

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Konsep Dasar

II.1.1 Pengertian

Efusi pleura adalah jumlah cairan nonpurulen yang berlebihan dalam rongga pleural antara lapisan viseral dan parietal (Martin, 1998)

II.1.2 Anatomi dan Fisiologi

Paru-paru merupakan alat pernapasan utama, paru-paru mengisi rongga dada yang terletak disebelah kanan, kiri, ditengah dipisahkan oleh jantung beserta pembuluh darah besarnya serta struktur lainnya yang terletak didalam mediastinum. Paru-paru dibagi menjadi beberapa belahan lobus atau fisura. Paru kanan akan mempunyai 3 lobus dan paru kiri akan mempunyai 2 lobus. Setiap lobus tersusun atas lobula. Sebuah pipa bronkial kecil masuk ke setiap lobula dan semakin ia berkembang akan semakin tipis dan akhirnya akan menjadi kantong kecil yang merupakan kantong udara paru-paru (alveoli). Jaringan paru-paru adalah elastis, berpori dan seperti spora. Didalam air paru mengembang, karena udara yang ada didalamnya. (Evelyn,1992)

Pleura dibagi menjadi 2 bagian yaitu pleura parietalis dan pleura viseralis yang mana cairan didalam rongga pleura jumlahnya tetap karena ada keseimbangan antara produksi dari pleura parietalis dan absorpsi oleh pleura viseralis. Dalam keadaan fisiologi cairan pleura berkisar 10 sampai 20 cc. MULLER (1945) mendapat kesimpulan bahwa tekanan hidrostatik intra pleura ad minus 5 cm H₂O. Menurut teori driving pressure adalah sama dengan perbedaan tekanan hidrostatik

(tekanan intra pleura dikurangi tekanan hidrostatik antara kapiler dan besarnya tekanan 6 cm H₂O). Jadi dasar pembentukan cairan ini adalah perbedaan tekanan hidrostatik lebih besar dari tekanan osmotik. Pada pleura viseralis terjadi sebaliknya dimana perbedaan tekanan osmotik lebih besar daripada tekanan hidrostatik. Pada pleura viseralis terjadi pengisapan cairan dengan kekuatan pengisapan sama dengan perbedaan tekanan osmotik intra kapiler dan intra pleura, sebagaimana diketahui bahwa tekanan hidrostatik intra kapiler pada pleura parietalis 30 mmHg, tetapi tekanan hidrostatik kapiler pada pleura viseralis 11 mmHg, sedangkan faktor yang lain dianggap konstan, yakni tekanan hidrostatik intra pleura 5 mmHg, tekanan osmotik intra pleura sebesar 6 mmHg, dan tekanan osmotik intra kapiler 32 mmHg. Dalam pleura parietalis berlaku rumus:

$$\begin{aligned} PD &= (PHC - PHP) - (POC - POP) \\ &= (30 - (-5)) - (32 - 6) \\ &= 9 \text{ cm H}_2\text{O} \end{aligned}$$

Pada pleura visceralis

$$\begin{aligned} PD &= (11 - (-5)) - (32 - 6) \\ &= -10 \text{ cm H}_2\text{O} \end{aligned}$$

keseimbangan cairan pleura berdasarkan atas tekanan positif pada pleura Parietalis dan negatif pressure visceralis. (Tabrani, 1996).

II.1.3 Patofisiologi

Adanya akumulasi abnormal dari cairan pleura mencerminkan adanya kenaikan produksi, penurunan drainage aliran limfe atau kombinasi keduanya.

Patogenesis timbulnya cairan pleura dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu :

1. Non Malignancy

Terbentuknya cairan secara abnormal terjadi karena kelainan pembentukan cairan secara fisiologis, diantaranya karena permeabilitas kapiler pleura bertambah, pengaliran cairan limfe rongga terhambat sehingga terbentuk cairan eksudat akibatnya cairan dalam rongga pleura mendesak paru sehingga menurunkan fungsi pengembangan paru dan dapat mengakibatkan sesak nafas atau nyeri dada.

2. Pleuritis Eksudatif Malignant

Pada pleuritis eksudatif malignant faktor-faktor fisiologis tidak lagi dapat diperhitungkan oleh karena mekanisme pembentukan cairan memberikan gambaran patologis, antara lain erosi pembuluh darah dan pembuluh limfe, obstruksi pembuluh darah atau pembuluh limfe, pleuritis akibat sekunder infeksi dari tumor, karena implantasi sel tumor pada pleura. Pembentukan cairan yang demikian menyebabkan cairan cepat berkumpul dan bertambah dimana terbentuknya secara massive dan hemorragis. Hal ini akan menyebabkan kelainan fungsi pengembangan paru dan pergeseran alat-alat mediastinal, akibat pergeseran tersebut akan menyebabkan kelainan-kelainan pada organ lain, misalnya jantung, saluran nafas bagian atas sedangkan akibat dari menurunnya perkembangan paru adalah sesak nafas, nyeri dada, batuk non produktif, bahkan jika penumpukan cairan semakin meningkat sehingga menurun paru secara terus-menerus maka paru-paru akan kolaps dan terjadilah gagal nafas (Tabrani, 1996).

II.1.4 Penatalaksanaan Medis

- a. Pengobatan kausal : ditujukan kepada penyakit primernya.

- b. Torasentesis indikasi :
 - 1). Untuk menghilangkan sesak yang ditimbulkan oleh cairan
 - 2). Bila terapi spesifik pada penyakit primernya gagal
 - 3). Bila terjadi reakupulasi cairan

Pengambilan pertama jangan lebih dari 1000 cc karena dapat menyebabkan edema paru.
- c. Pengobatan lokal EPG yang bertujuan untuk menghilangkan sesak nafas yang sangat mengganggu bahkan membahayakan jiwa penderita
- d. Pungsi Pleura
- e. Pemasangan salir sekat air (WSD) (Hood Alsagaff, 1994, dan Anwar,1998).

II.1.5 Dampak Masalah

Menurut lokakarya keperawatan tahun 1984 memberikan pelayanan kesehatan berbentuk pelayanan meliputi bio, psiko, sosial dan spiritual. Adapun dampak masalah pada klien dengan efusi pleura antara lain :

1. Aspek biologis

Adanya akumulasi cairan dalam cavum pleura menyebabkan penekanan paru sehingga dapat menghambat ekspansi paru atau alveoli, keadaan tersebut menyebabkan klien sesak nafas, rasa berat pada dada, serta keluhan berdasarkan penyakit dasarnya seperti malaise disertai berat badan menurun (pada neoplasma), batuk-batuk, demam sub febris (pada TB Paru), demam menggigil (pada empiema) dan nyeri (pada pleuritis).

2. Aspek psikologi

Klien merasa cemas dengan penyakit yang dirasakan saat ini, bagi keluarga klien merasa cemas tentang penyakit dan biaya pengobatan yang dikeluarkan selama dirumah sakit.

3. Aspek sosial

Klien ditempatkan bersama dengan pasien lain sehingga klien tidak merasa sendiri dirumah sakit . Klien sangat akrab dengan pasien lain yang berada disebelahnya begitu juga dengan tim kesehatan terutama dengan perawat.

4. Aspek Spiritual

Pada saat pasien berada dirumah sakit klien tetap melakukan sholat meskipun harus dengan tiduran.

II.2 Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan meliputi empat tahap yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

II.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan. Adapun tahap pengkajian terdiri dari tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, analisa data serta perumusan diagnosa keperawatan (Effendy,1995)

a. Pengumpulan data :

1). Identitas

Meliputi: Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, nomer registrasi, diagnosa medis, alamat, status perkawinan, bahasa yang dipakai, suku atau kebangsaan, penghasilan.

2). Keluhan Utama

Mengalami sesak nafas, rasa berat didada, nyeri dada (Hood Alsagaff, 1994)

3). Riwayat Penyakit Sekarang

Sesak nafas dan rasa berat didada merupakan keluhan utama, disamping itu juga didapat keluhan nyeri dada saat inspirasi, malayse dan didapatkan suara egofoni

4). Riwayat Penyakit Dahulu

Telah didapatkan riwayat penyakit dahulu yang dapat berupa TB paru, gagal jantung, neoplasma.

5). Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah ada faktor penyakit menurun dari anggota keluarga seperti TB, DM, HT.

6). Pola-Pola Fungsi Kesehatan

Menurut Gordon dalam pengkajian pola-pola fungsi kesehatan dibagi menjadi sebelas pola meliputi:

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat.

Bagaimana persepsi klien tentang kesehatan dan penyakitnya, apa yang dilakukan klien atau salah satu keluarga ada yang sakit, dibawa kemana bila sakit, kebiasaan mengenai cara hidup sehat, kebersihan diri dan lingkungan. Berapa kali sehari klien mandi, apakah klien merokok, berapa rokok yang dihisap dalam sehari serta bagaimana klien menghindari bahan alergennya.

b) Pola nutrisi dan metabolisme.

Bagaimana nafsu makan klien ada gangguan atau tidak dan bagaimana adakah penurunan sensasi rasa, adalah, mual, muntah, stomatitis, kesukaran telan, bagaimana turgor kulitnya elastis atau tidak, rambutnya rontok atau tidak.

c) Pola aktifitas dan latihan

Apakah klien dalam memenuhi aktifitasnya sehari-hari secara minim tanpa bantuan atau tidak seperti, makan, minum, berpakaian, berdandan, mobilitas ditempat tidur, berpindah, berjalan.

d) Pola eliminasi alvi / uri

Berapa kali klien buang air besar dalam satu hari ada gangguan atau tidak, mengalami konstipasi atau diare, bagaimana warnanya, baunya, konsistensinya dan berapakah buang air kecilnya dalam satu hari, ada gangguan atau tidak seperti hematuria, anuria, berapa jumlahnya, bagaimana warnanya, baunya menggunakan alat bantu seperti kateter atau tidak.

e) Pola tidur dan istirahat

Bagaimana tidur klien ada gangguan atau tidak seperti dengan adanya sesak nafas, nyeri dada, berapa jam x perhari, pagi, siang, malam, memakai bantal, guling, lampu yang terang atau tidak.

f) Pola sensori dan kognitif

Bagaimana indera penglihatan, penciuman, perasa, perabaan, pendengaran klien ada gangguan atau tidak, apakah klien merasa berkurang atau tidak dengan nyeri yang dirasakan, apakah klien mengerti atau tidak tentang penyakit yang dideritanya dan cara pengobatannya.

g) Pola persepsi diri

Apakah klien merasa cemas atau tidak dengan penyakit yang dialaminya dan bagaimana anggapan klien terhadap gambaran diri, persepsi diri, ideal diri, konsep diri dan harga diri.

h) Pola hubungan dan peran

Bagaimana hubungan klien dengan keluarga, masyarakat, perawat baik atau tidak, dan bagaimana peran klien dirumah sebagai guru atau ibu rumah tangga.

i) Pola reproduksi dan seksual

Berapa kali menstruasi klien dalam sebulan, ada gangguan atau tidak, pakai apa klien dalam mencegah kehamilannya pil, suntik, apakah klien mengalami gangguan atau tidak dalam seksual dan berapa kali klien melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

j) Pola penanggulangan stress

Bagaimana klien untuk mengurangi stress yang dihadapinya, apakah dengan musyawarah dengan keluarga atau teman.

k) Pola tata nilai dan kepercayaan

Dengan sakit yang dialaminya saat ini, apakah klien mengalami masalah dalam menjalankan ibadah dan agama yang dianutnya.

7). Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

(1) Lemah, kesadaran Compos mentis

(2) GCS

b) Kulit, rambut, kuku

(1) Kulit : Cyanosis / tidak, warnanya kulit, permukaan kasar / kering, adakah kelainan pigmentasi, kebersihannya bagaimana

(2) Rambut : adakah kerontokan / tidak, bagaimana warnanya

(3) Kuku : apakah kukunya bersih / tidak, cyanosis atau tidak

c) Kepala, leher

(1) Kepala : bagaimana bentuknya simetris / tidak ada benjolan atau tidak, ada nyeri tekan / tidak

(2) Leher : adakah pembesaran kelenjar thyroid maupun getah bening, adakah pembesaran vena jugularis

d) Mata

Apakah ada oedema / tidak di palpebranya, bagaimana konjungtivanya anemis / tidak, skleranya ikterus / tidak, pupilnya isokor / midiasis / miosis, tiona meningkat / tidak, memakai alat bantu (kacamata) / tidak

e) Telinga, hidung, mulut, kerongkongan

(1) Telinga : ada gangguan pendengaran / tidak, simetris atau tidak, daun telinganya simetris atau tidak.

(2) Hidung ; bentuknya bagaimana, adakah polip, obstruksi, sekret, ada / tidak iritasi pada mukosa hidung

(3) Mulut : bibirnya kering / tidak, adakah stomatitis, bibir sumbing / tidak, mulut berbau / tidak

(4) Kerongkongan : ada nyeri telan / tidak

f) Pada thorax dan abdomen

(1) Thorax

(a) Inspeksi : bagaimana bentuk dada klien barrel chest, bagaimana pergerakannya simetris / tidak

(b) Palpasi : adakah nyeri tekan pada dada, fremitus raba sama / tidak, iktus teraba / tidak, apakah teraba pulsasi jantung / tidak

(c) Perkusi : suara ketok sonor, redup apa hipersonor, adakah nyeri ketok

(d) Auskultasi: suara napasnya bagaimana, adakah suara tambahan, suara jantung

(2) Abdomen

(a) Auskultasi : bagaimana peristaltik usus, apakah meningkat, menurun / normal

(b) Perkusi : adakah kembung, pada perkusi bagaimana pekak atau redup

(c) Palpasi: turgornya bagaimana, tonus, adakah nyeri tekan, adakah krepitasi.

g) Sistem respirasi

Bagaimana pernafasannya dangkal, cepat, bagaimana batuknya kering / dengan mengeluarkan sputum, pergerakan cuping hidung, otot bantu pernapasan adakah suara nafas tambahan (wheezing, ronchi)

h) Sistem kardiovaskuler

Bagaimana tensinya meningkat / menurun, bagaimana nadinya meningkat / menurun, reguler / ireguler, adalah oedema, cyanosis, S1S2, ada / tidak suara jantung tambahan (S3, S4), iktus jantung nampak / tidak, pulsasi jantung nampak / tidak

i) Sistem genitourinaria

Berapa kali buang air kecil dalam sehari ada kelainan / tidak (disuria, retensi urine, hematuria), berapa jumlahnya, baunya bagaimana, warnanya apa

j) Sistem gastrointestinal

Berapa kali buang air besar dalam sehari meningkat / menurun, konsistensinya bagaimana, warnanya apa, peristaltik ususnya normal / tidak, adakah mual dan muntah.

k) Sistem muskuloskeletal

Bagaimana gerakannya penuh / tidak, keseimbangan dan gaya berjalannya mantap / tidak, gengaman tangannya sama, kuat,

lemah, paralisis / tidak, otot kakinya sama, kuat, lemah, paralisis / tidak, adakah atrofi / tidak

l) Sistem endokrin

Adakah pembesaran kelenjar thyroid, DM, HT

m) Sistem persyarafan

Syaraf-syaraf motorik dipersyarafi oleh beberapa percabangan saraf kranial

- I. Olfaktorik, bertanggung jawab terhadap syaraf penciuman
- II. Optik, berfungsi dalam penglihatan
- III. Okulomotorik, sebagai pembuka kelopak mata
- IV. Troklear, untuk gerakan sadar bola mata
- V. Tri geminus, untuk mengunyah
- VI. Abdusen, untuk memutar mata ke arah luar
- VII. Fasial, produksi kelenjar lakrimalis, submandibularis dan untuk memberi informasi untuk rasa manis, asam
- VIII. Vertibulkokhelearis, untuk menelan penterjemahan suara
- IX. Glosofaringeal, untuk menelan, dan respon sensoris terhadap rasa pahit
- X. Vagus, mempersyarafi paring, laring, dan trakea, paru, aorta, lambung, kandung empedu, limpa, usus kecil, ginjal
- XI. Asesori, memberi informasi kepada otot laring dan faring
- XII. Hipoglosal, untuk pergerakan lidah

8). Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik

a). Laboratorium

(1) Rivalta

Pada jenis transudat itu hasilnya negatif, sedangkan pada jenis eksudat positif (Jusup, 1998)

(2) Transudat

Apabila pada saat aspirasi cairan itu warnanya kuning jernih

(3) Eksudat

Apabila pada saat aspirasi cairan itu warnanya putih seperti susu, kental dan keruh, baunya busuk (Hood Alsagaff, 1994)

(4) Bio kimia

Protein kurang > 3 gr/dl adalah cairan eksudat, protein $< 3 < \text{gr/dl}$ adalah cairan transudat, glukosa $< \text{normal}$ kemungkinan karena keganasan, dan kolesterol menunjukkan proses kronis (Hood Alsagaff, 1994)

b). Foto dada

(1) Foto thorax PA jumlah cairan pleura 300 cc

(2) Pada foto normal tampak sinus kostofenikus tumpul

(3) Efusi dalam jumlah banyak menyebabkan pergeseran mediastinum kearah yang sehat tetapi bila ada pergeseran mediastinum, kemungkinan efusi disertai kolaps paru (Hood-Alsagaff, 1994:112).

b. Analisa sintesa data

Data yang telah dikumpulkan dianalisa untuk menentukan masalah klien. Analisa data merupakan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien. (Effendy, 1995).

1. Data pertama

- a) Data Subyektif :
- b) Data Obyektif: sesak nafas, kesulitan pernafasan, bunyi nafasnya menghilang atau tidak terdengar diatas bagian yang terkena, egofomi diatas area efusi, friction rub pleura, di perkusi suara ketok terdengar redup, batuk, ekspansi dada asimetris.
- c) Masalah : ketidakefektifan pola nafas.
- d) Kemungkinan Penyebab : menurunnya ekspansi paru akibat sekunder terhadap penumpukan cairan dalam cavum pleura.

2. Data kedua

- a) Data Subyektif :
- b) Data Obyektif: Anorexia, mual, muntah, alergi, tinggi dan berat badan, rambut, kulit, kuku, mulut dan gigi, menurunnya albumin serum dan transferin serum
- c) Masalah: gangguan penurunan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan.
- d) Kemungkinan penyebab: Anorexia.

3. Data ketiga

- a) Data Subyektif :
- b) Data Obyektif: Dispnea, nafas pendek, nadi lemah atau menurun, perubahan irama, tekanan darah diastolik meningkat lebih 15 mmHg; kelemahan, kelelahan, pucat atau cyanosis, vertigo, kacau mental.
- c) Masalah : intoleransi aktivitas
- d) Kemungkinan Penyebab: insufisiensi oksigenasi untuk aktivitas sehari-hari

4. Data keempat

- a) Data Subyektif :
- b) Data Obyektif: gelisah, takikardi, nyeri dada hebat, mendadak, sesak nafas, cemas, depresi.
- c) Masalah: kurang pengetahuan
- d) Kemungkinan penyebab: kurangnya informasi tentang proses penyakitnya. (Lynda Juall, 1998, Martin dan Marlin, 1998).

c. Diagnosa Keperawatan

Tahap akhir dari pengkajian adalah merumuskan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah merupakan suatu pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah klien serta penyebab yang diubah melalui tindakan keperawatan. (Effendy, 1995,)

Dari hasil analisa data maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan pada klien efusi pleura berdasarkan prioritas masalah:

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ekspansi paru akibat sekunder terhadap penumpukan cairan dalam cavum pleura.

2. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan nafsu makan menurun (anoreksia).
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan insufisiensi oksigenasi untuk aktifitas sehari-hari.
4. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakitnya. (Lynda Juall, 1998, Marlin, 1998) .

II.2.2. Perencanaan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, maka intervensi dan aktifitas keperawatan perlu ditetapkan untuk mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah keperawatan. Dalam tahap perencanaan ini perawat menggunakan ketrampilan pemecahan masalah dan menentukan masalah klien. (Keliat 1997)

- a. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ekspansi paru akibat sekunder terhadap penumpukan cairan dalam cavum pleura.
 - 1). Tujuan: pola nafas klien kembali efektif dalam waktu 3 x 24 jam
 - 2). Kriteria hasil: sesak nafas berkurang, bunyi nafas terdengar jelas, pergerakan dada sesuai dengan tarikan nafas, RR normal kembali 20 x / menit.
 - 3). Intervensi:
 - a) Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga secara terapeutik
 - b) Kaji kualitas, frekuensi dan kedalaman pernafasan, laporkan setiap perubahan yang terjadi
 - c) Berikan posisi semi fowler
 - d) Bantu dan ajarkan klien untuk batuk dan latihan nafas dalam
 - e) Pertahankan rencana pemberian istirahat

- f) Auskultasi suara pernafasan tiap 2-4 jam
 - g) Observasi tanda-tanda vital
 - h) Lakukan instruksi dokter dalam pemberian O₂ 3-4 liter / menit
- 4). Rasional:
- a) Diharapkan klien dan keluarga dapat kooperatif
 - b) Adanya pernafasan yang cepat, dangkal belum efektifnya pengembangan paru.
 - c) Pemberian posisi semi fowler dapat mengurangi tekanan organ intra abdominal sehingga pengembangan paru lebih efektif.
 - d) Latihan batuk dan nafas dalam dapat mempercepat pengembangan atau ekspansi paru lebih efektif.
 - e) Istirahat yang cukup dapat mengurangi kebutuhan tubuh terhadap O₂
 - f) Adanya suara tambahan pada pernafasan menunjukkan terganggunya ventilasi paru.
 - g) Mengetahui keadaan umum klien.
 - h) Pemberian O₂ yang adekuat dapat mencegah terjadinya hipoksia (Martin, 1988)
- b. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan nafsu makan menurun (anoreksia)
- 1). Tujuan: kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dalam waktu 4 x24 jam
 - 2). Kriteria hasil : klien mampu menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang diberikan, berat badan meningkat (50 kg), tinggi badan, Hb normal.

3). Intervensi:

- a) Kaji keluhan anoreksia yang dialami oleh klien
- b) Kaji cara atau bagaimana makanan di hidangkan
- c) Berikan makanan yang mudah ditelan seperti bubur, tim dan dihidangkan saat masih hangat
- d) Berikan makanan dalam porsi kecil dan frekuensi sering
- e) Jelaskan manfaat makanan atau nutrisi bagi klien terutama saat klien sakit
- f) Berikan umpan balik positif saat klien mau berusaha menghabiskan makanannya.
- g) Catat jumlah atau porsi makanan yang dihabiskan oleh klien tiap hari
- h) Berikan nutrisi parenteral (kolaborasi dengan dokter)
- i) Berikan obat-obatan antasida (anti emetik) sesuai program dokter
- j) Ukur berat badan klien setiap hari (bila mungkin)

4). Rasional

- a) Untuk menetapkan cara mengatasinya
- b) Cara menghidangkan makanan dapat mempengaruhi nafsu makan klien
- c) Membantu mengurangi kelelahan klien dan meningkatkan asupan makanan karena mudah ditelan
- d) Untuk menghindari mual dan muntah

- e) Meningkatkan pengetahuan klien tentang nutrisi sehingga motivasi untuk makan meningkat
- f) Memotivasi dan meningkatkan semangat klien
- g) Untuk mengetahui pemenuhan nutrisi klien
- h) Nutrisi parenteral sangat bermanfaat atau di butuhkan klien terutama jika intake peroral sangat kurang. Jenis dan jumlah pemberian nutrisi parenteral merupakan wewenang dokter.
- i) Obat antasida (anti emetik) membantu klien mengurangi rasa mual dan muntah dan obat tersebut di harapkan meningkatkan intake klien
- j) Untuk mengetahui status gizi klien

(Effendy 1995)

- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan insufisiensi oksigenasi untuk aktifitas sehari-hari
 - 1). Tujuan : klien dapat melakukan aktifitas
 - 2). Kriteria hasil : menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas yang dapat diukur dengan tidak adanya dispnea, kelemahan berlebihan, tanda - tanda vital dalam rentang normal (tensi 130 / 80 mm Hg), nadi 84 x / menit, suhu 36° C, RR : 20 x / menit

3). Intervansi

- a) Evaluasi respons klien terhadap aktivitas. Catat laporan dispnea, peningkatan kelemahan / kelelahan dan perubahan tanda vital selama dan setelah aktivitas
- b) Berikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung selama fase akut sesuai dengan indikasi. Dorong penggunaan manajemen stress dan pengalih yang tepat
- c) Jelaskan pentingnya istirahat dalam rencana pengobatan dan perlunya keseimbangan aktivitas dan istirahat atau tidur
- d) Bantu klien memilih posisi yang nyaman untuk istirahat atau tidur
- e) Bantu aktifitas perawatan diri yang diperlukan, berikan kemajuan peningkatan aktifitas selama fase penyembuhan

4). Rasional

- a) Menetapkan kemampuan atau kebutuhan klien dan memudahkan pilihan intervensi
- b) Menurunkan stress dan rangsangan berlebihan, meningkatkan istirahat
- c) Tirah baring dipertahankan selama fase akut untuk menurunkan kebutuhan metabolik, menghemat energi untuk penyembuhan. Pembatasan aktivitas ditentukan dengan respons individual klien terhadap aktifitas dan perbaikan kegagalan pernafasan.

- d) Klien mungkin nyaman dengan kepala tinggi, tidur di kursi atau menunduk kedepan meja atau bantal.
- e) Meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan Oksigen.

(Doenges, 1999)

- d. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakitnya.
 - 1). Tujuan : pengetahuan klien meningkat
 - 2). Kriteria hasil : pengetahuan klien tentang proses penyakitnya meningkat dan klien mampu menceritakannya kembali
 - 3). Intevensi :
 - a) Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya
 - b) Mengkaji latar belakang pendidikan klien
 - c) Menjelaskan tentang proses penyakitnya pada klien dengan bahasa dan kata-kata yang mudah di mengerti (dipahami)
 - d) Menjelaskan semua prosedur yang akan dilakukan dan manfaatnya bagi klien
 - e) Memberikan kesempatan pada klien untuk menanyakan hal-hal yang ingin diketahui sehubungan dengan penyakit yang dialaminya
 - f) Menggunakan leaflet atau gambar-gambar dalam memberikan penjelasan

4. Rasional

- a) Untuk memberikan informasi pada klien, perawat perlu mengetahui sejauh mana informasi atau pengetahuan tentang penyakitnya yang diketahui klien serta kebenaran informasi yang didapat sebelumnya
- b) Agar perawat dapat memberikan penjelasan sesuai dengan tingkat pendidikan mereka sehingga penjelasan dapat dipahami dan tujuan yang direncanakan tercapai
- c) Agar informasi dapat diterima dengan mudah dan tepat sehingga tidak menimbulkan kesalahpahaman
- d) Dengan mengetahui prosedur atau tindakan yang akan dialami, klien akan lebih kooperatif dan kecemasannya menurun
- e) Mengurangi kecemasan dan memotivasi klien untuk kooperatif selama masa perawatan atau penyembuhan
- f) Gambar-gambar atau media cetak seperti leaflet dapat membantu mengingat penjelasan yang telah diberikan karena dapat dilihat / dibaca berulang kali (Effendy, 1995)

II.2.3. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah tindakan keperawatan yang merupakan kegiatan yang diberikan pada klien, kegiatan ini merupakan pelaksanaan secara nyata dari rencana tindakan (Lismidar, 1991).

II.2.4 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus melibatkan klien, perawat dan tim kesehatan lainnya, untuk menilai apakah tujuan dalam rencana telah tercapai atau tidak, atau malah timbul masalah baru serta untuk melaksanakan pengkajian ulang. (Lismidar, 1991).