

BAB 1 **PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang

Keputusan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor Kep.136/M.PPN/HK/12/2021 tentang penetapan Rencana Aksi Nasional adanya Tujuan Berkelanjutan TPB/SDGs Tahun 2021- 2024 menegaskan bahwa seluruh pihak termasuk instansi pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya wajib menggunakan dokumen tersebut sebagai acuan dalam proses perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi hingga pengendalian program untuk mencapai target SDGs (Permenkes 2021).

Tujuan utama SDGs yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia yang secara khusus menekankan pentingnya kesehatan fisik sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan secara menyeluruh dan juga meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi resiko penyakit tidak menular dan menurunkan tingkat kematian masyarakat akibat dari efusi pleura khususnya pada orang dewasa (Belinda, 2024)

Program pemerintah yang dilakukan untuk penyakit Efusi Pleura yaitu program pengendalian PTM secara otomatis berdampak pada pencegahan dan penanganan efusi pleura dimana masih terdapat masalah yang belum teratasi yaitu kurangnya edukasi masyarakat tentang gejala penyakit, meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup pasien meskipun belum sembuh dan deteksi dini ditingkat layanan primer karena program PTM belum mencakup deteksi, diagnosis, dan tatalaksana efusi pleura

secara komprehensif maka dilakukan asuhan keperawatan yang menjadi langkah penting sesuai dengan Visi Misi STIKes Mitra Husada Medan memberikan pelayanan keperawatan bermutu dan berintegritas, meningkatkan kompetensi lulusan dalam praktik klinis nyata serta berinovasi dalam menghadapi tantangan nyata dalam sistem pelayanan kesehatan nasional.

Mutakkin, 2019 mengatakan Efusi Pleura adalah kondisi akumulasi cairan abnormal di rongga pleura baik berupa trasundat maupun eksudat akibat tidak seimbang antara produksi dan reabsorpsi cairan kapiler serta pleura viseralis. Kondisi ini tergolong sebagai gangguan sistem pernapasan jika tidak segera di tangani Efusi Pleura dapat bersifat fatal akibat penekanan pada paru dan gangguan fungsi pernapasan sehingga terjadi penumpukan cairan Efusi Pleura di selaput pembungkus paru-paru. (Mutakkin, 2019).

Menurut Herlia, 2020 Efusi Pleura adalah meningkatnya tekanan di kapiler subpleura atau pembuluh limfatik permeabilitas dinding kapiler penurunan tekanan onkotik plasma darah dan peningkatan tekanan negatif dalam rongga pleura sehingga pembuluh darah kecil yang sering kita sebut kapiler di bawah pleura atau sistem limfatik dinding kapiler tersebut menjadi bocor. Menurut Dita Suprianti, 2025 menjelaskan pengertian Efusi pleura adalah akumulasi cairan abnormal di dalam rongga pleura, yaitu rongga tipis di antara lapisan pleura yang menyelubungi paru-paru.

Secara global penyebab utamanya adalah gagal jantung kongestif, keganasan, dan infeksi (Dita Suprianti, 2025).

Permasalahan yang sering terjadi dalam pencapaian program SDGs yaitu tingginya angka kematian di sejumlah negara berkembang, tingkat kematian pada orang dewasa masih tergolong tinggi karena terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan dan pendidikan, dan terbatasnya sumber daya dimana keterbatasan dalam hal pendanaan dan tenaga kerja menjadi salah satu kendala utama dalam upaya pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan. Akibat tidak tercapainya program ini maka masalah kesehatan pada masyarakat belum teratasi sepenuhnya dimana masyarakat masih membutuhkan layanan kesehatan khususnya pada pasien yang mengalami efusi pleura jika tidak ditangani maka ini dapat menyebabkan kematian karena akan mengganggu pernapasan.

Berdasarkan permasalahan yang terjadi pada program SDGs yang belum tercapai terkait dengan tingginya angka kematian di negara berkembang dapat menjadi sebuah tujuan untuk dilakukan asuhan keperawatan berguna untuk merendahkan angka kematian khususnya pada penderita efusi pleura karena ini dapat mengganggu jalan pernapasan akibat penumpukan cairan, resiko infeksi, kegagalan fungsi organ, dan keterbatasan fisik dalam melakukan aktivitas.

Prevalensi data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO 2021) penderita Efusi Pleura mencapai 37,5% dengan jumlah 828.136 jiwa dimana yang disebabkan oleh penyakit ca paru, sebanyak

14,1% dengan jumlah 116.792 jiwa efusi pleura, yang disebabkan infeksi pneumonia terdapat 11,4% atau 94.420 jiwa dan 8,5% atau dengan jumlah 70.391 jiwa data menunjukkan Efusi Pleura yang disebabkan gagal jantung kongestif, dan prevalensi data Efusi Pleura yang disebabkan oleh sirosis hepatis pada tahun 2021 sebanyak 5,5% dengan jumlah 45.547 jiwa penderita efusi pleura.

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2021) Prevalensi data Efusi Pleura di Indonesia sebanyak 1,39 juta jiwa (14%), prevalensi data Efusi Pleura di Sumatera Utara menurut Dinas Kesehatan (Dinkes 2021) mengalami peningkatan setiap tahun nya, dimana pada tahun 2019 terdapat (1,2%) Tahun 2020 terjadi peningkatan menjadi (1,5%) di Tahun 2021 terdapat total kasus yang ada di Provinsi Sumatera Utara yaitu 139 jiwa (1,3%) di lanjutkan dengan Prevalensi data Efusi Pleura di Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Medan pada Tahun 2020 sebanyak 273 () pasien yang mengalami Efusi Pleura.

Tingginya angka penderita Efusi Pleura yang mengalami peningkatan setiap tahunnya di Kementerian Kesehatan RS Adam Malik menjadi sebuah tujuan bagi penulis untuk memberikan Asuhan Keperawatan yang “*Service Excellent*” sehingga di harapkan dapat memberikan dampak yang baik bagi pasien. Jika tidak ditangani maka penyakit akan mengalami peningkatan akibat gangguan pernapasan yang menekan paru-paru dan mengganggu ekspansi paru-paru terjadinya pneumonia karena cairan yang terkumpul di rongga pleura dapat menjadi

tempat berkembang biaknya bakteri dan Empiema kegagalan saat bernapas yang dapat menyebabkan kematian. Sehingga perawat Kementerian Kesehatan RS Adam Malik melakukan program mengatasi permasalahan Efusi Pleura yaitu Program pengobatan pemeriksaan Radiografi Thorax, mengangkat cairan efusi pleura untuk mengurangi gejala dan analisis cairan dan memberikan asuhan keperawatan yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan oksigenasi.

Hasil survei awal penulis melalui wawancara dengan sejumlah perawat, pasien, dan kepala ruang rawat inap Kementerian Kesehatan RS Adam Malik, diperoleh informasi bahwa efusi pleura pada beberapa penyakit sering terjadi. Perawat yang melakukan Asuhan keperawatan pada Tn.M mengatakan hasil observasi pasien menunjukkan rasa tidak nyaman saat bernapas pasien tampak meringis akibat nyeri jika tidak ditangani dengan cepat akan mengalami peningkatan cairan di rongga pleura sehingga menyebabkan sesak napas.

Pengkajian Pola tidur pasien tampak tidak sesuai pada pola normal tidur karena rasa nyeri yang dialami pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitasnya kemudian penulis melakukan pengkajian keluarga istri pasien mengatakan sebelumnya pasien memiliki riwayat penyakit jantung dan stroke pasien mengatakan nyeri di bagian dada. Kepala Ruangan menekankan bahwa insiden seperti ini perlu mendapatkan penanganan dengan cepat karna dapat berpotensi membahayakan pasien Sehingga perlu dilakukan asuhan keperawatan untuk meningkatkan kenyamanan

kesehatan pasien dengan aman dan kondusif. Survei dilakukan pada Bulan Maret 2025 penelitian dari Tanggal 24 April 2025 sampai 24 Mei 2025, di ruang Instalasi Rawat Inap 5 ditemukan satu pasien menderita Efusi Pleura.

Berdasarkan Permenkes No 4 Tahun 2022 tentang Fungsional jabatan perawat kategori keahlian jabatan fungsional sebagai perawat yang sesuai dengan standart profesi keperawatan. Standar profesi perawat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NOMOR HK.01.07/MENKES/425/2020 dijelaskan Standar profesi perawat ditetapkan bahwa standar profesi perawat ada dua yaitu Standar Kompetensi Perawat dan Kode etik Profesi. Adapun Pelaksanaan Perawat berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 dan UU Nomor 38 Tahun 2014. Tentang keperawatan dimana perawat dalam praktiknya wajib menerapkan keperawatan yang komprehensif dan sesuai dengan kode etik perawat di Indonesia agar menjadi kompeten, efektif terhadap kesehatan pasien.

Visi STIKes Mitra Husada Medan adalah menjadi Institusi terdepan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan melalui pelayanan yang unggul, inovatif, berintegritas, serta mampu bersaing di tingkat nasional pada tahun 2030. Sementara itu, Visi Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga STIKes Mitra Husada Medan adalah menjadi program studi yang unggul dalam pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan, khususnya pada bidang gerontik dan penyakit

kronis, melalui kegiatan penelitian dan praktik lapangan dan juga mempersiapkan lulusan yang *Profesional, Akuntabel, Collaborative, Empaty, Rellabel* (PACER).

Kasus Efusi Pleura biasanya mengalami keluhan seperti nyeri dada, sesak napas, gelisah, dan kulit pucat sehingga memerlukan penanganan yang segera. Berdasarkan latar belakang diatas Penulis tertarik untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan medis yang berkualitas tinggi untuk pasien penderita penyakit Efusi Pleura dengan judul penulis yaitu “Manajemen Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Yang “Service Excellent” Pada Tn.M Dengan Efusi Pleura Di Ruang Ra 5 Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: Bagaimana Manajemen Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Yang *Service Excellent* Pada Tn.M Dengan Efusi Pleura Di Ruang Ra 5 Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025.

1.3 Tujuan

Adapun tujuan pada laporan tugas akhir ini yaitu :

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum pada penelitian ini adalah membuat dan melaksanakan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Yang *Service excellent* dengan Efusi Pleura di Ruang Ra 5 Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Tn.M dengan Efusi Pleura di Ruang Ra 5 Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025.
2. Menegakan diagnosa keperawatan pada Tn.M dengan Efusi Pleura di Ruang Ra 5 Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025.
3. Membuat intervensi keperawatan pada Tn.M dengan Efusi Pleura di Ruang Ra 5 Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025.
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Tn.M dengan Efusi Pleura di Ruang Ra 5 Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025.
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Tn.M dengan Efusi Pleura di Ruang Ra 5 Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025.

1.3.3 Manfaat

Adapun manfaat pada laporan tugas akhir ini sebagai berikut:

1. Bagi Pasien

Penanganan Efusi Pleura yang tepat memberikan manfaat berupa penyembuhan secara efektif mengurangi gejala dan komplikasi serius yang dapat mengancam jiwa dan meningkatkan kualitas hidup.

2. Bagi Pendidikan

Sebagai tempat untuk mengembangkan ilmu keperawatan pada Medikal Bedah dan acuan untuk laporan tugas akhir di masa yang akan datang.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Untuk menambah wawasan terbaru dan ilmu keperawatan Medikal Bedah dan mengembangkan pengetahuan pada pasien yang mengalami Efusi Pleura.

4. Bagi Rumah Sakit

Sebagai tempat untuk mengevaluasi dan meningkatkan pelayanan kesehatan pada Asuhan Keperawatan pada pasien Efusi Pleura dengan cara berkolaborasi antar Profesional pemberi Asuhan (PPA) di Rumah Sakit.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Efusi Pleura

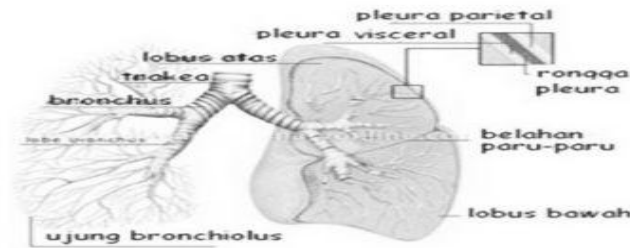
2.1.1 Definisi Efusi Pleura

Efusi Pleura adalah akumulasi cairan abnormal dalam rongga pleura, yang jika tidak ditangani secara tepat dapat mengancam nyawa pasien. Secara alamiah pengertian dari Efusi Pleura ini adalah kondisi akumulasi cairan abnormal di rongga pleura, baik berupa transudat maupun eksudat, akibat ketidakseimbangan antara produksi dan reabsorpsi cairan kapiler serta pleura viseralis (Mutakkin, 2019).

Adapun pengertian Efusi Pleura menurut Jurnal Herlia Tahun 2020 pengertian dari Efusi Pleura adalah Sebuah Gejala yang menunjukkan adanya gangguan kesehatan. Kondisi seperti Tuberculosis, infeksi non-Tuberculosis, Sirosis Hepatis, dan Gagal Jantung Kongestif dapat menyebabkan terjadinya Efusi Pleura.(Herlia, 2020). Menurut National Library of Medicine 2023 Efusi Pleura Adalah Penumpukan cairan secara tidak normal di dalam rongga pleura, yaitu ruang sempit diantara membran pleura yang membungkus paru-paru.(Rudrappa, 2023).

Efusi pleura merupakan suatu akumulasi cairan yang abnormal didalam kavum pleura yang disebabkan karena adanya gangguan homeostatik berupa adanya produksi cairan yang berlebihan atau karena adanya penurunan absorpsi cairan(Marvellini, 2021).

2.1.2 Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi susunan pernapasan (Asiva Noor Rachmayani, 2015)

Trakea adalah saluran berbentuk tabung dari tulang rawan yang menghubungkan hidung ke mulut dan paru-paru, trakea bercabang menjadi dua yaitu bronkus utama (kanan dan kiri) yang menuju paru paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebar, sedangkan bronkus kiri lebih panjang dan ramping. Pleura adalah selaput ganda yang membungkus paru-paru, terdiri dari pleura viseralis (melekat ke paru dan pleura parietalis yang melekat ke dinding dada).

Di antara keduanya terdapat cairan serosa yang berfungsi mengurangi gesekan saat bernapas. Paru-paru terbagi menjadi lobus dua di kiri dan tiga di kanan. Efusi pleura dibagi menjadi dua yaitu Transudat dimana ini terjadi karena ketidakseimbangan tekanan, seperti pada gagal jantung atau hipoalbuminemia yang kedua Eksudat dimana ini terjadi akibat kerusakan kapiler dan masuknya cairan kaya protein, bisa disebabkan infeksi atau peradangan. (Claudia, 2020).

2.1.2 Klasifikasi Efusi Pleura

Adapun klasifikasi Efusi Pleura ada dua yaitu:

1. Transudat

Terjadi akibat gangguan keseimbangan tekanan kapiler, biasanya pada gagal jantung dan hipoalbuminemia.

2. Eksudat

Disebabkan oleh kerusakan kapiler yang menyebabkan cairan kaya protein masuk ke rongga pleura. Bisa juga akibat migrasi cairan dari rongga tubuh lain (Kanda & Tanggo, 2022).

2.1.3 Etiologi Efusi Pleura

Menurut National Library Of Medicine, 2023 Efusi Pleura terbagi menjadi transudatif dan eksudatif, bergantung pada penyebab dan sifat cairan. Sedangkan menurut Sukriyadi, 2025 Efusi transudatif timbul akibat gangguan sirkulasi atau metabolisme seperti gagal jantung, sirosis hati, sindrom nefrotik, hipoalbuminemia, dan prosedur dialisis.

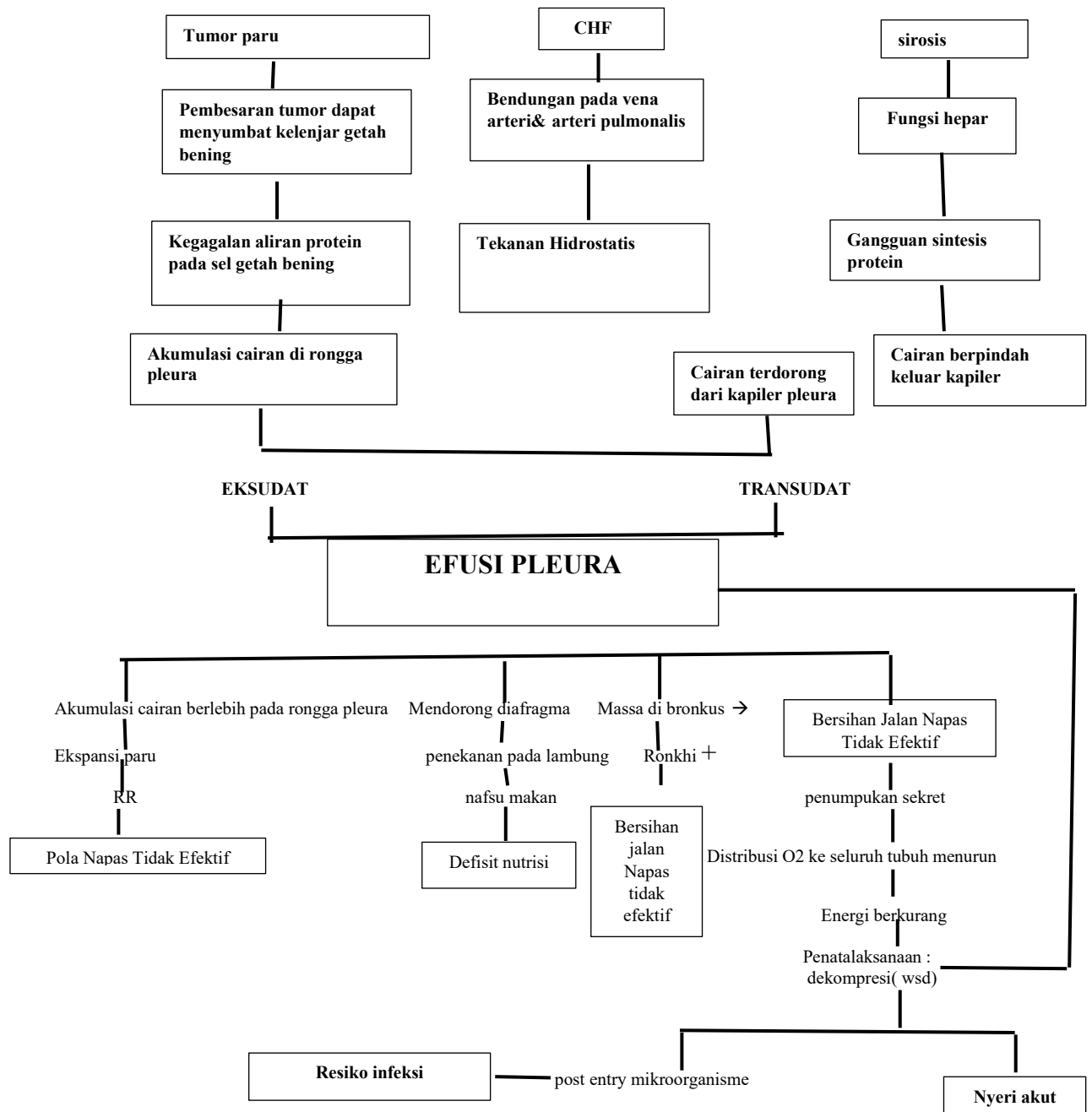
Efusi Eksudatif disebabkan oleh infeksi (seperti pneumonia dan TBC), keganasan, penyakit autoimun (lupus, artritis), trauma, atau gangguan ginjal. Selain itu, faktor lain yang dapat menyebabkan yaitu emboli paru, efek samping obat, gangguan esofagus, dan sindrom hiperstimulasi ovarium.

2.1.4 Tanda dan Gejala Efusi Pleura

Tanda dan Gejala Efusi Pleura Menurut Ali, 2019 adalah Efusi Pleura biasanya muncul dengan nyeri dada saat bernapas, sesak napas yang semakin berat, batuk, dan demam. Pada kondisi parah dapat ditemukan pergeseran trakea, penurunan suara napas, pekak saat diperkusi, serta

fremitus taktil lemah, demam tinggi, keringat malam, penurunan berat badan, tergantung pada penyebab seperti infeksi atau keganasan.

2.1.5 Pathway Efusi Pleura



Gambar 2.2 Padang (2020)

2.1.6 Prognosis Efusi Pleura

Efusi Pleura Transudat biasanya memiliki peluang pemulihan yang cukup baik. Hal ini disebabkan karena kondisi ini umumnya bukan merupakan penyakit utama, melainkan akibat dari gangguan kesehatan lain yang masih bisa ditangani. Jika penyebab dasarnya ditangani dengan benar, maka cairan yang menumpuk di paru-paru dapat berkurang atau menghilang.

Beberapa kondisi medis yang sering terjadi menjadi penyebab efusi pleura transudat antara lain gagal jantung kongestif (kondisi ketika jantung tidak mampu memompa darah secara efektif), sirosis hepatitis atau kerusakan hati jangka panjang dan gangguan pada ginjal. Dengan memberikan penanganan yang tepat terhadap penyakit-penyakit tersebut, efusi pleura dapat membaik tanpa menimbulkan komplikasi yang berat. Oleh sebab itu mengenali dan mengatasi penyebab utamanya sangat penting untuk mendukung proses penyembuhan secara optimal.

Prognosis efusi eksudat biasanya kurang baik dibandingkan pleura transudat karena kondisi ini sering berkaitan dengan penyakit yang lebih berat, seperti kanker, tuberkulosis, infeksi bakteri. Penyakit-penyakit tersebut cenderung memerlukan penanganan yang lebih kompleks dan menyebabkan komplikasi yang serius (Khotik & Musdalifah, 2024).

2.1.7 Penatalaksanaan

Dikutip dari buku ajar Asuhan keperawatan Medikal Bedah dijelaskan penatalaksanaan medis untuk penanganan Efusi Pleura berfokus pada dua

aspek utama terapi penyakit penyebab atau underlying disease, evakuasi cairan pleura melalui prosedur torakosentesis penting untuk dipahami bahwa indikasi pada torakosentesis yaitu mengatasi dispnea akibat penumpukan cairan di rongga pleura, kegagalan terapi spesifik terhadap penyakit primer, reakupulasi cairan setelah penanganan sebelumnya.

2.1.8 Pencegahan Efusi Pleura

Adapun cara untuk mencegah efusi pleura adalah menghindari merokok karena merokok dapat membantu mencegah efusi pleura, menghindari paparan bahan kimia, menjaga berat badan yang berlebihan (Abdel-Rahman, 2018).

2.1.9 Komplikasi

Adapun komplikasi dari Efusi Pleura adalah:

A. Fibrosis paru

Terbentuknya jaringan parut pada pleura dan parenkim paru, dapat menyebabkan restriksi permanen fungsi pernapasan.

B. Pneumotoraks iatrogenik

Komplikasi prosedur torakosentesis, terjadi akibat kebocoran udara ke rongga pleura, memerlukan penanganan segera dengan chest tube drainage.

C. Empiema

Akumulasi pus (nanah) dalam rongga pleura, seringkali merupakan komplikasi dari efusi parapneumonik sehingga membutuhkan drainase antibiotik dan mungkin dekontikasi.

D. Sepsis

Penyebaran infeksi sistemik melalui aliran darah ini merupakan komplikasi paling fatal dengan mortalitas tinggi dan memerlukan terapi antibiotik intravena dan perawatan intensif (Padang, 2020).

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Berikut adalah metode pemeriksaan diagnostik yang digunakan dalam evaluasi Efusi Pleura menurut Massarang & patricia, 2022

1. Radiografi Dada

Merupakan modalitas pencitraan primer dalam evaluasi efusi pleura Deteksi cairan: Foto posteroanterior dapat menunjukkan efusi volume kurang lebih 200 ml kemudian foto lateral mampu mendeteksi cairan mulai dari 50 ml

2. Ultrasonografi Toraks

Memiliki sensitivitas tinggi dalam mendeteksi cairan pleura mampu membedakan karakteristik efusi dimana ada Efusi sederhana artinya adanya cairan anekois atau homogen kemudian ada efusi kompleks yaitu cairan ekogenik dengan septasi (indikasi eksudat).

3. Analisis cairan pleura yaitu pemeriksaan makropis atau warna cairan, pemeriksaan biokimia, pemeriksaan sitologi, pemeriksaan mikrobiologi.

4. CT Scan Toraks

Untuk menilai kelainan anatomi trankeobronkial, mendeteksi lesi pleura dan parenkim paru, menentukan karakter dan luasnya kelainan toraks, dan ini sangat berguna untuk menentukan pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan. (Masarrang & Patricia, 2022).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Manajemen Asuhan Keperawatan adalah Service Excellent atau Pelayanan prima dimana yang dimaksud dengan pelayanan prima adalah adalah kemampuan optimal seseorang dalam menjalin hubungan dengan orang lain, khususnya dalam konteks pelayanan. Pelayanan ini ditujukan untuk memberikan hasil terbaik kepada pelanggan, baik yang berasal dari dalam (internal) maupun luar (eksternal), dengan mengacu pada standar dan prosedur yang telah ditetapkan.

Pelayanan Prima adalah bentuk pelayanan terbaik yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan, Artinya, layanan tersebut harus sesuai dengan standar mutu yang ditetapkan agar mampu memberikan kepuasan kepada masyarakat atau pelanggan. Dalam buku Barata, Pelayanan prima digambarkan melalui berbagai sudut pandang, antara lain:

1. Menjadikan pelanggan sebagai prioritas utama
2. Memberikan layanan dengan sikap ramah, tepat sasaran, dan cepat
3. Mengutamakan kepuasan pelanggan sebagai tujuan utama

4. Menyediakan pelayanan terbaik demi hasil yang optimal
5. Memandang pelanggan sebagai mitra (Frimayasa & Administrasi, 2017).

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan bagian integral dari proses keperawatan dan salah satu upaya perawatan untuk mendalami masalah pasien, termasuk mengumpulkan data yang berkaitan dengan kondisi pasien, termasuk mengumpulkan data yang berkaitan dengan kondisi pasien, secara komprehensif, akurat, sistematis, efisien, dan berkelanjutan. (Muttagin & sari, 2018).

A. Pengumpulan Data

1. Identitas Klien

Tahap pengkajian ini mencakup data demografis pasien meliputi nama lengkap, usia, jenis kelamin, alamat tempat tinggal, agama/keyakinan, etnis, bahasa utama yang digunakan, tingkat pendidikan, serta status pekerjaan.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama pasien digunakan sebagai acuan untuk menggali informasi. Ini adalah keluhan yang paling sering dirasakan dan yang paling mengganggu pasien pada saat keadaan sakit dimana lebih mendalam penyelidikan, dan mengambil tindakan. Sehingga pasien akan memberitahu apa keluhan nya bisa juga di sampaikan oleh keluarga lain ketika seseorang itu tidak sadarkan diri contoh dalam

kecelakaan lalu lintas yang dimana pasien itu tidak sadarkan diri sehingga yang akan menyampaikan keluhan utamanya adalah keluarga ataupun teman yang membawa ke rumah sakit (Prianto & Rosella, 2015).

Pasien dengan Efusi Pleura umumnya mengeluhkan dispnea (sesak napas), sensasi tekanan pada daerah toraks, nyeri pleuritik yang bersifat lokalised dan eksaserbasi saat respirasi atau batuk, serta batuk non-produktif akibat iritasi membran pleura.

3. Riwayat Penyakit sekarang

Manifestasi klinis awal biasanya berupa batuk persisten, gangguan respirasi, nyeri dada tipe pleuritik, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan dan malaise gejala ini sering berkembang secara progresif.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Di pengkajian riwayat penyakit dahulu ini penting ditanyakan supaya dapat mengetahui riwayat penyakit pasien sebelumnya ada atau tidak ada dan perlu kita ketahui yang diderita saat ini mungkin terkait dengan penyakit sebelumnya, dan karena itu perlu dipertimbangkan saat memilih tindakan.

Pengkajian riwayat sekarang ini dapat mendukung data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya. Diperlukan skrining terhadap penyakit atau adanya infeksius dalam keluarga seperti Neoplasma Pulmonal, Asma

Bronkial, atau Tuberkulosis yang mungkin berkontribusi terhadap etiologi.

5. Riwayat penyakit keluarga

Sejarah keluarga sangat memiliki peran penting dalam kondisi kesehatan seseorang. Penyakit yang muncul pada lebih dari satu orang keluarga terdekat dapat meningkatkan resiko untuk menderita penyakit tersebut.

Untuk penderita Hemathotoraks biasanya ditandai adanya gangguan pembekuan darah, seperti Hemofilia, penyakit ganas seperti kanker, Paru-Paru atau Metastasis ke Paru-Paru, dan kondisi lain itu seperti Hipertensi

A. Pemeriksaan pola fungsi

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

bagaimana pengambilan keputusan saat sakit supaya pasien juga dapat mengetahui apakah pasien mengetahui tentang penyakitnya sehingga saat mengambil keputusan keadaan sakit pasien mampu.

2. Pola nutrisi metabolik

Pada pasien Efusi Pleura digunakan untuk pengukuran antropometri (BB/TB) untuk menilai status gizi, anoreksia sekunder akibat dispnea dan kompresi abdominal, Peningkatan kebutuhan metabolik akibat proses penyakit.

3. Pola eliminasi

Periksa apakah pasien mengalami perubahan kebiasaan defekasi pasca-hospitalisasi atau tidak akan ada resiko konstipasi akibat imobilisasi dan penurunan kinerja usus.

4. Pola aktivitas dan latihan

Nyeri pada dada biasanya mengganggu pola aktivitas sehingga adanya ketergantungan dalam pemenuhan ADL

5. Pola tidur dan istirahat

Nyeri atau sesak pada dada biasanya menyebabkan gangguan dalam pola tidur mereka .

6. Pola persepsi kognitif dan sensori

Sebagian besar pasien dengan Efusi Pleura tidak mengalami kelainan (Normal).

7. Pola persepsi dan konsep diri

Perhatikan emosi yang tidak stabil, perasaan tidak berdaya dan putus asa, dan kesulitan untuk mengekspresikan emosi.

8. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Kaji apakah pasien dengan Efusi Pleura mengalami gangguan dalam menjalankan perannya sehari-hari.

9. Reproduksi dan seksualitas

Kaji adanya gangguan seksualitas penyimpangan seksualitas atau pengaruh hubungan penyakit terhadap seksualitas.

10. Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stres

Adanya perasaan cemas, takut, tidak sabar, ataupun marah, putus asa, respon emosional klien terhadap status saat ini, mudah tersinggung, mekanisme koping yang biasanya digunakan dan orang yang membantu dalam pemecahan masalah.

11. Sistem kepercayaan agama yang dianut, apakah ada kegiatan ibadah terganggu atau tidak.

B. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan status generalis mencakup penilaian kesadaran dengan gcs, observasi afek, dan tanda-tanda distress pernapasan. Pada sistem respirasi, ditemukan asimetri pergerakan toraks, retraksi sela iga, penurunan fremitus taktil terutama jika cairan lebih dari 240 cc, bunyi perkusi redup hingga datar, serta penurunan atau hilangnya suara napas dengan kemungkinan egofoni.

Pemeriksaan kardiovaskuler meliputi inspeksi dan palpasi posisi ictus cordis (ICS -5 MCL) serta auskultasi untuk mendeteksi gallop, murmur atau bunyi tambahan. Pada sistem pencernaan diperiksa distensi abdomen bunyi usus 5-35 kali per menit dan bunyi timpani atau pekak.

Sistem neurologis dievaluasi melalui GCS, refleksi fisiologis, dan fungsi sensorik. Sistem muskuloskeletal dinilai dari edema ekstremitas, kekuatan otot, dan capillary refill. Pemeriksaan integumen mencakup warna kulit (misalnya sinosis), turgor, suhu, dan keberadaan lesi.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang bagaimana klien, keluarga, dan komunitas menanggapi masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang aktual maupun potensial. Tujuan diagnosa keperawatan adalah untuk menemukan bagaimana klien, keluarga dan komunitas menanggapi masalah kesehatan. (Analia Wardani, 2023).

Adapun diagnosa keperawatan dari Efusi Pleura adalah:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif

Ketidakmampuan untuk membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk menjaga jalan nafas, hipersekresi jalan nafas, benda asing dalam jalan nafas, jalan nafas buatan, sekresi yang tertahan, hiperplasia dinding jalan nafas, reaksi alergi, dan efek anestesi adalah faktor resiko.

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan gangguan mekanisme pernapasan

Eksirasi yang tidak memberikan ventilasi yang memadai depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, dan gangguan adalah faktor resiko nya.

3. Masalah atau gangguan Pertukaran gas

Maksudnya adalah oksigenasi dan eliminasi karbondioksida pada membran alveolus – kapiler.

4. Perfusi perifer tidak efektif

Menurunnya sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh faktor resiko termasuk hiperglikemia, penurunan

konsentrasi hemoglobin, peningkatan tekanan darah, kekurangan volume cairan, penurunan aliran arteri dan atau vena.

5. Defisit pengetahuan terkait dengan keterbatasan informasi mengenai kondisi dan penatalaksanaan
6. Nyeri Akut berhubungan dengan faktor fisiologis penyebab nyeri (proses inflamasi, iskemia, atau neoplasma)
7. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan atau fungsional yang terjadi secara mendadak atau lambat, dengan intensitas yang berbeda dari ringan hingga berat, dan yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab: agen pencedera fisik (seperti abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat), agen pencedera fisiologis seperti inflamasi, iskemia, trauma, dan overtraining (PPNI, 2017).

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan juga dikenal sebagai tujuan keperawatan, komponen yang dapat diukur dan diamati dari kondisi pasien, perilaku, dan persepsinya terhadap keluarga atau masyarakat sebagai umpan balik dari klien tentang perawatan yang mereka terima. Hasil keperawatan menunjukkan status diagnosa keperawatan setelah perawat melakukan intervensi atau tindakan keperawatan. Standar hasil keperawatan indonesia (SLKI) digunakan sebagai standar luaran untuk melaksanakan asuhan yang aman, dan efektif.

no	Diagnosa Keperawatan	Keteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001)	Hasil yang diharapkan kriteria evaluasi pasien akan: 1. Frekuensi nafas membaik 2. Irama pola nafas membaik 3. Prduksi sputum menurun 4. Suara tambahan nafas (Mengi) membaik 5. Wheezing (jika ada Membaik) 6. Sulit berbicara cukup membaik 7. Ortopnea (rasa ketidaknyamanan saat bernafas sambil berbaring membaik) 8. Dispnea (napas pasien terasa berat) membaik	Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah 1. Memantau pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). 2. auskultasi bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memantau sputum(jumlah, warna, aroma) 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw trust jika curiga trauma servikal) 5. Posisikan semi-fowler 6. Berikan oksigen jika diperlukan 7. Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 menit 8. Ajarkan teknik batuk efektif 9. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.	Meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi jaringan melalui pembersihan jalan napas dari sekret dan cairan, mengurangi manifestasi klinis kesulitan bernapas, mencegah terjadinya komplikasi seperti pneumonia, gagal napas, dan disfungsi oksigenasi jaringan.
2.	Pola napas tidak efektif (D.0005)	1. Dispnea membaik 2. Penggunaan otot bantu pernapasan menurun 3. Orthopnea membaik	1. Memantau frekuensi irama kedalaman dan upaya bernapas 2. Memantau kemampuan batuk efektif	Untuk mengurangi gejala kesulitan bernapas, mencegah komplikasi,

		4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik 6. Tekanan ekspirasi membaik 7. Tekanan inspirasi membaik	3. Auskultasi bunyi napas 4. Mengukur saturasi oksigen 5. Memantau pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-Stokes, Biot, Ataksik) 6. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 7. Informasikan hasil pemantau jika perlu	meningkatkan kualitas hidup
3.	gangguan pertukaran gas (D.0003)	1. Tingkat kesadaran cukup membaik 2. Bunyi napas tambahan membaik 3. Takikardi menurun 4. Pusing menurun 5. Gelisah membaik 6. PO_2 cukup membaik 7. Sianosis menurun 8. Pola napas membaik 9. Warna kulit membaik	1. Memantau frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Inspeksi pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, cheyne-Stokes, Biot, ataksik) 3. Memantau kemampuan batuk efektif 4. Memantau adanya sputum 5. Mengidentifikasi adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Mengukur saturasi oksigen 9. Menginspeksi hasil x-ray toraks 10. Mengatur pemantauan	Untuk mengetahui frekuensi pernapasan sudah normal atau tidak normal, untuk mengetahui sejauh mana penurunan bunyi napas indikasi, ronki indikasi akumulasi sekret atau ketidakmampuan membersihkan jalan napas sehingga otot aksesori digunakan dan kerja napas meningkat

			respirasi sesuai kondisi pasien 11. Dokumentasikan hasil pemantauan 12. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 13. Informasikan hasil pemantauan jika perlu.	
4.	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	1. Warna kulit pucat membaik 2. Edema perifer cukup membaik 3. Kelamhan otot pernapasan membaik 4. Turgor kulit cukup membaik 5. Tekanan darah sistolik membaik 6. Tekanan darah diastolik cukup membaik	1. Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Mengidentifikasi panas, kemerahan, nyeri, dan bengkak pada ekstremitas atas jika ada 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku 6. Lakukan hidrasi 7. Anjurkan berolahraga rutin	Untuk mengetahui adanya gangguan pada perfusi perifer misalnya beberapa penyakit seperti diabetes, hipertensi hiperkolesterol yang dapat menyebabkan gangguan sirkulasi perifer, untuk mengetahui masalah yang ada di perifer tubuh.
5.	Penurunan curah jantung (D.0008)	1. Kekuatan nadi perifer membaik 2. Palpitasi (jantung berdebar) membaik 3. Bradikardi membaik 4. Lelah membaik 5. Pucat/sianosis membaik 6. Tekanan darah membaik	1. Identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea) 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi palpitasi, ronkhi	Mengetahui tanda dan gejala primer penurunan jantung, untuk mengetahui tekanan darah secara berkala, untuk mengetahui cairan yang keluar dan masuk pada pasien

			basah, batuk, kulit pucat) 3. Mengukur tekanan darah 4. Memantau intake dan output cairan 5. Mengukur saturasi oksigen 6. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum di berikan obat 7. Posisikan pasien semi fowler dengan kaki dibawah atau memberikan posisi nyaman 8. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat 9. Berikan terapi relaksasi supaya tidak stress 10. Berikan dukungan emosional dan spritual 11. Berikan oksigen untuk mempertahankan oksigen 12. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu	
6.	Nyeri akut (D.0077)	1. Keluhan nyeri membaik 2. Meringis menurun 3. Gelisah membaik 4. Kesulitan tidur berkurang 5. Pupil dilatasi membaik 6. Pola napas membaik	1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Idenifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat	Mengurangi intensitas nyeri untuk meningkatkan kenyamanan pasien, meningkatkan kapasitas pasien denga mengurangi nyeri dan tekanan pada paru-paru,

		7. Pola tidur meningkat	dan memperingan nyeri 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri misal terapi musik, terapi pijat, teknik imajinasi, kompres hangat 6. Fasilitasi istirahat tidur 7. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 11. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 12. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	meningkatkan mobilitas pasien dengan mengurangi nyeri dan, memfasilitasi aktivitas sehari hari
--	--	--------------------------------	--	---

7.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Gerakan terbatas menurun (5)	1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi intoleransi fisik melakukan ambulasi (ROM) 3. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk) 4. Memfasilitasi melakukan mobilitas fisik lainnya 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi	Meningkatkan kemampuan mobilitas pasien dengan, meningkatkan kekuatan otot pasien, mencegah terjadinya dekubitus pada pasien
----	-----------------------------------	--	---	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mencapai tujuan yang diharapkan dan telah ditetapkan sebagai intervensi keperawatan. Perilaku atau tindakan tertentu yang dilakukan oleh perawat untuk menerapkan intervensi yang ingin diterapkan pada klien sebagai keperawatan (PPNI, 2018). Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) dimaksudkan untuk membantu perawat menyusun rencana tindakan untuk mencapai pelaksanaan asuhan keperawatan yang etis, aman, dan efektif (PPNI, 2018).

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Tahap terakhir dalam proses Keperawatan adalah Evaluasi, yang menilai sejauh mana tujuan rencana keperawatan tercapai. perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami reaksi terhadap intervensi keperawatan, memiliki kemampuan untuk membuat kesimpulan tentang tujuan yang dicapai, dan dapat mengaitkan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil berdasarkan SOAPIER:

S: Subjektif

O: Objektif

A: Assessment

P: Planning

I :Intervensi

E: Evaluasi

R: Rasional

2.3 Manajemen Asuhan Keperawatan

2.3.1 Definisi Manajemen Asuhan Keperawatan

Menurut Erika, 2024 dari bukunya yang berjudul Manajemen Asuhan Keperawatan, diartikan sebagai proses pengaturan, sedangkan manajemen asuhan keperawatan merupakan perpaduan antara pengelolaan pelayanan dan pemenuhan kebutuhan pasien. Tujuannya adalah menjamin pelayanan keperawatan yang bermutu dan efisien melalui koordinasi tim kesehatan serta pendekatan holistik terhadap pasien.

Manajemen Asuhan Keperawatan terdiri dari empat komponen utama yaitu, perencanaan yang meliputi pengkajian tujuan yang terukur dan pemenuhan kebutuhan pasien secara menyeluruh, pengorganisasian yang menentukan peran tanggung jawab serta pengelolaan sumber daya dan strategi pelayanan, pelaksanaan implementasi rencana keperawatan secara terkoordinasi dan sesuai standar, dan yang terakhir Evaluasi dimana ini menilai efektivitas asuhan, serta melakukan perbaikan bila diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. (Erika, 2024)

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan atau memberikan gambaran bagaimana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Efusi Pleura di Ruang Ra 5 Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025.

3.2 Tempat dan Waktu

Tempat pengambilan kasus dilakukan di Kementerian Kesehatan Adam Malik. Rumah Sakit ini merupakan milik pemerintah pusat yang berada dibawah naungan Direktorat jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rumah Sakit ini berlokasi di Jalan Bunga Lau No 17, Medan Tuntungan, Kementerian Kesehatan RS Adam Malik juga berfungsi sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

Waktu Penelitian yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan laporan kasus pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu pada bulan Februari s.d Mei 2025 dan dilakukan Implementasi keperawatan dari tanggal 22 Mei -24 Mei 2025.

Tabel 3.1 Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Bulan			
		Feb-25	Mar-25	Apr-25	Mei-juni 25
1	Pengajuan Judul KTI				
2	ACC judul KTI				
3	Pembuatan Proposal				
4	Survey awal				
5	Bimbingan Proposal				
6	Pengajuan penelitian				
7	Pelaksanaan studi kasus				
8	Bimbingan penyelesaian KTI				
9	ACC sidang KTI				
10	Sidang KTI				
11	Perbaikan				

Subjek nya adalah kumpulan dari individu yang dipilih untuk mewakili dari populasi penderita penyakit tersebut.

3.3 Metode Pengumpulan Data

3.3.1 Sumber Data

1. Data primer adalah data hasil wawancara dan observasi dengan responden menggunakan kuesioner dan chekslist yang telah disiapkan.
2. Data Sekunder adalah data dari rekam medis di Kementerian Kesehatan RS Adam Malik.

3.3.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara: Berinteraksi langsung dengan pasien untuk mengumpulkan informasi seperti data identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, serta informasi relevan lainnya yang berhubungan dengan keadaan pasien.
2. Observasi: Melakukan pengamatan langsung terhadap pasien untuk mendeteksi perubahan perilaku atau gejala lain yang berkaitan dengan fokus ujian.
3. Dokumentasi: Menuliskan hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan dengan menggunakan format standar yang telah disesuaikan dengan prosedur pelayanan keperawatan jiwa.

3.4 Alat Pengumpulan Data

Pengolahan data dapat dilakukan secara manual dan komputerisasi.

Aplikasi komputer saat ini adalah yang paling umum digunakan selama proses

pengumpulan data supaya mempercepat sebuah pengumpulan data adapun cara pengumpulan data yang peneliti lakukan yaitu:

1. Mengurus perizinan penelitian ke Kementerian Kesehatan RS Adam Malik
2. Mengidentifikasi pasien Efusi Pleura dan mengambil sampel Efusi Pleura
3. Memberikan informant consent persetujuan kepada pasien sebagai persetujuan penelitian
4. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang telah menjadi responden, mulai dari Pengkajian, Diagnosis Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Dan Evaluasi Keperawatan
5. Mendokumentasikan hasil penelitian

3.5 Analisis data

Dengan menggunakan Metode Deskriptif, analisis data penelitian Efusi Pleura yang bersifat deskriptif dapat dilakukan untuk menggambarkan karakteristik para pasien serta hasil dari penelitian tersebut. Peneliti dapat menggunakan analisis ini untuk memperoleh pemahaman tentang frekuensi distribusi, rata-rata, dan presentase dari berbagai variabel yang sedang diteliti (Polick, B. 2017).

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

A. Identitas Klien

Pasien bernama Tn M berusia 63 tahun, dirawat di rumah sakit sejak 22 April Tahun 2025 pukul 09.59 WIB dan telah dilakukan pengkajian pada hari yang sama. Tn.M tinggal di Jl. Bunga Rampai V No 1, Simalingkar B, dengan nomor kontak 081376265424 data diperoleh dari pihak keluarga penanggung jawab yaitu istri dari Tn M, yang berinisial Ny. R yang tinggal di alamat yang sama pekerjaan sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS), berlatar pendidikan, beragama Kristen protestan, dan berasal dari suku Batak Simalungun.

B. Riwayat Kesehatan Saat Masuk Rumah Sakit

Keluarga Tn.M mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit Tn.M sering mengonsumsi rokok 1 bungkus perhari isinya sebanyak 12 biji setelah itu Tn.M merasakan sesak nafas dan nyeri di bagian dadanya dan segera di bawa ke Rumah Sakit terdekat dan di rujuk Kementerian Kesehatan RS Adam Malik.

C. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan Utama:

Tn.M mengeluh sesak napas sejak dua minggu yang lalu dan mengatakan sesak napas memberat dalam tiga hari ini, Tn.M mengatakan sesak napas dirasakan ketika saat beraktivitas seperti berjalan Tn.M mengatakan nyeri pada dada yang dirasakan hilang timbul dan menjalar ke punggung, Tn.M mengeluh batuk disertai lendir dan bercampur

cairan, Tn.M tampak pucat, Tn.M tampak meringis, skala nyeri 7 di temukan hasil TTV TD: 131/83 mmhg, HR: 86x/menit, RR: 28x/menit, SpO2: 93% , NK 31 pm adanya suara tambahan wheezing (+) terdapat di paru kanan yang tidak simetris sebelah kanan paru tampak bengkak dan tampak menggunakan otot bantu pernapasan nasal kanul, Tn.M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya sejak Tahun 2018 dan tampak kesulitan menggerakkan kakinya, rentang gerak rom menurun, Tn.M dibantu saat beraktivitas. Lama keluhan yang dirasakan Tn.M 30 Menit sampai 1 Jam, kualitas keluhan hilang timbul faktor pencetus cairan di rongga pleura faktor pemberat yaitu saat beraktivitas dan saat berjalan upaya yang telah dilakukan Tn.M mencari posisi yang paling diagnosa medis yang ditemukan Efusi Pleura (Efusi Pleura Besar pada dada Kanan), PPOK eksaserbasi sedang dalam Grup E, CHF ec HD, DM tipe 2, Kolestitis

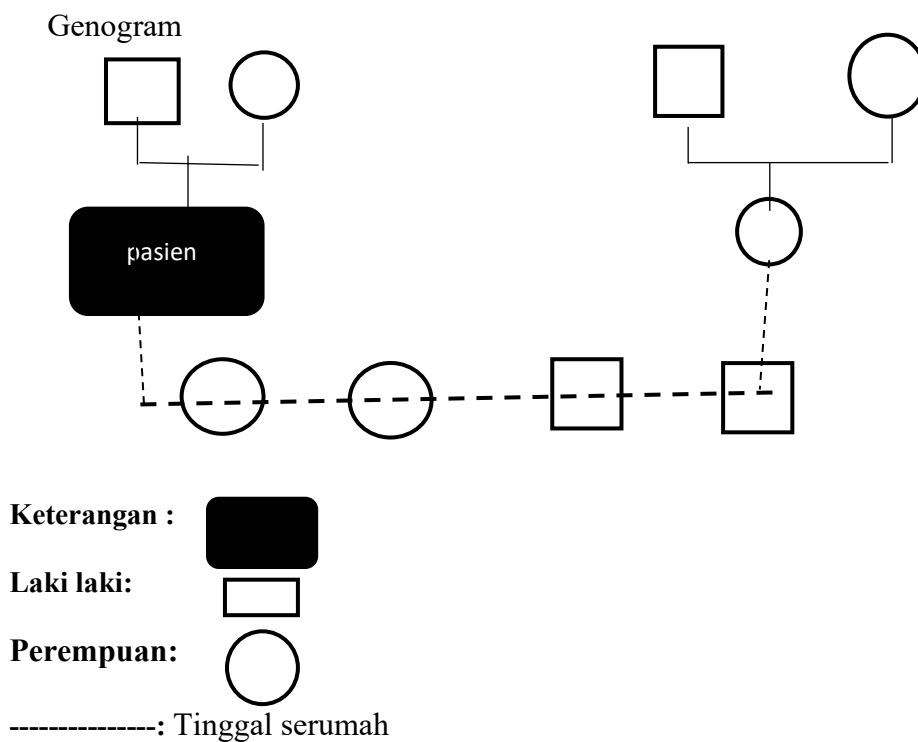
D. Riwayat Kesehatan Terdahulu

Tn.M menyampaikan bahwa sebelumnya pernah di rawat di RS Murni Teguh dan di diagnosis menderita penyakit jantung. Pada Tahun 2018 Tn.M telah menjalani tindakan PCI. Selain itu diketahui riwayat hipertensi, diabetes melitus tipe 2 dan stroke yang juga mulai terjadi sejak Tahun 2018. Tidak terdapat riwayat kecelakaan maupun operasi sebelumnya. Penyakit kronis yang diderita meliputi stroke, congestive heart failure (CHF) dan diabetes melitus tipe 2. Tn.M Terakhir kali dirawat inap di RS Murni Teguh pada bulan Maret. Tn.M tidak memiliki.

riwayat alergi terhadap obat, makanan, atau bahan medis lainnya, serta tidak memiliki riwayat imunisasi. Dalam kebiasaan sehari-hari, Tn.M merokok sekitar 12 batang per hari namun tidak mengkonsumsi kopi maupun alkohol. Obat-obatan yang digunakan sebelumnya yaitu obat inhaler, CPG x 75 mg Bisoprolol 1x 1,24 mg, Atorvastatin 1x 20 mg NKR, 2x2.5 mg Lansoprazole, 1x 30 mg Metformin, Glibenclamid.

D. Riwayat Keluarga

Gambar 4.1 Genogram



F. Riwayat Lingkungan

Lingkungan tempat tinggal Tn.M tergolong bersih, dengan kondisi rumah yang memiliki ventilasi dan pencahayaan yang baik. Tidak ditemukan adanya bahaya kecelakaan, polusi, maupun sumber pencemaran di sekitar rumah. Tn.M bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS).

G. Pola Aktivitas – Latihan

Pola aktifitas latihan Tn.M dirumah dan di Rumah Sakit untuk makan minum, mandi, berdandan, toileting, mobilitas tempat tidur, berpindah, dan naik tangga dibantu oleh keluarga istri dari Tn.M.

H. Pola Eliminasi

Kebiasaan pola eliminasi BAB dan BAK Tn.M saat dirumah, BAB tiga kali sehari dengan tinja padat, berwarna dan berbau khas, tanpa keluhan atau penanganan khusus. Frekuensi menurun menjadi satu kali sehari, tinja cair, dan tampak kesulitan sehingga diberikan dulcolax untuk BAK frekuensi tetap 4-7 kali perhari dengan urin cair dan bau khas namun waktu di rumah sakit Tn.M terlihat mengalami kesulitan, sehingga disarankan untuk meningkatkan asupan cairan.

I. Pola Tidur-Istirahat

Pola tidur istirahat di rumah Tn.M terbiasa tidur siang selama satu jam, yaitu pukul 15:00 hingga 16.00. Setelah tidur siang Tn.M merasa nyaman dan tidak menyatakan adanya keluhan sedangkan pada malam hari Tn.M tidur selama delapan jam mulai pukul 21.00 hingga 05.00 pagi. Tn.M melaporkan kenyamanan baik sebelum maupun sesudah tidur malam. Tidak ditemukan gangguan tidur dan Tn.M menggunakan musik favorit sebagai metode relaksasi sebelum tidur.

J. Pola kebersihan diri

Tn.M menunjukkan kebiasaan merawat kebersihan tubuh dengan cukup baik, mandi dua kali dalam sehari dan selalu menggunakan sabun setiap kali

mandi. Keramas dilakukan tiga hari sekali dengan menggunakan sampo. Selain itu Tn.M rutin menyikat gigi dua kali sehari disertai dengan penggunaan pasta gigi, ketika berada di rumah sakit, frekuensi mandi Tn.M berkurang menjadi satu kali per hari dan sabun juga hanya digunakan sekali dalam sehari, meskipun demikian jadwal keramas tetap sama, yaitu tiga hari sekali dengan menggunakan sampo. Kebiasaan menyikat gigi tetap terjaga dua kali sehari dengan pemakaian pasta gigi tidak ditemukan adanya hambatan dalam menjaga kebersihan diri baik di rumah maupun selama menjalani perawatan di rumah sakit.

K. Pola Toleransi – Koping Stres

Pengambilan Keputusan Tn.M dibantu oleh istri, Masalah utama terkait dengan perawatan di RS atau penyakit perawatan diri Tn.M mengatakan tidak ada masalah terkait perawatan dan pelayanan Rumah sakit karena pasien BPJS sehingga tidak ada anggaran biaya untuk pengobatan di Rumah Sakit, Yang biasa dilakukan apabila stress/mengalami masalah mendengarkan musik, Harapan setelah menjalani perawatan cepat sembuh agar dapat berkumpul melihat keluarga, cucu dan teman teman yang ada di rumah, Perubahan yang dirasa setelah sakit tidak dapat melihat anak dan cucu, jarang melihat dunia luar, tidak dapat berkumpul bersama teman dan saudara

L. Pola Peran – Hubungan

Peran dalam Keluarga berperan sebagai orang tua, nenek dan sebagai suami, Sistem pendukung Istri, Anak, Teman, Saudara, Tidak ada kesulitan hubungan dalam keluarga, tidak ada masalah hubungan dalam keluarga.

M. Pola Komunikasi

Bicara Bahasa utama yang digunakan adalah Bahasa Indonesia Tn.M berbicara tidak jelas karena penyakit yang dialami bahasa daerah yang digunakan adalah Bahasa Batak Simalungun tampak afek serasi dalam memahami sebuah kalimat atau instruksi. Tempat tinggal bersama orang lain, yaitu suami kehidupan keluarga adat istiadat yang dianut Adat Batak Simalungun Pantangan adat dan agama yang dianut oleh Tn.M tidak ada penghasilan keluarga lebih besar dari Rp. 2000.000

N. Pola Seksualitas

Masalah dalam hubungan seksual selama sakit tidak ada dan upaya yang dilakukan pasangan perhatian dan sentuhan.

O. Pola Nilai dan Kepercayaan

Kepercayaan menurut Tn.M sangat penting untuk menegakkan Iman dalam menghadapi situasi dan masalah penyakit yang dihadapi sehingga itu sangat penting bagi Tn.M. Kegiatan agama/kepercayaan yang dilakukan di rumah yaitu Ibadah Minggu dan Saat Teduh. Kegiatan agama atau kepercayaan yang tidak dapat dilakukan di RS Saat Teduh yang dibawa oleh pengurus gereja. Harapan keluarga terhadap perawatan untuk

melaksanakan ibadahnya Semoga Tuhan mengangkat penyakitnya dan cepat sembuh dan segala proses penyembuhan penyakit dapat lancar dan berjalan dengan baik.

P.Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum Tn.M lemah dan kesadaran compos mentis Tanda-tanda vital 131/83 Nadi: 86x/menit Pernapasan 28x/ menit Tinggi Badan 154 Berat Badan 50 kg kepala dan leher kepala bentuk simetris massa sepasang distribusi rambut hitam pendek warna kulit kepala putih mata bentuk mata lebar dan simetris, konjungtiva, anemis pupil reaksi terhadap cahaya tanda-tanda radang tidak ada fungsi penglihatan kabur penggunaan alat bantu pasien menggunakan alat bantu apabila ya menggunakan kaca mata, lensa kontak minus 2

Pemeriksaan mata terakhir setahun yang lalu riwayat operasi tidak ada riwayat operasi hidung bentuk mancung warna coklat pembengkakan tidak ada nyeri tekan tidak ada perdarahan tidak ada sinus juga tidak ada riwayat alergi tidak ada cara mengatasinya tidak ada cara mengatasi penyakit yang pernah terjadi tidak ada frekuensi tidak ada.

Mulut dan tenggorokan dilakukan pemeriksaan menunjukkan bibir tampak pucat, namun mukosa mulut dalam kondisi normal tanpa ulkus, lesi, atau massa. Warna lidah terlihat merah muda dan tidak terdapat perdarahan pada gusi maupun karies. Gigi tampak normal Tn.M mengalami kesulitan menelan serta mengeluh skait tenggorokan yang disebabkan oleh batuk

berdahak, gangguan bicara tidak ada dan pemeriksaan gigi terakhir di bulan Maret.

Di pemeriksaan telinga tidak ada ditemukan kelainan gangguan dan Tn.M mengatakan tidak ada nyeri dan mampu mendengar suara pada pemeriksaan leher menunjukkan tidak terdapat kekakuan nyeri tekan atau keterbatasan gerak, vena jugularis teraba sedangkan tiroid kelenjar limfe tidak teraba.

Pemeriksaan Trakea tampak tidak simetris karena terdapat edema di sisi kanan. Meskipun demikian Tn.M tidak ada keluhan dibagian leher posisi semi fowler pada pemeriksaan dada tampak tidak simetris dengan pergerakan yang terbatas karena Tn.M mengalami kesulitan bernapas. Terdapat nyeri tekan di daerah dada, namun tidak ditemukan tanda-tanda peradangan.

Taktil fremitus tidak normal Frekuensi napas 28 kali per menit, di pemeriksaan jantung terdengar vesikuler pemeriksaan paru hasil perkusi redup dan suara auskultasi terdengar crackles, Tn.M mengeluh nyeri dada yang menyebabkan rasa tidak nyaman. Pemeriksaan payudara dan ketiak tidak ditemukan kelainan tampak simetris tidak ada benjolan.

Abdomen tampak simetris tidak ada inflamasi dan nyeri bunyi usus normal saat diasukultasi di Genitalia tampak simetris dan tidak ada nyeri di ekstremitas bawah tidak ada pergerakan atau kekuatan otot (skor 0). Pemeriksaan kulit dan kuku dimana kulit dan kuku Tn.M berwarna coklat dan normal tanpa lesi atau jaringan parut kuku tampak merah muda,

berbentuk lonjong, dan pengisian kapiler normal dalam dua detik dan punggung simetris secara visual namun terdapat nyeri tekan saat dilakukan palpasi.

Q. Hasil Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan pada tanggal 22 April Tahun 2025 adalah jenis pemeriksaan warna cairan yaitu terdapat warna cairan kuning, total protein 4.9 transudat kurang 3g/dl, LDH 245 transudat kurang dari 200 U/L eksudat lebih dari 200 U/L, Glukosa sebanyak 134 mg/dl rujukan 55-140, PH hasil 8.0 pemeriksaan penunjang untuk hitungan jenis sel dimana jumlah sel WBC, 10/UL 7.530 rujukan 4.000-11.000, jumlah sel RBC, 10/UL hasil 4.26 rujukan 4.10-5.10, MN sel hasil 94.8, PMN sel 5.2.

pemeriksaan hematologi untuk Hematokrit hasil 38.9 rujukan 36-47, trombosit (PLT) hasil 379.000, rujukan 150.000-450.000, MCV 91 FL rujukan 81-99, MCH 30.0 pg rujukan 27.0-31.0, MCHC 32.9 g/dl rujukan 31.0-37.0, RDW 12.2% rujukan 11.5-14.5, MPV 8.4 Fl rujukan 6.5-9.5, PCT yang diberikan 0.320% rujukan 0.100-0.500, PDW 7.4% rujukan 10.0-18.0.

Q. Pengobatan

Therapy di Rawat Inap 5 yang diberikan adalah CT scan Thoraks, O2 3lpmNK, IVDNacl 0,9% 20 tpm, Inj. Ranitidin 50 mg, Inj. Ketorolac 30 mg, Inj. Furosemid 1 tesp, Nebul Budesonide 1 re, Pasang chest tube (lang Bore) di IGD. Terapi pengobatan yang diberikan di ruang Rawat Inap 5 adalah O2 3lpmNK, IVFD Nacl 0.9% 20 tpm, Inj.Ranitidin 50mg/12 jam, Inj.ketorolac 30mg/8jam, Nebul farbivent 1 resp/12 jam, NAC 3x200 mg

4.1.1 Analisa Data

Nama : Tn. M

No. RM

: 00223274

Umur : 63 Thn

Diagnosa Medis

: Efusi Pleura

No	Symtom (Data Subuektif & Obyektif)	Etiologi (Penyebab)	Problem (Masalah)
1	DS: 1. Tn.M mengeluh batuk disertai lendir 2. Tn.M mengeluh kesulitan mengeluarkan dahak DO: 1. Ditemukan ada nya Sputum berwarna kuning tidak terlalu cair 2. Tn.M tampak sulit bernapas 3. Adanya suara tambahan Weezing 4. Dada bagian kanan tampak membesar	Peningkatan sekret di jalan napas (cairan Pleura)	Bersihan jalan napas tidak efektif
2	DS: 1. Tn.M mengeluh sesak napas sudah dirasakan 2 minggu yang lalu dan sesak napas memberat sudah 3 hari 2. Tn.M mengatakan sesak napas dialami ketika saat beraktivitas seperti berjalan DO: 1. Keadaan Umum Tn.M tampak lemah 2. Tingkat kesadaran: Apatis 3. Ditemukan Spo2 93 , 4. RR: 28x/ menit 5. Tn.M tampak terpasang nasal kanul 3 lpm	Hambatan upaya saat bernafas	Pola napas tidak efektif

3	DS: 1. Tn.M mengeluh nyeri pada dada 2. Tn.M mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung DO: 1. Tn.M tampak pucat 2. Tn.M tampak meringis 3. Ditemukan skala nyeri 7	Agen pencedera fisiologis (Paru kanan)	Nyeri akut
4	DS: 1. Tn.M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya 2. Tn.M mengatakan sulit melakukan aktivitas DO: 1. Tn.M tampak tidak bisa menggerakkan kedua kaki 2. Rentang gerak (ROM) menurun 3. Kekuatan otot L ka 4 L ki 4 ----- T ka 0 T ki 0 4. Tn.M tampak di bantu dalam melakukan aktivitas	Gangguan muskuloskeletal (Stroke)	Gangguan Mobilitas fisik

4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas (efusi pleura) ditandai dengan data Tn.M mengeluh batuk disertai lendir, data ditemukan ada nya penumpukan cairan di pleura, Tn.M tampak sulit bernapas, adanya suara tambahan wheezing, dada bagian kanan tampak membesar
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya saat bernapas ditandai dengan data Tn.M mengeluh sesak napas sudah dirasakan 2 minggu yang lalu dan sesak napas memberat sudah 3 hari,

Tn.M mengatakan sesak napas dialami ketika saat beraktivitas seperti berjalan ditandai dengan data pasien tampak lemah, tingkat kesadaran Apatis, Ditemukan Spo2 93, RR: 28x/menit, TD: 131/83 mmhg.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Paru Kanan) ditandai dengan data Tn.M mengeluh nyeri pada dada, Tn.M mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung dan Tn.M tampak pucat, meringis, ditemukan skala nyeri 7, HR :86x/menit
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke) ditandai dengan data Tn. M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya data Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya, rentang gerak room menurun, Tn.M dibantu saat beraktifitas

Tanggal Dan jadwal intervensi	Diagnosis Keperawatan (Data Subyektif & Obyektif)	Tujuan (Hasil Yang Diharapkan & Kriteria Evaluasi)	Intervensi Keperawatan	Rasional
22 april 2025 Hari pertama intervensi Pukul 08.00-09:00 wib	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas (efusi pleura) ditandai dengan data Tn.M mengeluh batuk disertai lendir, data ditemukan ada nya penumpukan cairan di pleura, Tn.M tampak sulit bernapas, adanya suara tambahan weezing, dada bagian kanan tampak membesar	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 1x 24 jam hasil yang diharapkan: 1. Frekuensi nafas membaik 2. Irama pola napas membaik 3. Produksi sputum menurun 4. Suara tambahan nafas (wheezing) menurun 5. Ortopnea (rasa ketidaknyamanan saat bernafas sambil berbaring membaik) 6. Dispnea (napas Tn.M terasa berat) membaik	Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah: 1. Mengidentifikasi pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). 2. Memantau bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memantau sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Posisikan semi-fowler 5. Berikan oksigen jika diperlukan 6. Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 menit 7. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran , mukolitik, jika perlu.	Meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi jaringan melalui pembersihan jalan naps dari sekret dan cairan, mengurangi manifestasi klinis kesulitan bernapas, mencegah terjadinya komplikasi seperti pneumonia, gagal napas, dan disfungsi oksigenasi jaringan.

2.	1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya saat bernapas ditandai dengan data Pasien mengeluh sesak napas sudah dirasakan 2 minggu yang lalu dan sesak napas memberat sudah 3 hari, Tn.M mengatakan sesak napas dialami ketika saat beraktivitas seperti berjalan ditandai dengan data pasien tampak lemah, tingkat kesadaran Apatis,	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 1x 24 jam hasil yang diharapkan: 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu pernapasan menurun 3. Orthopnea menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik	Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah: 1. Memantau frekuensi, irama. Kedalaman, dan upaya bernapas 2. identifikasi pola napas (seperti adanya bradipnea, takipnea) 3. Memantau kemampuan batuk efektif 4. Identifikasi adanya produksi sputum 5. Identifikasi adanya sumbatan jalan pernapasan 6. Auskultasi bunyi napas 7. Mengukur saturasi oksigen 8. Menjelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan napas buatan 9. Kolaborasi pemberian obat	Untuk mengurangi gejala kesulitan bernapas, mencegah komplikasi, meningkatkan kualitas hidup

	Ditemukan Spo2 93, RR: 28x/menit, TD: 131/83 mmhg.			
3	1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Paru Kanan) ditandai dengan data Tn.M mengeluh nyeri pada dada, Tn.M mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung dan Tn.M tampak pucat, meringis, ditemukan skala nyeri 7, HR :86x/menit	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 1x 24 jam hasil yang diharapkan: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri misal terapi musik, terapi pijat, teknik imajinasi, kompres hangat 6. Fasilitasi istirahat tidur 7. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam	Mengurangi intensitas nyeri untuk meningkatkan kenyamanan pasien, meningkatkan kapasitas pasien dengan mengurangi nyeri dan tekanan pada paru-paru, meningkatkan mobilitas pasien dengan mengurangi nyeri dan memfasilitasi aktivitas sehari-hari

			pemilihan strategi meredakan nyeri 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 11. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	
--	--	--	---	--

4.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke) ditandai dengan data Tn. M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya data Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya, rentang gerak room menurun, Tn.M dibantu saat beraktifitas	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 1x 24 jam hasil yang diharapkan: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Gerakan terbatas menurun	Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah 1. Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi intoleransi fisik melakukan ambulasi 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik lainnya 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 4. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi	Meningkatkan kemampuan mobilitas pasien dengan, meningkatkan kekuatan otot pasien, mencegah terjadinya dekubitus pada pasien
----	---	---	--	---

Intervensi Keperawatan Hari Kedua

23 april 2025 Hari kedua intervensi Pukul 08.00- 09:00 wib	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas (efusi pleura) ditandai dengan data Tn.M mengeluh batuk disertai lendir, data ditemukan ada nya penumpukan cairan di pleura, Tn.M tampak sulit bernafas, adanya suara tambahan weezing, dada bagian kanan tampak membesar	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 1x 24 jam hasil yang diharapkan: 1. Frekuensi nafas membaik 2. Irama pola napas membaik 3. Produksi sputum menurun 4. Suara tambahan nafas (wheezing) menurun 5. Ortopnea (rasa ketidaknyamanan saat bernafas sambil berbaring membaik) 6. Dispnea (napas pasien terasa berat) membaik	Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah: 1. Memantau pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). 2. auskultasi bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memantau sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Posisikan semi-fowler 5. Berikan oksigen jika diperlukan 6. Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 menit 7. Ajarkan teknik batuk efektif 8. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi pola napas (20 x/menit) 2. Auskultasi bunyi napas (weezing) 3. Inspeksi jumlah sputum (telah dikeluarkan cairan 500 cc dan pemasangan WSB buka tutup selama 2 jam) 4. Mempertahankan kepatenan jalan napas (posisi semi fowler) 5. memberikan Minuman hangat 6. melakukan penghisapan cairan pleura selama 15 detik 7. Lakukan hiperosigenasi
---	--	---	--	---

				sebelum penghisapan endotrakeal 8. Mengajarkan teknik batuk efektif 9. Memberikan pemberian bronkodilator (Salbutamol, pemasangan Nebulizer)
2.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya saat bernapas ditandai dengan data Pasien mengeluh sesak napas sudah dirasakan 2 minggu yang lalu dan sesak napas memberat sudah 3 hari,	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 1x 24 jam hasil yang diharapkan: 6. Dispnea menurun 7. Penggunaan otot bantu pernapasan menurun 8. Orthopnea menurun 9. Frekuensi napas membaik 10. Kedalaman napas membaik	Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah 1. Atur interval waktu pemantauan respirasi sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil 3. Menjelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan napas buatan 4. Kolaborasi pemberian obat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Memantau frekuensi, irama. Kedalaman, dan upaya bernapas (menggunakan stetoskop dengan hasil RR 20 kali per menit, irama napas teratur, Upaya bernapas masih tampak sulit, Spo2 94)

	Tn.M mengatakan sesak napas dialami ketika saat beraktivitas seperti berjalan ditandai dengan data pasein tampak lemah, tingkat kesadaran Apatis, Ditemukan Spo2 93, RR: 28x/menit, TD: 131/83 mmhg.			2. Memantau pola napas (seperti adanya bradipnea, takipnea) 3. identifikasi kemampuan batuk efektif 4. mengidentifikasi adanya produksi sputum 5. Memantau adanya sumbatan jalan pernapasan (masih terdapat sputum) 6. Memantau suara napas (weezing +) 7. Mengukur saturasi oksigen (spo2 93% menjadi 94%) 8. Menjelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan napas 9. Memberikan kolaborasi obat dengan dokter (pemberian oksigen 3 lpm)
--	---	--	--	--

3	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Paru Kanan) ditandai dengan data Tn.M mengeluh nyeri pada dada, Tn.M mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung dan Tn.M tampak pucat, meringis, ditemukan skala nyeri 7, HR :86x/menit	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 1x 24 jam hasil yang diharapkan: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri misal terapi musik, terapi pijat, teknik imajinasi, kompres hangat 6. Fasilitasi istirahat tidur 7. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi lokasi (di dada, hilang timbul) 2. Mengidentifikasi skala nyeri (7 menjadi 3) 3. Mengidentifikasi faktor pemberat nyeri (pada saat beraktivitas, pasien dianjurkan untuk istirahat) 4. Memberikan terapi nonfarmakologis (teknik relaksasi) 5. Memberikan penjelasan cara mengatasi nyeri kepada pasien yaitu mencari posisi nyaman menganjurkan
---	---	--	---	--

4	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke) ditandai dengan data Tn. M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya data Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya, rentang gerak room menurun, Tn.M dibantu saat beraktifitas	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 1x 24 jam hasil yang diharapkan: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Gerakan terbatas menurun	10. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 11. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 12. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah 1. Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi intoleransi fisik melakukan ambulasi 3. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk) 4. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik lainnya 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi	mendenagrkan musik atau teknik relaksasi 6. Memberikan analgetik (injeksi Ketorolac 30 mg,Ivfd Nacl 0,9% 20 tpm) Tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi intoleransi fisik melakukan ambulasi 3. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk) 4. Memfasilitasi melakukan mobilitas fisik lainnya 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
---	---	---	--	---

				6. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
Intervensi Keperawatan Hari Ke Tiga				
24 april 2025 Hari ke tiga intervensi Pukul 08.00-09:00 wib	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas (efusi pleura) ditandai dengan data Tn.M mengeluh batuk disertai lendir, data ditemukan ada nya penumpukan cairan di pleura, Tn.M tampak sulit bernapas, adanya suara tambahan	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 1x 24 jam hasil yang diharapkan: 1. Frekuensi nafas membaik 2. Irama pola napas membaik 3. Produksi sputum menurun 4. Suara tambahan nafas (wheezing) menurun 5. Ortopnea (rasa ketidaknyamanan saat bernafas sambil berbaring membaik)	Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah: 1. Menginspeksi pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). 2. auskultasi bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. memantau sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Posisikan semi-fowler 5. Berikan oksigen jika diperlukan 6. Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 menit 7. Ajarkan teknik batuk efektif 8. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Auskultasi bunyi napas (weezing) 2. Mengidentifikasi jumlah sputum (telah dikeluarkan cairan 500 cc dan pemasangan WSB buka tutup selama 2 jam) 3. Mempertahankan kepatenan jalan napas (posisi semi fowler) 4. memberikan Minuman hangat 5. melakukan penghisapan cairan pleura selama 15 detik

	weezing, dada bagian kanan tampak membesar	6. Dispnea (napas pasien terasa berat) membaik		6. Lakukan hiperosigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Mengajarkan teknik batuk efektif 8. Memberikan pemberian bronkodilator (Salbutamol, pemasangan Nebulizer)
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya saat bernapas ditandai dengan data Pasien mengeluh sesak napas sudah dirasakan 2 minggu yang lalu dan sesak napas memberat sudah 3 hari, Tn.M mengatakan sesak napas dialami ketika saat beraktivitas seperti berjalan ditandai	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 1x 24 jam hasil yang diharapkan: 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu pernapasan menurun 3. Orthopnea menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik	Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah 1. Memantau frekuensi, irama. Kedalaman, dan upaya bernapas 2. auskultasi pola napas (seperti adanya bradipnea, takipnea) 3. memantau kemampuan batuk efektif 4. inspeksi adanya produksi sputum 5. Memantau adanya sumbatan jalan pernapasan 6. Mengukur saturasi oksigen 7. Menjelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan napas buatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi frekuensi, irama. Kedalaman, dan upaya bernapas (menggunakan Nasal kanul 3lpm dengan hasil RR 20 kali permenit, irama napas teratur, Upaya bernapas masih tampak sulit, Spo2 94) 2. Memantau pola napas (seperti adanya bradipnea, takipnea)

	dengan data pasien tampak lemah, tingkat kesadaran Apatis, Ditemukan Spo2 93, RR: 28x/menit, TD: 131/83 mmhg.		8. Kolaborasi pemberian obat	3. Menginspeksi kemampuan batuk efektif 4. mengidentifikasi adanya produksi sputum 5. menginspeksi adanya sumbatan jalan pernapasan (masih terdapat sputum) 6. Memantau suara napas (weezing +) 7. Mengukur saturasi oksigen (spo2 93% menjadi 94%) 8. Menjelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan napas 9. Memberikan kolaborasi obat dengan dokter (pemberian oksigen 3 lpm)
3	1. Nyeri akut berhubungan dengan agen	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 1x 24 jam hasil yang diharapkan:	Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap

	pencedera fisiologis (Paru Kanan) ditandai dengan data Tn.M mengeluh nyeri pada dada, Tn.M mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung dan Tn.M tampak pucat, meringis, ditemukan skala nyeri 7, HR :86x/menit	1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri misal terapi musik, terapi pijat, teknik imajinasi, kompres hangat 6. Fasilitasi istirahat tidur 7. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi lokasi (di dada, hilang timbul) 2. Mengidentifikasi skala nyeri (7 menjadi 3) 3. Mengidentifikasi faktor pemberat nyeri (pada saat beraktivitas, pasien dianjurkan untuk istirahat) 4. Memberikan terapi nonfarmakologis (teknik relaksasi) 5. Memberikan penjelasan cara mengatasi nyeri kepada pasien yaitu mencari posisi nyaman menganjurkan mendenagrkan musik atau teknik relaksasi 6. Memberikan analgetik (injeksi Ketorolac 30 mg,Ivfd Nacl 0,9% 20 tpm)
--	--	---	--	---

4	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke) ditandai dengan data Tn. M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya data Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya, rentang gerak room menurun, Tn.M dibantu saat beraktifitas	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 1x 24 jam hasil yang diharapkan: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Gerakan terbatas menurun	11. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Tindakan mandiri yang dilakukan perawat adalah 1. Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi intoleransi fisik melakukan ambulasi 3. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk) 4. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik lainnya 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi	Tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi intoleransi fisik melakukan ambulasi 3. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk) 4. Memfasilitasi melakukan mobilitas fisik lainnya 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
---	--	--	---	--

4.4 Implementasi

Tanggal Dan jadwal Implementasi Hari pertama	Diagnosis Keperawatan (Data Subyektif & Obyektif)	Implementasi
22 april 2025 08:00-08:15	Diagnosa pertama: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas (efusi pleura) ditandai dengan data Tn.M mengeluh batuk disertai lendir, data ditemukan ada nya penumpukan cairan di pleura, Tn.M tampak sulit bernapas, adanya suara tambahan weezing, dada bagian kanan tampak membesar	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi ttv pasien Hasil: 120/90 mmhg 2. Memantau pola napas Hasil: 20 x/menit 3. Auskultasi bunyi napas hasil:weezing 4. Memantau jumlah cairan hasil: dikeluarkan cairan 500 cc dan pemasangan WSB buka tutup selama 1 kali 2 jam Melakukan penghisapan cairan pleura selama 15 detik 5. Mempertahankan kepatenan jalan napas hasil:posisi semi fowler 6. Lakukan hiperosigenasi sebelum penghisapan endotrakeal Hasil: nasal Canul 3 lpm 7. Memberikan pemberian bronkodilator Hasil: Salbutamol, pemasanga Nebulizer

08:15-08:30	Diagnosa ke dua Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya saat bernapas ditandai dengan data Tn.M mengeluh sesak napas sudah dirasakan 2 minggu yang lalu dan sesak napas memberat sudah 3 hari, Tn.M mengatakan sesak napas dialami ketika saat beraktivitas seperti berjalan ditandai dengan data pasein tampak lemah, tingkat kesadaran Apatis, Ditemukan Spo2 93, RR: 28x/menit, TD: 131/83 mmhg	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Di Rawat Inap 5 selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi frekuensi, irama. Kedalaman, dan upaya bernapas Hasil: menggunakan Nasal kanul 3lpm dengan hasil RR 20 kali permenit, irama napas teratur, Upaya bernapas masih tampak sulit, Spo2 94 2. Memantau pola napas hasil: seperti adanya bradipnea, takipnea 3. Memantau adanya sumbatan jalan pernapasan hasil: masih terdapat sputum 4. Memantau suara napas hasil: weezing + 5. Memonitor saturasi oksigen Hasil: spo2 93% menjadi 94% 6. Memberikan kolaborasi obat dengan dokter hasil: pemberian oksigen 3 lpm, pemasangan infus
-------------	--	--

08:30-09:00	Diagnosa ke tiga: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Paru Kanan) ditandai dengan data Tn.M mengeluh nyeri pada dada, Tn.M mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung dan Tn.M tampak pucat, meringis, ditemukan skala nyeri 7, HR :86x/menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: 7 menjadi 3 2. mengidentifikasi faktor pemberat nyeri Hasil: pada saat beraktivitas, Tn.M dianjurkan untuk istirahat 3. memberikan terapi nonfarmakologis Hasil: teknik relaksasi 4. memberikan penjelasan cara mengatasi nyeri kepada Tn.M Hasil: membuat posisi nyaman menganjurkan mendengarkan musik melodi kesukaan Tn.M 5. memberikan analgetik hasil: injeksi Ketorolac 30 mg,Ivfd Nacl 0,9% 20 tpm
-------------	--	---

09:00-10:00	Diangosa ke 4: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke) ditandai dengan data Tn. M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya data Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya, rentang gerak room menurun, Tn.M dibantu saat beraktifitas	Tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi intoleransi fisik melakukan ambulasi (ROM) 2. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (menggunakan tongkat) 3. Memfasilitasi melakukan mobilitas fisik lainnya (melatih duduk dan berdiri) 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
Tanggal Dan jadwal Implementasi Hari ke dua	Diagnosis Keperawatan (Data Subyektif & Obyektif)	Implementasi
23 april 2025 Pukul 08.00-09:00 wib	Diagnosa pertama: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas (efusi pleura) ditandai dengan data Tn.M mengeluh batuk disertai lendir, data ditemukan ada nya penumpukan cairan di pleura, Tn.M tampak sulit bernapas, adanya suara tambahan weezing, dada bagian kanan tampak membesar	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi pola napas Hasil: 20 x/menit 2. Auskultasi bunyi napas Hasil: weezing 3. Inspeksi jumlah sputum Hasil: telah dikeluarkan cairan 500 cc dan pemasangan WSB buka tutup selama 2 jam 4. Mempertahankan kepatenan jalan napas

		Hasil:posisi semi fowler 5. Memberikan pemberian bronkodilator Hasil: Salbutamol, pemasangan Nebulizer
Pukul 09:00-09:15 wib	Diagnosa ke dua: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya saat bernapas ditandai dengan data Tn.M mengeluh sesak napas sudah dirasakan 2 minggu yang lalu dan sesak napas memberat sudah 3 hari, Tn.M mengatakan sesak napas dialami ketika saat beraktivitas seperti berjalan ditandai dengan data pasein tampak lemah, tingkat kesadaran Apatis, Ditemukan Spo2 93, RR: 28x/menit, TD: 131/83 mmhg.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Memantau frekuensi, irama. Kedalaman, dan upaya bernapas menggunakan stetoskop dengan Hasil: RR 20 kali per menit, irama napas teratur, Upaya bernapas masih tampak sulit, Spo2 94 2. Memantau pola napas Hasil: adanya bradipnea, takipnea 3. Memantau adanya sumbatan jalan pernapasan Hasil: masih terdapat sputum 4. Memantau suara napas Hasil: weezing + 5. Mengukur saturasi oksigen Hasil: spo2 93% menjadi 94% 6. Memberikan kolaborasi obat dengan dokter Hasil: pemberian oksigen 3 lpm
Pukul 09:15-09:30 wib	Diagnosa ke tiga: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Paru Kanan)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan:

	ditandai dengan data Tn.M mengeluh nyeri pada dada, Tn.M mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung dan Tn.M tampak pucat, meringis, ditemukan skala nyeri 7, HR :86x/menit	1. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: 7 menjadi 3 2. Mengidentifikasi faktor pemberat nyeri Hasil: pada saat beraktivitas, Tn.M dianjurkan untuk istirahat 3. Memberikan terapi nonfarmakologis Hasil: teknik relaksasi 4. Memberikan penjelasan cara mengatasi nyeri kepada Tn.M yaitu mencari posisi nyaman menganjurka Hasil: mendengarkan musik atau teknik relaksasi 5. Memberikan analgetik Hasil: injeksi Ketorolac 30 mg,Ivfd Nacl 0,9% 20 tpm
Pukul 09:30-10:00 wib	Diagnosa ke empat: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke) ditandai dengan data Tn. M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya data Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya, rentang gerak room menurun, Tn.M dibantu saat beraktifitas	Tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya Hasil: pergerakan tampak lebih baik 2. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu hasil: Tn.M menggunakan kursi roda 3. Melibatkan keluarga untuk membantu Tn.M dalam meningkatkan ambulasi Hasil:Tn.M dibantu keluarga

Tanggal Dan jadwal Implementasi Hari ke tiga	Diagnosis Keperawatan (Data Subyektif & Obyektif)	Implementasi
24 april 2025 Pukul 08:00- 09:00 wib	Diagnosa pertama: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas (efusi pleura) ditandai dengan data Tn.M mengeluh batuk disertai lendir, data ditemukan ada nya penumpukan cairan di pleura, Tn.M tampak sulit bernapas, adanya suara tambahan weezing, dada bagian kanan tampak membesar	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Auskultasi bunyi napas Hasil: weezing 2. Mengidentifikasi jumlah sputum Hasil: telah dikeluarkan cairan 300 cc dan pemasangan WSB buka tutup selama 2 jam 3. Mempertahankan kepatenan jalan napas Hasil: posisi semi fowler 4. Memberikan pemberian bronkodilator Hasil: Salbutamol, pemasangan Nebulizer
Pukul 08:00- 08:30 wib	Diagnosa ke dua: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya saat bernapas ditandai dengan data Tn.M mengeluh sesak napas sudah dirasakan 2 minggu yang lalu dan sesak napas memberat sudah 3 hari, Tn.M mengatakan sesak napas dialami ketika saat beraktivitas seperti berjalan ditandai dengan data pasein tampak lemah, tingkat kesadaran	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi frekuensi, irama. Kedalaman, dan upaya bernapas Hasil: menggunakan Nasal kanul 3lpm dengan hasil RR 20 kali permenit, irama napas teratur, Upaya bernapas masih tampak sulit, Spo2 94 2. Memantau pola napas Hasil: adanya bradipnea

	Apatis, Ditemukan Spo2 93, RR: 28x/menit, TD: 131/83 mmhg.	3. Menginspeksi adanya sumbatan jalan pernapasan Hasil: masih terdapat sputum 4. Memantau suara napas Hasil: weezing + 5. Mengukur saturasi oksigen Hasil: spo2 93% menjadi 94% 6. Memberikan kolaborasi oksigen Hasil: pemberian oksigen 3 lpm
Pukul 08:30-09:00 wib	Diagnosa ke tiga: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Paru Kanan) ditandai dengan data Tn.M mengeluh nyeri pada dada, Tn.M mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung dan Tn.M tampak pucat, meringis, ditemukan skala nyeri 7, HR :86x/menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi lokasi nyeri Hasil: di dada, hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: 7 menjadi 3 3. Mengidentifikasi faktor pemberat nyeri Hasil: pada saat beraktivitas, Tn.M dianjurkan untuk istirahat 4. Memberikan terapi nonfarmakologis Hasil: teknik relaksasi 5. Memberikan penjelasan cara mengatasi nyeri kepada Tn.M yaitu mencari posisi nyaman Hasil: Tampak nyaman saat mendengarkan musik atau teknik relaksasi

		6. Memberikan analgetik Hasil:injeksi Ketorolac 30 mg,Ivfd Nacl 0,9% 20 tpm
Pukul 09:00 10:00 wib	Diagnosa ke empat: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke) ditandai dengan data Tn. M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya data Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya, rentang gerak room menurun, Tn.M dibantu saat beraktifitas	Tindakan keperawatan di Rawat Inap selama 2 jam di berikan tindakan keperawatan: 1. Mengidentifikasi intoleransi fisik melakukan ambulasi Hasil: masih menggunakan kursi roda 2. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu Hasil: menggunakan kruk, dan kursi roda

4.5 Evaluasi

Catatan Perkembangan Pasien

Nama : Tn. M

Ruangan : Ruang Rawat Inap

Diagnosa keperawatan: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas (efusi pleura) ditandai dengan data Tn.M mengeluh batuk disertai lendir, data ditemukan ada nya penumpukan cairan di pleura, Tn.M tampak sulit bernapas, adanya suara tambahan weezing, dada bagian kanan tampak membesar

Diagnosa pertama Senin 22 april 20225	Pukul 09:00 wib hari pertama rawat Inap S: Tn.M mengatakan batuk disertai lendir O: 1. Tampak adanya sputum 2. Tampak adanya cairan di rongga pleura 3. Tn.M tampak sulit bernapas 4. Adanya suara tambahan Weezing 5. Dada bagian kanan tampak membesar 6. Tampak melemah pada paru kanan 7. Dilakukan Perawatan selang dada di rawat inap A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan di Ruang Rawat Inap 5
--	--

Catatan perkembangan

Nama : Tn. M

Ruangan : Rawat Inap

Diagnosa keperawatan: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya saat bernapas ditandai dengan data Tn.M mengeluh sesak napas sudah dirasakan 2 minggu yang lalu dan sesak napas memberat sudah 3 hari, Tn.M mengatakan sesak napas dialami ketika saat beraktivitas seperti berjalan ditandai dengan data pasien tampak lemah, tingkat kesadaran Apatis, Ditemukan Spo2 93, RR: 28x/menit, TD: 131/83 mmhg.

Hari, Tanggal	Evaluasi (SOAP)
Diagnosa ke dua Senin, 22 April 2025	Pukul 08:00 wib hari pertama di Rawat inap S: Tn.M mengatakan sesak napas O: Tn.M tampak lemah 1. Tingkat kesadaran Apatis 2. Ditemukan Spo2 94 3. RR: 26x/menit 4. Tn.M tampak terpasang nasal kanul A: Pola napas tidak efektif belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan di Ruang Rawat Inap 5

Catatan perkembangan

Nama : Tn. M

Ruangan : Ruang Rawat Inap

Diagnosa keperawatan : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Paru Kanan) ditandai dengan data Tn.M mengeluh nyeri pada dada, Tn.M mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung dan Tn.M tampak pucat, meringis, ditemukan skala nyeri 7, HR :86x/menit

Hari, Tanggal	Evaluasi (SOAP)
Diagnosa ke tiga Senin 22 april 2025	Pukul 09:00 wib hari ketiga di Rawat Inap S: 1. Tn.M mengatakan nyeri dada 2. Tn.M mengatakan nyeri ulu hati O: 1. Tn.M tampak meringis kesakitan 2. TD: 130/80 3. HR: 75x/menit 4. T: 36 Co 5. RR: 27 x/menit 6. Skala nyeri 7 A: Nyeri Akut sebagian teratasi P: Intervensi dilanjutkan di Ruang Rawat Inap 5

Catatan perkembangan

Nama : Tn. M

Ruangan : Ruang Rawat Inap

Diagnosa keperawatan: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke) ditandai dengan data Tn. M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya data Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya, rentang gerak room menurun, Tn.M dibantu saat beraktifitas

Hari, Tanggal	Evaluasi (SOAP)
Diagnosa ke Empat Senin 22 april 2025	Pukul 09:00 wib hari ketiga Rawat Inap S: 1. Tn.M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kaki nya O: 1. Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya 2. Rentang room menurun 3. Tn.M tampak dibantu saat beraktifitas A: Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan di Ruang Rawat Inap 5

Catatan perkembangan

Nama : Tn. M

Ruangan : Ruang Rawat Inap

Diagnosa keperawatan: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas (efusi pleura) ditandai dengan data Tn.M mengeluh batuk disertai lendir, data ditemukan ada nya penumpukan cairan di pleura, Tn.M tampak sulit bernapas, adanya suara tambahan weezing, dada bagian kanan tampak membesar

Hari, Tanggal	Evaluasi (SOAP)
Diagnosa pertama Selasa, 23 april 20225	Pukul 09:00 wib hari ke dua Rawat Inap S: Tn.M mengatakan batuk disertai lendir O: 1. Tampak adanya sputum 2. Tampak masih ada cairan di rongga pleura 3. Tn.M tampak sulit bernapas 4. Adanya suara tambahan Weezing A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan di Ruang Rawat Inap 5

Catatan perkembangan

Nama : Tn. M

Ruangan : Rawat Inap

Diagnosa keperawatan: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya saat bernapas ditandai dengan data Tn.M mengeluh sesak napas sudah dirasakan 2 minggu yang lalu dan sesak napas memberat sudah 3 hari, Tn.M mengatakan sesak napas dialami ketika saat beraktivitas seperti berjalan ditandai dengan data pasien tampak lemah, tingkat kesadaran Apatis, Ditemukan Spo2 93, RR: 28x/menit, TD: 131/83 mmhg

Hari, Tanggal	Evaluasi (SOAP)
Diagnosa ke dua 23 April 2025	Pukul 08:00 wib hari kedua Rawat Inap S: Tn.M mengatakan sesak napas O: Tn.M tampak lemah 1. Tingkat kesadaran Apatis 2. Ditemukan Spo2 95 3. RR: 24x/menit 4. Tn.M tampak terpasang nasal kanul 3 lpm A: Pola napas tidak efektif belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan di Ruangan Rawat Inap 5

Catatan perkembangan

Nama : Tn. M

Ruangan : Ruang Rawat Inap

Diagnosa keperawatan : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Paru Kanan) ditandai dengan data Tn.M mengeluh nyeri pada dada, Tn.M mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung dan Tn.M tampak pucat, meringis, ditemukan skala nyeri 7, HR :86x/menit

Hari, Tanggal	Evaluasi (SOAP)
Diagnosa ke Tiga Senin 23 April 20225	Pukul 09:00 wib hari kedua Rawat Inap S: 1. Tn.M mengatakan nyeri dada 2. Tn.M mengatakan nyeri ulu hati O: 1. Tn.M tampak meringis kesakitan 2. TD: 130/80 3. HR: 75x/menit 4. T: 36 Co 5. RR: 27 x/menit 6. Skala nyeri 7 A: Nyeri Akut sebagian teratasi P: Intervensi dilanjutkan di Ruangan Rawat Inap 5

Catatan perkembangan

Nama : Tn. M

Ruangan : Ruang Rawat Inap

Diagnosa ke empat : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke) ditandai dengan data Tn. M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya data Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya, rentang gerak room menurun, Tn.M dibantu saat beraktifitas

Hari, Tanggal	Evaluasi (SOAP)
Senin 23 april 2025	Pukul 09:00 wib hari kedua Rawat Inap S: 1. Tn.M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kaki nya O: 1. Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya 2. Rentang room menurun 3. Tn.M tampak dibantu saat beraktifitas A: Gangguan Mobilitas Fisik sebagian teratasi P: Intervensi dilanjutkan di Ruangan Rawat Inap 5

Catatan perkembangan

Nama : Tn. M

Ruangan : Ruang Rawat Inap

Diagnosa keperawatan: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas (efusi pleura) ditandai dengan data Tn.M mengeluh batuk disertai lendir, data ditemukan ada nya penumpukan cairan di pleura, Tn.M tampak sulit bernapas, adanya suara tambahan weezing, dada bagian kanan tampak membesar.

Hari, Tanggal	Evaluasi (SOAP)
Diagnosa pertama Senin 24 april 2025	Pukul 09:00 wib hari ke tiga Rawat inap S: Tn.M mengatakan batuk disertai lendir O: 1. Tampak adanya sputum 2. Tampak masih ada cairan di rongga pleura 3. Tn.M tampak sulit bernapas 4. Adanya suara tambahan Weezing A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan di Ruang Rawat Inap I: Masih terdapat sekret di jalan napas

Catatan perkembangan

Nama : Tn. M

Ruangan : Rawat Inap

Diagnosa keperawatan: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya saat bernapas ditandai dengan data Tn.M mengeluh sesak napas sudah dirasakan 2 minggu yang lalu dan sesak napas memberat sudah 3 hari, Tn.M mengatakan sesak napas dialami ketika saat beraktivitas seperti berjalan ditandai dengan data pasien tampak lemah, tingkat kesadaran Apatis, Ditemukan Spo2 93, RR: 28x/menit, TD: 131/83 mmhg.

Hari, Tanggal	Evaluasi (SOAP)
Diagnosa ke dua 24 April 2025	Pukul 08:00 wib hari ketiga Rawat Inap S: Tn.M mengatakan sesak napas O: Tn.M tampak lemah 1. Tingkat kesadaran Apatis 2. Ditemukan Spo2 98 3. RR: 22 x/menit 4. Pasien tampak terpasang nasal kanul 3 lpm A: Pola napas tidak efektif semakin membaik P: Intervensi dilanjutkan oleh perawat di Ruang Rawat Inap 5

Catatan perkembangan

Nama : Tn. M

Ruangan : Ruang Rawat Inap

Diagnosa keperawatan : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Paru Kanan) ditandai dengan data Tn.M mengeluh nyeri pada dada, Tn.M mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung dan Tn.M tampak pucat, meringis, ditemukan skala nyeri 7, HR :86x/menit

Hari, Tanggal	Evaluasi (SOAP)
Diagnosa ke Tiga 24 April 2025	Pukul 09:00 wib hari ketiga Rawat Inap S: 1. Tn.M mengatakan nyeri dada 2. Tn.M mengatakan nyeri ulu hati O: 1. Tn. M tampak meringis kesakitan 2. TD: 130/80 3. HR: 75x/menit 4. T: 36 Co 5. RR: 27 x/menit 6. Skala nyeri 7 A: Nyeri Akut tampak membaik sebagian teratasi P: Intervensi di lanjutkan di Ruang Rawat Inap 5

Catatan perkembangan

Nama : Tn. M

Ruangan : Ruang Rawat Inap

Diagnosa keperawatan : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke) ditandai dengan data Tn. M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya data Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya, rentang gerak room menurun, Tn.M dibantu saat beraktifitas

Hari, Tanggal	Evaluasi (SOAP)
Senin 24 april 2025 Diagnosa ke Empat	Pukul 09:00 wib hari ketiga Rawat Inap S: 2. Tn.M mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kaki nya O: 1. Tn.M tampak kesulitan menggerakkan kakinya 2. Rentang room menurun 3. Tn.M tampak dibantu saat beraktifitas A: Gangguan Mobilitas Fisik sebagian teratasi P: Intervensi dilanjutkan di Ruangan Rawat Inap 5

4.5.1 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn.M dengan penyakit Efusi Pleura di ruang Rawat Inap RSUP H. Adam Malik Tahun 2025 Tanggal 22 April sampai dengan 1 Mei 2025 Penelitian ini menggunakan metode deskriptif untuk menentukan dan mengevaluasi efektifitas asuhan keperawatan yang diberikan. Penanganan kasus Efusi Pleura sesuai dengan UU Kesehatan No 36/2009 Pasal 28 tentang hak pasien dan Permenkes No 25/2014 tentang penatalaksanaan Efusi pleura.

Menurut Jurnal Herlia, 2020 pasien dengan Efusi Pleura disebabkan karena kenaikan tekanan di kapiler subpleura atau pembuluh limfatik, Meningkatnya permeabilitas dinding kapiler, Penurunan tekanan onkotik plasma darah, Peningkatan tekanan negatif dalam rongga pleura, Gangguan fungsi drainase limfatik pada ruang pleura atau bisa di jelaskan bahwa adanya tekanan yang meningkat pada pembuluh darah kecil yang sering kita sebut kapiler di bawah pleura atau sistem limfatik sehingga dinding kapiler tersebut menjadi lebih bocor yang memungkinkan cairan keluar lebih mudah karena itu terjadilah kekurangan kemampuan darah untuk menahan cairan akibat rendahnya protein plasma sehingga tekanan hisap intrapleura lebih kuat dari kondisi normal biasanya akibatnya sistem limfatik tidak mampu mengalirkan cairan secara optimal dari rongga Pleura. (Herlia, 2020).

Implementasi intervensi seperti semi, fowler dan fisioterapi dada yang memberikan efektifitas dalam meningkatkan saturasi oksigen. Pendekatan terhadap pasien secara holistik mencerminkan Visi STIKes Mitra Husada Medan dalam menghasilkan tenaga kesehatan yang *service excellent*. Penelitian yang telah dilakukan di ruangan RA 5 Kementerian Kesehatan RS. Adam malik mengambil satu sampel dan asuha keperawatan yang dilakukan tentunya dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.5.2 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dimana langkah yang dilakukan untuk memperoleh data dan mengumpulkan data yang akurat. Data yang diperoleh dari Tn. M berusia 63 tahun masuk ke Rumah sakit pada tanggal 22 April 2025 dengan diagnosa penyakit “Efusi pleura” pada area dada bagian kanan di ruang Rawat Inap Ruangan Ra 5 Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025. Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan Tn.M dalam keadaan sesak napas, lemah terpasang nasal kanul yang diberikan 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan sebelah kiri tingkat kesadaran pada saat pengkajian masuk Rumah sakit tingkat kesadaran Apatis. Tanda -tanda vital tekanan darah dari hasil pemeriksaan di temukan 131/ 83 mmhg, Nadi 86 x/menit RR: 28 x/ menit, Spo2 93

4.5.3 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis dari buku PPNI, 2017 didapatkan diagnosa keperawatan sebanyak 7 diagnosa yaitu;

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan gangguan mekanisme pernapasan
3. Nyeri Akut berhubungan dengan faktor fisiologis penyebab nyeri (proses inflamasi, iskemia, atau neoplasma).
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
5. Masalah atau gangguan Pertukaran gas
6. Perfusi perifer tidak efektif
7. Defisit pengetahuan terkait dengan keterbatasan informasi mengenai kondisi dan penatalaksanaan (PPNI, 2017).

Sedangkan pada kasus yang penulis angkat ada 4 diagnosa keperawatan dimana adanya masalah yang menghubungkan masalah kesehatan pada pasien di buktikan dari data mayor yang harus sesuai sehingga dapat mengangkat diagnosis keperawatan tersebut antara lain:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas (Efusi Pleura) ditandai dengan data subjektif pasien mengeluh batuk disertai lendir, data objektif ditemukan adanya penumpukan cairan di pleura, pasien tampak sulit bernapas,

adanya suara tambahan weezing, dada bagian kanan tampak membesar.

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas data subjektif Pasien mengeluh sesak napas sudah dirasakan 2 minggu yang lalu dan sesak napas memberat sudah 3 hari yang lalu, pasien mengatakan sesak napas dialami ketika saat beraktivitas seperti berjalan ditandai dengan data objektif: Pasien tampak lemah, pasien tampak menggunakan nasal canul, tingkat kesadaran Apatis, ditemukan Spo2 93, RR: 28x/menit.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (di Paru Kanan) ditandai dengan data subjektif: pasien mengeluh nyeri pada dada, Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung data objektif: pasien tampak pucat, Pasien tampak meringis, ditemukan skala nyeri 7, HR :86x/menit.
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke) ditandai dengan data subjektif: Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya data objektif: Pasien tampak kesulitan menggerakkan kakinya, rentang gerak room menurun, pasien tampak dibantu saat beraktifitas.

Dari data diatas ditemukan perbedaan salah satu diagnosa antara teori dan kasus. Hal ini dikarenakan tidak ada data yang mendukung yang sesuai dengan standart diagnosis keperawatan di buku Standar Diagosa Keperawatan Indonesia dengan data mayor

harus sesuai sehingga dapat mengangkat diagnosis keperawatan lain (SDKI, 2018).

4.5.4 Intervensi keperawatan

Berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI 2017) ditemukan masalah pada pasien Tn.M dengan Efusi Pleura selanjutnya disusun perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami Tn.M

- a. Pada diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif, intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu manajemen jalan napas pemberian posisi semi-fowler yang dapat mengurangi rasa sesak dan meningkatkan rasa nyaman, hal ini disebabkan oleh meningkatnya fungsi ventilasi paru.
- b. Pada diagnosa pola napas tidak efektif, intervensi keperawatan yang direncanakan meliputi: memantau pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas), memonitor bunyi napas tambahan (seperti gurgling, mengi, wheezing, dan ronkhi), mengamati sputum (jumlah, warna, dan bau), memposisikan pasien dalam semi fowler atau fowler mengajarkan teknik batuk efektif, serta berkolaborasi dalam pemberian bronkodilator, sekpektoran, atau mukolitik jika diperlukan.
- c. Nyeri akut, Intervensi Keperawatan yang muncul pada pasien Tn.M yang diberikan adalah Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, identifikasi skala

nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, kolaborasi untuk pemberian analgetik Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya,

- d. Gangguan Mobilitas Fisik, intervensi keperawatan yang muncul pada pasien Tn.M diberikan identifikasi intoleransi fisik melakukan ambulasi, fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk), fasilitasi melakukan mobilitas fisik lainnya, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi.

4.5.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan kolaborasi tindakan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, memantau dan mendokumentasikan respon pasien terhadap intervensi yang diberikan. Tindakan ini bertujuan mengatasi masalah kesehatan pasien. (Alfian et al., 2020). Pada asuhan keperawatan ini di implementasikan dilakukan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia(SIKI).

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret di jalan napas (efusi pleura) implementasi pada tanggal 22-24 April 2025 pada pukul 08:00-09:00 wib tindakan yang diberikan penulis adalah memantau pola napas meliputi frekuensi, kedalaman, dan usaha napas mengobservasi bunyi napas tambahan seperti gurgling, mengi,

wheezing, dan ronkhi kering, menilai karakteristik sputum jumlah warna serta bau, melakukan auskultasi bunyi napas, memonitor saturasi oksigen memberikan posisi semi fowler serta memberikan terapi oksigen jika diperlukan.

- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya saat bernapas implementasi pada tanggal 22-24 April 2025 pada pukul 08:00 wib implementasi yang diberikan adalah memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) memonitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronci kering), mempertahankan kepatenan jalan napas, posisikan semi fowler, berikan oksigen jika perlu, ajarkan pasien teknik batuk efektif, monitor saturasi oksigen pasien (Abdel-Rahman, 2018).
- c) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Paru Kanan) implementasi pada tanggal 22-24 April 2025 pada pukul 09:00 wib implementasi yang diberikan meliputi lakukan pemeriksaan lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, skala nyeri, Respon nonverbal terhadap nyeri, memfasilitasi kebutuhan tidur dan pemberian kolaborasi analgetik (Liany, 2021).
- d) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke) implementasi pada tanggal 22-24 April 2025 pada pukul 08:00 wib melakukan pemeriksaan kekuatan otot pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, melakukan promosi kesehatan dengan cara memberikan edukasi terhadap keluarga pasien bagaimana

cara pelaksanaan Rom dan mengajarkan teknik ambulasi dengan cara mika miki (SDKI, 2018).

Secara Keseluruhan ke empat masalah keperawatan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, Nyeri akut, dan gangguan mobilitas fisik menunjukkan hasil sebagian teratasi atau belum teratasi dan tentunya membutuhkan tindak lanjut secara berkelanjutan oleh perawat diruangan.

4.5.6 Evaluasi Asuhan Keperawatan

Evaluasi merupakan proses akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengevaluasi perkembangan kesehatan pasien. Evaluasi keperawatan yang dilakukan sampai pada hari ke tiga pada diagnosa dilaksanakan setiap harinya mulai dari tanggal 22 April- 24 April 2025. Dari hasil evaluasi sampai hari ke tiga pada diagnosa pertama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi masih terdapat sekret dan cairan di pleura masih ada.

Diagnosa yang kedua pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya saat bernapas dimana pasien mengeluh sesak napas pasien tampak membaik pasien masih menggunakan alat otot bantu pernapasan. Dan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (pergerakan fisik) sebagian teratasi pasien masih merasakan sedikit nyeri yaitu di skala 2.

Di diagnosa keempat Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal dengan hasil evaluasi pasien tampak

membalik, keluarga mampu mengetahui cara memberikan ambulasi ke pada pasien Pasien dibantu dalam melakukan ROM, Pasien sudah dapat melakukan ambulasi dengan menggunakan kursi roda, Keluarga mampu melakukan mika miki, Kelurga mampu memahami bagaimana cara melakukan ROM pada pasien

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah tiga hari pelaksanaan implementasi asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan gangguan efusi pleura di ruang inap Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025, melalui tahapan proses keperawatan yang mencakup pengkajian , diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, hingga evaluasi, berikut disampaikan kesimpulan dari hasil evaluasi terhadap perkembangan kondisi pasien

5.1.1 Pengkajian

Pada saat pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn.M dengan gangguan Efusi Pleura di Ruangan Rawat Inap Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025 yang diperoleh sesuai teori.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekret jalan napas (Efusi Pleura) pasien mengatakan batuk disertai lendir, Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya saat bernapas pasien mengeluh sesak napas, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Efusi Pleura) pasien mengatakan nyeri di bagian dada kanan menjalar sampai ke punggung belakang, Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (Stroke)

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Dalam penyusunan rencana tindakan asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. M dengan gangguan Efusi Pleura di Ruang Rawat Inap Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025 data yang sesuai dengan teori.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

1. Melakukan perawatan selang dada (WSB) padap pasien di ruang rawat Inap Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025.
2. Mengajarkan tentang bagaimana cara batuk efektif di ruangan Rawat Inap Kementerian Kesehatan RS Adam Malik Tahun 2025.
3. Mengelola obat terapi untuk efusi pelura di Kementerian Kesehatan Rs Adam Malik Tahun 2025.

5.1.5 Evaluasi Asuhan Keperawatan

Evaluasi Keperawatan dengan Efusi Pleura pada Tn. M dilakukan setelah implementasi, dimana hasilnya menunjukkan hasil yang di dapatkan bahwa dari diagnosa pertama sampai dengan diagnosa keempat dihari pertama belum teratasi, di hari kedua belum teratasi dan di hari ketiga masalah keperawatan sebagian teratasi dan dilanjutkan oleh perawat RA 5

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Hasil dari penelitian ini, diharapkan supaya mendapatkan pengalaman dalam implementasi asuhan keperawatan dengan gangguan Efusi Pleura

5.2.2 Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam meningkatkan kompetensi perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan Efusi pleura. Diharapkan melalui karya penulis dapat menambah pengetahuan baik dalam penanganan kasus maupun ilmu keperawatannya.

5.2.3 Bagi Instansi Kementerian Kesehatan Rs Adam Malik Tahun 2025

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan berharga bagi Kementerian Kesehatan Rs Adam Malik upaya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan, Khususnya bagi pasien dengan Efusi Pleura. Diharapkan dapat senantiasa meningkatkan standar dan mutu asuhan keperawatan yang diberikan.