

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S.B.M DENGAN DIAGNOSA MEDIS EFUSI PERIKARDIUM DI RUANGAN CEMPAKA RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



OLEH

**YULIANA MUTI
NIM: PO. 5303201181250**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S.B.M DENGAN DIAGNOSA MEDIS EFUSI PERIKARDIUM DI RUANGAN CEMPAKA RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Studi pada Program Studi Diploma III Keperawatan
dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)**



OLEH

**YULIANA MUTI
NIM: PO. 5303201181250**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yuliana Muti
NIM : PO.5303201181250
Program Studi : D III Keperawatan
Institusi : Poltekkes Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran saya sendiri

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019

Pembuat pernyataan



Nama : Yuliana Muti
NIM : PO5303201181250

Mengetahui



Ns. Era Dorihi Kale, M.Kep.,Sp.Kep.MB
NIP :19771021 199903 2 001

LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh YULIANA MUTI NIM : PO5303201181250
dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S.B.M DENGAN
DIAGNOSA MEDIS EFUSI PERIKARDIUM DI RUANGAN CEMPAKA
RSUD PROF. DR. W.Z JOHANNES KUPANG TAHUN 2019"

Telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing



Ns. Era Dorihi Kale, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP : 19771021 199903 2 001

LEMBARAN PENGESAHAN

Laporan Studi Kasus oleh : YULIANA MUTI dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S.B.M DI RUANG CEMPAKA RSUD.PROF,DR.W.Z.JOHANNES KUPANG TAHUN 2019" telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II



Maria Sambriang, SST. MPH
NIP : 19680831 198903 2 001



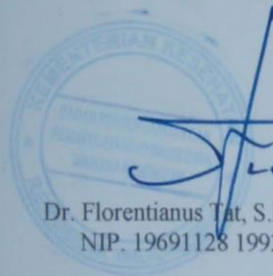
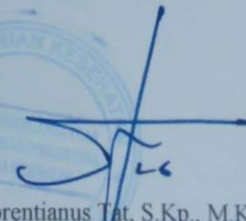
Ns. Era Dorihi Kale, M.Kep.,Sp.Kep.MB
NIP : 19771021 199903 2 001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP. 19691128 199303 1 005



Margaretha Teli, S.Kep.,Ns.,MSc.PH
NIP. 19770727200003 2002

BIODATA PENULIS

Nama : Yuliana Muti
Tempat/tanggal lahir : Abad-Numponi, 25 Juli 1963
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Haliwen
Riwayat : 1. SDK Rafau, Tahun 1978
: 2. SMPN Sadi, Tahun 1982
: 3. SPK Kupang , Tahun 1986
: 4. Dari Tahun 2018 sampai sekarang
Kuliah di Poltekes Kemenkes
Kupang jurusan keperawatan

MOTO

HIDUP ITU ADALAH PERJUANGAN

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan kemurahanNya maka laporan studi kasus ini dapat di selesaikan dengan baik. Selama proses penulisan laporan studi kasus ini penulis mendapat banyak dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini di ucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu R.H Kristina, SKM., M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah menerima penulis untuk kuliah di Poltekes Kemenkes Kupang .
2. Ibu Ns. Era Dorihi Kale, S.Kep., M.Kep., Sp.KMB., selaku dosen pembimbing dan penguji II yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan segala totalitasnya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan dengan baik.
3. Ibu Maria Sambriang, SST., MPH., selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Bapak Dr. Florentianus Tat, S,Kp., M.Kes., selaku ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang.
5. Ibu Margaretha Teli, S.Kep., Ns., MSc-PH., selaku ketua Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang berserta Staf dan tenaga kependidikan.
6. Bapak Rafael Paun, SKM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing dan memotivasi penulis hingga dapat menyelesaikan Studi Diploma III di Poltekes Kemenkes Kupang.
7. Ibu Ns. Bergita O. Hali Samon, S.Kep., selaku CI ruangan yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan studi kasus di ruangan Cempaka
8. Seluruh Dosen keperawatan Poltekes Kemenkes Kupang dan seluruh karyawan/ti atas bimbingannya selama perkuliahan
9. Pemerintah Kabupaten Belu – Kepala Dinas Kesehatan yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan.

10. Keluarga tercinta, suami dan anak-anak yang telah memberikan cinta dan dukungan dalam Doa untuk penulis
11. Keluarga Ny. S. B. M. yang telah memberikan waktu dan informasi terkait masalah kesehatan yang dialami secara benar dan tepat.
12. Untuk anak Ishak, anak Darius Mikhael, anak Oppie, Pak Widodo, Pak James, Ma Isa ,Ma Joana, anak Adry, Kaka Evy yang mendukung dan membantu dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan,

Oleh karena itu usul saran yang bersifat membangun untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini sangat di harapkan.

Kupang , 22 Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Komprehensif Pada Ny. S. B. M. Dengan Efusi Perikardium Di Ruang Cempaka RSUD PROF. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Yuliana Muti.

Efusi pericardium adalah penumpukan cairan abnormal dalam ruang perikardium. Ini dapat disebabkan oleh berbagai kelainan sistemik, local atau idiopatik. Cairan tersebut dapat berupa transudat, eksudat, pioperikardium, atau hemoperikardium. Efusi pericardium bias akut atauk ronis, dan lamanya perkembangan memiliki pengaruh besar terhadap gejala-gejala pasien. Efusi pericardium merupakan hasil perjalanan klinis dari suatu penyakit yang disebabkan oleh infeksi, keganasan maupun trauma. Gejala yang timbul dari keadaan efusi perikardiumt idak spesifik dan berkaitan dengan penyakit yang mendasari terjadinya efusi perikardium. Tujuan dari penulisan dapat mengembangkan pola piker ilmiah dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Efusi Perikardial. Penulis menggunakan metode wawancara, studi dokumentasi dengan pendekatan studi kasus, yang dilakukan di ruangan cempaka RSUD. Prof. Dr .W. Z. Johanes Kupang. Lama studi kasus yang dilakukan dimulai sejak tanggal 15-18 Juli 2019. Subjek pasien Efusi Perikardium Ny. S.B.M dengan teknik wawancara, observasi, studi dokumentasi, pemeriksaan fisik sistem tubuh Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama3 hari untuk diagnose keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi dan kelebihan cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan Masalah keperawatan di atas belum teratasi dan perlu perawatan lanjutan baik dilakukan oleh perawat maupun keluarga.

Kata kunci : Efusi Perikardium menghambat pola nafas dan Kelebihan Cairan yang abnormal

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN DEPAN	
HALAMAN SAMPUL DALAM	
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
BIODATA PENULIS	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Penulisan	2
1.3 Manfaat Penulisan	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Penyakit	4
2.1.1 Definisi	4
2.1.2 Patofisiologi	4
2.1.3 Etiologi	7
2.1.4 Manifestasi Klinis	8
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang	10
2.1.6 Penatalaksanaan Medis	11
2.1.7 Komplikasi	12
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	12
2.2.1 Pengkajian	12
2.2.2 Diagnosis Keperawatan	14
2.2.3 Perencanaan Keperawatan	14
2.2.4 Implementasi Keperawatan	18
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	20

BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus.....	23
3.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	23
3.1.2 Pengkajian Keperawatn	23
3.1.3 Analisa Data	25
3.1.4 Diagnosa Keperawatan	26
3.1.5 Rencana Keperawatan	26
3.1.6 Implementasi Keperawatan	28
3.1.6 Evaluasi Keperawatan	29
3.2 Pembahasan	30
3.2.1 Pengkajian	30
3.2.2 Diagnosis Keperawatan	31
3.2.3 Intervensi Keperawatn	33
3.2.4 Implementasi	34
3.2.5 Evaluasi	35
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	35
Bab 4 Penutup	
4.1 Kesimpulan	36
4.2 Saran	36
Daftar Pustaka	38
Lampiran	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Efusi perikardium ialah penimbunan cairan abnormal dalam rongga perikardium, yaitu di antara lapisan perikardium parietal dan visceral. Akumulasi cairan pada efusi perikardium bisa disebabkan infeksi bakteri (tersering TB), infeksi virus gangguan inflamasi (lupus), gagal ginjal dengan kadar darah yang kelebihan nitrogen, post operasi jantung, pendarahan setelah tindakan pembedahan atau cedera dan metastasis maligna ke pericardium.

Metastasis maligna ke cavum perikardium biasanya diikuti pula dengan efusi pada cavum pleura. Keadaan ini disebut Primary Intrathoracic Malignant Effusion (PIME). Sebagian besar proses malignansi ini biasanya berasal dari tumor primer di paru atau payudara, tetapi ada juga tumor primer yang tidak diketahui berasal dari organ lain. Jenis malignansi yang paling sering ditemukan yaitu adenokarsinoma. Prevalensi dan kejadian efusi perikardium yang disebabkan oleh perikarditis bakteri terutama bakteri tuberculosis (1-2% dari seluruh kasus TB), dan dilaporkan bahwa 0,1-21% penderita kanker yang sudah bermetastasis disertai metastasis pada perikardium pada saat otopsi. Dalam satu seri kasus kanker yang diotopsi didapatkan bahwa metastase perikardial merupakan penyebab kematian langsung pada 35% kasus kanker dan penyebab tambahan pada 50% kasus. Dengan mengetahui tahap penegakan diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat diharapkan dapat memperpanjang masa hidup dan meningkatkan kualitas hidup penderita.

Diagnosis efusi perikardium didasarkan pada anamnesis, gejala klinik dan pemeriksaan penunjang. Dari anamnesis keluhan berupa sesak nafas, nyeri dada, terkadang demam, dan bengkak.

Sedangkan gejala klinik efusi perikardium tergantung dari jumlah cairan dan kecepatan penimbunan cairan dalam kavum perikardium. Penderita efusi perikardial tanpa tamponade sering asimtomatik.

Kurang dari 30% penderita menunjukkan gejala seperti nyeri dada, napas pendek, ortopnea atau disfagia. Pada pemeriksaan fisik tampak vena leher terbungung, suara jantung terdengar jauh, tekanan nadi mengecil dan takikardia. Pada pemeriksaan penunjang, pada EKG didapatkan: elevasi ST difusi (konkaf), depresi PR, gelombang T terbalik; stadium yang berkembang dalam hitungan jam hingga minggu; voltase rendah dan perubahan elektrik mungkin terlihat pada efusi yang terjadi luas. Pemeriksaan CPK-MB atau troponin dapat meningkat apabila mioperikarditis. Foto rontgen toraks: jika muncul efusi, akan tampak kardiomegali atau jantung “seperti botol air” (>250 cc cairan); tanda seperti “biskuit Oreo”(rediolusen antara jantung dengan perikardium anterior pada foto toraks posisi lateral). Dan pada pemeriksaan ekokardiogram : mungkin normal atau terlihat efusi pericardium terpisah (fibrin atau tumor). Tindakan diagnostik selanjutnya dapat dilakukan perikardiosentesis dan dilakukan pemeriksaan hitung sel, protein total (TP), LDH, glukosa, pewarnaan gram, kultur, sitologi

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan umum pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Efusi Pericardium sesuai dengan konsep dan teori yang didapatkan selama proses pendidikan.

1.2.2 Tujuan khusus

Setelah melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis diharapkan mampu :

1. Melakukan pengkajian data pada pasien yang menderita penyakit Efusi Pericardium baik melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Efusi Perikardium

3. Membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Efusi Perikardium.
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan Efusi Perikardium.
5. Mengevaluasi atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Efusi Perikardium.
6. Mendokumentasi semua hasil pengkajian, analisa data, perumusan diagnosa, rencana tindakan, tindakan yang telah dilakukan, serta evaluasi tindakan.

1.3 Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

Dapat digunakan untuk memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan serta mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama pendidikan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan serta dapat digunakan sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa di Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan

3. Bagi Lahan praktik

Dapat menjadi bahan masukan bagi perawat di Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang tepat pada pasien Efusi Perikardium

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Efusi Perikardium

2.1.1 Defenisi

Efusi perikardium adalah penumpukan cairan abnormal dalam ruang perikardium. Ini dapat disebabkan oleh berbagai kelainan sistemik, lokal atau idiopatik. Cairan tersebut dapat berupa transudat, eksudat, pioperikardium, atau hemoperikardium. Efusi perikardium bisa akut atau kronis, dan lamanya perkembangan memiliki pengaruh besar terhadap gejala-gejala pasien.

Efusi perikardium merupakan hasil perjalanan klinis dari suatu penyakit yang disebabkan oleh infeksi, keganasan maupun trauma. Gejala yang timbul dari keadaan efusi perikardium tidak spesifik dan berkaitan dengan penyakit yang mendasari terjadinya efusi perikardium.

Perikardium terdiri dari 2 lapisan yaitu lapisan dalam atau lapisan serosa dan lapisan luar atau fibrosa. Bentuk lapisan fibrosa perikardium seperti botol dan berdekatan dengan diafragma, sternum dan kartilago kosta. Lapisan serosa lebih tipis dan berdekatan dengan permukaan jantung. Perikardium berfungsi sebagai barier proteksi dari infeksi atau inflamasi organ-organ sekitarnya.

Jumlah normal cairan perikardium 15-50 ml, disekresi oleh sel mesotelial. Akumulasi abnormal cairan dalam ruangan perikardium dapat menimbulkan efusi perikardium. Selanjutnya akumulasi tersebut dapat menyebabkan peningkatan tekanan perikardium, penurunan cardiac output dan hipotensi (tamponade jantung). Akumulasi cairan yang sangat cepat akan mempengaruhi hemodinamik.

2.1.2 Patofisiologi

Pada kasus efusi perikardial metastasis perikardial multipel lebih sering dijumpai pada perikardium parietalis dibandingkan dengan perikardium viseralis. Tumor ini secara langsung dapat mensekresi cairan (eksudat), tetapi dapat juga menghalangi aliran limfe. Adanya tumor, timbunan cairan serta penebalan perikardium akan mengganggu gerak jantung. Penimbunan cairan akan

mengganggu pengisian diastolik ventrikel kanan sehingga menurunkan isi sekuncup (stroke volume).

Hal ini diimbangi oleh mekanisme kompensasi berupa takikardia dan peningkatan kontraksi miokardium. Tetapi jika mekanisme kompensasi ini dilewati, curah jantung (cardiac output) menurun maka akan terjadi gagal jantung, syok tergantung dari kecepatan pembentukan cairan dan distensibilitas perikardium.

Perikardium dapat terinfeksi mikobakterium TB secara hematogen, limfogen ataupun penyebaran langsung Perikarditis TB sering terjadi tanpa TB paru maupun TB di luar paru lain. Penyebaran tersering karena infeksi di nodus mediastinum, secara langsung masuk ke perikardium, terutama di sekitar percabangan trakeobronkial.. Protein antigen mikobakterium TB menginduksi delayed hypersensitive response dan merangsang limfosit untuk mengeluarkan limfokin yang mengaktifasi makrofag dan mempengaruhi pembentukan granuloma.

Terdapat 4 stadium evolusi perikarditis TB:

1. Stadium fibrinosa: terjadi deposit fibrin luas bersamaan dengan reaksi granuloma. Stadium ini sering tidak menimbulkan gejala klinis sehingga tidak terdiagnosis.
2. Stadium efusi : terbentuk efusi dalam kantong perikardium. Reaksi hipersensitif terhadap tuberkuloprotein, gangguan resorpsi dan cedera vaskuler dipercaya dapat membentuk efusi perikardium. Permukaan perikardium menjadi tebal dan berwarna abu-abu tampak seperti bulu-bulu kusut yang menunjukkan eksudasi fibrin. Efusi dapat berkembang melalui beberapa fase yaitu: serosa, serosanguinous, keruh atau darah. Reaksi seluler awal cairan tersebut mengandung sel polimorfonuklear (PMN). Jumlah total sel berkisar 500-10000/ mm³. Terjadi perubahan kimiawi yang ditandai dengan penurunan glukosa dan peningkatan protein. Pada stadium ini dapat terjadi efusi masif sebanyak 4 L.
3. Absorpsi efusi dengan terbentuknya granuloma perkijuan dan penebalan perikardium. Pada stadium ini terbentuk fibrin dan kolagen yang

menimbulkan fibrosis perikardium. Penebalan perikardium parietal, konstiksi miokardium akan membatasi ruang gerak jantung dan ada deposit kalsium di perikardium. Pada kasus ini sudah terjadi penebalan perikardium parietal dan konstiksi miokardium.

4. Bila volume cairan melebihi "penuh" di tingkat perikardium itu, efusi perikardial mengakibatkan tekanan pada jantung dan terjadi Cardiac Tamponade (tamponade jantung) yaitu terjadinya kompresi jantung akibat darah atau cairan menumpuk di ruang antara miokardium (otot jantung) dan perikardium (kantong jantung). Kompresi tersebut menyebabkan fungsi jantung menurun. Tamponade jantung yang merupakan kompresi jantung yang cepat atau lambat, akibat akumulasi cairan, pus, darah, bekuan atau gas di perikardium; menyebabkan peningkatan tekanan intraperikardial yang sangat mengancam jiwa dan fatal jika tidak terdeteksi. Insidens tamponade jantung di Amerika Serikat adalah 2 kasus per 10.000 populasi. Lebih sering pada anak laki-laki (7:3) sedangkan pada dewasa tidak ada perbedaan bermakna (laki-laki : perempuan - 1,25:1).⁷ Morbiditas dan mortalitas sangat tergantung dari kecepatan diagnosis, penatalaksanaan yang tepat dan penyebab.

Pembagian tamponade jantung berdasarkan etiologi dan progresifitas :

- 1) Acute surgical tamponade: antegrade aortic dissection, iatrogenic dan trauma tembus kardiak.
- 2) Medical tamponade: efusi perikardial akibat perikarditis akut, perikarditis karena keganasan atau gagal ginjal.
- 3) Low-pressure tamponade: terdapat pada dehidrasi berat.

Pada tamponade jantung terjadi penurunan pengisian darah saat diastolik karena otot jantung tidak mampu melawan peningkatan tekanan intraperikardial.

Terdapat 3 fase perubahan hemodinamik :

- a. Fase 1: Peningkatan cairan perikardial meningkatkan tekanan pengisian ventrikel. Pada fase ini tekanan ventrikel kanan dan kiri tetap lebih tinggi

daripada tekanan intraperikardial.

- b. Fase 2: Peningkatan tekanan intraperikardial melebihi tekanan pengisian ventrikel kanan, sehingga curah jantung turun.
- c. Fase 3: Tercapai keseimbangan antara peningkatan tekanan intraperikardial dengan tekanan ventrikel kiri sehingga terjadi gangguan curah jantung yang berat.

2.1.3 Etiologi

Penyebab terjadinya efusi perikardium antara lain:

1. Inflamasi dari pericardium (pericarditis) adalah sebagai suatu respon dari penyakit, injury atau gangguan inflamasi lain pada pericardium. Pericarditis dapat mengenai lapisan visceral maupun parietal perikardium dengan eksudasi fibrinosa. Jumlah efusi perikardium dapat bervariasi tetapi biasanya tidak banyak, bisa keruh tetapi tidak pernah purulen. Bila berlangsung lama maka dapat menyebabkan adhesi perikardium visceral dan parietal.
2. Penyebab spesifik dari efusi pericardial adalah :
 - 1) Infeksi dari Virus, bakterial, jamur dan parasit
 - 2) Inflamasi dari perikardium yg idiopatik
 - 3) Inflamasi dari pericardium akibat operasi jantung dan heart attack (Dressler's syndrome)
 - 4) Gangguan Autoimmune, seperti rheumatoid arthritis atau lupus
 - 5) Produksi sampah dari darah akibat gagal ginjal (uremia)
 - 6) Hypothyroidism
 - 7) HIV/AIDS
 - 8) Penyebaran kanker (metastasis), khususnya kanker paru, kanker payudara, leukemia, non-Hodgkin's lymphoma atau penyakit Hodgkin's
 - 9) Kanker dari pericardium yang berasal dari jantung
 - 10) Therapy radiasi untuk kanker .
 - 11) Tindakan Chemotherapy untuk kanker
 - 12) Trauma atau luka tusuk didekat jantung

- 13) Obat-obat tertentu seperti obat high blood pressure; isoniazid, phenytoin (Dilantin, Phenytek, others), obat kejang epileptic

Penyebab tersering efusi perikardium pada keganasan ialah kanker paru dan payudara (25-35%). Penyebab lainnya ialah : limfoma, kanker saluran cerna, dan melanoma. Tumor primer perikardium seperti mesotelioma atau rhabdomiosarkoma jarang sebagai penyebab efusi perikardial. Perluasan langsung keganasan disekirat jantung seperti kanker esofagus dan paru dapat juga menyebabkan efusi perikardial. Perikarditis pasca radisi pada penderita kanker dapat menimbulkan efusi perikardial yang dapat timbul setelah beberapa minggu sampai 12 bulan.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Banyak pasien dengan efusi perikardial tidak menunjukkan gejala. Kondisi ini sering ditemukan ketika pasien melakukan foto dada x-ray atau echocardiogram untuk mendiagnosa penyakit lain. Awalnya, pericardium dapat meregang untuk menampung kelebihan cairan. Oleh karena itu, tanda dan gejala terjadinya penyakit mungkin akan terjadi ketika sejumlah besar cairan telah terkumpul.

Jika gejala muncul, maka kemungkinan akan terdeteksi dari kelainan organ di sekitarnya, seperti paru-paru, lambung atau saraf frenik (saraf yang terhubung ke diafragma). Gejala juga dapat terjadi karena gagal jantung diastolik (gagal jantung yang terjadi karena jantung tidak dapat berdetak normal seperti biasanya pada setiap gerakan karena kompresi ditambahkan). Biasanya gejala yang timbul pada efusi perikardial yaitu :

1. Dada seperti ditekan dan terasa sakit
2. Sesak Napas
3. Terasa mual
4. Perut terasa penuh dan kesulitan menelan Sedangkan gejala efusi perikardial yang menyebabkan tamponade jantung yaitu :
 - 1) Kebiruan pada bibir dan kulit

- 2) Penderita mengalami syok
- 3) Perubahan Status mental

Gejala klinik tergantung dari jumlah cairan dan kecepatan penimbunan cairan dalam kavum perikardium. Penderita efusi perikardial tanpa tamponade sering asimtomatik. Kurang dari 30% penderita menunjukkan gejala seperti nyeri dada, napas pendek, ortopnea atau disfagia. Pada pemeriksaan fisik tampak vena leher terbenjeng, suara jantung terdengar jauh, tekanan nadi mengecil dan takikardia. Tamponade jantung memberikan gejala : gelisah, sesak napas hebat pada posisi tegak dan sesak nafas agak berkurang jika penderita membungkuk kedepan, takikardia, tekanan nadi menyempit, pulsus paradoksus (tekanan sistolik turun lebih dari 10 mmHg pada inspirasi), hipotensi sampai syok. Batas jantung melebar, suarajantung terdengar jauh, terdengar gesekan perikardial, serta vena leher melebar dan berdenyut.

Gejala klinik tamponade jantung sangat dipengaruhi oleh kecepatan akumulasi cairan perikardium. Akumulasi lambat memberi kesempatan kompensasi jantung yang lebih baik yaitu: takikardi, peningkatan resistensi vaskuler perifer dalam beberapa hari atau beberapa minggu. Tetapi akumulasi yang cepat akan menimbulkan peregangan perikardium yang tidak adekuat dan berakibat fatal dalam beberapa menit.

Pemeriksaan fisis tamponade jantung :

1. Trias Beck meliputi hipotensi, peningkatan JVP dan suara jantung melemah.
2. Pulsus paradoksus: penurunan tekanan sistolik lebih dari 12 mm Hg pada saat inspirasi.
3. Kussmaul sign: penurunan tekanan dan distensi JVP yang sebelumnya meningkat saat inspirasi.
4. Tanda Ewart : gambaran redup di daerah di bawah skapula kiri ; terjadi pada efusi perikardial luas.

2.1.5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada Efusi Perikardial diantaranya sebagai berikut :

1. Foto Thorak : dilakukan untuk melihat adanya pembesaran jantung yang biasanya akan berbentuk globuler. Gambaran jantung seperti ini baru tampak jika cairan lebih dari 250 ml serta sering juga dijumpai efusi pleura.
2. Echocardiography : merupakan pemeriksaan noninvasif yang paling akurat, disini akan tampak akumulasi cairan di dalam kantung perikardium. Kadang-kadang tampak juga adanya metastase pada dinding perikardium.
3. Perikardiosintesis : sebaiknya memakai tuntunan ekokardiografi sehingga lebih aman. Sekitar 50% cairan aspirat bersifat hemoragik dan 10% serosanguinus. Pada cairan ini dilakukan pemeriksaan kultur, hitung sel dan sitologi. Pemeriksaan sitologi cukup sensitif dengan kemampuan diagnostik sekitar 80%, tetapi hasil negatif palsu sering terjadi pada limfoma maligna dan mesotelioma. Dalam keadaan demikian dilakukan biopsi perikardium.
4. CT-Scan : dilakukan untuk menentukan komposisi cairan dan dapat mendeteksinya 50 ml cairan dan dapat mendeteksi adanya klasifikasi.
5. MRI : dilakukan untuk mendeteksi sedikitnya 30 ml cairan perikardial, dapat mendeteksi adanya hemoragik atau tidak. Nodularity/penyimpangan dari perikardium yang dilihat pada MRI mungkin merupakan indikasi dari efusi gas.
6. Pemeriksaan laboratorium
 - a. Pemeriksaan Biokimia

Secara biokimia effusi pleura terbagi atas transudat dan eksudat
 - b. Analisa cairan pleura
 - Transudat : jernih, kekuningan
 - Eksudat : kuning, kuning-kehijauan
 - Hilothorax : putih seperti susu
 - Empiema : kental dan keruh
 - Empiema anaerob : berbau busuk

- Mesotelioma : sangat kental dan berdarah

c. Perhitungan sel dan sitologi

7. Pemeriksaan lain : katekisasi jarang di perlukan. Disini dijumpai tekanan diastolik dalam atrium kanan, ventrikel kanan dan arteri pulmonalis hampir sama.

2.1.6. Penatalaksanaan Medis

Apabila fungsi jantung sangat terganggu, maka perlu dilakukan aspirasi pericardial (tusukan pada kantung perikardium) untuk mengambil cairan dari kantung perikardium. Tujuan utamanya adalah mencegah Tamponade jantung yang dapat menghambat kerja jantung normal. Selama prosedur, pasien harus dipantau dengan EKG dan pengukuran tekanan hemodinamika. Peralatan resusitasi darurat juga harus tersedia. Kepala tempat tidur dinaikkan 45-60 derajat, agar jantung lebih dekat dengan dinding dada sehingga jarum dapat dimasukkan dengan mudah.

Jarum aspirasi perikardium dipasang pada spuit 50 ml, melalui three-way stop cock. Lead V (kawat lead perkordial) EKG dihubungkan ke ujung jarum menghisap dengan perekat aligator, karena EKG dapat membantu menentukan apakah jarum telah menyentuh perikardium. Bila terjadi tusukan, maka akan terjadi elevasi segmen ST atau stimulasi kontraksi ventrikel prematur.

Ada berbagi tempat yang mungkin digunakan untuk aspirasi perikardium. Jarum bisa dimasukkan pada sudut antara batas costa kiri dan sifoid, dekat apeks jantung, antara rongga kelima dan keenam batas sternum, atau pada batas kanan sternum pada rongga interkostal keempat. Jarum dimasukkan perlahan hingga memperoleh cairan.

Bila terjadi penurunan tekanan vena sentral dengan disertai peningkatan tekanan darah ini menunjukkan tamponade jantungnya sudah hilang. Pasien biasanya kemungkinan merasa lebih nyaman. Bila cairan dalam perikardium cukup banyak, maka perlu dipasang kateter untuk mengalirkan perdarahan ataupun efusi yang kambuh.

Selama prosedur ini dilakukan, perhatikan adanya darah dalam cairan yang

keluar. Darah perikardium tidak akan membeku dengan cepat, sementara darah yang tidak sengaja terhisap dari bilik jantung akan segera membeku. Cairan perikardium kemudian akan dikirim ke laboratorium untuk pemeriksaan tumor, kultur bakteri, analisa kimia dan serologis serta hitungan jenis sel.

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi yang paling sering terjadi pada Efusi Perikardium adalah Tamponade jantung yaitu situasi yang disebabkan oleh akumulasi cairan dalam ruang perikardial, sehingga kompromi hemodinamik ventrikel berkurang mengisi dan berikutnya. Tamponade jantung adalah keadaan darurat medis. Keseluruhan risiko kematian tergantung pada kecepatan diagnosis, pengobatan disediakan, dan penyebab yang mendasari tamponade ini.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Keluhan utama : pasien biasanya akan mengeluhkan cepat lelah dalam beraktifitas karena adanya pembesaran jantung akibat penambahan volume cairan perikardium yang dapat menghambat kerja jantung normal.
2. Riwayat penyakit sekarang : menanyakan riwayat penyakit yang diderita pasien saat itu, selain dari keluhan yang diungkapkan pasien.
3. Riwayat penyakit dahulu : menanyakan riwayat penyakit apa saja yang pernah dialami pasien sebelum mengalami penyakit yang diderita saat ini.
4. Riwayat penyakit keluarga : menanyakan riwayat penyakit yang pernah dialami anggotakeluarga yang lain yang mungkin dapat berupa penyakit herediter ataupun menular.
5. Pengkajian pola aktivitas istirahat : pasien biasanya akan mengalami kelemahan dan kelelahan yang ditandai dengan takikardi, Tekanan Darah menurun, dan dispnea saat beraktifitas.
6. Pengkajian pola sirkulasi : pasien biasanya memiliki riwayat Penyakit Jantung Koroner, CaParu dan Ca Mamae yang ditandai dengan

takikardi, disritmia, dan edema.

7. Pengkajian pola eliminasi : pasien biasanya memiliki riwayat penyakit ginjal dan penurunan frekuensi urin yang ditandai dengan urin tampak pekat dan gelap.
8. Pengkajian pola pernapasan : pasien biasanya akan mengalami napas pendek yang terjadi biasanya pada malam hari ditandai dengan dispnea nocturnal, takipnea, dan pernapasan dangkal.
9. Pengkajian pola kenyamanan : pasien biasanya akan mengeluh nyeri pada dada (sedang sampai berat), diperberat oleh inspirasi, gerakan menelan, berbaring : hilang dengan duduk,bersandar kedepan (perikarditis). Nyeri dada/punggung/sendi (endokarditis).
10. Pemeriksaan fisik

Head to Toe

- a. Kepala dan wajah : pucat, bibir sianosis.
- b. Leher : peninggian vena jugularis.
- c. Dada : ada jejas trauma tajam dan tumpul di daerah dada, tanda kusmaul, takipnea,bunyi jantung melemah / redup dan pekak jantung melebar
- d. Abdomen dan pinggang : tidak ada tanda dan gejala.
- e. Pelvis dan Perineum : tidak ada tanda dan gejala.
- f. Ekstremitas : pucat, kulit dingin, jari tangan dan kaki sianosis

Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan Echocardiografi pada Efusi Perikardial menunjukkan :

- a. Kolaps diastole pada atrium kanan
- b. Kolaps diastole pada ventrikel kanan
- c. Kolaps pada atrium kiri. Peningkatan pemasukan abnormal pada aliran katup trikuspidalis dan terjadi penurunan pemasukan dari aliran katup mitral > 15 %
- d. Peningkatan pemasukan abnormal pada ventrikel kanan dengan penurunan pemasukan dari ventrikel kiri

- e. Penurunan pemasukan dari katup mitral.
- f. Pseudo hipertropi dari ventrikel kiri

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi ditandai dengan takipnea pernafasan bibir, penggunaan posisi tiga titik, cuping hidung.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuskular ditandai dengan perubahan frekuensi nafas, sianosis, gelisah, kesulitan berbicara.
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung ditandai dengan takikardia, palpitasi jantung, perubahan elektrokardiogram (EKG).
4. Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan iskemik ditandai dengan diaphoresis, ekspresi wajah nyeri, mengekspresikan perilaku, perilaku distraksi, perubahan pada parameter fisiologis, perubahan posisi untuk menghindari nyeri.
5. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien tampak dibantu saat melakukan aktifitas seperti mandi, toileting, berpakaian dan berpindah.

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Diagnosis keperawatan 1 Definisi : Inspirasi dan / atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi. Batasan karakteristik: 1). Perubahan kedalaman pernafasan, 2). Perubahan ekskursi dada, 3). Penurunan tekanan ekspirasi, 4). Pernafasan bibir, 5). Fase ekspirasi memanjang, 6). Penurunan ventilasi per menit, 7). Penggunaan otot aksesorius untuk bernafas, 8). *Bradipneu Dispneu Ortopneu*, 9). Takipneu Mengambil posisi tiga titik, 10). Peningkatan diameter anterior –posterior. Faktor yang berhubungan : 1). Ansietas, 2). Posisi tubuh, 3). Deformitas tulang, 4). Keletihan, 5). Hiperventilasi, 6). Sindrom hipoventilasi, 7). Gangguan, 8). Kerusakan neurologis, 9). Disfungsi neuromuscular, 10). Obesitas, 11). Nyeri, 12). Keletihan otot pernafasan cedera medulla spinalis: Setelah dilakukan

tindakan perawatan selama 1 X 24 jam pola nafas klien efektif dengan kriteria :1). *Respiratory status Ventilation*, 2). *Respiratory status : airway patency*, 3). *Vital sign status* Kriteria hasil : 1). Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih ,tidak ada sianosis dan dispneu (mampu bernafas dengan mudah), Tidak *adapursed lips*, 2). Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik , irama nafas dan frekuensi nafas dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal, 3). Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan). *Nursing Intervention Classification : Airway manajemen (3140) :* 1). Buka jalan napas, gunakan teknik *chin lift* atau *jaw thrust* bila perlu, 2). Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, 3). Identifikasi perlunya pemasangan jalan napas buatan, 4). Pasang mayo bila perlu Lakukan fisioterapi dada bila perlu, 5). Keluarkan sekret dengan batuk atau Suction, 6). Auskultasi suara napas , catat adanya suara tambahan, 7). Kolaborasi pemberian bronkodilator bila perlu, 8). Monitor respirasi dan status oksigen, 9). Dorong pasien melakukan nafas dalam, ditahan 2 detik lalu batuk 2-3 kali. Terapi Oksigen : 1).bersihkan mulut, hidung dan secret trachea / tenggorokan, 2).Pertahankan patensi jalan nafas, 3). Atur peralatan oksigen, 4). Monitor aliran oksigen, 5). Pertahankan posisi pasien, 6). Observasi tanda kekurangan oksigen :gelisah, sianosis dll, 7). Vital Sign Monitor TD,nadi,suhu , RR Catat adanya fluktuasi tekanan darah. 8). Monitor frekuensi dan irama.

Definisi :Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Batasan karakteristik :1).Dispneu, 2). Orthopneu, 3). Sianosis, 4). Kesulitan berbicara, 5). Tidak ada batuk, 6). Mata terbuka lebar, 7). Suara nafas tambahan, 8). Gelisah, 9). Perubahan frekuensi, 10). Perubahan irama napas, 11). Penurunan bunyi nafas, 12). Sputum dalam jumlah yang berlebihan, 13).Batuk yang tidak efektif. Faktor-faktor yang berhubungan: 1)Lingkungan : -).Perokok pasif, -). Mengisap asap, -). Merokok. 2). Obstruksi jalan nafas : -).Spasme jalan nafas, -). Mokus dlm jumlah berlebihan, -). Eksudat dlm jalan alveoli, -). Materi asing dlm jalan napas -). Adanya jalan napas buatan, -).Sekresi bertahan, -). Sekresi dalam bronki. 3). Fisiologis : -).Jalan napas alergik, -). Asma, -). Penyakit paru, -). obstruktif

kronik, -). Hiperplasi dinding bronkial, -). Infeksi, -). Disfungsi neuromuskular.

Nursing Outcome Classification : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam jalan napas klien efektif, dengan kriteria : 1). *Respiratory status : ventilation*, 2). *Respiratory status : Airway patency* Kriteria hasil : 1). Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih ,tidak ada sianosis dan dispneu (mampu bernafas dengan mudah), Tidak ada *pursed lips*, 2). Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik , irama nafas dan frekuensi nafas dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas

Perencanaan keperawatan 2 Definisi :Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Batasan karakteristik :*Dispneu Orthopneu Sianosis Kesulitan berbicara* Tidak ada batuk, (1), Mata terbuka lebar (2), Suara nafas tambahan (4), Gelisah (5),Perubahan frekuensi (6), Perubahan irama napas (7),Penurunan bunyi nafas (8), Sputum dalam jumlah yang berlebihan (9),Batuk yang tidak efektif Faktor-faktor yang berhubungan, (1), Lingkungan (2), Perokok pasif (3),Mengisap asap (4),Merokok. Obstruksi jalannafas : (1), Spasme jalan nafas, (2), Mokus dlm jumlah berlebihan, (3),Eksudat dlm jalan alveoli (4),Materi asing dlm jalan napas (5), Adanya jalan napas buatan (6), Sekresi bertahan (7), Sekresi dlm bronki.Fisiologis (1), Jalan napas alergik (2), Asma (3),Penyakit paru obstruktif kronik (4), Hiperplasi dinding, (5), bronkial (6), Infeksi (7), Disfungsi (8), neuromuskular. *NOC*,Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jamjalan napas klien efektif, dengan kriteria : (1), *Respiratory status : ventilation* (2), *Respiratory status : Airway patency* Kriteria hasil : (1), Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih ,tidak ada sianosis dan dispneu (mampu bernafas dengan mudah), Tidak ada *pursed lips* (2), Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik , irama nafas dan frekuensi nafas dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal (3), Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas. *NIC*, *Airway Suctioning*, (1), pastikan kebutuhan tracheal suctioning (2), Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah suctioning (3), Informasikan pada klien dan keluarga

tentang suctioning (4), Meminta klien napas dalam sebelum suction dilakukan (5), Berikan oksigen dengan kanul nasal untuk memfasilitasi suctioning sotrakheal (6), Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan (7), Anjurkan klien napas dalam dan istirahat setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakheal (8), Monitor status oksigen pasien (9), Hentikan suction apabila klien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi oksigen *Airway manajemen*(1), Buka jalan napas, gunakan teknik *chin lift* atau *jaw thrust* bila perlu (2), Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi (3), Identifikasi pasien perlunya pemasangan jalan napas buatan (4), Pasang mayo bila perlu (5), Lakukan fisioterapi dada bila perlu (6), Keluarkan secret dengan batuk atau suction (7), Auskultasi suara napas, catat adanya suara nafas tambahan (8), Kolaborasi pemberian bronkodilator bila perlu (9) Monitor respirasi dan status oksigen

Perencanaan keperawatan 3 **Definisi** :Ketidakadekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolic tubuh **Batasan Karakteristik**(1), Perubahan Frekuensi / Irama jantung(2),Perubahan Preload (3),Perubahan afterload **Faktor yang berhubungan** : (1), Perubahan afterload (2), Perubahan kontraktilitas (3), Perubahan frekuensi jantung (4), Perubahan preload (5), Perubahan irama (6), Perubahan volume sekuncup. **NOC, Cardiac Pump effectiveness Circulation Status Vital Sign Status** **Kriteria Hasil**:(1), Tanda Vital dalam rentang normal(Tekanan darah, Nadi,respirasi) (2), Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan (3), Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites (4), Tidak ada penurunan kesadaran. **NIC Cardiac Care**.Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas,lokasi, durasi) (1),Catat adanya disritmia jantung (2),Catat adanya tanda dan gejala penurunan *cardiac output* (3), Monitor status kardiovaskuler (4), Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung (5), Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi (6), Monitor balance cairan (7), Monitor adanya perubahan tekanan darah (8), Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia (9), Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan (10), Monitor toleransi aktivitas pasien (11), Monitor adanya *dyspneu*, *fatigue*, *tekipneu* dan *ortopneu* (12), Anjurkan untuk menurunkan stres **Vital Sign Monitoring** (1), Monitor TD, nadi, suhu, dan RR (2),

Catat adanya fluktuasi tekanan darah (3), Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri (4), Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan (5), Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas (6), Monitor kualitas dari nadi (7), Monitor adanya pulsus paradoksus (8), Monitor adanya pulsus alterans (9), Monitor jumlah dan irama jantung (10), Monitor bunyi jantung (11), Monitor frekuensi dan irama pernapasan (12), Monitor suara paru (13), Monitor pola pernapasan abnormal (14), Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit (15), Monitor sianosis perifer (16), Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign

2.2.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Diagnosis keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi, hari senin 15 juli 2019 jam 07.15 Membuka jalan napas, dengan menggunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu (1), Memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi (2), Mengidentifikasi perlunya pemasangan jalan napas buatan (3), Memasang mayo bila perlu Lakukan fisioterapi dada bila perlu (4), Mengeluarkan sekret dengan batuk atau Suction (5), Auskultasi suara napas , catat adanya suara tambahan (6), Mengkolaborasi pemberian bronkodilator bila perlu. Jam 09.15 (7), Memonitor respirasi dan status oksigen (8), Mendorong pasien melakukan nafas dalam, ditahan 2 detik lalu batuk 2-3 kali **Terapi Oksigen** (1), bersihkan mulut, hidung dan secret trachea / tenggorokan (2), Pertahankan patensi jalan nafas (3), Atur peralatan oksigenMonitor aliran oksigen (4), Pertahankan posisi pasien (5), Observasi tanda kekurangan oksigen :geli-sah, sianosis dll (7), Vital Sign Monitor TD,nadi,suhu , RR Catat adanya fluktuasi tekanan darah (8), Monitor frekuensi dan irama

Diagnosis Keperawatan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular, hari selasa, 16 juli 2019 Airway Suctioning (1), Memastikan kebutuhan tracheal suctioning (2), Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah suctioning (3), Menginformasikan pada klien dan keluarga tentang

suctioning (4), Meminta klien napas dalam sebelum suction dilakukan (5), Memberikan oksigen dengan kanul nasal untuk memfasilitasi suctioning sotrakheal (6), Menggunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan (7), Menganjurkan klien napas dalam dan istirahat setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakheal (8), Memonitor status oksigen pasien (9), Menghentikan suction apabila klien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O₂ **Airway manajemen** (1), Membuka jalan napas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu (2), Memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi (3), Mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan jalan napas buatan (4), Memasang mayo bila perlu (5), Melakukan fisioterapi dada bila perlu (6), Keluarkan secret dengan batuk atau suction (7), Auskultasi suara napas catat adanya suara nafas tambahan (8), Kolaborasi pemberian bronkodilator bila perlu (9), Memonitor respirasi dan status oksigen

Diagnosis Keperawatan Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung, Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) (1), Mencatat adanya disritmia jantung (2), Mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output (3), Memonitoring status kardiovaskuler (4), Memonitoring status pernafasan yang menandakan gagal jantung (5), Memonitoring abdomen sebagai indikator penurunan perfusi (6), Memonitoring balance cairan (7), Memonitoring adanya perubahan tekanan darah (8), Memonitoring respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia (9), Mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan (10), Memonitoring toleransi aktivitas pasien (11), Memonitoring adanya dyspneu, fatigue, tekipneu dan ortopneu (12), Anjurkan untuk menurunkan *stress Vital Sign Monitoring* (1), Monitor TD : 90/60 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 37⁰C, dan RR: 30x/menit (2), Mencatat adanya fluktuasi tekanan darah (3), Memonitoring VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri (4), Mengauskultasi TD pada kedua lengan dan dibandingkan (5), Memonitoring TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas (6), Memonitor kualitas dari nadi (7), Memonitor adanya pulsus paradoksus (8), Memonitor adanya pulsus alterans (9), Memonitor jumlah

dan irama jantung (10), Memonitor bunyi jantung (11), Memonitor frekuensi dan irama pernapasan (12), Memonitor suara paru (13), Memonitor pola pernapasan abnormal (14), Memonitor suhu, warna, dan kelembaban kulit (15), Memonitor sianosis perifer (16), Memonitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign

2.2.5 EVALUASI KEPERAWATAN

Evaluasi keperawatan hari pertama .Diagnosis keperawatan Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi, pada hari seni, 15 juli 2019 jam 13.00
S : Pasien mengatakan masih merasa sesak O : Bibir sianosis, konjungtiva anemis, sesak nafas, hasil tanda-tanda vital: TD : 90/60 mmHg, N : 80x/menit, S : 37 °C, RR : 30 x/menit ,dan masih terpasang oksigen nasal kanul. A : Masalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi dan di harapkan pola napas segera kembali normal

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular senin 15 juli 2019 jam 13.00 S : pasien mengatakan masih batuk
O : Batuk dan sesak nafas, batuk kering, terdengar bunyi ronchi hasil TTV : TD : 90/60 mmHg, N : 80x/menit, S : 37 °C, RR : 30 x/menit A : Masalah ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan disfungsi neuro muscular belum teratasi P : intervensi di lanjutkan

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung pada hari senin 15 juli 2109 jam 13.00 S : Pasien mengatakan nyeri dada bagian kiri, dan merasa lemas O : sat di auskultasi terdengar unyi detak jantung yang tidak niormal,hasil TTV : : TD : 90/60 mmHg, N : 80x/menit, S : 37 °C, RR : 30 x/menit A : Masalah Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantungP : intervensi di lanjutkan

Evaluasi keperawatan hari kedua. Diagnosis keperawatan Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi pada hari selasa 16 juli 2019 jam 13.00,
S : Pasien mengatakan sesak mulai berkurang O : Bibir sianosis sudah mulai berkurang, konjungtiva anemis, sesak nafas berkurang, hasil tanda-tanda vital: TD

: 110/80 mmHg, N : 90x/menit, S : 37 °C, RR : 30 x/menit ,dan masih terpasang oksigen nasal kanul. A : Masalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi masih teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi dan di harapkan pola napas segera kembali normal.

Diagnosis keperawatan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular pada hari selasa 16 juli 2019 jam 13.00, S : pasien mengatakan masih batuk tapi sudah berkurang O : Batuk berkurang dan sesak nafas mulai normal, batuk kering, terdengar bunyi ronchi berkurang hasil TTV : TD : 110/80 mmHg, N : 80x/menit, S : 37 °C, RR : 30 x/menit A : Masalah ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan disfungsi neuro muscular teratasi sebagian P : Intervensi di lanjutkan

Diagnosis keperawatan Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung pada hari selasa jam 13.00 S : Pasien mengatakan nyeri dada bagian kiri sudah berkurang, tapi masih merasa lemas O : Saat di auskultasi terdengar bunyi jantung yang kembali normal,hasil TTV : : TD : 110/80 mmHg, N : 80x/menit, S : 37 °C, RR : 30 x/menit A : Masalah Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung teratasi sebagianP : intervensi di lanjutkan

Evaluasi keperawatan hari ketiga. Diagnosis keperawatan Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi pada hari rabu 17 juli 2019 jam 13.00 S : Pasien mengatakan sesak mulai berkurang O : Bibir sianosis sudah mulai berkurang, konjungtiva anemis, sesak nafas berkurang, hasil tanda-tanda vital: TD : 120/70 mmHg, N : 90x/menit, S : 37 °C, RR : 25 x/menit ,dan masih terpasang oksigen nasal kanul. A : Masalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi masih teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi dan di harapkan pola napas segera kembali normal

Diagnosis keperawatan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular pada hari rabu 17 juli 2019 jam 13.00 S : pasien mengatakan masih batuk tapi sudah berkurang O : Batuk berkurang dan sesak nafas mulai normal, batuk kering, terdengar bunyi ronchi berkurang hasil TTV : TD : 120/80 mmHg, N : 80x/menit, S : 37 °C, RR : 25 x/menit A : Masalah

ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan disfungsi neuro muscular teratasi sebagian P : Intervensi di lanjutkan

Diagnosis keperawatan Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung pada hari rabu 17 juli 2019 jam 13.00 S : Pasien mengatakan nyeri dada bagian kiri sudah berkurang, tapi masih merasa lemas O : Saat di auskultasi terdengar bunyi jantung yang kembali normal,hasil TTV : : TD : 120/80 mmHg, N : 80x/menit, S : 37 °C, RR : 25 x/menit A : Masalah Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan

BAB 3

HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

3.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur, yang berlangsung selama 4 hari yaitu sejak tanggal 15-18 Juni 2019.

3.1.2 Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian yang didapat oleh penulis di ruang cempaka RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang, klien atas nama Ny. S.M.B, umur 33 tahun, agama Katolik, pendidikan terakhir SMA, alamat Tuapukan, pekerjaan ibu rumah tangga, jenis kelamin perempuan, status menikah, suku bangsa Timor Leste. Nama penanggung jawab Tn.A.R, jenis kelamin laki-laki alamat Tuapukan, pekerjaan Wira swasta, hubungan dengan klien sebagai istri klien.

Klien datang dengan keluhan sesak napas, batuk dan nyeri dada bagian kiri. Keluhan ini sudah dirasakan sejak 2 bulan yang lalu. Keluhan lain yang menyertai adalah batuk kering. Nyeri tersebut bertambah saat klien beristirahat dan tidur miring kiri. Klien juga mengatakan saat mulai batuk selalu pergi berobat ke puskesmas atau fasilitas kesehatan terdekat. Klien juga pernah menderita TB paru pada bulan Mei 2019 dan di rawat di RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang. Klien tidak ada riwayat alergi dan tidak pernah dioperasi. Tidak ada kebiasaan merokok dan pasien tidak pernah mengonsumsi alkohol serta pasien tidak minum kopi. Pasien pernah mengonsumsi obat-obatan analgesic asam mefenamat dan ampicilin jika sakit. Riwayat genogram/keturunan pasien memiliki 6 bersaudara yang terdiri dari laki-laki 3 orang dan perempuan 3 orang. Klien anak ke-2 dari 6 bersaudara dan diantara mereka sudah menikah semua. Dari hasil pemeriksaan fisik klien yaitu: tanda – tanda vital TD: 90/60 mmHg, N: 90 kali/menit S :36⁰c, RR: 25 kali/menit. Pemeriksaan kepala dan leher, klien mengatakan tidak ada sakit kepala, tidak pusing, penglihatan normal, konjungtiva anemis, sklera putih, nyeri tidak ada, pendengaran baik, penciuman baik dan keadaan tenggorokan

baik, tidak ada pembesaran kelenjar di leher. Sistem kardiovaskuler terasa nyeri di dada bagian kiri, kesadaran komposmentis, bentuk dada normal, bibir normal, kuku normal, capillary reffil normal (< 3 detik), tangan tidak ada edema, kaki tidak ada edema sendi tidak nyeri. Ictus cordis teraba, ada pembesaran vena jugularis, dan ada pembesaran jantung. Sistem respirasi: klien merasa sesak, bentuk dada abnormal yaitu dada tidak simetris (dada kiri lebih rendah dari dada kanan), jenis pernapasan abnormal, irama napas tidak teratur, pasien menggunakan alat bantu pernapasan O₂ nasal kanul 4 liter/menit, pada saat perkusi ada cairan dan terdapat masa, pada saat auskultasi inspirasi abnormal terdengar bunyi wheezing di lobus kiri paru. Sistem pencernaan: keadaan abdomen kembung. Pola nutrisi: pola makan 3x/hari frekuensi makan 1 piring, nafsu makan menurun, pasien tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan. Banyaknya minum dalam sehari 1 gelas perhari. BB sebelum sakit 39 kg, TB 155 cm. Pasien merasa ada peningkatan berat badan (sekitar 2kg). Sebelum sakit, BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek dan saat sakit BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek. Olahraga dan aktivitas pasien tidak ada. Sistem persyarafan tidak ada keluhan, tingkat kesadaran komposmentis, GCS 15 (E;4 V;5 M;6). Sistem perkemihan tidak ada keluhan, kebiasaan dalam sehari BAK 1-4 x/hari warna kuning jernih, sedangkan perubahan selama sakit 12 x/hari, warna kuning. Sistem endokrin tidak ada keluhan. Sistem reproduksi tidak ada keluhan. Istirahat dan tidur: tidur malam jam 11.00, bangun jam 05.00, tidur siang tidak menentu, pasien juga mudah terbangun jika batuk dan sesak pada malam hari. Jam tidur klien masih normal yaitu 8 jam/ hari. Pola interaksi sosial :orang penting/terdekat dari klien: ibu. Keadaan rumah dan lingkungan; baik. Status rumah: rumah orang tua, cukup baik, tidak ada kebisingan. Ketika pasien mempunyai masalah pasien membicarakan masalahnya pada orang yang dekat dan orang yang bisa dipercayai. Ketika ada masalah dalam keluarga pasien dan keluarga saling bertukar pendapat dan saling mendengarkan satu sama lain. Kegiatan keagamaan : Sebelum sakit pasien aktif dalam kegiatan keagamaan. Selama sakit pasien tidak dapat melakukan kegiatan ibadah seperti pergi ke gereja dan doa rosario. Pasien hanya dapat berdoa dengan keluarga di rumah sakit saja.

Keterlibatan dalam organisasi keagamaan: pada waktu sebelum sakit pasien selalu mengikuti kegiatan keagamaan yaitu komunitas tritunggal maha kudus sedangkan selama sakit pasien tidak terlibat dalam kegiatan keagamaan tersebut. Keadaan psikologis selama sakit yaitu persepsi klien terhadap penyakit yang diderita: pasien mengatakan ia ingin segera sembuh. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatan lainnya, awalnya pasien stress dengan penyakit yang di alami tapi sekarang pasien menerima penyakit yang dideritanya dan ia percaya bahwa dengan menjalani perawatan di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang pasien dapat sembuh dan bisa pulang ke rumah. Pasien juga mengatakan bahwa pola komunikasi dengan tenaga kesehatan baik-baik saja.

3.1.3 Analisa data

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka dapat ditegaskan beberapa masalah keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang dialami klien berdasarkan hasil pengumpulan data diantaranya:

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi

Data Subyektif: pasien mengatakan sesak napas

Data Obyektif: saat di kaji terdapat data-data sebagai berikut, adanya tarikan dinding dada, napas cuping hidung, adanya suara tambahan (ronchi), Konjungtiva anemis, Hasil Tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 90/60 mmHg, N : 90x/menit, RR : 25x/menit, SpO₂ : 99%, dan terpasang oksigen nasal kanul 6 liter/menit.

2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan efusi pleura

Data Subjektif : pasien mengatakan sesak dan nyeri dada

Data Objektif : saat di kaji terdapat udem di seluruh tubuh, nyeri dada, hasil tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 90/60 mmHg, N : 90x/menit, RR : 25x/menit, SpO₂ : 99%.

3.1.4 Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny. S.M.B dari hasil pengkajian di atas adalah:

1. Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, ditandai dengan DS: pasien mengatakan sesak napas DO: saat di kaji terdapat data-data sebagai berikut, adanya tarikan dinding dada, napas cuping hidung, adanya suara tambahan (ronchi), Konjungtiva anemis, Hasil Tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 90/60 mmHg, N : 90x/menit, RR : 25x/menit, SpO2 : 99%, dan terpasang oksigen nasal kanul 6 liter/menit
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan efusi pericardium, DS: pasien mengatakan sesak dan nyeri dada dan perut terasa kembung DO : saat di kaji terdapat udem di seluruh tubuh, nyeri dada, hasil tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 90/60 mmHg, N : 90x/menit, RR : 25x/menit, SpO2 : 99%.

3.1.5 Rencana Keperawatan

Diagnosis 1: Ketidakefektifan pola nafas berhubungan Hiperventilasi. Tujuan: pasien akan mempertahankan keefektifan pola nafas selama dalam perawatan, Kriteria Hasil: setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien akan menunjukkan indikator *Nursing Outcome classification* status pernafasan ventilasi, status pernafasan pertukaran gas dan tanda-tanda vital dalam batas normal sehingga , tidakada keluhan sesak napas dan tidak ada penggunaan otot bantu atau alat bantu pernafasan.

Intervensi keperawatan yang ditentukan bagi pasien untuk mengatasi masalah ketidakefektifan pola nafas, diantaranya: 1). Buka jalan nafas dengan teknik Chin lift, atau jace thurst, sebagaimana mestinya, 2). Posisikan pasien untuk melancarkan ventilasi, 3).lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya, 4). Buang secret dengan memotifasi pasien untuk melakukan batuk efektif atau menyedot lendir, 5).motifasi pasien untuk bernafas pelan dalam melakukan teknik batuk efektif, 6). Auskultasi suara napas.Terapi oksigen 1).Bersihkan mulut, hidung, dan secret tracfchea / tenggorokan, 2).Pertahankan kepatenan jalan napas, 3).Atur peralatan

oksigen, 4).Atur posisi pasien, 5).Obserfasi tanda-tanda kekurangan/ gelisah, sesak, dan sianosis, 6). Monitor tanda-tanda vital :Tekanan Darah : 90/60 mmHg, N : 90x/menit, RR : 25x/menit, SpO2 : 99%. Monitor frekuensi dan irama pernapasan

Diagnosis 2: Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan . Tujuan: Pasien akan mempertahankan volume cairan yang normal selama dalam perawatan. Kriteria Hasil: setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam pasien akan menunjukkan, keseimbangan cairan yang normal, tekanan darah yang normal, denyut nadi radial, tekanan arteri rata-rata, keseimbangan intake input dan out put dalam 24 jam , turgor kulit, kelembaban membrane mukosa, yang normal, serta uiudem perifer menurun.

Intervensi keperawatan yang ditentukan bagi pasien untuk mengatasi masalah kelebihan volume cairan adalah, Monitor elektrolit dan manajemen hipervolemia.1). Tentukan jumlah dan jenis intake atau asupan cairan serta kebiasaan eliminasi, 2).tentukan factor-faktor risiko yang mungkin menyebabkan ketidak seimbangan cairan (mis, kehilangan albumin, terapi deuretik, gagal jantung, disfungsi hati, infeksi paru, dan poliuri, 3). Pemeriksaan turgor kulit dengan menggunakan jaringan sekitar tulang seperti tulang ekstremitas atas dan tulang kering, mencubit dengan lembut, 4). Monitor asupan dan pengeluaran, 5). Monitor nilai kadar serum dan elektrolit, 6). cek kembali asupan pengeluaran mis (asupan oral, asupan IV, antibiotic cairan, 7). Monitor membrane mukosa, turgor kulit, dan respon haus, 8). Monitor tanda-tanda gejala asites, 9). Kontrol ke dokter jika pengeluaran urin kurang dari 0,5 mg/kg/jam atau asupan cairan dewasa kurang dari 2000 dalam 24 jam

3.1.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan pada Tn. W. B sesuai dengan intervensi yang telah dirncanga sebelumnya.

Hari pertama (tanggal 15 juni 2019) Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **ketidakefektifan pola nafas** diantaranya: 1). jam 09.00 Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah: 90/60 mmHg, Pernapasan : 30 X/ menit, Nadi : 80 X/ menit dan Suhu Tubuh : 37⁰ C); 2). Jam 09.15 mengauskultasi bunyi nafas pasien; 3). Jam 09.20 Mengatur posisi pasien (semi fowler); Jam 09.30 mengatur aliran O2 pasien 2 liter/ menit. Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **kelebihan volume cairan** 1). Jam 10.00 melakukan obserfasi keadaan pasien ; 2). Jam 10.20 menentukan kembali jumlah asupan cairan yang masuk dan keluar 3). Jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital (TD: 110/60 mmHg, N: 70 x/menit, S: 36°c, RR: 26x/menit); 4). Jam 12.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi Ketorolac 3 X 1 ampul/IV); 5). Jam 12.15 menganjurkan pasien untuk istirahat.

Hari ke 2 (tanggal 16 juli 2019). Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **ketidakefektifan pola nafas** diantaranya: 1). Jam 07.30 Mengatur aliran O2 pasien dengan kecepatan 4 liter/menit; 2). Jam 11.00 mengkaji tanda-tanda vital pasien (TTV ; TD : 110/80 mmHg, N : 90 X/ menit, RR : 28 X / menit, S : 37⁰ C) dan 4). Jam 11.30 mereposisi pasin miring kiri-kanan. Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **kelebihan volume cairan** diantaranya: 1). Jam 10.45 Menghitung jumlah caioran yang masuk dan cairan yang keluar, cairan masuk 1 gelas air/ susu dan leluar urin sebanyak 2000 cc/24 jam ; 2). Jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital 3). Jam 12.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi KTC 3 X 1 ampul/IV) dan memberikan injeksi dan 4). Jam 12.30 menganjurkan pasien untuk istirahat.

Hari ke tiga (tanggal 18 Juli 2019). Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **ketidakefektifan pola nafas** diantaranya: 1). Jam 08.00 mengobserfasi keadaan umum pasien, 2) 11.20 mengatur poisisi pasien (semi fowler) dan 3). Jam 12.10 memperbaiki posisi nasal canul pasien. Implementasi

keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah **kelebihan volume cairan** diantaranya: 1). Jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital; 2). Jam 12.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi KTC 3 X 1 ampul/IV) dan 3). Jam 12.30 menganjurkan pasien untuk istirahat.

3.1.7 Evaluasi keperawatan

Setelah melaksanakan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, menentukan rencana /intervensi dan implementasi selanjutnya tahap evaluasi dimana terdiri- dari catatan perkembangan yaitu: keluhan yang dirasakan oleh klien, obyektif yaitu data yang diperoleh melalui observasi langsung, assesmemnt dan planning adalah merupakan tindak lanjut yang akan dilakukan bila masalah belum teratasi. Evaluasi dilakukan selama tiga hari perawatan di ruangan Cempaka yaitu pada tanggal 15 – 17 Juli 2019.

Hari pertama (15Juli 2019).Evaluasi untuk diagnosis keperawatan 1: **Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi** yang dilakukan pada jam 13.00 wita yaitu: **S:** pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sesak nafas, **O:** Saat dikaji pasien tampak sesak dan menggunakan oksigen nasal kanul 4 liter/ menit, saat auskultasi terdengar bunyi wheezing pada lobus kiri paru, TTV ; TD : /70 mmHg, RR : 29 X/ menit, S : 37⁰ C, N : 84 X/ menit, **A:** masalah belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan.Evaluasi untuk diagnosis keperawatan 2: **kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebih asupan cairan** yang dilakukan pada jam 13.10 yaitu: **S:** pasien mengatakan masih sesak dan nyeri dada serta. **O:** terdapat udem seluruh tubuh **A:** Masalah belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan.

Hari ke dua (16 juli 2019). Evaluasi untuk diagnosa 1: **ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi** yang dilakukan pada jam 13. 00 adalah **S:** pasien mengatakan masih sesak, **O:**saat dikaji pasien tampak sesak dan masih terpasang O2 nasal kanul 2 liter/menit, TD : 110/60 mmHg, RR : 26 x/ menit, S : 37⁰ C, N : 84 X/ menit, terdapat bunyi wheezing di lobus kiri paru, **A:** Masalah belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan. Evaluasi untuk diagnosa 2: **kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan** yang

dilakukan pada Jam 13.30 adalah **S**:pasien mengatakan sesak dan bengkak sudah mengecil, **O**:saat dikaji pasien tampak rileks dan bengkak semakin mengecil, **A**: masalah teratasi sebagian, **P**: intervensi dilanjutkan.

Hari ke tiga (17 juli 2019). Evaluasi untuk diagnosa 1: **ketidakefektifan pola napas berhubungan hiperventilasi** yang dilakukan pada jam 12.30 adalah **S**: pasien mengatakan bahwa sesak nafasnya berkurang, **O**:Terpasang O2 nasal kanul 2 liter/menit, TD : 110/60 mmHg, RR : 24 x/ menit, S : 36,8 ° C, N : 80 x/ menit, terdapat bunyi wheezing di lobus kiri paru **A**: Masalah teratasi sebagian, **P**: Intervensi dilanjutkan. Evaluasi untuk diagnosa 2: **kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan** yang dilakukan pada Jam 13.00 adalah **S**:bengkak sudah berkurang, **O**:saat dikaji pasien tampak rileks, bengkak sudah menurun , **A**: masalah teratasi sebagian, **P**: intervensi hari ketiga dilanjutkan.

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan saat memberikan asuhan keperawatan pada Tn. W.B di Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Pembahasan ini akan dibahas sesuai dengan proses keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian

Tahap pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang merupakan dasar dari kegiatan selanjutnya, yang di laksanakan dengan menggunakan pendekatan sistematis dalam mengumpulkan data dan menganalisisnya sehingga dapat diketahui kebutuhan klien sesuai dengan masalah yang ada (Nursalam, 2016).

Berdasarkan tinjauan teoritis, pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien dengan efusi perikardial meliputi: keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga dan pemeriksaan fisik. Secara teori, keluhan utama yang dirasakan oleh pasien dengan efusi perikardial adalah nyeri dada, sesak napas, mengi, batuk kering, dan udem seluruh

tubuh. Keluhan sesak napas ini dicetuskan karena adanya tumor dalam paru bagian kiri. Selanjutnya pengkajian yang dapat dilakukan lainnya yaitu riwayat kesehatan dahulu yaitu pernah menderita penyakit yang sama dan dibawa ke rumah sakit. Pengkajian pada riwayat kesehatan keluarga, tidak ada anggota keluarga yang menderita seperti klien. Pada pemeriksaan fisik yaitu pada inspeksi dada dilakukan untuk mengetahui deformitas atau ketidakseimbangan, retraksi intercostal, gangguan atau penyimpangan gerakan pernapasan, frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya bernapas, retraksi inspirasi pada area supraklavikular dan kontraksi inspirasi sternomastoideus. Pada palpasi dada dikaji adanya nyeri tekan, pengkajian terhadap abnormalitas yang dapat dilihat, ekspansi pernapasan dan fremitus taktil. Pada auskultasi ditemukan adanya bunyi napas abnormal seperti Crackles/rales, mengi atau ronchi dan wheezing.

Hasil pengkajian pada kasus efusi perikardial yang dialami oleh Ny. S.M.B ditemukan bahwa sebagian besar keluhan utama sama dengan yang ada dalam tinjauan teori yaitu: batuk, sesak nafas dan nyeri dada. Namun pada pasien Tn. W.B tidak ditemukan adanya sputum mengandung darah (hemoptisis). Pada pengkajian riwayat keluarga, tidak ditemukan anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama seperti pasien. Secara teori, kecenderungan seseorang mengalami kanker karena ada anggota keluarga yang mengalami penyakit kanker (Surbakti, 2013). Namun pada kasus tidak ditemukan dan faktor resiko utama yang berperan penting dalam kejadian kanker yang dialami Ny.S.M.B adalah dari kebiasaan merokok dalam jangka waktu lama. Pada pemeriksaan fisik ditemukan bahwa ada suara nafas abnormal (wheezing, ronchi) dan hasil tractil fremitus terjadi penurunan getaran pada area paru. Pada kasus yang dialami oleh Ny. S.M.B adanya bunyi wheezing pada lobus kiri paru dan hasil tractil fremitus menunjukkan bahwa terjadinya penurunan getaran pada area yang terdapat kanker. Kondisi ini sesuai dengan yang ada dalam tinjauan teori

3.2.2 Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual / potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat

dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2012). Pada tinjauan teoritis ditemukan 5 diagnosa Keperawatan pada klien dengan kanker paru diantaranya: 1). Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan CO₂; 2). Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sputum; 3). Pola nafas tidak efektif b/d penurunan ekspansi paru, penurunan energi, fatigue, nyeri, obstruksi trakeobronkial dan ansietas; 4).Nyeri (Akut) berhubungan dengan Invasi kanker ke pleura; 5).Ketakutan / ansietas berhubungan dengan faktor psikologis. Pada kasus efusi pericardium yang dialami oleh Ny.S.M.B, berdasarkan analisa data ditegakkan 2 (tiga) diagnosa keperawatan yaitu: 1). ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi. Diagnosa ini tegakkan karena pasien tampak sesak dengan frekuensi pernapasan 29 kali/menit, saat dilakukan tactil fremitus, terdapat getaran yang lebih rendah di paru sebelah kiri.

Diagnosis keperawatan yang tidak ditemukan penulis adalah kerusakan pertukaran gas, bersihan jalan napas tidak efektif dan ketakutan/ansietas.Terkait masalah keperawatan kerusakan pertukaran gas tidak dapat ditegakkan karena data-data yang menunjang seperti adanya nafas cuping hidung, sianosis dan hasil analisa gas darah yang menunjukkan abnormalitas ventilasi dan perfusi tidak ditemukan.Selanjutnya untuk masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif juga tidak ditegakkan, karena tidak ada data yang menunjang seperti adanya ronchi dan pasien sulit mengeluarkan lendir.Masalah keperawatan ketakutan/ansietas juga tidak ditegakkan karena tidak ditemukan data yang menunjang seperti tidak adanya keluhan cemas atau takut dari pasien. Saat dilakukan pengkajian, pasien mengungkapkan bahwa ia dapat menerima kondisi dirinya. Kondisi ini menggambarkan bahwa tidak adanya perasaan takut atau cemas yang dialami oleh pasien.Penulis berasumsi bahwa adanya dukungan moril yang besar dari keluarga atau orang-orang terdekat pasien yang dibuktikan dengan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien, sehingga pasien mampu untuk menjalani perawatan tanpa rasa takut atau cemas.

3.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perencanaan asuhan keperawatan untuk pasien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan pasien tersebut dapat terpenuhi (Wilkinson, 2012). Intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan pertama yaitu ketidakfektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi adalah: 1). Monitor tanda-tanda vital; 2). Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi; 3). Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara nafas tambahan; 4). Identifikasi kebutuhan aktual atau potensial pasien untuk memasukkan alat bantu untuk membuka jalan napas; 5). Monitor respirasi dan status O₂; 6). Pertahankan jalan nafas yang paten; 7). Atur peralatan oxygenase; 8). Monitor aliran oksigen; 9). Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi; 10). Monitor adanya kecemasan pasien terhadap terapi oksigen. Semua intervensi keperawatan ini dilakukan sesuai dengan teori yang termuat dalam NANDA (2011) untuk dapat mengatasi masalah yang dialami oleh pasien.

Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan pola nafas seperti monitor tanda-tanda vital bertujuan untuk mengevaluasi keadekuatan system kardiopulmonal. Jika terjadi gangguan pada fungsi pernafasan, maka akan didapatkan perubahan pada pola pernafasan yang ditandai dengan adanya dyspnea, tachypnea (nafas cepat) dengan frekuensi pernafasan lebih dari 20x/menit. Pasien dengan kanker paru mempunyai manifestasi klinis adanya sesak nafas sehingga penting sekali dilakukan monitoring terhadap frekuensi pernafasan. Selanjutnya intervensi keperawatan berupa auskultasi suara nafas. Hal ini penting dilakukan karena pasien dengan kanker paru ditemukan adanya suara nafas abnormal seperti adanya wheezing, sehingga perawat perlu menetapkan intervensi tersebut. Intervensi lainnya seperti monitor aliran oksigen penting dilakukan untuk mencegah kekurangan oksigen dan monitor tanda hipoventilasi yang ditandai dengan adanya kebiruan pada kulit (sianosis) yang mengindikasikan penurunan perfusi ke jaringan.

Intervensi keperawatan untuk diagnosa kedua Intervensi keperawatan yang ditentukan bagi pasien untuk mengatasi masalah kelebihan volume cairan adalah, Monitor elektrolit dan manajemen hipervolemia.1). Tentukan jumlah dan jenis intake atau asupan cairan serta kebiasaan eliminasi, 2).tentukan factor-faktor risiko yang mungkin menyebabkan ketidak seimbangan cairan (mis, kehilangan albumin, terapi deuretik, gagal jantung, disfungsi hati, infeksi paru, dan poliuri, 3). Pemeriksaan turgor kulit dengan menggunakan jaringan sekitar tulang seperti tulang ekstremitas atas dan tulang kering, mencubit dengan lembut, 4). Monitor asupan dan pengeluaran, 5). Monitor nilai kadar serum dan elektrolit, 6). cek kembali asupan pengeluaran mis (asupan oral, asupan IV, antibiotic cairan, 7). Monitor membrane mukosa, turgor kulit, dan respon haus, 8). Monitor tanda-tanda gejala asites, 9). Kontrol ke dokter jika pengeluaran urin kurang dari 0,5 mg/kg/jam atau asupan cairan dewasa kurang dari 2000 dalam 24 jam

3.2.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan yang telah disusun dalam intervensi keperawatan (Notoatmojo, 2014). Pada pembahasan implementasi ini akan dibahas tindakan yang tidak dapat dilaksanakan sesuai intervensi untuk setiap diagnosa keperawatan yang ditegakkan.

Implementasi pada masalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, dengan tindakan yang sudah dilakukan adalah mengukur tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 80 kali/menit, S: 37 ° c, RR: 24 kali/menit, mengatur posisi yang nyaman dengan posisi semi fowler, auskultasi suara nafas, monitor respirasi dan status O₂, mempertahankan jalan nafas yang paten dengan mengatur aliran oksigen dan mengevaluasi tanda-tanda hipoventilasi. Semua tindakan yang termuat dalam intervensi dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan pola nafas pada pasien. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan . Tujuan: Pasien akan mempertahankan volume cairan yang normal selama dalam perawatan. Kriteria Hasil: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam pasien akan menunjukkan, keseimbangan cairan yang normal, tekanan darah

yang normal, denyut nadi radial, tekanan artei rata-rata, keseimbangan intake input dan out put dalam 24 jam , turgor kulit, kelembaban membrane mukosa, yang normal, serta uiudem perifer menurun.

3.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah asuhan yang dicatat dalam catatan kemajuan dan atau rencana perawatan (Notoadmojo, 2014). Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menentukan seberapa baik rencana keperawatan bekerja dengan meninjau respon pasien.

Berdasarkan teori yang dijelaskan oleh Nursalam (2001, evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah direncanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan. NANDA (2011) menjelaskan bahwa evaluasi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah ketidakefektifan pola napas nafas diantaranya: menunjukkan hilangnya dyspnea, mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih, mengeluarkan mucus tanpa kesulitan dan menunjukkan perilaku untuk memperbaiki / mempertahankan bersihan jalan nafas. Pada kasus, evaluasi keperawatan untuk diagnosa keperawatanketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, hasil evaluasi tahap akhir belum sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan dimana klien masih mengatakan sesak napas, RR: 24x/ menit, terpasang oksigen nasal kanul 2 lpm. Masalah ketidakefektifan pola nafa yang belum teratasi ini, intervensinya dilanjutkan oleh perawat ruangan.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan penulis selama menyusun studi kasus ini yaitu: keterbatasan waktu dalam perawatan pasien (3 hari perawatan) sehingga belum mengatasi secara optimal semua permasalahan keperawatan yang dialami oleh pasien.

BAB 4

PENUTUP

4.1 KESIMPULAN

1. Pengkajian pada pasien dengan Efusi Perikardium ditemukan tanda atau gejala seperti sesak napas, batuk dan nyeri dada bagian kiri. batuk kering dan udem di seluruh tubuh.
2. Bahwa diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien dengan Efusi Perikardium yaitu: (1) :Ketidakefektifan pola nafas berhubungan Hiperventilasi, (2) Kelebihan cairan berhubungan dengan efusi pericardium
3. Intervensi yang diberikan betul-betul efektif semua rencana dapat di implementasikan dengan tujuan untuk menentukan, mengukur dan mengobserfasikan sejauh mana tindakan keperwatan itu dapat bermanfaat dan demi kepentinga proses penyembuhan pasien.
4. Implementasi yang di lakukan antara lain adalah dengan melakukan tindakan melatih napas dalam dan melakukan bleder trening.
5. Hasil evaluasi terakhir pada Ny.S.B.M adalah untuk diagnosa pertama,Pasien mengatakan napas sudah mulai normal , Pasien tampak sedikit rileks masalah teratasi sebagian .serta hasil dari diagnose kedua yaitu udem semakin berkurang dan pasien tampak rileks.

4.2 SARAN

Pada pasien dengan efusi pericardiumEfusi perikardium adalah penumpukan cairan abnormal dalam ruang perikardium. Ini dapat disebabkan oleh berbagai kelainan sistemik, lokal atau idiopatik.Cairan tersebut dapat berupa transudat, eksudat, pioperikardium, atau hemoperikardium.Efusi perikardium bisa akut atau kronis, dan lamanya perkembangan memiliki pengaruh besar terhadap gejala-gejala pasien.terkait dengan hal tersebut maka perawat perlu sehari-hari dan berhati-hati dalam pemberian perawatan sebab kemungkinan muncul serangan ulang sangat besar terutama dalam aktifitas pasien yang berlebihan

sebagai salah satu pencetus. Oleh sebab itu penulis menyarankan kepada :

1. Institusi Rumah Sakit

Agar dapat menjadi sebuah panduan dalam melakukan tindakan keperawatan terkhususnya bagi perawat ruangan bedah dan internal dalam menangani masalah yang sama seperti yang di alami oleh pasien yaitu efusi pericardium .

2. Untuk Institusi Pendidikan

Agar pada waktu yang akan datang perlu untuk dilakukan penyegaran kepada mahasiswa. Dan agar perpustakaan pada sore hari tetap dipertahankan untuk menambah literatur bagi mahasiswa pada sore hari.

3. Untuk Mahasiswa Agar laporan studi kasus ini dapat dijadikan suatu masukan didalam menjalankan asuhan keperawatan pasien dengan Cardiac sirosis dan mampu menerapkan secara komprehensif dalam menangani pasien yang cukup kompleks

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. 2018. *Riset Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI 2018
- Nanda International. 2017. *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Moorhead, dkk. 2017. *Nursing Outcome Classification*. Jakarta : Elsevier.
- Herdman & Kamitsuru. (2015). *Nanda Internation Inc. Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Ahli bahasa Budi Anna Keliat. Jakarta
- Lumbantobing, S.M., 2013. *Sroke Bencana Peredaran Darah*. Jakarta : Badan Penerbit FKUI
- Kementrian Kesehatan RI. 2013 . *Riset Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI
- Bulechek, dkk .2013. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Jakarta : EGC
- Smeltzer C. Suzanne, Brunner & Suddarth. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Taylor, Cynthia M. (2013). *Diagnosa Keperawatan dan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Wijaya & Putri. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Nugroho. 2011. *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam dan Bedah*. Nuha medika : yogyakarta.
- Mardjono. 2003. *Neurologis Klinis Dasar*. Dian rakyat: Jakarta
- Corwin, Elizabeth .2000. *Patofisiologis*. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta: EGC
- Manjoer .2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Media aesculapius: Jakarta

LAMPIRAN

DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK DEPKES KEMENKES KUPANG

JLN. ELTARI II Liliba Kupang Telp. (0380)881045

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama mahasiswa : Yuliana Muti
NIM : PO5303201181250
Tempat praktek : Ruang Cempaka
Tanggal dan jam : 14-07-2019 11.00 wita

IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny S. B. M
Umur : 33 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Suku bangsa : Indonesia
Agama : Katolik
Pekerjaan : IRT (Ibu Rumah Tangga)
Pendidikan : SMA
Alamat : Jln. Tuapukan
Penanggung : Umum
Nomor registrasi : 0513991
Diagnosa medik : Efusi Perikardium
Tanggal MRS : 3 Juli 2019 (jam: 07:51)

Penanggung jawab

Nama : Tn. A.R.

Umur : Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

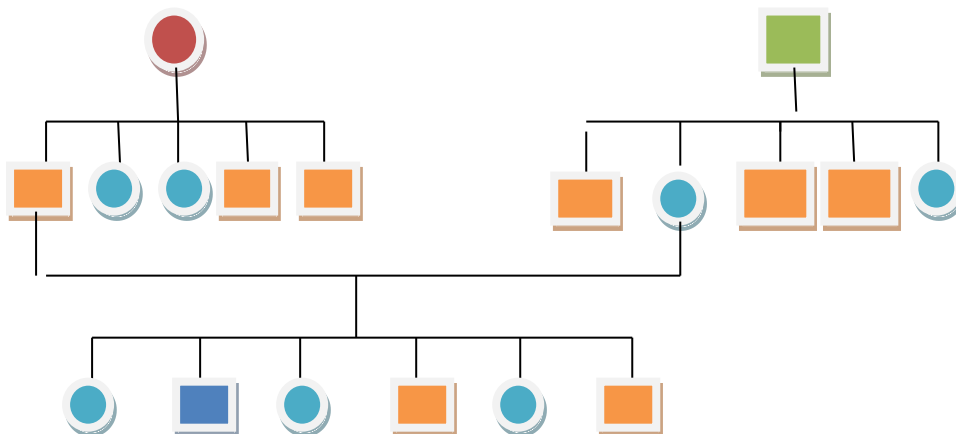
Alamat : Jln Tuapukan

Hubungan dengan Pasien : Istri

RIWAYAT KEPERAWATAN (NURSING HISTORY)

1. Riwayat sebelum sakit :
Pasien mengatakan sebelum sakit pernah mengalami sakit uluhati tertikam sampai di belakang, dan mengalami batuk kering kurang lebih dua bulan
2. Riwayat penyakit sekarang :
pasien mengatakan sakit sebelah kiri abdomen
3. Riwayat kesehatan keluarga :
pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita sakit seperti dia.

GENOGRAM



Keterangan :



: Kakek



: Nenek



: Anak perempuan



: Pasien



: Anak laki-laki

4. Riwayat kesehatan lingkungan :

Pasien mengatakan tempat tinggalnya bersih dan jauh dari keramaian

5. Riwayat kesehatan lainnya

Tidak ada : tidak ada riwayat kesehatan

OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

6. Keadaan umum : composmentis (GCS), (E : 4, V : 5, M : 6)

7. Tanda tanda vital , TB dan BB :

TTV : TD : 90/60 mmHg

Nadi : 90 x/menit

RR : 25 x /menit

S : 110/90 mmhg

SpO₂ : 99 %

LAINNYA :

TB : 155 cm

BB : 39 kg

8. Body sistem :

1.8.1 Pernapasan (B1: BREATHING)

Hidung : Napas cuping hidung, ada retraksi dinding dada

Trachea : Normal (Lurus)

Suara tambahan : tidak ada suara tambahan

Bentuk dada : Simetris

1.8.2 Kardiovaskuler (B2 : BLEEDING)

Suara jantung : Abnormal, Bunyi S1 dan S2 abnormal

Edema : Tidak ada

1.8.3 persyarafan : composmentis

Glasgow coma scale (GCS) :

G : 4 V : 5 M : 6 nilai total : 15

Mata :

Sklera : Normal

Konjungtiva : Anemis

Pupil : Isokor

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Refleksi : Patela Positif

Persepsi sensoro :

Pendengaran : Normal

Penciuman : Normal

Pengecapan : Normal

Perabaan : Normal

1.8.4 perkemihan – eliminasi Uri (B4 : BLADER)

Produksi urin : ± 1.800 cc

Frekuensi : ± 12 kali

Warna : Kuning Pekat

Bau : Khas

1.8.5 pencernaan – eliminasi Alvi (B5: BOWEL)

Mulut dan tenggorokan: Normal

Abdomen : Asites

Rektum : Normal

BAB : Selama perawatan ada BAB

Konsistensi : Lunak

Lainnya : -

1.8.6 tulan – otot – integumen (B6 : BONE)

Kemampuan pergerakan sendi : Normal

Parese : Tidak ada

Paralise : Tidak ada

Ekstremitas:

Atas : Normal

Bawah :

Tulang belakang:

Kulit : Normal

Warna kulit : Normal

Akral : Dingin

Turgor : Baik

1.8.7 sistem endokrin

Terapi hormon: Tidak ada

Riwayat pertumbuhan dan perkembangan fisik :

1.8.8 sistem reproduksi

Perempuan : Tidak ada keluhan

Laki – laki :

POLA AKTIFITAS SEHARI – HARI (actyvity daily living/ADL)

No	Aktifitas	Di rumah		Di rumah sakit
		Sehat	Sakit	
1.	Pola makan	0	1	3
2.	Pola minum	0	1	1
3.	Pola eliminasi	0	3	3
4.	Pola istirahat / tidur	0	0	0
5.	Pola personal hygienis	0	3	3
6.	Pola aktifitas	0	3	3
	ketergantungan	0	11	13

Skala pengukuran :

0 : Mampu merawat diri secara penuh

1 : Mmerlukan penggunaan alat

2 : Memerlukan Bantuan atau pengawasan orang lain

3 : Memerlukan Bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan

4 : Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

PSIKOSOSIAL

Sosial interaksi :

Hubungan dengan klien :

Dukungan keluarga : Baik

Dukungan kelompok : Baik

Reaksi saat interaksi : Aktif

Spiritual : Sering beribadah sesuai dengan keyakinannya

Sumber kekuatan /harapan saat ini : Harap kepada Tuhan dan pihak RS untuk penyembuhannya

PEMERIKSAAN PENUNJANG LABORATORIUM :

DARAH			URINE		
	Hasil saat ini	Normal		Hasil saat ini	Normal
Hb	10,4	13,0-18,0 g/dL			
Jml Eritrosit	3,86	4,50-6,20 g/uL			
Hematokrit	31,9	40,0-54,0 %			
MCV	82,6	81,0-96,0 fL			
MCH	26,9	27,0-36,0 pg			
MCHC	32,6	31,0-37,0 g/L			
RDW-CV	14,8	11,0-16,0 %			
RDW-SD	44,6	-			
Jlh Lekosit	9,77	4,0-10,0 10 ³ /ul			

Jlh Trombosit	175	150-400	10 ³ ul			
PDW	12,0	9,0-17,0	fL			
MPV	11,0	9,0-13,0	fL			
P-LCR	32,0	-				
PCT	0,19	0,17- 0,35	%			
Albumin	2,9	3,5-5,2	mg/L			
Glukosa sewaktu	124	70-150	mg/L			
BUN	23,0	>48	mg/L			
Kreatinin darah	1,16	0,7-1,3	mg/L			
Kalium darah	3,7	3,5-4,5	mmol/M			
Reatinin Darah	102	96-111	mmol/M			

Pemeriksaan Urinalisa

Urin Lengkap Konvensional, makroskopis

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Warna	Kuning		Kuning
Kejernihan	Jernih		Jernih
Berat jenis	1.020		4,5-8.0
pH	6,0		Negatif
Leukosit Esterase	2+	Leu/uL	Negatif
Nitrit	Negatif		Negatif
Proyein	Negatif	Mg/dl	Negatif
Glukosa	Negatif	Mg/dl	Negatif
Keton	Negatif	Mg/dl	Negatif
Bilirubin	Negatif	Mg/dl	Negatif
Darah (blod)	3+	Mg/dl	Negatif
Sendimen			
Eritrosit	16-20	/lph	Negatif
Leukosit	10-20	/lph	0-5
Silinder	Negatif	/lph	Negatif

Sel epitel	Penuh	/lph	0-2
Bakteri	Negatif		Negatif

THERAPI

No	Nama obat, Dosis, Cara pemberian	Indikasi	Kontraindikasi
1	Furosemid 5 mg/jam		
2	Digoksin 2x0,25 mg		
3	Spiromilakton 1x 25 mg		
4	Ibuproven 3x 600 mg		
5	Kulkisin 1x 0,5 mg		
6	Infuse NaCl 150 cc/ jam		

Tanda tangan Mahasiswa

Yuliana Muti

NIM : PO5303201181250

A. Analisa Data

No.	Data Pendukung	Penyebab	Masalah
1.	DS: pasien mengat Kan nyeri uluhati DO: pasien tampak kesakitan, skala nyeri 3 Hasil pemeriksaan TD: 150/ 90 MmHg, N, 72x /menti, RR 23 x/ menit	Iskemik miokard	Nyeri akut
2	DS :pasien tampak lemas,sesak napas, batuk DO : Lendir (+) Sesak napas (+) Hasil pemeriksaan TD 150/90 MmHg, N 72x / menit< RR 23 x/ menit, EKG	Kurangnya suplai oksigen	Intoleransi aktivitas
3	DS : pasien mengatakan tidak BAB sejak 2 hari DO : hasil pmeriksaan Perut kembung, TD, 150/ 90 MmHg, N 72 x/ menit, RR 23x/ menit, bising usus 6x/ menit	Tirah baring yang lama	Risiko konstipasi

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan iskemik miokard
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kurangnya suplai oksigen
3. Risiko konstipasi berhubungan dengan tirah baring yang lama

D. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan iskemik miokard	Goal: pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan Objektif: dalam jangka waktu 1x24 jam skala nyeri berkurang dari 3	1. Lakukan pengkajiann nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi 2. Ajarkan pasien dan keluarga tentang

		menjadi 1, pasien tidak tampak kesakitan, pasien tampak rileks	<p>teknik non farmakologi seperti, relaksasi nafas dalam dan distraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tingkatkan istirahat pasien 4. Memonitoring tanda-tanda vital
2.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kurangnya suplai oksigen	<p>Goal: pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan</p> <p>Objektif : dalam jangka waktu 2 x 24 jam pasien mampu melakukan aktivitas sehari- hari secara mandiri</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 2. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan 3. Bantu pasien melakukan aktivitas seperti personal hygiene, toileting dan makan minum
3	Risiko konstipasi berhubungan dengan tirah baring yang lama	<p>Goal : pasien dapat meningkatkan defekasi secara teratur selama dalam perawatan</p> <p>DO : dalam jangka waktu 1x24 jam defekasi dapat dilakukan secara teratur</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan pergerakan bising usus 2. Anjurkan pasien mengonsumsi banyak air putih 3. Anjurkan pasien makan makanan yang tinggi serat

B. Implementasi

No	Hari/tgl	Dx	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi
1.	Selasa, 10/juli 2018	1	08.24 10.26 12.30	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi Menggajarkan kepada pasien tentang teknik non farmakologi, (napas dalam). Memonitoring tanda- tanda vital pasien 	13:00	<p>S: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</p> <p>O: Pasien tampak rileks skala nyeri berkurang dari 3-1</p> <p>A:Masalah teratasi</p> <p>P:intervensi dihentikan</p>
	Selasa, 10/juli 2018	2	10.50 1152 12.55	<ol style="list-style-type: none"> Mengobservasi pembatasan klien dalam melakukan aktivitas Mengkaji adanya fakkor yang menyebabkan kelelahan Membantu pasien makan minum toileting dan personal hygiene 	13.40	<p>S: pasien mengatakan masih lemas</p> <p>O:Pasien tampak lemas ADL (toileting) dibantu</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p>
3	Selasa,10/j uli 2018	3	10.30 11.33 12.37	<ol style="list-style-type: none"> mendengarkan pergerakan bising usus pasien (6x/mnt) menganjurkan pasien banyak minum air putih menganjurkan pasien makan makanan yang tinggi serat 	14.00	<p>S : pasien mengatakan belum BAB</p> <p>O : bising usus 6x/menit</p> <p>A : masalah belum teratasi</p>

						P : intervensi di lanjutkan
--	--	--	--	--	--	--------------------------------



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIPLOMA III
KEPERAWATAN KUPANG

Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : YULIANA MUTI
NIM : PO5303201181250
NAMA PEMBIMBING : Ns.Era Dorihi Kale, M.Kep., Sp.Kep.MB

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/PENGUJI
1	Jumat, 12 Juli 2019	Konsultasi bimbingan sebelum ujian Program	
2	Rabu, 17 Juli 2019	Konsultasi Judul karya tulis ilmiah, Bab 1 sampai Bab 4.	
3	Kamis, 18 Juli 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4.	
4	Jumat, 19 Juli 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4, konsul PPT.	
5	Senin, 22 Juli 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4, konsul PPT	
6	Selasa, 23 Juli 2019	Revisi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan 4	
7	Rabu, 24 Juli 2019	Revisi Bab 1, Bab 2, Bab 3, Bab 4	
8	Kamis, 25 Juli 2019	ACC KTI	

