

APLIKASI MODEL KONSERVASI LEVIN PADA PASIEN KANKER PARU DENGAN EFULSI PLEURA DI RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS JAKARTA

Dewi Damayanti

Akademi Keperawatan Panca Bhakti Bandar Lampung

E-mail: dewi@pancabhakti.ac.id

ABSTRAK

Latar belakang :Angka kasus baru kanker paru meningkat lima kali lipat pada satu decade terakhir. Kanker dengan efusi pleura memiliki prognosis buruk dengan harapan hidup yang rendah.Metode : Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan case study tunggal (instrumental) dalam studi kasus ini hanya membahas satu kasus tunggal yang diilustrasikan kemudian menggeneralisasikan.Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien kanker paru dengan efusi pleura dengan menggunakan pendekatan Konservasi Levin.Sampel penelitian ini adalah pasien rawat inap di Rumah Sakit Kanker Darmais Jakarta, periode April sampai dengan Mai 2017.Hasil :Tropicogenesis yang diidentifikasi pada Ny. At dengan ca Paru diantaranya adalah :Gangguan Pola Nafas Tidak Efektif, Nyeri Kronis, Defisit Nutrisi dan Ansietas. Hasil penerapan hipotesis/intervensi terhadap tropicogenesis menunjukkan bahwa hipotesis mendukung peningkatan kesejahteraan dan kenyamanan pasien ca tiroid dengan efusi pleura . Rekomendasi : Model Konservasi Levin efektif bila diterapkan pada pasien ca paru dengan efusi pleura.

Kata Kunci: Teori Konservasi Levine, Asuhan Keperawatan, Ca Paru, Efusi Pleura

ABSTRACT

Background: New cases of lung cancer have increased fivefold in the last decade. Cancer with pleural effusion has a poor prognosis with low life expectancy. Methods: This study is a quantitative study with a single case study approach (instrumental) in this case study discussing only one single case illustrated and then generalizing. This study aims to provide an overview of nursing care in lung cancer patients with pleural eedsi by using Levin conservation approach. The sample of this study were inpatients at Darmais Cancer Hospital Jakarta, April to May 2017. Results: Tropicogenesis identified in Ny. At with Lung ca are: Effective Breathing Disorders, Chronic Pain, Nutrition Deficit and Anxiety. The result of hypothesis / intervention application to tropicogenesis showed that hypothesis supports the improvement of welfare and comfort of ca thyroid patient with pleural effusion. Recommendation: The Levin Conservation Model is effective when applied to patients with pulmonary pleural effusion.

Keywords: Levine Conservation Theory, Nursing Care, Ca Lung, Pleural Effusion

PENDAHULUAN

Penyakit kanker merupakan salah satu penyebab kematian utama di seluruh dunia. Pada tahun 2012, kanker menjadi penyebab kematian sekitar 8,2 juta orang (Kemenkes, 2017). Berdasarkan Data *GLOBOCAN, International Agency for Research on Cancer (IARC)*, diketahui bahwa pada tahun 2012 terdapat 14.067.894 kasus baru kanker dan 8.201.575 berujung kematian akibat kanker di seluruh dunia. Dari data tersebut menunjukkan bahwa kanker payudara, kanker prostat, dan kanker paru merupakan jenis kanker dengan persentase kasus baru yaitu sebesar 43,3%, 30,7%, dan 23,1% (Kemenkes, 2017).

Insidensi kanker paru terus meningkat sepanjang tahun terutama dinegara berkembang. Kanker paru merupakan penyebab utama kematian karna kasus keganasan di dunia, insidensinya mencapai hingga 13 persen dari semua diagnosis kanker (Kemenkes, 2017). Berdasarkan data *World Health Organization (WHO)*, kanker paru merupakan penyumbang 1/3 angka kematian akibat kanker pada laki-laki. Di Indonesia, kanker paru merupakan penyebab pertama kematian akibat kanker padalaki-laki (21.8%) dan penyebab kematian kedua akibat kanker

pada perempuan (9.1%) setelah kanker payudara (21.4%) (Kemenkes, 2017).

Kanker paru seringkali menyebabkan penimbunan cairan disekitar rongga paru-paru atau lebih sering kita sebut dengan (efusi pleura). Efusi pleura merupakan akumulasi cairan tidak normal di rongga pleura yang diakibatkan oleh transudasi dan eksudasi permukaan pleura (Kahirani, 2012). Efusi pleura selalu abnormal dan mengindikasikan terdapat penyakit yang mendasarinya (Mayse M.L, 2008). Menurut data *American Thoracic Society* dalam (Khairani *et al*, 2012). menyatakan bahwa kanker paru merupakan jenis keganasan yang menyebabkan terjadinya efusi pleura diikuti oleh kanker payudara dan limfoma Hodgkin dan non Hodgkin. Efusi dan adanya obstruksi pada bronkus oleh karsinoma paru jenis epidermoid akan menyebabkan sesak nafas hebat, kadar oksigen rendah dan gagal jantung (Suprijono *et al*, 2012). Efusi pleura ganas (EPG) sering terjadi pada kasus kanker dan merupakan penyulit pada penatalaksanaan kanker paru (Syarifuddin *et al*, 2017). Meskipun pada penderita dilakukan aspirasi cairan pleura (torakosintesis) yang berulang-ulang, tetapi jumlah cairan efusi pleura tetap banyak dan selalu berakumulasi kembali dengan cepat. Menurut Robin, (2003) dalam Suprijono, *et al* (2012) efusi pleura pada penyakit keganasan biasanya memiliki

prognosis dan harapan hidup yang kurang dari satu tahun.

Model Konservasi Levine dipilih sebagai pendekatan dalam memberikan asuhan keperawatan atas pertimbangan bahwa pasien dengan masalah keganasan dan gangguan sistem imun memiliki penurunan kapasitas biopsikososial yang terjadi bukan hanya pada individu yang sakit tapi juga berpotensi terjadi pada keluarga dan lingkungan yang merupakan support sistem dalam meningkatkan kesehatan pasien. Model Konservasi Levin berfokus pada pelestarian energi untuk kesehatan dan pemulihan (Alligod, 2014). Kebutuhan akan energi ini sering menjadi masalah yang sering dialami pada pasien dengan keganasan.

Menurut Levine, *wholisme* merupakan bagian dari individu yang menekankan bahwa mereka berespon dalam satu keutuhan pribadi terhadap perubahan yang terjadi pada lingkungan seperti ketegangan, stres, dan konflik. Hal tersebut merupakan sumber ancaman terhadap keutuhan manusia atau integritas yang merupakan adanya perubahan lingkungan, fenomena ini real terjadi pada pasien keganasan dan gangguan sistem imunologi. Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk melakukan study kasus pada pasien kanker paru dengan efusi pleura dengan pendekatan teori konservasi Levin.

METODOLOGI

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan Study Kasus. Pendekatan studi kasus atau (*Case Study*) adalah salah satu pendekatan kualitatif yang mempelajari fenomena khusus yang terjadi saat ini dalam suatu sistem yang terbatas (*baunded-system*) oleh waktu dan tempat, meski batas-batas antara fenomena dan sistem tersebut tidak sepenuhnya jelas (Creswell, 2013) dalam Afriyati, (2014).

Jenis Pendekatan Studi Kasus yang digunakan adalah studi kasus tunggal instrumental, yaitu studi kasus yang membahas kasus tunggal diilustrasikan dan menggeneralisasikannya. kemudian menggeneralisasikannya. Beberapa tahapan yang dilakukan peneliti untuk menyusun studi kasus (Yin, 2009), antara lain : menentukan kasus yang akan diteliti dan berusaha untuk memberikan pemahaman mendalam dari kasus yang diteliti, mengidentifikasi kasus yang ditentukan sebelumnya secara jelas baik itu kasus instrinstik ataupun instrumental termasuk waktu kejadian ataupun tempat kejadian, melakukan pengumpulan data baik melalui observasi, wawancara, penelusuran dokumen dan material audiovisual, melakukan analisis data secara holistic dan melakukan interpretasi.

Gambaran Kasus

Ny. At Berjenis kelamin perempuan, usia 42 tahun, islam, pendidikan terakhir SD, wiraswasta, sudah menikah. Klien datang ke rumah sakit untuk dilaksanakan tindakan pemasangan WSD atas indikasi Efusi Pleura massif. Klien mengeluhkan nafasnya terasa sesak berulang-ulang, terasa penuh dibagian dada, ngap sehingga sulit untuk bernafas, RR 27 x/mnt, klien mengeluhkan batuk dengan sputum encer berwarna putih. Klien juga mengeluhkan dada kanannya terasa nyeri, dada terasa kaku seperti papan dan tetusuk sampai tulang belakang, dengan skala 5-6, muncul hilang timbul, dan berkurang jika klien dalam posisi duduk. Klien memiliki riwayat fungsi pleura di RSUD Cengkareng kurang lebih 6 kali dan 2 kali di darma, terakhir tanggal 28/6/2016. Klien terdiagnosis mengalami Ca Paru sejak April 2015. Diawali dengan penyakit TB yang di deritanya di tahun 2014, klien sempat menjalani paket pengobatan TBC selama 6 bulan dan telah selesai. Setelah ditelusuri ternyata ada keluarga klien yaitu Ayah klien yang menderita TBC dan meninggal dengan Ca Paru. Sekitar bulan Mei 2016, klien mengeluhkan nafasnya sesak tiba-tiba dan tidak berkurang dengan minum obat dan istirahat. Hasil Pemeriksaan Foto Thorax diperoleh kesan : Effusi Pleura kanan dengan Volume sekitar 1021 ml.

Bentuk dada dan pergerakan pernapasan, tidak simetris. Klien tampak kurus sehingga terlihat adanya penurunan proporsi diameter bentuk dada antero-posterior dibandingkan proporsi diameter lateral. Terlihat adanya ketidaksimetrian rongga dada, pelebaran intercostals space (ICS) pada sisi kiri. Bentuk dada tidak simetris. Klien terlihat mengalami sesak napas RR 28 x/mnt, peningkatan frekuensi napas, dan menggunakan otot bantu napas. Batuk produktif yang disertai adanya peningkatan produksi secret dan sekresi sputum berwarna putih dan encer. Palpasi Gerakan dinding thoraks anterior/ekskrusi pernapasan. Adanya penurunan gerakan dinding pernapasan Getaran suara (fremitus vokal) dalam laring arah distal sepanjang pohon bronchial untuk membuat dinding dada dalam gerakan resonan, terutama pada bunyi konsonan. Palpasi trakea. Tidak ada pergeseran trakea Perkusi efusi pleura akan didapatkan bunyi redup sampai pekak pada sisi kiri paru. Auskultasi Pada klien dengan TB paru didapatkan bunyi napas tambahan (ronkhi) pada sisi kanan paru didapatkan penurunan resonan vocal pada sisi kiri paru.

Klien mengeluhkan lidahnya terasa panas dan terbakar, tengorokanya terasa melepuh karena mengkonsumsi obat Kemoterapi Oral Tarceva 150 mg, yang harus diminumnya selama 10 Bulan setiap harinya. Saya tidak bisa menikmati rasa makanan, mulut saya terasa

baal, tanpa rasa, hambar. Mulut klien tampak terdapat stomatitis, sehingga klien hanya menghabiskan 2 sendok makan dari porsi yang disediakan akibat efek kemoterapi oral. Klien mendapatkan diit 1750 kkal, Protein 65 gram, makan nasi lembek, 3 X makanan utama dan 2 kali selingan dengan porsi makan sedikit tapi sering. Klien mengalami penurunan BB selama 2 bulan terakhir BB awal 61 Kg, sekarang 42 kg. TB 160 cm BB 42 kg IMT (16,8) kesan BB kurang dari Normal. Pemeriksaan HB 10,3 mg, albumin 3,4, GDS 115. Auskultasi bising usus 7-10 x/mnt. Klien Tampak lemah, akral hangat, saturasi 98%, TD 130/100 mmHg, N 100x/mnt, Suhu 38C, RR 32x/mnt. Klien tidak Terpasang kateter deuresis spontan, warna kuning jernih 1800 cc/27jam. Tidak ada distensi pada kandung kemih dan abdomen. Terpasang Infus Perifer Asering + Aminopilin/12 jam.

Aplikasi Konsep Teori Konservasi Levine Levine Pada Ny. At Ca Paru.

a. Tantangan terhadap Lingkungan Internal Klien.

Penggunaan kemoterapi secara oral berdampak pada pemenuhan kebutuhan nutrisi klien. Dampak Stomatitis dan ketidaknyamanan pada organ lidah seperti baal dan tidak bisa merasakan rasa makanan. Rasa terbakar dan melepuh sepanjang tengorokan setelah mengkonsumsi kemoterapi oral ikut memperburuk intake

nutrisi klien. Peningkatan suhu pada pasien TB merupakan faktor yang memperberat pengurangan produksi energy pasien. Tantangan yang dapat menurunkan sumber energy klien adalah perjalanan penyakit sel karsinoma untuk tumbuh dan bermetastasis membutuhkan energi. Faktor inilah yang menyebabkan kebutuhan energi untuk proses penyembuhan dari penyakit yang dihadapi.

b. Tantangan terhadap Lingkungan Eksternal Klien

Klien cukup mendapatkan support dari anak-anaknya semenjak klien sakit, sudah 10 tahun klien berpisah dari suaminya dan memilih untuk hidup bersama anak-anaknya. Keluarga besar klien juga selalu datang dan mendoakan agar klien lekas sembuh.

a. Pengkajian Konservasi Energi

Klien mengeluhkan lidahnya terasa panas dan terbakar, tengorokanya terasa melepuh karna mengkonsumsi obat Kemoterapi Oral Tarceva 150 mg, yang harus diminumnya selama 10 Bulan setiap harinya. Saya tidak bisa menikmati rasa makanan, mulut saya terasa baal, tanpa rasa, hambar. Mulut klien tampak terdapat stomatitis, sehingga klien hanya menghabiskan 2 sendok makan dari porsi yang disediakan akibat efek kemoterapi oral. Klien mendapatkan diit 1750 kkal, Protein 65 gram, makan nasi lembek, 3 X makanan utama dan 2 kali selingan dengan porsi makan sedikit tapi

sering. Klien mengalami penurunan BB selama 2 bulan terakhir BB awal 61 Kg, sekarang 42 kg. TB 160 cm BB 42 kg IMT (16,8) kesan BB kurang dari Normal. Pemeriksaan HB 10,3 mg, albumin 3,4, GDS 115. Auskultasi bising usus 7-10 x/mnt. Klien tidur dengan durasi 7-8 jam dan kadang terbangun akibat saat nyeri yang dirasakan pada bagian punggung menjalar sampai ke bagian kakinya, nyeri muncul hilang timbul, dengan durasi terus menerus, sakit dan tak tertahankan, skala nyeri 8-9, nyeri baru hilang setelah klien minum obat (Tramadol atau MST).

b. Integritas Struktural

Kesadaran compos mentis, tampak sesekali meringis menahan sakit. Bibir simetris, mukosa lembab berwarna merah muda. Sudah ada beberapa gigi yang tanggal, ada perdarahan dan radang gusi, dan terdapat lesi. palatum mole dan palatum durum utuh, lidah bersih. Tidak ada pembengkakan tonsil. Sulit untuk mengenal rasa. Klien mengeluh sesak dadanya terasa berat, batuk seputum cair berwarna putih dan encer, RR 26 x/mnt. Nafas spontan, pergerakan dada simetris, tidak ada sianosis, terdengar bunyi ronchi, Vokal premitus kiri lebih lemah dibandingkan kanan. Penurunan suara napas vaskuler pada paru kanan.

c. Pengkajian Integritas Personal

Sebelum sakit klien memiliki berat badan 61 kg, setelah sakit berat badan menjadi 42 kg sampai saat terakhir. Ny. At adalah istri sekaligus ibu dari 4 orang anak. Semenjak klien sakit klien merasa tidak bisa lagi menjalankan perannya sebagai seorang ibu secara maksimal. Klien kadang merasa sedih dan prustasi dengan kondisinya. Klien merasa tidak bisa maksimal menjaga anak-anak, dan membantu perekonomian keluarga jika sakitnya kambuh. Klien kadang merasa kasihan dengan anak-anaknya. Kadang klien merasa kalau waktunya tidak akan lama lagi. Klien berharap suaminya kelak mendapatkan istri yang bisa menyayangi anak-anak dengan baik. Suami dan keluarganya yang selalu menyemangati dirinya sampai saat ini.

d. Integritas Sosial

Semenjak sakit Ny. At kurang dapat melaksanakan peran sosialnya sebagai seorang sebagai seorang ibu rumah tangga. Tetapi klien bersyukur bahwasanya anak-anaknya sehat dan bisa bersekolah. Hubungan dengan lingkungan keluarga, suami dan anak-anak berlangsung baik. Begitu juga dilingkungan. Saat ini dapat beraktifitas kembali seperti biasa.

e. Tripohicogenesis

Berikut ini adalah Tropicogenesis yang diidentifikasi pada Ny. At dengan ca Paru diantaranya adalah : Gangguan Pola Nafas Tidak Efektif, Nyeri Kronis, Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Ansietas

f. Hipotesis

Dengan menggunakan model konservasi, berikut ini adalah hipotesis yang dibuat oleh perawat untuk mengembangkan rencana perawatan pada klien :

1. Melakukan dan mengobservasi pemeriksaan status pernafasan dan tanda-tanda vital
2. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang akan membantu proses penyembuhan
3. Kolaborasi untuk pemeriksaan lab dan mengkaji klien terhadap hipokalsemia, monitor kadar kalsium, magnesium dan fosfat
4. Mengajarkan pasien dan keluarganya cara mencuci tangan yang benar
5. Melibatkan dan berdiskusi dengan keluarga untuk meningkatkan kebutuhan rasa anam dan nyaman karna nyeri dan mengurangi kecemasan

g. Rencana Intervensi Keperawatan**1. Konservasi Energi**

Perawat mengajarkan bagaimana mengatur mobilisasi agar tidak terasa sakit. Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit yang tepat untuk klien. Memantau BB, Memberikan nutrisi adekuat per oral sesuai diit yang di tetapkan di rumah sakit 1725 kalori. Memantau, mencatat, melaporkan adanya perubahan suhu, nadi, pernafasan, irama jantung dan warna kulit.

2. Konservasi Integritas Struktural

Mengobservasi saturasi oksigen, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien. Mengukur tanda-tanda vital dan tanda infeksi . Memberikan terapi sesuai program dokter .

3. Konservasi Integritas Personal

Klien dan keluarga diberikan kesempatan untuk mengungkapkan apa yang dirasakan ketika semenjak klien terdiagnosis kanker. Keluarga dan klien juga perlu mendapat dukungan tentang perkembangan penyakit yang dialami. Perawat menganjurkan keluarga untuk berada disamping klien secara bergantian dengan keluarga yang lain. Mengobservasi keselamatan lingkungan dan berpartisipasi dalam keselamatan klien.

4. Konservasi integritas Sosial

Perawat menganjurkan keluarga untuk selalu berada disamping klien. Mendoakan, memotivasi klien dalam menghadapi sakit yang di derita

h. Respon Orgasmik (Kriteria Hasil)

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dengan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara abnormal)
3. Tanda- tanda vital dalam rentang normal(tekanan darah, nadi, pernafasan)
4. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu(mampu mengeluarkan sputum,mampu bernafas dengan mudah,tidak ada suara nafas abnormal)
5. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas,frekuensi pernafasan dalam rentang normal,tidak ada suara nafas abnormal)
6. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas
7. Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat
8. Memelihara kebersihan paru – paru dan bebas dari tanda – tanda distress pernafasan
9. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih,tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah,tidak ada pursed lips)
10. Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah , nadi dan RR
11. Mampu melakukan aktifitas sehari - hari (ADLs)secara mandiri
12. Tanda – tanda vital normal
13. Mampu berpindah:dengan atau tanpa bantuan alat
14. Status kardiopulmonari adekuat
15. Status respirasi: pertukaran gas dan ventilasi adekuat
16. Nafsu makan, status nutrisi berat badan dan masa tubuh normal.
17. Klien mampu menjaga dan meningkatkan berat badan tubuh ideal serta mengkonsumsi nutrisi yang adekuat.

Implementasi

Untuk mengatasi masalah pola nafas tidak efektif dilakukan beberapa implementasi yaitu: Manajemen Konservasi EnergiMelakukan pemeriksaan fungsi pernafasan dan tanda-tanda vital sesering mungkin dibandingkan dengan nilai awal, Meninggikan dan mengatur posisi semi fowler / fowler, Mengganti posisi perlahan, Mengamati asupan dan keluaran rutin,

Mengajarkan klien teknik nafas dalam dan memotivasi pasien untuk melakukan nafas dalam

Konservasi Integritas Struktur Mengatur posisi pasien yang nyaman dengan posisi duduk dan diberi bantal dengan 2 bantal, mengidentifikasi masukan jalan nafas yang baik, Melakukan auskultasi bunyi nafas, catat adanya ventilasi yang turun atau hilang serta catat adanya bunyi nafas tambahan, Memonitor pernafasan dan status oksigen, Memantau frekuensi, irama, kedalaman dan usaha nafas, Memperhatikan pergerakan dada, lihat kesimetrisan, penggunaan otot-otot bantu pernafasan dan retraksi intercostals dan supraklavikular, Memantau pola nafas : bradipnea, takipnea, hiperventilasi kussmaul , Memantau bunyi nafas, Melakukan palpasi kesamaan ekspansi paru, Memantau kelemahan otot diafragma, Melakukan perkusi anterior dan posterior torak dari apek ke basis, Memantau kemampuan untuk batuk efektif, Kolaborasi dalam pemberian oksigen dan pemasangan WSD

Konservasi Integritas Personal
Menganjurkan dan memotivasi klien dan keluarga untuk mengurangi stress lingkungan dengan meminimalkan interupsi dan stimulus
Menjelaskan pentingnya pemantauan secara

berkala tentang perubahan status pernafasan klien

Untuk mengatasi masalah nyeri dilakukan beberapa implementasi yaitu Konservasi Energi Mengobservasi keselamatan lingkungan; hindari ruangan yang tidak rapih, dekatkan bel dan telpon, biarkan pintu terbuka, gunakan lampu malam hari dan pasang pagar tempat tidur, Memonitor kebutuhan pasien minimal tiap 2 jam, Memeriksa pakaian dan tanda vital setiap 15 menit setelah pasca operasi sesuai protocol

Konservasi Integritas Struktur: Melakukan penilaian nyeri secara komprehensif dimulai dari lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas dan penyebab, Mengkaji secara, nonverbal, Menggunakan komunikasi yang terapeutik agar pasien dapat menyatakan pengalaman terhadap nyeri serta dukungan dalam merespon nyeri, Menentukan dan menggali dampak nyeri terhadap kegiatan sehari –hari (tidur, nafsu makan, aktivitas, kesadaran, hubungan sosial), Menyediakan informasi tentang nyeri, seperti penyebab nyeri, bagaimana kejadiannya, mengantisipasi ketidaknyaman prosedur, Mengajarkan klien teknik nonfarmakologi dalam mengurangi nyeri : Relaksasi, distraksi, terapi music, Mendorong pasien dalam memonitor nyerinya

sendiri, Menganjurkan untuk istirahat/tidur yang adekuat untuk mengurangi nyeri

Konservasi Integritas Personal Mendorong keluarga untuk selalu menemani dan mendampingi pasien di kamar , Mengkomunikasikan resiko jatuh pada pasien dan keluarga , Memotivasi keluarga untuk berpartisipasi dalam keselamatan pasien

Manajemen Nutrisi diantaranya meliputi :

mengkaji adanya alergi makanan, mengkaji makanan yang disukai oleh klien, Berkolaborasi team gizi untuk penyediaan nutrisi TKTP Anjurkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi TKTP dan banyak mengandung vitamin C. Yakinkan diet yang dikonsumsi mengandung cukup serat untuk mencegah konstipasi. memonitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori. memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. memonitor BB jika memungkinkan. Monitor respon klien terhadap situasi yang mengharuskan klien makan. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak bersamaan dengan waktu klien makan. Monitor adanya mual muntah. Kolaborasi untuk pemberian terapi sesuai order. Monitor adanya gangguan dalam input makanan misalnya perdarahan, bengkak dsb. Monitor intake nutrisi dan kalori. Monitor kadar energi, kelemahan dan kelelahan.

Anxiety Reduction (penurunan kecemasan) menggunakan pendekatan yang menenangkan, menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut, memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis, Dengarkan dengan penuh perhatian, Identifikasi tingkat kecemasan

Evaluasi

Masalah pola nafas tidak efektif masih belum teratasi ditandai dengan klien masih merasakan sesak dan nyeri pada bagian dadanya. Pergerakan dinding dada tidak simetris Dada kanan masih tertinggal pada saat inspirasi, klien terlihat sesak, RR 26 x/mnt terpasang O₂ 2lt/mnt, Perkusi paru kanan redup, Auskultasi suara nafas Ronchi

Masalah nyeri belum teratasi klien berkisar di antara skala 8-9, durasi 5-7 menit, hilang timbul tampak ekspresi menahan nyeri, Klien mengatakan sudah menggunakan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri, nadi 100x/mnt, TD 140/90 mmHg. Masalah deficit nutrisi masih terjadi klien tidak berselera untuk makan, masih merasakan sakit jika menelan, mukosa mulut tampak kering, IMT 20,4. Masalah kecemasan teratasi sebagian klien mengatakan sudah mencoba untuk berdamai dengan penyakitnya, klien mengatakan saya hanya bisa berdoa sepanjang waktu yang terbaik yang bisa saya lakukan saya lakukan.

PEMBAHASAN

Rongga pleura dalam keadaan normal berisi sekitar 10-20 ml cairan yang berfungsi sebagai pelican agar paru bergerak dengan leluasa saat bernafas (Syarifudin, 2017). Akumulasi cairan melebihi volume normal dan menimbulkan gangguan jika cairan yang diproduksi oleh pleura parietal dan visceral tidak mampu diserap oleh pembuluh darah limfe dan pembuluh darah mikropleura viseral atau sebaliknya yaitu apabila produksi cairan melebihi kemampuan penyerapan (American Thoracic Society ; (2000), Perhimpunan Dokter Paru Indonesi (2000) ; and Syarifudin, (2017))

Efusi pleura ganas didefinisikan sebagai efusi yang terjadi berhubungan dengan keganasan yang dibuktikan dengan penemuan sel ganas pada pemeriksaan sitologi cairan plura atau biopsy pleura. (American Thoracic Society ; (2000), Perhimpunan Dokter Paru Indonesi (2000).

Pada saat pengkajian Ny.At mengeluh sesak nafas terutama saat beraktifitas dan nyeri dada.Sesak nafas ini terjadi dikarnakan refleks neurogenic paru dan dinding dada karena penurunan keteregangan (compliance) paru, volume paru ipsilateral, pendorongan mediastrium kea rah kontralateral da penekanan diagfragma ipsilateral. Gejala lain seperti nyeri dada diakibatkan karna reaksi

inflamasi pada pleura parietal terutama pada mesothelioma, batuk, anoreksia dan penurunan berat badan (Shan (2001) and Antoni et al, ((2001). Dengan efusi yang lebih besar, ekspansi paru mungkin terganggu, klien mengalami dyspnea terutama pada saat beraktifitas batuk kering non produktif yang disebabkan oleh iritasi bronkial atau pergeseran mediastrium. Taktil premitus dapat menurun atau tidak ada Black and Hawks, (2014) manifestasi klinis disistim respirasi ini actual terjadi pada Ny. At.

Menurut Black and Hawks, (2014) Penyebab efusi pleura dapat dikelompokan dalam 4 katagori utama diantaranya meliputi : peningkatan tekanan hidrostatik sistemik (pasien gagal jantung), peningkatan tekanan onkotik kapiler (gagal jantung dan hati), peningkatan permeabilitas caliper (misalnya , infeksi dan trauma, gangguan fungsi limfatik (misalnya, obstruksi limfatik yang disebabkan oleh tumor). Efusi yang terjadi pada Ny,At disebabkan karna faktor peningkatan permeabilitas kapiler karna dahulu memiliki riwayat penyakit TBC dan terganggunya fungsi limfatik karna tumor pada paru-paru.

Pada Ny. At efusi plura yang terjadi terus berulang (efusi pleura rekuren) walupun sudah dilakukan torakositeisi berulang (karna dipicu faktor keganasan disertai dengan nyeri pleura

persisten).Jumlah cairan pleura yang dikeluarkan pasca torakosinteis berkisar 1000-1200 ml.

Efulsi pleura akibat keganasan metastatic berasal dari penyebaran langsung sel-sel ganas dari tempat sekitar (seperti pada keganasan paru, payudara, dan dinding dada). Invasi dari vaskularisasi paru dengan embolisme dari sel-sel tumor ke pleura viseralis, atau metastasis jauh hematogen dari tumor ke pleura parietalis. Begitu di dapatkan pada ruang pleura, deposit tumor menyebar di sepanjang membrane pleura parietalis dan menyumbat stomata limfatik yang akan mengalirkan cairan intrapleural. (Haas et al., 2007)

Penyebaran secara hematogen ke ruang ke pleura parietal dan atelektasis karena obstruksi bronkus oleh tumor. Hal ini menyebabkan paru bagian kops dan hemotoraksi ipsilateral akan berkontraksi untuk mengkompensasi volume yang hilang pada paru kolaps sehingga tekanan intrapleura menjadi lebih negatif (Micheal A et al, 2008). Sel kanker di rongga pleura akan menyebar sepanjang membrane pleura parietal dan menyumbat kelenjar limfe. Sel kanker dapat menstimulasi kemokin yang dapat meningkatkan permeabilitas membrane pleura dan pembuluh darah (Soehardiman, 2014).

Penelitian (Qin et al., 2009) berusaha mengungkap pathogenesis EPM pada tingkat molekuler untuk menjawab tantangan diagnosis dan penatalaksanaan yang sangat kompleks pada Efulsi Pleura Metastasis. Tumor pleura juga akan melepas dan menstimulasi pelepasan kemokin yang akan meningkatkan permeabilitas vaskuler membrane plura, sehingga memicu efulsi pleura. Qin dkk mencobamelihat keberadaan beberapa kemokin dan CCL17 dan EPM dan aktivitas *chemottractant* dari kedua kemokin. Penelitian yang dilakukan Qin dkk ini membuktikan bahwa suatu kemokin CCL22 dikatakan meningkat pada pasien dengan EMP dan secara langsung akan menginduksi infiltrasi sel T ke ruang pleura (Qin et al., 2009).

Penelitian lain tentang *chemottractant* dilakukan oleh(Heffner dan lien, 2008) penelitian ini ditemukan bahwa MCP-1 merupakan pemicu untuk terjadinya perubahan permeabilitas vaskuler, penarikan sel-sel mononuklear ke ruang pleura dan angiogenesis pada tumor-tumor pleura. Klien dengan kanker juga dapat menyebabkan efulsi pleura sebagai defek tidak langsung dari kanker juga dapat menyebabkan terjadinya efulsi pleura sebagai defek tidak langsung dari kanker, walaupun tanpa ditemukannya sel-sel kanker pada ruangan pleura. Efulsi jenis ini dikenal dengan efulsi parenoplastik atau paramaligna yang dapat terjadi dari infiltrasi

tumor getah bening mediastrium, emboli paru dan sinrom vena cava superior, atau penurunan tekanan onkotik (Porcel dan Light, 2006).

Ny. At direncanakan akan menjalani prosedur pleurodesis setelah kondisinya membaik. Pleurodesis berasal dari kata Yunani yaitu pleura artinya selaput yang meliputi dinding luarparu dan dinding dalam toraks dan desis artinya melekatkan. Pleurodesis bertujuan untuk melekatkanpleura viseral dan pleura parietal sehingga mencegah akumulasi baik udara pada pneumotoraks ataupuncairan pada efusi pleura di dalam rongga pleura Soehardiman, dkk. (2014).

Pleurodesis telah direkomendasikan oleh ATS dan BTS sebagai terapi paliatif pada pasien efusi pleura ganas yang berulang, memiliki gejala sesak napas dan prognosis lebih dari 1 bulan. Pleurodesis dilakukan bila paru telah mengembang setelah dilakukan torakosintesis terapeutik dan keluhan berkurang, tidak terdapat obstruksi bronkus dan *trapped lung*. Bronkoskopi sebaiknya dikerjakan sebelum pleurodesis untuk mengetahui obstruksendobronkial Amin, Z., & Masna, I.A.K. (2007).

Tujuan dari tindakan pleurodesis adalah ;Mencegah berulangnya efusi berulang

(terutama bila terjadi dengan cepat),Menghindari torakosintesis berikutnya, menghindari diperlukannya insersi *chest tube* berulang, menghindari morbiditas yang berkaitan dengan efusi pleura atau pneumotoraks berulang (*trapped lung*, atelektasis, pneumonia, insufisiensi respirasi, *tension pneumothorax*) Amin, Z., & Masna, I.A.K. (2007).

Mekanisme Pleurodesis adalah penyatuan pleura viseralis dengan parietalis baik secara kimiawi, mineral ataupun mekanik, secara permanen untuk mencegah akumulasi cairan maupun udara dalam rongga pleura.Pleurodesis merupakan terapi simptomatis jangka panjang serta diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup dan aktivitas kehidupan sehari-hari, sehingga pleurodesis dapat dilakukan untuk terapi paliatif pada penderita efusi pleura ganas.

Manajemen keperawatan pra bedah ditujukan utamanya untuk mengurangi tingkat kecemasan klien . Kecemasan ini berasal dari ketakutan akan prosedur yang akan dilakukan, pengetahuan yang kurang mengenai prosedur dan aktivitas mandiri setelah pembedahan. Klien dan keluarga perlu diajarkan mengenai permasalahan presudur tindakan yang akan dijalani perlu diberikan informasi. Periode awal tindakan apa yang dapat diharapkan

setelah tindakan dan bagaimana klien dapat berpartisipasi dalam perawatan. Latihan pasca operasi seperti latihan pernafasan, tehnik dekapan splitting untuk mendorong batuk dan pernafasan dalam yang efektif, latihan kaki untuk mencegah tromboflebitis dan rekayasa untuk mengurangi nyeri .

KESIMPULAN DAN SARAN

Tujuan utama dari penataksanaan Efulsi pleura karna keganasan adalah mengatasi keluhan akibat volume cairan dan meningkatkan kualitas hidup penderita. Tindakan penataksanaan yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita diantaranya meliputi torakostisis berulang dan jika perlu dengan pemasangan water seal drainase (WSD) pada kasus keganasan tertentu juga dilakukan prosedur pleurodesis. Teori konservasi Levin dapat dijadikan sebagai kerangka berfikir dan kerangka kerja bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien keganasan. Dimensi edukasi, promosi kesehatan, tindakan promotive dan preventif perlu ditambahkan dan dimodifikasi untuk meningkatkan kualitas kesehatan pasien.

KEPUSTAKAAN

American Toracic Society (2000). Mangement of malignant pleura effusions . *Am J*

Respir Crit Care Med: 162: 1987: 2001

Amin, Z., & Masna, I.A.K. (2007). *Indikasi dan Prosedur Pleurodesis*. Majalah Kedokteran Indonesia, Volume: 57, Nomor: 4, April.

Antony et al. (2001). Mangement of malignant pleura efulison. *Eur Respir J* 2001; 18; 402-19.

Black, M.J& Hawks, H.J.(2014) *Keperawatan Medikal Bedah: Manajement KLinik Untuk Hasil yang dterapkan*. Singapore: Elsviver

Halim, Hadi. 2007. *Penyakit-penyakit Pleura. Dalam: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Sudoyo AW, et al. Edisi 4, Jilid II. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen IPD FKUI; hal. 1056-60.

Hass AR, Streman DH, Musaini AI. (2007). Malignant pleura effusions : management of malingnant pleura effusions. *Mayo Clin Proc*; 83(2):265-50

Heffner JE, Klein JS. (2008). Recent advances in the diagnosis and menegement of malignant pleura effusions. *Mayo clin Proc*; 83 (2): 265-50.

Kemenkes. (2017) *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Kanker Paru. Komite Penanggulangan Kanker Nasioanl*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Khairani et al, (2012). Karakteristik Efusi Plura di Rumah Sakit Persahabatan. *Jurnal Respirasi Indonesia*. Vol 32. No.3 Juli 2012

McGrath E. Diagnosis of Pleural Effusion: A Systematic Approach. *American Journal of Critical Care* 2011; 20: 119-128.

- Meyses MI. (2008) *Non Maligna Pleura Effusions*. In: Fishmar AP. Fisman's *Pulmonary disease and disorders*. 4thed. New York MC Graw Hill;p 1487-504
- Qin X-J et al. (2009) *CCL22 recruits CD4 Positive CD25 – positif regulatory T cells into malignant pleura effusion*. *Critical cancer Research*. 15:2261
- Sahn SA. (2001). *Malignant Pleura Effusions*. *Semin Respir. Crit Care Med*.2001;22;607-15
- Soehardiman D dkk.(2014) *Pleurodesis pada efusi pleura ganas*.*Jurnal Respirasi Indonesia* Vol. 34 No.4.Departemen Pnemologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi.Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Soehardiman, dkk.(2014). Pleurodesis pada Efusi Pleura Ganas. *Jurnal Respirasi Indonesia*.Vol 34.No.43 Oktober 2014.
- Suprijiono *et al* (2012). Kanker Paru Merupakan Faktor Risiko Terjadinya Efusi Pleura Di Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Unisula*, Vol 50. No.126. Surakarta.
- Syahrudin *et al*. (2017).*Efusi Pleura Ganas Pada kanker Paru*.Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi.Fakultas Kedokteran Univeristas Indonesia- Rs Persahabatan Jakarta.
- Tooley, C. (2002). *The Management and Care of Chest Drains Nursing Times* Vol 98 issue 26 Page 48.(2012). Guidelines for the Care of a Patient undergoing Pleurodesis.Nottingham university hospital.
- Yin, R.K (2009). *Case Study research: Disingn and Method*,3 rd. Thousand Oaks: Sage.