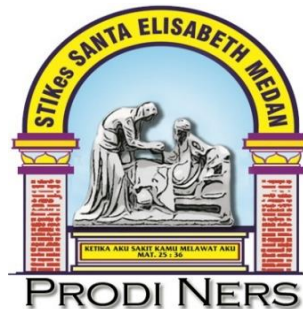


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. L DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERNAFASAN: EFUSI PLEURA DIRUANGAN
ST. LAURA RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH
MEDAN**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

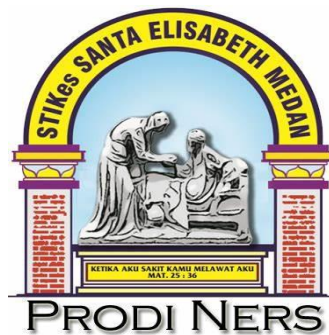
PRISKA SAMOSIR
NIM. 052024030

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. L DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERNAFASAN: EFUSI PLEURA DIRUANGAN
ST. LAURA RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH
MEDAN 5 – 7 Maret 2025**

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:

Priska Samosir
NIM. 052024030

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2025**



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK

DIPERTAHANKAN

PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR

TANGGAL 6 MEI 2025

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Lindawati F Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc)



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN
TIM PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 5-7 MARET 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Jagentar Parlindungan Pane, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns., MAN

Friska Sembiring, S.Kep., Ns., M.Kep



LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar

Ners (Ns)

Oleh :

Priska Samosir

Medan, 6 Mei 2025

Menyetujui,

Ketua Penguji

(Jagentar Parlindungan Pane, S.Kep., Ns., M.Kep)

Anggota

(Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns., MAN)

(Friska Sembiring, S.Kep., Ns., M.Kep)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat kasih dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Pada Nn. L Dengan Gangguan Sistem Pernafasan: Efusi Pleura Diruangan St. Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 5 – 7 Maret 2025”**. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kata sempurna baik dari isi maupun bahasa yang digunakan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga dapat lebih baik lagi. Dalam penyusunan karya ilmiah akhir telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M. Kep., DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan dan menyediakan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan dan yang telah memberi waktu dalam memberi arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
2. dr. Eddy Jefferson Ritonga, Sp. OT (K) Sport Injury selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis mengangkat kasus kelolaan untuk karya ilmiah akhir di RS Elisabeth Medan.



3. Lindawati Tampubolon, S.Kep., Ns., M. Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan waktu dalam membimbing dan memberi arahan dengan sangat baik selama penulis mengikuti profesi ners.
4. Jagentar Parlindungan Pane, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen penguji I yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Teristimewa keluarga tercinta suami dan anak saya, yang telah memberikan saya dengan penuh cinta dan kasih sayang, yang tiada henti memberikan doa, dukungan moral dan motivasi yang luar biasa dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih belum sempurna, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Medan, 6 Mei 2025

Penulis

Priska Samosir



SINOPSIS

Priska Samosir, 052024030

”Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Sistem Pernapasan: Efusi pleura
ec Paru Pada Nn. L Di Ruang Rawat Inap St. Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth
Medan 2025”.

Program Studi Profesi Ners 2025

Kata kunci: asuhan keperawatan, Efusi pleura, Pigtail.

Efusi pleura merupakan akumulasi cairan abnormal di ruang pleura yang dapat disebabkan oleh berbagai kondisi, seperti infeksi (tuberkulosis, pneumonia), keganasan, gagal jantung, atau penyakit sistemik lainnya. Manifestasi klinis umumnya berupa sesak napas, nyeri dada pleuritik, dan batuk. Penegakan diagnosis dilakukan melalui pemeriksaan klinis, radiologi (foto toraks, USG), serta analisis cairan pleura. Penatalaksanaan efusi pleura tergantung pada penyebab dan volume cairan. Pada kasus efusi pleura masif atau yang menyebabkan gangguan pernapasan signifikan, pemasangan kateter pigtail menjadi salah satu pilihan tindakan untuk drainase cairan. Kateter pigtail merupakan metode minimal invasif yang efektif untuk mengeluarkan cairan pleura secara bertahap, dengan risiko komplikasi yang relatif rendah. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan pada Nn. L dengan gangguan sistem pernafasan : efusi pleura di ruang rawat inap St. Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Hasil: Tanda dan gejala yang timbul pada kasus efusi pleura didapatkan semua sesuai dengan teori dan data yang ditemukan di lapangan, selain itu penentuan diagnosa keperawatan juga disesuaikan dengan SDKI yang didapat. Penentuan intervensi yang di berikan pada klien dengan efusi pleura, berupa pemberian terapi nebulizer, pemberian posisi semi fowler, dan pemasangan water seal drainage (Pemasangan PIGTAIL).



DAFTAR ISI

SAMPUL.....	i
PERSYARATAN GELAR	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
SINOPSIS	viii
DAFTAR ISI	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan umum	3
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Manfaat teoritis	4
1.4.2 Manfaat praktis	4
BAB 2. TINJAUAN TEORITIS	6
2.1. Konsep Dasar Medik Efusi Pleura	6
2.1.1. Defenisi efusi pleura	6
2.1.2. Etiologi efusi pleura	8
2.1.3. Manifestasi klinis	10
2.1.4. Patofisiologi/ <i>pathway</i>	11
2.1.5. Komplikasi	15
2.1.6. Pemeriksaan penunjang.....	16
2.1.7. Penatalaksanaan pada efusi pleura	18
2.1.8. Konsep dasar keperawatan efusi pleura	19
2.2. Konsep Dasar Medik Tuberculosis	35
2.3. Konsep Dasar Medik Pigtail Catheter	36
2.3.1. Definisi.....	36
2.3.2. Indikasi pemasangan	36
2.3.3. Fungsi catheter pada efusi pleura.....	36
2.3.4. Kelebihan pigthail catheter	37
2.3.5. Kekurangan pigthail catheter	37
2.3.6. Jenis-jenis pigthail catheter	37
2.3.7. Komplikasi	37
BAB 3. TINJAUAN KASUS	39
3.1. Pengkajian Keperawatan	39
3.2. Analisa Data	60



3.3. Diagnosa Keperawatan.....	62
3.4. Rencana Keperawatan.....	63
3.5. Implementasi Keperawatan.....	68
3.6. Evaluasi Keperawatan.....	73
BAB 4. PEMBAHASAN.....	76
4.1. Pengkajian Keperawatan	76
4.2. Diagnosa Keperawatan	77
4.3. Perencanaan Keperawatan	79
4.4. Implementasi Keperawatan	80
4.5. Evaluasi Keperawatan	81
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	82
5.1. Kesimpulan.....	82
5.2. Saran	83
DAFTAR PUSTAKA.....	84

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Manusia memiliki paru-paru yang dimana merupakan organ yang berpasangan yaitu adanya paru-paru kanan dan kiri. Paru kanan memiliki 3 lobus dan paru kiri memiliki 2 lobus. Disisi luar parenkim paru terdapat selaput pembungkus disebut pleura, pleura terdapat 2 lapisan yaitu lapisan viseralis dan parietalis. Diantara kedua lapisan ini memiliki cairan dengan jumlah 10-20 cc yang berfungsi sebagai lubrikan.

Efusi pleura merupakan keadaan dimana terjadinya penumpukan cairan yang berlebih didalam kavum pleura, efusi pleura berarti terjadi pengumpulan sejumlah besar cairan bebas dalam cavum. Penumpukan cairan di rongga paru berakibat pada penekanan paru-paru sehingga pengembangan atau ekspansi paru akan menurun dan mengakibatkan ketidak efektifan pola napas. Ketidak efektifan pola nafas adalah ketidak mampuan proses sistem pernapasan: insoirasi atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat (Nanda, 2017).

Menurut world healt organization (WHO) tahun 2017 efusi pleura merupakan suatu gejala penyakit yang dapat mengancam jiwa penderitanya. Secara geografis penyakit ini terdapat diseluruh dunia, bahkan menjadi problema utama di Negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia. Di Negara – Negara industri di perkirakan terdapat 320 kasus efusi pleura per 100.000 orang. Amerika serikat melaporkan 1,3 juta orang setiap tahunnya menderita efusi pleura terutama di sebabkan oleh gagal jantung kongestif dan pneumonia bakteri. Kasus

efusi pleura mencapai 2,7 % dari penyakit infeksi saluran nafas lainnya. WHO memperkirakan 20 % penduduk kota dunia pernah menghirup udara kotor akibat emisi kendaraan bermotor, sehingga banyak penduduk yang beresiko tinggi penyakit paru dan saluran pernafasan seperti efusi pleura (Admin & Oscar Ari Wiyansyah, 2019).

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

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

Peran perawat sangat diperlukan dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif serta rehabilitative sehingga dapat mencegah terjadinya suatu komplikasi yang berkelanjutan. Peran perawat dalam bentuk promotif yaitu dengan

memberikan informasi mengenai penyakit dengan efusi pleura. Preventif dengan mengurangi rokok dan minuman yang mengandung alcohol (Arif, 2008). Bentuk dari kuratif yaitu tindakan pemasangan kateter intra pleura, kateter yang dapat digunakan antara lain kateter nelaton atau chest tube yang banyak digunakan pada pemasangan water sealed drainage (WSD). Pada perkembangan selanjutnya digunakan kateter jenis lain dengan tehnik pemasangan dibawah jaringan subkutan, sehingga kateter terfiksasi baik dan memperkecil resiko infeksi yaitu Indwelling Pleural Catheter (IPC) (Tamsil et al 2019). Rehabilitatif dengan melakukan pengecekan kembali kondisi pasien di Rumah Sakit maupun di Rumah (Arif, 2008). Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis akan melanjutkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Efusi pleura di Ruang Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan efusi pleura dextra di ruangan St. Laura RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Nn.Ldengan gangguan sistem pernafasan efusi pleura dextra di ruangan st.laura Rumah sakit santa elisabeth Medan tahun 2025

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada Nn.L dengan efusi pleura dextra di ruang st. Untuk mengetahui diagnosa keperawatan pada pasien dengan efusi pleura dextra
2. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Nn.L dengan efusi pleura dextra berdasarkan hasil pengkajian
3. Mampu menyusun rencana tindakan berdasarkan masalah keperawatan yang di temukan pada Nn.L
4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah di susun sebelumnya pada Nn.L
5. Mampu melakkan evaluasi keperawatan pada Nn.L berdasarkan tindakan keperawatan yang telah di berikan

1.4 Manfaat**1.4.1 Manfaat teoritis**

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi tentang asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan efusi pleura dextra di ruangan St. Laura RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi penulis sendiri

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi dengan tepat untuk pasien dengan masalah keperawatan pada sistem pernapasan, khususnya dengan pasien dengan diagnosa medis efusi pleura dextra.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura dextra.

3. Bagi teknologi dan seni

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan meningkatnya kemajuan teknologi keperawatan untuk menghadapi permasalahan yang lebih kompleks dalam praktik keperawatan.

4. Bagi praktis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memecahkan masalah terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura dextra.

5. Bagi ilmuwan lain

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu data untuk menindaklanjuti masalah masalah asuhan keperawatan yang lainnya pada pasien kelolaan.

6. Bagi masyarakat

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi bagi masyarakat untuk mengetahui terkait dengan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan efusi pleura dextra.

BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Medik Efusi Pleura

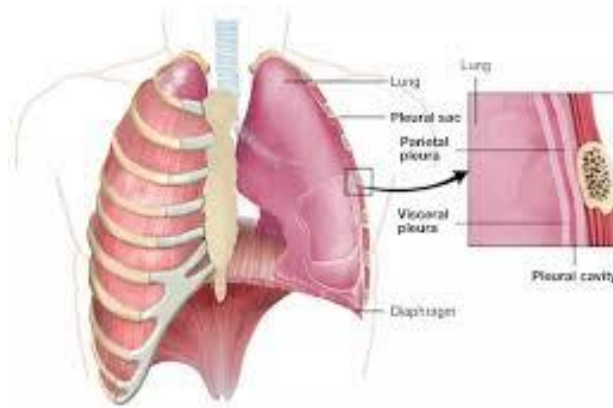
2.1.1 Definisi efusi pleura

Dalam Buku Ajar Paru, efusi pleura adalah adanya akumulasi cairan patologis di ruang pleura. Ruang pleura terdapat di antara pleura parietalis pada sisi dinding toraks dan pleura visceralis yang menyelimuti organ paru, pada kondisi normal terdapat beberapa mililiter cairan yang berfungsi sebagai pelumasan di antara dua permukaan. Tekanan pleura lebih rendah bila dibandingkan dengan tekanan atmosfer, untuk memastikan paru dapat mengembang. Pada kondisi normal, cairan bergerak dalam rongga pleura sesuai perbedaan tekanan dan menembus mesotelium (Marhana *et al.*, 2022).

Menurut Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah, Efusi pleura merupakan kumpulan cairan di rongga pleura paru – paru. Cairan biasanya berada di rongga pleura dan berfungsi sebagai pelumas agar membran pleura dapat saling bergeser saat kita bernafas. Cairan terus-menerus di tambahkan dan di serap kembali oleh kapiler dan pembuluh limfa di pleura. Jika proses daur ulang ini terganggu, efusi pleura dapat terjadi (Dr. Sukriyadi et al., 2025).

Efusi pleura ditandai dengan penumpukan cairan berlebih di antara lapisan dinding dada dan lapisan paru-paru, yang dikenal sebagai rongga pleura. Biasanya, terdapat sedikit cairan di rongga pleura yang berfungsi sebagai pelumas untuk memudahkan pernapasan. Tingkat keparahan kondisi ini bergantung pada penyebab dan gejalanya. Penyebab umum efusi pleura meliputi infeksi,

pneumonia, gagal jantung kongestif, kanker, dan penyakit ginjal atau hati (Dr. Sukriyadi, Dr. Ismail and Muhammad Basri, 2025).



Pleura merupakan sebuah lapisan yang membungkus paru-paru dimana yang Membungkus antara pulmodextra dan pulmo sinistra yang dipisahkan oleh Media stinum plaura ekterna dan intrena dibagi menjadi 2 bagian yaitu :

1. plaura visceralis merupakan plaura yang melekat pada permukaan pulmo.
2. plaura parietalis merupakan bagian dari pleura yang melekat dengan dinding dinding thoraks

Lapisan pleura tersebut saling berhubungan dengan hilus pulmonalis yang berfungsi sebagai ligamen fullmonal atau disebut dengan pleura penghubung. Kedua lapisan ini terdapat sebuah rongga yang disebut cairan pleura, dalam rongga pleura ini terdapat sedikit cairan yang berfungsi agar tidak terjadi gesekan antar pleura saat terjadi proses pernafasan (Wijaya, A, S., & Putri, 2013).

Paru-paru terbagi atas 2 bagian yaitu paru kanan dan paru kiri. Paru kanan terdiri atas 3 lobus yaitu atas, tengah dan bawah. Paru kiri terhadap 2 lobus yaitu lobus atas dan bawah. Bagian atas disebut apeks yang menjorok pada arah leher

dan bagian bawah disebut dengan basah dari segi anatomis permukaan rongga. Rongga pleura berbatasan dengan paru sehingga cairan pleura mudah bergerak ke rongga lainnya. Keadaan normal tidak ada bagian yang kosong pada kedua pleura karena sekitar 10 – 20 cc cairan merupakan lapisan putis yang bergerak secara teratur. Jumlah cairan di dalam rongga pleura cukup untuk memisahkan kedua pleura. Apabila berlebih maka cairan berlebih akan di pompa oleh pembuluh limpatik ke mediastino. Rongga pleura disebut sebagai ruang potensial yang normalnya sempit sehingga bukan merupakan ruang fisik yang jelas. (Muttaqin, 2012).

2.1.2 Etiologi efusi pleura

Adapun penyebab efusi pleura yaitu:

a. Infeksi

1. Tuberkulosis

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

2. Pneumonia

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

3. Abses paru

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

b. Non Infeksi

1. Karsinoma paru

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

2. Gagal jantung

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

3. Gagal hati

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

4. Gagal ginjal

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

C. Berdasarkan jenis cairan yang terbentuk yaitu:

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

2.1.3 Manifestasi klinik

Menurut Adapun tanda dan gejala efusi pleura, yaitu pada efusi kecil kemungkinan tidak menunjukkan gejala dan hanya ditemukan melalui rontgen dada. Pada efusi besar dapat menyebabkan gejala seperti:

1. Penurunan ekspansi paru-paru
2. Dispnea
3. Batuk kering, tidak produktif
4. Fremitus taktil
5. Ortopnea
6. Takikardia

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

1. Batuk
2. Sesak napas
3. Nyeri pleuritis
4. Rasa berat pada dada
5. Berat badan menurun
6. Adanya gejala-gejala penyakit penyebab seperti demam, menggigil, dan nyeri dada pleuritis (pneumonia), panas tinggi (kokus), subfebril (tuberkolosis) banyak keringat, batuk.
7. Deviasi trachea menjauhi tempat yang sakit dapat terjadi jika terjadi penumpukan cairan pleural yang signifikan.
8. Pada pemeriksaan fisik: Inflamasi dapat terjadi friction rub Atelektaksis kompresif (kolaps paru parsial) dapat menyebabkan bunyi napas bronkus, Pemeriksaan fisik dalam keadaan berbaring dan duduk akan berlainan karena cairan akan berpindah tempat. Bagian yang sakit akan kurang bergerak dalam pernapasan. Focal fremitus melemah pada perkusi didapatkan pekak, dalam keadaan duduk didapatkan permukaan cairan membentuk garis melengkung (garis ellis damoiesu).

2.1.4 Patofisiologis / *pathway*

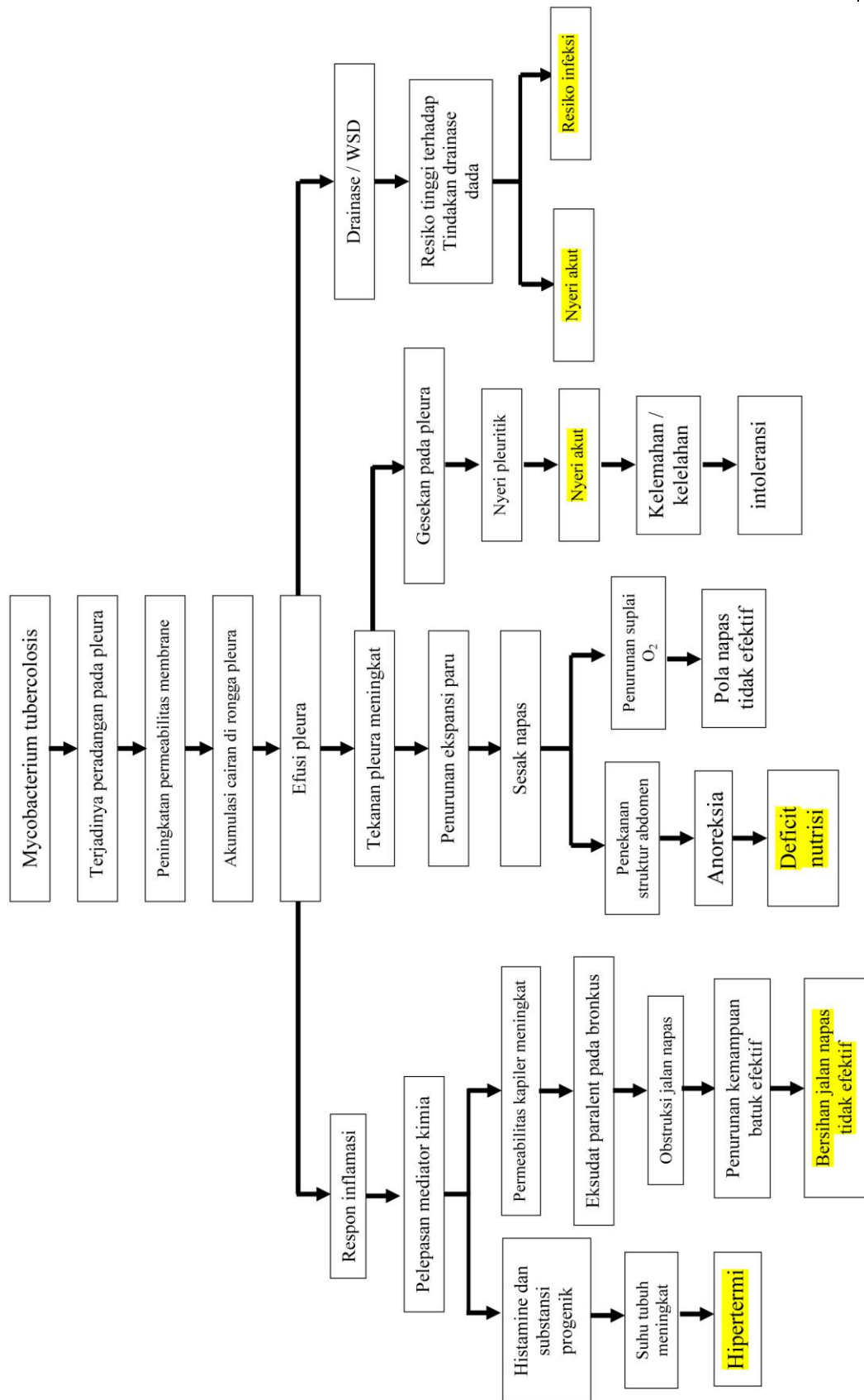
Dalam keadaan normal tidak ada rongga kosong antara pleura parietalis dan pleura vicalis, karena di antara pleura tersebut terdapat cairan antara 10 cc dan 20 cc yang merupakan lapisan tipis serosa dan selalu bergerak teratur. Cairan yang sedikit ini merupakan pelumas antara kedua pleura, sehingga pleura tersebut mudah bergeser satu sama lain. Di ketahui bahwa cairan di produksi oleh pleura

parietalis dan selanjutnya di absorpsi tersebut dapat terjadi karena adanya tekanan hidrostatik pada pleura parietalis dan tekanan osmotik koloid pada pleura visceralis. Cairan kebanyakan diabsorpsi oleh system limfatik dan hanya sebagian kecil diabsorpsi oleh system kapiler pulmonal. Hal yang memudahkan penyerapan cairan yang pada pleura visceralis adalah terdapatnya banyak mikrovili disekitar sel-sel mesotelial. Jumlah cairan dalam rongga pleura tetap karena adanya keseimbangan antara produksi dan absorpsi. Keadaan ini bisa terjadi karena adanya tekanan hidrostatik dan tekanan osmotik koloid. Keseimbangan tersebut dapat terganggu oleh beberapa hal, salah satunya adalah infeksi tuberkulosa paru (Tika, 2020).

Terjadi infeksi tuberkulosa paru, yang pertama basil Mikobakterium tuberkulosa masuk melalui saluran nafas menuju alveoli, terjadilah infeksi primer. Dari infeksi primer ini akan timbul peradangan saluran getah bening menuju hilus (Limfangitis local) dan juga diikuti dengan pembesaran kelenjar getah bening hilus (limphadinitis regional). Peradangan pada saluran getah bening akan mempengaruhi permeabilitas membran. Permeabilitas membran akan meningkat yang akhirnya dapat menimbulkan akumulasi cairan dalam rongga pleura. Kebanyakan terjadinya efusi pleura akibat dari tuberkulosa paru melalui focus subpleura yang robek atau melalui aliran getah bening. Sebab lain dapat juga dari robekan ke arah saluran getah bening yang menuju rongga pleura, iga atau columna vertebralis (Tika, 2020).

Adapun bentuk cairan efusi akibat tuberkulosa paru adalah merupakan eksudat, yaitu berisi protein yang terdapat pada cairan pleura tersebut karena

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



2.1.5 Komplikasi

1. Fibrotoraks

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

2. Atektasis

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

3. Fibrosis paru

Fibrosis paru merupakan keadaan patologis dimana terdapat jaringan ikat paru dalam jumlah yang berlebihan. Fibrosis timbul akibat cara perbaikan jaringan sebagai kelanjutan suatu proses penyakit paru yang dapat menyebabkan penggantian jaringan paru yang terserang dengan jaringan fibrosis.

4. Kolaps paru

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

5. Empiema

Empiema Kumpulan nanah dalam rongga antara paru-paru dan membran yang mengelilinginya (rongga pleura). Empiema disebabkan oleh infeksi yang menyebar dari paru-paru dan menyebabkan akumulasi nanah dalam rongga pleura. Cairan yang terinfeksi dapat mencapai satu,

gelas bir atau lebih, yang menyebabkan tekanan pada paru-paru, sesak napas dan rasa sakit (Simanjuntak Omega, 2019).

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Menurut terdapat beberapa prosedur diagnostic efusi pleura:

a. Radiografi dada

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

b. *Ultrasonografi thoraks*

Karakteristik yang juga dapat dilihat pada USG dapat membantu menentukan apakah terjadi efusi sederhana atau kompleks. Efusi sederhana dapat diidentifikasi sebagai cairan dalam rongga pleura dengan echotexture homogen seperti yang terlihat pada sebagian besar efusi transudatif, sedangkan efusi yang kompleks bersifat echogenic, sering terlihat septasi di dalam cairan, dan selalu eksudat. Bedside Ultrasound dianjurkan saat melakukan thoracentesis untuk meningkatkan akurasi dan keamanan procedural pleura melalui biopsi jalur perkutaneus. Komplikasi biopsi adalah pneumothoraks, hemothoraks, penyebaran infeksi dan tumor dinding dada.

c. Analisa cairan pleura

- 1) Warna cairan: Haemorrhagic pleural efusion, biasanya pada klien dengan adanya keganasan paru atau akibat infark paru terutama disebabkan oleh tuberkolosis. Yellow exudates pleural efusion, terutama terjadi pada keadaan gagal jantung kongestif, sindrom nefrotik, hipoalbuminemia, dan perikarditis konstriktif. Clear transudate pleura efusion, sering terjadi pada klien dengan keganasan ektrapulmoner.
- 2) Biokimia, untuk membedakan transudasi dan eksudasi.
- 3) Sitologi, pemeriksaan sitologi bila ditemukan patologi atau dominasi sel tertentu untuk melihat adanya keganasan
- 4) Bakteriologi Biasanya cairan pleura steril, tapi kadang-kadang dapat mengandung mikroorganisme, apalagi bila cairannya purulen. Efusi yang purulen dapat mengandung kuman-kuman yang aerob ataupun anaerob. Jenis kuman yang sering ditemukan adalah Pneumococcus, E.coli, Pseudomonas, Enterobacter, klebsiella,

d. CT Scan thoraks

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

2.1.7 Penatalaksanaan pada efusi pleura

1. Tirah baring

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

2. Thoraksentesis Drainase cairan

Jika efusi pleura menimbulkan gejala subjektif seperti nyeri, dispneu, dan lain lain. Cairan efusi sebanyak 1 – 1,5liter perlu dikeluarkan untuk mencegah meningkatnya edema paru. Jika jumlah cairan efusi pleura lebih banyak maka pengeluaran cairan berikutnya baru dapat dilakukan 1 jam kemudian.

3. Antibiotik

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

4. *Pleurodesis*

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

5. *Water seal drainage (WSD)*

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

6. Kimia darah

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

2.1.8 Konsep dasar keperawatan Efusi Pleura

a. Pengkajian

Proses keperawatan adalah penerapan pemecahan masalah keperawatan secara ilmiah yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah-masalah pasien, merencanakan secara sistematis dan melaksanakannya serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dalam penelitian (Tika (2020) pengkajian pada pasien efusi pleura meliputi:

- Identitas pasien

Meliputi data tentang identitas pasien serta identitas penanggung jawab. Nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medis, diagnosa medis dan alamat.

- Riwayat kesehatan yang meliputi:
 - Keluhan utama dan riwayat keluhan utama Sesak napas, batuk dan nyeri pada dada saat bernapas.
 - Keluhan saat dikaji
Batuk , sesak napas, nyeri pleuritis , rasa berat pada dada , berat badan menurun, demam, menggigil, panas tinggi (kokus), subfebril (tuberkolosis) banyak keringat.
- Riwayat kesehatan dahulu
Sebelumnya ada riwayat tuberculosis paru, pneumonia, tumor, infark paru.
- Riwayat kesehatan keluarga
Adanya keluarga yang menderita penyakit yang sama dengannya ataupun penyakit keturunan lainnya.

b. Pemeriksaan fisik

- Mata
Konjungtiva tampak anemis/pucat, sclera tampak ikterik.
- Rongga mulut
Tampak membrane mukosa kering.
- Hidung
Terdapat pernapasan cuping hidung.
- Thorax
 - a. Jantung

- Inspeksi: pergerakan apeks kordis tak terlihat
- Palpasi: apeks kordis tak teraba
- Perkusi: tidak terdapat pembesaran jantung
- Auskultasi: normal, tidak terdengar bunyi jantung ketiga

b. Paru-paru

Inspeksi: Inspeksi pada pasien efusi pleura bentuk hemithorax yang sakit mencembung, iga mendatar, ruang antar iga melebar, pergerakan pernafasan menurun. Pernapasan cenderung meningkat dan pasien biasanya dyspneu.

- Palpasi: vocal premitus menurun terutama untuk pleura yang jumlah cairannya > 250 cc.
- Perkusi: Suara perkusi redup sampai pekak tergantung jumlah cairannya. Bila cairannya tidak mengisi penuh rongga pleura, maka akan terdapat batas atas cairan berupa garis lengkung dengan ujung lateral atas ke medical penderita dalam posisi duduk. Garis ini disebut garis Ellis Damoisseaux. Garis ini paling jelas di bagian depan dada, kurang jelas di punggung.
- Auskultasi: suara nafas menurun sampai menghilang.

- Abdomen

- a. Inspeksi: perlu diperhatikan, apakah abdomen membuncit atau datar, tepi perut menonjol atau tidak, umbilicus menonjol atau tidak, selain itu juga perlu di inspeksi ada tidaknya benjolan-benjolan atau massa.

- b. Palpasi: perlu juga diperhatikan, adakah nyeri tekan abdomen, adakah

massa (tumor, feces), turgor kulit perut untuk mengetahui derajat hidrasi pasien, apakah hepar teraba.

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

d. Auskultasi: bising usus.

- Ekstremitas

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

- Kulit

Ada tidaknya lesi pada kulit, pada pasien dengan efusi biasanya akan tampak sianosis akibat adanya kegagalan transport oksigen. Pada palpasi, perlu diperiksa mengenai kehangatan kulit (dingin, hangat, demam). Kemudian tekstur kulit (halus-lunak kasar) serta turgor kulit untuk mengetahui derajat hidrasi seseorang.

a. Pengkajian pola kesehatan (11 pola Gordon)

- Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Riwayat penyakit saat ini, riwayat kesehatan yang pernah dialami, riwayat kesehatan keluarga, batuk, demam, sesak, lemah pada seluruh tubuh.

- Pola nutrisi metabolik

Dalam pengkajian pola nutrisi perlu melakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan untuk mengetahui status nutrisi pasien. Perlu ditanyakan kebiasaan makan dan minum sebelum dan selama MRS pasien dengan efusi pleura akan mengalami penurunan nafsu makan akibat dari sesak nafas dan penekanan pada struktur abdomen.

- Pola Eliminasi

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

- Pola aktivitas dan latihan

Kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, mudah lelah, dada yang terasa berat, dan susah untuk beristirahat, dyspnea, tidak mampu atau sulit melakukan aktivitas secara mandiri

- Pola tidur dan istirahat

Adanya nyeri dada, sesak nafas dan peningkatan suhu tubuh akan berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan tidur dan istirahat.

- Pola persepsi kognitif

Perasaan nyeri dada, merasa tidak nyaman, tampak gelisah dan refleks batuk menurun.

- Pola persepsi dan konsep diri

Harga diri dan ideal diri rendah, merasa tidak berdaya atau putus asa, adanya ungkapan kecemasan. Terlihat cemas atau takut, murung, kontak mata atau interaksi dengan orang lain berkurang bahkan tidak ada

- Pola peran dan hubungan sesama

Merasa tersisihkan dan fungsi peran biasanya terganggu, terlihat sering menyendiri atau mengisolasi diri.

- Pola reproduksi dan seksualitas

Tidak ada gairah seksual, kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

- Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

Merasa stres dan cemas terkait kondisinya, perasaan tidak berdaya, ungkapan penolakan terhadap diri sendiri, menyangkal dan putus asa. Emosi sulit terkontrol, mudah tersinggung, dan tampak ekspresi cemas atau takut.

- Pola sistem nilai kepercayaan

Tekanan spiritual yang dialami sehubungan dengan penyakit dan adanya ungkapan tentang kebutuhan spiritual yang diinginkan, menyalahkan Tuhan atau mendekatkan diri dengan Tuhan.

c. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual ataupun potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Menurut Anggarsari (2020) berdasarkan SDKI, adapun diagnosa yang diangkat dari masalah sebelum dilakukan tindakan infasif adalah:

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (kelemahan otot nafas) (D.0005)
2. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma) (D.0077)
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)
4. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (D.0019)
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

Adapun diagnosa yang diangkat dari masalah setelah dilakukan tindakan infasif adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)
2. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)

d. Intervensi keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
<p>Pola napas tidak efektif (D.0005)</p>	<p>Manajemen jalan napas (L. 01004) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 8. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi 2. Ajarkan Teknik batuk

		<p>efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)</p>	<p>Tingkat Nyeri (L. 08066)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Sikap protektif menurun • Gelisah menurun • Kesulitan tidur menurun • Menarik diri menurun • Berfokus pada diri sendiri menurun • Frekuensi nadi membaik • Pola napas membaik • Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen nyeri (I. 08238)</p> <p>Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri nonverbal • identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk

		<p>mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	<p>Toleransi aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan Lelah menurun 2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas • Terapeutik

	<p>aktivitas menurun</p> <p>4. Frekuensi nadi membaik</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi Anjurkan tirah baring Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)</p>	<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> Menggigil menurun Suhu tubuh membaik Suhu kulit membaik 	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) Monitor suhu tubuh Monitor kadar elektrolit Monitor haluaran urin Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik Sediakan lingkungan

		<p>yang dingin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Longgarkan atau lepaskan pakaian • Basahi dan kipasi permukaan tubuh • Berikan cairan oral • Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) • Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) • Hindari pemberian antipiretik atau aspirin • Berikan oksigen, jika perlu • Edukasi • Anjurkan tirah baring • Kolaborasi • Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (D.0019)	<p>Status nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan status nutrisi membaik, 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) membaik 	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Tindakan yang dilakukan pada intervensi reduksi ansietas berdasarkan SIKI, antara lain:</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) • Identifikasi kemampuan mengambil keputusan • Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

		<ul style="list-style-type: none"> • Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan • Pahami situasi yang membuat ansietas • Dengarkan dengan penuh perhatian • Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan • Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan • Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan • Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami • Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis • Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu • Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan • Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi • Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan • Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat • Latih Teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
Defisit pengetahuan	Tingkat pengetahuan	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi Kesehatan

berhubungan dengan kurang terpapar informasi. (D.0111)	<p>(L.12111) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 	<p>(I.12383)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat • Terapeutik • Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan • Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya • Edukasi • Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat • Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<p>Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan intervensi keperawatan</p>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan

(D.0142)	selama 3 x 24 jam, maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none">1. Demam menurun2. Kemerahan menurun3. Nyeri menurun4. Bengkak menurun5. Kadar sel darah putih membaik	sistemik <ul style="list-style-type: none">• Terapeutik• Batasi jumlah pengunjung• Berikan perawatan kulit pada area edema• Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien• Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi• Edukasi• Jelaskan tanda dan gejala infeksi• Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar• Ajarkan etika batuk• Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi• Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi• Anjurkan meningkatkan asupan cairan• Kolaborasi• Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
----------	--	--

e. 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 (Anggarsari et al., 2020).

f. 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. Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk mengevaluasi dampak dari tindakan keperawatan pada pasien. Setelah setiap intervensi, evaluasi proses atau promosi dilakukan. Evaluasi dilakukan menggunakan SOAP (Siregar, 2021) :

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

g. Discharge Planning

Discharge Planning merupakan serangkaian keputusan dan aktivitas yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang berlanjut dan terkoordinasi ketika pasien akan pulang dari pelayanan kesehatan.

Discharge Planning pada pasien efusi pleura antara lain sebagai berikut:

1. Ajarkan kepada klien untuk meningkatkan daya tahan tubuh, cukup istirahat, dan makan makanan yang bergizi.
2. Meminum obat secara teratur sesuai dengan resep yang diberikan.
3. Menghindari atau berhenti mengonsumsi alkohol.
4. Motivasi klien untuk tidak merokok atau berada di dekat orang yang sedang merok

2.2 Konsep Dasar Medik Tuberculosis

TBC adalah Penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Infeksi TBC biasanya menyerang paru-paru, tetapi ini juga dapat menyebar ke bagian tubuh lain termasuk pleura. Beberapa cara bagaimana TBC dapat menyebabkan pusi pleura.

1. Penyebaran langsung

Bakteri *M. tuberculosis* dan infeksi paru-paru aktif dapat menyebar langsung ke pleura sehingga menyebabkan peradangan pada pleura (*pleanths*) sebagai respon terhadap peradangan ini cairan dapat mulai menumpuk di ruang pleura

2. Reaksi Hipersensitivitas

Dalam beberapa kasus efusi pleura akibat TBC mungkin bukan disebabkan oleh adanya bakteri aktif di ruang pleura itu sendiri. Sebaliknya ini bisa menjadi reaksi hipersensitivitas terhadap infeksi TBC di tempat lain di paru-paru atau tubuh. Sistem kekebalan tubuh bereaksi berlebihan terhadap bakteri, yang menyebabkan peradangan dan penumpukan cairan

di ruang pleura.

3. Pembentukan Empiema

Jika infeksi TBC di ruang Pleura menjadi parah cairan pleura menjadi purulen (bernanah) kondisi ini disebut empiema.

4. Obstruksi Aliran

Limfatik Infeksi TBC dapat menyebabkan pembesaran kelenjar getah bening disekitar paru-paru. Pembesaran ini dapat menghambat aliran cairan limfatik dan ruang pleura yang berkontribusi pada penumpukan cairan.

2.3 Konsep Dasar Medik Pigtail Catheter

Menurut jurnal Tamam Anugrah TAMSIL(2019) Pigtail catheter merupakan jenis kateter yang digunakan dalam prosedur medis mengeluarkan cairan atau udara dari rongga tubuh seperti rongga pleura dengan memiliki bentuk yang unik dengan ujung yang melingkung seperti ekor babi.

2.3.1 Indikasi pemasangan pigtail

1. Efusi pleura ganas (metastase dari intra toraks maupun dan keganasan di luar toraks)
2. Pneumotoraks
3. Chilotoraks
4. Efusi pleura karena kondisi kronis lainnya

2.3.2 Fungsi catheter pigtail pada efusi pleura

1. Drainase cairan

2. Mengurangi tekanan pada paru-paru dan dinding dada
3. Mengidentifikasi jenis cairan
4. Mengobati infeksi seperti pemberian antibiotic langsung ke ruang pleura

2.3.3 Kelebihan pigtail catheter

1. Efektif bahkan dengan *tropped lung*
2. Dapat dilakukan sebagai prosedur rawat jalan
3. Mencegah pasien masuk rumah sakit untuk drainase cairan pleura lebih banyak
4. Lebih sedikit waktu yang dihabiskan di rumah sakit secara keseluruhan
5. *Auto pleurodesis*

2.3.4 Kekurangan pigtail catheter

1. Nyeri
2. Risiko infeksi
3. Blockade catheter
4. Pleural loculations

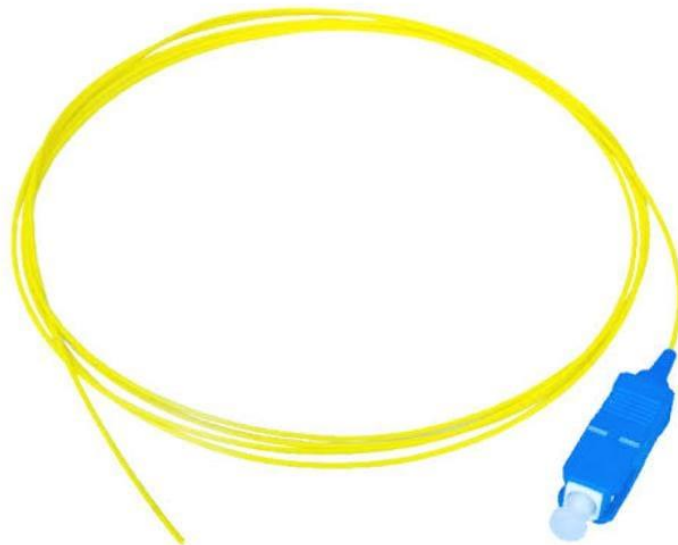
2.3.5 Jenis-jenis pigtail catheter

1. Pigtail seldinger
2. Pigtail direct4 acces

2.3.6 Komplikasi

1. Komplikasi akut
 - a. Infeksi

- b. Nyeri lokasi pemasangan
- c. pneumothoraks
- 2. Komplikasi spesifik
 - a. Kateter yang terlipat
 - b. Kateter yang terputus
 - c. Kateter yang terinfeksi





BAB 3
TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Priska Samosir NIM: 052024030

Unit : Laura Tgl. Pengkajian : 5 Maret 2025
Ruang/Kamar : Laura / 7-2 Waktu Pengkajian : 13.00 wib
Tgl. Masuk RS : 5 Maret 2025 Auto Anamnese : ☒
Allo Anamnese : ☐

1. IDENTIFIKASI

a. KLIEN

Nama Initial : Nn. L.S
Tempat/Tgl Lahir (umur) : 29 Agustus 1994 (30 tahun)
Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☒ Perempuan
Status Perkawinan : Belum menikah
Jumlah Anak : -
Agama/Suku : Kristen / batak toba
Warga Negara : ☒ Indonesia ☐ Asing
Bahasa yang Digunakan : ☒ Indonesia
☐ Daerah
☐ Asing
Pendidikan : Sarjana

Pekerjaan : Karyawan Bank Mandiri

Alamat Rumah : Jl.H.M.joni, No.7A, pasar merah

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. S

Alamat : Jl. H. M . Joni, No. 7A, pasar merah

Hubungan dengan klien : Anak kandung

2. DATA MEDIK

a. Dikirim oleh : ☐ UGD
☒ Dokter praktek (namanya)
dr.Stephen

b. Diagnosa Medik :

b.1. Saat Masuk : Efusi pleura

b.2. Saat Pengkajian : .Efusi pleura

3. KEADAAN UMUM

a. KEADAAN SAKIT : Klien tampak sakit ringan* / sedang* / berat*

(*pilih sesuai kondisi pasien)

Alasan : Tak bereaksi* / baring lemah* / duduk* / aktif* / gelisah* /
posisi tubuh* / pucat* / Cyanosis */ **sesak napas*** /
penggunaan alat medik yang digunakan: **terpasang O₂**
dengan nasal kanul (5 liter/i)
Lain-lain :

b. RIWAYAT KESEHATAN

1). Keluhan Utama :

Pasien mengatakan sesak nafas, sesak dirasakan bertambah bila pasien berbaring dan berkurang bila pasien setengah duduk dan miring ke kiri disertai batuk dan nyeri dada saat bernafas. dan dada terasa berat

2). Riwayat kesehatan sekarang :

Sejak bulan 2 yang lalu pasien mengeluh sesak nafas, batuk, keringat malam, kemudian dibawa ke poliklinik dr stephen dan disarankan untuk di rawat inap.

3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Pasien mengatakan tidak pernah dirawat dan tidak mempunyai penyakit yang sama seperti dialami sekarang.

4. TANDA-TANDA VITAL

a. Kesadaran :

1). Kualitatif : ☒ Compos mentis ☐ Somnolens ☐ Coma
☐ Apatis ☐ Soporocomatous

2). Kuantitatif :

Skala Coma Glasgow : 15

> Respon Motorik : 6

> Respon Bicara : 5

> Respon Membuka Mata: 4

> Jumlah : 15

3). Kesimpulan : Tingkat kesadaran penuh dan normal

b. Flapping Tremor / Asterixis : ☐ Positif ☒ Negatif

c. Tekanan darah : 130 / 80 mmHg

MAP : $(130 + 2 \times 80) / 3$

= $(130 + 160) / 3$

= $290 / 3$

= 96,6 mmHg

Kesimpulan : Normal

d. Suhu : 36.8 °C ☐ Oral ☒ Axillar ☐ Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 26 x/menit

1). Irama : ☐ Teratur ☐ Kusmuall ☐ Cheynes-Stokes

2). Jenis : ☒ Dada ☐ Perut

5. PENGUKURAN

Tinggi Badan : 165 cm

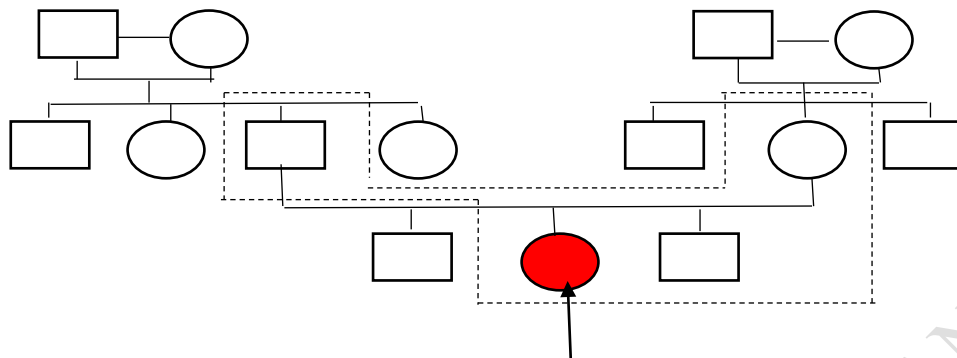
Berat Badan : 55 kg

IMT : 20, 22

Kesimpulan : Normal

Catatan :

6. GENOGRAM : (3 generasi / keturunan)



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : Perempuan

↑ : klien

----- : Tinggal serumah

7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

I. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN

1). Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :

(Sakit berat, dirawat, kecelakaan, operasi, gangguan kehamilan/persalinan, abortus, transfusi, reaksi alergi)

	Kapan	Catatan
Demam + batuk	Bulan 2	Berobat ke klinik dan diberi obat (sembuh)

Kapan	Catatan
Sesak napas jika berbaring terlentang dan dada terasa berat kadang n kadang terasa nyeri	5 / 3/ 2025 Berobat ke praktker dr.

2). Data Subyektif

Pasien mengatakan sesak nafas dan jika berbaring terlentang sesak bertambah

3. Data Obyektif

- Kebersihan rambut : Bersih dan tidak berminyak
- Kulit kepala : bersih dan tidak ada lesi
- Kebersihan kulit : tidak ada luka atau kudis
- Kebersihan rongga mulut : bersih dan tidak ada stomatitis
- Kebersihan genitalia : bersih tidak ada keputihan
- Kebersihan anus : bersih dan tidak ada huemoroid

II. NUTRISI DAN METABOLIK

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Makan 2-3 x/sehari, 1 porsi habis, nasi putih lengkap dengan lauk pauk, sayur dan buah, tidak ada keluhan. Minum 7-8 gelas sehari, air putih, dan setiap pagi minum susu.

b. Keadaan sejak sakit

Makan 3x sehari, diet bubur, setiap makan habis hanya ½ porsi dan setiap jam 10.00 dan jam 15.00 makan snack dan minum jus.

2). Data Obyektif

a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- Keadaan nutrisi rambut : rambut tebal dan panjang
- Hidrasi kulit : kulit lembut dan elastis
- Palpebrae : tidak ada oedema

- Conjunctiva : tidak anemis
- Sclera : tidak ikterik
- Rongga mulut : tidak ada stomatitis
- Gusi : tidak ada perdarahan
- Gigi Geligi :

☒ Utuh

☐ Tidak utuh 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang tanggal) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Gigi palsu : ☒

Tidak ada ☐

Ada gigi palsu 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang palsu) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Kemampuan mengunyah keras: mampu mengunyah makanan
keras

- Lidah : bersih

- Tonsil : ☐ Ada pembesaran T ...

☒ Tidak ada pembesaran

- Pharing : tidak ada radang

- Kelenjar parotis : ☐ Ada pembesaran

☒ Tidak ada pembesaran

- Kelenjar tyroid : ☐ Ada pembesaran

☒ Tidak ada pembesaran

- Abdomen

- = Inspeksi : Bentuk supel
- = Auskultasi : Peristaltik 18 x/menit
- = Palpasi : Tanda nyeri umum tidak ada

* Massa tidak ada

* Hidrasi kulit elastis

- * Nyeri tekan: ☐ R. Epigastrica
☐ Titik Mc. Burney
☐ R. Suprapubica
☐ R. Illiaca

= Perkusi : tidak ada perut kembung

- * Ascites ☒ Negatif
☐ Positif, Lingkar
perut .../.../...Cm

- Kelenjar limfe inguinal ☐ Teraba ada pembesaran
☒ Tidak teraba pembesaran

- Kulit :

- = Uremic frost ☒ Negatif ☐ Positif
- = Edema ☒ Negatif ☐ Positif
- = Icteric ☒ Negatif ☐ Positif

= Tanda-tanda radang (tampak tidak ada)

= Lain-lain (yang ditemukan selain yang tertulis di atas)

III. POLA ELIMINASI

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB dan BAK tidak ada masalah. BAB 1 x/sehari dengan konsistensi padat dan BAK ± 4 x/sehari

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada BAB dan BAK, setiap BAK kurang lebih 100 cc dan berwarna kuning jernih

2). Data Obyektif

a. Observasi

Tampak urine berwarna kuning jernih dengan frekuensi ± 5 x/sehari, BAB dan BAK tidak ada masalah.

b. Pemeriksaan Fisik

- | | | | |
|-----------------------|---|-------------------------------------|--|
| - Palpasi Suprapubika | : | <input checked="" type="checkbox"/> | Kandung kemih |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | Penuh kosong |
| - Nyeri ketuk ginjal | : | | |
| = Kiri | : | <input checked="" type="checkbox"/> | Negatif <input type="checkbox"/> Positif |
| = Kanan | : | <input checked="" type="checkbox"/> | Negatif <input type="checkbox"/> Positif |
| - Mulut Urethra | : | | Tidak dikaji |
| - Anus | : | | Tidak ada haemoroid |
| = Peradangan | : | <input checked="" type="checkbox"/> | Negatif <input type="checkbox"/> Positif |
| = Hemoroid | : | <input checked="" type="checkbox"/> | Negatif <input type="checkbox"/> Positif |
| = Penemuan lain | : | | |

IV. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien setiap hari bekerja di Bank swasta dan melakukan aktivitasnya secara mandiri dan berolahraga sekali seminggu.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit setiap melakukan aktivitas cepat Lelah, sesak, badan terasa lelah, sesak, badan terasa lemah dada terasa berat dan nyeri dan tidur tidak bisa terlentang karena sesaknya akan bertambah.

2). Data Obyektif

a). Observasi

b). Aktivitas Harian

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|---|
| - Makan | <input type="text" value="0"/> | <div>0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan orang dan alat
4 : bantuan penuh</div> |
| - Mandi | <input type="text" value="0"/> | |
| - Berpakaian | <input type="text" value="0"/> | |
| - Kerapian | <input type="text" value="0"/> | |
| - Buang air besar | <input type="text" value="0"/> | |
| - Buang air kecil | <input type="text" value="0"/> | |
| - Mobilisasi ditempat tidur | <input type="text" value="0"/> | |
| - Ambulansi | <input type="text" value="0"/> | |
| - Postur tubuh / gaya jalan | : tegak | |
| - Anggota gerak yang cacat | : tidak ada | |

c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku : < 3 detik

- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : Bentuk Thorax : tampak datar dan simetris

* Stridor ☒ Negatif ☐ Positif

* Dyspnea d'effort ☐ Negatif ☒ Positif

* Sianosis ☒ Negatif ☐ Positif

= Palpasi : Vocal Fremitus: berkurang pada sisi kanan

= Perkusi : ☐ Sonor ☒ Redup ☐ Pekak

Batas paru hepar : terdapat pada ics 4 kanan.....

Kesimpulan : terdengar redup pada paru kanan

= Auskultasi :

Suara Napas : berkurang pada sisi kanan

Suara Ucapan : terdengar jelas dan normal pada paru kiri

Suara Tambahan : tidak ada

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis : berada pada ics 5

linea midclavicularis

= Palpasi : Ictus Cordis : teraba 2 jari pada

ics 5 linea midclavicularis sinistra

Thrill: ☐ Negatif ☐ Positif

= Perkusi (dilakukan bila penderita tidak

menggunakan alat bantu pada jantung)

Hasil USG Thorax : efusi pleura dextra extimasi cairan

1330 cc

Batas atas jantung : pada ics 2 linea para sternalis
sinistra

Batas kanan jantung : pada ics 5 mid clavicularis sinistra

Batas kiri jantung : pada ics 5 linea clavicularis

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : terdengar tunggal pada ics 2
linea sternalis dextra

Bunyi Jantung II P : terdengar tunggal pada ics 2
dan 3 linea sternalis sinistra

Bunyi Jantung IT : terdengar tunggal pada ics 2
dan 3 linea sternalis kiri

Bunyi Jantung I M : terdengar tunggal pada ics 5
linea mid clavicularis sinistra

Bunyi Jantung III Irama Gallop : ☒ Negatif
☐ Positif

Murmur : ☒ Negatif
☐ Positif : Tempat :.....

Grade :

HR : 80 x/menit

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : ☒ Negatif ☐ Positif, lokasi di :.

= Rentang gerak : tampak pasien mampu mengangkat tangan dan kaki

* Mati sendi: ☐ Di Temukan
☒ Tidak ditemukan

* Kaku sendi ☐ Ditemukan
☐ Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot : Kiri

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kanan

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

= Reflex Fisiologik : Normal

= Reflex Patologik : Babinski,

* Kiri ☒ Negatif ☐ Positif

* Kanan ☒ Negatif ☐ Positif

= Clubing Jari-jari : ☒ Negatif ☐ Positif

= Varices Tungkai : ☒ Negatif ☐ Positif

- Columna Vertebralis

= Inspeksi : ☒ Tidak ditemukan kelainan bentuk

☐ Ditemukan kelainan bentuk

= Palpasi :

* Nyeri tekan : ☒ Negatif ☐ Positif

* N. VIII Rombeng Test :

☒

Negatif

☐

Positif

☐

Tidak diperiksa, alasannya :

* Kaku duduk : tidak ada

V. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien baik, tidur malam 6-7 jam dan tidur siang jarang. Pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan sejak sakit tidur tidak begitu pulas karena posisi tidur setengah duduk dan lebih nyaman miring ke sebelah kanan

2). Data Obyektif

a). Observasi :

- Ekspresi wajah mengantuk

:

☒

Negatif

☐

Positif

- Palpebrae Inferior berwarna gelap :

☒

Negatif

☐

Positif

VI. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

kemampuan berbicara baik Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Indonesia, pasien mampu beradaptasi dengan situasi baru.

b. Keadaan sejak sakit

pasien merasa cemas tentang penyakitnya dan berharap bisa cepat sembuh.

2). **Data Obyektif**

a). **Observasi**

pasien tampak khawatir dan tegang. Tampak selalu mencari informasi tentang penyakitnya di gadget

b). **Pemeriksaan Fisik**

- **Penglihatan**

= Cornea : tampak jernih
= Visus : normal
= Pupil : tampak isokor
= Lensa Mata : tampak jernih
= Tekanan Intra Ocular (TIO): pada kedua bola mata sama

- **Pendengaran**

= Pina : tampak bersih dan simetris
= Canalis : tampak tidak ada serumen
= Membran Tympani : tampak utuh
= Tes Pendengaran : normal

- Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai :
Pasien mampu merasakan sentuhan pada tangan dan kakinya.

VII. POLA PERSEPSI DIRI / KONSEP DIRI

(perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap dirinya mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas dirinya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan akan cemas bila harus dirawat di Rumah Sakit, pasien mengatakan memiliki tanggung jawab yang harus dijalankan setiap hari sebagai karyawan di bank swasta.

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan takut sakitnya tidak akan sembuh dan berharap setelah operasi bisa sembuh dan dapat melakukan aktivitasnya kembali

2). Data Obyektif

a). Observasi

- Kontak mata saat bicara : Fokus ke perawat saat berinteraksi
- Rentang perhatian : ☒ Perhatian penuh / fokus
: ☐ Mudah teralihkan

- : ☐ Tidak ada perhatian/
tidak fokus
- Suara dan cara bicara : Jelas, tidak ada kelainan

b). Pemeriksaan Fisik

- Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
- Penggunaan protesa : ☒ Tidak Ada
- Bila ada pada organ : ☐ Hidung ☐ Payudara
☐ Lengan ☐ Tungkai

VIII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

(berkaitan dengan pekerjaan klien, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan klien dengan keluarga, dan gangguan peran yang dilakukan)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dia anak ke 2 dari 3 bersaudara, pasien juga mengatakan setiap hari sabtu selalu kumpul dengan teman-temannya.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitasnya sebagaimana biasanya, dan sesekali bertanya tentang penyakitnya dan orangtua pasien (ibu) selalu mendampingi (pasien).

2). Data Obyektif

Observasi

Banyak tetangga dan kerabat kerja pasien yang mengunjungi pasien, kerabat kerja, keluarga dan tetangga.

IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan bahwa ia adalah seorang perempuan dan menstruasi sekali sebulan dan belum menikah dan tidak ada kelainan pada alat-alat reproduksinya.

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan tidak ada masalah pada alat reproduksinya

2). Data Obyektif

a. Observasi

tampak tidak ada perilaku menyimpang pada pasien, dan pasien belum menikah.

b. Pemeriksaan Fisik

pasien tampak berpakaian dan berpenampilan sesuai dengan jenis kelaminnya.

X. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan jika ada masalah, selalu diberitahu atau diceritakan kepada orangtuanya (ibu)

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan merasa cemas jika penyakitnya bertambah parah

2). Data Obyektif

a). Observasi

pasien tampak sering mengobrol dengan orangtuanya (ibunya) dan tampak sedih saat menceritakan terkait kondisi penyakitnya

b). Pemeriksaan Fisik

- Kulit : = Keringat dingin : Tidak ada
- = Basah : Tidak ada

XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

pasien mengatakan setiap hari minggu kebaktian, sebelum dan sesudah tidur berdoa terlebih dahulu, sebelum dan sesudah makan juga berdoa

b. Keadaan sejak sakit

pasien mengatakan tidak bisa ke gereja lagi setiap hari minggu karena dirawat di rumah sakit, dan hanya bisa berdoa ditempat tidur saja

2). Data Obyektif

Observasi

Pasien berdoa ditempat tidur sebelum dan sesudah tidur, sebelum dan sesudah makan dan pasien tampak mendengarkan lantunan lagu rohani melalui handphonennya.

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji



(Priska Samosir)

PEMERIKSAAN DANOSTIK PENUNJANG:

USG Thorax : efusi pleura posterior extimasi 1330 cc

: hasil pemeriksaan cairan pleura :

C2 benign smear chronic inflammatory smear, condong proses spesifik TBC

hasil laboratorium :

HB :13,9

Hct:38,6

Leucosyt :8,6

Trombosit :412

Sgot :20

Sgpt :22

Ureum :18

Creatinin:0,80

[: Daftar obat :

* curcuma 3 x 1 tablet

* codein 3 x 10 mg

* acetilcistein 2 x 1 kapsul

* injeksi cefoperazone sulbactam 2 x 1 gram

* injeksi omeperazole 2 x 1 placon

* injeksi keterolac 3 x 30 mg

* OAT fase awal 1 x 4 tablet

ANALISA DATA

Nama/Umur : Nn. L.S / 30 tahun

Ruang/Kamar : Laura / 7-2

D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		
1. Pasien mengatakan sesak napas 2. Dada terasa berat 3. Kadang nyeri dada 4. Pasien mengatakan jika berbaring terlentang semakin sesak 5. Lebih nyaman posisi miring sebelah kanan	1. Dyspnea 2. Orthopnea 3. RR: 26x/i 4. Hasil USG thorax: efusi pleura posterior kanan estimasi 1330 cc 5. Batuk tidak efektif	Hambatan upaya nafas	Pola napas tidak efektif (D. 0005)
1. Pasien merasa khawatir tentang penyakitnya	1. Tampak tegang 2. Tampak selalu mencari informasi di gadget 3. Tampak Gelisah 4. Akral teraba dingin	Kurang terpapar informasi	Ansietas

1. Pasien mengeluh nyeri dada P: post IPC Q: ditusuk-tusuk R: dada kanan S: 4(1-10) T: hilang timbul dan berkurang jika istirahat atau minum obat	1. Pasien tampak meringis 2. Skala nyeri : 4 3. Bersikap protektif 4. TD: 130/80 mmHg 5. HR: 84x/i 6. Terpasang IPC jenis Pigtail pada dada sebelah kanan	Agen pencedera fisik	Nyeri Akut (D.0077)
--	--	----------------------	---------------------

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. L.S / 30 tahun

Ruang/Kamar : Laura / 7-2

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan Pasien mengatakan sesak napas, Dada terasa berat, Kadang nyeri dada, Pasien mengatakan jika berbaring terlentang semakin sesak Lebih nyaman posisi miring sebelah kanan, pasien tampak Dyspnea, Orthopnea, RR: 26x/I, Hasil USG thorax: efusi pleura posterior kanan estimasi 1330 cc, Batuk tidak efektif	Priska
2	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan Pasien merasa khawatir tentang penyakitnya, Tampak tegang, Tampak selalu mencari informasi di gadget, Tampak Gelisah, Akral teraba dingin	Priska
3	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan Pasien mengeluh nyeri dada: P: post IPC Q: ditusuk- tusuk R: dada kanan S: 4(1-10) T: hilang timbul dan berkurang jika istirahat atau minum obat Pasien tampak meringis, Skala nyeri : 4, Bersikap protektif, TD: 130/80 mmHg, HR: 84x/I, Terpasang IPC jenis Pigtail pada dada sebelah kanan	Priska



STIKes Santa Elisabeth Medan

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Nn. L.S / 30 tahun

Ruang/Kamar : Laura / 7-2

No .	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola nafas nafas membaik, dengan kriteria hasil: 1. Dyspnoe menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan ekspirasi menurun 4. Frekuensi nafas membaik 5. Kedalaman nafas membaik 6. Berfokus pada diri sendiri menurun 7. Frekuensi nadi membaik 8. Pola napas membaik 9. Tekanan darah membaik	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi 1) Monitor pola nafas (frekuensi kedalaman usaha nafas) 2) Monitor bunyi nafas tambahan (misalnya gurgling ,mengi ,weezing ,ronchi kering) 3) Monitor sputum (jumlah ,warna ,aroma) Terapeutik 1) Atur posisi semi-fowler dan fowler 2) Berikan minum air hangat 3) Lakukan fisioterapi dada jika perlu 1) Edukasi 2) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 3) Anjurkan Tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik	



	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p>	<p>Tingkat Nyeri (L. 08066) Dalam Standart Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) tujuan dilakukan intervensi diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Keluhan nyeri menurun2. Meringis menurun3. Sikap protektif menurun4. Gelisah menurun5. Kesulitan tidur menurun6. Menarik diri menurun	<ol style="list-style-type: none">4) Anjurkan mengulangi Tarik napas dalam hingga 3 kali5) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke-36) Anjurkan asupan cairan 2000 cc/ hari jika tidak ada kontra indikasi <p>Kolaborasi</p> <p>(a) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.</p> <p>Manajemen nyeri (I. 08238) Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri2) Identifikasi skala nyeri3) Identifikasi respon nyeri nonverbal4) identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan	
--	---	--	--	--



			<p>tentang nyeri</p> <ol style="list-style-type: none">6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan9) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik <p>1) 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)</p> <p>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1) Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri2) Jelaskan strategi meredakan nyeri3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	
--	--	--	---	--



	<p>Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p>	<p>Tingkat Ansietas (L.09093) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none">10. Verbalisasi kebingungan menurun11. Perilaku tegang menurun	<p>a) Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Reduksi Ansietas (I.09314) Tindakan yang dilakukan pada intervensi reduksi ansietas berdasarkan SIKI, antara lain:</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan3) Pahami situasi yang membuat ansietas4) Dengarkan dengan penuh perhatian5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	
--	--	--	---	--



			<p>8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis3) Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat8) Latih Teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	
--	--	--	--	--



PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Nn. L.S / 30 tahun

Ruang/Kamar : Laura / 7-2

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
5/ 3 2025		14.00	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri: nama saya Priska yang akan merawat ibu dari jam 14.00 wib sampai dengan jam 21.00 wib Pasien merasa senang dan menjabat tangan	
	1,2	14.30	<ul style="list-style-type: none">- Mengkaji dan memeriksa tanda-tanda vital pasien, suhu: 36.8⁰c, HR: 80x/I, RR: 26x/I, TD: 130/80mmHg. SpO2: 96%- Mengkaji berat badan dan tinggi badan didapatkan hasil: TB: 165cm, dan BB: 55Kg, IMT: 20,22 (Normal)- Memonitor pola napas (RR: 26x/i): Dyspnea: orthopnea, terdengar redup pada paru sebelah kanan dan ada batuk tidak efektif	P R I S K A S A M O S I R
	1	15.00	Memposisikan semi fowler Pasien mengatakan dengan posisi setengah duduk sesaknya berkurang	
	1	15.30	Memberikan oksigen dengan nasal kanul 5 liter/menit Pasien mengatakan lebih lega bernapas	
	1	16.00	Memberikan bronkodilator, ekspectoran, mukolitik. Obat salbutamol 1 Respal/ Nebulizer dan flixotide 1 respal/ nebulizer.	
	1	16.30	Mengajarkan Teknik batuk efektif Pasien tampak batuk kering (tidak ada sputum)	
	1,2	17.00	Memonitor pola napas, frekuensi, dan tekanan darah. <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan masih sesak- RR: 28x/I, dan Spo2: 96%	



6/3/2025			<ul style="list-style-type: none">- TD: 132/78 mmHg- HR : 78 x/i- Pasien mengatakan cemas akan penyakitnya, “<i>kok bisa ada cairan di paru-paru</i>”- Memberikan injeksi cefoperazone sulbactam 1 gr	P R I S K A S A M O S I R
	2	18.00	Memonitor asupan makanan habis ½ porsi nasi, lauk dan sayur habis	
	1,2	18.45	Memberikan obat acetylcistein 1 capcul dan curcuma 1 tablet	
	2	19.30	Menyediakan lingkungan nyaman Lingkungan tampak tenang dan tidak ada kebisingan	
	2	19.30	Memberikan posisi semi fowler Pasien mengatakan sesak berkurang jika berada dalam posisi setengah duduk	P R I S K A S A M O S I R
	1	21.00	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri: nama saya Priska yang akan merawat ibu dari jam 07.30 wib sampai dengan jam 14.30 wib	
		07.30	Pasien tersenyum	
			Mengkaji kondisi pasien Pasien masih sesak dan dada terasa berat, pasien cemas akan penyakitnya	
	1	07.40	Memonitor hasil makanan, habis ½ porsi nasi, lauk 1 porsi, sayur ½ porsi, telur 1 butir, dan memberikan obat acetylcistein 1 capcul, curcuma 1 tablet	
	1,2	08.30	Memposisikan semi fowler Pasien mengatakan dengan posisi setengah duduk, sesak pasien berkurang	
	1	09.00	- Memberikan bronkodilator, ekspectoran, mukolitik. Obat salbutamol 1 Respal/ Nebulizer dan flixotide 1 respal/ nebulizer.	
	1	10.00		



			<p>- Memberikan injeksi cefoperazone sulbactam 1 gr (iv)</p> <p>-Mengantar pasien untuk USG <i>thorax</i> Efusi pleura thoraks posterior dextra Estimasi 1330 cc</p> <p>-Mendampingi dr. Stephen visit dan menjelaskan hasil USG thorax dan hari ini jam 16.00 akan dilakukan pasang selang dada (<i>pigtail</i>) Pasien tampak khawatir dan tegang</p> <p>Menjelaskan prosedur Tindakan pemasangan <i>pigtail</i> dan efek dari bila tidak dilakukan pemasangan <i>pigtail</i> Pasien tampak mengerti dan tampak tegang, pasien mengatakan pasrah dan ada Tuhan Yesus yang menolong</p> <p>Mengobservasi tanda vital-vital, T: 36⁰C, HR: 78 x/i, RR: 28x/i, TD: 128/84 mmHg, SpO₂: 95%</p> <p>Memonitor hasil makanan habis ½ porsi dan memberi obat oral curcuma 1 tablet dan pasien setuju untuk Tindakan pemasangan <i>pigtail</i>. <i>Informed consent</i> (+)</p> <p>Memposisikan semi fowler dan memberikan oksigen dengan nasal kanul 5 liter/menit</p> <p>Menganjurkan kepada orangtua pasien agar pasien di dampingi Ibu selalu mendampingi pasien</p> <p>Menghadirkan <i>pastoral care</i> dan memberikan motivasi kepada pasien Tampak pasien mulai tenang, wajah mulai rileks</p> <p>Mengantar pasien ke ruangan OK untuk pemasangan <i>pigtail</i> oleh dr. Stephen</p> <p>Terpasang <i>pigtail</i> pada dada sebelah kanan (LMAD ICS V)</p>	P R I S K A S A M O S I R
1	11.00			
1	11.30			
1,2	12.00			
1,2	12.30			
1	13.00			P R I S K A S A M O S I R
2	14.00			
2	15.00			
1	16.00			

7/3/2025	1,3	17.15	Aspirasi cairan sebanyak 600 cc RR: 24x/i, SpO ₂ : 97%	P
			-Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri: nama saya Priska yang akan merawat ibu dari jam 07.30 wib sampai dengan jam 14.30 wib	R
		07.30	-mengidentifikasi nyeri pada pemasangan <i>pigtail</i>	I
	3	07.40	Pasien mengatakan masih nyeri pada pemasangan <i>pigtal</i> . Skala nyeri 4-5. -Kolaborasi pemberian analgetic Memberikan inj. Ketorolac 30mg	S
			Memonitor asupan makanan, habis ½ porsi dan memberi obat Memberikan obat acetylcistein 1 capcul dan curcuma 1 tablet	K
	1,2	08.00	Melakukan drainase cairan pleura Drainase cairan 500 cc, berwarna kuning jernih	A
	1,3	08.30	- Memberikan bronkodilator, ekspectoran, mukolitik.	S
	1	09.00	Obat salbutamol 1 Respal/ Nebulizer dan flixotide 1 respal/ nebulizer.	A
			Mengajarkan Teknik batuk efektif Tampak batuk dan ada sputum berwarna kehijauan	M
	1	09.30	Memberikan injeksi cefoperazone sulbactam 1 gr (iv)	O
	1,3	10.00	Memposisikan semi fowler sampai terlentang dengan oksigen 3 liter/menit	S
	1,3	10.30	Pasien mengatakan dengan posisi terlentang sudah mulai bisa	I
			Mengobservasi tanda tanda vita T:36°C, HR: 76x/I, TD: 110/70 mmHg, RR: 24x/I, SpO ₂ : 98%	R
	1,2,3	11.00	Menghadirkan <i>pastoral care</i> dan mendoakan pasien Pasien lebih rileks	R



	2	11.30	Menciptakan lingkungan yang nyaman Lingkungan tampak tenang dan tidak ada kebisingan	P R I S K A S A M O S I R
	2	13.00	Mengontrol pasien pasang <i>pigtail</i> pada dada sebelah kanan	
	1,3	14.00	Pasien sedang istirahat dan di damping oleh ibu pasien	



EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Nn. L
Ruang/Kamar : Laura/7.2

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
05/03/25 21.00	1. DK : Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. S : Pasien mengatakan masih sesak O : Pasien mengatakan masih batuk kering 1) Tampak pasien bernafas menggunakan otot bantu 2) Pernafasan 3) Tampak pasien menggunakan nasal kanul 5 L/menit 4) Terdengar suara tambahan { Mengi } 5) RR 28x/menit 6) Spo2 : 96% A : Masalah pola nafas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Manajemen jalan napas (I.01011)	P R I S K A S A M O S I R
05/03/25 21.00	2. DK : Ansietas berhubungan kurang terpaparnya informasi S : Pasien mengatakan khawatir akan kondisi penyakitnya O : Wajah tampak tegang Pasien terlihat mencari informasi melalui gadget Tampak gelisah Akral teraba dingin A : Masalah Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Reduksi Ansietas (I.09314) Hadirkan Pastoral care	P R I S K A S A M O S I R
06/03/25 15.00	1. S : Pasien mengatakan masih sesak dan kadang terdengar batuk Kering Dada terasa berat Pasien mengatakn bila posisi tidur sesak bertambah O : Dyspnue Ortophne RR : 26x/menit Terpasang oksigen 5 L/menit Spo2 : 98% A : Masalah pola nafas belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Manajemen jalan napas (I.01011)	P R I S K A S A M O S I R

07/04/25	<p>2. Ansietas berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi S : Pasien mengatakan cemas akan Tindakan pemasangan selang dada {pigtail} O : Wajah tampak tegang Pasien terlihat sedang berdoa dan pasrah akan Dilakukan pemasangan selang dada { pigtail} A : Masalah Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Reduksi Ansietas (I.09314) Hadirkan pastoral care</p> <p>3. DK : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik dalam pemasangan pigteil S : Pasien mengatakan nyeri pada pemasangan selang dada sebelah kanan O : Pasien tampak meringis Terpasang selang dada disebelah kanan Pasien tampak bersifat protektif {posisi menghindari Nyeri pada pemasangan selang dada} Skala nyeri : 4 TD : 120/78mmHg A : Masalah Nyeri belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Manajemen nyeri (I. 08238)</p> <p>1. DK : pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas S : Pasien mengatakan sesak sudah berkurang Pasien mengatakan batuk hanya sesekali saja Pasien mengatakan dada terasa berat sudah berkurang { lega} O : Tampak suara nafas tambahan tidak ada RR : 23x/menit Sudah dapat tidur terlentang Spo2: 99% TD : 120/78mmHg A : Masalah pola nafas sudah teratasi sebagian P : Pertahankan intervensi Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>2. DK: Ansietas berhubungan dengan kurangnya terpapar Informasi S : Pasien mengatakan khawatirnya sudah berkurang setelah mendapatkan penjelasan</p>	P R I S K A S A M O S I R
----------	---	---

	<p>dari dokter</p> <p>O : Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TD : 120/78mmHg</p> <p>RR : 23x/menit</p> <p>Spo2: 99%</p> <p>A : Masalah Ansietas sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi diberhentikan</p>	<p>P</p> <p>R</p> <p>I</p> <p>S</p> <p>K</p> <p>A</p>
	<p>3. DK : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik dalam pemasangan pigteil</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri pada pemasangan selang dada sebelah kanan sudah berkurang dan sudah bisa ditolerir.</p> <p>O : Pasien tampak rileks</p> <p>Terpasang selang dada disebelah kanan</p> <p>Skala nyeri : 1-2</p> <p>TD : 120/78mmHg</p> <p>A : Masalah Nyeri sebagian teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>Manajemen nyeri (I. 08238)</p>	<p>S</p> <p>A</p> <p>M</p> <p>O</p> <p>S</p> <p>I</p> <p>R</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada BAB IV ini akan dibahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang didapatkan saat merawat pasien Nn. L dengan efusi pleura di ruang St. Laura Di RS Santa Elisabeth Medan Tahun 2025 pada tanggal 5 Maret 2025 – 7 Maret 2025, dengan mulai pendekatan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Pembahasan Asuhan Keperawatan

4.1. Pengkajian keperawatan

Dalam pengkajian penulis memperoleh data melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga, selain itu penulis juga memperoleh data dari observasi langsung, catatan medis dan pemeriksaan penunjang RS Santa Elisabeth Medan. Berdasarkan yang dilakukan penulis Nn L berusia 30 tahun, tampak pasien dengan keadaan umum sakit sedang, pasien lemah. Keluhan yang dialami pasien yaitu, sesak napas, batuk dan jika terlentang sesak akan bertambah, jika miring ke kanan pasien mengatakan lebih nyaman. Pola napas paradoks, orthopnea, terpasang oksigen nasal kanul 5liter/menit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan, TD: 130/80mmHg, HR: 80x/i, T: 36,8 0C, dan RR: 26x/i. pasien memiliki riwayat ISPA pada bulan february 2025 .

Penulis beramsumsi dari data yang ditemuakn pada kasus menunjukan tidak ada perbedaan antara teori karena sebagian besar tanda dan gejala yang dialami pasien dengan masalah efusi pleura terdapat pada tinjauan teoritis

Hal ini sejalan dengan manifestasi klinis pada pasien efusi pleura adalah, batuk, sesak napas, nyeri pleuritis, rasa berat pada dada, berat badan menurun, defiasi trakea menjauhi tempat yang sakit dapat terjadi jika penumpukkan cairan yang signifikan (Nurdiyantoro, 2020).

Dari hasil pengkajian tersebut, penulis menarik kesimpulan bahwa hampir semua gejala yang disebutkan oleh para peneliti diatas dirasakan oleh pasien Nn. L dengan efusi pleura di ruang St. Laura RS Santa Elisabeth Medan.

4.2. Diagnosis keperawatan

1. Dari hasil analisa data pada kasus Nn. L terdapat tiga diagnosa keperawatan diagnosa sesuai dengan teoritis dan satu diagnosa diluar teoritis .

Diagnosa yang ditemukan yaitu:

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik post pemasangan IPC
3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Penulis berasumsi bahwa masalah yang didapat tidak semua terdapat dalam teori ada masalah yang didapat diluar teori yaitu ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan pasien kuatir akan penyakitnya, tampak tegang, selalu mencari informasi dari gadget dan berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan tanda dan gejala yang di tunjukan maka di angkatlah ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Hal ini sejalan dengan penelitian titik nurani dkk (2019), yang menyatakan bahwa masalah keperawatan yang bisa muncul pada pasien efusi pleura. Yaitu, ansietas hal tersebut disebabkan oleh kecemasan akan mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama, dan takut akan mengalami kegagalan dalam pemasangan pigtail.

Hal ini sejalan dengan penelitian anggar sari dkk (2018) , yang menyatakan bahwa masalah yang sering muncul pada pasien efusi pleura yaitu. pola napas tidak efektif, berhubungan penurunan ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura, sehingga paru tidak maksimal mengembang, dan menyebabkan jumlah oksigen yang di hantarkan kedalam tubuh akan berkurang, sehingga pasien tidak bisa bernapas secara normal dan mengalami sesak napas. oleh karena itu pada pasien efusi pleura yang dengan sesak napas , dada terasa berat, jika tidur terlentang sesak bertambah maka perlu dilakukan drainase (pemasangan pigtail) dan diberi terapi oksigen dan posisi semil fowler untuk menormalkan saturasi oksigen dalam tubuh

Diagnosis keperawatan pada tinjauan teori yang tidak diangkat pada kasus ini diantaranya :

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan , Diagnosis ini tidak diangkat karena pada intervensi pada pola napas sudah dapat mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus kapiler. Ini tidak diangkat karena tidak ada data dari pasien yang mendukung diagnosa tersebut.

3. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, diagnosis ini tidak diangkat karena pasien tidak ada menunjukkan tanda dan gejala demam.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, diagnosis ini tidak diangkat karena kelelahan merupakan efek dari gangguan pernapasan yang disebabkan oleh efusi pleura.

4.3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan meliputi strategi disain untuk mencegah dan mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas yang ditandai dengan sesak napas, dada terasa berat, nyeri dada, jika tidur terlentang sesak bertambah.

1. Pada diagnosis ini penulis membuat intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh teori yaitu: monitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (misal: *gurgling, mengi, wheezing, ronchi* kering). Posisikan semi fowler atau fowler, berikan minum air hangat, lakukan fisioterapi dada, berikan oksigen, ajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspectoran, mukolitik dan kolaborasi tindakan pemasangan pigtail. Penulis berasumsi bahwa tindakan dalam mengatasi efusi pleura yaitu drainase (pemasangan pigtail), terapi oksigen, dan posisi semi fowler dalam hal tersebut sudah dilakukan supaya masalah pola napas dapat teratasi. Hal ini sejalan dengan penelitian Anggar Sari Dkk (2018), dalam

mengatasi masalah pola napas ada efusi pleura yaitu , drainase (pemasangan pigtail) terapi oksigen dan posisi semi fowler

2. Diagnosa II: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Penulis menyusun intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh teori yaitu, mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, mengidentifikasi respon nyeri non-verbal, memberikan teknik non-farmakologis tarik napas dalam, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.
3. Diagnosa III: Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Penulis menyusun intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien didukung oleh teori, yaitu: Identifikasi tingkat ansietas berubah, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal), dengarkan dengan penuh perhatian, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual, pengobatan dan prognosis, latih teknik relaksasi, anjurkan keluarga untuk tetap bersala pasien.

4.4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan dilakukan selama tugas hari dan bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, dokter, teman shift dinas dan perawat ruangan, sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik. Untuk diagnosa pola napas tidak efektif berkolaborasi dalam pemasangan drainase (pigtail) dan melakukan perawatan luka setiap hari tidak ada kendala yang dialami, karena pasien dan keluarga bekerja

sama dengan baik, dan pada diagnosa kedua dan ketiga juga tidak memiliki kendala dalam melakukan sesuai dengan intervensi yang ditentukan.

4.5. Evaluasi keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai atau tidak. Adapun evaluasi keperawatan yang di dapatkan selama 3 hari pada Nn. L, dimana diagnosa pola napas tidak efektif dan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik masih teratasi sebagian di karnakan terbatasnya waktu yang di berikan kepada penulis sehingga masih perlu pemantauan lebih lanjut terhadap kasus Nn.L dan diagnosa Ancietas pada hari ketiga sudah teratasi karna di intervensi penulis mengikutsertakan tim pastoral care.

BAB 5

KESIMPULAN & SARAN

5.1. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi plura dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan maka dapat disimpulkan

1. Pada pengkajian kasus didapatkan :

pasien Nn. L usian 30 tahun dengan keluhan , tampak pasien dengan keadaan umum sakit sedang, pasien lemah. Keluhan yang dialami pasien yaitu, sesak napas, batuk dan jika terlentang sesak akan bertambah, jika miring ke kanan pasien mengatakan lebih nyaman. Pola napas paradoks, orthopnea, oksigen nasal kanul 5liter/menit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan, TD: 130/80mmHg, HR: 80x/i, T: 36,8 0C, dan RR: 26x/i.
2. Diagnosis yang didapatkan yaitu :
 - Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
 - Ansietas berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi
 - Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik {pemasangan pigteil pada dada disebelah kanan}
3. Pada Rencana tindakan keperawatan disusun berdasarkan dianosisi keperawatan yang telah dibuat
4. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien efusi plura dilakukan berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia
5. Pada tahap evaluasi penulis menemukan bahwa hasil akhir dari ketiga diagnosa tersebut sesak sudah mulai berkurang

6. Ansientas sudah teratasi dan nyeri belum teratsi maka perlu pemantauan, dari pemasangan selang dada {pigteil} dan perlunya dilakukan perawatan selang dada setiap hari.

5.2. Saran

1. Bagi pasien dan keluarga
2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan perawatan terhadap penyakit serta senantiasa meningkatkan derajat kesehatan dan tetap melakukan pengobatan dengan selalu kontrol secara teratur setelah di perbolehkan pulang .

3. Bagi Proses Keperawatan

Bagi proses keperawatan untuk berperan aktif dalam melakukan pengkajian dengan melakukan pemeriksaan fisik pada thorax dan menentukan diagnosa berdasarkan data yang didapat sesuai dengan kondisi pasien

4. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan pada penulis selanjutnya bisa menjadikan karya ilmiah akhir ini sebagai referensi dalam penyusunan berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggarsari. Yunita, D. A., Yuyun, S., & Akhmad, R. (2018). Studi kasus gangguan pola napas tidak efektif pada pasien efusi pleura. *Politeknik Kesehatan Surakarta*. 1, 30–38. <http://jurnal.poltekkessolo.ac.id/index.php/Int/article/view/479/391>.
- Dewi & Bayu. (2013). Efusi pleura masif: sebuah laporan kasus. *Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*. (Vol. 2, issue 1). <http://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/download/4934/3723>.
- Hidayat, C. (2020). Asuhan keperawatan pada klien efusi pleura dengan ketidakefektifan pola nafas di ruang zamrud rumah sakit umum daerah dr. Slamet Garut. *Bhakti Kencana University*. <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/246>.
- Nurdiyantoro, R. (2020). Studi dokumentasi ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada pasien Ny. Y dengan efusi pleura. *Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta*. <http://repository.akperkyjogja.ac.id/id/eprint/267>.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Dr. Sukriyadi, S.K.N.M.K., Dr. Ismail, S.K.N.M.K. and Muhammad Basri, S.S.M.K. (2025) *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah*. Nas Media Pustaka. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=dMpCEQAAQBAJ>.
- Marhana, I.A. *et al.* (2022) *Buku Ajar Paru 2022*. Airlangga University Press. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=tG6dEAAAQBAJ>.



LAMPIRAN

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok bahasan	: Efusi Pleura
Sub Pokok Bahasan	: Pengertian klasifikasi
Hari/tanggal	: Kamis, 06 maret 2025
Waktu	: 09:30-10:00 WIB
Tempat	: Ruang Isolasi (St. Laura)
Sasaran dan pengunjung.	: Pasien, keluarga pasien, petugas kesehatan —
Pelaksana	: Priska Samosir

I. Tujuan Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama + 30 menit, diharapkan sasaran penyuluhan dapat memahami tentang efusi pleura.

II. Tujuan Khusus

Setelah diberikan penyuluhan diharapkan keluarga pasien dapat :

1. Menjelaskan pengertian efusi pleura
2. Menyebutkan klasifikasi efusi pleura
3. Menjelaskan penyebab efusi pleura
4. Menyebutkan tanda dan gejala efusi pleura

5. Menjelaskan penatalaksanaan efusi pleura

6. Menjelaskan komplikasi efusi pleura

III. Materi.

1. Pengertian efusi pleura

2. Klasifikasi efusi pleura

3. Penyebab efusi pleura

4. Tanda dan gejala efusi pleura

5. Penatalaksanaan efusi pleura

IV. Metode

Ceramah dan tanya jawab

V. Media

leaflet

VI. Pengorganisasian

Penyaji : Priska Samosir

Pembimbing : Betaria Parhusip

VII. Pelaksanaan No

TAHAP & WAKTU	KEGIATAN PEMATERI	KEGIATAN PESERTA
Pembukaan 5 menit	<ol style="list-style-type: none">1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri2. Menyampaikan maksud dan tujuan3. Menyampaikan topik penyuluhan yang akan diberikan4. Menjelaskan mekanisme kegiatan5. Kontrak waktu	<ol style="list-style-type: none">1. Menjawab salam2. Mendengarkan maksud dan tujuan3. Mendengarkan topik penyuluhan4. Mendengarkan mekanisme kegiatan5. Menyetujui kontrak waktu
Penyuluhan 20 menit	<ol style="list-style-type: none">1. Menggali pengetahuan peserta mengenai efusi pleura2. Menjelaskan materi:<ol style="list-style-type: none">a. Menjelaskan pengertian efusi pleurab. Menyebutkan klasifikasi efusi pleurac. Menjelaskan penyebab efusi pleurad. menyebutkan tanda dan gejala efusi pleurae. menjelaskan penatalaksanaan efusi pleuraf. menjelaskan nutrisi pada pasien efusi pleura	<ol style="list-style-type: none">1. Menjawab pengalaman & pengetahuan sebelumnya tentang efusi pleura2. Mendengarkan materi yang diberikan3. Menanyakan materi yang belum dipahami

	<ol style="list-style-type: none">3. Memberikan kesempatan peserta untuk bertanya4. menjawab pertanyaan peserta	
5 menit	<ol style="list-style-type: none">1. mengevaluasi pemahaman peserta2. menyimpulkan kembali penjelasan yang telah diberikan3. membagikan leaflet4. Salam penutup	<ol style="list-style-type: none">1. menjawab pertanyaan pemateri2. mendemonstrasikan materi3. mendengarkan kesimpulan

1. Kriteria Struktur

- a. Kontrak waktu dan tempat diberikan 1 hari sebelum acara dilakukan
- b. Pembuatan SAP, leaflet dan flipchart maksimal 2 hari sebelum acara
- c. Peserta berada di tempat yang ditentukan
- d. Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum dan saat penyuluhan dilaksanakan

2. Kriteria Proses

- e. Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
- f. Peserta mendengarkan dan memperhatikan penyuluhan
- g. Pelaksanaan kegiatan sesuai rencana
- h. Pengorganisasian berjalan sesuai dengan job discription

Lampiran**MATERI PENYULUHAN EFUSI PLEURA****A. Pengertian**

Efusi pleura adalah suatu keadaan dimana terdapat cairan berlebihan di rongga pleura, dimana kondisi ini jika dibiarkan akan membahayakan jiwa penderitanya. ASmeltzer C Suzanne, 2002C

B. Klasifikasi efusi pleura

Berdasarkan jenis cairan yang terbentuk, cairan pleura dibagi menjadi transudat, eksudat dan hemoragis

Berdasarkan lokasi cairan yang terbentuk, efusi dibagi menjadi unilateral dan bilateral. Efusi yang unilateral tidak mempunyai kaitan yang spesifik dengan penyakit penyebabnya akan tetapi efusi yang bilateral ditemukan pada penyakit- penyakit dibawah ini :Kegagalan jantung kongestif, sindroma nefrotik, asites, infark paru, lupus eritematosus systemic, tumor dan tuberkolosis.

C. Penyebab Efusi Pleura

Transudat dapat disebabkan oleh kegagalan jantung kongestif gagal jantung kiri, sindroma nefrotik, asites Aoleh karena sirosis hepatisC, syndroma vena cava superior, tumor, sindroma meig.

Eksudat disebabkan oleh infeksi, TB, preumonia dan sebagainya, tumor, ifark paru, radiasi, penyakit kolagen.

Effusi hemoragis dapat disebabkan oleh adanya tumor, trauma, infark paru, tuberkulosis.

D. Tanda dan Gejala Efusi Pleura

1. Batuk
2. Dispnea bervariasi
3. Adanya keluhan nyeri dada Anyeri pleuritikC

4. Pada efusi yang berat terjadi penonjolan ruang interkosta.
5. Pergerakan dada berkurang dan terhambat pada bagian yang mengalami efusi.
6. Perkusi meredup diatas efusi pleura.
7. Egofoni diatas paru yang tertekan dekat efusi.
8. Suara nafas berkurang diatas efusi pleura.
9. Fremitus fokal dan raba berkurang.
10. Jari tabuh merupakan tanda fisik yang nyata dari karsinoma bronkogenik, bronkiektasis, abses dan TB paru.

E. Penatalaksanaan Efusi Pleura

Pada efusi yang terinfeksi perlu segera dikeluarkan dengan memakai pipa intubasi melalui selang iga. Bila cairan pus nya kental sehingga sulit keluar atau bila empiemanya multiokuler, perlu tindakan operatif. Mungkin sebelumnya dapat dibantu dengan irigasi cairan garam fisiologis atau larutan antiseptik. Pengobatan secara sistemik hendaknya segera dilakukan, tetapi terapi ini tidak berarti bila tidak diiringi pengeluaran cairan yang adekuat.

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

1. Pengeluaran efusi yang terinfeksi memakai pipa intubasi melalui sela iga.
2. Irigasi cairan garam fisiologis atau larutan antiseptik (Betadine).
3. Pleurodesis, untuk mencegah terjadinya lagi efusi pleura setelah aspirasi.
4. Torasentesis: untuk membuang cairan, mendapatkan specimen (analisis), menghilangkan dispnea.
5. Water seal drainage (WSD)

Drainase cairan (Water Seal Drainage) jika efusi menimbulkan gejala subyektif seperti nyeri, dispnea, dll. Cairan efusi sebanyak 1 — 1,2 liter

perlu dikeluarkan segera untuk mencegah meningkatnya edema paru, jika jumlah cairan efusi lebih banyak maka pengeluaran cairan berikutnya baru dapat dilakukan 1 jam kemudian.

6. Antibiotika jika terdapat empiema.
7. Operatif.

F. Nutrisi untuk pasien efusi pleura

1. Energi yang cukup untuk mencapai atau mempertahankan berat badan yang normal.
(Nasi, umbi — umbian , roti, mie)
2. Protein yang cukup yaitu 0,8 gram/KgBB (telor , tahu , tempe, daging)
3. Vitamin dan mineral yang cukup. (air\, buah — buahan contoh jeruk)
4. Diet rendah garam (2-3 gram/hari).
5. Makanan mudah dicerna dan tidak menimbulkan gas. Selain sawi dan gobes
6. Serat yang cukup untuk menghindari konstipasi. Buah — buahan contohnya pepaya, alpukat, mangga.

DAFTAR PUSTAKA

Smeltzer C Suzanne.2002.*Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah, Brunner And Suddart's Ed 8 Vol 1. Jakarta : EGC*

Alfaris.2010.definisi dan klasifikasi efusi pleura. Diakses pada tanggal 10 Agustus 2014 pada<http://doc-alfarisi.blogspot.sg/2011/05/definisi-dan-klasifikasi-efusi-pleura.html>

Brunner & suddart,2002,*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Vol 3, Edisi 8, Penerbit,RDC:Jakarta*

Efusi Pleura



Disusun Oleh :
PRISKA SAMOSIR

MAHASISWA PROGRAM
PROFESI NERS SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN

A. Pengertian

Efusi Pleura adalah istilah yang digunakan bagi penimbunan cairan dalam rongga pleura.

B. Penyebab

Kegagalan jantung kongestif (gagal jantung kiri), tumor, infeksi, TB, pneumonia, infark paru, radiasi

C. Tanda dan Gejala

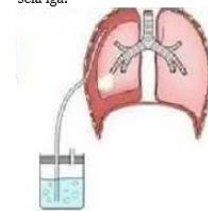
1. Dispneu
2. Nyeri dada dan sesak nafas
3. Pleural friction rub
4. Kemungkinan nyeri pleuritis yang akan menjadi lebih buruk jika batuk/tarikan nafas dalam
5. Batuk kering
6. Takikardia, takipneu
7. Kelelahan

*. +uara nafas berkurang di atas yang terkena efusi pleura

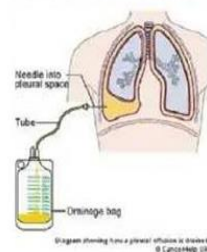
9. Fokal fremitus dan raba berkurang
10. Pergerakan dada berkurang dan terhambat pada bagian yang terkena
11. Jika karena infeksi (pneumonia) dapat disertai demam akut, nyeri dada, batuk berdahak (sputum)

D. Penatalaksanaan efusi pleura

1. Pengeluaran efusi yang terinfeksi memakai pipa intubasi melalui sela iga.



2. origasi cairan garam fisiologis atau larutan antiseptik (Betadine).



3. Pleurodesis, untuk mencegah terjadinya lagi efusi pleura setelah aspirasi.
4. Torasentesis untuk membuang cairan, mendapatkan spesimen (analisis), menghilangkan dispnea.
5. 2ater seal drainage (2+D).



6. 3ntibiotika jika terdapat empiema.
7. 4peratif.

E. Komplikasi

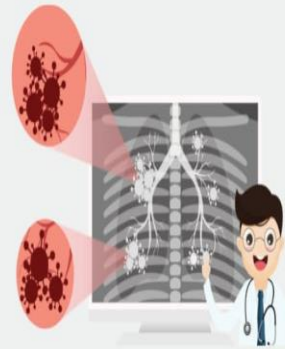
1. Fibrotoraks yaitu perlekatan fibrosa antara pleura parietalis dan pleura viseralis.
2. 3talektasis

3talektasis adalah pengembangan paru yang tidak sempurna yang disebabkan oleh penekanan akibat efusi pleura.

3. Fibrosis paru
Fibrosis paru merupakan keadaan patologis dimana terdapat jaringan ikat paru dalam jumlah yang berlebihan.

Setiap Penyakit Pasti
Ada Obatnya,
Terus Berusaha,
Jangan Pernah Menyerah

APA ITU TUBERKOLOSIS?



TB atau Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *micro tuberculosis* yang dapat menular melalui percikan dahak. Sebagian besar kuman TB menyerang paru tetapi bisa juga organ tubuh lainnya.

PENYEBAB TUBERKULOSIS (TB)

infeksi bakteri yang menyebabkan TB antara lain: *Mycobacterium tuberculosis*,



GEJALA AWAL TB

Batuk ≥ 2 minggu



Batuk berdahak dapat bercampur darah



Berkeringat di malam hari



Sesak napas disertai nyeri dada



Demam dan menggigil



BAGAIMANA PENCEGAHANNYA?

1 Tutup mulut menggunakan masker. Gunakan masker untuk menutup mulut kapan saja ini merupakan langkah pencegahan TB secara efektif. Jangan lupa untuk membuang masker secara teratur.



2 Meludah hendaknya pada tempat tertentu atau jangan memudahkan sembarangan



3 Cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air



4 Usahakan sinar matahari dan udara segar masuk secukupnya ke dalam tempat tidur.



5 Makan makanan yang bergizi





Diet untuk penderita TB Paru



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

TUBERCOLOSIS

adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri mycobacterium tuberculosis. Tuberkulosis dapat menyerang hampir semua organ tubuh, namun bakteri tuberkulosis lebih sering menyerang organ paru

TERAPI DIET BAGI PENDERITA TUBERKULOSIS PARU

Asupan bagi penderita TB paru harus memenuhi kebutuhan energi dan protein, berkaitan dengan kebutuhannya yang meningkat untuk proses penyembuhan.

TERAPI DIET TPTK

Diet Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP) bagi penderita TB paru adalah diet yang mengandung energi dan protein di atas kebutuhan normal. Diet yang diberikan berupa makanan dengan sumber protein tinggi dan sumber energi tinggi



Diet ini umumnya diberikan dengan penambahan makanan yang mengandung energi tinggi dan protein tinggi tanpa meningkatkan volume makanan menjadi terlalu besar, seperti susu, daging, margarin, makanan enteral, dan sebagainya

BAHAN MAKANAN YANG DIANJURKAN

SUMBER KARBONHIDRAT	Nasi, roti, makroni dan hasil olahan tepung seperti cake, farsis, puding, pastry dan dodol, ubi karbohidrat sederhana seperti gula pasir	
SUMBER PROTEIN	Daging sapi, ayam, ikan, telur, susu dan hasil olahan seperti keju dan yogurt.	
SUMBER PROTEIN nabati	Semua jenis kacang-kacang dan hasil olahannya seperti tempe dan keju	
SAYURAN	Semua jenis sayuran seperti: bayam, buncis, daun singkong, kacang panjang, labu siam dan wortel direbus, ditumis dan kukus	
BUAH-BUAHAN	Semua jenis segar seperti: pepaya, semangka, melon, pisang, buah kaleng, buah kering dan jus buah	
MINYAK	Soft drink, madu, sirup, teh dan kopi encer	
MINYAK DAN LEMAK	Minyak goreng, mentega, margarin, santan encer, salad.	
MINYAK	Bumbu tidak tajam seperti bawang merah, bawang putih, laos, gula dan kecap	

BAHAN MAKANAN YANG TIDAK DIANJURKAN

bahan makanan yang dimasak dengan banyak minyak kelapa atau santan kental

Minuman rendah kalori

Santan kental

Bumbu yang tajam seperti cabe dan lada



Diet ini diberikan untuk mengatasi masalah dan risiko malnutrisi pada pasien akibat kekurangan energi dan protein karena kebutuhan yang meningkat sebagai dampak dari peningkatan stres metabolik, penurunan daya tahan tubuh, faktor penyakit, inflamasi dan sebagainya.

Protein sangat penting untuk pertumbuhan, perbaikan dan pemeliharaan jaringan dalam tubuh, dan pasien TB memerlukan lebih banyak protein untuk membantu pemulihan. Mengonsumsi makanan kaya protein dapat membantu mencegah hilangnya otot, mempercepat penyembuhan, dan memperkuat sistem kekebalan tubuh. Mengonsumsi makanan berkalori tinggi dapat memberikan energi yang diperlukan.

TERIMA KASIH

5. Lakukan empat kali setiap batuk efektif, frekuensi disesuaikan dengan kebutuhan

PERALATAN YANG DIPERLUKAN ?

1. Bantal
2. air minum hangat (air putih)
3. Tissue



CARA MENGURANGI GEJALA BATUK

1. Mencukupi istirahat dan minum banyak air putih.
2. Berkumur dengan air garam secara rutin untuk membersihkan dan mengeluarkan dahak.
3. Menggarjal beberapa bantal di bawah punggung saat tidur agar posisi kepala lebih tinggi dari tubuh.
4. Menjaga kebersihan ruangan dari debu dan kotoran, termasuk yang menempel pada kipas angin.
5. Rutin mencuci tangan, terutama setelah batuk dan juga sebelum dan sesudah makan, ke WC, atau merawat orang sakit.



TEKNIK BATUK EFEKTIF



APAKAH BATUK EFEKTIF?

merupakan suatu metode batuk dengan benar, dimana klien dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal.

**APA TUJUAN BATUK EFEKTIF?**

1. Melatih otot-otot pernafasan agar dapat melakukan fungsi dengan baik

2. Mengeluarkan dahak atau sputum yang ada disaluran pernafasan
3. Melatih klien agar terbiasa melakukan cara pernafasan dengan baik

**APA MANFAAT BATUK EFEKTIF?**

1. Untuk mengeluarkan sekret yang menyumbat jalan nafas
2. Untuk memperingan keluhan saat terjadi sesak nafas pada penderita jantung

**CARA MELAKUKAN BATUK EFEKTIF**

1. Anjurkan klien untuk minum air hangat (agar mudah dalam pengeluaran sekresi)
2. Tarik nafas dalam 4-5 kali
3. Pada tarikan selanjutnya nafas ditahan selama 1-2 detik
4. Angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukan dengan kuat

STIKES SANTA ELISABETH



Buku Bimbingan KIA Prodi Profesi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan



LEMBAR KONSUL KIA

Nama Mahasiswa : PRISKA LAMOSIR
NIM : 052024030
Judul : Asuhan Keperawatan pada An-L
Dengan gangguan sistem pernapasan
Epusi pleura di ruangan st laura
Rumah sakit santa Elisabeth Medan.
Nama Pembimbing I : Jagentar P. Pane S.Kep., Ns., M.Kep.
Nama Pembimbing II : Samfriati Sinurat S.kep., Ns., MAN
Nama Pembimbing III : Friska Sembiring S.Kep., Ns., M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF		
				PEM I	PEM II	PEM III
1	14-april 2025	Jagentar. P. Pane S.kep., Ns., M.Kep	Judul KIA BAB I. Latar belakang sesuai Msk. sesuai buku panduan BAB II. Tinjauan pustaka.			
2	Sabtu 19-april 2025	Jagentar P. Pane S.kep., Ns., M.Kep	Revisi BAB I Latar belakang diperbaiki sesuai buku panduan. BAB II. BAB III. Kasus pengkajian smpn diagnosa dicocokkan sesuai data pasien			
3	Senin 21-april 2025	Jagentar P. Pane S.kep., Ns., M.Kep	Revisi BAB I ACC BAB II. Tinjauan pustaka.			



Buku Bimbingan KIA Prodi Profesi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan



NO	HARI/ TANGGAL	PENGUJI	PEMBAHASAN	PARAF		
				PEM I	PEM II	PEM III
			Buatkan : Definisi pemasangan ngan pigtail Tujuan, dan jenis pigtail.			
	Sabtu 26-4-2025	Jagenteur P Pone S.Kep.Ns.Mkt	BAB. II. Tinjauan pustaka - Acc. BAB. III. Kasus sesuai dengan kondisi pasien.			
	Senin 28-April 2025.	Jagenteur P Pone S.Kep.Ns.Mkt	BAB. III. Kasus BAB IV dan BAB V.			
	Senin 5-mei 2025	Jagenteur P. Pone S.Kep.Ns.Mkt	Revisi BAB. III - Dalam intervensi ada hindk. pigtail dan kappan selang pigtail di-off.			



Buku Bimbingan KIA Prodi Profesi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan

NO	HARI/ TANGGAL	PENGUJI	PEMBAHASAN	PARAF		
				PEM I	PEM II	PEM III
	Selasa 20 Mei 2025	Sampurnah Simanungkalit S-kep, Ns., MAN	Revisi KIA - Acc.		