupun sumatif.

Kesimpulan dan Saran : Pada pasien 1 terdapat empat diagnosis cukup sesuai ekspektasi dan 1 diagnosis belum sesuai ekspektasi. Pada pasien 2 terdapat dua diagnosis cukup sesuai ekspektasi dan empat diagnosis tidak sesuai ekspektasi. Diharapkan untuk kedepannya menjadi literasi maupun wawasan tambahan untuk meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Efusi Pleura.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN

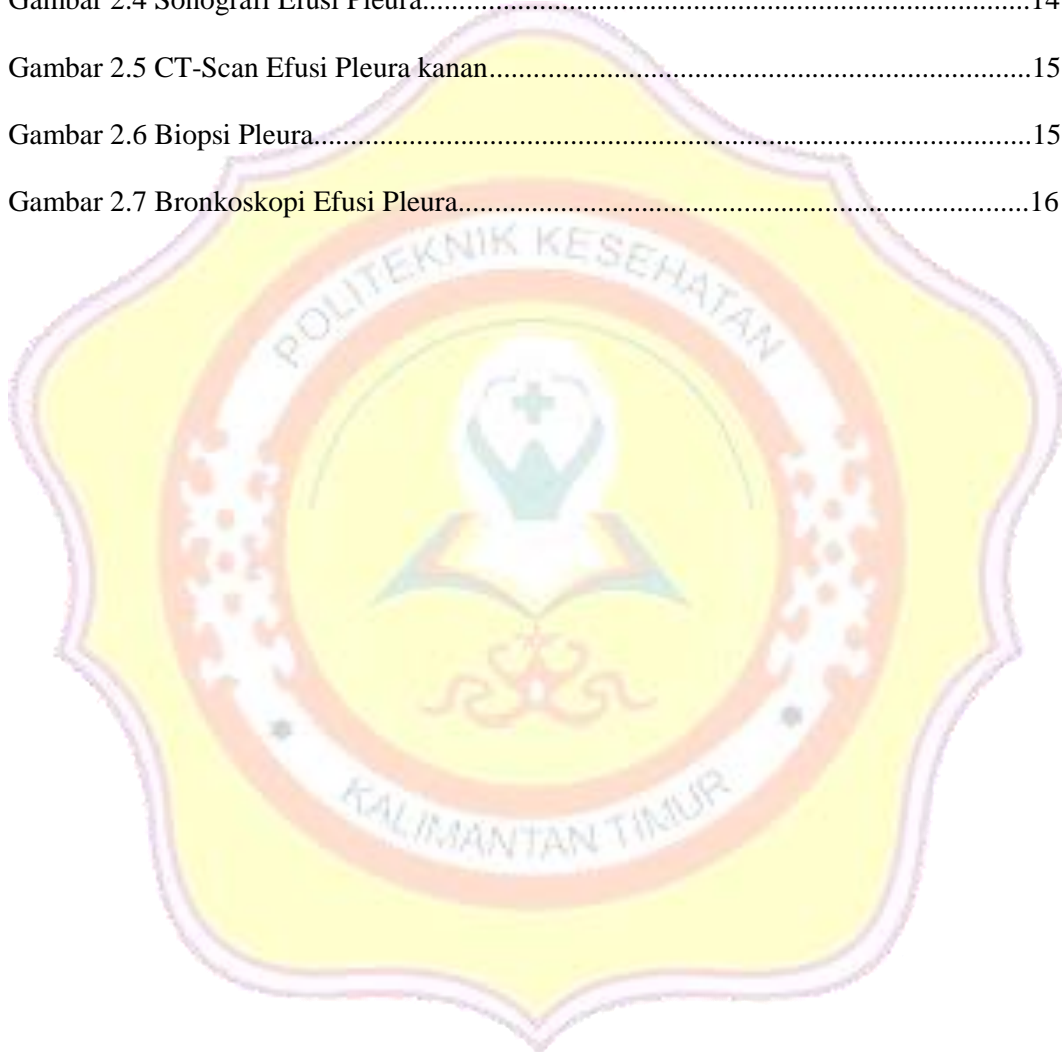
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3.1 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Bagi Peneliti.....	5
1.4.2 Bagi Tempat Peneliti.....	5
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Dasar Efusi Pleura.....	6
2.1.1 Pengertian.....	6
2.1.2 Klasifikasi.....	6

2.1.3 Etiologi.....	7
2.1.4 Patofisiologi.....	9
2.1.5 <i>Pathway</i>	12
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	13
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	13
2.1.8 Komplikasi.....	16
2.1.9 Penatalaksanaan.....	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	18
2.2.1 Pengkajian.....	18
2.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	24
2.2.3 Perencanaan Keperawatan.....	25
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	34
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	35
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	37
3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)	37
3.2 Subyek Penelitian.....	37
3.3 Batasan Istilah.....	37
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	38
3.5 Prosedur Penelitian.....	38
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	38
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	38
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	39
3.7 Keabsahan Data.....	39
3.8 Analisa Data.....	40
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	41

4.1 Hasil.....	41
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	41
4.1.2 Pengkajian Keperawatan.....	42
4.1.3 Diagnosis Keperawatan.....	53
4.1.4 Intervensi Keperawatan.....	56
4.1.5 Pelaksanaan Keperawatan.....	65
4.1.6 Evaluasi Keperawatan.....	73
4.2 Pembahasan.....	89
4.2.1 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif.....	89
4.2.2 Pola Napas Tidak Efektif.....	90
4.2.3 Penurunan Curah Jantung.....	93
4.2.4 Perfusi Perifer tidak efektif.....	94
4.2.5 Nyeri Akut.....	96
4.2.6 Intoleransi Aktifitas.....	98
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	100
5.1 Kesimpulan.....	10
5.2 Saran.....	101
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Rongga Pleura.....	10
Gambar 2.2 <i>Pathway</i>	12
Gambar 2.3 Foto Toraks Efusi Pleura.....	13
Gambar 2.4 Sonografi Efusi Pleura.....	14
Gambar 2.5 CT-Scan Efusi Pleura kanan.....	15
Gambar 2.6 Biopsi Pleura.....	15
Gambar 2.7 Bronkoskopi Efusi Pleura.....	16



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	12
Tabel 4.1 Pengkajian Pasien 1 (Tn.D) dan Pasien 2 (Tn. H).....	42
Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien 1 (Tn.D) dan Pasien 2 (Tn. H).....	44
Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien 1 (Tn.D) dan Pasien 2 (Tn. H)...	50
Tabel 4.4 Balance cairan Pasien 1 (Tn.D) dan Pasien 2 (Tn. H).....	52
Tabel 4.5 Terapi Farmakologis Pasien 1 (Tn.D) dan Pasien 2 (Tn.....	53
Tabel 4.6 Diagnosis Keperawatan Pasien 1 (Tn.D) dan Pasien 2 (Tn. H).....	53
Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan Pasien 1 (Tn.D).....	56
Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan Pasien 2 (Tn.H).....	60
Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan Pasien 1 (Tn.D).....	65
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Pasien 2 (Tn.D).....	69
Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Pasien 1 (Tn.D).....	73
Tabel 4.9 Evaluasi Keperawatan Pasien 2 (Tn.H).....	80

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Verifikasi Judul Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 2 Surat Pernyataan Kesiapan Membimbing Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 3 Surat Izin Penelitian/Askep Studi Kasus

Lampiran 4 Nota Dinas Mengikuti Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 5 Lembar Konsultasi Penyusunan Karya Tulis Ilmiah



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Efusi pleura adalah akumulasi cairan antara pleura parietal dan visceral (rongga pleura). Hal ini mungkin karena infeksi, keganasan atau peradangan pada jaringan parenkim, atau gagal jantung kongestif (D'Agostino dan Edens, 2020; Krishna dan Rudrappa, 2020). Menurut *World Health Organization WHO* (2018), efusi pleura merupakan gejala dari penyakit yang dapat mengancam jiwa.

Efusi pleura biasanya didiagnosis dengan mencari gejala yang diketahui pasien. Gejala pada pasien disebabkan oleh proses seperti reaksi radang pleura, penyempitan mekanis paru-paru atau gangguan pertukaran gas (Jany dan Welte, 2019). Menurut *World Health Organization (WHO)* 2017, mengemukakan di dunia sebanyak 320 kasus per 100.000 penduduk di negara industri mengalami efusi pleura. Menurut Bielsa & porcel (2018) diperkirakan 3.000 orang per juta penduduk dunia mengalami efusi pleura

Prevalensi efusi pleura di Jerman yaitu 400.000-500.000 per tahun. Studi tersebut menyatakan bahwa penyebab paling umum dari efusi pleura adalah gagal jantung kongestif, kanker, pneumonia, dan emboli paru (Jany dan Welte, 2019). Di Amerika Serikat sekitar 1,5 juta kasus efusi pleura di diagnosis, sebagian besar kasus ini disebabkan oleh gagal jantung kongestif (CHF), keganasan (kanker), dan emboli paru.

Prevalensi di Cina yaitu 4684 per 1 juta penduduk dewasa di Cina, dengan penyebab umum pneumonia, kanker ganas dan tuberkulosis (Tian et al., 2021). Belum ada data terbaru tentang prevalensi di Indonesia sendiri, namun ada beberapa hasil survei dari rumah sakit. Pada tahun 2017-2018, dilakukan penelitian di RS Raden Mattaher dan RS H. Abdul Manap Jambi dan menghasilkan 138 sampel dari dua rumah sakit tersebut.

Berdasarkan RISKEDAS 2018, belum ada data tentang efusi pleura. Namun prevalensi penyakit yang dapat menyebabkan efusi pleura di provinsi Kalimantan Timur dan kota Samarinda ditunjukkan dengan prevalensi tuberkulosis di tingkat provinsi 0,33% dan di tingkat kota 0,1 % prevalensi pneumonia 1,82% (provinsi) dan kota 1,78% (provinsi), penyakit jantung 1,88% (provinsi), kanker keseluruhan 1, 5% (provinsi). (Alfianet al., 2020). Data penelitian sebelumnya pada tahun 2018 terdapat 5 kasus efusi pleura di RS Abdoel Wahab Sjahranie.

Dampak lanjut efusi pleura dipengaruhi oleh jumlah cairan pleura. Efusi jinak dapat diobati tetapi berbeda dengan efusi pleura yang disebabkan oleh keganasan. Jika efusi pleura tidak menimbulkan suatu gejala maka *drainase* tidak bisa selalu dapat diindikasikan kecuali ada infeksi , dan jika efusi pleura disebabkan oleh keganasan maka dilakukan *drain* agar tidak dapat menyebabkan sesak napas dan bahkan empiema (Krishna & Rudrappa, 2021).

Masalah keperawatan yang umum terjadi pada pasien dengan efusi pleura adalah Pola napas tidak efektif berhubungan dengan menurunnya

ekspansi paru yang dipengaruhi oleh infeksi dan adanya penumpukan cairan (Muttaqin: Herlia, 2020). Gangguan pertukaran gas terjadi karena ketidakadekuatan ekspansi paru berhubungan dengan adanya penumpukan cairan yang menyebabkan penurunan kadar oksigen dalam darah (Thomas et al., 2015)

Perawatan efusi pleura dengan tujuan untuk mencegah penumpukan cairan dan meredakan gejala seperti rasa tidak nyaman, sesak napas, dan penyakit pernapasan lainnya. (Smelzer: Umara et al., 2021) Pengobatan efusi pleura oleh (Madiarti, Devi, dkk. 2022) meliputi pelaksanaan terapi yaitu, torakosentesis, drainase pleura, drainase pleura, operasi untuk mengeluarkan cairan, pemberian antibiotik, pemasangan drainase pleura, air termasuk seal. Drainase (WSD), Pemberian diet kalori tinggi.

Peran perawat dan tenaga kesehatan berupa metode promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk mencegah terjadinya komplikasi. Tindakan preventif yang dapat dilakukan oleh perawat kesehatan tentang efusi pleura yaitu, tindakan pencegahan yaitu mengurangi merokok dan minum, tindakan kuratif, pendidikan kesehatan untuk rumah sakit atau petugas kesehatan. (Muttaqin: Herlia, 2020).

Dalam hal ini berdasarkan data dan fenomena yang diperoleh dari data diatas, maka penulis secara komprehensif mengangkat judul “Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Efusi Pleura di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie” secara komprehensif untuk mendapatkan gambaran aktual yang saya minati.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pasien dengan Efusi Pleura di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Kalimantan Timur?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah, Bagaimana asuhan keperawatan pasien efusi pleura di Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahrani?.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan Efusi Pleura di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur 2023.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur 2023.
3. Menyusun perencanaan tindakan keperawatan pasien dengan Efusi Pleura di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur 2023.
4. Melaksanakan intervensi pada pasien dengan Efusi Pleura di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur 2023.
5. Mengevaluasi pasien dengan Efusi Pleura di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur 2023.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peneliti dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Efusi Pleura di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur tahun 2023.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan penulisan proposal karya tulis ilmiah ini dapat digunakan untuk dijadikan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Efusi Pleura di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur, serta memperluas dan meningkatkan pengetahuan keperawatan serta meningkatkan kualitas pelayanan yang lebih baik.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Pada penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memperdalam ilmu pengetahuan serta pemahaman tentang penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Efusi Pleura

2.1.1 Pengertian

Efusi pleura adalah penumpukan cairan di antara rongga pleura, yaitu pleura parietal dan pleura visceral. Bisa terjadi dengan sendirinya atau disebabkan oleh berbagai hal, seperti infeksi, keganasan dan proses inflamasi. Efusi adalah penyebab umum mortalitas dan morbiditas paru (Krishna R, Rudrappa M. Pleural effusion. StatPearls. 2021). Efusi pleura adalah suatu istilah yang biasa digunakan untuk penyebutan Keberadaannya akumulasi cairan yang berlebih di rongga pleura (Harjanto, 2018).

Efusi pleura adalah kumpulan banyak cairan di dalam rongga pleura. Biasanya akan mengalir sepanjang waktu ke dalam rongga pleura dari kapiler dan sistem limfatik pleura viseralis. Semua keadaan yang membuat terganggunya sekresi/drainase akan menyebabkan efusi pleura (Yunita, 2018). Efusi pleura adalah akumulasi cairan berlebih di pleura rongga pleura yang disebabkan oleh akumulasi cairan, yaitu cairan rendah protein (transudatif) dan kaya protein (eksudatif) (Puspasari, 2019). Dari pengertian – pengertian di atas dapat disimpulkan efusi pleura adalah penumpukan cairan di dalam rongga pleura.

2.1.2 Klasifikasi

Efusi pleura diklasifikasikan menjadi tiga, yaitu:

1) Efusi pleura transudatif.

Ini adalah ultrafiltrasi plasma protein rendah yang menunjukkan efusi yang tidak disebabkan oleh penyakit membran pleura. Produksi dan penyerapan cairan pleura dipengaruhi oleh faktor sistemik yang menyebabkan cairan menumpuk di rongga pleura.

2) Efusi Pleura Eksudatif

Penumpukan cairan terjadi ketika cairan merembes melalui kapiler yang rusak dan kemudian masuk ke paru-paru yang dilapisi oleh pleura. Sebuah efusi dapat dianggap sebagai sekresi jika memenuhi setidaknya salah satu kriteria lights, yaitu:

- Rasio cairan pleura terhadap protein serum lebih besar dari 0,5.
- Rasio cairan pleura terhadap laktat dehidrogenase (LDH) lebih besar dari 0,6.
- LDH cairan pleura adalah dua pertiga nilai normal LDH serum.

3) Hemorrhagic Pleura Perdarahan atau penumpukan cairan berupa darah di dalam rongga pleura yang dapat disebabkan oleh cedera dada. Nurarifi dan Kusuma (2015); Lewis dkk. (2017) dalam Umara dkk. (2021).

2.1.3 Etiologi

Menurut Angarsari et al (2018), beberapa penyakit penyebab efusi pleura antara lain infeksi paru non tuberkulosis, keganasan, tuberkulosis, trauma dada tembus atau tumpul, dan sirosis hati. Penyebab efusi pleura dikelompokkan dalam empat kategori (Blacks and (Hawks: Umara et al.,

2020), yaitu kategori pertama yaitu peningkatan tekanan hidrostatik sistemik, mis gagal jantung, sindrom vena cava superior.

Kategori kedua yaitu penurunan tekanan onkotik kapiler, mis. Gagal ginjal/hati. Kategori ketiga yaitu Peningkatan permeabilitas kapiler, seperti trauma, keganasan, peradangan, infeksi, infark paru, hipersensitivitas obat, (Boka, 2021). Serta disfungsi sistem limfatik, seperti penyumbatan kelenjar getah bening yang disebabkan oleh tumor atau kanker.

Penyebab efusi pleura terbagi menjadi dua jenis, yaitu efusi pleura transudat dan efusi pleura eksudat (Jany dan Welte, 2019), yaitu : Jenis pertama ialah transudat, penyebab tersering adalah gagal jantung, sirosis hati, sindrom nefrotik dan emboli paru (dapat juga muncul sebagai sekret). Myxema dan sarkoidosis juga merupakan penyebab keputihan yang jarang.

Jenis kedua yaitu eksudat dapat disebabkan oleh kanker (metastasis pleura, kanker paru, kanker payudara, mesothelioma), radang selaput dada (pneumonia, empiema, tuberkulosis), emboli paru, penyakit saluran cerna (pankreatitis, abses intra abdominal, perforasi esofagus), penyakit rematik dan vaskulitis (rheumatoid arthritis, *systemic lupus erythematosus*, sindrom Sjögren, amiloidosis, penyakit Wegener, *systemic sclerosis*, *Lymphangiomyomatosis*, *langerhans cellgranulomatosis*, sindrom meigs, radiasi obat-obatan, *hemothorax*, dan *chloth*.

2.1.4 Patofisiologi

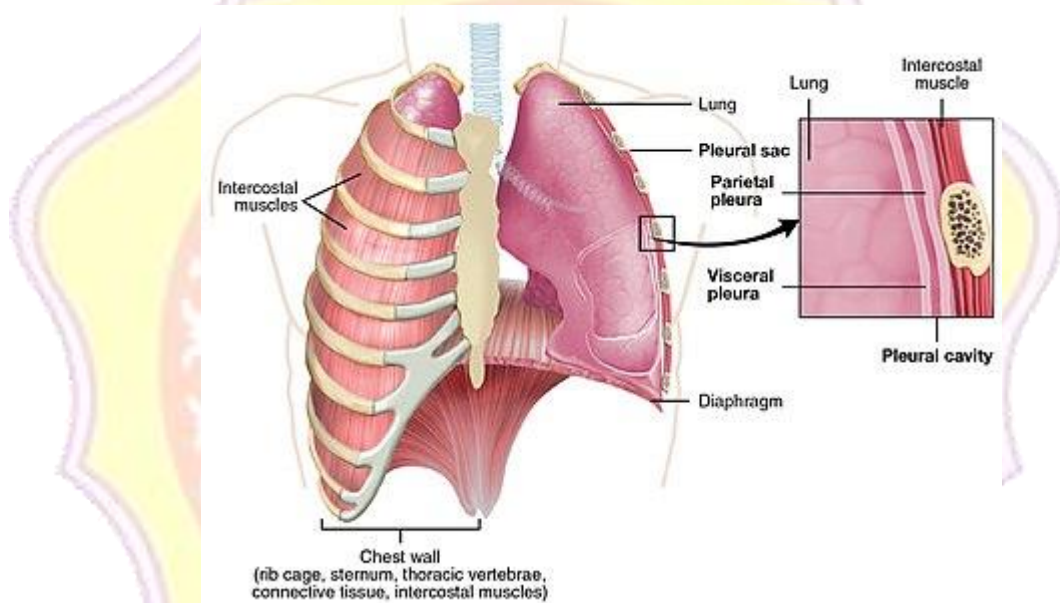
Pembatas rongga pleura yaitu pleura parietal dan pleura visceral. Pada kondisi normal, cairan (0,01 mL/kg/jam) terus menerus masuk ke dalam rongga pleura dari kapiler pleura parietal. Sebagian cairan ini diekskresikan melalui kelenjar getah bening pleura parietal, yang memiliki kapasitas drainase minimal 0,2 ml/kg/jam. Cairan pleura menumpuk ketika cairan pleura menumpuk lebih dari tingkat penyerapannya (Khairani, Syahrudin, & Partakusuma, 2012).

Biasanya hanya ada 10-20 ml yang merupakan lapisan tipis serosa yang selalu bergerak secara teratur. Jumlah cairan dalam rongga pleura tetap konstan akibat tekanan hidrstatik Pleura parietal. Akumulasi cairan pleura biasanya terjadi sebagai akibat peningkatan pembentukan cairan pleura atau penurunan penyerapan cairan pleura, tetapi juga dapat terjadi akibat kombinasi keduanya.

Peningkatan pembentukan cairan pleura disebabkan oleh peningkatan hidrostatis (yang dapat terjadi pada gagal jantung kongestif), penurunan tekanan osmotik koloid (terjadi pada sirosis, sindrom nefrotik), tekanan cairan dinding diafragma (terjadi pada sirosis) atau penurunan tekanan rongga pleura (pada kondisi atelektasis paru) (Umara A.F. et al., 2021).

Efusi pleura terbentuk ketika terjadi perubahan homeostasis cairan dan zat terlarut, dan mekanisme yang menyebabkan perubahan menentukan apakah efusi pleura adalah eksudat atau transudat. Eksudat

merupakan cairan yang bocor di sekitar sel kapiler karena peradangan, sedangkan transudat adalah cairan yang keluar dari kapiler karena tekanan kapiler yang tinggi. Ketidakseimbangan antara tekanan hidrostatik kapiler dan tekanan onkotik menyebabkan efusi pleura transudat. Akumulasi cairan pleura yang disebabkan oleh peradangan lokal menunjukkan efusi pleura eksudatif. Akumulasi cairan dalam rongga pleura terjadi karena laju produksi melebihi laju reabsorpsi.



Gambar 2.1 Rongga Pleura (Sumber: Wikipedia, 2013).

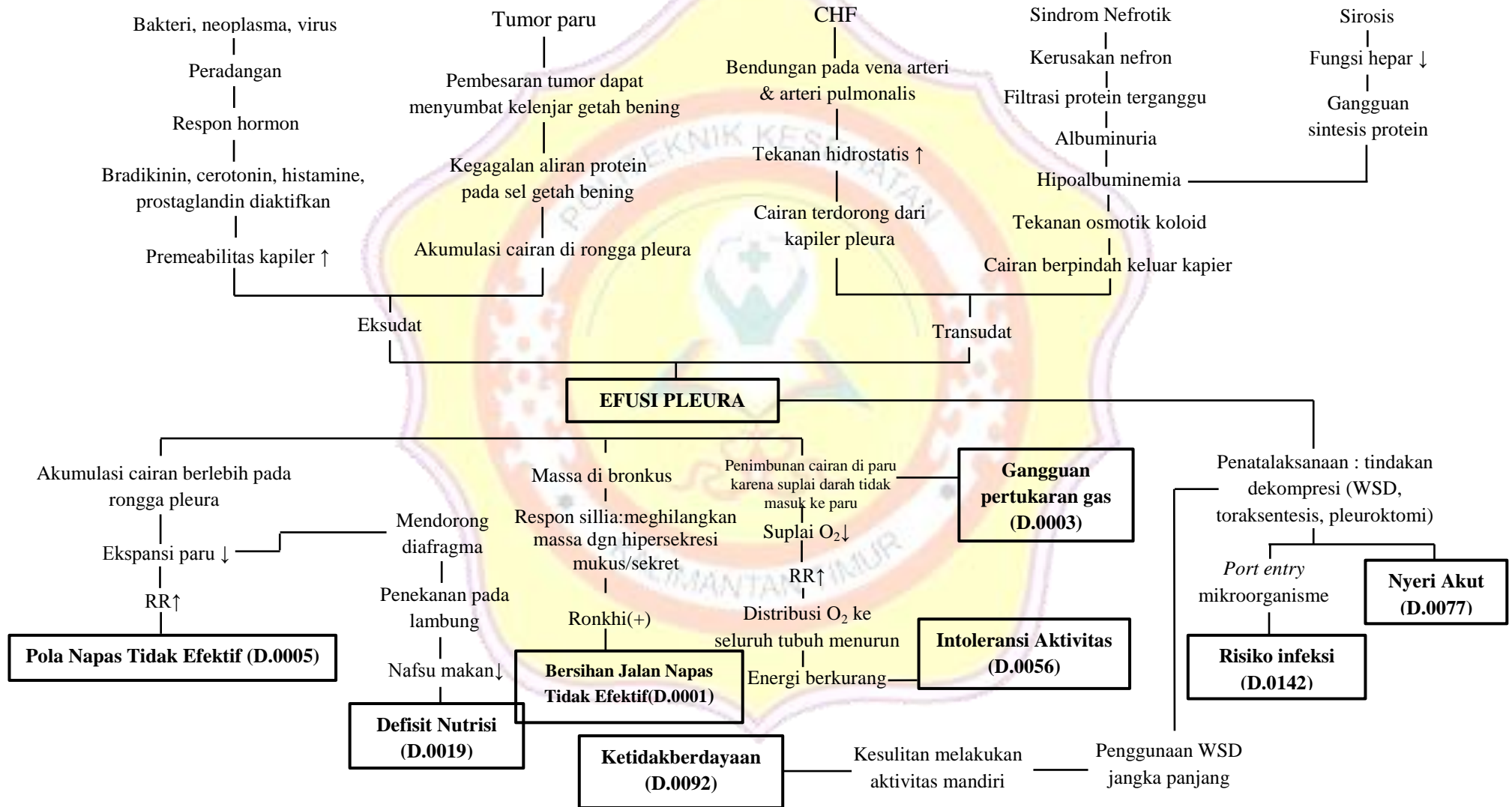
Efusi pleura tipe eksudat terjadi ketika laju filtrasi melebihi aliran limfatik dan menghasilkan cairan dengan kandungan protein yang lebih tinggi dari normal. Eksudat terbentuk ketika permeabilitas protein kapiler sistemik meningkat, mengakibatkan peningkatan konsentrasi protein dalam cairan pleura. Efusi pleura eksudatif biasanya disebabkan oleh infeksi, seperti pneumonia, keganasan, tuberkulosis, dan penyakit radang

lainnya.

Peningkatan permeabilitas cairan kapiler menghasilkan cairan hiponkotik rendah protein, dan ketika filtrasi melebihi reabsorpsi limfatik maksimal melalui pleura parietal, sehingga cairan tersebut berjenis transudat. Emboli paru dapat menyebabkan efusi pleura lokal karena peningkatan permeabilitas kapiler akibat pelepasan sitokin dan mediator inflamasi dengan konsentrasi trombosit yang tinggi (D'Agostino & Edens, 2021).



2.1.5 Pathway



Gambar 2.2 Pathway (Sumber : (Price & Wilson, 2012) (PPNI, 2016) (PPNI, 2018))

2.1.6 Manifestasi Klinis

Gejala paling umum yang disebabkan oleh inflamasi adalah sesak napas. Keparahan dispnea hanya berkorelasi dengan ukuran efusi. Manifestasi efusi pleura sangat ditentukan oleh penyakit yang mendasari. Banyak pasien memiliki gejala yang berbeda. Gejala-gejala ini, jika ada, mencerminkan reaksi inflamasi pleura, pembatasan mekanis paru-paru, atau gangguan pertukaran gas (Jany dan Welte, 2019).

Selain itu, pasien dengan efusi pleura mengeluh sesak, yang memburuk saat berbaring miring, batuk, nyeri dada pleura, demam, penurunan berat badan, dll. (Liwang, Wijaya, Yuswar, dan Sanjaya, 2020).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Foto Toraks



Gambar 2.3 (Gambaran Foto Toraks Efusi Pleura, sumber: Jurnal Respirasi(JR),Vol.3.No. 3 Mei 2017)

Pada pemeriksaan foto toraks biasanya akan menunjukkan efusi pleura jika terdapat 200 ml cairan pleura, dan foto lateral akan ditafsirkan sebagai abnormal jika ada 50 ml cairan pleura.

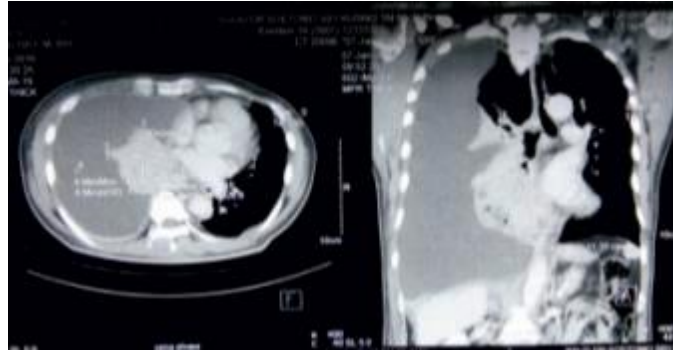
2. Sonografi



Gambar 2.4 (Gambaran Sonografi Efusi Pleura, sumber: USG PARU PIN PAPDI 2019)

Efusi pleura sering ditemukan pada pasien yang sakit kritis dan membutuhkan perawatan segera. Terkadang kondisi pasien tidak memungkinkan untuk dipindahkan ke radiologi, oleh karena itu untuk penyakit ini diperlukan sonografi portabel. Sonografi lebih akurat daripada rontgen dada tradisional. Efusi pleura dapat dilihat dari samping atau di bawah dada dengan berbagai posisi yaitu pada punggung dan siku (Marvellini, 2020).

3. CT-Scan



Gambar 2.5 (Gambaran CT-Scan Efusi Pleura kanan, (Sumber: Jurnal Respirasi (JR), Vol.3.No. 3 Mei 2017))

CT scan adalah metode terbaik dan paling akurat untuk mendiagnosis efusi pleura dibandingkan dengan foto toraks dan sonografi. Pada CT scan, pemeriksaan efusi pleura memerlukan kontras untuk membedakan apakah itu cairan atau parenkim paru. CT scan dapat menunjukkan efusi pleura dari sudut yang berbeda pada bagian koronal, aksial atau sagital dan dapat digunakan untuk menilai jenis efusi pleura. terdapat juga pada kasus di mana CT scan tidak dianjurkan karena bahaya radiasi (Marvellini, 2020).

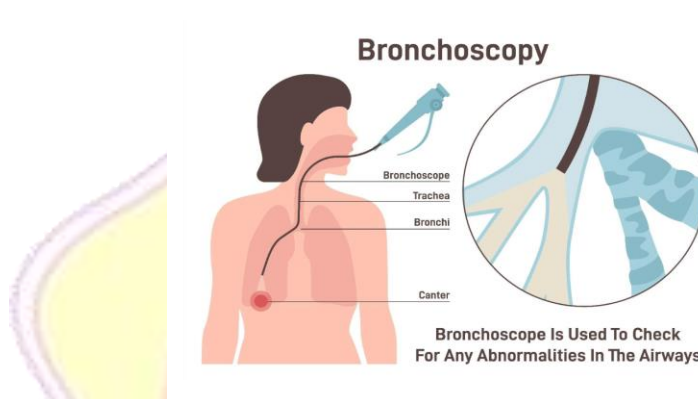
4. Biopsi Pleura



Gambar 2.6 (Gambaran Biopsi Pleura, Sumber : idnmedis.com)

Prosedur biopsi pleura umumnya dilakukan untuk mencari tahu penyebab menumpuknya cairan di sekitar paru-paru (efusi pleura) atau gangguan lain pada membran pleura. Prosedur ini juga dilakukan untuk mengetahui penyebab efusi pleura eksudatif ketika prosedur thoracosentesis tidak dapat terdiagnosis.

5. Bronkoskopi



Gambar 2.7 (Gambaran Bronkoskopi, Sumber: Interventional Pulmunology)

Pemeriksaan untuk melihat jalan nafas secara langsung untuk membantu menemukan penyebab efusi pleura.

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi efusi pleura menurut Davis (2020) adalah: Komplikasi pertama yaitu jaringan parut paru-paru. Komplikasi yang kedua yaitu pneumotoraks, sebagai komplikasi dari thoracocentesis. Komplikasi yang ketiga ialah empiema (akumulasi nanah di rongga pleura) dan komplikasi yang terakhir ialah sepsis (infeksi darah) yang bisa menyebabkan kematian.

2.1.9 Penatalaksanaan Medis

Tindakan medis Menurut Kardiyudian dan Susanti (2019), tindakan yang dapat dilakukan adalah:

1. Tirah baring: Tindakan ini dilakukan untuk mengurangi kebutuhan oksigen akibat peningkatan aktivitas. Peningkatan aktivitas meningkatkan kebutuhan oksigen, ini dapat memperparah sesak nafas.
2. Thoracentesis: Prosedur ini dilakukan untuk mengeluarkan cairan. Pengumpulan sampel untuk analisis dan meredakan sesak napas. Pengeluaran cairan saat efusi menyebabkan gejala subyektif seperti nyeri, sesak napas dan lainnya. Hingga 1–1,5 liter efusi dapat digunakan untuk mencegah peningkatan edema paru. Jika terdapat lebih dari 1,5 liter cairan pleura, cairan pleura dapat dikeluarkan setelah satu jam.
3. Pemberian antibiotik: Pemberian antibiotik dilakukan pada kasus terbukti infeksi berdasarkan hasil kultur cairan pleura.
4. Pleurodesis: pada efusi berulang, akan diberikan obat-obatan (tetrasiklin, kapur, dan biomycin) diberikan melalui tabung interkostal. Adhesi terjadi ketika obat dimasukkan ke dalam rongga pleura untuk menghilangkan cairan dan mencegah cairan kembali.
5. Perawatan lain yang dapat dilakukan antara lain *pleurektomi*, yaitu pembedahan memasukkan kateter kecil ke dalam botol penghisap, atau menanamkan *pleuroperitoneal shunt*, dari prosedur ini

dilakukan untuk memindahkan cairan dari rongga pleura ke peritoneum (Umara A. F. et al., 2021).

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah rangkaian kegiatan antara perawat, pasien dan lingkungannya, yang mencapai tujuan untuk memenuhi kebutuhan dan kemandirian pasien selama perawatan (Tarigan dan Handyani, 2019) Asuhan Keperawatan dilakukan dalam keperawatan secara sistematis, terstruktur dan integratif menggunakan metode yang disebut proses keperawatan (Koerniawan, 2021). Proses keperawatan adalah pendekatan pemecahan masalah yang mencakup pemikiran kritis, logis dan kreatif, yang merupakan salah satu prinsip dasar keperawatan (Siregar, 2021). Proses keperawatan terdiri dari beberapa tahapan.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian/anamnesa terbagi menjadi 2 jenis (*Family nursing*) oleh Niswa Salamung (2021) yaitu :

1. Alo Anamnase

Yaitu suatu kegiatan wawancara yang dilakukan bersama keluarga pasien maupun teman pasien untuk mendapatkan informasi penting tentang kondisi pasien. Dilakukan ketika pasien sulit memberikan informasi.

2. Auto Anamnase

Yaitu suatu kegiatan di mana pasien diwawancarai secara langsung. Hal ini sangat mungkin apabila pasien dianggap mampu untuk

menjawab pertanyaan. Biasanya mengalami kesulitan berkomunikasi pada pasien yang mengalami depresi dan menarik diri, ini juga berlaku pada pasien anak – anak.

Pengkajian adalah tahap keperawatan yang paling awal, mendasar, dan utama.

a. Identitas Pasien

meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, alamat rumah, agama atau kepercayaan, latar belakang etnis, bahasa lisan, status pendidikan dan pekerjaan.

b. Keluhan Utama

Pasien dengan efusi pleura biasanya mengeluh sesak napas, sesak dada, terutama dengan batuk dan mengi, dan batuk non produktif.

c. Riwayat penyakit saat ini

Penderita efusi pleura biasanya diawali dengan gejala seperti batuk, sesak napas, nyeri pleura, dada terasa berat, penurunan berat badan, dll.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Perlu ditanyakan apakah pasien pernah menderita penyakit seperti TBC paru, pneumonia, gagal jantung, trauma, asites, dll. Hal ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan faktor predisposisi.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Tanyakan apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang diduga menyebabkan efusi pleura, seperti kalsium paru, asma, tuberkulosis paru, dll.

f. Riwayat Psikososial

Meliputi pengetahuan pasien tentang penyakitnya, cara penanggulangannya, dan perilaku pasien sehubungan dengan tindakan yang dilakukan.

g. Pengkajian Pola Fungsi

- 1) Pola persepsi & tata laksana gaya hidup sehat.
- 2) Adanya prosedur medis dan perawatan di rumah sakit mempengaruhi perubahan persepsi terkait kesehatan, namun terkadang juga menimbulkan miskonsepsi tentang pelayanan kesehatan.
- 3) Kemungkinan riwayat merokok, alkohol dan obat-obatan dapat menjadi faktor penyebab munculnya penyakit.
- 4) Pola Nutrisi & Metabolisme
- 5) Saat menilai pola nutrisi dan metabolisme, kita harus mengukur tinggi dan berat badan untuk menentukan status gizi pasien.
- 6) Perlu ditanyakan tentang kebiasaan makan dan minum sebelum dan selama MRS, penderita efusi pleura mengalami penurunan nafsu makan akibat sesak napas dan tekanan pada struktur perut.

7) Peningkatan Metabolisme akibat proses penyakit. Pasien dengan diagnosis efusi pleura biasanya keadaan umumnya lemah.

h. Pola eliminasi

Pada pola eliminasi perlu ditanyakan mengenai defekasi sebelum dan sesudah MRS. Karena kondisi umum pasien yang lemah, pasien lebih banyak istirahat di tempat tidur, sehingga menyebabkan konstipasi.

i. Pola aktifitas dan latihan

1. Akibat dispnea, kebutuhan O₂ dari jaringan tetap tidak terpenuhi.
2. Pasien cepat lelah, dengan aktivitas minimal.
3. Selain itu, pasien mengurangi aktivitasnya karena nyeri dada.
4. Sebagian kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarganya untuk memenuhi kebutuhan ADL.

j. Pola Tidur dan Istirahat

1. Nyeri dada, sesak nafas dan peningkatan suhu tubuh mempengaruhi pemenuhan kebutuhan tidur dan istirahat.
2. Selain itu, perubahan kondisi lingkungan dari lingkungan rumah yang tenang menjadi lingkungan rumah sakit yang banyak orang gaduh, berisik, dll.

k. Pemeriksaan Fisik Klien

1. Status Kesehatan Umum

Perlunya pengkajian untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien, penampilan umum pasien, ekspresi wajah pasien pada saat

anamnesa, sikap pasien terhadap petugas, suasana hati pasien, tingkat kecemasan dan ketegangan.

2. Sistem Respirasi

Pemeriksaan pasien dengan efusi pleura, hemitoraks membesar, tulang rusuk rata, ruang iga melebar, gerakan pernapasan menurun.

Dilihat dari posisi trakea dan ictus cordis, mediastinum meluas ke arah hemithorax kontra lateral. Pernapasan cenderung meningkat dan pasien biasanya sesak napas.

a. Fremitus tolak menurun, terutama pada efusi pleura, dimana jumlah cairan > 250 cc.

b. Suara perkusi redup sampai pekak tergantung banyaknya cairan. Jika cairan tidak sepenuhnya mengisi rongga pleura, akan ada batas atas cairan, berupa garis lengkung dengan ujung lateral atas. Garis ini paling menonjol di depan dada, kurang jelas di belakang.

c. Auskultasi nafas menurun sampai menghilang. Dalam posisi duduk, cairan menipis dan di belakangnya ada kompresi atelektasis dari parenkim paru, tanda auskultasi atelektasis kompresi ditemukan di sekitar batas atas cairan.

3. Sistem Kardiovaskular

a. Pada pemeriksaan Inspeksi harus diperhatikan letak ictus cordis yang biasanya terletak di sebelah kiri ICS-5 selebar 1 cm pada

garis midclavicula. Tujuan dari tes ini adalah untuk menentukan apakah itu pembesaran jantung.

- b. Palpasi, untuk menghitung denyut jantung, harus memperhatikan kedalaman dan keteraturan detak jantung, dan periksa apakah ada thrill, yaitu getaran ictus cordis, harus diperiksa.
- c. Perkusi untuk menentukan batas jantung, dimana jantung terdengar tumpul. Ini dilakukan untuk menentukan apakah itu jantung yang membesar atau ventrikel kiri yang membesar.
- d. Auskultasi untuk mengidentifikasi bunyi jantung I dan II tunggal dan apakah terdapat bunyi murmur yang menandakan peningkatan aliran arus turbulensi darah.

4. Sistem Pencernaan

- a. Pada saat inspeksi perlu diperhatikan apakah perut membuncit atau rata, tepi perut menonjol atau tidak, pusar menonjol atau tidak dan periksa apakah ada massa.
- b. Auskultasi untuk mendengarkan bunyi peristaltik usus, untuk nilai normalnya adalah 5-35 kali per menit.
- c. Palpasi harus diperhatikan, apakah ada nyeri tekan di daerah perut, apakah ada massa (tumor, faces), apakah hepar teraba.
- d. Perkusi Abdomen normal, adanya massa padat atau cair menyebabkan suara pekak (hati, asites, hidrosefalus, tumor).
- e. Sistem Neurologis

Pemeriksaan harus memeriksa tingkat kesadaran, selain itu juga diperlukan pemeriksaan GCS untuk melihat apakah pasien compomentis, somnolen, atau koma. dan juga perlu diperiksa, fungsi sensorik seperti pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan serta perabaan.

f. Sistem muskuloskeletal

Pemeriksaan inspeksi harus memperhatikan apakah terdapat pembengkakan peritibial, dan palpasi ekstremitas untuk mengetahui perfusi perifer dan memeriksa waktu capillary refiltime. Kemudian bandingkan pemeriksaan kekuatan otot kiri dan kanan.

g. Sistem integumen

Inspeksi keadaan umum kebersihan kulit, ada tidaknya lesi kulit, tampak sianosis pada pasien dengan efusi pleura, palpasi diperlukan untuk memeriksa suhu kulit (dingin, panas, demam). Kemudian tekstur kulit (halus-lembut-kasar) dan turgor kulit agar dapat mengetahui tingkat hidrasi.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis dari respon pasien terhadap masalah kesehatan dan memiliki karakteristik positif dan negatif, diagnosis negatif dibagi menjadi diagnosis berisiko dan diagnosis aktual, diagnosis positif sering disebut diagnosis promosi kesehatan. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons individu,

komunitas dan keluarga terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan. Dalam metode perumusan Diagnosis aktual, yaitu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2019).

Diagnosis Keperawatan yang bisa muncul pada pasien dengan efusi pleura yaitu: (Nurarif & Kusuma: Umara et al., 2021), (PPNI,2016) :

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan perubahan membran napas (D.0001).
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler (D.0003).
3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (penumpukan cairan pada rongga pleura) (D.0005)
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019).
5. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik(penatalaksanaan prosedur drain) (D.0077)
6. Resiko Infeksi ditandai dengan prosedur invasif (D.0142).
7. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).
8. Ketidakberdayaan berhubungan dengan program perawat/pengobatan yang kompleks atau jangka panjang (D.0092)

2.2.5 Perencanaan Keperawatan

Menurut PPNI (2019), perencanaan keperawatan mencakup semua jenis terapi yang dilakukan oleh seorang perawat yang didasari oleh

pengetahuan serta penilaian klinis untuk mencegah dan memulihkan kesehatan individu, keluarga dan komunitas.

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	<p>Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif b.d hipersekresi jalan napas (D.0001)</p> <p>Gejala & Tanda Mayor Subjektif (Tidak tersedia) Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk tidak efektif/tidak mampu batuk. 2. Sputum berlebih/obstruksi di jalan napas/mekonium di jalan napas (pada neonatus) 3. Mengi,wheezing, dan/atau ronkhi kering <p>Gejala & Tanda Minor Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. Sulit berbicara 3. Ortopnea <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi napas menurun 4. Frekuensi napas menuurn 5. Pola napas berubah 	<p>Bersihkan Jalan Napas (L.01001)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat atau dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat(5) 2. Produksi sputum menurun(5) 3. Wheezing menurun(5) 	<p>Manajemen Jalan Nafas (L.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling,mengi,wheezing,r onkhi kering) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma cervical) 1.5 Posisikan semi-Fowler atau Fowler 1.6 Berikan minuman hangat 1.7 Lakukan fisioterapi dada,jika perlu 1.8 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 1.9 Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 1.10 Keluarkan sumbatan benda dengan forcep Mc Gill 1.1 Berikan oksigen, jika perlu 1.2 Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.13 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari,jika tidak kontraindikasi. 1.14 Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.15 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukoliitk,

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
No			jika perlu
2	<p>Gangguan pertukaran Gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)</p> <p>Gejala & Tanda Mayor Subjektif: 1. Dispnea Objektif : 1. PCO₂ meningkat/menurun 2. PO₂ menurun 3. Bunyi napas tambahan</p> <p>Gejala & Tanda Minor Subjektif: 1. Pusing 2. Penglihatan kabur Objektif: 1. Sianosis 2. Diaforesis 3. Gelisah 4. Napas cuping hidung 5. Pola napas abnormal(cepat/lambat, reguler/ireguler, dalam/dangkal) 6. Warna kulit abnormal (mis.pucat, kebiruan) 7. Kesadaran menurun</p>	<p>Pertukaran Gas (L.10003)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan bersihan pertukaran gas meningkat atau dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun(5) 2. Bunyi napas tambahan menurun(5) 3. PCO₂ membaik(5) 4. PO₂ membaik(5) 5. Takikardi membaik(5) 6. Ph arteri membaik(5)</p>	<p>Terapi Oksigen (I.01026)</p> <p>Observasi 2.1 Monitor kecepatan aliran oksigen 2.2 Monitor posisi alat terapi oksigen 2.3 Monitor aliran oksigen secara periodic dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 2.4 Monitor efektifitas terapi oksigen (mis.oksimetri,analisa gas darah) jika perlu 2.5 Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan 2.6 Monitor tanda tanda hipoventilasi 2.7 Monitor tanda tanda dan gejala toksikasi oksigen dengan atelaktasis 2.8 Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen 2.9 Monitor intergritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</p> <p>Terapeutik 2.10 Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trachea, jika perlu 2.11 Pertahankan kepatenan jalan napas 2.12 Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen 2.13 Berikan oksigen tambahan jika perlu 2.14 Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi 2.15 Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilisasi pasien</p> <p>Edukasi 2.16 Ajarkan pasien dan keluarga cara</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>menggunakan oksigen dirumah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.17 Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <p>2.18 Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur</p>
3	<p>Pola Napas Tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.005)</p> <p>Gejala & Tanda Mayor Subjektif : 1. Dispnea Objektif : 1. Penggunaan otot bantu napas 2. Fase ekspirasi memanjang 3. Pola napas abnormal(mis. Takipnea,bradipnea.hiperventilasi,<i>kussmaul, cheyne-stokes</i>)</p> <p>Gejala & Tanda Minor Subjektif : 1. Ortopnea Objektif : 1. Pernapasan <i>pursed-lip</i> 2. Pernapasan cuping hidung 3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat 4. Ventilasi semenit menurun 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan ekspirasi menurun 7. Tekanan inspirasi menurun 8. Ekskresi dada berubah</p>	<p>Pola Napas (L.01004)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola napas membaik atau dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun (5) 2. Penggunaan otot bantu napas menurun(5) 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun(5) 4. Frekuensi napas membaik (5) 5. Kedalaman napas membaik (5) 	<p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor frekuensi,irama,kedalaman,dan upaya napas 3.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul, cheyne-stokes</i>, Biot, ataksik 3.3 Monitor kemampuan batuk efektif 3.4 Monitor adanya produksi sputum 3.5 Monitor adanya sumbatan jalan napas 3.6 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 3.7 Auskultasi bunyi napas 3.8 Monitor saturasi oksigen 3.9 Monitor nilai AGD 3.10 Monitor hasil x-ray toraks <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.11 Atur interval waktu pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 3.12 Dokumentasikan hasil pemantauan 3.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 3.14 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu <p>Perawatan Selang Dada (I.01022)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.15 Identifikasi indikasi dilakukan pemasangan selang dada 3.16 Identifikasi indikasi

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>dilakukan pemasangan selang dada</p> <p>3.17 Monitor kebocoran udara dari selang dada</p> <p>3.18 Monitor fungsi, posisi dan kepatenan aliran selang(undulasi cairan pada selang)</p> <p>3.19 Monitor tanda dan gejala pneumothoraks</p> <p>3.20 Monitor penurunan produksi gelembung, undulasi, dan gelombang pada tabung penampung cairan</p> <p>3.21 Monitor jumlah cairan pada tabung(seal)</p> <p>3.22 Monitor posisi selang dengan sinar X</p> <p>3.23 Monitor krepitasi di sekitar selang dada</p> <p>3.24 Monitor tanda tanda akumulasi cairan intrapleura</p> <p>3.25 Monitor volume, warna dan konsistensi drianase dari paru-paru</p> <p>3.26 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>3.27 Lakukan kebersihan tangan sebelum dan setelah pemasangan atau perawatan selang dada</p> <p>3.28 Pastikan sambungan selang tertutup sempurna</p> <p>3.29 Klem selang saat pergantian tabung</p> <p>3.30 Berikan selang yang cukup panjang untuk mempermudah gerakan</p> <p>3.31 Lakukan kultur cairan dari selang dad,jika perlu</p> <p>3.32 Fasilitasi batuk,napas dalam dan ubah posisi setiap 2 jam</p> <p>3.33 Lakukan perawatan di area pemasangan selang setiap 48-72 jam atau sesuai kebutuhan</p> <p>3.34 Lakukan pergantian tabung(seal)secara berkala</p> <p>3.35 Lakukan pelepasan selang dada,sesuai indikasi</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			Edukasi 3.36 Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan selang 3.37 Ajarkan cara perawatan selang 3.38 Ajarkan mengenali tanda – tanda infeksi
4	<p>Defisit Nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)</p> <p>Gejala & Tanda Mayor Subjektif: (Tidak Tersedia) Objektif 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal</p> <p>Gejala & Tanda Minor Subjektif : 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun Objektif : 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare</p>	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan status nutrisi membaik atau dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi 4.1 Identifikasi status nutrisi 4.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 4.3 Identifikasi makanan yang disukai 4.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 4.5 Identifikasi perlunya penanganan selang nasogastrik 4.6 Monitor asupan makanan 4.7 Monitor berat badan 4.8 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik 4.9 Lakukan oral hygiene sebelum makan,jika perlu 4.10 Fasilitasi menentukan pedoman diet(mis. Piramida makanan) 4.11 Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4.12 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4.13 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 4.14 Berikan suplemen makanan jika perlu 4.15 Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi 4.16 Anjurkan posisi</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>duduk,jika mampu</p> <p>4.17 Anjurkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.18 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan(mis. pereda nyeri antiemetik), jika perlu</p> <p>4.19 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>
5	<p>Nyeri Akut b.d pencedera fisik (D.0077)</p> <p>Gejala & Tanda Mayor Subjektif: 1. Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis waspada,posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur</p> <p>Gejala & Tanda Mayor Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri Diaforesis</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam dihapkan tingkat nyeri menurun atau dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri(I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 5.2 Identifikasi skala nyeri 5.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 5.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5.5 Identifikasi pengetahuan keyakinan tentang nyeri 5.6 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 5.7 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 5.8 Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.9 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS. hypnosis, akupresur, terapi musi, biofeedback, terapi pijataroma terapi,teknik imajinasi, terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 5.10 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 5.11 Fasilitasi isirahat dan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>tidur</p> <p>Edukasi 5.12 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p>
6	<p>Resiko infeksi d.d prosedur invasif (D.0142)</p>	<p>Tingkat infeksi (L.14137)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun atau dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun(5) 2. Kemerahan(5) 3. Nyeri(5) 4. Bengkak(5) 5. Kadar sel darah putih membaik(5) 	<p>Pencegahan Infeksi (L.14539)</p> <p>Observasi 6.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik terapeutik 6.2 Batasi jumlah pengunjung 6.3 Berikan perawatan kulit pada area edema 6.4 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>Edukasi 6.5 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6.6 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 6.7 Ajarkan etika batuk 6.8 Ajarkan cara memeriksa luka operasi 6.9 Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p>
7	<p>Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan cairan oksigen (D.0056)</p> <p>Gejala & Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh lelah</p> <p>Objektif : 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat</p> <p>Gejala & Tanda Minor Subjektif : 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktifitas 3. Merasa lemah</p> <p>Objektif : 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia</p>	<p>Toleransi aktiiftas (I.05047)</p> <p>Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat atau dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat menurun(5) 2. Keluhan kelelehaan menurun(5) 3. Dispnea saat aktifitas menurun(5) 4. Dispnea setelah aktivitas (5) 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi 7.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 7.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional 7.3 Monitor pola dan jam tidur 7.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanann selama melakukan aktifitas</p> <p>Terapeutik 7.5 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan) 7.6 Lakukan rentang gerak pasif atau dan aktif 7.7 Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 7.8 Fasilitas duduuk di sisi</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis		tempat tidur, jika tidak dapat dapat berjalan atau berpindah Edukasi 7.9 Anjurkan tirah baring 7.10 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7.11 Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 7.12 Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
8	<p>Ketidakterdayaan b.d program perawatan atau pengobatan yang kompleks atau jangka panjang (D.0092)</p> <p>Gejala & Tanda Mayor Subjektif: 1. Menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya</p> <p>Objektif: 1. Bergantung pada orang lain</p> <p>Gejala & Tanda Minor Objektif: 1. Merasa diasingkan 2. Menyatakan keraguan tentang kinerja peran 3. Menyatakan kurangnya kontrol 4. Menyatakan rasa malu 5. Merasa tertekan (depresi)</p> <p>Objektif: 1. Tidak berpartisipasi dalam perawatan 2. Pengasingan</p>	<p>Keberdayaan (L.09071)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan keberdayaan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pernyataan mampu melaksanakan meningkat(5) 2. Pernyataan frustrasi menurun(5) 3. Ketergantungan pada orang lain menurun (5) 4. Perasaan diasingkan menurun (5) 	<p>Manajemen Prilaku (L.12463)</p> <p>Observasi 8.1 Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</p> <p>Terapeutik 8.2 Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 8.3 Jadwalkan kegiatan terstruktur 8.4 Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 8.5 Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 8.6 Batasi jumlah pengunjung 8.7 Bicara dengan nada rendah dan tenang 8.8 Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi 8.9 Cegah perilaku pasif dan agresif 8.10 Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku 8.11 Lakukan pengeangan fisik sesuai indikasi 8.12 Hindari sikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 8.13 Hindari sikap mengancam dan berdebat 8.14 Hindari berdebat atau</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			menawar batas perilaku yang telah ditetapkan Edukasi 8.15 Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif

2.2.9 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan merupakan perilaku atau tindakan tertentu yang dilakukan oleh seorang perawat untuk melaksanakan perencanaan keperawatan. Tindakan perencanaan keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019). Implementasi meliputi pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang didapat selama tahap perencanaan. implementasi perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan dan supervisi oleh perawat lain untuk melakukan perencanaan berdasar intervensi keperawatan yang berguna untuk membantu klien mencapai tujuan atau hasil yang diinginkan (Siregar, et al., 2021).

Tindakan Keperawatan untuk mengatasi masalah pasien antara lain:

a. Tindakan Keperawatan Independen

Tindakan keperawatan yang dilakukan secara mandiri atas dasar ilmiah termasuk pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan kegiatan sehari-hari dan konseling. Tindakan keperawatan independen ini tidak memerlukan pengarahannya dari pihak lain


b. Tindakan Keperawatan Dependen

Tindakan perawat tergantung pada tim medis yang dilakukan dibawah pengawasan dokter atau perawat dalam melakukan instruksi tertulis atau lisan dokter. Contohnya tindakan pemberian obat.

c. Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang membutuhkan tim gabungan pengetahuan dan keterampilan dan keahlian dari berbagai profesional medis. rencana perawatan dibentuk berdasarkan hasil kesepakatan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan



Evaluasi merupakan suatu penilaian hasil dan proses. Evaluasi hasil juga akan menentukan keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Evaluasi proses ini menentukan apakah ada kesalahan dalam keperawatan (Ali: Kurniati, 2019). Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk mengevaluasi dampak dari tindakan keperawatan pada pasien. Setelah setiap intervensi, evaluasi proses atau promosi dilakukan. Evaluasi dilakukan menggunakan SOAP (Suprajitno: Kurniati, 2019).

S = merupakan ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah penerapan asuhan keperawatan.

O = adalah kondisi objektif yang dapat dikenali oleh perawat melalui observasi objektif.

A = merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P = adalah rencana selanjutnya setelah analisis perawat.

Pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi :

1. Masalah teratasi, ketika pasien telah menunjukkan perubahan sesuai kriteria hasil yang sudah ditetapkan.
2. Masalah teratasi sebagian, ketika pasien memenuhi salah satu kriteria hasil yang sudah ditentukan
3. Masalah belum teratasi, ketika pasien tidak mengalami perubahan dan tidak mengalami kemajuan sesuai dengan tujuan dan kriteria baru yang telah ditentukan.
4. Muncul masalah baru, ketika kondisi pasien telah menunjukkan adanya perubahan kondisi atau muncul permasalahan baru.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. Pendekatan (Desain Penelitian)

Model yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dalam bentuk studi kasus yang mengkaji masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura. Pendekatan yang digunakan yaitu pendekatan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.2. Subjek Penelitian

Adapun subjek yang digunakan dalam penelitian ini yaitu pasien dengan kasus efusi pleura di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan kriteria yang sesuai yaitu :

1. Subjek ialah pasien rawat inap.
2. Subjek terdiri dari 2 orang pasien (laki laki/perempuan) dengan efusi pleura.
3. Subjek dengan rentang usia 18-70 tahun.
4. Subjek pasien dengan diagnosa efusi pleura.
5. Subjek bersedia menjadi responden selama penelitian berlangsung.

3.3. Batasan istilah (Definisi Operasional)

Definisi operasional karya tulis ini adalah :

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian interaksi antara perawat dengan klien dan lingkungannya, yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien dan kemandirian dalam perawatan diri

(PMK No. 26 Tahun 2019). Efusi Pleura adalah penumpukan cairan di antara rongga pleura, yaitu pleura parietal dan pleura visceral. Bisa terjadi dengan sendirinya atau disebabkan oleh berbagai hal, seperti infeksi, keganasan dan proses inflamasi. Efusi adalah penyebab umum mortalitas dan morbiditas paru (Krishna dan Rudrappa, 2021).

3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian

Pada penulisan studi kasus ini akan dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, waktu pengumpulan data dilakukan selama 3 sampai 6 hari.

3.5. Prosedur Penelitian

Penulisan dimulai dengan penyusunan usulan penulis dengan menggunakan metode kasus. Setelah proposal disetujui oleh penguji proposal, selanjutnya penelitian ini akan dilanjutkan dengan proses pengumpulan data yang berupa hasil observasi, pengukuran dan wawancara terhadap subjek penelitian.

3.6. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan pasien dan keluarganya. Hasil wawancara adalah riwayat identitas pasien, keluhan yang dialami selama wawancara, penyakit saat ini, penyakit sebelumnya, riwayat penyakit, genogram, riwayat sosial, kebutuhan dasar; nutrisi, aktivitas

dan istirahat, personal hygiene, metode eliminasi, penilaian fisik serta mental.

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Pada observasi dilakukan dengan cara mengamati pasien secara langsung dan tindakan yang dilakukan yaitu dengan IAPP (Inspeksi, Auskultasi, Palpasi, Perkusi) pada tubuh pasien yang bertujuan untuk melihat status kesehatan pasien tersebut.

3. Studi Dokumentasi

Data yang didapat selama wawancara,observasi,dan pemeriksaan fisik dan data lain yang relevan, di dokumentasikan dalam format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Pada studi kasus ini menggunakan format asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang telah ditetapkan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi serta evaluasi keperawatan.

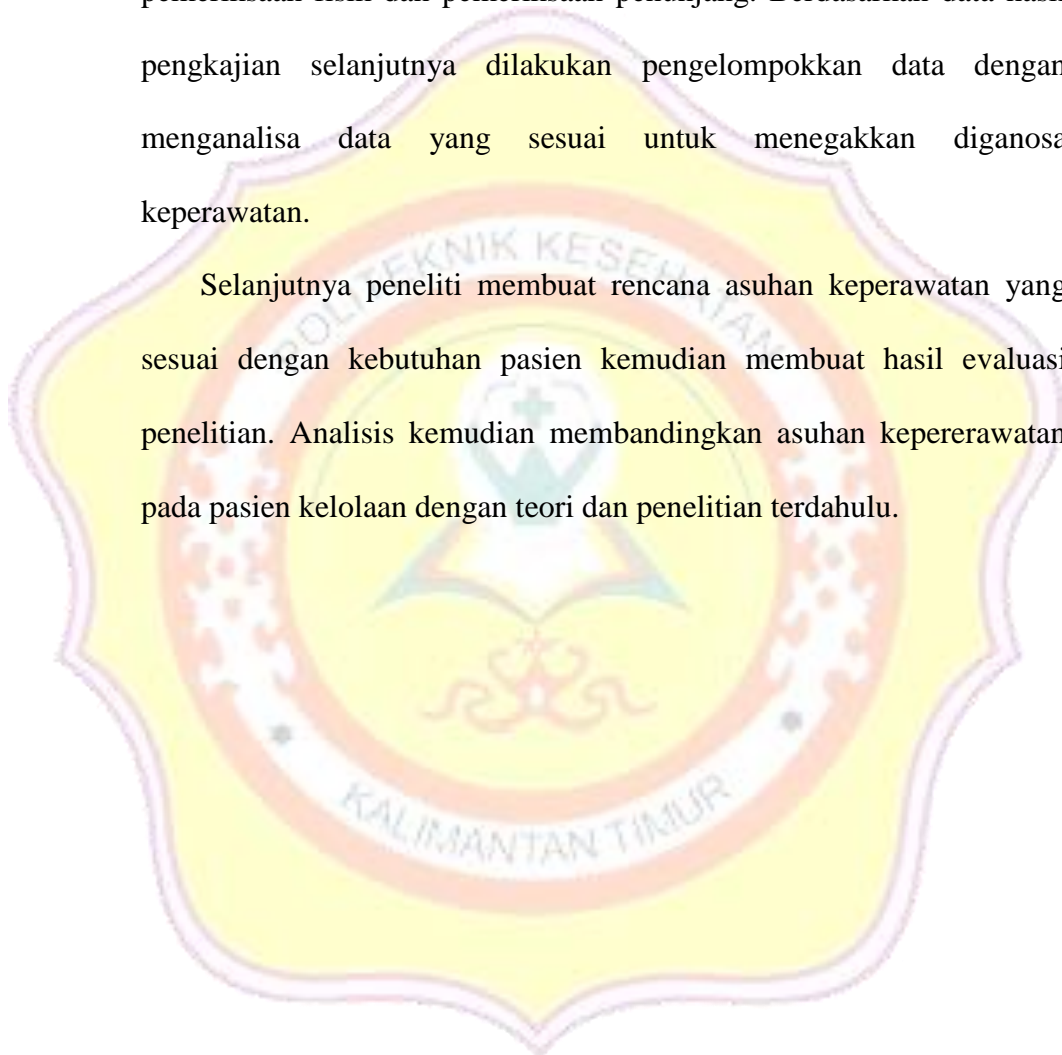
3.7. Keabsahan Data

Keabsahan data bertujuan untuk menunjukkan kualitas informasi atau data yang diperoleh dalam penelitian untuk mencapai tingkat validitas yang tinggi sehingga didapatkan data yang akurat. Keabsahan data dapat diperoleh dari data yang diperoleh dari pasien, keluarga dan dari rekam medis pasien atau dokumentasi perawatan pasien serta pengamatan yang teliti dan rinci selama proses pengkajian berlangsung.

3.8. Analisa Data

Pada penelitian ini analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan. Data dikelompokkan berdasarkan data subjektif yang berasal dari pasien atau keluarga dan data objektif yang berasal dari pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan data hasil pengkajian selanjutnya dilakukan pengelompokan data dengan menganalisa data yang sesuai untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

Selanjutnya peneliti membuat rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien kemudian membuat hasil evaluasi penelitian. Analisis kemudian membandingkan asuhan keperawatan pada pasien kelolaan dengan teori dan penelitian terdahulu.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai hasil dari pengamatan kasus Efusi Pleura, dan gambaran lokasi umum penelitian, yaitu di ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 1 Mei 2023 sampai 6 Mei 2023. Dengan Subjek sebanyak dua pasien. Adapun hasil dari penelitian diuraikan sebagai berikut :

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jalan Palang Merah No.1 Sidodadi, Kec. Samarina Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie atau dahulu dikenal dengan Rumah Sakit yang bernama *Landschap Hospital* yang didirikan pada 1933 pada zaman penjajahan Belanda. RSUD Abdul Wahab Sjahranie merupakan Rumah Sakit rujukan yang berada di Kalimantan Timur, didirikan pada tanggal 22 Februari 1986.

Adapun fasilitas yang tersedia yaitu : Ruang rawat inap, IGD 24 jam, Hemodialisa, Radiologi, Ruang Rawat Jiwa, *Ruang Intensive Care Unit (ICU)*, *Ruang intensive Coronar Care Unit (ICCU)*, Ruang Rawat Luka Bakar, Ruang Rawat Saraf *Ruang Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*, *Pediatric Intensive Care Unit (PICU)*, Ruang Rawat Jantung, Ruang Rawat Anak, Ruang *Obstetrics and Gynecology (OBGYN)*, Ruang

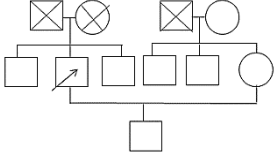
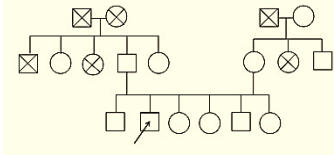
Rawat Bedah, Ruang saraf Biasa, Ruang Penyakit Dalam, Ruang Kemoterapi dan Ruang Lab.Skill.

Gambaran Umum ruang dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie, ruang dahlia adalah ruang rawat inap kelas 2 sampai 3 dan pasien diterima langsung dari IGD atau dari poliklinik, ruangan terdiri dari 32 ruang kamar Dengan 18 kapasitas tempat tidur, 32 kamar mandi pasien, 2 kamar mandi perawat, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang obat, 1 nurse station, adapun tenaga keperawatan di ruang Dahlia terdiri dari 25 orang, dengan kasus penyakit diantaranya pasien dengan penyakit *Coronary Artery Disease* (CAD), *Chronic Kidney Disease* (CKD), Diabetes Melitus dan penyakit dalam lainnya.

4.1.2 Pengkajian Keperawatan

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Pasien dengan *Efusi Pleura* di Instalasi Rawat Inap Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2023.

No	Data Anamnesis	Klien 1 (Tn. D)	Klien II (Tn. H)
1	Identitas Pasien	Pasien bernama Tn.D, berjenis kelamin laki-laki dengan tanggal lahir 24 November 1985 berusia 38 tahun, bersuku bangsa Jawa/Indonesia, pasien beragama islam, pendidikan terakhir S1, pasien bekerja di Dinas PUPR Samboja, dan beralamatkan di Argosari RT.4 Samboja	Pasien bernama Tn. H, berjenis kelamin laki-laki dengan tanggal lahir 1 Mei 1992 berusia 31 tahun, bersuku bangsa Bugis/Indonesia, Pasien beragama Islam, pendidikan terakhir SLTA, pasien bekerja di pasar berjualan sembako, dan beralamatkan di Jl. Bung Tomo RT.10 Register.01.20.78.52
2	Diagnosis Medis	<i>Efusi Pleura+ CHF+ CAD</i>	<i>Suspect Efusi Pleura+CHF +CKD</i>
3	Keluhan Utama	Sesak napas dan batuk berdahak	Sesak napas dan nyeri pinggang
4	Riwayat Penyakit sekarang	Pasien masuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie melalui IGD pada	Pasien masuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie melalui UGD pada tanggal 26 April 2023

No	Data Anamnesis	Klien 1 (Tn. D)	Klien II (Tn. H)
		<p>tanggal 27 April 2023 pada jam 21.20 WITA dan merupakan pasien rujukan Rumah Sakit Hermina Pada saat dikaji pada tanggal 1 Mei 2023 jam 08.00 WITA, kesadaran pasien GCS 15 E4M6V5, dengan keluhan yaitu sesak napas sejak 1 minggu yang lalu, batuk- batuk sejak 1 minggu yang lalu, faktor yang memerperberat yaitu ketika minum minuman manis dan faktor yang memperingan yaitu ketika meminum air hangat dan nyeri dada sejak 1 minggu yang lalu, faktor yang memerperberat yaitu ketika beraktifitas, nyeri hilang timbul, faktor yang memperingan yaitu ketika tidak melakukan aktifitas, terpasang Nasal Kanul 3 Lpm dan vemvlon di tangan kanan.</p>	<p>pada jam 08.30 pagi dengan keluhan sesak napas dan tubuh terasa lemah, karena kondisi pasien belum stabil, pasien disarankan untuk rawat inap. Saat dikaji pada tanggal 4 Mei 2023 jam 08.20 pagi pasien mengeluh masih terasa sesak napas sejak 4 hari yang lalu, ada batuk berdahak dan nyeri pinggang disebelah kanan. Pasien terpasang infus di tangan sebelah kiri, dan terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm</p>
5	Riwayat Penyakit Dahulu	Klien pernah dirawat beberapa kali dengan diagnosa gagal jantung sejak 2021 di Rumah Sakit Hermina.	Klien pernah dirawat pada akhir tahun 2022 dengan keluhan nyeri pinggang dan kelemahan lalu dilakukan pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil ureum creatinin dengan nilai kritis lalu disarankan melakukan cuci darah di RSUD Absdul Wahab Sjahranie.
6	Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan kalau dari orang tua yaitu bapak pasien memiliki riwayat penyakit jantung	Pasien mengatakan kalau dari orang tua yaitu bapak memiliki riwayat hipertensi dan penyakit jantung.
7	Genogram	 <p>Ket :</p>	 <p>Ket :</p>

No	Data Anamnesis	Klien 1 (Tn. D)	Klien II (Tn. H)
		<input type="checkbox"/> : laki – laki <input type="radio"/> : Perempuan <input type="checkbox"/> : meninggal <input type="checkbox"/> : klien	<input type="checkbox"/> : laki – laki <input type="radio"/> : Perempuan <input type="checkbox"/> : meninggal <input type="checkbox"/> : klien
8	Keadaan Umum	Keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis, pasien berbaring di tempat tidur, tinggi badan 169 cm BB 51 Kg, Tekanan darah : 110/80 mmHg, Nadi : 95x/menit. Suhu : 36,6°C, RR : 23x/menit Spo ₂ 98%, pasien terpasang alat medis berupa venvlon dan Nasal Kanul 3 Lpm.	Keadaan Umum lemah, kesadaran Compos Mentis Penampilan kusam, Tingkatan penyakit tergolong berat (penyakit kronis), pasien dalam keadaan terbaring dengan posisi semi fowler Tinggi Badan 150 cm, Berat Badan 60 kg, Tekanan darah 150/95 mmHg, pernapasan 25x/menit, nadi 106x/menit, suhu 36,5 ⁰ C. Pasien terpasang alat medis berupa selang infus di kaki sebelah kanan, dan oksigen nasal kanul.
9	kesadaran	Kesadaran klien compos mentis dengan GCS : 15 E4V5M6	Kesadaran klien compos mentis dengan GCS : 15 E4V5M6
10	Data Psiko- Sosial – spiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Klien dan Keluarga mengatakan persepsi terhadap penyakitnya adalah karena sudah kehendak Tuhan, - Kebiasaan Beribadah: sewaktu sehat klien rajin sholat dan selama sakit klien tidak pernah sholat 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien dan Keluarga mengatakan persepsi terhadap penyakitnya adalah karena sudah kehendak Tuhan, - Kebiasaan Beribadah: sewaktu sehat klien rajin sholat dan selama sakit hanya mendengarkan suara murrotal.

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien dengan Efusi Pleura di Instalasi Rawat Inap Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2023.

Pemeriksaan	Klien I	Klien II
Tanda- tanda vital	Pemeriksaan tanda-tanda vital klien ditemukan TD:110/80 mmHg, Nadi : 95x/menit. Suhu : 36,6°C, RR : 23x/menit	Pemeriksaan tanda-tanda vital klien ditemukan TD : 150/95 mmHg, Nadi : 105 x/menit. Suhu : 36,4°C, RR : 25x/menit Spo ₂ : 99%

Pemeriksaan	Klien I	Klien II
	Spo ₂ : 98%	
Kenyamanan/Nyeri	Pasien merasakan nyeri pada bagian dada kiri nya, skala nyeri 6	Pasien merasakan nyeri pada bagian pinggang kanan dengan skala nyeri 7
Status Fungsional Barthel Indeks	Kategori tingkat ketergantungan klien adalah mandiri dengan total score 20	Kategori tingkat ketergantungan klien adalah ketergantungan sedang dengan total score 9
Pemeriksaan kepala	<p>Kepala : Hasil dari pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut tidak merata, warna rambut putih beruban dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih konjungtiva anemis, palpebral tidak ada edema, kornea jernih, reflex cahaya +, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Hasil dari pemeriksaan hidung didapatkan, Terdapat pernapasan cuping hidung dan penggunaan otot bantu pernapasan, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan.</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : Hasil dari pemeriksaan rongga mulut dan lidah didapatkan, Warna bibir pucat, ukuran toksil normal, letak uvula simetris ditengah dan tidak ada kelainan.</p>	<p>Kepala : Hasil dari pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut tidak merata, warna rambut putih beruban dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih konjungtiva anemis, palpebral tidak ada edema, kornea jernih, reflex cahaya +, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Hasil dari pemeriksaan hidung didapatkan, terdapat pernapasan cuping hidung dan penggunaan otot bantu pernapasan, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan.</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : Hasil dari pemeriksaan rongga mulut dan lidah didapatkan, Warna bibir pucat, ukuran toksil normal, letak uvula simetris ditengah dan tidak ada kelainan.</p>
Pemeriksaan Thorax	Pasien mengatakan sesak napas, Pasien mengeluh batuk berdahak, dan menghasilkan sekret	Pasien mengeluh sesak nafas, pasien mengeluh batuk berdahak dan menghasilkan secret kental dan berwarna kecoklatan.

Pemeriksaan	Klien I	Klien II
	<p>kental, dan berwarna putih.</p> <p>Pada inspeksi: Ditemukan bentuk dada simetris, frekuensi napas 23x/menit, pola napas dispnea, tidak terdapat penggunaan otot bantu napas, tidak terdapat penggunaan cuping hidung, usaha napas dengan posisi duduk, terpasang nasal kanul 3 lpm, ekspansi paru simetris kanan kiri.</p> <p>Pada palpasi: vokal fremitus dada sebelah kiri menurun dibandingkan sebelah kanan</p> <p>Pada perkusi: ditemukan suara redup pada bagian paru kiri. Batas paru hepar terletak di ICS 5 dextra</p> <p>Pada asukultasi: ditemukan suara napas vesikuler, pada bagian dada sebelah kiri suara napas menurun</p>	<p>Pada inspeksi : Ditemukan bentuk dada simetris, frekuensi nafas 28x/menit. Tidak terdapat penggunaan otot bantu napas, tidak ada pernapasan cuping hidung, usaha napas dengan posisi setengah duduk, terpasang nasal kanul 4 lpm.</p> <p>Pada Palpasi : Ditemukan vocal fremitus getaran paru kanan dan kiri tidak sama kuat saat pasien mengucapkan 77, tidak terdapat krepitasi.</p> <p>Pada perkusi : ditemukan suara redup antara ICS 4 dan ICS 5</p> <p>Pada auskultasi : ditemukan suara napas vesikuler, pada bagian dada sebelah kiri suara napas menurun.</p>
Pemeriksaan Jantung	<p>Keluhan : Pasien memiliki keluhan nyeri dada</p> <p>Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat, CRT < 2 detik, tidak ada sianosis</p> <p>Palpasi : Ictus cordis teraba di intercosta sinistra (ICS) V line midclavikula sinistra, akral teraba dingin</p> <p>Perkusi : Ditemukan batas atas jantung pada ICS 5 line parasternal kiri, batas bawah terdapat di ICS 5 parasternal kanan, batas kanan terdapat di ICS 4 parasternal kanan, batas kiri terdapat di ICS 4 midklavikula kiri</p> <p>Auskultasi:</p>	<p>Keluhan : Pasien tidak memiliki keluhan nyeri dada</p> <p>Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat, CRT 3 detik, tidak ada sianosis</p> <p>Palpasi : Ictus cordis teraba di intercosta sinistra (ICS) V line midclavikula sinistra, akral teraba dingin</p> <p>Perkusi : Ditemukan batas atas jantung pada ICS 5 line parasternal kiri, batas bawah terdapat di ICS 5 parasternal kanan, batas kanan terdapat di ICS 4 parasternal kanan, batas kiri terdapat di ICS 4 midklavikula kiri.</p> <p>Auskultasi: irreguler,</p>

Pemeriksaan	Klien I	Klien II
	irreguler	
Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	<p>a) BB : 51 kg b) TB : 169 cm c) IMT : 17,8 kg m² d) Pasien masuk kategori berat badan kurang e) Asupan makanan dihabiskan f) BAB 1x g) Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> - frekuensi makan 3 kali sehari - diet berbentuk lunak dan jenis diet TKTP(tinggi kalori tinggi protein) - porsi makan habis <p>h) Abdomen Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bentuk simetris - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya massa - Tidak ada luka operasi pada abdomen - Tidak terpasang drain <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus 10 x/menit <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terdapat nyeri tekan - Tidak terdapat asites - Tidak teraba adanya masa - Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Shifting Dullness (-) - Tidak terdapat nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal 	<p>a) BB : 65 kg b) TB : 165 cm c) IMT : 23,8 kg m² d) Pasien masuk kategori normal e) Asupan makanan berkurang (pasien menghabiskan 3 suap sendok saja di setiap porsinya) dikarenakan tidak nafsu makan f) BAB Belum ada BAB g) Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> - jenis diet rendah garam 50 gram - diet bubur tim (BDJ RP) 3x1pori - bentuk makanan lunak - frekuensi makan 3 kali sehari - porsi makan tidak habis <p>h) Abdomen Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bentuk simetris - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya massa - Tidak ada luka operasi pada abdomen - Tidak terpasang drain <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus 9 x/menit <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat nyeri tekan - Tidak terdapat asites - Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Shifting Dullness (-) - Terdapat nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal sebelah kanan skala 7

Pemeriksaan	Klien I	Klien II
Pemeriksaan Sistem Syaraf	<ul style="list-style-type: none"> a) Memori jangka panjang : baik b) Memori jangka pendek : baik c) Perhatian : dapat mengulang d) Bahasa : baik (dengan komunikasi verbal menggunakan Bahasa Indonesia) e) Kognisi : baik f) Orientasi : baik (terhadap orang, tempat dan waktu) g) Reflex Fisiologis <ul style="list-style-type: none"> - Patella : 2 (normal) - Achilles : 2 (normal) - Bisep : 2 (normal) - Trisep : 2 (normal) - Brankiadiais : 2 (normal) h) Tidak ada keluhan pusing i) Istirahat / tidur 4-5 jam/hari j) Pemeriksaan syaraf kranial <ul style="list-style-type: none"> ▪ N1 : Normal (pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol) ▪ N2 : Normal (pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm) ▪ N3 : Normal (pasien mampu mengangkat kelopak mata) ▪ N4 : Normal (pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah) ▪ N5 : Normal (pasien mampu mengunyah) ▪ N6 : Normal (pasien mampu menggerakkan mata kesamping) ▪ N7 : Normal (pasien 	<ul style="list-style-type: none"> a) Memori jangka panjang : baik b) Memori jangka pendek : baik c) Perhatian : dapat mengulang d) Bahasa : baik (dengan komunikasi verbal menggunakan Bahasa Indonesia) e) Kognisi : baik f) Orientasi : baik (terhadap orang, tempat dan waktu) g) Reflex Fisiologis <ul style="list-style-type: none"> - Patella : 2 (normal) - Achilles : 2 (normal) - Bisep : 2 (normal) - Trisep : 2 (normal) - Brankiadiais : 2 (normal) h) Tidak ada keluhan pusing i) Istirahat / tidur 4 – 5 jam/hari j) Pemeriksaan syaraf kranial <ul style="list-style-type: none"> ▪ N1 : Normal (pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol) ▪ N2 : Normal (pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm) ▪ N3 : Normal (pasien mampu mengangkat kelopak mata) ▪ N4 : Normal (pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah) ▪ N5 : Normal (pasien mampu mengunyah) ▪ N6 : Normal (pasien mampu menggerakkan mata kesamping) ▪ N7 : Normal (pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata) ▪ N8 : Normal (pasien mampu mendengar dengan baik) ▪ N9 : Normal (pasien mampu membedakan rasa manis dan asam) ▪ N10 : Normal (pasien mampu menelan) ▪ N11 : Norma (pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan) ▪ N12 : Normal (pasien mampu menjulurkan lidah dan

Pemeriksaan	Klien I	Klien II																		
	<p>mampu tersenyum dan mengangkat alis mata)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N8 : Normal (pasien mampu mendengar dengan baik) ▪ N9 : Normal (pasien mampu membedakan rasa manis dan asam) ▪ N10 : Normal (pasien mampu menelan) ▪ N11 : Norma (pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan) ▪ N12 : Normal (pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah) 	<p>menggerakkan lidah ke berbagai arah)</p>																		
Pemeriksaan Sistem Perkemihan	<ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan : Bersih - Kemampuan berkemih : Spontan - Produksi urine : ±800 ml/hari - Warna : kuning - Bau : khas urine - Tidak ada distensi kandung kemih - Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih 	<ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan : Bersih - Kemampuan berkemih : Spontan - Produksi urine : ±400ml/hari - Warna : kuning - Bau : khas urine - Tidak ada distensi kandung kemih - Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih 																		
Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<p>a) Pergerakan sendi bebas</p> <p>b) Kekuatan otot(5)</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <p>c) Tidak ada kelainan ekstremitas</p> <p>d) Tidak ada kelainan tulang belakang</p> <p>e) Tidak ada fraktur dan tidak terpasang traksi</p> <p>f) Kulit berwarna coklat</p> <p>g) Kulit kering dan pucat</p> <p>h) Turgor kulit baik</p> <p>i) Tidak ada luka ulkus diabetik</p> <p>j) Tidak ada edema</p>	5	5	5				5	5	5	<p>a) Pergerakan sendi bebas</p> <p>b) Kekuatan otot(3)</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>c) ada kelainan ekstremitas</p> <p>d) Tidak ada kelainan tulang belakang</p> <p>e) Tidak ada fraktur dan tidak terpasang traksi</p> <p>f) Kulit berwarna coklat</p> <p>g) Kulit kering dan pucat</p> <p>h) Turgor kulit baik</p> <p>i) Tidak ada luka ulkus diabetik</p> <p>j) Terdapat edema pada ekstermitas bawah</p> <p>k) Pitting edema: grade +2 kedalaman 3-5 mm, waktu</p>	5	5	5				3	3	3
5	5	5																		
5	5	5																		
5	5	5																		
3	3	3																		

Pemeriksaan	Klien I	Klien II
		kembali 5 detik, edema pada kaki kiri dan kaki kanan.
Pemeriksaan Sistem Endokrin	a) Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid b) Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening c) Tidak ada trias Dm d) GDS 120 mg/dL e) Tidak ada luka ganggren	a) Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid b) Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening c) Tidak ada trias Dm d) GDS 83 mg/dL e) f) Tidak ada luka ganggren
Seksualitas dan Reproduksi	Tidak ada masalah dan kelainan pada prostat	Tidak ada masalah dan kelainan pada prostat
Keamanan Lingkungan	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 15 Pasien dalam kategori risiko jatuh rendah	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 40 Pasien dalam kategori risiko jatuh sedang
Personal Hygiene	a) Selama dua kali sehari secara mandiri b) Selama dirawat, pasien belum ada keramas c) Selama dirawat pasien belum ada memotong kuku d) Ganti pakaian 2 kali secara mandiri e) Sikat gigi 2 kali sehari secara mandiri	a) Selama satu kali sehari dibantu oleh keluarga b) Selama dirawat, pasien belum ada keramas c) Selama dirawat pasien belum ada memotong kuku d) Ganti pakaian 1 kali sehari dibantu oleh keluarga e) Sikat gigi 1 hari sekali f) dibantu oleh keluarga

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pada Tn. H dan Ny. R dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No	Pasien	Tanggal (28 April 2023)	Nilai Normal
	Pasien 1 Tn. D	1. Leukosit 7,88 2. Eritrosit 4,82 3. Hemoglobin 11,1 4. Hematocrit 32,7 5. Ureum 43,4 6. Creatinin 1.0	(4,80 –10,8) (4,20 –5,40) 10 ³ / μ L (12,0 –16,0) 10 ³ / μ L (37,0 –54,0) g/dL (19,3 –49,2) mg/dL (0,7 – 1,3) mg/dL

No	Pasien	Tanggal (28 April 2023)	Nilai Normal
		7. Kalium 3,2 8. Natrium 136	<1,0 mEq/L 135-153 mEq/L
		Analisa Cairan Pleura Pungsi pleura : 900 cc Makroskopis 1. Kejernihan : agak keruh 2. Warna: kuning 3. Bau: khas 4. Koagulan: Tidak ada 5. Berat Jenis: 1015 N/m ³ Mikroskopis 1. Hitung sel : 327 sel/mm ³ 2. Hitung jenis: a. Mononuklear: 46% b. Polinuklear: 54% 3. Tes Rivalta: Positif (+) Kimiawi 1. Protein : 1,8 g/dL 2. Glukosa: 125 mg/dL	Negativ 1,0-2,0 60-150

Hasil Echocardiography (tanggal 11 april 2023)

Hasil Pemeriksaan :

- Dimensi ruang – ruang jantung dilatasi LA – LV
- Kontraktilitas LV kesan menurun, LVEF : 25 %
- Analisa Segmental : Hipokinetik berat di inferior, inferoseptal, inferolateral, dan anterior.
- Katup – katup :
 1. Moderate MR
 2. Moderate TR
- Dyastolic Dysfunction
- Kesimpulan CAD

No	Pasien	Tanggal (27 April 2023)	Nilai Normal
2	Pasien II Tn. H	1. Leukosit 4,65 2. Eritrosit 3,14 3. Hemoglobin 9,9 4. Hematocrit 29,5 5. Ureum 385,8 6. Creatinin 3,9 7. Kalium 6,4 8. Natrium 134	(4,80 –10,8) (4,20 –5,40) (12,0 –16,0) (37,0 –54,0) (19,3 –49,2) (0,5 – 1,1) (3,6-5,5) (135-155)
	<h4>Hasil Echocardiography (27 April 2023)</h4> <p>Hasil Pemeriksaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dilatasi LA LV 2. Kontraktilitas LV; LVEF : 46% 3. Wall motion analisa : Hipokinetik di Anteroseptal 4. Katup-Katup Jantung : <ul style="list-style-type: none"> - Severe MR, TR 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Moderate AS - Katub aorta tebal - Mild AR <p>5. Dyastolic Dysfunction</p> <p>Kesimpulan : CAD</p>
--	---

Table 4.4 Balance Cairan Pada Tn. D Dengan Penyakit Gagal Efusi Pleura di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Intake	Tgl	Tgl	Tgl	Output	Tgl	Tgl	Tgl
	1 Mei 2023	2 Mei 2023	3 Mei 2023		4 Mei 2023	5 Mei 2023	6 Mei 2023
Minum Peroral	300ml	250ml	250ml	Urine (0,5 – 1 ml/Kg/BB/jam)	500ml	400ml	450ml
Cairan Infus	-	-	-	Drain (WSD)	-	-	-
Obat IV	50ml	50ml	50ml	IWL (10 – 15 ml/Kg/BB/24jam)	528ml	528 ml	528ml
NGT	-	-	-	Diare	-	-	-
Makanan (1 Kalori = 0,14ml/hari)	470ml	485ml	475ml	Muntah	-	-	-
				Pendarahan	-	-	-
				Feses (1× = 200ml/hari)	200 ml	200 ml	-
Total	820	785	775	Total	722	622	472

Table 4.4 Balance Cairan Pada Tn. H Dengan Penyakit *Suspect Efusi Pleura* di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Intake	Tgl	Tgl	Tgl	Output	Tgl	Tgl	Tgl
	1 Mei 2023	2 Mei 2023	3 Mei 2023		1 Mei 2023	2 Mei 2023	3 Mei 2023

Intake	Tgl	Tgl	Tgl	Output	Tgl	Tgl	Tgl
	1 Mei 2023	2 Mei 2023	3 Mei 2023		1 Mei 2023	2 Mei 2023	3 Mei 2023
Minum Peroral	200ml	300ml	250ml	Urine (0,5 – 1 ml/Kg/BB/jam)	200ml	250ml	500ml
Cairan Infus	250	250	250	Drain (WSD)	-	-	-
Obat IV	50ml	30ml	30ml	IWL (10 – 15 ml/Kg/BB/24jam)	650ml	650ml	650ml
NGT	-	-	-	Diare	-	-	-
Makanan (1 Kalori = 0,14ml/hari)	424ml	450ml	700ml	Muntah	-	-	-
				Pendarahan	-	-	-
				Feses (1× = 200ml/hari)			
Total	924	1050	1232	Total	850	900	1150

Tabel 4.5 Penatalaksanaan Terapi Pasien dengan *Efusi Pleura* di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

TERAPI FARMAKOLOGIS	
Pasien I (Tn.D)	Pasien II (Tn. H)
ISDN 5 mg 3x1 Remipril 2,5g 1x1 tablet oral Spironolactone 25mg 2x1 tablet oral Farmavon 8 mg 1x1 tablet CPG 75 MG 1x1 tablet oral Furosemid 2x1 tablet oral	IVFD Nacl 3% 7 tpm (250 cc/hari) Inj. Furosemid 10 mg/ml, 3x1 via IV Sp. Dobutamin 7,8 cc/jam Oral Farmavon 8 mg 1x1 tablet Oral Amlodipin 10 mg 1 x 1 tablet oral Asam Asam Folat/sukratfat 1 mg 3 x 1 tablet oral

4.1.3 Diagnosis Keperawatan

Tabel 4.6 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas pada Klien dengan Efusi Pleura di Instalasi Rawat Inap ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda tahun 2023.

No	Pasien I (Tn.D)		No	Pasien II (Tn. H)	
	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan			Diagnosis Keperawatan
1.	<p>DS: Pasien mengeluh batuk berdahak.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Terdapat sputum berwarna putih dan kental -Dispnea (+) -Batuk(+) -Tidak terdapat suara napas tambahan -RR: 23x/menit -Spo2: 98% 	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif (D.0001)	1.	<p>DS: Pasien mengeluh batuk berdahak.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Terdapat sputum berwarna kecoklatan dan kental -Dispnea (+) -Batuk(+) -Tidak terdapat suara napas tambahan -RR: 25x/menit -Spo2: 99% 	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, pola napas abnormal 28x/menit (D.0001)
2.	<p>DS: pasien mengeluh sesak</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien terpasang nasal kanul 3 lpm -Pasien mengatakan sesak dirasakan saat beraktifitas -Terdapat usaha napas dengan posisi duduk -Vokal fremitus getaran dada sebelah kiri menurun -RR: 23x/menit -Spo2: 98% 	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d dispnea	2.	<p>DS: pasien mengatakan merasa sesak napas</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien terpasang nasal kanul 4 lpm -Tampak sulit bernapas -tidak terdapat pernapasan cuping hidung -tidak terdapat otot bantu napas -RR: 25x/menit -Spo2: 98% 	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d dispnea
3.	<p>DS: Pasien mengeluh nyeri dada</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pada pemeriksaan foto toraks pada 11 April 2023, kesimpulan :CAD -Pasien tampak sesak -Terapi Medis: ISDN 5 mg 3x1 	Penurunan Curah Jantung b.d perubahan preload d.d lelah	3.	<p>DS: Klien mengeluh badan terasa lemah</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien tampak lemah -Pasien tampak sesak -Pada pemeriksaan foto toraks pada 27 April 2023, kesimpulan: CAD 	Penurunan Curah Jantung b.d perubahan preload d.d edema

No	Pasien I (Tn.D)		No	Pasien II (Tn. H)	
	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan			Diagnosis Keperawatan
				TD:120/60 mmHg - Terapi medis:Sp Dobutamin7,8cc/jam	
4.	<p>DS: Pasien mengeluh nyeri dada terasa saat beraktifitas P: nyeri timbul saat beraktifitas Q: nyeri seperti ditusuk tusuk R:nyeri di dada sebelah kiri S: skala nyeri 6 T: hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien tampak meringis -Pasien sulit tidur -Pasien tampak gelisah -Pasien tampak tegang 	<p>Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis d.d tampak meringis (D.0005)</p>	4.	<p>DS: Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit pucat - Akral teraba dingin - HB 9,9 10^3 /μL - HT 29,5 g/dL - Turgor kulit kurang - CRT 3 detik 	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d hipertensi d.d akral teraba dingin</p>
5	<p>DS : Pasien mengatakan mudah lelah</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien tampak berbaring di tempat tidur - Pasien mengatakan mudah lelah - Pasien mengatakan sesak jika beraktifitas 	<p>Intoleransi Aktifitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen d.d dispnea saat/setelah beratifitas</p>	5	<p>DS: P : nyeri bertambah ketika bergerak Q : Nyeri perih seperti diberi tekanan R : adomen bagian kanan atas, dan pinggang kanan S : Skala nyeri yang dirasakan 7 T : Nyeri hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien tampak meringis -Pasien tampak gelisah -Terdapat nyeri tekan pada bagian perut dan pinggang kanan 	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d tekanan darah meningkat, tampak meringis (D.0077)</p>

No	Pasien I (Tn.D)		No	Pasien II (Tn. H)	
	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan			Diagnosis Keperawatan
			6	DS: Pasien mengatakan cepat lelah, pasien mengeluh cepat lelah saat bergerak, pasien mengatakan sesak jika beraktifitas DO: -Pasien tampak lemah -Pasien tampak meringis -Pasien mengeluh lelah saat beraktifitas	Intoleransi Aktifitas b.d kelemahan d.d mengeluh lelah, dispnea saat beraktifitas,

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.7 Perencanaan pasien I dengan Efusi Pelura di Instalasi Rawat Inap ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Syahrane Samarinda tahun 2023.

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih, pola napas abnormal(D.0001)	Bersihan jalan napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas kembali efektif dengan, kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat(5) 2. Produksi sputum menurun(5) 3. Gelisah menurun(5) 4. Frekuensi napas membaik(5) 5. Pola napas membaik(5)	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1.4 Posisikan Semi-Fowler atau Fowler 1.5 Berikan minuman hangat 1.6 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 1.7 Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 1.8 Keluarkan sumbatan benda padat dengan proses McGill 1.9 Berikan Oksigen, Jika perlu Edukasi 1.10 Ajarkan teknik batuk

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			efektif Kolaborasi 1.11 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, Jika perlu
2.	Pola Napas Tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d dispnea (D.005)	Pola Napas (L.01004) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola napas membaik atau dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun (5) 2. Penggunaan otot bantu napas menurun(5) 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun(5) 4. Frekuensi napas membaik (5) 5. Kedalaman napas membaik (5)	Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi 2.1 Monitor frekuensi,irama,kedalaman,dan upaya napas 2.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, Biot, ataksik 2.3 Monitor kemampuan batuk efektif 2.4 Monitor adanya produksi sputum 2.5 Monitor adanya sumbatan jalan napas 2.6 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 2.7 Auskultasi bunyi napas 2.8 Monitor saturasi oksigen 2.9 Monitor nilai AGD 2.10 Monitor hasil x-ray toraks Terapeutik 2.11 Atur interval waktu pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2.12 Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 2.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2.14 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3	Penurunan Curah Jantung b.d perubahan preload d.d lelah	Curah Jantung Meningkat (L.02008) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tekanan darah menurun (5) 2. CRT menurun (5) 3. Palpitasi menurun (5) 4. Distensivena jugularis menurun (5) 5. Gambaran EKG aritmia	Perawatan Jantung Observasi 3.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP). 3.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		menurun (5) 6. CRT menurun (5)	vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 3.6 Monitor saturasi oksigen 3.7 Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) 3.8 Monitor EKG 12 sadapan 3.9 Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 3.10 Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP). 3.11 Monitor fungsi alat pacu jantung 3.12 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 3.13 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) Terapeutik 3.11 Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 3.12 Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 3.12 Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi 3.13 Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			sehat 3.16 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 3.17 Berikan dukungan emosional dan spiritual 3.18 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% Edukasi 3.19 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 3.20 Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3.21 Anjurkan berhenti merokok 3.22 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian 3.23 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi 3.24 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 3.25 Rujuk ke program rehabilitasi jantung
4	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d tekanan darah meningkat, tampak meringis (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan Nyeri menurun(5) 2. Meringis menurun(5) 3. Gelisah menurun(5) 4. Kesulitan menurun(5) 5. Frekuensi napas membaik(5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 4.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 4.2 Identifikasi skala nyeri 4.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 4.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 4.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 4.6 Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 4.7 Jelaskan strategi meredakan nyeri 4.8 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4.9 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4.10 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 4.11 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
5	Intoleransi Aktifitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen d.d dispnea saat/setelah beraktifitas	Toleransi Aktifitas Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari – hari meningkat(5) 2. Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat(5) 3. Keluhan lelah menurun (5) 4. Dispnea saat beraktifitas menurun (5)	Manajemen Energi Observasi: 5.1 Identifikasi gangguanfungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 5.2 Monitor pola dan jam tidur 5.3 Monitor kelelahan fisik dan emosional Edukasi 5.4 Anjurkan tirah baring 5.5 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 5.6 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 5.7 Lakukan latihan rentang gerakpasif dan/aktif 5.8 Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 5.9 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika iak dapat berpindah atau berjalan Kolaborasi 5.10 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Tabel 4.8 Perencanaan pasien II dengan *Suspect Efusi Pelura* di Instalasi Rawat Inap ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda tahun 2023.

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang	Bersihan jalan napas (L.01001)	Manajemen Jalan Napas (I.01011)

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih (D.0001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas kembali efektif dengan, kriteria hasil : 1. batuk efektif meningkat(5) 2. produksi sputum menurun(5) 3. gelisah menurun(5) 4. Frekuensi napas membaik(5) 5. Pola napas membaik(5)	Observasi 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1.4 Posisikan Semi-Fowler atau Fowler 1.5 Berikan minuman hangat 1.6 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 1.7 Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 1.8 Keluarkan sumbatan benda padat dengan proses McGill 1.9 Berikan Oksigen, Jika perlu Edukasi 1.10 Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1.11 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, Jika perlu
2.	Pola Napas Tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d dispnea (D.005)	Pola Napas (L.01004) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola napas membaik atau dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun (5) 2. Penggunaan otot bantu napas menurun(5) 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun(5) 4. Frekuensi napas membaik (5) 5. Kedalaman napas membaik (5)	Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi 2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman,dan upaya napas 2.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul, cheyne-stokes, Biot</i> , ataksik 2.3 Monitor kemampuan batuk efektif 2.4 Monitor adanya produksi sputum 2.5 Monitor adanya sumbatan jalan napas 2.6 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 2.7 Auskultasi bunyi napas 2.8 Monitor saturasi oksigen 2.9 Monitor nilai AGD 2.10 Monitor hasil x-ray toraks

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>Terapeutik</p> <p>2.11 Atur interval waktu pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>2.12 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>2.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2.14 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
3	<p>Penurunan Curah Jantung b.d perubahan preload d.d lelah</p>	<p>Curah Jantung Meningkat (L.02008) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah menurun (5) 2. CRT menurun (5) 3. Palpitasi menurun (5) 4. Distensivena jugularis menurun (5) 5. Gambaran EKG aritmia menurun (5) 6. Lelah menurun(5) 	<p>Perawatan Jantung</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP). 3.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 3.6 Monitor saturasi oksigen 3.7 Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) 3.8 Monitor EKG 12 sadapan 3.9 Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 3.10 Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) 3.11 Monitor fungsi alat pacu jantung 3.12 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 3.13 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.14 Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>3.15 Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)</p> <p>3.16 Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi</p> <p>3.17 Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat</p> <p>3.18 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu</p> <p>3.19 Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>3.20 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%</p> <p>Edukasi</p> <p>3.21 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>3.22 Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>3.23 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>3.24 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian</p> <p>3.25 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.26 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p> <p>3.27 Rujuk ke program rehabilitasi jantung</p>
4	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d hipertensi d.d akral teraba dingin	Perfusi Perifer Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. warna kulit pucat menurun(5)	Perawatan Sirkulasi Observasi 4.1 Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 4.2 Identifikasi faktor risiko

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		2. edema perifer menurun (5) 3. kelemahan otot menurun (5) 4. pengisian kapiler membaik (5)	gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 4.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 4.4 Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 4.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 4.6 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 4.7 Lakukan pencegahan infeksi 4.8 Lakukan perawatan kaki dan kuku 4.9 Lakukan hidrasi Edukasi 4.10 Anjurkan berhenti merokok 4.11 Anjurkan berolahraga rutin 4.12 Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4.13 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 4.14 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 4.15 Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 4.16 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki) 4.17 Anjurkan program rehabilitasi vaskular 4.18 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			4.19 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
5	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d tekanan darah meningkat, tampak meringis (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan Nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun(5) 3. Gelisah menurun(5) 4. Kesulitan menurun(5) 5. Frekuensi napas membaik(5)	Manajemen Nyeri (L.08238) Observasi 5.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 5.2 Identifikasi skala nyeri 5.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 5.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 5.6 Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 5.7 Jelaskan strategi meredakan nyeri 5.8 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 5.9 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5.10 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 5.11 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
6	Intoleransi Aktifitas b.d kelemahan d.d mengeluh lelah, dispnea saat beraktifitas.	Toleransi Aktifitas Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemudahan dalam melakukan aktifitas	Manajemen Energi Observasi: 6.1 Identifikasi gangguanfungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 6.2 Monitor pola dan jam tidur 6.3 Monitor kelelahan fisik

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		sehari – hari meningkat(5) 2. Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat(5) 3. Keluhan lelah menurun (5) 4. Dispnea saat beraktifitas menurun (5)	dan emosional Edukasi 6.4 Anjurkan tirah baring 6.5 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 6.6 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 6.7 Lakukan latihan rentang gerakpasif dan/aktif 6.8 Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 6.9 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika iak dapat berpindah atau berjalan Kolaborasi 6.10 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Table 4.9 Implementasi Keperawatan Pada Pasien Tn. D dengan *Efusi Pleura* di Instalasi Rawat Inap ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda tahun 2023.

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	Senin , 1 Mei 2023	Memperkenalkan diri, membina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien dan kontrak waktu dilakukan tindakan dengan pasien dan keluarga	
	08.00	1.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	1.1 RR = 23x/menit Pasien terpasang Nasal Kanul 3 Lpm, irama pernafasan tidak teratur
	08.10	1.2 Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering)	Tidak ada bunyi napas tambahan

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	08.20	1.3 Memonitor sputum	Terdapat sputum kental berwarna putih kekuningan
	08.30	1.4 Memposisikan semi - fowler atau fowler	Pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler
	08.35	2.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul</i> , <i>cheyne-stokes</i> , Biot, ataksik	Tidak terdapat bunyi napas tambahan
	08.40	2.3 Monitor kemampuan batuk efektif	Pasien tidak mengerti bagaimana batuk efektif
	08.45	2.8 Monitor saturasi oksigen	Saturasi 98%
	08.50	3.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea,	Pasien tampak dispnea, mudah kelelahan, pasien tidak terdapat edema
	09.00	3.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)	Pasien tampak pucat, terdapat batuk berdahak, mengalami penurunan berat badan 3 kg dalam sebulan
	09.10	4.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Pasien mengatakan nyeri di bagian dada ketika dilakukan pemeriksaan palpasi
	09.15	4.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan dari 1-10 adalah 6, TD : 110/ 80 HR : 99x/menit T: 36,7 ⁰ C, Spo2 : 99% RR; 23x/menit
	09.20	4.12 Fasilitasi istirahat dan tidur	Pasien mencoba untuk beristirahat
	09.30	4.13 Jelaskan strategi meredakan nyeri	Pasien tampak mengikuti arahan strategi meredakan nyeri
	09.40	6.10 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	Pasien memiliki riwayat penyakit jantung
		6.11 Monitor pola dan jam tidur	Pasien hanya tidur 5 jam/ hari

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	09.50		
2.	Selasa, 2 Mei 2023 08.10 08.20 08.30 08.35 08.40 08.50 08.50 09.00 09.10 09.15 09.20 09.30 09.35	1.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor adanya sputum(jumlah, warna, aroma) 1.4 Memposisikan Semi-Fowler atau Fowler 2.1 Memberikan Oksigen 2.2 Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2.8 Monitor saturasi oksigen 2.12 Dokumentasikan hasil pemantauan 3.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP). 3.2 mengidentifikasi Skala Nyeri 3.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 3.25 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian 4.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 4.5 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	RR : 22 x/menit Pasien mengatakan sesak napasnya berkurang Terdapat sputum kental berwarna putih Pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler Pasien menggunakan nasal kanul 3 lpm Frekuensi napas 22x/menit Saturasi oksigen 97 % Hasil pemeriksaan di dokumentasikan Pasien tampak dispnea, dan mudah kelelahan Skala nyeri yang dirasakan pasien yaitu skala 4 TD:130/80mmHg HR:96x/menit T:36 ⁰ C Spo2: 97% RR: 22x/menit TD:130/80mmHg keluarga pasien tampak memahami cara melakukan pengukuran Skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, nyeri di dada kiri, nyeri seperti tertusuk-tusuk Pasien melakukan instruksi yang diajarkan

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	09.40	5.2 Monitor pola dan jam tidur	Pasien tidur hanya 5 jam perhari
	09.45	5.4 Anjurkan tirah baring	Pasien tampak berbaring di tempat tidur
3.	Rabu, 03 Mei 2023	<p data-bbox="584 595 1007 651">1.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p data-bbox="584 719 1007 775">1.4 Memosisikan Semi-Fowler atau Fowler</p> <p data-bbox="584 808 1007 864">2.8 Monitor adanya produksi sputum</p> <p data-bbox="584 931 1007 1032">2.12 Dokumentasikan hasil pemantauan (dilakukan tindakan torakosintesis)</p> <p data-bbox="584 1055 1007 1122">3.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)</p> <p data-bbox="584 1144 1007 1200">3.4 Monitor intake dan output cairan</p> <p data-bbox="584 1234 1007 1290">2.2 Mengidentifikasi Skala Nyeri</p> <p data-bbox="584 1391 1007 1458">1.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p data-bbox="584 1503 1007 1559">2.7 Auskultasi bunyi napas</p> <p data-bbox="584 1603 1007 1659">2.8 Monitor saturasi oksigen</p> <p data-bbox="584 1693 1007 1794">3.2 Mengidentifikasi Skala Nyeri</p> <p data-bbox="584 1816 1007 1883">3.10 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p data-bbox="584 1906 1007 1973">5.5 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</p>	<p data-bbox="1038 595 1430 685">RR : 20x/menit Pasien mengatakan sudah tidak sesak</p> <p data-bbox="1038 719 1286 752">Pasien tampak nyaman</p> <p data-bbox="1038 808 1406 875">Produksi sputum sedikit dan sekret berwarna putih dan kental</p> <p data-bbox="1038 931 1318 965">Hasil pemantauan di catat</p> <p data-bbox="1038 1055 1246 1088">TD: 110/80 mmHg</p> <p data-bbox="1038 1144 1198 1211">Intake: 775 ml Input: 472 ml</p> <p data-bbox="1038 1234 1430 1357">Skala nyeri 2, terasa tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri pada dada kiri, nyeri saat beraktiiftas, nyei berkurang</p> <p data-bbox="1038 1391 1430 1458">RR 20x/menit, pasien mengatakan sudah tidak sesak napas</p> <p data-bbox="1038 1503 1390 1536">Tidak ada bunyi napas tambahan</p> <p data-bbox="1038 1603 1166 1637">Spo2 : 99%</p> <p data-bbox="1038 1693 1398 1794">Skala nyeri 2, TD: 110/80mmHg T : 36,5⁰C HR: 98x/menit Spo2 : 99% RR: 20x/menit</p> <p data-bbox="1038 1816 1430 1883">Pasien dapat melakukan teknik mengurangi rasa nyeri</p> <p data-bbox="1038 1906 1390 1939">Pasien tampak mengikuti arahan</p>

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	13.45	5.8 Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan	Pasien mengatakan ia ingin mendengarkan music

Table 4.10 Implementasi Keperawatan Pada Pasien Tn. H dengan *Suspect Efusi Pleura* di Instalasi Rawat Inap ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda tahun 2023.

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	Kamis, 04 Mei 2023 08.20	Memperkenalkan diri, membina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien dan kontrak waktu dilakukan tindakan dengan pasien dan keluarga	
	08.30	1.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	Pasien mengatakan sesak napas pasien mengatakan saat beraktifitas pasien mudah kelelahan dan sesak RR = 25x/menit , pasien terpasang Nasal Kanul 4 Lpm
	08.35	1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering)	Tidak terdapat bunyi napas tambahan, tidak menggunakan otot bantu pernapasan
	08.40	1.3 Memonitor sputum	Terdapat sputum kental berwarna coklat kemerahan
	08.45	1.4 Posisikan Semi Fowler atau Fowler	Pasien tampak nyaman dengan posisi tersebut
	08.50	1.9 Memberikan oksigen, <i>jika perlu</i>	Pasien terpasang nasal kanul 4 Lpm
	08.55	2.3 Monitor kemampuan batuk efektif	Pasien mampu batuk secara efektif dengan dahak berwarna kecoklatan dan kental
	09.00	2.8 Monitor saturasi oksigen	Saturasi oksigen 97%
	09.05	2.12 Mendokumentasikan hasil pemantauan	Hasil di dokumentasikan
	09.10	3.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan,	Pasien mengeluh kelelahan, terdapat edema dan mengeluh sesak napas

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
		<p>edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP).</p> <p>09.20 3.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)</p> <p>09.30 3.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)</p> <p>09.35 4.1 Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)</p> <p>09.40 4.2 Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)</p> <p>09.50 5.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>10.00 5.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>10.10 5.4 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>10.15 6.1 Monitor pola dan jam tidur</p>	<p>Pasien tampak pucat, akral teraba dingin, nadi teraba lemah</p> <p>TD: 150/95 mmHg</p> <p>Terdapat edema pada ekstremitas bawah, CRT 3 detik</p> <p>Pasien mengatakan bahwa memiliki riwayat hipertensi dari orang tua</p> <p>Pasien mengatakan nyeri di bagian pinggang kanan dan abdomen atas, nyeri hilang timbul, nyeri perih seperti diberi tekanan</p> <p>Skala nyeri pasien 7, Pasien tampak meringis. TD :150/95 mmHg RR : 25x/ menit HR : 90x/menit T: 36,5 °C Spo2 : 97 %</p> <p>Nyeri terasa ketika bergerak atau beraktifitas</p> <p>Pasien hanya tidur 5 jam / hari</p>
2.	Jumat, 05 Mei 2023	<p>08.00 1.1 Monitor pola nafas(frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p>	<p>RR : 24x/menit Pasien mengatakan napasnya masih terasa sesak, berkurang jika dengan posisi semi fowler</p>

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	08.10	1.2 Memonitor bunyi napas tambahan	Tidak terdapat bunyi napas tambahan
	08.15	1.4 Memposisikan Semi-Fowler atau Fowler	Pasien tampak nyamanketika di beri posisi semi-fowler
	08.20	1.9 Memberikan Oksigen	Pasien terpasang Nasal Kanul 4 Lpm
	08.25	2.3 Memonitor kemampuan batuk efektif	Pasien dapat melakukan batuk efektif
	08.30	2.4 Memonitor adanya produksi sputum	Terdapat sputum kental berwarna kecoklatan.
	08.40	2.8 Memonitor saturasi oksigen	Saturasi Oksigen 98%
	08.45	2.12 Mendokumentasikan hasil pemantauan	Hasil pemantauan di dokumentasikan oleh peneliti
	08.50	3.2 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu	TD:140/85 mmHg Spo2 : 97% HR: 97x/menit T: 36,6 ⁰ C RR : 25x/menit
	09.10	3.25 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian	Keluarga pasien mendengarkan dan mengerti bagaimana melakukan pengukuran intake dan output
	09.20	4.1 Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)	Nadi teraba lemah, terdapat edema di kedua ekstremitas bawah, akral teraba hangat, turgor kulit membaik, CRT <2 detik
	09.30	5.2 mengidentifikasi Skala Nyeri	Skala nyeri yang dirasakan pasien berkurang menjadi skala 5
	14.25	5.5 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Pasien tampak rileks
	14.35	6.2 Monitor pola dan jam tidur	Pola tidur 6 jam/hari
	14.40	6.4 Anjurkan tirah baring	Pasien tampak nyaman

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
3	Sabtu, 06 Mei		
	2023 08.05	1.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	RR : 22x/menit Pasien mengatakan sesak napasnya mulai berkurang , tidak terdapat cuping hidung, dan tidak menggunakan otot bantu napas
	08.10	1.4 Memosisikan Semi-Fowler atau Fowler	Pasien dapat diposisikan dengan bantuan, pasien tampak nyaman
	08.15	1.10 Mengajarkan teknik batuk efektif 2.3 Monitor adanya produksi sputum	Pasien mengikuti instruksi produksi sputum sedikit berwarna kecoklatan, dan kental
	08.20	2.8 Monitor saturasi oksigen	Saturasi Oksigen pasien 99%
	08.30		Hasil telah didokumentasikan
	08.35	2.12 Dokumentasikan hasil pemantauan	
	08.45	3.1 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)	Pasien tidak ada peningkatan berat badan, pasien mengeluh batuk berdahak
	09.00	3.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)	TD:130/90 mmHg HR : 98 x/ menit RR : 22x / menit Spo2: 98% T : 36,5 ⁰ C
	09.05	3.4 Monitor intake dan output	Intake 1.232 ml Output 1.150ml
	09.10	3.6 Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi)	Pasien tidak ada mengeluh nyeri dada
	09.20	3.19 Berikan dukungan emosional dan spiritual	Pasien tampak menerima dukungan dan menyerahkan semua kepada Tuhan
	09.30	4.1 Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-	T: 36,5 ⁰ C CRT <2 detik, akril teraba hangat, turgor kulit membaik

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	10.40	brachial index)	Keluarga pasien memahami menu makanan diet sirkulasi
	10.50	4.18 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)	Skala nyeri 5
	11.00	6.1 mengidentifikasi Skala Nyeri	Pasien memahami bagaimana teknik yang tepat untuk meredakan nyeri
	11.05	5.10 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Pasien mengatakan tidur 6 jam/hari
	11.10	6.1 Monitor pola dan jam tidur	Pasien mengatakan lelah dan bosan berada di rumah sakit
		6.3 Monitor kelelahan fisik dan emosional	

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Table 4.11 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Tn.D dengan *Efusi Pleura* di Instalasi Rawat Inap ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda tahun 2023.

No	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1	Senin 1 Mei 2023	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif (D.0001)	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak napas 2. Pasien mengeluh batuk dan dahak berwarna putih, konsistensi kental 3. Pasien mengatakan mempunyai riwayat merokok <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis 2. Terdapat sekret berwarna putih kental 3. Terpasang Nasal Kanul 3 Lpm 4. Tidak terdapat bunyi napas tambahan 5. TD : 110/80 Mmhg HR : 99x/menit T: 36,7⁰ C, Spo2 : 99% RR: 23x/menit <p>A: Bersihkan jalan napas belum meningkat,</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)-Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis.

No	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</p> <p>1.4 Posisikan Semi-Fowler atau Fowler</p> <p>1.9 Berikan oksigen, Jika perlu</p> <p>1.10 Ajarkan teknik batuk efektif</p>
		<p>Pola Napas Tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.005)</p>	<p>S: Pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan jika beraktifitas pasien akan sesak napas</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU sedang, kesadaran compos mentis 2. Pasien tampak sesak 3. Terpasang Nasal kanul 3 Lpm 4. Pola nafas dispnea 5. TD : 110/80 Mmhg HR : 99x/menit T: 36,7⁰ C, Spo2 : 99% RR: 23x/menit <p>A: Pola nafas belum membaik</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul chyene-stokes, biot ataksik. 2.3 Monitor kemampuan batuk efektif 3.20 Monitor adanya produksi sputum 6.5 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 2.7 Auskultasi bunyi napas
		<p>Penurunan Curah Jantung b.d perubahan preload d.d lelah</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sesak dan mudah lelah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU sedang, kesadaran compos mentis 2. Akral dingin 3. Pasien tampak lemah 4. Nadi teraba lemah 5. TTV: TD : 110/80 Mmhg HR : 99x/menit T: 36,7⁰ C, Spo2 : 99% RR: 23x/menit <p>A: Curah jantung belum meningkat</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Monitor saturasi oksigen 3.4 Monitor keluhan nyeri dada (mis:

No	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi
		Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d tampak meringis (D.0077)	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. P: nyeri timbul saat beraktifitas Q: nyeri seperti ditusuk tusuk R:nyeri di dada sebelah kiri S: skala nyeri 6 T: hilang timbul <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mengatakan sulit tidur akibat nyeri yang dirasakan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU sedang, kesadaran compos mentis 2. pasien tampak meringis 3. pasien tampak memegang area nyeri 4. TTV: <ol style="list-style-type: none"> a. TD : 110/80 Mmhg b. HR : 99x/menit c. T: 36,7⁰ C, Spo2 : 99% d. RR: 23x/menit <p>A: Tingkat nyeri belum menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 4.2 Identifikasi skala nyeri 4.3 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 4.4 Fasilitasi istirahat dan tidur
		Intoleransi Aktifitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan mudah lelah dan lemas <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU sedang, kesadaran compos mentis 2. Pasien tampak pucat 3. Pasien tampak berbaring di tempat tidur <p>A: Toleransi aktifitas belum meningkat</p> <p>P:</p>

No	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			5.2 Monitor pola dan jam tidur 5.3 Monitor kelelahan fisik secara emosional 5.4 Anjurkan tirah baring 5.6 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
2	Selasa 2 Mei 2023	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif (D.0001)	S: 1. Pasien mengatakan batuk nya berkurang 2. Pasien mengatakan sesak napas nya sedikit berkurang O: 1. KU sedang, kesadaran compos mentis 2. Tidak ada bunyi napas tambahan 3. Sputum berwarna putih dan kental 4. Terpasang Nasal Kanul 4 Lpm 5. TTV: TD: 130/80 HR : 96x/menit T: 36 ⁰ C Spo2 : 97% RR: A: Bersihan jalan napas belum meningkat P: Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, rongki kering) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 1.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
		Pola Napas Tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.005)	S: 1 Pasien mengatakan sesak napas 2 Pasien mengatakan batuk nya berkurang O: 1. KU sedang, kesadaran compos mentis 2. Tidak terdapat suara napas tambahan 3. Terpasang Nasal Kanul 3 Lpm 4. TTV: TD: 130/80 HR : 96x/menit T: 36 ⁰ C Spo2 : 97% RR: 22x/menit A: Pola nafas membaik P: Lanjutkan intervensi

No	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			2.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)-Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 2.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 2.3 Monitor adanya produksi sputum
		Penurunan Curah Jantung b.d perubahan preload d.d lelah	S: 1. Pasien mengatakan lemah sedikit berkurang daripada hari sebelumnya O: 1. KU sedang, kesadaran compos mentis 2. Akral dingin 3. Warna kulit pasien sedikit pucat 4. Nadi teraba lemah 5. TTV: TD: 130/80 HR : 96x/menit T: 36 ⁰ C Spo2 : 97% RR: 22x/menit A: Curah jantung belum meningkat P: 3.1 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Monitor saturasi oksigen 3.4 Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi)
		Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d tampak meringis (D.0077)	S: 1. P: Nyeri ketika beraktifitas maupun tidak beraktifitas Q: nyeri seperti ditusuk tusuk R: Nyeri di dada sebelah kanan S: Skala nyeri 5 T: hilang timbul O: 2. KU sedang, kesadaran compos mentis 3. pasien tampak meringis 4. pasien tampak tegang 5. pasien tampak memegang area nyeri 6. TTV: TD: 130/80 HR : 96x/menit T: 36 ⁰ C Spo2 : 97% RR: 22x/menit

No	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>A: Tingkat nyeri belum menurun</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 4.2 Identifikasi skala nyeri 4.8 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
		<p>Intoleransi Aktifitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lelah dan lemas sedikit berkurang dibandingkan hari sebelumnya <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU sedang, kesadaran compos mentis 2. Posis semi fowler 3. Frekuensi napas 22x/menit <p>A: Toleransi aktifitas belum meningkat</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.3 Monitor pola dan jam tidur 5.4 Anjurkan tirah baring 5.6 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 5.8 Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 5.9 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika ia dapat berpindah atau berjalan
3	Rabu 03 Mei 2023	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif (D.0001)</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan ia tidak sesak napas 2. Pasien mengatakan sudah tidak batuk <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU sedang, kesadaran compos mentis 2. TTV: TD:130/80 HR : 96x/menit T: 36⁰C Spo2 : 97% RR: 20x/menit. 3. Pasien telah dilakukan tindakan torakosintesis 4. Pasien tampak tenang <p>A: Bersihkan jalan napas membaik</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
		<p>Pola Napas Tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.005)</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak sesak

No	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			nafas 2. Pasien mengatakan sudah tidak batuk O: 1. KU sedang kesadaran compos mentis 2. Pasien tampak tenang 3. Pasien tampak tidak sesak 4. Pasien tampak tidak menggunakan pernafasan cuping hidung 5. Pasien sudah tidak memakai Nasal kanul 3 Lpm 6. TTV: TD:130/80 HR : 96x/menit T: 36 ⁰ C Spo2 : 97% RR: 20x/menit. A: Pola nafas membaik P: Intervensi dihentikan
		Penurunan Curah Jantung b.d perubahan preload d.d lelah	S: 1. Pasien mengatakan tubuh lemah sedikit berkrung O: 1. KU sedang, kesadaran compos mentis 2. Akral dingin 3. TTV: TD:130/80 HR : 96x/menit T: 36 ⁰ C Spo2 : 97% RR: 20x/menit. A: Curah jantung belum meningkat 3.1 Monitor tekanan darah (termasuk 3.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 3.6 Monitor saturasi oksigen
		Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d, tampak meringis (D.0077)	S: 1. Pasien mengatakan nyeri nya berkurang 2. P: Nyeri saat beraktifitas Q: Nyeri seperti ditusuk tusuk R: Dada kanan S: 2 T: Hilang timbul O: 1. Pasien tidak tampak meringis 2. Pasien sudah tidak memegang area yang nyeri 3. Pasien tampak rileks

No	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>4. TTV: TD:130/80HR : 96x/menit T: 36⁰C Spo2 : 97% RR: 20x/menit.</p> <p>A: Tingkat nyeri menurun</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
		Intoleransi Aktifitas b.d kelemahan d.d mengeluh lelah, dispnea saat beraktifitas	<p>S: 1. Pasien mengatakan sedikit lelah</p> <p>O: 1. KU sedang, kesadaran compos mentis 2. Pasien tanpa duduk di atas tempat tidur 3. Pasien tampak relax</p> <p>A: Toleransi aktifitas meningkat</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>

Table 4.12 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Tn.H dengan *Suspect Efusi Pleura* di Instalasi Rawat Inap ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda tahun 2023

NO	Hari/ Tanggal	Diagnosis	Evaluasi (SOAP)
1	Kamis 04 Mei 2023	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih (D.0001)	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak napas 2. Pasien mengatakan dahak yang keluar berwarna merah kecoklatan dan kental <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU lemah, Kesadaran compos Mentis 2. Pernapasan pendek dan cepat 3. sekret kental berwarna merah kecoklatan 4. Pasien terpasang Nasal kanul 4 lpm 5. Warna bibir dan wajah pucat 6. Spo2 : 98% RR : 28x/menit <p>A : Bersihan jalan napas belum meningkat</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 1.4 Posisikan Semi-Fowler atau Fowler 1.9 Berikan Oksigen, Jika perlu

NO	Hari/ Tanggal	Diagnosis	Evaluasi (SOAP)
		Pola Napas Tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.005)	<p>1.10 Ajarkan teknik bauk efektif, jika perlu</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sesak napas jika beraktifitas dan cepat lelah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> KU lemah kesadaran compos mentis Pasien tampak sesak Pasien tampak gelisah Pola napas dispnea Pasien terpasang Nasal Kanul 4 Lpm TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD :150/95mmHg RR : 25x/ menit HR : 106x/menit T: 36,5 °C Spo2 : 97 % <p>A: Pola Napas Tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul</i>, <i>cheyne-stokes</i>, Biot, ataksik 2.3 Monitor adanya produksi sputum 2.7 Dokumentasikan hasil pemantauan
		Penurunan Curah Jantung b.d perubahan preload d.d lelah	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh sesak dan tubuh terasa lemah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> KU lemah, kesadaran compos mentis Akral dingin Pasien tampak lemah Nadi teraba lemah TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD :150/95mmHg RR : 25x/ menit HR : 106 x/menit T: 36,5 °C Spo2 : 97 % <p>A: Curah jantung belum meningkat</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.5 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 3.6 Monitor intake dan output cairan

NO	Hari/ Tanggal	Diagnosis	Evaluasi (SOAP)
			3.7 Monitor saturasi oksigen 3.8 Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi)
		Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d akral teraba dingin	S: 1. Pasien mengeluh sering lelah O: 1. KU lemah, kesadaran compos mentis 2. Pasien tampak pucat 3. Akral teraba dingin 4. CRT 3 detik 5. Konjungtiva anemis 6. Pasien memiliki riwayat hipertensi 7. TTV: TD :150/95mmHg RR : 25x/ menit HR : 106 x/menit T: 36,5 °C Spo2 : 97 % A: Perfusi perifer belum meningkat P: 4.2 Periksa sirkulasi perifer 4.3 Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 4.4 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 4.9 Jelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan
		Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d tekanan darah meningkat, tampak meringis (D.0077)	S : 1. P : nyeri bertambah ketika bergerak Q : Nyeri perih seperti diberi tekanan R : adomen bagian kanan atas, dan pinggang kanan S : Skala nyeri yang dirasakan 7 T : Nyeri hilang timbul 2. Pasien mengeluh nyeri di pinggang kanan O : 1. KU lemah, kesadaran compos mentis 2. Pasien tampak meringis 3. Pasien tampak gelisah 4. Terdapat nyeri tekan pada bagian perut dan pinggang kanan 5. Skala nyeri : 7 6. TTV: a. TD :150/95mmHg RR : 25x/ b. menit HR : 106x/menit c. T: 36,5 °C Spo2 : 97 %

NO	Hari/ Tanggal	Diagnosis	Evaluasi (SOAP)
			<p>A : Nyeri Akut belum menurun</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 5.2 Identifikasi skala nyeri 5.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5.6 Fasilitasi istirahat dan tidur 5.11 Kolaborasi Pemberian analgetik
		<p>Intoleransi Aktifitas b.d kelemahan d.d mengeluh lelah, dispnea saat beraktiftias,</p>	<p>S:</p> <p>Pasien mengeluh mudah lelah saat beraktifitas</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.KU lemah, kesadaran compos mentis 2.Pasien tampak lemas 3.Pasien tampak berbaring di tempat tidur 4. Mobilisasi dibantu oleh keluarga <p>A: Toleransi aktifitas belum meningkat</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 6.2 Monitor pola dan jam tidur 6.3 Anjurkan tirah baring 6.9 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
	<p>Jumat, 05 Mei 2023</p>	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih (D.0001)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak berkurang dengan posisi semi fowler 2. Pasien mengatakan ketika batuk, masih ada keluar dahak kental berwarna merah kecoklatan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. RR : 23x/menit 2. Pernapasan pendek dan cepat 3. Pasien terpasang nasal kanul 4 lpm 4. Terdapat produksi sekret kental berwarna merah kecoklatan 5. diberikan obat Farmavon 8 mg 1x1 tablet 6. TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD :140/85mmHg RR : 25x/ menit HR: 90x/menit T: 36,5 °C SpO2:98 % <p>A : Bersihan jalan napas belum</p>

NO	Hari/ Tanggal	Diagnosis	Evaluasi (SOAP)
			<p>membaik</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 1.9 Berikan Oksigen 1.10 Ajarkan teknik batuk efektif 1.11 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.
		<p>Pola Napas Tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.005)</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh sesak napas nya berkurang jika diberi posisi semi fowler <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU lemah, kesadaran compos mentis 2. Pasien terpasang Nasal Kanul 4 Lpm 3. Pola napas dispnea 4. TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD:140/85mmHg T: 36,6⁰C HR: 97x/menit Spo2 : 98% RR : 23x/menit <p>A : Pola nafas belum membaik</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, Biot, ataksik 2.4 Monitor adanya produksi sputum 2.5 Monitor adanya sumbatan jalan napas 2.6 Dokumentasikan hasil pemantauan
		<p>Penurunan Curah Jantung b.d perubahan preload d.d lelah</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tubuh masih terasa lemah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU lemah, kesadaran compos mentis 2. Pasien tampak pucat 3. Akral teraba hangat 4. TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD:140/85mmHg T: 36,6⁰C HR: 97x/menit Spo2 : 98% RR : 23x/menit 5. Terapi obat:

NO	Hari/ Tanggal	Diagnosis	Evaluasi (SOAP)
			<p>- Sp. Dobutamin 7,8cc/jam</p> <p>- Inj. Furosemid 2ml, 3x1 vial</p> <p>A: Curah jantung belum meningkat</p> <p>P:</p> <p>3.1 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)</p> <p>3.2 Monitor intake dan output cairan</p> <p>3.3 Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>3.4 Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)</p>
		<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d akral teraba dingin</p>	<p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan badan terasa lemas</p> <p>O:</p> <p>1. KU lemah, kesadaran compos mentis</p> <p>2. Akral teraba hangat</p> <p>3. Turgor kulit membaik</p> <p>4. CRT >2 detik</p> <p>5. Pasien menerima transfusi darah</p> <p>TTV : TD:140/85mmHg T: 36,6⁰C</p> <p>HR: 97x/menit SpO₂ : 97%</p> <p>RR : 25x/menit CRT<2 detik</p> <p>A: Perfusi perifer belum meningkat</p> <p>P:</p> <p>4.1 Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)</p> <p>4.10 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>4.11 Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>4.12 Anjurkan berhenti merokok</p>
		<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d tekanan darah meningkat, tampak meringis (D.0077)</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan terasa nyeri di bagian perut dan pinggang kanan mulai sedikit berkurang</p> <p>2. P : nyeri bertambah ketika bergerak</p> <p>Q : Nyeri perih seperti diberi tekanan</p> <p>R : adomen bagian kanan atas, dan pinggang kanan</p> <p>S : Skala nyeri yang dirasakan 5</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak meringis</p> <p>2. Terdapat nyeri tekan pada bagian perut</p>

NO	Hari/ Tanggal	Diagnosis	Evaluasi (SOAP)
			<p>dan pinggang kanan</p> <p>3. Skala nyeri : 5</p> <p>A : Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>5.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>5.5 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>5.6 Fasilitasi istirahat dan tidur</p>
		<p>Intoleransi Aktifitas b.d kelemahan d.d mengeluh lelah, dispnea saat beraktifitas</p>	<p>S:</p> <p>1. Pasien mengeluh masih terasa lemah</p> <p>O:</p> <p>1. KU lemah, kesadaran compos mentis</p> <p>3. Pasien tampak berbaring di tempat tidur</p> <p>4. Pasien tampak pucat</p> <p>5. Mobilisasi dibantu oleh keluarga</p> <p>A: Toleransi aktifitas belum meningkat</p> <p>P:</p> <p>6.2 Monitor pola dan jam tidur</p> <p>6.3 Anjurkan tirah baring</p> <p>6.8 Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan</p> <p>6.9 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
3	Sabtu 06 Mei 2023	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih (D.0001)</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan sesak napasnya mulai berkurang</p> <p>O :</p> <p>1. RR : 20x/menit</p> <p>2. Pasien terpasang nasal kanul 2 lpm</p> <p>3. Terapi medis Oral Farmavon 8 mg 1x1 tablet</p> <p>4. Terdapat produksi sekret sedikit dan masih kental berwarna kecoklatan</p> <p>5. Warna bibir dan wajah pucat</p> <p>6. TTV:</p> <p>TD:130/90mmHg HR : 98 x/ menit RR : 22x / menit Spo2: 98% T : 36,5⁰C</p> <p>A : Bersihan jalan membaik</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p>

NO	Hari/ Tanggal	Diagnosis	Evaluasi (SOAP)
			1.9 Berikan Oksigen 1.10 Ajarkan teknik batuk efektif 1.11 Kolaborasi pemberianmm bronkodilator, ekspektoran, mukolitik
		Pola Napas Tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.005)	S : 1. Pasien mengatakan sesak napas nya berkurang O : 1. KU lemah, kesadaran compos mentis 2. Pasien terpasang Nasal Kanul 2 Lpm 3.TTV: TD:130/90mmHg HR : 98 x/ menit RR : 20x / menit Spo2: 98% T : 36,5 ⁰ C A : Pola nafas tidak efektif meningkat P: Lanjutkan intervensi 2.1 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul, cheyne-stokes</i> , Biot, ataksik 2.2 Monitor adanya produksi sputum 2.3 Dokumentasikan hasil pemantauan
		Penurunan Curah Jantung b.d perubahan preload d.d lelah	S: 1. Pasien mengatakan tubuh tidak terlalu lemah lagi O: 1. KU lemah, kesadaran compos mentis 3.Akral teraba hangat 4. TTV: TD:130/90mmHg HR : 98 x/ menit RR : 20x / menit Spo2: 98% T : 36,5 ⁰ C 5. Terapi obat: - Sp. Dobutamin 7,8cc/jam - Inj. Furosemid 2ml, 3x1 vial A: Curah jantung belum meningkat P: 3.1 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 3.4 Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi

NO	Hari/ Tanggal	Diagnosis	Evaluasi (SOAP)
			lemak)
		Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d hipertensi d.d akral teraba dingin	<p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan lelah berkurang</p> <p>O:</p> <p>1. KU lemah, kesadaran compos mentis 3. Akral teraba hangat 4. CRT <2 detik 5. Turgor kulit membaik 5 TTV : TD:130/90mmHg HR : 98 x/ menit RR : 20x / menit Spo2: 98% T : 36,5⁰C CRT <2 detik</p> <p>A: Perfusi perifer meningkat</p> <p>P:</p> <p>4.10 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 4.20 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki) 4.21 Anjurkan program rehabilitasi vaskular 4.22 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p>
		Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d tekanan darah meningkat, tampak meringis (D.0077)	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan terasa nyeri di bagian perut dan pinggang kanan mulai sedikit berkurang 2. P : nyeri bertambah ketika bergerak Q : Nyeri perih seperti diberi tekanan R : adomen bagian kanan atas, dan pinggang kanan S : Skala nyeri yang dirasakan 5 T : Nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak meringis 2. Terdapat nyeri tekan pada bagian perut dan pinggang kanan 3. Skala nyeri : 5</p> <p>A : Nyeri Akut belum membaik</p> <p>P :</p> <p>5.2 Identifikasi skala nyeri 5.5 Berikan teknik nonfarmakologis</p>

NO	Hari/ Tanggal	Diagnosis	Evaluasi (SOAP)
			untuk mengurangi rasa nyeri 5.6 Fasilitasi istirahat dan tidur
		Intoleransi Aktifitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatkan tubuh tak terlalu lemah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU lemah, kesadaran compos mentis 2. Pasien tampak berbaring di tempat tidur 3. Mobilisasi dibantu oleh keluarga <p>A: Toleransi aktifitas belum meningkat</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.2 Monitor pola dan jam tidur 6.8 Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 6.9 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4.2 Pembahasan

4.2.1 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang Tertahan (D.0001)

Pada pengkajian kedua pasien ditemukan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan batuk tidak efektif. Pasien 1 (Tn. D) didapatkan pasien batuk dan memiliki sekret berwarna putih dan juga kental, frekuensi napas 23x/menit, saturasi oksigen 99%. Sedangkan hasil pengkajian pada pasien ke 2 (Tn.H) didapatkan keluhan pasien yaitu batuk dengan sekret berwarna kecoklatan dan kental dengan frekuensi napas 28x/menit dan saturasi oksigen 98%. Diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif dapat muncul pada kasus efusi pleura menurut Black and Hawks (2014).

Dari masalah keperawatan yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada pasien 1 dan 2 yaitu manajemen jalan napas yaitu pemberian posisi Semi-Fowler yang dapat mengurangi rasa sesak dan meningkatkan rasa nyaman, hal ini disebabkan oleh meningkatnya fungsi ventilasi paru saat posisi badan yang condong kedepan.

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada kedua pasien yaitu monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen memberikan posisi semi fowler dan memberikan terapi oksigen.

Hasil evaluasi pada hari pertama pada pasien 1 (Tn. D) masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, pada hari kedua masalah keperawatan tertasi sebagian dan pada hari ketiga bersihan jalan napas tertasi. Hasil evaluasi hari pertama dan kedua pada pasien 2 (Tn. H) masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, pada hari ketiga masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian.

4.2.2 Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas ditandai dengan Dispnea (D.0005)

Pada pengkajian kedua pasien ditemukan masalah keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan adanya keluhan sesak napas pada kedua pasien. Pasien 1 (Tn. D) didapatkan pasien merasa sesak napas jika banyak berbaring, vokal fremitus getaran dada sebelah kiri menurun, suara nafas paru di sebelah kiri menurun, irama pernapasan tidak teratur, terpasang nasal kanul 3 lpm, frekuensi pernapasan 23x/menit, saturasi oksigen 99%. Sedangkan hasil pengkajian pada pasien 2 (Tn. H) didapatkan keluhan pasien merasa sesak nafas pada saat berbaring maupun beraktifitas, Pasien menggunakan nasal kaul 4 lpm, frekuensi pernapasan 25x/menit . Pola napas tidak efektif dapat terjadi pada pasien dengan efusi pleura yang menyebabkan menurunnya ekspansi paru pada bagian yang terkena Efusi Pleura (Price & Wilson, 2012)

Dari masalah keperawatan yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada pasien 1 dan 2 yaitu pemantauan respirasi. Pemantauan respirasi adalah mengumpulkan dan menganalisis data untuk memastikan kepatenan jalan napas dan keefektifan pertukaran gas (anggarsari et al., 2018).

Tindakan keperawatan yang di berikan kepada kedua pasien yaitu monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) monitor bunyi napas tambahan (mis. *Gurgling*, mengi, *wheezing*, ronci kering), mempertahankan kepatenan jalan napas, posisikan semi fowler.,

berikan oksigen *jika perlu*, ajarkan pasien teknik batuk efektif, monitor saturasi oksigen.

Hasil evaluasi pada hari pertama, pasien 1 (Tn. D) masalah keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil, pada hari ke tiga masalah keperawatan pola nafas tidak efektif teratasi sebagian. Pada pasien ke 2 (Tn. H) hasil evaluasi hari pertama dan kedua masalah keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil. Hasil evaluasi hari ketiga, pasien 1 (Tn. D) dilakukan tindakan torakosintesis cairan pleura, hasil evaluasi yang didapat masalah pola nafas tidak efektif teratasi sehingga intervensi di hentikan karena pasien pulang. Pasien 2 (Tn.H) masalah pola nafas tidak efektif teratasi sebagian.

Penulis berasumsi bahwa masalah pola nafas tidak efektif terdapat pada kedua pasien berhubungan dengan adanya cairan pada rongga pleura. Masalah pola nafas tidak efektif terdapat hasil implementasi yang berbeda yang dipengaruhi oleh lama waktu rawat dan tindakan yang telah dilakukan, pada pasien 1 (Tn. D) telah dilakukan tindakan torakosintesis. Pada pasien 2 (Tn. H) dilakukan tindakan foto toraks dan di dapatkan hasil suspect efusi pleura. Tindakan medis pasien dengan efusi pleura dipengaruhi akumulasi cairan pada rongga pleura yang dilihat melalui USG toraks (Anggarsari et al., 2018).

4.2.3 Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Preload ditandai dengan Lelah (D.0008)

Hasil pengkajian pada kedua pasien didapatkan masalah keperawatan yang sama yaitu penurunan curah jantung. Pada pasien 1 (Tn.D) didapatkan masalah atau gejala seperti nyeri di dada kiri, pasien tampak mudah lelah, pasien tampak sesak, frekuensi nadi 97x/menit, pola napas dispnea. Pada pasien 2(Tn . H) didapatkan gejala atau masalah seperti pasien mudah lelah, nadi 106x/menit (frekuensi nadi takikardi). Penurunan curah jantung terjadi akibat penyempitan pada arteri koroner sehingga aliran darah terganggu dan menyebabkan oksigen ke miokard menurun, hal ini memicu penurunan kontraksi miokard dan menyebabkan penurunan curah jantung. (Lemone, dkk; Nindi, 2020),

Dari masalah keperawatan yang muncul, penulis menyusun intervensi keperawatan yang sesuai pada kedua pasien tersebut yaitu perawatan jantung. Perawatan jantung pada pasien bertujuan untuk merawat dan membatasi komplikasi akibat ketidakseimbangan antara suplai dan konsumsi oksigen di jantung (PPNI, 2018)

Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada kedua pasien selama 3 hari antara lain seperti, mengkaji primer gejala penurunan curah jantung, mengukur tanda tanda vital pasien, memberikan posisi semi fowler, memberikan diet jantung yang sesuai, dan menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas secara bertahap.

Hasil evaluasi pada pasien 1 (Tn. D) dan pasien 2 (Tn. H) di hari pertama dan kedua penurunan curah jantung belum teratasi dikarenakan kedua pasien belum menunjukkan perubahan sesuai kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pada hari ketiga hasil evaluasi Pasien 1(Tn.D) didapatkan masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian karena telah menunjukkan perubahan sesuai kriteria hasil. seperti mengeluh sesak berkurang, perasaan lelah berkurang, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 90x/menit. Pada hari ketiga evaluasi pasien 2 (Tn. H) masalah penurunan curah jantung tertasi sebagian karena telah menunjukkan perubahan seperti mengeluh sesak berkurang, perasaan lelah berkurang, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 98x/menit.

Penulis berasumsi perbedaan hasil pada kedua pasien disebabkan karena pasien 2 (Tn.H) memiliki riwayat hipertensi, sehingga pada pasien 2 tidak mengalami perubahan signifikan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan sedangkan pada pasien 1 (Tn.D) tidak memiliki riwayat hipertensi baik dari diri sendiri maupun dari keluarga sehingga tekanan darah didapatkan hasil yang baik

4.2.4 Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Kadar Hemoglobin ditandai dengan Akral Teraba Dingin (D.0009).

Pada hasil pengkajian pasien 2 (Tn.H) ditemukan masalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin (D.0009) yang dibuktikan dengan kadar hemoglobin 9,9

106 μ L, CRT 3 detik, akral dingin, turgor kulit menurun, hematocrit 29,5%, eritrosit $3,14 \cdot 10^6 / \mu$ L penurunan kadar hemoglobin dapat terjadi pada pasien CKD karena produksi eritroitein berkurang pada pasien CKD yang menyebabkan terjadinya anemia (Agustina & Wardani, 2019).

Dari masalah keperawatan tersebut penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada pasien 2(Tn. H) antara lain perawatan sirkulasi dan edukasi diet. Perawatan sirkulasi memiliki tujuan untuk mengidentifikasi dan merawat area yang terjadi keterbatasan sirkulasi, edukasi diet bertujuan untuk meningkatkan kadar hemoglobin melalui diet (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien 2 (Tn.H) antara lain periksa sirkulasi perifer, identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, monitor panas kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfui, jelaskan tujuan kepatuhan diet, informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang.

Hasil evaluasi pada hari pertama didapatkan perfusi perifer tidak efektif belum teratasi dikarenakan belum memenuhi kriteria hasil, sehingga interensi dilanjutkan. Evaluasi pada hari kedua dan ketiga perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian ditandai dengan turgor kulit membaik, CRT membaik, akral teraba hangat sehingga intervensi dihentikan.

Penulis berasumsi masalah perfusi perier tidak efektif dipengaruhi oleh penurunan hemoglobin mengakibatkan oksihemoglobin turun karena oksigen yang terikat pada hemoglobin dan seharusnya dialirkan keseluruh tubuh tidak berjalan sesuai dengan fungsinya. Ginjal yang terganggu mengakibatkan sekresi eritopoetin menurun dan produksi hemoglobin juga ikut turun sehingga timbulah masalah perfusi perifer tidak efektif.

4.2.5 Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis ditandai dengan Tekanan Darah Meningkat, Tampak Meringis (D.0077)

Pada pengkajian kedua pasien ditemukan masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan tampak meringis. Pasien 1 (Tn. D) didapatkan pasien merasakan nyeri pada dada di bagian kiri, pasien tampak meringis, pasien tampak memegangi area yang nyeri, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, pola napas dispnea, sedangkan hasil pengkajian pasien 2 (Tn. H) didapatkan keluhan pasien merasakan nyeri pada pinggang kanan dan perut kanan dan data objektif yang ditemukan yaitu pasien tampak meringis dengan skala nyeri 7, nyeri hilang timbul, nyeri timbul ketika beraktifitas, pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik ataupun emosional yang berkaitan kerusakan jaringan aktual/fungsional dengan onset mendadak/lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kriteria mayornya yang dapat

ditemukan berupa data subjektif mengeluh nyeri, data objektif yang ditemukan yaitu tampak meringis, bersikap protektif gelisah, rekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Sedangkan untuk kriteria minor tidak tersedia data subjektif dan data objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis (PPNI, 2017)

Berdasarkan konsep yang ada menurut (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2015) menyatakan bahwa terjadinya akumulasi di cairan rongga pleura dapat diatasi melalui prosedur bedah yaitu melalui pemasangan saluran pembuangan atau drainase yang dapat menyebabkan sensasi nyeri pada pasien. Gejala yang dapat muncul pada efusi pleura yaitu nyeri dada yang terasa tajam tidak menjalar, nyeri ini makin memburuk saat klien menghirupnafas. Saat dilakukan pengkajian fisik didapati penurunan gerakan dada pada sisi mengalami efusi, pasien dapat mengalami penurunan berat badan. (Lewis et.al, 2017).

Pada masalah keperawatan yang muncul penulis menyusun intervensi manajemen nyeri. Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien 1 (Tn. D) yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal berikan teknik nonfarmakologis

untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, kolaborasi untuk pemberian analgetik.

Hasil evaluasi pasien 1 (Tn. D) hari pertama dan kedua masalah belum teratasi, evaluasi pada hari ketiga masalah nyeri akut sudah teratasi sebagian. Hasil evaluasi pasien 2 (Tn. H) hari pertama masalah belum teratasi, evaluasi pada hari kedua dan ketiga masalah nyeri akut sudah teratasi sebagian.

4.2.6 Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Suplai dan Kebutuhan Oksigen

Hasil pengkajian kedua pasien didapatkan masalah keperawatan yang sama yaitu intoleransi aktifitas. Pada pasien 1 (Tn.D) didapatkan masalah atau gejala seperti mudah lelah terutama saat melakukan aktifitas seperti berjalan, pasien mengeluh sesak, frekuensi napas 23x/menit. Pada pasien 2 (Tn. H) didapatkan masalah atau gejala seperti mudah lelah terutama saat melakukan aktifitas, pasien mengeluh sesak, frekuensi napas 28x/menit. Intoleransi aktifitas disebabkan oleh berkurangnya suplai oksigen di jantung sebagai akibat dari penurunan aliran darah ke jantung sehingga tubuh melakukan metabolisme anaerob dan frekuensi nadi menjadi lebih cepat menyebabkan pasien mudah lelah saat melakukan aktifitas ataupun setelah melakukan aktifitas (Lemone, dkk; Nindi, 2020).

Dari masalah yang muncul, penulis menyusun intervensi keperawatan yang sama dan sesuai pada kedua pasien yaitu

manajemen energi. Manajemen energi pada pasien bertujuan untuk mengurangi penggunaan energi pada pasien sehingga dapat mengatasi atau mencegah kelelahan serta dapat mengoptimalkan proses pemulihan (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang dilakukan antara lain seperti mengkaji penyebab kelelahan muncul, menanyakan pola tidur pasien selama di rumah sakit, menyediakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajurkan tirah baring dan menganjurkan aktifitas secara bertahap.

Hasil evaluasi pada pasien 1 (Tn.D) dan pasien 2 (Tn. H) memiliki persamaan selama tiga hari perawatan. Pada hari pertama dan, hasil evaluasi pada pasien 1 (Tn.D) dan 2 (Tn. H) didapatkan masalah intoleransi aktifitas belum teratasi dikarenakan kedua pasien belum menunjukkan hasil perubahan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan. Pada hari ketiga intoleransi aktifitas tertasi karena kedua pasien telah menunjukkan sebagian perubahan yang telah ditetapkan seperti keluhan lelah menurun, sesak menurun. Penulis berasumsi bahwa intervensi keperawatan manajemen energi membantu kedua pasien sehingga masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

1.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian asuhan keperawatan pada 2 pasien dengan efusi pleura di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2023, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari hasil pengkajian dari dua pasien kelolaan, didapatkan persamaan data. Pada persamaan data didapatkan : sesak napas dan batuk berdahak, mengeluh nyeri dan mudah lelah

Adapun perbedaan yang ditemukan yaitu pada pasien II ditemukan kadar HB rendah, CRT 3 detik, terdapat edema dengan grade +2.

Hal ini menunjukkan pada pasien dengan *efusi pleura* memiliki keluhan sesak napas, namun pada pengkajian lainnya mungkin akan terjadi hasil yang berbeda di pengaruhi oleh tindakan medis dan lama waktu rawat.

2. Diagnosis keperawatan yang muncul umumnya sama.

Diagnosis yang muncul pada pasien 1 dan 2 yang sama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, nyeri akut, penurunan curah jantung, intoleransi aktifitas dan terdapat 1 diagnosis yang berbeda yaitu perfusi perifer tidak efektif.

3. Perencanaan keperawatan yang disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria mayor dan minor serta kondisi terkini pada pasien itu sendiri
4. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun dan di sesuaikan dengan kebutuhan.
5. Hasil evaluasi keperawatan yang telah dilakukan oleh peneliti pada kedua pasien selama 3 hari. Terdapat perbedaan pada hasil diagnosis bersihan jalan napas yang dilakukan dengan intervensi yang sama, pada pasien 1 bersihan jalan napas tidak efektif teratasi pada hari ketiga, sedangkan pada pasien 2 bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi.

5.2 Saran

Untuk mencapai peningkatan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan Efusi Pleura, diperlukan perbaikan dan peningkatan, diantaranya

1. Bagi penulis

Penulis diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan khususnya pada pasien dengan *efusi pleura*, diharapkan dapat lebih cermat dalam

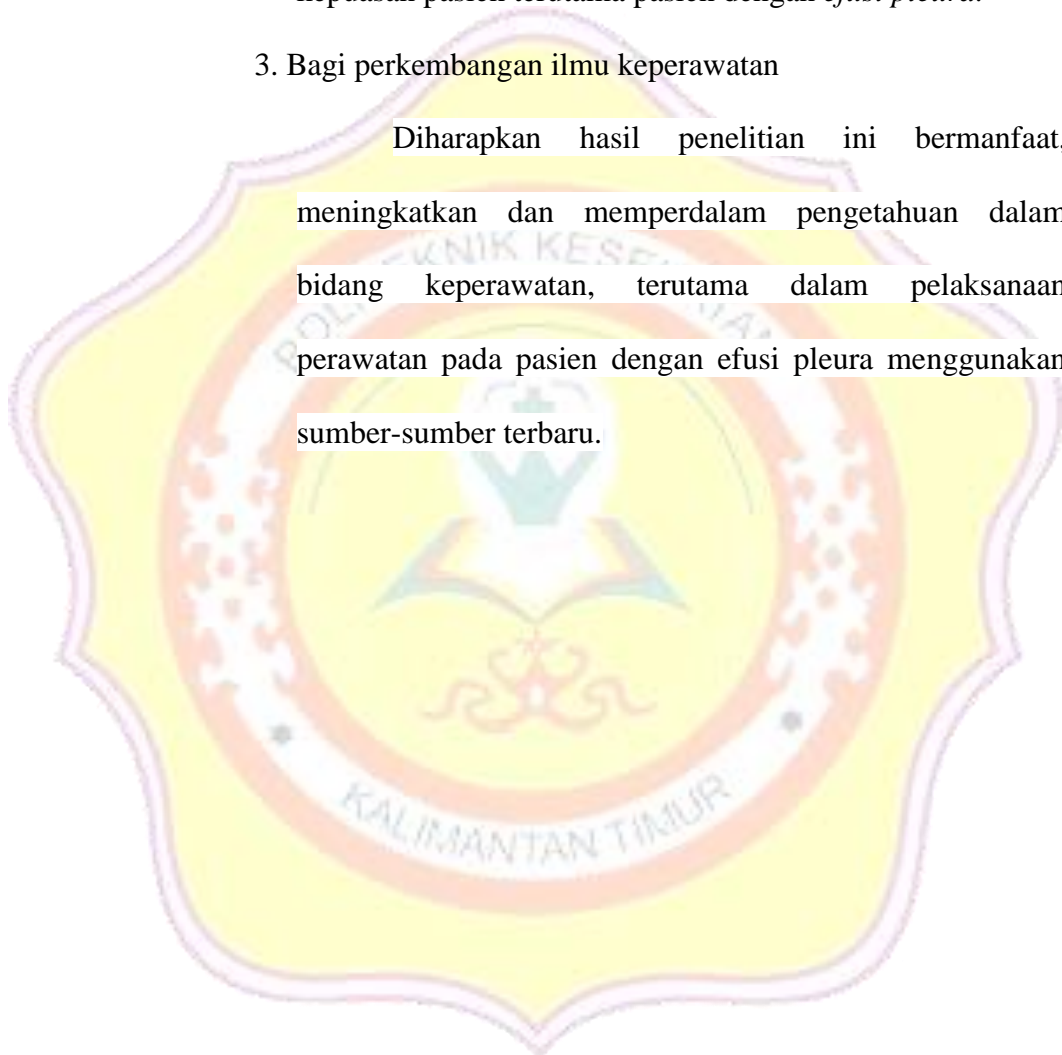
melakukan asuhan keperawatan salah satunya dalam hal penentuan diagnosis.

2. Bagi Rumah Sakit

Mengoptimalkan standar dan kualitas terhadap kepuasan pasien terutama pasien dengan *efusi pleura*.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini bermanfaat, meningkatkan dan memperdalam pengetahuan dalam bidang keperawatan, terutama dalam pelaksanaan perawatan pada pasien dengan efusi pleura menggunakan sumber-sumber terbaru.



DAFTAR PUSTAKA

- Arnawan, H., Latief, N., & Ilyas, M. (2022). Kesesuaian computed tomography scan-base scoring system dengan hasil sitologi cairan pleura dalam membedakan efusi pleura maligna dan benigna. *Jurnal Biomedik:JBM*, 14(1), 23. <https://doi.org/10.35790/jbm.v14i1.34137>
- Agustina, W., & Wardani, E. K. (2019). Penurunan Hemoglobin pada Penyakit Ginjal Kronik Setelah Hemodialisis di RSUD “KH” Batu. *JURNAL NERS DAN KEBIDANAN*, 6(2), 142–147.
- Anggarsari, Y. D., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2018). Studi Kasus Gangguan Pola Napas Tidak Efektif Pada Pasien Efusi Pleura. *Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2). <https://doi.org/10.37341/interest.v7i2.31>
- Alfian, A. L. Y., Kurniawati, K., & Zuliani, Z. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Efusi Pleura. *EDUNursing*, 4(2), 103–109.
<https://www.journal.unipdu.ac.id/index.php/edunursing/article/view/2333>
- Annisa Fitrah., Umara dkk. (2021). *Keperawatan medikal bedah sistem respirasi*. Jakarta : Yayasan Kita Penulis.
- D’Agostino, H., & Edens, M. (2020). *Physiology, Pleural Fluid*. Finlandia: StatPearls Publishing.
- Devi, Mediarti, dkk. (2022). *Ilmu keperawatan medikal bedah dan gawat darurat*. Bandung : Media Sains Indonesia
- Diaz-Guzman, E., & Budev, M. (2008). Accuracy of the Physical Examination in Evaluating Pleural Effusion. *Cleve Clin J Med*, 75,297–303.
<https://doi.org/10.3949/ccjm.75.4.297>
- D’Agostino, H. P., & Edens, M. A. (2021). *Physiology, Pleural Fluid*. StatPearls. StatPearls Publishing LLC.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30020725>
- Dewi, H., & Fairuz, F. (2020). Karakteristik Pasien Efusi Pleura Di Kota Jambi. *JAMBI MEDICAL JOURNAL “Jurnal Kedokteran dan Kesehatan,”* 8(1), 54–59. <https://doi.org/10.22437/jm.j.v8i1.9489>
- Humaira, A., T, R., & Widayanti, W. (2016). Karakteristik dan Gambaran Hasil Foto Toraks Pasien Efusi Pleura Rawat Inap di Rumah Sakit Al-Ihsan Bandung Tahun 2015. *Prosiding Pendidikan Dokter*, 2(1), 217–223.

- Herlia, T. (2020). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Efusi Pleura di Rawat di Rumah Sakit*. Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
- Harjanto, A. R., Nurdin, F., & Rahmanoe, M. (2018). *Efusi Pleura Sinistra Masif Et Causa TB pada Anak Massive Left Pleural Effusion Et Causa TB on Children*. *Majority*, 7(3), 152– 157
- Ilimi, F. (2019). asuhan keperawatan pada Ny. L dengan diagnosa medis efusi pleura di ruangan IGD RUMKITAL Dr Ramela Surabaya. *Karya Ilmiah*, 19. www.smapda-karangmojo.sch.id
- Jany, B., & Welte, T. (2019). Pleural Effusion in Adults—Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Deutsches Ärzteblatt international*, 116(21), 377–386. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0377>
- Jany, B., & Welte, T. (2019). Pleural Effusion in Adults-Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Deutsches Arzteblatt International*, 116(21), 377–386. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0377>
- Krishna, R., & Rudrappa, M. (2021). Pleural Effusion. In *StatPearls*. StatPearls Publishing LLC. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28846252>
- Khairani R, Syahrudin E & Partakusuma LG. *J Respir Indo*. Vo; 32, No 3, Juli 2012.
- Koesoemoprodjo, W., & Narendrani, H. P. (2019). Sidero-Siliko Tuberkulosis pada Penderita Efusi Pleura Masif Dekstra yang Awalnya Dicurigai Keganasan. *Jurnal Respirasi*, 3(3), 81. <https://doi.org/10.20473/jr.v3-i.3.2017.81-88>
- Krishna, R., & Rudrappa, M. (2020). *Pleural Effusion*. Finlandia: StatPearls Publishing
- Kurniati, D. (2017). *Kdk 7*.
- Kurniati, D. (2019). *Implementasi dan Evaluasi Keperawatan*.
- Lutfiya, A., Alfian, Y., Kurniawati, K., Zuliani, Z., Fakultas,), Kesehatan, I., & Jombang, U. (2020).Asuhan Keperawatan pada klien dengan Efusi Pleura. *Jurnal Edunursing*, 4(2). <http://journal.unipdu.ac.id>
- Price, S. A., & Wilson, L. M. C. (2012). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses - Proses Penyakit* (6th ed.). Buku Kedokteran ECG.

- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1 ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Poltekkes, J. K. (2019). *Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah Prodi D3 Keperawatan Makassar*.
- Rahmatia Sitanggang. (2018). Tujuan evaluasi dalam keperawatan. In *Journal Proses Dokumentasi Asuhan keperawatan* (Vol. 1, Issue 5, pp. 1–23).
- Siregar, D., Pakpahan, M., Togatorop, L. B., Manurung, E. I., Sitanggang, Y. F., Umara, A. F., Sihombing, R. M., Florensa, M. V. A., Perangin-angin, M. A., & Mukhoirotin. (2021). *Pengantar Proses Keperawatan: Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yayasan Kita Menulis.
- Siregar., (2021). *Pengantar proses keperawatan konsep, teori, dan aplikasi*. Medan: Yayasan kita menulis Siti, Setiati. (2015). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II Edisi VI*. Jakarta :Interna Publishing
- Tobing, E. M. S. Karakteristik Penderita Efusi Pleura di RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2011. *EJurnal Fakultas Kedokteran USU*. 2013;1(1).
- Yunita.(2018). Study Kasus Gangguan Pola Napas Tindakan Efektif pada Pasien Efusi Pleura. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*. vol.7, No.2 Hal:101-221.<https://www.journal.unipdu.ac.id/index.php/edunursing/article/view/2333>