

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN KOMPERHENSIF PADA TN. W.B YANG
MENDERITA EFUSI PLEURA DI RUANGAN KOMODO 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



OMEGA DIANA SIMANJUNTAK
NIM : PO.530320116370

**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:

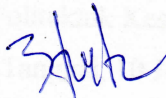
Nama : Omega Diana Simanjuntak
NIM : PO.530320116370
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Poltekkes Kementerian Kesehatan Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

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

Kupang, 10 Juni 2019

Pembuat Pernyataan

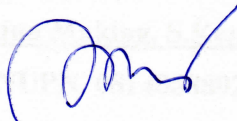


Omega Diana Simanjuntak

NIM . PO.530320116370

Mengetahui

Pembimbing



Maria Agustina Making, S.Kep, Ns, M. Kep

NUPN.0814088802

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Omega Diana Simanjuntak NIM PO.530320116370 dengan judul "Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. W.B Yang Menderita Efusi Pleura Di Ruangan Komodo RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang" Pada Tanggal 10 Juni 2019 telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Disusun oleh :

OMEGA DIANA SIMANJUNTAK

NIM. PO. 530320116370

Telah Di Setujui Untuk Di Seminarkan Didepan Dewan Penguji Prodi D-III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemankes Kupang
Pada Tanggal, 10 Juni 2019

**Mengetahui,
Pembimbing**



Maria Agustina Making, S.Kep, Ns, M. Kep

NUPN. 0814088802

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Omega Diana Simanjuntak NIM PO. 530320116370 Dengan Judul "Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. W.B Yang Menderita Efusi Pleura Di RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 10 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I

Ns. Emilia E. Akoit S. Kep, M.Kep

NIP. 198106302005012001

Penguji II

Maria A. Making, S.Kep, Ns, M. Kep

NUPN. 0814088802

Mengesahkan,

Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes

NIP. 196911281993031005

Mengetahui,

Ketua Program Studi

Margaretha Telli, S.Kep., Ns., Msc-PH

NIP. 1977072720000322002

BIODATA PENULIS

Nama : Omega Diana Simanjuntak
Tempat Tanggal Lahir : Sianjur , 25 Agustus 1977
Jenis Kelamin : Perempuan
Asal : Sumatra Utara
Alamat : Jln. Timor Raya
Riwayat Pendidikan

1. Tamat SD Negeri Sianjur Tamat 1985
2. Tamat SMPN 3 Dili Tamat 1988
3. Tamat SPK Dili Tamat 1991
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah Di Jurusan Keperawatan Politeknik Kementrian Kesehatan Kupang.

MOTTO :

“Mulailah dari tempatmu berada, Gunakan yang kau punya, Lakukan yang kau bisa “

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. W.B Yang Menderita Efusi Pleura Di Ruang Komodo RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang**”.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, melalui kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Mariana Agustina Making, S. Kep, Ns, M.Kep. Selaku pembimbing dan penguji II yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi, serta melengkapi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Emilia Erningwati Akoit, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini
3. Bapak Dr. Floretianus Tat, SKp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
4. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
5. Ibu Margaretha Teli, S. Kep, Ns, MPH selaku ketua prodi D-III keperawatan.
6. Seluruh Dosen Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang atas bimbingan selama perkuliahan dan semua karyawan/i yang telah banyak membantu selama kuliah.

7. Ibu Falentina S. Aminah, S.Kep, Ns selaku kepala Ruangan Komodo, Pembimbing klinik dan penguji III yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di Ruangan Komodo.
8. Untuk suami Cristovel Wili dan anak-anak yang selalu mendukung dan mempercayakan saya untuk bisa menggapai cita-cita saya di Poltekes kemenkes Kupang.
9. Untuk semua keluarga di Kupang yang sudah mendukung saya dan mendoakan saya. Terkhusus untuk kakak Anjur Simanjuntak yang selalu ada untuk saya dan selalu mendukung saya dengan caranya sendiri.
10. Untuk sahabat saya Tercinta, Marice Baun Sele dan juga semua teman-teman kelas Karyawan yang sudah membantu saya selama proses Pekuliahan dan penyelesaian Sutdy Kasus Ini di Poltekes kemenkes kupang.
11. Kepada teman-teman angkatan 25 tingkat III A dan III B, terutama Kelas Karyawan yang selama ini selalu berjuang bersama dan sudah banyak membantu penulis selama 3 tahun bersama di keperawatan Poltekkes Kupang.
12. Untuk teman kelompok UAP yaitu Ni Komang, Krisdayanti, Fendi, Sriyati Olla dan Krismon Raga yang telah berjuang bersama penulis dalam pembuatan studi kasus.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan Laporan studi kasus ini.

Kupang, 10 Juni 2019

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Tn. W.B yang menderita Efusi Pleura di Ruangan Komodo RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang.

Omega Diana Simanjuntak

Efusi pleura merupakan suatu penyakit paru obstruktif kronis yang sering terjadi di dunia. Efusi pleura terjadi karena adanya peningkatan tekanan dalam pembuluh darah atau rendahnya kadar protein dalam darah, bisa juga terjadi karena adanya tumor paru-paru dan penyumbatan pembuluh darah atau kelenjar getah bening. Tujuan penulisan adalah penerapan asuhan keperawatan asuhan pada pasien yang menderita efusi pleura, dengan melakukan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Sampel dalam studi kasus ini adalah satu pasien (Tn. W.B) dengan efusi pleura, yang di rawat di ruang Komodo RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang. Hasil studi kasus menunjukkan bahwa data pengkajian yang di dapat pada pasien adalah klien masuk rumah sakit dengan keluhan nafas sesak yang bertambah saat merubah posisi, nyeri dada kiri dan batuk, pasien terpasang WSD pada dada sebelah kiri. Saat ini masalah keperawatan pada pasien yang di rawat adalah ketidakefektifan pola nafas, nyeri akut dan risiko infeksi. Rencana keperawatan pemberian oksigen, pantau tanda-tanda vital, kaji nyeri secara komperhensif, ajarkan teknik relaksasi, kolaborasi pemberian analgetik, perawatan luka WSD. Tindakan yang di laksanakan melakukan pemeriksaan TTV, pemberian oksigen dengan nasal canul, mengatur posisi pasien semi fowler, mengajarkan pasien teknik relaksasi dan merawat luka WSD. Simpulan : studi kasus yang di lakukan berjalan dengan baik, perawat menerapkan proses asuhan keperawatan dengan baik dan memberikan edukasi kesehatan pada pasien tentang efusi pleura dan cara perawatan pasien dengan efusi pleura.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Efusi Pleura

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Keaslian Tulisan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang	1
1.2.Tujuan	3
1.2.1. Tujuan Umum	3
1.2.2. Tujuan Khusus	3
1.3. Manfaat Penelitian	4
1.3.1. Manfaat Teoritis	4
1.3.2. Manfaat Praktis	4

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Teori Efusi Pleura	5
2.1.1. Pengertian Efusi Pleura	5
2.1.2. Anatomi dan Fisiologi Efusi Pleura	5
2.1.3. Etiologi	6
2.1.4. Patofisiologi	7
2.1.5. Manifestasi Klinik	9
2.1.6. Pemeriksaan Diagnostik	9
2.1.7. Penatalaksanaan Medis	10
2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pasien Efusi Pleura	10
2.2.1. Pengkajian Keperawatan	10
2.2.2. Diagnosa Keperawatan	12
2.2.3. Intervensi Keperawatan	12
2.2.4. Implementasi	14
2.2.5. Evaluasi	14

BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus	16
3.1.1. Pengkajian	16
3.1.2. Diagnosa Keperawatan	20
3.1.3. Intervensi Keperawatan	21
3.1.4. Implementasi	23
3.1.5. Evaluasi	24
3.2. Pembahasan	25
3.2.1. Pengkajian	25
3.2.2. Diagnosa Keperawatan	27
3.2.3 Intervensi Keperawatan	27

3.2.4. Implementasi Keperawatan	28
3.2.5. Evaluasi	28
3.3. Keterbatasan Studi Kasus	29
BAB 4 PENUTUP	
4.1. Kesimpulan	30
4.2. Saran	30
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Efusi pleura merupakan suatu keadaan dimana terjadi akumulasi cairan pleura yang abnormal dalam rongga pleura akibat transudasi atau eksudasi yang berlebihan (Medical Science, Nusantara Medical Science Jurnal, 2018). Menurut WHO (2018), efusi pleura merupakan suatu gejala penyakit yang dapat mengancam jiwa penderitanya. Secara geografis penyakit ini terdapat di seluruh dunia, bahkan menjadi problema utama di negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia. WHO memperkirakan 20% penduduk kota dunia pernah menghirup udara kotor akibat emisi kendaraan bermotor, sehingga banyak penduduk yang berisiko tinggi terkena penyakit paru dan saluran pernapasan seperti efusi pleura.

Menurut WHO (2018) 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 keatas (30,7%), serta lebih banyak terjadi pada laki-laki (54,7%) dibandingkan perempuan (45,3%). Tingginya insiden efusi pleura disebabkan oleh TB paru dan Tumor paru. Menurut Baughman 2000 dalam Khairani, dkk (2012. 45), efusi menunjukkan tanda dan gejala yaitu sesak nafas, bunyi pekak atau datar saat perkusi di area yang berisi cairan, bunyi nafas minimal atau tak terdengar dan pergeseran trachea menjauhi tempat yang sakit. Umumnya pasien datang dengan gejala sesak nafas, nyeri dada, batuk dan demam. Pada pemeriksaan fisik dapat di temukan abnormalitas dengan bunyi redup pada perkusi, penurunan fremitus pada palpasi, dan penurunan bunyi napas pada auskultasi paru bila cairan efusi sudah melebihi 300 ml. Foto toraks dapat di gunakan untuk mengkonfirmasi terjadinya efusi pleura (Khairani dkk, 2012. 45).

Dampak yang terjadi jika efusi pleura tidak segera di tangani yaitu menyebabkan terjadinya atelektasis pengembangan paru yang tidak sempurna

yang di sebabkan oleh penekanan akibat penumpukan cairan pleura, fibrosis paru dimana keadaan patologis terdapat jaringan ikat paru dalam jumlah yang berlebihan, emfisema dimana terdapat kumpulan nanah dalam rongga antar paru-paru dan kolaps paru (Headher, 2011).

Menurut Riskesdas (2013) terdapat 508.330 jiwa yang menderita penyakit paru obstruktif kronis dan terdapat 2,7 % penderita Efusi pleura. Menurut hasil Studi Berta & Puspita dalam Causes Of Pleural Efusion In Metro 2017 terdapat 537 insidensi pleura pada periode Januari- Desember 2017. Sebanyak 60,9% adalah berjenis kelamin laki-laki dan 39,1 % berjenis kelamin perempuan. Sebanyak 10,4 % berusia kurang dari 35 tahun, 39,3% berusia 35-55 tahun, 34,6 % berusia 56-70 tahun, dan 15,6 % berusia lebih dari 70 tahun.

Tindakan yang dapat dilakukan pada efusi pleura adalah pemasangan WSD untuk mengembalikan kondisi di dalam cavum pleura kembali normal. WSD adalah suatu sistem drainage yang menggunakan *water sealed* untuk mengalirkan udara atau cairan dari cavum pleura (rongga pleura) tujuannya adalah untuk mengalirkan udara atau cairan dari rongga pleura untuk mempertahankan tekanan negatif rongga tersebut, dalam keadaan normal rongga pleura memiliki tekanan negatif dan hanya terisi sedikit cairan pleura/lubricant (Arif, 2008).

Permasalahan efusi pleura pasca pemasangan WSD, antara lain nyeri akut berhubungan dengan tindakan insisi pemasangan WSD, pola napas tidak efektif, gerakan iga disisi yang luka menjadi berkurang, risiko infeksi berhubungan dengan tindakan insisi / invansif akibat pemasangan selang WSD kesakitan ketika bernafas dan mendadak merasakan sesak. Sesak nafas terjadi karena masih adanya timbunan cairan dalam rongga paru yang akan memberikan kompresi patologi pada paru sehingga ekspansinya terganggu, dan berkurangnya kemampuan meregang otot inspirasi akibat terjadi restriksi oleh cairan (Syahrudin dkk., 2009). Permasalahan ini perlu ditangani dan salah satu penanganannya dengan pemberian *chest therapy*.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura mengenai pengaruh *chest therapy* terhadap drajat sesak nafas pada pasien efusi pleura pasca WSD di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.2. Tujuan

1.2.1. Tujuan Umum

Memahami konsep dasar teori dan asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura dan dapat mengaplikasikannya di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Mampu mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada pasien dengan efusi pleura di Ruang Komodo RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang.
2. Mampu menentukan diagnosa keperawatan dengan masalah efusi pleura di Ruang Komodo RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang.
3. Mampu mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura di Ruang Komodo RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang.
4. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah efusi pleura di Ruang Komodo RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang.
5. Mampu melakukan evaluasi tinbdakan keperawatan pada pasien dengan masalah efusi pleura di Ruang Komodo RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang.

1.3. Manfaat Penelitian

1.3.1. Manfaat Teoritis:

Hasil studi ini diharapkan berguna bagi pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah pada pasien efusi pleura.

1.3.2. Manfaat praktis :

a. Bagi institusi pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat di gunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya bagi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Efusi Pleura.

b. Bagi mahasiswa

Menambah wawasan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Efusi Pleura.

c. Bagi ilmu pengetahuan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menambah informasi ilmiah mengenai efusi pleura.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Teori Efusi Pleura

2.1.1. Pengertian efusi pleura

Efusi pleura adalah pengumpulan cairan dalam ruang pleura yang terletak antara permukaan visceral dan parietal, proses penyakit primer jarang terjadi tetapi biasanya merupakan penyakit sekunder terhadap penyakit lain (Huda, 2015). Efusi pleura adalah kondisi dimana udara atau cairan berkumpul di rongga pleura yang dapat menyebabkan paru kolaps sebagian atau seluruhnya (Smelzer & Bare, 2017).

2.1.2 Anatomi dan fisiologi paru-paru

Paru-paru terletak didalam rongga dada. Paru terbagi menjadi dua bagian yaitu paru kanan dan paru kiri. Paru kanan dibagi oleh dua buah visura kedalam tiga lobus yaitu lobus atas, tengah dan bawah. Paru kiri dibagi oleh sebuah visura kedalam dua lobus atas dan bawah.

Paru-paru manusia dibungkus oleh selaput tipis yang bernama *pleura*. *Pleura* terbagi menjadi *pleura viseralis* dan *pleura parietal*. *Pleura viseralis* yaitu selaput tipis yang langsung membungkus paru, sedangkan *pleura parietal* yaitu selaput yang menempel pada rongga dada (Hedu 2016).

Paru-paru dan dinding dada mempunyai struktur yang elastis. Dalam keadaan normal terdapat lapisan cairan tipis antara paru-paru dan dinding dada sehingga paru-paru dengan mudah bergeser pada dinding dada karena memiliki struktur yang elastis. Tekanan yang masuk pada ruangan antara paru-paru dan dinding dada berada di bawah tekanan atmosfer (Guyton, 2007).

Fungsi utama dari paru-paru adalah untuk pertukaran gas antara darah dan atmosfer. Pertukaran gas tersebut bertujuan untuk menyediakan *oksigen* bagi jaringan dan mengeluarkan *karbon dioksida*. Kebutuhan *oksigen* dan *karbon dioksida* terus berubah sesuai dengan tingkat aktivitas dan *metabolisme* seseorang, akan tetapi pernafasan harus tetap dapat berjalan agar pasokan kandungan *oksigen* dan *karbon dioksida* bisa normal (Jayanti, 2013).

Menurut Guyton (2007) untuk melaksanakan fungsi tersebut, pernafasan dapat dibagi menjadi empat mekanisme dasar, yaitu :

1. Ventilasi paru yang berfungsi untuk proses masuk dan keluarnya udara antara *alveoli* dan atmosfer.
2. *Difusi* dari oksigen dan *karbon dioksida* antara *alveoli* dan darah.
3. Transport dari pasokan oksigen dan *karbon dioksida* dalam darah dan cairan tubuh ke dan dari sel.
4. Pengaturan *ventilais* pada sistem pernapasan.

2.1.3. Etiologi

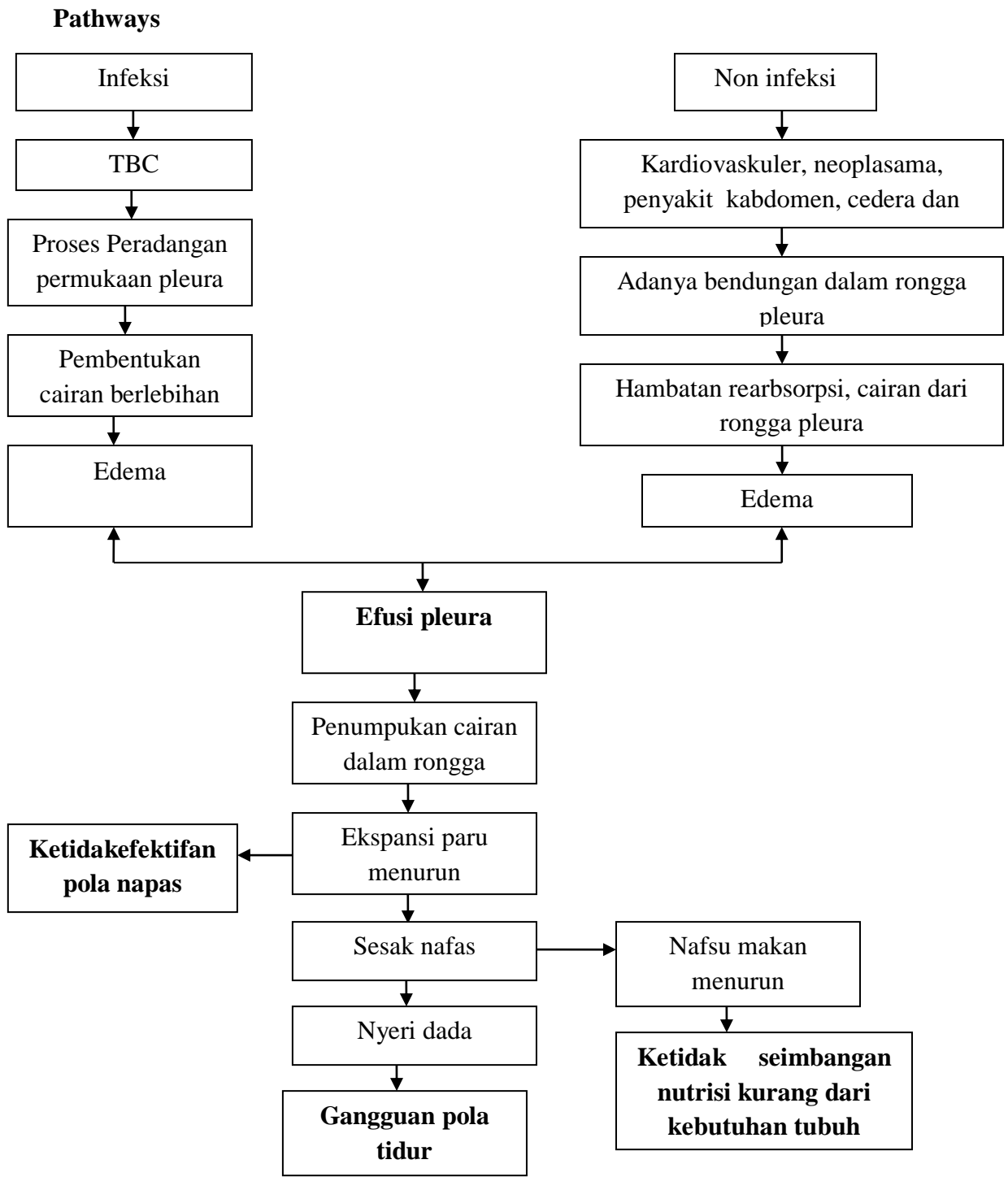
Efusi pleura di sebabkan oleh :

1. Hambatan rearsorpsi cairan dari rongga pleura, karena adanya bendungan seperti pada dekompresi kordis, penyakit ginjal, tumor medastinum, sindroma meig (tumor ovarium) dan sindrima kava superior.
2. Pembentukan cairan yang berlebihan, karena radang (tuberkolosis, pneumonia, virus). Bronkiektasisi, abses amuba yang menembus ke rongga pleura, karena tumor yang menyebabkan masuknya cairan berdarah dan trauma. Di Indonesia 80 % diakibatkan oleh tuberkolosis.

2.1.4. Patofisiologi

Didalam rongga pleura terdapat kurang lebih 5 ML cairan yang cukup untuk membasahi seluruh permukaan pleura viseralis dan parietalis. Cairan ini dihasilkan oleh kapiler pleura parietalis karena adanya tekanan hidrostatik, tekanan koloid dan daya tarik elastis. Sebagian cairan ini diserap kembali oleh kapiler paru dan pleura viseralis, sebagian kecil lainnya (10-20%) mengalir kedalam pembuluh limfe sehingga posisi cairan disini mencapai 1 L sehari.

Terkumpulnya cairan di rongga pleura di sebut efusi pleura, ini terjadi bila keseimbangan antar produksi dan absorpsi terganggu misalnya pada hyperemia akibat inflamasi, perubahan tekanan osmotik, peningkatan tekanan vena (gagal jantung). Berdasarkan kejadiannya efusi di bedakan menjadi transudat dan eksudat pleura. Transudat biasanya terjadi pada gagal jantung karena bendungan vena disertai peningkatan tekanan hidrostatik dan sirosis hepatic karena tekanan osmotik koloid yang menurun. Eksudat dapat di sebabkan oleh keganasan atau infeksi. Cairan keluar langsung dari kapiler sehingga kaya akan protein dan berat jenisnya tinggi. Cairan ini juga mengandung banyak sel darah putih. Sebaliknya transudat kadar proteinnya rendah sekali atau nihil sehingga berat jenisnya rendah (Smeltz & Bare, 2012. Hal. 199).



(Smeltser & Bare, 2012. Hal 119)

2.1.5. Manifestasi Klinik (Berta & Puspita, 2017)

1. Batuk.
2. Dispnea bervariasi.
3. Adanya keluhan nyeri dada.
4. Pada efusi pleura berat adanya penonjolan interkosta.
5. Pergerakan dada berkurang dan terhambat pada bagian yang mengalami efusi pleura.
6. Perkusi meredup diatas efusi pleura.
7. Fremitus fokal dan raba berkurang.

2.1.6. Pemeriksaan Diagnostik (Wuryanto, 2016)

1. Pemeriksaan radiologik (rontgen dada).

Pada foto toraks postero anterior posisi tegak maka akan di jumpai gambaran sudut kostofrenikus yang tumpul baik dilihat dari depan maupun dari samping. Dengan jumlah yang besar, cairan yang mengalir bebas akan menampilkan gambaran meniscus sign dari foto toraks postero anterior (Roberts Jr et al, 2014).
2. Ultrasonografi dada.

USG toraks dapat mengidentifikasi efusi yang terlokalisasi, membedakan cairan dari pelebaran pleura dan dapat membedakan lesi paru antara yang padat dan yang cair (Roberts Jr et al, 2014).
3. Torakosentesis/ pungsi pleura.

Efusi pleura di katakan ganas jika pada pemeriksaan sitologi cairan pleura di temukan sel-sel keganasan (Liu Y H et al, 2010).
4. Biopsi pleura.

Biopsi jarum Abram hanya bermakna jika di lakukan di daerah dengan tingkat kejadian tuberkulosis yang tinggi. Walaupun torakoskopi dan biopsi jarum dengan tuntunan CT scan dapat di lakukan untuk hasil diagnostik yang lebih akurat (Havelock T et al, 2010).

2.1.7. Penatalaksanaan Medis (Wuryanto, 2016)

1. WSD (water seal drainage) jika efusi menimbulkan gejala subyektif seperti nyeri, dispneu dan lain-lain, maka cairan efusi sebanyak 1-1,2 liter perlu di keluarkan sesegara mungkin untuk mencegah terjadinya edema paru, jika jumlah cairan efusi lebih banyak maka pengeluaran cairan berikutnya dilakukan 1 jam kemudian.
2. Irigasi cairan garam fisiologis atau larutan antiseptik.
3. Pleurodesis untuk mencegah terjadinya efusi pleura setelah inspirasi.
4. Antibiotika jika terdapat emfisema.
5. Operatif.

2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pasien Efusi Pleura

2.2.1. Pengkajian Keperawatan

1. Data demografi / identitas
 - a. Biodata pasien : Nama, Umur, Jenis kelamin, Pekerjaan, Agama, Status, Alamat.
 - b. Biodata penanggung jawab : Nama, Umur, Jenis kelamin, Pekerjaan, Agama, Status, Alamat.
 - c. Riwayat kesehatan : keadaan umum, TTV dan keluhan-keluhan pasien.

2. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan faktor utama yang menyebabkan pasien datang ke rumah sakit atau mencari pengobatan/ pertolongan. Biasanya pada pasien dengan efusi pleura didapatkan keluhan berupa sesak nafas, nyeri dada akibat iritasi pleura yang bersifat tajam dan terlokalisir terutama pada saat batuk dan bernafas.

3. Riwayat penyakit sekarang

Pasien dengan efusi pleura biasanya akan diawali dengan tanda-tanda sesak nafas, batuk, nyeri dada, berat badan menurun dan tanda lainnya. Perlu juga untuk di tanyakan sejak kapan keluhan tersebut mulai timbul.

Apa tindakan yang telah di lakukan untuk menurunkan atau mengatasi keluhan-keluhan tersebut.

4. Riwayat kesehatan masa lalu

Tanyakan kepada pasien apakah pasien pernah menderita penyakit seperti TBC, pneumonia, gagal jantung, trauma, asites dan sebagainya. Hal ini diperlukan untuk mengetahui apakah ada faktor predisposisi atau tidak.

5. Riwayat penyakit keluarga

Tanyakan apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit-p[enyakit yng di sinyalir sebagai penyebab efusi pleura seperti Ca paru, asma, TB paru dan lain-lain.

6. Pengkajian pola-pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Adanya tindakan medis dan perawatan di rumah sakit yang mempengaruhi perubahan persepsi tentang kesehatan, yang bisa menimbulkan persepsi yang salah terhadap pemeliharaan kesehatan. Kemungkinan adanya riwayat kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan penggunaan oabt-obatan.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Mengukur tinggi badan dan berat badan untuk mengetahui status nutrisi pasien, perlu juga ditanyakan kebiasaan makan dan minum sebelum dan setelah masuk rumah sakit. Pasien dengan efusi pleura akan mengalami penurunan nafsu makan akibat dari sesak nafas dan nyeri dada.

c. Pola eliminasi

Dalam pola eliminasi perlu ditanyakan kebiasaan defekasi sebelum dan sesudah masuk rumah sakit. Karena keadaan umum pasien yang lemah, pasien akan lebih banyak bed rest sehingga akan menimbulkan konstipasi, selain akibat pencernaan pada struktur abdomen menyebabkan penurunan peristaltik.

d. Pola aktivitas dan latihan

Karena adanya sesak nafas pasien akan mengalami kelelahan pada saat sesak nafas. Pasien juga akan mengurangi kativitasnya karena nyeri dada.

e. Pola istirahat dan tidur

Pasien akan mengalami gangguan tidur karena sesak nafas dan nyeri. Hospitalisasi juga dapat membuat pasien merasa kurang nyaman karena suasana yang berbeda dengan suasana rumah.

f. Pola hubungan peran

Pasien akan mengalami perubahan peran saat sakit.

g. Pola tata nilai dan kepercayaan

Kaji apakah kehidupan beragama klien berubah atau tidak saat berada di rumah sakit.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan (Herdman, NANDA Diagnosis 2017)

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi.
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya sesak dan nyeri dada

2.2.3. Intervensi keperawatan (Bulechek, NIC 2016)

Susunan rencana keperawatan pada pasien dengan efusi pleura berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah di tetapkan, yaitu :

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi.

Tujuan : pasien akan mempertahankan pola nafas yang efektif selama dalam perawatan.

Kriteria Hasil :

1. Frekuensi pernapasan dalam batas normal.
2. Irama napas yang normal.
3. Kedalaman inspirasi.
4. Tidak adanya suara nafas tambahan.
5. Tidak ada retraksi dinding dada.

Intervensi :

Menajemen Jalan Napas :

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.

Oxygen Therapi :

1. Pertahankan jalan nafas yang paten.
2. Atur peralatan oxygenasi.
3. Monitor aliran oksigen.
4. Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi.
5. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap terapi oksigen.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan.

Tujuan : pasien akan terbebas dari infeksi selama dalam perawatan.

Kriteria Hasil :

1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan.
3. Tidak ada tanda tanda malnutrisi.

Intervensi :

Monitor Satuts Nutrisi :

1. Monitor adanya penurunan berat badan.
2. Monitor lingkungan selama makan.
3. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan.

Manajem Nutrisi :

1. Kaji adanya alergi makanan.

2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien.
 3. Berikan makanan yang terpilih.
 4. Berikan informasi mengenai kebutuhan nutrisi.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan.

Tujuan : pasien akan terbebas dari rasa nyeri selama dalam perawatan.

Kriteria hasil :

1. Tidur selama 6-7 jam dalam sehari.
2. Pola dan kualitas tidur yang terukur.
3. Perasaan yang segar setelah bangun tidur.
4. Tempat tidur yang nyaman.
5. Suhu ruangan yang nyaman

Intervensi :

Manajemen Lingkungan : Nyaman

1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan mendukung.
2. Hindari gangguan yang tidak perlu dan sediakan waktu untuk istirahat.
3. Sediakan lingkungan yang aman dan bersih.
4. Pertimbangkan keadaan yang mengakibatkan ketidaknyamanan seperti posisi selang, seprei yang kusut dan lingkungan yang bising.

2.2.4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan suatu tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan yang di alami pasien. Untuk itu diharapkan agar tindakan yang di berikan sesuai dengan prioritas masalah dan intervensi keperawatan.

2.2.5. Evaluasi (Morehead, NOC 2016)

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat dalam intervensi keperawatan. Dalam mengevaluasi perawat harus

memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang di capai.

Evaluasi keperawatan dari asuhan keperawatan pasien dengan efusi pleura adalah :

1. Keefektifan pola napas.
2. Keseimbangan nutrisi.
3. Keefektifan pola tidur.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus

3.1.1. Pengkajian

Pasien yang di rawat bernama Tn. W.B berumur 69 tahun. Ia lahir pada tanggal 4 September 1949 dan bertempat tinggal di Penfui. Ia beragama Kristen Katolik, pendidikan terakhir SR (SD sederajat) dan pekerjaan pasien adalah pensiunan PNS. Pasien mengatakan sesak napas, batuk dan nyeri dada sejak 1 tahun yang lalu.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, dilakukan kegiatan pengumpulan data tentang status sehat sakit pasien. Data yang di kumpulkan berupa data subyektif dan obyektif dengan menggunakan pendekatan wawancara, pemeriksaan fisik, dan riwayat pengobatan yang di dapat pasien.

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan sesak napas dan rasa sesak bertambah saat berubah posisi.

2. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pasien saat ia merasa sesak nafas yang semakin memberat sejak kurang lebih empat hari yang lalu, nyeri dada bagian kiri dan batuk. Pasien masuk melalui UGD pada tanggal 15 Mei 2019, Jam 08.30 dan pasien segera dilakukan pemasangan infus NaCl 14 tetes/ menit. Pasien di pindahkan ke ruangan Komodo pada tanggal 16 Mei 2019, Jam 16.00

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan bawah ia menderita TBC 3 tahun yang lalu dan diobati secara tuntas. Pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan dan obat-obatan, akan tetapi klien memiliki kebiasaan

merokok dengan jumlah 2 bungkus/ hari. Pasien tidak mengonsumsi alkohol dan pasien mengonsumsi kopi sebanyak 2 gelas/ hari.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengannya ataupun penyakit keturunan lainnya.

5. Pemeriksaan Pola-Pola Kesehatan

a. Pola nutrisi metabolik

Pasien mengatakan selama sakit nafsu makannya menurun karena adanya batuk dan rasa tidak enak di mulut.

b. Pola eliminasi

Pasien dapat BAB dan BAK dengan lancar dan tidak merasa nyeri saat BAB. Frekuensi BAB 1 – 2 kali / hari dengan bau yang khas, konsistensi lembek dan berwarna kuning. Pasien BAK 2-3 kali/ hari dengan bau khas dan berwarna kuning.

c. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit aktivitasnya seperti makan, minum, mandi, berganti pakaian dan juga BAB dan BAK dilakukan sendiri tanpa bantuan. Setelah sakit pasien tidak mampu berjalan ke kamar mandi karena sesak nafas.

d. Pola tidur

Pasien mengatakan bahwa saat ini ia belum dapat tidur dengan nyenyak karena terkadang sesak nafas dan pasien juga mudah terbangun jika suasana lingkungan bising dan jangka waktu tidur masih dalam batas normal. Akan tetapi waktu tidur pasien masih tercukupi yaitu enam jam (tidur malam jam 10.00 dan bangun pagi jam 04.00).

e. Pola kognitif personal

Pasien mengatakan sebelum sakit ia selalu mengonsumsi banyak air putih saat bangun tidur di pagi hari, akan tetapi setelah sakit pasien takut untuk mengonsumsi banyak air putih.

- f. Pola persepsi diri atau konsep diri
Menurut pasien penyakit yang dideritanya adalah cobaan dari Tuhan dan bukan kutukan ataupun diguna-guna.
- g. Pola peran
Saat ini pasien tidak dapat menjalankan perannya sebagai kepala keluarga karena penyakit yang dideritanya.
- h. Pola seksualitas dan reproduksi
Pasien memiliki 6 orang anak dan istrinya sudah menopause.
- i. Pola coping toleransi terhadap stres
Jika ada masalah dalam keluarga pasien selalu berdiskusi bersama keluarga untuk mencari jalan keluarnya dan selalu berdoa bersama.
- j. Pola sistem nilai kepercayaan
Pasien beragama Kristen Katolik, yang taat beragama. Pasien selalu mengikuti Misa di gereja dan selalu mengikuti kegiatan keagamaan lainnya. Setelah sakit pasien selalu berdoa dan membaca Alkitab.

6. Pemeriksaan Fisik

Pasien sesak nafas, wajah tampak meringis dan nyeri dada, warna kulit sawomatang dan tidak ada edema. Tanda-tanda vital pada tanggal 26 mei 2019 pukul 16.00 meliputi tekanan darah : 110/70 mmHg, pernapasan : 30 X/ menit, nadi : 80 X/ menit, suhu tubuh : 37 ° C. Tinggi badan 160 Cm; berat badan 59 Kg, maka berat badan ideal (BBI) adalah : $(160-100) \cdot 10\% = 54 \text{ kg}$.

Pada pemeriksaan dada pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di area dada kiri, nyeri seperti tertusuk-tusuk, dirasakan hilang timbul dan skala nyeri 4-5 Nyeri sedang (Skala Intensitas Nyeri Deskriptif (1-10), Potter & Perry). Saat di inspeksi tampak bentuk dada pasien simetris, ekspansi paru tidak seimbang antara kiri dan kanan, tampak penggunaan otot bantu pernapasan dan pasien menggunakan alat bantu pernapasan (O₂ nasal canul 2 L/ menit). Saat auskultasi

terdengar bunyi napas tambahan yaitu Wheesing yang terdengar pada paru bagian kanan dan kiri.

Pasien dalam keadaan sadar penuh (composmentis) dengan GCS 15, sebagai berikut: eye bernilai 4, verbal bernilai 5 dan motorik bernilai 6. Keadaan umum pasien tampak lemah. Pada pemeriksaan mata di temukan konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak menggunakan kacamata dan pandangan masih normal (tidak kabur).

Pada pemeriksaan fisik mulut bibir pasien berwarna gelap dan tidak pucat. Pasien masih bisa membedakan rasa asin, manis, pahit dan asam. Pada pemeriksaan kepala tidak ada lesi dan tidak pusing/sakit kepala. Pada pemeriksaan leher tidak ada kaku kuduk, saat dipalpasi tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, kelenjar parotis dan tidak ada peningkatan vena jugularis. Pada pemeriksaan fisik telinga tidak ada lesi, bentuk telinga normal, tidak ada nyeri telinga dan masih dapat mendengar dengan baik. Pada pemeriksaan thoraks terpasang selang WSD.

7. Pemeriksaan Laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium dan diagnostik yang di lakukan pada tanggal 15 mei 2019 hasil yang di dapat adalah HB : 9,8 g/dl; eritrosit : $4.53 \times 10^6/uL$; hematokrit : 33,7 %; leukosit : 20,640 gr/dl; trombosit : $68710^3/uL$; pasien juga melakukan pemeriksaan cairan pleura dengan hasil PH : 8,0 warna hitam, kejernihan keruh, bekuan negative, jumlah sel 472, PMN 85 MN 15.

8. Penatalaksanaan/ pengobatan

Pasien terpasang O₂ nasal canul 2 liter , ranitidin 3X1 ampul (IV), ketorolac 3 X 1 ampul (IV) dan IFD aminofluid 14 TPM.

9. Analisa data

Dari hasil pengkajian yang di lakukan di dapatkan diagnosa keperawatan yang pertama yaitu Ketidakefektifan Pola Nafas : pasien mengatakan sesak nafas dan batuk. pasien batuk, RR : 30 X / menit, terpasang O₂ nasal canul 2 liter/ menit, adanya retraksi dinding dada

dan penggunaan otot bantu pernapasan. Saat diauskultasi terdengar bunyi napas tambahan yaitu Wheezing.

Pada diagnosa kedua di temukan risiko infeksi dengan data subjektifnya yaitu : pasien mengatakan bahwa ada luka pada abdomen kiri bagian bawah. Data objektif yang di dapat : pasien terpasang selang WSD. Leukosit : 20.640 μ L

Diagnosa keperawatan ketiga data subjektif yang di temukan pada pasien adalah pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di area dada kiri,nyeri seperti tertusuk-tusuk, dirasakan hilang timbul dan skala nyeri 4-5. Data objektif yang di temukan adalah pasien tampak meringis dan memegang dada bagian kiri.

3.1.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. W.B dari hasil pengkajian di atas adalah :

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.**DS** : pasien mengatakan sesak nafas dan batuk. **DO** : pasien batuk, RR : 30 X / menit, terpasang O 2 nasal canul 2 liter/ menit, adanya retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu pernapasan. Saat diauskultasi terdengar bunyi napas tambahan yaitu Wheezing.
2. Risiko infeksi. **DS** : pasien mengatakan bahwa ada luka pada abdomen kiri bagian bawah.**DO** : pasien terpasang infus dan terpasang selang WSD. Leukosit : 20,64;
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. **DS** : pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di area dada kiri,nyeri seperti tertusuk-tusuk, dirasakan hilang timbul dan skala nyeri 4-5. **DO** : pasien tampak meringis dan memegang dada bagian kiri.

3.1.3 Intervensi keperawatan

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi

Tujuan : pasien akan mempertahankan pola nafas yang efektif selama dalam perawatan.

NOC

Kriteria Hasil : Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3X 24 jam pasien akan mempertahankan keefektifan pola napas dengan kriteria hasil : **domain 2** :kesehatan fisiologis. **Kelas** : jantung paru. **Kode 0403** : status pernafasan ventilasi, yaitu : keluar masuknya udara dari dan ke dalam paru, meningkat dari 2 (deviasi yang cukup berat dari kisaran normal) menjadi 4 (deviasi ringan dari kisaran normal). **Indikator/ outcome** : **040301** : frekuensi pernafasan, **040302** : irama pernafasan, **040303** : kedalam inspirasi, **040310** : tidak adanya suara nafas tambahan dan **040311** : retraksi dinding dada. **NIC** : **Domain 2** : fisiologis Kompleks (lanjutan). **Kelas K** : manajemen pernafasan. **Kode 3140** : manajemen jalan nafas, yaitu fasilitasi kepatenan jalan nafas. **Aktivitas-aktivitas** : 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 nafas. 5) Monitor respirasi dan status O₂. **Domain 2** : fisiologis kompleks (lanjutan). **Kelas K** : manajemen pernafasan. **Kode 3320** : terapi oksigen. **Aktivitas-aktivitas** : 1) Pertahankan jalan nafas yang paten. 2) Atur peralatan oxygenasi. 3) Monitor aliran oksigen. 4) Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi. 5) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap terapi oksigen.

2. Risiko infeksi.

Tujuan : pasien akan terbebas dari infeksi selama dalam perawatan.

NOC :

Kriteria Hasil : Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam di harapkan risiko infeksi terkontrol dengan kriteria hasil : **Domain II** : kesehatan fisiologis. **Kelas H** : Respon imun. **Kode 0703** : keparahan infeksi yaitu keparahan tanda dan gejala infeksi meningkat dari 2 (cukup berat) menjadi 4 (ringan). **Indikator/ outcome : 070301** : kemerahan, **070305** : drainase purulen, **070333** : nyeri, **070326** : peningkatan jumlah sel darah putih. **NIC : Domain 4** : keamanan. **Kelas V** : manajemen risiko. **Kode 6540** : kontrol infeksi. **Aktivitas-aktivitas** : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi. 2) Batasi pengunjung. 3) Pertahankan teknik aseptik. 4) Inspeksi kondisi luka, area pemasangan infus dan tempat pemasangan WSD. 5) Pertankan lingkungan yang sehat dan terhindar dari infeksi. 6) Dorong masukan nutrisi yang cukup. 7) Ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

Tujuan : pasien akan terbebas dari rasa nyeri selama dalam perawatan.

NOC :

Kriteria Hasil : setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam pasien akan mempertahankan kenyamanan dengan kriteria hasil : **Domain IV** : pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku. **Kelas Q** : perilaku sehat. **Kode 1605** : kontrol nyeri yaitu tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan). **Indikator/ Outcomes : 160502** : mengenali kapan nyeri terjadi, **160503** : menggunakan tindakan pencegahan, **160513** : melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada profesional kesehatan, **160511** : melaporkan nyeri yang terkontrol. **NIC : Domain 1** : Fisiologis : Dasar, **Kelas E** : peningkatan kenyamanan Fisik. **Kode 1400** : manajemen nyeri. **Aktivitas-aktivitas** : 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (P, Q, R,

S, T). 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3) Ajarkan pasien teknik relaksasi. 4) Kolaborasi pemberian analgetik. 5) Tingkatkan istirahat. 6) Observasi TTV.

3.1.4. Implementasi

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 di buat sebelumnya :

Hari pertama di lakukan yaitu pada tanggal 27 Mei 2019 yaitu :
Diagnosa Keperawatan 1 :ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. **Implementasi** : jam 06.00 Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah : 110/70 mmHg, Pernapasan : 30 X/ menit, Nadi : 80 X/ menit dan Suhu Tubuh : 37 0 C). 06.15 Mengaukultasi bunyi nafas pasien. 06.20 Mengatur posisi pasien (semi fowler), mengatur aliran O2 pasien 2 liter/ menit. Jam 10.00 melakukan nebulizer.

Diagnosa keperawatan 2 : risiko infeksi. **Implementasi** : jam 06.30 mengganti laken pasien. 06.35 Memandikan pasien. 06.50 Menggunakan teknik aspetik (cuci tangan) dan merawat luka WSD pasien (Pasien dalam keadaan bersih dan rapih dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka WSD). 09.30 mengajarkan pasien dan keluarga 6 langkah mencuci tangan (Pasien dan keluarga mampu mengikuti instruksi 6 langkah mnecuci tangan dengan baik).

Diagnosa keperawatan 3 : Nyeri akut. **Implementasi** : jam 10.00 melakukan pengkajian nyeri P,Q,R,S,T, 10.20 Mengajarkan pasien teknik relaksasi. Jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital. 12.00 melakukan kolaborasi pemberian analgetik dan memberikan injeksi KTC 3 X 1 mg/IV dan menganjurkan pasien untuk istirahat.

Implementasi hari ke dua dilaksanakan pada tanggal 28 Mei 2019.
Diagnosa keperawatan 1 : ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. **Implementasi** : jam 07.30 Mengatur aliran O2

pasien dengan kecepatan 2 liter/menit. 10.00 melakukan nebuliser, 11.00 mengkaji tanda-tanda vital pasien (TTV ; TD : 110/80 mmHg, N : 90 X/ menit, RR : 28 X / menit, S : 37 0 C) dan 11.30 mereposisi pasien miring kiri-kanan.

Diagnosa 2 : risiko infeksi. **Implementasi** : jam 10.30 melakukan AFF infus karena adanya plebitis. 10.50 melakukan 6 langkah mencuci tangan dan memasang ulang infus. Melakukan perawatan luka WSD, luka dalam keadaan bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Diagnosa keperawatan 3 : Nyeri akut. **Implementasi** : jam 10.45 Menganjurkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi. Jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital. 12.00 melakukan kolaborasi pemberian analgetik dan memberikan injeksi KTC 3 X 1 mg/IV dan menganjurkan pasien untuk istirahat.

Implementasi hari ke tiga dilaksanakan pada tanggal 29 mei 2019. **Diagnosa keperawatan 1** : ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. Jam 08.00 memberikan pasien nebulizer, jam 11.20 mengatur posisi pasien (semi fowler) dan jam 12.10 memperbaiki posisi nasal canul pasien.

Diagnosa 2 : risiko infeksi. **Implementasi** : jam 06.30 mengganti laken pasien dan memandikan pasien. Jam 08.00 merawat luka WSD pasien dan mengkaji adanya tanda-tanda infeksi dan menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi yang cukup.

Diagnosa keperawatan 3 : Nyeri akut. **Implementasi** : Jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital. 12.00 melakukan kolaborasi pemberian analgetik dan memberi injeksi KTC 3 X 1 mg/IV), menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi dan istirahat secukupnya.

3.1.5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan di lakukan setelah melakukan tindakan keperawatan. Evaluasi tindakan keperawatan yang di lakukan pada diagnosa keperawatan pertama : Pasien merasa nyaman dengan posisi semi fowler,

O₂ nasal canul di berikan 2 liter/ menit, Pasien di berikan nebulizer, Tidak terdapat bunyi rongki saat auskultasi dan TTV ; TD : 110/70 mmHg, RR : 29 X/ menit, S : 37⁰ C, N : 84 X/ menit.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan kedua : Lingkungan pasien menjadi lebih bersih dan nyaman, Pasien dalam keadaan bersih dan rapih dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka WSD, Pasien dan keluarga mampu mengikuti instruksi 6 langkah mnecuci tangan dengan baik.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan yang ketiga : Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 4 menjadi skala 2 atau 0, Wajah pasien tampak lebih rileks dan Pasien mendapat injeksi KTC 1 X 3 ampul/ hari.

3.2 Pembahasan

Penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan pada studi kasus asuhan keperawatan Tn. W.B dengan penyakit efusi pleura di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johanes Kupang. Efusi pleura adalah penumpukan cairan dalam ruang pleura yang terletak antara permukaan visceralis dan parietalis (Smeltzer & Barbara, 2012. Hal 119).

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 di ketahui kebutuhan klien sesuai dengan masalah yang ada (Nursalam, 2016).

Data dasar pasien adalah kumpulan data yang di kaji tentang pasien. Data dasar terdiri dari riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan diagnostik. Data subyektif adalah apa yang di laporkan oleh pasien atau keluarga pasien. Data obyektif adalah data yang diobservasi

oleh perawat pada saat pengkajian, contohnya : tanda-tanda vital, tingkah laku dan pemeriksaan diagnostik (Notoadmodjo, 2013).

Dalam pengkajian Tn. W.B penulis menggunakan metode wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Metode wawancara adalah sebuah dialog yang di lakukan antara pewawancara dan narasumber. Dalam metode ini, penulis tidak menemukan hambatan yang berarti selama melakukan wawancara, Tn. W.B dan keluarganya dapat menjawab pertanyaan dengan baik. Metode lain yang di gunakan dalam mengumpulkan data adalah observasi. Metode observasi adalah suatu metode yang di lakukan dengan mengamati reaksi pasien baik verbal maupun nonverbal terhadap penyakitnya. Pada metode observasi, melalui hasil pengamatan yang telah di lakukan pada pengkajian, penulis menemukan pada kasus Tn. W.B adanya retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu pernafasan. Selain observasi ada juga metode pemeriksaan fisik yang di lakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

Pada saat pengkajian tanggal 26 Mei 2019, data pengkajian yang didapatkan sudah sesuai dengan teori yang ada, beberapa tanda dan gejala yang di temukan sudah sesuai dengan teori yang ada. Hasil pengkajian ditemukan bahwa keluhan utama pasien adalah sesak nafas. Pada kondisi ini terjadi obtruksi saluran nafas pada efusi pleura yang merupakan kombinasi spasme otot bronkus. Efusi pleura adalah suatu keadaan dimana terdapat penumpukan cairan dalam pleura berupa transudat atau eksudat yang di akibatkan karena terjadinya ketidakseimbangan antara produksi dan absorpsi di kapiler dan pleura viseralis. Hal ini menyebabkan udara distal tidak dapat diekspirasi, selanjutnya akan terjadi peningkatan volume residu fungsional dan pasien akan bernafas pada volume yang tinggi yang mendekati kapasitas paru total. Keadaan hiperinflasi ini bertujuan agar saluran penafasan tetap terbuka dan pertukaran gas berjalan lancar (Suyono, 2013).

3.2.2. Diagnosa keperawatan

Kegiatan yang di lakukan pada diagnosa keperawatan ini adalah memvalidasi data, mengoreksi data dan mengelompokkan data, mengidentifikasi data dari kelompok data dan merumuskan diagnosa.

Secara teori diagnosa yang umumnya muncul pada pasien dengan efusi pleura adalah ketidakefektifan pola nafas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan gangguan pola tidur. Pada kasus efusi pleura yang dialami oleh Tn. W.B penulis mengambil diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas, risiko infeksi dan nyeri akut berdasarkan hasil pengkajian yang di dapatkan. Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak di tegakkan karena data-data tentang nutrisi tidak mendukung untuk di tegakkan masalah nutrisi. Hal ini di buktikan dengan BB badan pasien masih dalam batas normal. Selain itu nutrisi penting pasien seperti protein masih terpenuhi dengan baik melalui pemberian albumin.

Masalah keperawatan gangguan pola tidur tidak ditegakkan karena pasien masih bisa tidur selama 6 jam dalam sehari dan masih dalam batas normal.

3.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perencanaan asuhan keperawatan untuk pasien sesuai dengan diagnosa yang di tegakkan sehingga kebutuhan pasien tersebut dapat terpenuhi (Wilkinson, 2012).

Secara teori intervensi untuk diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi dengan label NIC : manajemen jalan nafas terdapat 21 intervensi dan yang di gunakan hanya 5 intervensi dan label NIC : oxygen terapi terdapat 24 intervensi dan yang digunakan hanya 5 intervensi yang disesuaikan dengan keadaan dan respon klien saat di kaji. Berikut adalah intervensi yang di gunakan oleh penulis untuk label NIC : manajemen jalan nafas : Monitor tanda-tanda vital, Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya

suara nafas tambahan, Identifikasi kebutuhan aktual atau potensial pasien untuk memasukkan alat bantu untuk membuka jalan napas dan monitor respirasi dan status O₂ dan penulis juga menggunakan intervensi dengan label NIC : Oxygen Therapi dengan intervensi : Pertahankan jalan nafas yang paten, Atur peralatan oxygenasi, Monitor aliran oksigen, Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi dan Monitor adanya kecemasan pasien terhadap terapi oksigen.

3.2.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan yang telah disusun dalam intervensi keperawatan (Notoadmojo, 2014) pembahasan implementasi tindakan yang meliputi tindakan yang tidak dapat di laksanakan pada intervensi setiap diagnosa keperawatan.

Implementasi pada masalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi intervensi keperawatan yang telah di buat ada 5 intervensi yang di seusiakan dengan kondisi dan respon pasien. Pada hari senin sampai rabu yaitu pada tanggal 27, Mei 2019 semua implementasi dilaksanakan namun pada tanggal 29, Mei 2019 implementasi yang tidak di laksanakan adalah pemberian nebulizer dan oksigen dengan alasan instruksi pemberian O₂ dan nebulizer di hentikan, RR dalam batas normal, tidak ada bunyi rongki, tidak ada retraksi dinding dada dan tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan.

3.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah asuhan yang di catat 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.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi di laksanakan pada tanggal 27, Mei 2019 dengan hasil evaluasi berdasarkan kriteria hasil yaitu Frekuensi

pernapasan dalam batas normal (18-24 X/ menit), Irama napas yang normal (teratur), Kedalaman inspirasi, Tidak adanya suara nafas tambahan (suara nafas vesikuler) dan Tidak ada retraksi dinding dada. Masalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi teratasi, intervensi dihentikan. Masalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi dapat teratasi dimana awalnya pasien mengatakan sesak nafas, RR 30 X/ menit, ada retraksi dinding dada, ada bunyi rongki dan menggunakan otot bantu penafasan, setelah di lakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan intervensi keperawatan, sehingga semua keluhan pasien hilang.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan penulis selama menyusun studi kasus ini pertama : karena penyesuaian dengan rumah sakit, karena keterbatasan pasien di ruangan Komodo sehingga saat penelitian sesuai dengan waktu yang di tentukan penulis harus mencari pasien yang baru. Kedua : waktu pengambilan data yang terlalu singkat dan yang ketiga : kurang buku sumber yang tersedia di perpustakaan.

BAB 4

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

Hasil pengkajian pada pasien Tn. W.B didapatkan data pasien mengatakan bahwa ia sesak napas, disertai batuk dan nyeri dada. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran composmentis, TTV didapatkan data RR : 30 X/ menit, adanya retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu pernapasan, terdengar bunyi wheezing saat auskultasi dan pasien terpasang WSD.

Diagnosa keperawatan yang di rumuskan oleh penulis adalah 1). ketidakefektifan pola nafas, 2). Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, 3). Resiko infeksi. Intervensi keperawatan yang sudah di tetapkan berdasarkan hasil pengkajian dan diagnosa keperawatan diantaranya : 1) Ketidak efektifan pola nafas menggunakan label NIC : manajemen jalan nafas dan terapi oksigen, yang terdiri dari : monitor tanda-tanda vital, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, monitor pemberian O2. 2) Risiko infeksi menggunakan label NIC : kontrol infeksi, yang terdiri dari monitor tanda-tanda infeksi, perawatan luka WSD dan pencegahan plebitis. 3) Nyeri akut menggunakan label NIC : manajemen nyeri, yang terdiri dari pengkajian nyeri secara komperhensif, mengajrakan teknik relaksasi dan kolaborasi pemberian analgetik. Implementasi di lakukan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah di tetapkan. Evaluasi dari ketiga diagnosa keperawatan yang telah di tetapkan adalah : 1) pola nafas yang efektif. 2) pasien terbebas dari infeksi dan 3) pasien terbebas dari rasa nyeri.

4.2. Saran

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah di lakukan pada Tn. W.B di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johanes Kupang dan kesimpulan yang telah di tulis oleh penulis diatas, maka deng itu mahasiswa memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi rumah sakit

Pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura hendaknya perawat ruangan memberikan tindakan keperawatan yang sesuai dengan masalah yang dialami pasien dan tindakan kolaborasi yang tepat terutama dengan dokter.

2. Bagi penulis

Hasil penelitian membuat pengalaman belajar meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan berkaitan dengan pasien efusi pleura. Dan menambah wawasan sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan pada pasien dengan efusi pleura berdasarkan kesimpulan yang sudah penulis rangkum.

3. Bagi pasien

Bagi pasien diharapkan agar dapat dijadikan sebagai pedoman untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang di alami dan secara rutin memeriksa kesehatannya.

4. Bagi institusi

Dapat menghasilkan lulusan yang berawawasan global di bidang keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia dan dapat menjadi masukan bagi yang berminat ingin membaca.

DAFTAR PUSTAKA

- Khairani, d. (2012). *keperawatan medikal bedah* . Jakarta : EGC.
- Riskesdas (2013). *Hasil Riskesdas 2013*. Jakarta : Kemetrian Kesehatan RI
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Nursing Intervesion Classification (NIC)*. Oxford: Elsevier.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi*. Jakarta : EGC.
- Morehead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Oxford: Elsevier.
- Medical Science Journal. *Identification Of Micobacterium Tuberculosis By Polimarase Chain Reaction (PCR) Terst and Its Relationship to MGG Staining Of Pleural Fluid in Patient With Suspected Tuberculosis Pleural Effusion*. Nusantara Medical Science. 2018 : 21
- Berta & Puspita. (2017). *Causes of Pleural Efussion in Metro*. Argomed Unila : Lampung.
- Hadiarto. (2015). *Anatomi dan Fisiologi Paru-Paru*. Cv Agung Suseto : Jakarta.
- Wuryantoro. (2016). *Kerangka Konsep Efusi Pleura*. Universitas Sumatra : Sumatra.
- Amin, Huda. (2015). *Konsep Teori Efusi Pleura*. Universitas Airlangga : Surabaya.
- Hedu. (2016). *Anatomi Dan Fisiologi Paru-Paru*. Cv Agung Suseto: Jakarta.
- Guyton. (2007). *Ilmu Penyakit Paru*. Salemba Medika : Jakarta.

Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Diagnosa
1.	<p>DS : pasien mengatakan sesak nafas dan batuk.</p> <p>DO : pasien batuk, RR : 30 X / menit, terpasang O₂ nasal canul 2 liter/ menit, adanya penggunaan otot bantu pernapasan dan Saat auskultasi terdengar bunyi napas tambahan yaitu ronchi.</p>	Hiperventilasi	Ketidakfektifan pola napas
2.	<p>DS : pasien mengatakan bahwa ada luka pada abdomen kiri bagian bawah.</p> <p>DO : pasien terpasang infus dan terpasang selang WSD. Leukosit : 20,64;</p>	-	Risiko Infeksi
3.	<p>DS : pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di area dada kiri,nyeri seperti tertusuk-tusuk, dirasakan hilang timbul dan skala nyeri 4-5.</p> <p>DO : pasien tampak meringis dan memegang dada bagian kiri.</p>	Agens cedera biologis	Nyeri akut

Diagnosa Keperawatan

No.	Kode	Diagnosa	Etiologi
1.	00032	Ketidakfektifan pola napas	Hiperventilasi
2.	00002	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Kurang asupan makan
3.	00198	Gangguan pola tidur	Halangan lingkungan

Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
1.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi	<p>NOC : status pernafasan : ventilasi</p> <p>Tujuan : pasien akan mempertahankan pola napas yang efektif selama dalam perawatan.</p> <p>Kriteria Hasil : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3X 24 jam pasien akan mempertahankan keefektifan pola napas dengan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi pernapasan dalam batas normal (18-24 X/ menit). 2. Irama napas yang normal (teratur) 3. Kedalaman inspirasi. 	<p>NIC :</p> <p>Menajemen Jalan Napas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital. 2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3. Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara nafas tambahan. 4. Identifikasi kebutuhan aktual

		<p>4. Tidak adanya suara nafas tambahan (suara nafas vesikuler)</p> <p>5. Tidak ada retraksi dinding dada.</p>	<p>atau potensial pasien untuk memasukkan alat bantu untuk membuka jalan napas.</p> <p>5. Monitor respirasi dan status O₂.</p> <p>Oxygen Therapi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan jalan nafas yang paten. 2. Atur peralatan oxygenasi. 3. Monitor aliran oksigen. 4. Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi. 5. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap terapi oksigen.
2.	Risiko infeksi.	<p>NOC : Kontrol Risiko</p> <p>Tujuan : pasien akan terbebas dari infeksi selama dalam perawatan.</p> <p>Kriteria Hasil : Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam di harapkan risiko infeksi terkontrol dengan kriteria :</p>	<p>NIC :</p> <p>Infection Control :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi. 2. Batasi pengunjung. 3. Pertahankan teknik aseptik. 4. Inspeksi kondisi

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengetahui perilaku yang berhubungan dengan risiko infeksi. 2. Pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi. 3. Keluarga pasien dan pengunjung mampu mempraktekkan 6 langkah mencuci tangan. 	<p>luka dan area pemasangan infus.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pertankan lingkungan yang sehat dan terhindar dari infeksi. 6. Dorong masukan nutrisi yang cukup. 7. Ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi.
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.	<p>NOC : Kontrol Nyeri</p> <p>Tujuan : pasien akan terbebas dari rasa nyeri selama dalam perawatan.</p> <p>Kriteria Hasil : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam pasien akan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan bahwa nyeri berkurang / hilang (skala 0). 2. TTV dalam batas normal. 	<p>NIC : Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif (P, Q, R, S, T). 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3. Ajarkan pasien teknik relaksasi. 4. Kolaborasi pemberian analgetik. 5. Tingkatkan

		09.30	merawat luka WSD pasien. 4. mengajarkan pasien dan keluarga 6 langkah mencuci tangan	O : lingkungan pasien menjadi lebih bersih dan nyaman. Pasien dalam keadaan bersih dan rapih dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka WSD. Pasien dan keluarga mampu mengikuti instruksi 6 langkah mencuci tangan dengan baik. A : masalah teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan.	
3.	Senin, 27/05/2019	10.00 11.00 12.00	1. melakukan pengkajian nyeri P,Q,R,S,T. 2. mengajarkan pasien teknik relaksasi. 3. observasi tanda-tanda vital. 4. kolaborasi pemberian analgetik. 5. menganjurkan pasien untuk istirahat.	S : pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri pada dada kiri, rasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dan skala nyeri 4. O : pasien tampak meringis, TTV ; TD : 110/70 mmHg, RR : 29 X/ menit, S : 37 ° C, N : 84 X/ menit. Injeksi KTC 3 X 1 ampul/IV. A : masalah belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan.	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

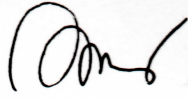


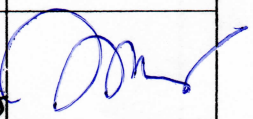
Direktorat : Jln. El Tari II Liliba – Kupang, Telp : (0380) 881880 ; 880880
Fax (0380) 8553418 ; email : poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Omega Diana Simanjuntak
NIM : PO. 530320116370
NAMA PEMBIMBING : Mariana A. Making, S.Kep, Ns, M.Kep

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	27 Mei 2019	<ol style="list-style-type: none">1. Lengkapi pengkajian2. Perbaiki latar belakang dengan buku terbitan 5 tahun terakhir dan gunakan data RISKESDAS3. Perbaiki Tujuan4. Manfaat Praktis ditulis bagi perawat, pasien dan keluarga.	
2.	28 Mei 2019	<ol style="list-style-type: none">1. Cari Sumber terbaru WHO 2018.2. Fokuskan tinjauan teori pada Efusi Pleura.3. Perbaiki Penomoran dan Spasi4. Lengkapi Konsep asuhan keperawatan pada pengkajian	
3.	30 Mei 2019	<ol style="list-style-type: none">1. Pada latar belakang jelaskan dari definisi, penyebab, hasil riset dan penyelesaian masalah.2. Jelaskan mengapa angka kejadian Efusi Pleura terus meningkat setiap tahunnya.3. Lanjutkan penulisan untuk BAB 3 dan 4	
4.	3 Juni 2019	<ol style="list-style-type: none">1. Gunakan referensi terbaru 3 tahun terakhir dengan jumlah referensi minimal 10 sumber.	

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Pada BAB 3 intervensi keperawatan harus dinarasikan. 3. Perbaiki penomoran 	
5.	4 Juni 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki Penomoran pada BAB 3 2. Gunakan urutan penulisan yang baik pada pembahasan asuhan keperawatan bagian pengkajian 3. Gunakan urutan penulisan yang baik pada pembahasan asuhan keperawatan bagian diagnose 4. Perbaiki implementasi menggunakan narasi. 	
6.	7 Juni 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki Kesimpulan, gunakan penomoran sesuai dengan tujuan 2. Perbaiki saran gunakan penomoran sesuai manfaat 	
7.	8 Juni 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan Cover 2. Tambahkan Pernyataan Keaslian Tulisan, Lembar Persetujuan, Lembar Pengesahan, Kata Pengantar dan Daftar Isi 3. Buat lembar konsultasi 	
8.	10 Juni 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan Abstrak 2. Perbaiki spasi dan koreksi kembali tulisan apabila ada kelebihan/kelengkapan 	



**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Omega Diana Simanjuntak
NIM : PO. 530320116370
NAMA PENGUJI : Emilia E. Akoit, S.Kep, Ns, M,Kep

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 12 Juni 2019	1. Ujian sidang. 2. Perbaiki abstrak 3. Tambahkan body note pada BAB 1 paragraf pertama. 4. Perbaiki penulisan dan tanda baca yang salah.	
2.	Jumat, 14 Juni 2019	1. Perbaiki BAB 4 bagian kesimpulan. 2. Perbaiki huruf pada daftar pustaka dengan menggunakan times new roma.	



KEMENKES RI



**“ASUHAN KEPERAWATAN KOMPERHENSIF
PADA PASIEN YANG MENDERRITA EFUSI
PLEURA DI RUANGAN KOMODO RSUD PROF.
DR. W.Z. JOHANNES KUPANG”**

OLEH:

OMEGA DIANA SIMANJUNTAK

PO.530320116370



PresenterMedia

LATAR BELAKANG

Efusi pleura merupakan suatu keadaan dimana terjadi akumulasi cairan pleura yang abnormal dalam rongga pleura akibat transudasi atau eksudasi yang berlebihan (Nusantara Medical Science Jurnal, 2018).

Menurut WHO (2018) 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 keatas (30,7%), serta lebih banyak terjadi pada laki-laki (54,7%) dibandingkan perempuan (45,3%). Tingginya insiden efusi pleura disebabkan oleh TB paru dan Tumor paru.

Lanjut...

Menurut Riskesdas (2013) terdapat 508.330 jiwa yang menderita penyakit paru obstruktif kronis dan terdapat 2,7 % penderita Efusi pleura.

Menurut hasil Studi Berta & Puspita dalam Causes Of Pleural Efusion In Metro 2017 terdapat 537 insidensi pleura pada periode Januari- Desember 2017. Sebanyak 60,9% adalah berjenis kelamin laki-laki dan 39,1 % berjenis kelamin perempuan. Sebanyak 10,4 % berusia kurang dari 35 tahun, 39,3% berusia 35-55 tahun, 34,6 % berusia 56-70 tahun, dan 15,6 % berusia lebih dari 70 tahun.

Tindakan yang dapat dilakukan pada efusi pleura adalah pemasangan WSD untuk mengembalikan kondisi di dalam cavum pleura kembali normal.

Lanjut...

TUJUAN UMUM

Memahami konsep dasar teori dan asuhan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura dan dapat mengaplikasikannya di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

TUJUAN KHUSUS

- ▶ Mampu mengidentifikasi pengkajian keperawatan, mengidentifikasi masalah, mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan, melakukan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan efusi pleura di Ruang Komodo RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang.

Lanjut...

MANFAAAT PENELITIAN

1. Manfaat teoritis : Hasil studi ini diharapkan berguna bagi pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah pada pasien efusi pleura.
2. Manfaat Praktis :
 - A. Bagi institusi pendidikan : di gunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya bagi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Efusi Pleura.
 - B. Bagi mahasiswa : menambah wawasan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Efusi Pleura.
 - C. Bagi ilmu pengetahuan : hasil studi kasus ini diharapkan dapat menambah informasi ilmiah mengenai efusi pleura.

KONSEP TEORI EFUSI PLEURA

Pengertian

Efusi pleura adalah pengumpulan cairan dal pleura yang terletak antara permukaan visceral dan parietal, proses penyakit primer jarang terjadi tetapi biasanya merupakan penyakit sekunder terhadap penyakit lain (Amin Huda, 2015).

Manifestasi Klinik

1. Batuk.
2. Dispnea bervariasi.
3. Nyeri dada.
4. Pada efusi pleura berat adanya penonjolan interkosta.
5. Pergerakan dada berkurang dan terhambat pada bagian yang mengalami efusi pleura.
6. Perkusi meredup diatas efusi pleura.
7. Fremitus fokal dan raba berkurang.



Etiologi



1. Hambatan reabsorpsi cairan dari rongga pleura, karena adanya bendungan seperti pada dekompresi kordis, penyakit ginjal, tumor mediastinum, sindroma Meigs (tumor ovarium) dan sindroma kava superior.
2. Pembentukan cairan yang berlebihan, karena radang (tuberkulosis, pneumonia, virus). Bronkiektasis, abses amuba yang menembus ke rongga pleura, karena tumor yang menyebabkan masuknya cairan berdarah dan trauma. Di Indonesia 80 % diakibatkan oleh tuberkulosis.

Lanjut...

KONSEP ASKEP EFUSI PLEURA

Pengkajian : Identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pengkajian pola-pola kesehatan.

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien efusi pleura adalah : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan dan gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan.

Intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi dibuat berdasarkan prioritas masalah dan diagnosa keperawatan yang ada.

Hasil Studi Kasus dan Pembahasan

ANALISA DATA

Dari hasil pengkajian yang dilakukan di dapatkan diagnosa keperawatan yang pertama yaitu Ketidakefektifan Pola Nafas : pasien mengatakan sesak nafas dan batuk. pasien batuk, RR : 30 X / menit, terpasang O 2 nasal canul 2 liter/ menit, adanya retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu pernapasan. Saat diauskultasi terdengar bunyi napas tambahan yaitu ronchi.

Pada diagnosa kedua di temukan risiko infeksi dengan data subjektifnya yaitu : pasien mengatakan bahwa ada luka pada abdemen kiri bagian bawah. Data objektif yang di dapat : pasien terpasang infus dan terpasang selang WSD. Leukosit : 20,64

Diagnosa keperawatan ketiga data subjektif yang di temukan pada pasien adalah pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di area dada kiri, nyeri seperti tertusuk-tusuk, dirasakan hilang timbul dan skala nyeri 4-5. Data objektif yang di temukan adalah pasien tampak meringis dan memegang dada bagian kiri.

Lanjut...

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. **DS** : pasien mengatakan sesak nafas dan batuk. **DO** : pasien batuk, RR : 30 X / menit, terpasang O₂ nasal canul 2 liter/ menit, adanya retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu pernapasan. Saat diauskultasi terdengar bunyi napas tambahan yaitu ronchi.

Risiko infeksi. **DS** : pasien mengatakan bahwa ada luka pada abdomen kiri bagian bawah. **DO** : pasien terpasang infus dan terpasang selang WSD. Leukosit : 20,64;

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. **DS** : pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di area dada kiri, nyeri seperti tertusuk-tusuk, dirasakan hilang timbul dan skala nyeri 4-5. **DO** : pasien tampak meringis dan memegang dada bagian kiri.

Lanjut...

INTERVENSI KEPERAWATAN

Ketidakefektifan Pola Nafas B.D. Hiperventilasi



Tujuan : pasien akan mempertahankan pola nafas yang efektif selama dalam perawatan.

NOC : Kriteria Hasil : Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3X24 jam pasien akan mempertahankan keefektifan pola napas dengan kriteria hasil:

status pernafasan ventilasi, yaitu : keluar masuknya udara dari dan ke dalam paru, meningkat dari 2 (deviasi yang cukup berat dari kisaran normal) menjadi 4 (deviasi ringan dari kisaran normal).

Indikator/ outcome : **040301** : frekuensi pernafasan, **040302** : irama pernafasan, **040303** : kedalaman inspirasi, **040310** : tidak adanya suara nafas tambahan dan **040311** : retraksi dinding dada.

Lanjut...

NIC : Domain 2 : fisiologis Kompleks (lanjutan). Kelas K : manajemen pernafasan. **Kode 3140 :** manajemen jalan nafas, yaitu fasilitasi kepatenan jalan nafas. **Aktivitas-aktivitas :** 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.

Domain 2 : fisiologis kompleks (lanjutan). Kelas K : manajemen pernafasan. **Kode 3320 :** terapi oksigen. **Aktivitas-aktivitas :** 1) Pertahankan jalan nafas yang paten. 2) Atur peralatan oxygenasi. 3) Monitor aliran oksigen. 4) Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi. 5) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap terapi oksigen.

Lanjut...

Risiko Infeksi

Tujuan : pasien akan terbebas dari infeksi selama dalam perawatan.

NOC : Kriteria Hasil : Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam di harapkan risiko infeksi terkontrol dengan kriteria hasil : **Domain II** : kesehatan fisiologis. **Kelas H** : Respon imun. **Kode 0703** : keparahan infeksi yaitu keparahan tanda dan gejala infeksi meningkat dari 2 (cukup berat) menjadi 4 (ringan). **Indikator/outcome** : **070301** : kemerahan, **070305** : drainase purulen, **070333** : nyeri, **070326** : peningkatan jumlah sel darah putih.

NIC : **Domain 4** : keamanan. **Kelas V** : manajemen risiko. **Kode 6540** : kontrol infeksi. **Aktivitas-aktivitas** : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi. 2) Batasi pengunjung. 3) Pertahankan teknik aseptik. 4) Inspeksi kondisi luka dan area pemasangan infus. 5) Pertankan lingkungan yang sehat dan terhindar dari infeksi. 6) Dorong masukan nutrisi yang cukup. 7) Ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi.



Lanjut...

Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Cedera Biologis

Tujuan : pasien akan terbebas dari rasa nyeri selama dalam perawatan.

NOC : Kriteria Hasil : setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam pasien akan mempertahankan kenyamanan dengan kriteria hasil :
Domain IV : pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku.
Kelas Q : perilaku sehat. **Kode 1605** : kontrol nyeri yaitu tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan).

Indikator/ Outcomes : **160502** : mengenali kapan nyeri terjadi, **160503** : menggunakan tindakan pencegahan, **160513** : melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada profesional kesehatan, **160511** : melaporkan nyeri yang terkontrol.



Lanjut...

NIC : Domain 1 : Fisiologis : Dasar, Kelas E : peningkatan kenyamanan Fisik. Kode 1400 : manajemen nyeri. Aktivitas-aktivitas : 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif (P, Q, R, S, T). 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3) Ajarkan pasien teknik relaksasi. 4) Kolaborasi pemberian analgetik. 5) Tingkatkan istirahat. 6) Observasi TTV.

IMPLEMENTASI

Hari pertama di lakukan yaitu pada tanggal 27 mei 2019 yatu : **Diagnosa Keperawatan 1 : ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. Implementasi :** jam 06.00 Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah : 110/70 mmHg, Pernapasan : 30 X/ menit, Nadi : 80 X/ menit dan Suhu Tubuh : 37 0 C). 06.15 Mengaukultasi bunyi nafas pasien. 06.20 Mengatur posisi pasien (semi fowler), mengatur aliran O2 pasien 2 liter/ menit. Jam 10.00 melakukan nebulizer.

Lanjut...



Diagnosa keperawatan 2 : risiko infeksi
Implementasi : jam 06.30 mengganti laken pasien.
06.35 Memandikan pasien. 06.50 Menggunakan teknik aspetik (cuci tangan) dan merawat luka WSD pasien (Pasien dalam keadaan bersih dan rapih dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka WSD). 09.30 mengajarkan pasien dan keluarga 6 langkah mencuci tangan (Pasien dan keluarga mampu mengikuti instruksi 6 langkah mencuci tangan dengan baik).

Diagnosa keperawatan 3 : Nyeri akut.
Implementasi : jam 10.00 melakukan pengkajian nyeri P,Q,R,S,T, 10.20 Mengajarkan pasien teknik relaksasi. Jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital. 12.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi KTC 3 X 1 ampul/IV) dan menganjurkan pasien untuk istirahat.

Lanjut...

Implementasi hari ke dua dilaksanakan pada tanggal 28 mei 2019. **Diagnosa keperawatan 1** : ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. **Implementasi** : jam 07.30 Mengatur aliran O2 pasien dengan kecepatan 2 liter/menit. 10.00 melakukan nebuliser, 11.00 mengkaji tanda-tanda vital pasien (TTV ; TD : 110/80 mmHg, N : 90 X/ menit, RR : 28 X / menit, S : 37 0 C) dan 11.30 mereposisi pasin miring kiri-kanan.

Diagnosa 2 : risiko infeksi. **Implementasi** : jam 10.30 melakukan AFF infus karena adanya plebitis. 10.50 melakukan 6 langkah mencuci tangan dan memasang ulang infus.

Diagnosa keperawatan 3 : Nyeri akut. **Implementasi** : jam 10.45 Menganjurkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi. Jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital. 12.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi KTC 3 X 1 ampul/IV) dan menganjurkan pasien untuk istirahat.

Lanjut...

Implementasi hari ke tiga dilaksanakan pada tanggal 29 mei 2019. **Diagnosa keperawatan 1** : ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. Jam 08.00 memberikan pasien nebulizer, jam 11.20 mengatur posisi pasien (semi fowler) dan jam 12.10 memperbaiki posisi nasal canul pasien.

Diagnosa 2 : risiko infeksi. **Implementasi** : jam 06.30 mengganti laken pasien dan memandikan pasien. Jam 08.00 merawat luka WSD pasien dan mengkaji adanya tanda-tanda infeksi.

Diagnosa keperawatan 3 : Nyeri akut. **Implementasi** : Jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital. 12.00 kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi KTC 3 X 1 ampul/IV) dan menganjurkan pasien untuk istirahat.

Lanjut...

EVALUASI KEPERAWATAN



Ketidakefektifan Pola Nafas

Pasien merasa nyaman dengan posisi semi fowler, O₂ nasal canul di berikan 2 liter/ menit, Pasien di berikan nebulizer, Tidak terdapat bunyi rongki saat auskultasi dan TTV ; TD : 110/70 mmHg, RR : 29 X/ menit, S : 37⁰ C, N : 84 X/ menit.

Risiko Infeksi

Lingkungan pasien menjadi lebih bersih dan nyaman, Pasien dalam keadaan bersih dan rapih dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka WSD, Pasien dan keluarga mampu mengikuti instruksi 6 langkah mnecuci tangan dengan baik.

Nyeri Akut

Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 4 menjadi skala 2 atau 0, Wajah pasien tampak lebih rileks dan Pasien mendapat injeksi KTC 1 X 3 ampul/ hari.

Lanjut...



PEMBAHASAN

Penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan pada studi kasus asuhan keperawatan Tn. W.B dengan penyakit efusi pleura di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

PENGKAJIAN

Dalam pengkajian Tn. W.B penulis menggunakan metode wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Metode wawancara adalah sebuah dialog yang di lakukan anantara pewawancara dan narasumber. Dalam metode ini, penulis tidak menemukan hambatan yang berarti selama melakukan wawancara, Tn. W.B dan keluarganya dapat menjawab pertanyaan dengan baik. Metode lain yang di gunakan dalam mengumpulkan data adalah observasi.

Lanjut...

Metode observasi adalah suatu metode yang dilakukan dengan mengamati reaksi pasien baik verbal maupun nonverbal terhadap penyakitnya. Pada metode observasi, melalui hasil pengamatan yang telah dilakukan pada pengkajian, penulis menemukan pada kasus Tn. W.B adanya retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu pernafasan. Selain observasi ada juga metode pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara Inspeksi, Palpasi, perkusi dan auskultasi.

Pada saat pengkajian tanggal 24- 05-2019, keluhan utama pasien adalah sesak nafas, pada kondisi ini terjadi obstruksi saluran nafas pada efusi pleura yang merupakan kombinasi spasme otot bronkus, efusi pleura adalah suatu keadaan dimana terdapat penumpukan cairan dalam pleura berupa transudat atau eksudat yang diakibatkan karena terjadinya ketidakseimbangan antara produksi dan absorpsi di kapiler dan pleura viseralis.

Lanjut...

Hal ini menyebabkan udara distal dan tidak dapat di ekspirasi, selanjutnya akan terjadi peningkatan volume residu fungsional dan pasien akan bernafas pada volume yang tinggi yang mendekati kapasitas paru total. Keadaan hiperinflasi ini bertujuan agar saluran penafasan tetap terbuka dan pertukaran gas berjalan lancar (Suyono, 2013).

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Secara teori diagnosa yang umumnya muncul pada pasien dengan efusi pleura adalah ketidakefektifan pola nafas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan gangguan pola tidur. Namun pada kasus efusi pleura yang dialami oleh Tn. W.B penulis mengambil diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas, risiko infeksi dan nyeri akut berdasarkan hasil pengkajian yang di dapatkan.

Lanjut...



INTERVENSI KEPERAWATAN

Secara teori intervensi untuk diagnosa keperawatan ketidakfektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi dengan label NIC : manajemen jalan nafas terdapat 21 intervensi dan yang di gunakan hanya 5 intervensi dan lebel NIC : oxygen terapi terdapat 24 intervensi dan yang digunakan hanya 5 intervensi yang disesuaikan dengan keadaan dan respon klien saat di kaji.

Lanjut...

Berikut adalah intervensi yang di gunakan oleh penulis untul label NIC : manajemen jalan nafas : Monitor tanda-tanda vital, Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara nafas tambahan, Identifikasi kebutuhan aktual atau potensial pasien untuk memasukkan alat bantu untuk membuka jalan napas dan monitor respirasi dan status O₂ dan penulis juga menggunakan intervensi dneg label NIC : Oxygen Therapi dengan intervensi : Pertahankan jalan nafas yang paten, Atur peralatan oxygenasi, Monitor aliran oksygen, Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi dan Monitor adanya kecemasan pasien terhadap terapi oksygen.

Lanjut...



IMPLEMENTASI

Implementasi pada masalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi intervensi keparawatan yang telah di buat ada 5 intervensi yang di sesuaikan dengan kondisi dan respon pasien. Pada hari senin sampai rabu yaitu pada tanggal 27-05-2019 semua implementasi dilaksanakan namun pada tanggal 29-05-2019 implementasi yang tidak dilaksanakan adalah pemberian nebulizer dan oksigen dengan alasan instruksi pemberian O2 dan nebulizer di hentikan, RR dalam batas normal, tidak ada bunyi rongki, tidak ada retraksi dinding dada dan tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan.

Lanjut...

EVALUASI



Evaluasi keperawatan untuk diagnosa ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi di laksanakan pada tanggal 27-05-2019 dengan hasil evaluasi berdasarkan kriteria hasil yaitu Frekuensi pernapasan dalam batas normal (18-24 X/ menit), Irama napas yang normal (teratur), Kedalaman inspirasi, Tidak adanya suara nafas tambahan (suara nafas vesikuler) dan Tidak ada retraksi dinding dada. Masalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi teratasi, intervensi dihentikan. Masalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi dapat teratasi dimana awalnya pasien mengatakan sesak nafas, RR 30 X/ menit, ada retraksi dinding dada, ada bunyi rongki dan menggunakan otot bantu penafasan, setelah di lakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan intervensi keperawatan, sehingga semua keluhan pasien hilang.

Lanjut...



KETERBATASAN STUDI KASUS

Keterbatasan penulis selama menyusun studi kasus ini pertama : karena penyesuaian dengan rumah sakit, karena keterbatasan pasien di ruangan Komodo sehingga saat penelitian sesuai dengan waktu yang di tentukan penulis harus mencari pasien yang baru. Kedua : waktu pengambilan data yang terlalu singkat dan yang ketiga : kurang buku sumber yang tersedia di perpustakaan.

Lanjut...



SEKIAN DAN TERIMAKASIH