

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN EFUSI PLEURA DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI RUANG
MARJAN BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Dianjurkan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar
Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) pada prodi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung

ADITHYA SURYA PRATAMA

AKX.17.002



PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS BHAKTI KENCANABANDUNG

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Adithya Surya Pratama
NIM : AKX.17.002
Prodi : DIII Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Efusi Pleura Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Marjan Bawah RSUD DR. SLAMET GARUT

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim pembimbing dan Masukan Tim penelaah / penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tulis dicantumkan sebagai ajuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Pangandaran 21 Juli 2020

Y: METERAI TEMPEL yatan

076DEAHE798417547

6000
ENAM RIBU RUPAH

Adithya Surya Pratama

AKX.17.002

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN EFUSI PLEURA DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI RUANG
MARJAN BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT**

OLEH

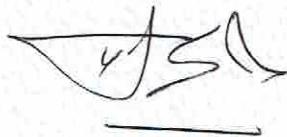
ADITHYA SURYA PRATAMA

AKX.17.002

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal, 21 Juli 2020

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Sri Sulami, S.Kep., MM

NIDK : 9904201162

Pembimbing Pendamping



Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep

NIK : 02004020117

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep

NIK : 02001020009

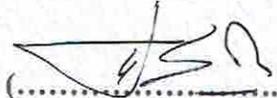
LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN EFUSI PLEURA DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI RUANG
MARJAN BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT
OLEH
ADITHYA SURYA PRATAMA
AKX.17.025

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, Pada tanggal 27 Juli 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua : Sri Sulami, S.Kep., MM

(Pembimbing Utama)



(.....)

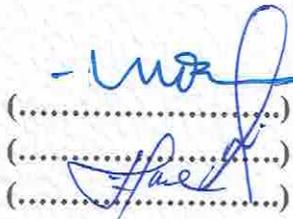
Anggota :

1. A. Aep I, S.Pd., S.Kep., Ners., M. Pd

2. Hikmat, Amk., S.Pd., MM

3. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep

(Pembimbing Pendamping)



(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui,

Universitas Bhakti Kencana
Dekan Fakultas Keperawatan,



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK : 020007020132

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Adithya Surya Pratama
NPM : AKX.17.002
Fakultas : Keperawatan
Prodi : DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul:

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN EFUSI PLEURA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD DR.SLAMET GARUT

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya oranglain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya **Bersedia menerima sanksi** sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, September 2020



Adithya Surya Pratama

Pembimbing I

Sri Sulami, S.Kep., MM

Pembimbing II

Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kesehatan dan dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN EFUSI PLEURA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD DR.SLAMET GARUT” dengan sebaik- baiknya .

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

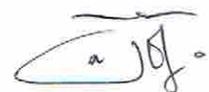
Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini. Maka dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada :

1. H. Mulyana S.H., MPd., MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah S.Kp., M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung
4. Dede Nur Aziz M, M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. Sri Sulami, S.Kep., MM selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dan motivasi yang sangat membantu selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners., M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan dan motivasi yang sangat membantu selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. Dr. Husodo D. Adi, Sp.OI selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Wita Juwita, S.Kep. selaku CI ruangan Marjan Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi selama praktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut.
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana.
10. Untuk kedua orang tua saya yaitu Wawan Hendra Gunawan dan Ai Siti Nurlaela, serta keluarga yang telah memberikan dukungan moril, materi, doa, semangat, kesabaran dan keikhlasan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Untuk Elsyia Yosita Utami yang selalu memberi dukungan motivasi, semangat, dan doa dalam membuat karya tulis ilmiah ini.
12. Untuk sahabat yang telah memberikan semangat, motivasi, dan dukungan dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ilmiah ini.
13. Teman – teman seperjuangan anestesi angkatan XIII yang selalu memberi semangat, support di sela kesibukan kegiatan masing-masing,dan dukungan dalam membuat karya tulis ilmiah ini.

Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua orang yang membutuhkan. Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini terdapat banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat serta hidayahnya kepada kita semua. Aamiin.

Pangandaran, 11 Mei 2020



Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang : Efusi pleura adalah pengumpulan cairan dalam ruang pleura yang terletak diantara permukaan visceral dan parietal, proses penyakit primer jarang terjadi tetapi biasanya merupakan penyakit sekunder terhadap penyakit lain. Berdasarkan data hasil dari *Medical Record* RSUD dr.Slamet Garut 2018 didapatkan bahwa pasien dengan efusi pleura tidak termasuk dalam 10 penyakit terbesar di RSUD dr.Slamet Garut dengan jumlah pasien efusi pleura sebanyak 21 orang dari total keseluruhan pasien rawat inap 29.042 orang dengan presentase 0,07 %. **Tujuan :** untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien efusi pleura dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas. **Metode :** studi kasus eksplorasi bertujuan untuk menemukan jawaban atas pertanyaan 'apa' atau 'siapa' disertai dengan metode pengumpulan data tambahan seperti wawancara, kuesioner, eksperimen, dan lain-lain. **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada pasien 1 masalah dapat teratasi pada hari ketiga dan pada pasien 2 masalah teratasi sebagian pada hari ketiga. **Diskusi :** pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien efusi pleura hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status Kesehatan pasien sebelumnya, sehingga perawat harus melakukan asuhan komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien. **Saran :** Penulis menyarankan pada RSUD dr. Slamet Garut khususnya ruang Marjan Bawah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dapat diwujudkan melalui peningkatan keterampilan, khususnya dalam pemberian terapi nebulizer.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Efusi pleura, Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Daftar Pustaka : 9 buku, 3 jurnal

ABSTRACT

Background : *Pleural effusion is the collection of fluid in the pleural space that is located between the visceral and parietal surfaces, primary disease processes are rare but are usually secondary to other diseases. Based on data from the Medical Records of dr. Slamet Hospital in 2018, it was found that patients with pleural effusion were not included in the 10 biggest diseases in dr. Slamet Hospital in Garut with the number of pleural effusion patients as many as 21 people out of a total of 29,042 inpatients with a percentage of 0.07%. Purpose : to gain experience in conducting nursing care in pleural effusion patients with nursing problems the ineffectiveness of airway clearance. Method : exploratory case studies aim to find answers to 'what' or 'who' questions accompanied by additional data collection methods such as interviews, questionnaires, experiments, and so on. Result : after nursing care is carried out by giving intervention nursing problems ineffectiveness in cleansing the airway in patient 1 problem can be resolved on the third day and in patient 2 the problem is partially resolved on the third day. Discussion : patients with nursing problems the ineffectiveness of airway clearance does not always have the same response in every pleural effusion patient this is influenced by the condition or health status of the previous patient, so nurses must conduct comprehensive care to deal with nursing problems in each patient. Suggestion : The author suggests that Dr. Slamet Garut especially Marjan Lower room to improve the quality of health services can be realized through increased skills, especially in the provision of nebulizer therapy.*

Keywords : Nursing care, Pleural Effusion, Ineffectiveness of airway clearance

References : 9 book, 3 journal

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Pernyataan.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan	iii
Kata Pengantar	iv
Abstrak	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar.....	ix
Daftar Tabel	x
Daftar Bagan	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Singkatan.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Penyakit Efusi Pleura	6
2.1.1 Definisi Efusi Pleura.....	6
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Efusi Pleura.....	6
2.1.3 Klasifikasi	8
2.1.4 Etiologi	8
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	9
2.1.6 Patofisiologi.....	10
2.1.7 Pathway.....	12
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	13

2.1.9	Komplikasi.....	14
2.1.10	Penatalaksanaan.....	15
2.1.11	Konsep Bersihan Jalan Nafas.....	15
2.1.12	Konsep Terapi Nebulizer.....	16
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan Efusi Pleura.....	17
2.2.1	Pengkajian.....	17
2.2.2	Diagnosa Keperawatan	30
2.2.3	Intervensi Keperawatan	31
2.2.4	Implementaasi Keperawatan.....	55
2.2.5	Evaluasi Keperawatan	56
BAB III METODE PENELITIAN		58
3.1	Desain Penelitian	58
3.2	Batasan Istilah	58
3.3	Partisipan Penelitian	59
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	59
3.5	Pengumpulan Data	60
3.6	Uji Keabsahan Data.....	61
3.7	Analisa Data	61
3.8	Etik Penelitian KTI.....	63
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		66
4.1	Hasil.....	66
4.1.1	Gambaran dan Lokasi Pengambilan Data.....	66
4.1.2	Pengkajian.....	66
4.1.3	Analisa Data.....	76
4.1.4	Diagnosa Keperawatan	81
4.1.5	Intervensi Keperawatan	82
4.1.6	Implementasi Keperawatan	84
4.1.7	Evaluasi.....	87
4.2	Pembahasan	88
4.2.1	Pengkajian.....	89
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	93
4.2.3	Intervensi Keperawatan	93
4.2.4	Implementasi Keperawatan	98
4.2.5	Evaluasi Keperawatan	100
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		101
5.1	Kesimpulan.....	101
5.2	Saran	104

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi yang berhubungan dengan Efusi Pleura	6
---	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas.....	32
Tabel 2.2 Intervensi Gangguan Pertukaran Gas	34
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Pola Nafas	37
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi	41
Tabel 2.5 Intervensi Nyeri Akut	43
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Rasa Nyaman	47
Tabel 2.7 Intervensi Resiko Infeksi	48
Tabel 2.8 Intervensi Intoleransi Aktivitas	51
Tabel 2.9 Intervensi Defisit Perawatan Diri Mandi.....	53
Tabel 4.1 Identitas Pasien	66
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	67
Tabel 4.3 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	68
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik.....	69
Tabel 4.5 Data Psikologi.....	72
Tabel 4.6 Data Sosial	73
Tabel 4.7 Data Spiritual	73
Tabel 4.8 Hasil Laboratorium.....	74

Tabel 4.9 Program dan Rencana Pengobatan	75
Tabel 4.10 Analisa Data.....	76
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan	80
Tabel 4.12 Intervensi Keperawatan	81
Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan	83
Tabel 4.14 Evaluasi	86

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway	12
-------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Konsultasi KTI

Lampiran II Surat Persetujuan dan Justifikasi Kasus

Lampiran III Lembar Persetujuan Jadi Responden

Lampiran IV Lembar Observasi

Lampiran V Satuan Acara Penyuluhan Batuk Efektif di Rumah

Lampiran VI Leaflet Batuk Efektif di Rumah

Lampiran VII Jurnal Penelitian

Lampiran VIII Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

Hb	: <i>Haemoglobin</i>
Ht	: <i>Hematokrit</i>
WHO	: World Health Organization
WOD	: Wawancara, Observasi, Dokumentasi
mmHg	: Milimeter Hydrargyrum
CRT	: Capillary Refill Time
GCS	: Glasgow Coma Scale
g/dL	: Gram per Deciliter
%	: Persen
/mm ³	: Per Milimeter Kubik
IV	: Intra Vena
TTV	: Tanda - Tanda Vital
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
R	: Respirasi
S	: Suhu

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Efusi pleura merupakan manifestasi dari penyakit lain yang mendasari, maka dari itu angka insidennya sulit untuk ditentukan dan diketahui. Masih sedikit penelitian dan survey yang telah dilakukan. Namun, beberapa studi menuliskan bahwa estimasi prevalensi efusi pleura adalah 320 dari 100.000 kasus di negara industri di mana persebaran etiologi tergantung dari prevalensi penyakit yang mendasarinya (Dwianggita, 2016). Efusi pleura adalah pengumpulan cairan dalam ruang pleura yang terletak diantara permukaan visceral dan parietal, proses penyakit primer jarang terjadi tetapi biasanya merupakan penyakit sekunder terhadap penyakit lain. Secara normal, ruang pleural mengandung sejumlah kecil cairan (5 sampai 15ml) berfungsi sebagai pelumas yang memungkinkan permukaan pleural bergerak tanpa adanya friksi (Smeltzer C Suzanne, 2002).

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2014, mengemukakan bahwa di Negara berkembang termasuk Indonesia. Efusi pleura paling sering terjadi dikarenakan oleh penyakit Tuberkolusis. Sedangkan di Dunia ada sekitar 9,6 juta kasus Tuberkolusis, 5,4 juta diantaranya terjadi pada pria dan 3,2 juta terjadi pada wanita dan 1 juta terjadi pada anak-anak, menurut (Bielsa & Porcel, 2016). Berdasarkan RISKESDAS (2013) Di Indonesia belum ada data Nasional yang

menggambarkan prevalensi efusi pleura. Pada tahun 2013 penyakit menular yang dapat memicu terjadinya efusi pleura seperti tuberculosis (TBC) 0,4% dari penduduk Indonesia, pneumonia 2,7%. Sedangkan prevalensi penyakit tidak menular seperti gagal jantung yang pernah di diagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,13% dan gagal ginjal kronik sebesar 0,2%. Di Provinsi Jawa Barat tidak ada didapati data prevalensi angka kejadian efusi pleura, namun ada 2 dari 10 penyakit terbanyak di Jawa Barat yang dapat memicu terjadinya efusi pleura seperti penyakit Pneumonia 2,5%, dan TB Paru 0,5% (RISKESDAS, 2018).

Berdasarkan data hasil dari *Medical Record* RSUD dr. Slamet Garut 2018 didapatkan bahwa pasien dengan efusi pleura tidak termasuk dalam 10 penyakit terbesar di RSUD dr. Slamet Garut dengan jumlah pasien efusi pleura sebanyak 21 orang dari total keseluruhan pasien rawat inap 29.042 orang dengan presentase 0,07 % dan ini tetap menjadi masalah serius karena efusi pleura merupakan gangguan sistem pernafasan yang menimbulkan penumpukan cairan yang abnormal pada dinding pleura dan dapat menimbulkan sumbatan jalan nafas. Hal ini menyebabkan timbulnya napas berbunyi (*Ronkhi*), batuk-batuk, dada sesak, dan gangguan bernapas yang menyebabkan berbagai masalah keperawatan seperti ketidakefektifan bersihan jalan nafas, ketidakefektifan pola nafas, gangguan pertukaran gas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, nyeri akut, intoleransi aktifitas, resiko infeksi, defisit perawatan diri. Disebabkan karena peningkatan kerja otot pernafasan, maka perawat sebagai pemberi asuhan

keperawatan melalui tindakan mandiri dan kolaboratif memfasilitasi pasien untuk menyelesaikan masalah keperawatan dengan diberikan intervensi seperti memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, melakukan fisioterapi dada, mengauskultasi suara nafas, monitor respirasi dan status O₂, dan menjelaskan semua prosedur dan apa tujuan tindakan yang dilakukan. Dampak dari ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah penderita mengalami kesulitan bernafas dan gangguan pertukaran gas di dalam paru-paru.

Berdasarkan data – data tersebut penulis tertarik untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan proses keperawatan dalam sebuah karya tulis dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Efusi Pleura Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka yang menjadi perumusan masalah adalah “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Efusi Pleura dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut?”

1.3 Tujuan Penulisan

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif baik biologi, psikologi, sosial dan

spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan : Efusi Pleura di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah penulis dapat melakukan asuhan keperawatan yang meliputi :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan: Efusi Pleura dengan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan : Efusi Pleura dengan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut.
- c. Membuat rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan : Efusi Pleura dengan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah ditentukan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan : Efusi Pleura dengan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut.
- e. Mengevaluasi hasil keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan : Efusi Pleura dengan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut.

1.4 Manfaat Penulisan

Manfaat penelitian yang dapat diperoleh yaitu :

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penulisan ini diharapkan dapat menjadi acuan ilmu keperawatan dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien Efusi Pleura dengan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penulisan ini diharapkan dapat bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi Penulis

Dapat menambah pengetahuan tentang penyakit Efusi Pleura dan dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien Efusi Pleura dengan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

1.4.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Penulisan ini diharapkan dapat menambah jumlah karya ilmiah yang dihasilkan oleh mahasiswa dan juga sebagai salah satu sumber acuan tentang Asuhan Keperawatan klien Efusi Pleura dengan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

1.4.2.3 Bagi Rumah Sakit

Penulisan ini diharapkan sebagai acuan bagi perawat untuk pemberian Asuhan Keperawatan pada klien Efusi Pleura dengan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

BAB II

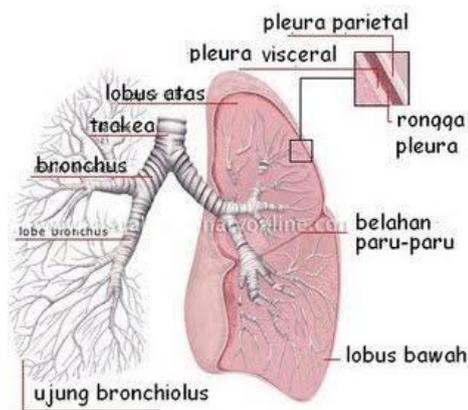
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Efusi Pleura

2.1.1 Definisi 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 istilah yang digunakan bagi penimbunan cairan dalam rongga pleura (Price & Wilson, 2006).

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Pleura



Gambar 2.1 (Sumber : Utama, 2018)

Paru-paru terletak di dalam rongga dada (mediastinum), dilindungi oleh struktur tulang selangka. Rongga dada dan perut dibatasi oleh suatu sekat disebut diafragma. Masing-masing paru-paru dipisahkan satu sama lain oleh jantung dan pembuluh-pembuluh besar serta struktur-struktur lain dalam rongga dada.

Selaput yang membungkus paru-paru disebut pleura. Paru-paru terbenam bebas dalam rongga pleuranya sendiri. Paru-paru dibungkus oleh selaput yang bernama pleura. Pleura dibagi menjadi dua yaitu :

1. Pleura visceral (selaput dada pembungkus), yaitu selaput paru yang langsung membungkus paru.
2. Pleura parietal, yaitu selaput yang melapisi rongga dada luar.

Antara kedua pleura ini terdapat rongga (kavum) yang disebut kavum pleura. Pada keadaan normal, kavum pleura ini hampa udara, sehingga paru-paru dapat berkembang kempis dan juga terdapat sedikit cairan (eksudat) yang berguna untuk meminyaki permukaan pleura, menghindari gesekan antara paru-paru dan dinding dada sewaktu ada gesekan bernafas.

Normalnya hanya terdapat 10/20 ml cairan dalam rongga pleura. Jumlah cairan di rongga pleura tetap, karena adanya tekanan hidrostatis sebesar 9 cmH₂O. Akumulasi cairan pleura dapat terjadi apabila tekanan osmotik koloid menurun (misalnya pada penderita hipoalbuminemia dan bertambahnya permeabilitas kapiler akibat ada proses peradangan atau neoplasma, bertambahnya tekanan hidrostatis akibat kegagalan jantung) dan tekanan negatif intrapleura apabila terjadi atelektasis paru.

2.1.3 Klasifikasi

Efusi pleura dibagi menjadi 2 yaitu : (Morton,2012)

1. Efusi pleura transudat

Merupakan ultrafiltrat plasma,yang menandakan bahwa membran pleura tidak terkena penyakit.Akumulasi cairan disebabkan oleh faktor sistemik yang mempengaruhi produksi dan absorbs cairan pleura seperti (gagal jantung kongestif,atelektasis,sirosis,sindrom nefrotik,dan dialysis peritoneum).

2. Efusi pleura eksudat

Ini terjadi akibat kebocoran cairan melewati pembuluh kapiler yang rusak dan masuk kedalam paru yang dilapisi pleura tersebut atau kedalam paru terdekat.Kriteria efusi pleura eksudat :

- a. Rasio cairan pleura dengan protein serum lebih dari 0,5.
- b. Rasio cairan pleura dengan dehidrogenase laktat (LDH) lebih dari 0,6.
- c. LDH cairan pleura dua pertiga atas batas normal LDH serum.

Penyebab efusi pleura eksudat seperti pneumonia,empisema,penyakit metastasis (misal kanker paru,payudara,lambung,atau ovarium),hemotorak,infark paru,keganasan,rupture aneurisma aorta.

2.1.4 Etiologi

Efusi pleura adalah akumulasi cairan pleura akibat peningkatan kecepatan produksi cairan, penurunan kecepatan pengeluaran cairan atau

keduanya, ini disebabkan oleh satu dari lima mekanisme berikut :

(Morton,2012)

1. Peningkatan tekanan pada kapiler subpleura atau limfatik
2. Peningkatan permeabilitas kapiler
3. Penurunan tekanan osmotik koloid darah
4. Peningkatan tekanan negative intrapleura
5. Kerusakan drainase limfatik ruang pleura

Penyebab efusi pleura :

Infeksi : tuberculosis,pneumonitis,abses paru perforasi esophagus dan abses subfrenik.

Noninfeksi : karsinoma paru,karsinoma pleura : primer dan sekunder,karsinoma mediastinum,tumor ovarium,bendungan jantung : gagal jantung,perikarditis konstriktiva,gagal hati,gagal ginjal,hipotiroidisme,kilotoraks dan emboli paru.

Tampilan cairan efusi pleura

Jernih, kekuningan (tanpa darah)	Tumor jinak Tumor ganas Tuberculosis
Seperti susu 1. Tidak berbau (kilus) 2. Berbau (nanah)	1. Pascatrauma 2. Empisema
Hemoragik	Keganasan Trauma

2.1.5 Manifestasi Klinis

1. Adanya timbunan cairan mengakibatkan perasaan sakit karena gesekan, setelah cairan cukup banyak rasa sakit hilang. Bila cairan banyak, penderita akan sesak nafas.
2. Adanya gejala penyakit penyebab seperti demam, menggigil, dan nyeri dada pleuritis (pneumonia), panas tinggi (kokus), subfebril (tuberkulosis), banyak keringat, batuk, banyak riak.
3. Deviasi trachea menjauhi tempat yang sakit dapat terjadi jika terjadi penumpukan cairan pleural yang signifikan.
4. Pemeriksaan fisik dalam keadaan berbaring dan duduk akan berlainan, karena cairan akan berpindah tempat. Bagian yang sakit akan kurang bergerak dalam pernafasan, fremitus melemah (raba dan vocal), pada perkusi didapati daerah pekak, dalam keadaan duduk permukaan cairan membentuk garis melengkung (garis Ellis Damoiseu).
5. Didapati segitiga Garland, yaitu daerah yang pada perkusi redup timpani dibagian atas garis Ellis Domiseu. Segitiga Grocco-Rochfusz, yaitu daerah pekak karena cairan mendorong mediastinum kesisi lain, pada auskultasi daerah ini didapati vesikuler melemah dengan ronkhi.
6. Pada permulaan dan akhir penyakit terdengar krepitasi pleura.

2.1.6 Patofisiologi

Patofisiologi terjadinya efusi pleura tergantung pada keseimbangan antara cairan dan protein dalam rongga

pleura. Dalam keadaan normal cairan pleura dibentuk secara lambat sebagai filtrasi melalui pembuluh darah kapiler. Filtrasi ini terjadi karena perbedaan tekanan osmotik plasma dan jaringan interstisial submesotelial, kemudian melalui sel mesotelial masuk ke dalam rongga pleura. Selain itu cairan pleura dapat melalui pembuluh limfe sekitar pleura.

Proses penumpukan cairan dalam rongga pleura dapat disebabkan oleh peradangan. Bila proses radang oleh kuman piogenik akan terbentuk pus/nanah, sehingga terjadi empiema/piotorak. Bila proses ini mengenai pembuluh darah sekitar pleura dapat menyebabkan hemotorak.

Efusi cairan dapat berbentuk transudat, terjadinya karena penyakit lain bukan primer paru seperti gagal jantung kongestif, sirosis hati, sindroma nefrotik, dialisis peritoneum, hipoalbuminemia oleh berbagai keadaan, perikarditis kontriktiva, keganasan, atelektasis paru dan pneumotorak.

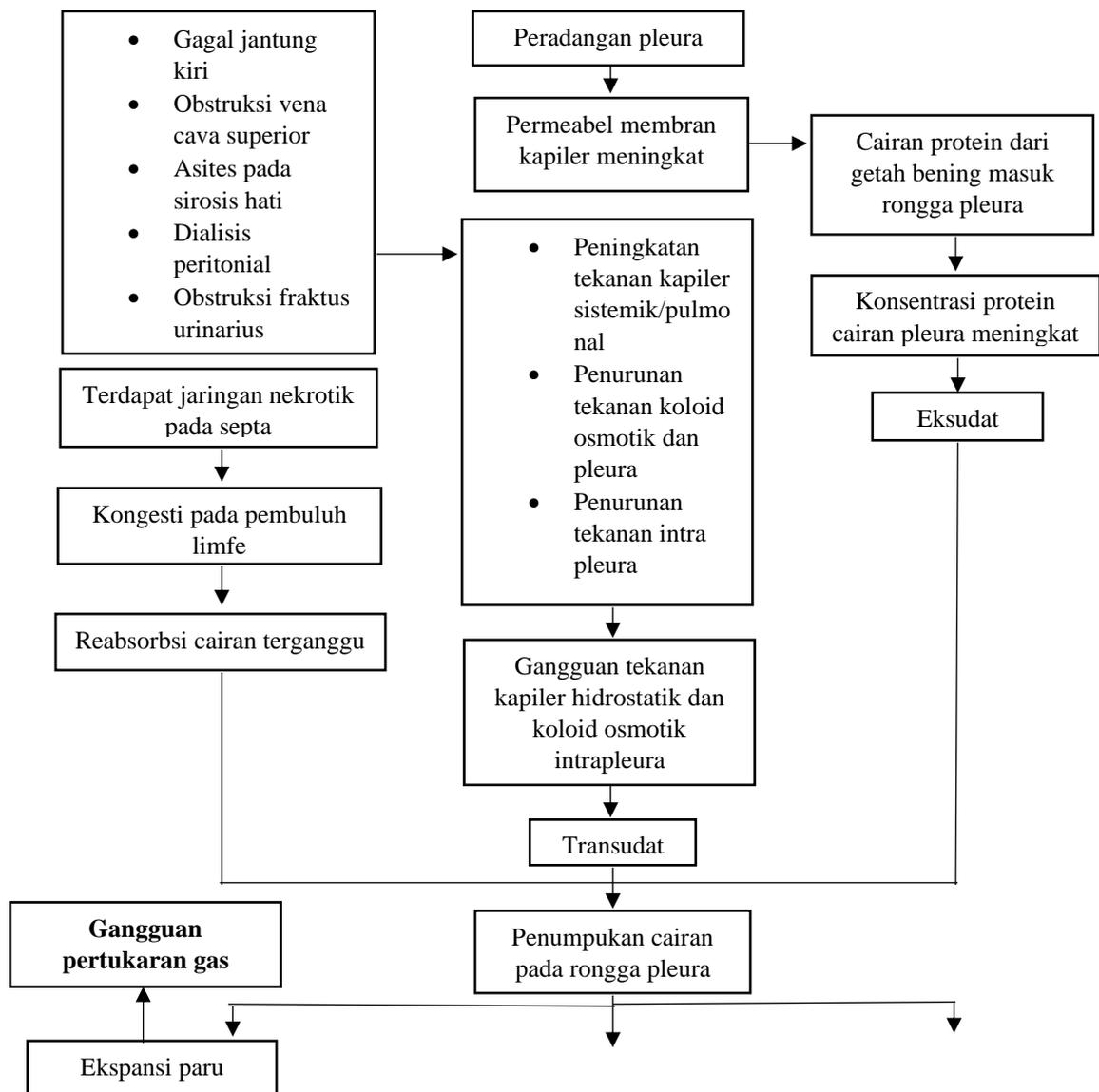
Efusi eksudat terjadi bila ada proses peradangan yang menyebabkan permeabilitas kapiler pembuluh darah pleura meningkat sehingga sel mesotelial berubah menjadi bulat atau kuboidal dan terjadi pengeluaran cairan ke dalam rongga pleura. Penyebab pleuritis eksudativa yang paling sering adalah karena mikobakterium tuberkulosis dan dikenal sebagai pleuritis eksudativa tuberkulosa. Sebab lain seperti parapneumonia, parasit

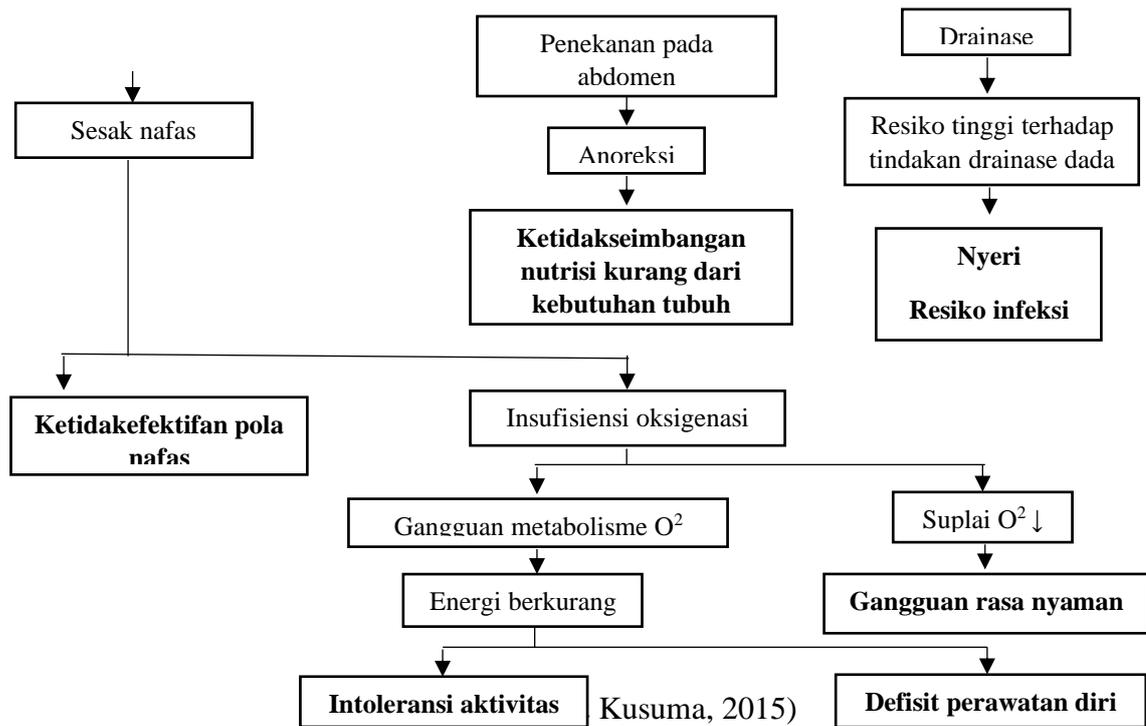
(amuba, paragonimiosis, ekinokokkus), jamur, pneumonia atipik (virus, mikoplasma, fever, legionella), keganasan paru, proses imunogolik seperti pleuritis lupus, pleuritis rematoid, sarkoidosis, radang sebab lain seperti pankreatitis, absestosis, pleuritis uremia dan akibat radiasi.

2.1.7 Pathway

Bagan 2.1

Pathway Patofisiologi Efusi Pleura





2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan radiologik(rotgen dada), pada permulaan didapati menghilangnya sudut kostofrenik.Bila cairan lebih 300ml, akan tampak cairan dengan permukaan melengkung.Mungkin terdapat pergeseran di mediastinum.
2. Ultrasonografi
3. Torakosentesis / pungsi pleura untuk mengetahui kejernihan,warna,biakan tampilan,sitologi,berat jenis. Fungsi pleura diantara linea aksilaris anterior dan posterior,pada sela iga ke-8. Didapati cairan yang mungkin serosa(serotorak),berdarah(hemotoraks),pus(piatoraks) atau kilus(kilotoraks).Bila cairan serosa mungkin berupa transudat(hasil bendungan) atau eksudat(hasil radang).

4. Cairan pleural dianalisis dengan kultur bakteri, pewarnaan gram, basil tahan asam (untuk TBC), hitung sel darah merah dan sel darah putih, pemeriksaan kimiawi (glukosa, amylase, laktat dehidrogenase (LDH), protein), analisis sitologi untuk sel-sel malignan, dan pH.
5. Biopsi pleura mungkin juga dilakukan.

2.1.9 Komplikasi

1. Fibrothoraks

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

2. Atelektasis

Pengembangan paru yang tidak sempurna yang disebabkan oleh penekanan akibat efusi pleura disebut juga atelektasis.

3. Fibrosis

Pada fibrosis paru merupakan keadaan patologis dimana terdapat jaringan ikat paru dalam jumlah yang berlebihan. Fibrosis timbul akibat cara perbaikan jaringan sebagai lanjutan suatu proses penyakit paru yang menimbulkan peradangan. Pada

efusi pleura, atelektasis yang berkepanjangan dapat mengakibatkan penggantian jaringan baru yang terserang dengan jaringan fibrosis.

2.1.10 Penatalaksanaan

1. Tirah baring

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

2. Thorakosentesis

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

3. Antibiotik

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

4. Pleurodesis

Pada efusi karena keganasan dan efusi rekuren lain, diberikan obat (tetrasiklin, kalk dan biomisin) melalui selang interkostalis untuk melekatkan kedua lapisan pleura dan mencegah cairan terakumulasi kembali.

2.1.11 Konsep Bersihan Jalan Nafas

ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas(Nurarif & Kusuma, 2015). Bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obtruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Menurut penulis bersihan jalan nafas tidak efektif adalah keadaan dimana adanya sekret dalam saluran nafas yang tidak dapat diatasi oleh penderita secara mandiri. Tanda-tandanya antara lain seperti, batuk tidak efektif,sputum berlebih,suara nafas mengi atau *wheezing* dan *ronkhi*. Dampak dari ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah penderita mengalami kesulitan bernafas dan gangguan pertukaran gas di dalam paru-paru.

2.1.12 Konsep Terapi Nebulizer

Nebulizer adalah alat yang digunakan untuk merubah obat dari bentuk cair ke bentuk partikel *aerosol*, bentuk aerosol ini sangat bermanfaat apabila dihirup atau dikumpulkan dalam organ paru, *nebulizer* menghasilkan *aerosol* dengan aliran gas kuat yang dihasilkan oleh kompresor, volume isi adalah jumlah total cairan obat yang dihasilkan yang diisi kedalam labu *nebulizer* pada tiap kali nebulisasi (Syamsudin, 2013).

Tujuan pemberian nebulizer adalah untuk mengurangi sesak, untuk mengencerkan dahak, bronkospasme berkurang atau menghilang dan menurunkan hiperaktivitas bronkus serta mengatasi infeksi dan untuk pemberian obat-obat aerosol ini. Nebulizer ini menghasilkan partikel yang lebih halus, yakni 2-8 mikron (Wahyuni, 2014).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Efusi Pleura

Proses keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan setiap tahap saling ketergantungan dan saling berhubungan (Alimatul Aziz, 2009).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada (Alimatul Aziz, 2009).

2.2.1.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan pasien yang normal maupun yang terdapat kesenjangan untuk mengidentifikasi pola fungsi kesehatan pasien baik yang efektif optimal maupun yang bermasalah (Rohmah & Walid, 2014).

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi secara sistematis dan kontinu untuk menentukan berbagai masalah dan kebutuhan keperawatan pasien (Evania, 2013).

a. Identitas Diri

Identitas diri pasien yang harus diketahui terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, dan penanggung jawab (Muttaqin & Sari, 2011).

Data identitas yang harus diketahui selanjutnya yaitu tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor registrasi, dan diagnosa medis pasien.

b. Keluhan Utama

Biasanya pada pasien efusi pleura keluhan utama yang dirasakan adalah batuk, dan susah nafas(sesak), rasa berat pada dada, nyeri pleuritik akibat iritasi pleura yang bersifat tajam dan terlokalisir terutama pada saat batuk dan bernafas serta batuk non produktif. Biasanya

gejala efusi pleura yang paling sering dikeluhkan adalah dispnea.(Arif Muttaqin,2008)

c. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan bukan hanya sekedar informasi sederhana, penulis akan mendapatkan informasi yang lebih banyak dari riwayat kesehatan ini namun memerlukan waktu yang lama untuk mendapatkannya (rohmah, 2012).

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasannya pada pasien dengan gangguan efusi pleura akan diawali dengan adanya tanda-tanda seperti batuk, sesak nafas, nyeri pleuritik, rasa berat pada dada, berat badan menurun, dsb. Sesak yang karakternya berubah membangkitkan kecurigaan terhadap efusi pleura (Arif Muttaqin,2008).
Penjelasan riwayat penyakit sekarang memuat keluhan utama pasien saat dilakukan pengkajian meliputi PQRST yaitu :

P = Paliatif - Provokatus

Memuat apa yang menyebabkan gejala, apa yang bisa memperberat atau mengurangi keluhan.

Q = Kualitas – Quantitas

Memuat bagaimana gejala dirasakan, dan sejauh mana gejala dirasakan.

R = Region – Radiasi

Memuat dimana gejala dirasakan, dan apakah menyebar.

S = Skala – Severity

Memuat seberapa tingkat keparahan dirasakan, dan pada skala berapa.

T = Time

Memuat kapan gejala mulai timbul, seberapa sering gejala dirasakan, tiba-tiba atau bertahap, dan seberapa lama gejala dirasakan.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu perlu ditanyakan apakah pasien pernah menderita penyakit seperti TBC paru, pneumonia, gagal jantung, trauma, asites, dan sebagainya. Hal ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya faktor predisposisi (Arif Muttaqin,2008).

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga perlu ditanyakan apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit-penyakit yang di sinyalir sebagai penyebab

efusi pleura seperti Ca Paru, asma, TB paru, dll (Arif Muttaqin, 2008).

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

1. Nutrisi

Dalam pengkajian nutrisi kita perlu melakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan untuk mengetahui status nutrisi pasien. Perlu ditanyakan kebiasaan makan dan minum sebelum dan sesudah masuk RS, pasien dengan efusi pleura akan mengalami penurunan nafsu makan akibat dari sesak nafas dan penekanan pada struktur abdomen (Arif Muttaqin, 2008).

2. Eliminasi

Dalam pengkajian pola eliminasi perlu ditanyakan mengenai kebiasaan defekasi sebelum dan sesudah masuk RS. Karena biasanya pada pasien efusi pleura keadaan umum pasien lemah, pasien akan lebih banyak bedrest, sehingga akan menimbulkan konstipasi, selain akibat pencernaan pada struktur abdomen menyebabkan penurunan peristaltik otot-otot tractus digestivus. Biasanya pada pasien efusi pleura terjadi penurunan pemasukkan makanan,

bahkan sampai terjadi nafsu makan menurun (Arif Muttaqin, 2008).

3. Personal Hygiene

Klien mengalami kelemahan, ketidakmampuan kebiasaan rutin, dispnea karena aktivitas. Untuk memenuhi ADL sebagian kebutuhan pasien biasanya dibantu oleh perawat dan keluarganya (Arif Muttaqin, 2008).

4. Istirahat Tidur

Karena adanya nyeri dada, sesak nafas dan peningkatan suhu tubuh akan berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien dengan gangguan efusi pleura (Arif Muttaqin, 2008).

5. Aktivitas

Akibat sesak nafas, kebutuhan O₂ jaringan akan kurang terpenuhi dan akan cepat mengalami kelelahan pada aktifitas minimal. Di samping itu pasien juga akan mengurangi aktifitasnya akibat adanya nyeri dada (Arif Muttaqin, 2008).

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dimulai dengan mengamati keadaan umum dan menilai tingkat kesadaran pasien. Keadaan umum pasien efusi pleura biasanya terlihat

lemah, dan tingkat kesadarannya normal (compos mentis).

Pemeriksaan fisik menggunakan metode IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan secara head to toe dengan pencatatan hasil dilakukan secara sistem.

1. Sistem Pernafasan

a. Inspeksi

Pada pasien efusi pleura bentuk hemothorax yang sakit mencembung, rusuk mendatar, ruang antar rusuk melebar, pergerakan pernafasan menurun. Pendorongan mediastinum ke arah hemothorax kontra lateral yang diketahui dari posisi trakhea dan ictus kordis, RR cenderung meningkat dan klien biasanya dyspneu. Fremitus tokal menurun terutama untuk efusi pleura yang jumlah cairannya > 250 cc.

b. Perkusi

Redup sampai pekak tergantung jumlah cairannya. Bila cairannya tidak mengisi penuh rongga pleura, maka akan terdapat batas atas cairan berupa garis lengkung dengan ujung lateral atas ke medical penderita dalam posisi

duduk. Garis ini disebut garis Ellis-Damoisseaux. Garis ini paling jelas dibagian depan dada, kurang jelas di punggung.

c. Auskultasi

Suara nafas menurun sampai menghilang. Pada posisi duduk cairan makin ke atas makin tipis, dan dibaliknya ada kompresi atelektasis dari parenkian paru, mungkin saja akan ditemukan tanda-tanda dari atelektasis kompresi disekitar batas atas cairan.

d. Palpasi

Pada palpasi ditemukan pergerakan dinding dada yang tertinggal pada dada yang sakit.

2. Sistem Kardiovaskuler

a. Inspeksi

Perlu diperhatikan letak ictus cordis, normal berada pada ICS -5 pada linea medio claviculatus kiri selebar 1 cm. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya pembesaran jantung.

b. Palpasi

Untuk menghitung frekuensi jantung (health rate) dan harus diperhatikan kedalaman dan

teratur tidaknya denyut jantung, perlu juga memeriksa adanya thrill yaitu getaran ictuscordis.

c. Perkusi

Untuk menentukan batas jantung dimana daerah jantung terdengar pekak. Hal ini bertujuan untuk menentukan adakah pembesar jantung atau ventrikel kiri.

d. Auskultasi

Untuk menentukan suara jantung I dan II tunggal atau gallop dan adakah bunyi jantung III yang merupakan gejala payah jantung serta adakah murmur yang menunjukkan adanya peningkatan arus turbulensi darah.

3. Sistem Pencernaan

a. Inspeksi

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

b. Auskultasi

Untuk mendengarkan suara peristaltik usus dimana nilai normalnya 5-35 x/menit.

c. Palpasi

Perlu juga diperhatikan, adanya nyeri tekan abdomen, adakah massa (tumor, feces), turgor kulit perut untuk mengetahui derajat hidrasi pasien, apakah hepar teraba.

d. Perkusi

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

4. Sistem Neurologis

a. Inspeksi

Tingkat kesadaran perlu dikaji. Disamping juga diperlukan pemeriksaan GCS. Adakah composmentis atau somnolen atau comma.

b. Pemeriksaan refleks patologis dan refleks fisiologisnya.

c. Selain itu fungsi-fungsi sensoris juga perlu dikaji seperti pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan dan pengecap.

5. Sistem Muskuloskeletal

a. Inspeksi

Perlu diperhatikan adakah edema peritibial.

b. Palpasi

Pada kedua ekstremitas untuk mengetahui tingkat perfusi perifer serta dengan pemeriksaan capillary refiltime.

c. Dengan inspeksi dan palpasi dilakukan pemeriksaan kekuatan otot kemudian dibandingkan antara kiri dan kanan.

6. Sistem Integumen

a. Inspeksi

Mengenai keadaan umum kulit hygiene, warna ada tidaknya lesi pada kulit, pada pasien dengan efusi biasanya akan tampak cyanosis akibat adanya kegagalan sistem transport O₂.

b. Palpasi

Perlu diperiksa mengenai kehangatan kulit (dingin, hangat, demam). Kemudian tekstur kulit (halus, lunak, kasar) serta turgor kulit untuk mengetahui derajat hidrasi seseorang.

f. Pemeriksaan Psikologis

Kaji status emosional, konsep diri, mekanisme koping, harapan serta pemahaman pasien tentang kondisi kesehatan.

1. Status Emosi

Kaji emosi pasien akibat proses penyakit yang tidak diketahui / tidak pernah diberitahu sebelumnya.

2. Pola Koping

Dalam hal ini pasien akan mengalami stress karena belum mengetahui proses penyakitnya. Mungkin pasien akan banyak bertanya pada perawat atau dokter yang merawatnya atau orang yang mungkin dianggapnya lebih tahu mengenai penyakit yang sedang dialaminya (Arif Muttaqin, 2008).

3. Konsep Diri

Kaji perasaan pasien yang berhubungan dengan kesadaran akan dirinya sendiri meliputi ; gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, dan identitas diri.

a) Gambaran Diri

Pada pasien dengan gangguan efusi pleura akan mengalami perubahan persepsi pada dirinya, pasien yang tadinya sehat, tiba-tiba mengalami sesak nafas, nyeri dada, sebagai orang awam, pasien mungkin akan beranggapan bahwa penyakitnya adalah penyakit yang berbahaya (Arif Muttaqin, 2008).

b) Ideal Diri

Kaji persepsi pasien tentang bagaimana ia berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau personal tertentu

c) Harga Diri

Kaji penilaian pribadi pasien terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa jauh perilaku pasien memenuhi ideal dirinya.

d) Peran Diri

Karena proses penyakitnya, pasien dengan gangguan efusi pleura akan mengalami perubahan peran, baik peran dalam keluarga maupun dalam lingkungannya (Arif Muttaqin, 2008).

e) Identitas Diri

Kaji kesadaran pasien akan diri sendiri yang merupakan sintesis dari semua aspek konsep diri sebagai satu kesatuan yang utuh.

g. Data psikososial

Kaji bagaimana status emosi, dan harapan pasien tentang penyakit yang dideritanya, bagaimana gaya komunikasi dan sosialisasi pasien dengan keluarga atau masyarakat, interaksi pasien di rumah sakit gaya hidup sehari-hari serta kepuasan pelayanan keperawatan yang di rasakan pasien di rumah sakit.

h. Data spiritual

Kehidupan beragama pasien dan kebiasaan pasien dalam beribadah akan terganggu, karena proses penyakitnya (Arif Muttaqin, 2008).

i. Data Penunjang

Data penunjang dilakukan sesuai indikasi seperti : foto thoraks, laboratorium, rekam jantung, dan lain-lain. Pemeriksaan ini perlu untuk memvalidasi data dalam penegakan diagnosa.

2.2.1.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam mengembangkan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi latar belakang ilmu pengetahuan, pengalaman, pengertian tentang substansi ilmu keperawatan, dan proses penyakit (Evania, 2013).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual dan potensial (Aziz, 2009).

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada pasien efusi pleura menurut Nurarif & Kusuma (2015) yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukkan cairan dalam rongga pleura
2. Gangguan pertukaran gas b.d penurunan kemampuan ekspansi paru,kerusakan membrane alveolar-kapiler
3. Ketidakefektifan pola nafas b.d penurunan ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d pengkatan metabolisme tubuh,penurunan nafsu makan akibat sesak nafas sekunder terhadap penekanan struktur abdomen
5. Nyeri akut b.d proses tindakan drainase
6. Gangguan rasa nyaman b.d batuk yang menetap dan sesak nafa serta perubahan suasana lingkungan
7. Resiko infeksi b.d tindakan drainase (luka pemasangan WSD)
8. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan,dyspneu setelah beraktifitas
9. Defisit perawatan diri b.d kelemahan fisik

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Intervensi menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah & Walid, 2014).

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d menurunnya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukkan cairan dalam rongga pleura

Table 2.1

Intervensi ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	NOC	NIC	
Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Batasan karakteristik : 1. Tidak ada batuk 2. Suara nafas tambahan 3. Perubahan frekuensi nafas 4. Perubahan irama nafas 5. Sianosis	1. Respiratory status : ventilation 2. Respiratory status : airway patency Kriteria hasil : 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan	Airway suction 1. Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning 2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning 3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning 4. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan 5. Berikan O2 dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal	1. Memastikan dengan benar apa yang menjadi kebutuhan klien 2. Mengetahui perbedaan suara nafas sebelum dan sesudah diberikan suction 3. Informed consent sangat diperlukan dalam komunikasi terapeutik karena dengan informasi yang jelas dan tepat, maka klien dan keluarga dapat mengambil keputusan atas tindakan yang akan diberikan pada klien 4. Memberikan ketenangan pada

6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara	jalan nafas yang paten (klien tidak merasa	6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan	klien 5. Mencegah terjadinya kekurangan oksigen selama suction
7. Penurunan bunyi nafas	tercekik, irama nafas, frekuensi	7. Anjurkan pasien untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal	berlangsung 6. Mencegah terjadinya infeksi
8. Dyspneu	pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)	8. Monitor status oksigen pasien	7. Memberikan kenyamanan
9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan		9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion	8. Saturasi oksigen dapat menunjukkan perubahan status kesehatan klien yang dapat menyebabkan hipoksia
10. Batuk yang tidak efektif		10. Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukan bradikardi, peningkatan saturasi O ₂ , dll.	9. Memberikan pengetahuan kepada keluarga tentang melakukan suction 10. Mencegah terjadinya hipoksia
11. Orthopneu			1. Jalan nafas yang paten dapat memberikan kebutuhan oksigen disemua jaringan tubuh secara adekuat
12. Gelisah	3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas		2. Posisi semifowler membantu klien memaksimalkan ventilasi sehingga kebutuhan oksigen terpenuhi melalui proses pernafasan
13. Mata terbuka lebar			3. Alat bantu pernafasan membantu organ pernafasan memenuhi kebutuhan oksigen sehingga oksigen yang diperlukan tubuh tercukupi
Faktor-faktor yang berhubungan :		Airway management	4. Membuka jalan nafas atas 5. Fisioterapi dada dapat memudahkan klien dalam mengeluarkan sekret yang sulit dikeluarkan secara mandiri
1. Lingkungan :		1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu	
• Perokok pasif		2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	
• Mengisap asap		3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan	
• Merokok		4. Pasang mayo bila perlu	
2. Obstruksi jalan nafas :		5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu	
• Spasme jalan nafas		6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	
• Mokus dalam jumlah berlebihan		7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan	
• Eksudat dalam jalan alveoli		8. Lakukan suction	
• Materi asing dalam jalan nafas			
• Adanya jalan nafas buatan			
• Sekresi bertahan / sisa sekresi			
• Sekresi dalam bronkhi			
3. Fisiologis :			
• Jalan nafas alergik			
• Asma			
• Penyakit paru			

obstruksi kronik	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperplasi dindinding bronkial • Infeksi • Disfungsi neuro muscular 	<p>pada mayo</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Berikan bronkodilator bila perlu 10. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab 11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan 12. Monitor respirasi dan status O₂ 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Membantu pengeluaran sekret 7. Memastikan suara nafas vesikuler 8. Untuk mengeluarkan sekret 9. Bronkodilator dapat memvasodilatasi saluran pernafasan sehingga jalan nafas paten dan kebutuhan oksigen terpenuhi 10. Memberikan kenyamanan pada klien 11. Membantu mengencerkan sekret sehingga mudah dikeluarkan 12. Penurunan saturasi oksigen dapat menunjukkan perubahan status kesehatan klien yang dapat mengakibatkan terjadinya hipoksia
------------------	---	--	--

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

2. Gangguan pertukaran gas b.d penurunan kemampuan ekspansi paru, kerusakan membrane alveolar-kapiler

Table 2.2

Intervensi Gangguan pertukaran gas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pertukaran gas b.d penurunan kemampuan ekspansi paru, kerusakan membrane alveolar-kapiler	NOC	NIC	
Definisi : kelebihan atau defisit pada oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respiratory status : gas exchange 2. Respiratory status : 	Airway management <ol style="list-style-type: none"> 1. Buka jalan nafas, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jalan nafas yang paten dapat memberikan kebutuhan oksigen disemua

membran alveolar-kapiler	ventilation	gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu	jaringan tubuh secara adekuat
Batasan karakteristik	3. Vital sign status		2. Posisi semifowler
1. pH darah arteri abnormal	Kriteria hasil :		membantu klien memaksimalkan ventilasi sehingga kebutuhan oksigen terpenuhi melalui proses pernafasan.
2. pH arteri abnormal	1. Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat	2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	3. Alat bantu pernafasan membantu organ pernafasan memenuhi kebutuhan oksigen sehingga oksigen yang diperlukan tubuh tercukupi
3. Pernafasan abnormal (mis., kecepatan, irama, kedalaman)	2. Memeriksa kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernafasan	3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan	4. Untuk membuka jalan nafas atas
4. Warna kulit abnormal (mis., pucat, kehitaman)	3. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)	4. Pasang mayo bila perlu	5. Fisioterapi dada dapat memudahkan klien dalam mengeluarkan sekret yang sulit dikeluarkan secara mandiri
5. Konfusi		5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu	6. Untuk membantu pengeluaran sekret
6. Sianosis (pada neonatus saja)		6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	7. Memastikan suara nafas vesikuler
7. Penurunan karbon dioksida		7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan	8. Untuk mengeluarkan sekret
8. Diaforesis		8. Lakukan suction pada mayo	9. Bronkodilator dapat memvasodilatasi saluran pernafasan sehingga jalan nafas paten dan kebutuhan oksigen terpenuhi
9. Dispnea		9. Berikan bronkodilator bila perlu	10. Untuk memberikan kenyamanan
10. Sakit kepala saat bangun	4. Tanda-tanda vital dalam rentang normal	10. Berikan pelembab udara	11. Membantu
11. Hiperkapnia		11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan	
12. Hipoksia			
13. Iritabilitas			
14. Nafas cuping hidung			
15. Gelisah			
16. Samnolen			
17. Takikardi			
18. Gangguan penglihatan			
Faktor-faktor yang berhubungan :			
1. Perubahan membran alveolar-kapiler			
2. Ventilasi-perfusi			

	malkan keseimbangan	mengencerkan sekret sehingga mudah dikeluarkan
12.	Monitor respirasi dan status O ₂	12. Penurunan saturasi oksigen dapat menunjukkan perubahan status kesehatan klien yang dapat mengakibatkan terjadinya hipoksia
	Respiratory monitoring	
1.	Monitor rata-rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi	1. Berguna dalam evaluasi derajat distress
2.	Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostal	pernafasan atau kronisnya penyakit 2. Penggunaan otot bantu pernafasan mengindikasikan klien menunjukkan usaha untuk memenuhi kebutuhan oksigen yang tidak dapat terpenuhi dengan usaha bernafas biasa.
3.	Monitor suara nafas, seperti dengkur	3. Pernafasan bising, ronchi, mengi menunjukkan tertahannya sekret/obstruksi jalan nafas
4.	Monitor pola nafas : bradipnea, takipnea, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot	4. Untuk mengetahui pola nafas klien 5. Mengetahui posisi trakea klien 6. Untuk mengetahui adanya gerakan paradoksis
5.	Catat lokasi trakea	7. Untuk mengetahui suara pernafasan klien
6.	Monitor	8. Untuk

	kelelahan otot diafragma (gerakan paradoksis)	menentukan kebutuhan oral/tracheal suctioning
7.	Auskultasi suara nafas, catat area penurunan / tidak adanya ventilasi dan suara tambahan	9. Mengetahui suara nafas paru setelah diberikan tindakan
8.	Tentukan kebutuhan suction dengan mengauskultasi crackles dan ronkhi pada jalan nafas utama	
9.	Auskultasi suara nafas paru setelah tindakan untuk mengetahui hasilnya	

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

3. Ketidakefektifan pola nafas b.d penurunan ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura

Table 2.3

Intervensi Ketidakefektifan pola nafas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Ketidakefektifan pola nafas b.d penurunan ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura</p> <p>Definisi : inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan kedalaman pernafasan 2. Perubahan ekskursi dada 3. Mengambil posisi tiga titik 4. Bradipneu 5. Penurunan tekanan ekspirasi 6. Penurunan ventilasi semenit 7. Penurunan kapasitas vital 8. Dipsneu 9. Peningkatan diameter anterior-posterior 10. Pernafasan cuping hidung 11. Ortopneu 12. Fase ekspirasi memanjang 13. Pernafasan bibir 14. Takipneu 15. Penggunaan otot aksesorius untuk bernafas <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ansietas 2. Posisi tubuh 3. Deformitas tulang 4. Deformitas dinding dada 5. Keletihan 6. Hiperventilasi 	<p style="text-align: center;">NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respiratory status : ventilation 2. Respiratory status : airway patency 3. Vital sign status <p>Kriteri hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemonst rasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irma nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Tanda-tanda vital dalam rentang 	<p style="text-align: center;">NOC</p> <p>Airway management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buka jalan nafas,gunakan teknik chin lift ataujaw thrust bila perlu 2. Posisikan pasien untuk memaksi malkan ventilasi 3. Identifikas i pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 4. Pasang mayo bila perlu 5. Lalukan fisioterapi dadajika perlu 6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 8. Lakukan suction pada mayo 9. Berikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jalan nafas yang paten dapat memberikan kebutuhan oksigen disemua jaringan tubuh secara adekuat 2. Posisi semifowler membantu klien memaksimalkan ventilasi sehingga kebutuhan oksigen terpenuhi melalui proses pernafasan 3. Alat bantu pernafasan membantu organ pernafasan memenuhi kebutuhan oksigen sehingga oksigen yang diperlukan tubuh tercukupi 4. Untuk membuka jalan nafas atas 5. Fisioterapi dada dapat memudahkan klien dalam mengeluarkan sekret yang sulit dikeluarkan secara mandiri 6. Untuk mengeluarkan sekret 7. Memastikan suara nafas

7. Sindrom hipoventilasi	normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)	bronkodilator bila perlu	vesikuler
8. Gangguan muskuloskeletal		10. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab	8. Untuk membantu mengeluarkan sekret
9. Kerusakan neurologis			9. Bronkodilator dapat memvasodilatasi saluran pernafasan sehingga jalan nafas paten dan kebutuhan oksigen terpenuhi
10. Imaturitas neurologis		11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan	10. Untuk memberikan kenyamanan
11. Disfungsi neuromuskular		12. Monitor respirasi dan status O ₂	11. Membantu mengencerkan sekret sehingga mudah dikeluarkan
12. Obesitas		Oxygen therapy	12. Penurunan saturasi oksigen dapat menunjukkan perubahan status kesehatan klien yang dapat mengakibatkan terjadinya hipoksia
13. Nyeri		1. Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea	1. Untuk membebaskan jalan nafas
14. Keletihan otot pernafasan cedera medula spinalis		2. Pertahankan jalan nafas yang paten	2. Jalan nafas yang paten akan memberikan dampak pada pemenuhan oksigen yang paten dalam tubuh
		3. Atur peralatan oksigenasi	3. Memenuhi peralatan oksigenasi
		4. Monitor aliran oksigen	4. Memastikan oksigen mengalir dengan benar tanpa kebocoran
		5. Pertahankan posisipasi en	5. Untuk memaksimalkan ventilasi
		6. Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi	
		7. Monitor adanya kecemasan	

n pasien terhadap oksigenasi	6.Mengetahui adanya tanda hipoventilasi
vital sign monitoring	7.Mengetahui keadaan klien selama oksigenasi
1. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR	1.Perubahan tanda-tanda vital mengindikasikan adanya perubahan pada beberapa organ yang berhubungan dengan status kesehatan klien
2. Catat adanya fluktuasi tekanan darah	2.Untuk mencegah terjadinya komplikasi
3. Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri	3.Mengetahu perubahan vital sign klien
4. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan	4.Untuk mengetahui hasil dari kedua lengan sama atau tidak
5. Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas	5.Mengetahui hasil observasi tanda-tanda vital dalam segala waktu
6. Monitor kualitas dari nadi	6.Tinggi, rendah dan lemah atau kuatnya nada akan mempengaruhi status kesehatan klien
7. Monitor frekuensi dan irama pernafasan	7.Frekuensi dan irama pernafasan menunjukkan kualitas kesehatan paru klien
8. Monitor suara paru	8.Untuk mengetahui adanya suara paru abnormal
9. Monitor pola pernafasan abnormal	9.Pola nafas abnormal mengindikasikan adanya

10. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit	gangguan pernafasan 10. Untuk mengetahui komplikasi dari kekurangan oksigen
11. Monitor sianosis perifer	11. Untuk mengetahui perkembangannya
12. Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)	12. Adanya cushing triad menandakan kualitas kesehatan klien menurun
13. Identifikasi penyebab perubahan vital sign	13. Untuk mengetahui penyebab atau faktor yang mempengaruhi vital sign

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d peningkatan metabolisme tubuh, penurunan nafsu makan akibat sesak nafas sekunder terhadap penekanan struktur abdomen

Table 2.4

Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d peningkatan metabolisme tubuh, penurunan nafsu makan akibat sesak nafas sekunder terhadap penekanan struktur	NOC	NIC	

abdomen

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik

Batasan**karakteristik :**

1. Kram abdomen
2. Nyeri abdomen
3. Menghindari makanan
4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal
5. Kerapuhan kapiler
6. Diare
7. Kehilangan rambut berlebihan
8. Bising usus hiperaktif
9. Kurang makanan
10. Kurang informasi
11. Kurang minat pada makanan
12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat
13. Kesalahan konsepsi
14. Kesalahan informasi
15. Membran mukosa pucat
16. Ketidakmampuan memakan makanan
17. Tonus otot menurun
18. Mengeluh gangguan sensasi rasa
19. Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA(recommended daily allowance)

1. Nutritional status :
2. Nutritional status : food and fluid intake
3. Nutritioal status : nutrient intake
4. Weight control

Kriteria hasil :

1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Tidak adatananda malnutrisi
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan
6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

Nutrition management

1. Kaji adanya alergi makanan
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
4. Berikan substansi gula
5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
6. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
7. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian
8. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
9. Berikan informasi tentang kebutuhan

1. Untuk mengetahui adanya alergi pada makanan
 2. Mendorong peningkatan masukan diet
 3. Agar pemenuhan kalori klien terpenuhi
 4. Sebagai pemenuhan kalori
 5. Memberi dorongan pada klien agar dapat melakukan diet yang tepat
 6. Untuk memberikan jenis makanan yang tepat
 7. Agar menu makanan klien terjadwal
 8. Memantau adekuatnya asupan nutrisi pada klien
 9. Agar klien dan keluarga memahami kebutuhan nutrisi klien
 10. Untuk mengetahui kemampuan klien dalam mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
 1. BB klien mengindikasikan kualitas nutrisi klien
 2. Penurunan BB mengindikasikan ketidakadekuatan asupan nutrisi
 3. Mengetahui keseimbangan asupan nutrisi dan kegiatan yang dilakukan
 4. Untuk mengetahui
-

20. Cepat kenyang setelah makan	nutrisi	kualitas makan
21. Sariawan rongga mulut	10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	klien
22. Steatorea		5.Mengetahui kualitas lingkungan klien saat makan
23. Kelemahan otot pengunyah		6.Memberikan kualitas waktu makan yang tepat
24. Kelemahan otot untuk menelan		7.Untuk mengetahui adanya kekurangan asupan nutrisi
Faktor-faktor yang berhubungan :	Nutrition monitoring	8.Untuk menilai keadaan turgor kulit
1. Faktor biologis	1. BB pasien dalam batas normal	
2. Faktor ekonomi	2. Monitor adanya penurunan berat badan	
	3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan	
	4. Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan	
	5. Monitor lingkungan selama makan	
	6. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan	
	7. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi	
	8. Monitor turgor kulit	

Sumber : Nurarif & Kusuma,2015

5. Nyeri akut b.d proses tindakan drainase

Table 2.5

Intervensi nyeri akut

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut b.d proses tindakan drainase	NOC	NIC	
<p>Definisi : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (international association for the study of pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekuensi jantung 4. Perubahan frekuensi pernafasan 5. Laporan isyarat 6. Diaforesis 7. Perilaku distraksi (mis., berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang) 8. Mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis) 9. Masker wajah (mis., mata cekung, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pain level, 2. Pain control, 3. Comfort level <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>Pain management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau 7. Bantu pasien dan keluarga untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui dengan jelas nyeri klien 2. Untuk menentukan adanya nyeri 3. Untuk mengetahui pengalaman nyeri klien 4. Bermanfaat dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan 5. Untuk mengetahui pengalaman nyeri masa lampau klien 6. Dapat mengkolaborasi lebih lanjut tentang keefektifan penanganan nyeri 7. Memfasilitasi klien dan keluarga dalam menentukan dukungan 8. Meningkatkan rasa nyaman pada klien dan menurunkan tingkat stress dan ketidaknyamanan 9. Nyeri dapat diatasi sedini mungkin dengan menemukan faktor presipitasi 10. Untuk memberikan

<p>bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpecah atau tetap pada satu fokus meringis)</p> <p>10. Sikap melindungi area nyeri</p> <p>11. Fokus menyempit (mis., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</p> <p>12. Indikasi nyeri yang dapat diamati</p> <p>13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>14. Sikap tubuh melindungi</p> <p>15. Dilatasi pupil</p> <p>16. Melaporkan nyeri secara verbal</p> <p>17. Gangguan tidur</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>1. Agen cedera (mis., biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<p>mencari dan menemukan dukungan</p> <p>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi , nonfarmakologi dan interpersonal)</p> <p>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p> <p>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>15. Tingkatkan istirahat</p> <p>16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>17. Monitor penerimaan</p>	<p>penghilang nyeri/ketidakhayalan</p> <p>11. Untuk membantu proses pengobatan pada klien</p> <p>12. Memberikan pengetahuan kepada klien untuk menangani rasa nyeri secara mandiri</p> <p>13. Untuk mengurangi rasa nyeri klien</p> <p>14. Untuk mengetahui keberhasilan klien dalam menangani nyeri</p> <p>15. Dengan istirahat klien tidak dapat beraktivitas yang berat yang dapat meningkatkan nyeri</p> <p>16. Adanya masalah kontrol nyeri klien sehingga memerlukan tindakan kolaborasi yang tepat</p> <p>17. Untuk menentukan keberhasilan manajemen nyeri yang di berikan</p> <p>1. Dilakukan agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian obat. Misalnya dengan pemilihan obat analgetik yang sesuai dengan jenis nyeri yang dirasakan klien dan dosis yang optimal.</p> <p>Fungsinya untuk</p>
---	---	---

<p>pasien tentang mana jemen nyeri</p> <p>Analgesic administration</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat 2. Cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi 3. Cek riwayat alergi 4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu 5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri 6. Tentukan analgesik pilihan , rute pemberian, dan dosis optimal 7. Pilih rute pemeberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur 8. Monitor vital sign sebelum 	<p>mempercepat proses penyembuhan dan untuk menangani nyeri yang dirasakan klien</p> <p>2.Untuk mencegah kesalahan dalam pemberian obat</p> <p>3.Untuk mengetahui adanya alergi terhadap obat tertentu</p> <p>4.Untuk mempercepat proses penyembuhan klien apabila nyeri tidak teratasi dengan pemberian anangetik yang pertama, maka perlu dilakukan pemberian kombinasi analgetik lebih dari satu</p> <p>5.Agar fungsi obat dapat bekerja lebih efisien pada lokasi nyeri yang dialami</p> <p>6. Agar fungsi obat dapat bekerja lebih efisien pada lokasi nyeri yang dialami</p> <p>7.Untuk mengetahui respon tubuh pasien saat sebelum dan sesudah pemberian analgetik</p> <p>8.Untuk mengetahui vital sign sebelum dan sesudah</p>
---	--

dan sesudah pemberian analgesik pertama kali

9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat

10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala

pemberian analgetik

9. Agar nyeri bisa langsung diatasi saat itu

10. Untuk mengetahui efek dari analgetik yang diberikan

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

6. Gangguan rasa nyaman b.d batuk yang menetap dan sesak nafa serta perubahan suasana lingkungan

Table 2.6

Intervensi gangguan rasa nyaman

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan rasa nyaman b.d batuk yang menetap dan sesak nafa serta perubahan suasana lingkungan	NOC	NIC	
Definisi : merasa kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan social	1. Anxiety 2. Fear level 3. Sleep deprivation 4. Comfort, readiness for enhanced	Anxiety reduction (penurunan kecemasan) 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan	1. Menjaga kenyamanan klien 2. Memberikan dorongan positif bagi klien 3. Mengetahui sejauh mana yang dirasakan klien
Batasan karakteristik : 1. Ansietas 2. Menangis 3. Gangguan pola tidur 4. Takut 5. Ketidakmampuan untuk rileks 6. Iritabilitas 7. Merintih 8. Melaporkan merasa dingin	Kriteria hasil : 1. Mampu mengontrol kecemasan 2. Status lingkungan yang nyaman 3. Mengontrol nyeri 4. Kualitas tidur dan istirahat	2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 4. Pahami	4. Menentukan tindakan yang akan diberikan 5. Memfasilitasi kebutuhan klien 6. Keluarga membantu dalam kebutuhan klien 7. Memberikan rasa nyaman 8. Klien merasa diperhatikan 9. Untuk mengetahui

9. Melaporkan merasa panas	5. Agresi pengendalian diri	prespektif pasien terhadap situasi stress	tingkat kecemasan klien
10. Melaporkan perasaan tidak nyaman	6. Respon terhadap pengobatan	5. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut	10.klien dapat mengetahui situasi yang dapat menimbulkan kecemasan
11. Melaporkan gejala distress	7. Kontrol gejala	dan mengurangi takut	11.Untuk mengetahui perasaan, persepsi dan ketakutan klien
12. Melaporkan rasa lapar	8. Status kenyamanan meningkat	6. Dorong keluarga untuk menemani anak	12.Untuk membantu memberikan kenyamanan
13. Melaporkan rasa gatal	9. Dapat mengontrol ketakutan	7. Lakukan back/neck rub	
14. Melaporkan kurang puas dengan keadaan	10. Support sosial	8. Dengarkan dengan penuh perhatian	
15. Melaporkan kurang senang dengan situasi tersebut	11. Keinginan untuk hidup	9. Identifikasi tingkat kecemasan	
16. Gelisah		10. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan	
17. Berkeluh kesah		11. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi	
Faktor yang berhubungan :		12. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi	
1. Gejala terkait penyakit		Environment management confort pain management	
2. Sumber yang tidak adekuat			
3. Kurang pengendalian lingkungan			
4. Kurang privasi			
5. Kurang kontrol situasional			
6. Stimulasi lingkungan yang mengganggu			
7. Efek samping terkait terapi (mis.,medikasi, radiasi)			

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

7. Resiko infeksi b.d tindakan drainase (luka pemasangan WSD)

Table 2.7

Intervensi resiko infeksi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi b.d tindakan drainase (luka pemasangan WSD)	NOC	NIC	
<p>Definisi : mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik</p> <p>Faktor-faktor resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes melitus • Obesitas 2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjanaan patogen 3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan peritaltis • Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif) • Perubahan sekresi pH • Penurunan kerja siliaris 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Immune status 2. Knowledge : infection control 3. Risk control <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>Infection control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Pertahankan teknik isolasi 3. Batasi pengunjung bila perlu 4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 5. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 7. Pertahankan lingkungan aseptik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meminimalkan risiko infeksi 2. Meminimalkan kontak untuk mengurangi potensi infeksi 3. Mencegah bakteri, dll yang dari luar 4. Meminimalkan patogen yang ada di sekeliling klien 5. Untuk melindungi diri dari sumber infeksi atau penyakit 6. Menjaga kebersihan tangan agar mengurangi potensi infeksi 7. Mencegah terjadinya infeksi dan terpapar oleh kuman atau bakteri 8. Perawatan untuk menjaga kebersihan supaya mencegah terjadinya infeksi 9. Pemilihan alat yang tepat untuk membantu mencegah infeksi 10. Menjaga kesehatan tubuh 11. Pemberian anti biotik untuk mencegah

<ul style="list-style-type: none"> • Pecah ketuban dini • Pecah ketuban lama • Merokok • Stasis cairan tubuh • Trauma jaringan (mis., trauma destruksi jaringan) <p>4. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penurunan hemoglobin • Imunosupresi (mis., imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutika termasuk immunosupresan, steroid, antibodi monoklonal, immunomodulator) • Supresi respon inflamasi <p>5. Vaksinasi tidak adekuat</p> <p>6. Pemajanan terhadap patogen lingkungan meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wabah <p>7. Prosedur invasif</p> <p>8. Malnutrisi</p>	<p>selama pemasangan alat</p> <p>8. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</p> <p>9. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</p> <p>10. Tingkatkan intake nutrisi</p> <p>11. Berikan terapi antibiotik bila perlu</p> <p>12. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</p> <p>13. Monitor hitung granulosit, WBC</p> <p>14. Monitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>15. Batasi pengunjung</p> <p>16. Sering pengunjung terhadap penyakit menular</p> <p>17. Pertahankan teknik assepsis pada pasien yang beresiko</p> <p>18. Pertahankan teknik isolasi k/p</p> <p>19. Berikan perawatan kulit pada</p>	<p>timbulnya infeksi</p> <p>12. Untuk mengetahui perkembangannya</p> <p>13. Untuk menentukan infeksi</p> <p>14. Membantu mencegah terjadinya infeksi</p> <p>15. Mencegah bakteri, dll yang dari luar</p> <p>16. Mencegah klien terhadap penyakit menular</p> <p>17. Meminimalkan potensi infeksi</p> <p>18. Meminimalkan kontak untuk mengurangi potensi infeksi</p> <p>19. Agar tidak terjadi infeksi dan terpapar oleh kuman atau bakteri</p> <p>20. Untuk mengetahui tanda dan gejala dari infeksi</p> <p>21. Untuk mengetahui keadaan luka dan perkembangannya</p> <p>22. Menjaga kekebalan tubuh</p> <p>23. Keseimbangan cairan membantu mencegah infeksi</p> <p>24. Istirahat yang cukup membantu tubuh untuk menjaga antibodi</p> <p>25. Untuk mengoptimalkan kerja obat</p> <p>26. Agar keluarga klien mengetahui tanda dan gejala dari infeksi</p> <p>27. Agar klien dan keluarga dapat mencegah hal yang dapat menimbulkan infeksi</p> <p>28. Mencegah</p>
--	--	--

	area epidema	infeksi terjadi
20.	Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	29. Untuk menentukan tindakan selanjutnya
21.	Inspeksi kondisi luka/insisi bedah	
22.	Dorong masukkan nutrisi yang cukup	
23.	Dorong masukan cairan	
24.	Dorong istirahat	
25.	Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep	
26.	Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	
27.	Ajarkan cara menghindari infeksi	
28.	Laporkan kecurigaan infeksi	
29.	Laporkan kultur positif	

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

8. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan, dyspneu setelah beraktifitas

Table 2.8

Intervensi intoleransi aktivitas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Intoleransi aktivitas	NOC	NIC	

b.d
ketidakseimbangan
antara suplai
oksigen dengan
kebutuhan,dyspneu
setelah beraktifitas

<p>Definisi : ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Energy conservation 2. Activity tolerance 3. Self care : ADLs 	<p>Activity therapy</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan
<p>Batasan karakteristik:</p>	<p>Kriteria hasil :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas 2. Respon frekwensi jantung abnormal terhadap aktivitas 3. Perubahan EKG yang mencerminkan aritmia 4. Perubahan EKG yang mencerminkan iskemia 5. Ketidaknyaman setelah beraktivitas 6. Dipsnea setelah beraktivitas 7. Menyatakan merasa letih 8. Menyatakan merasa lemah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri 3. Tanda-tanda vital normal 4. Energy psikomotor 5. Level kelemahan 6. Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan alat 7. Status kardiopulm nari adekuat 8. Sirkulasi status baik 9. Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial 4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan 5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek 6. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai 7. Bantu klien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan jadwal terapi yang tepat untuk mempercepat kesembuhan 2. Mengetahui aktivitas yang mampu klien lakukan 3. Meningkatkan aktivitas ringan/ sedang 4. Mendorong latihan dan aktivitas dalam batas-batas yang ditoleransi dan istirahat yang adekuat 5. Memfasilitasi kebutuhan klien 6. Mendorong keinginan untuk melakukan aktivitas 7. Mendorong latihan dan aktivitas dalam batas-batas yang ditoleransi dan istirahat yang adekuat 8. Untuk dapat memaksimalkan hasil dari setiap aktivitas 9. Memberikan dorongan semangat untuk beraktivitas 10. Untuk membantu klien agar semangat dalam beraktivitas 11. Mengetahui informasi tentang perkembangan klien
<p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tirah baring atau imobilisasi 2. Kelemahan umum 3. Ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan 			

oksigen	untuk
4. Imobilitas	membuat
5. Gaya hidup monoton	jadwal latihan diwaktu luang
	8. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
	9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
	10. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
	11. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

9. Defisit perawatan diri mandi b.d kelemahan fisik

Table 2.9

Intervensi defisit perawatan diri mandi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri mandi b.d kelemahan fisik	NOC	NIC	
Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri	1. Activity intolerance 2. Mobility : physical impaired 3. Self care deficit hygiene	Self-care assistance : bathing/hygiene 1. Pertimbangan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas	1.Menjaga etika perbedaan dengan klien 2.Menyesuaikan dengan keadaan dan kondisi klien 3.Mendorong kepercayaan
Batasan karakteristik	4. Sensory		

:		perception, auditory disturbed	perawatan diri	dalam kinerja ADL
1.	Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi	Kriteria hasil : 1. Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi	2. Pertimbangan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri	4. Memberikan kemudahan untuk menjangkau kebutuhan klien
2.	Ketidakmampuan mengeringkan tubuh		3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan	5. Memfasilitasi kebutuhan klien
3.	Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi		4. Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi	6. Memberikan lingkungan yang mendukung
4.	Ketidakmampuan menjangkau sumber air		5. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)	7. Menjaga kebersihan mulut
5.	Ketidakmampuan mengatur air mandi		6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal	8. Memberikan kebutuhan sesuai dengan kebutuhan klien
6.	Ketidakmampuan membasuh tubuh		7. Memfasilitasi gigi pasien menyikat	9. Mengetahui perkembangannya
Faktor yang berhubungan :			8. Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai	10. Untuk mengetahui keadaan kulit
1.	Gangguan kognitif		9. Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan	11. Untuk membantu kebersihan diri
2.	Penurunan motivasi			12. Membantu memberikan kebutuhan klien supaya terpenuhi
3.	Kendala lingkungan			13. Keluarga berperan dalam membantu memfasilitasi kebutuhan klien
4.	Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh		14. Memfasilitasi kebutuhan klien sampai klien dapat melakukannya dengan mandiri	
5.	Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial			
6.	Gangguan muskuloskeletal			
7.	Gangguan neuromuskular	4. Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu		
8.	Nyeri	5. Perawatan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat		
9.	Gangguan persepsi			
10.	Ansietas berat			

-
- | | |
|--|--|
| <p>6. Mampu mempertahankan mobilitas yang di perlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</p> <p>7. Membersihkan dan mengeringkan tubuh</p> <p>8. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</p> | <p>bantu perawatan diri pasien</p> <p>10. Memantau integritas kulit pasien</p> <p>11. Menjaga kebersihan ritual</p> <p>12. Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur/alat penjaga, dan benda-benda asing(misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai</p> <p>13. Mendorong orang tua / keluarga partisipasi dalam kebiasaan tidur biasa</p> <p>14. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri</p> |
|--|--|
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan.

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai daya yang baru (Nikmatur, 2012).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012). Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau mantau perkembangan klien digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER. Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut:

a. S: Data Subjektif.

Perawat menuliskan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan

b. O: Data Objektif.

Data Objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

c. A: Analisis

Interpretasi dari data subjektif atau objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif

d. P: Planning

Perencanaan keperawatan yang akan di lanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditemukan sebelumnya.

e. I: Implementasi.

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan).
Tuliskan tanggal dan jam pelaksanaan.

f. E: Evaluasi.

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g. R: Reassessment.

Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu di lanjutkan, dimodifikasi atau dihentikan.