

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Pneumonia

2.1.1 Definisi

Pneumonia adalah proses inflamasi parenkim paru yang terdapat konsolidasi dan terjadi pengisian rongga alveoli oleh eksudat yang dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda-benda asing. Pneumonia dikelompokkan menurut agen penyebabnya. Pneumonia bakteri terjadi akibat inhalasi mikroba yang ada di udara. Aspirasi organisme dari nasofaring (penyebab pneumonia bakterialis yang paling sering) atau penyebaran hematogen dari fokus infeksi yang jauh. Bakteri yang masuk ke paru melalui saluran pernapasan, masuk ke bronkiolus dan alveoli lalu menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema yang kaya protein dalam alveoli dan jaringan interstitial (Manurung dkk, 2016).

Pneumonia adalah suatu proses peradangan di mana terdapat konsolidasi yang disebabkan pengisian rongga alveoli oleh eksudat. Pertukaran gas tidak dapat berlangsung pada daerah yang mengalami konsolidasi, begitupun pada aliran darah di sekitar alveoli, menjadi terhambat dan tidak berfungsi maksimal. Hipoksemia dapat terjadi, bergantung pada banyaknya jaringan paru-paru yang sakit. Pneumonia adalah penyakit pernapasan akut yang menyebabkan perubahan gambaran radiologis. Penyakit ini dikelompokkan berdasarkan tempat kejadian penularan, karena hal ini mempengaruhi kemungkinan mikroorganisme patogen penyebab sehingga bisa menentukan terapi empiris yang paling tepat (Somantri, 2013).

Klien berisiko pneumonia jika memiliki kelainan mendasar yang kronis, penyakit akut yang parah, sistem kekebalan tubuh yang tertekan dari penyakit atau obat-obatan, imobilitas, dan faktor pendukung lain seperti polusi udara dalam ruangan, kepadatan, dan anggota keluarga yang merokok, atau faktor kebiasaan merokok. Status gizi dengan

kejadian pneumonia menyebabkan daya tahan tubuh menurun sehingga mudah terkena penyakit infeksi. Infeksi sendiri akan menyebabkan tidak nafsu makan dan mengakibatkan masalah kesehatan yang berhubungan dengan gizi. Gejala yang ringan akan mengalami demam dan sesak nafas, yang mengganggu mekanisme kerja perlindungan paru-paru normal, klien lansia juga mempunyai resiko tinggi pneumonia (Sarlis & Filda, 2016).

2.1.2 Klasifikasi Pneumonia

Menurut Riyadi, (2011). “klasifikasi pneumonia adalah sebagai berikut”:

1. Berdasarkan klinis dan epidemiologi.
 - a. Pneumonia yang didapatkan dimasyarakat (CAP) disebabkan pneumokokus.
 - b. Pneumonia yang di dapat di RS (Hospital Acquired Pneumonia atau Nosokomial Pneumonia) biasanya disebabkan bakteri gram negatif dan angka kematian lebih tinggi.
 - c. Pneumonia aspirasi, sering pada bayi dan anak.
 - d. Pneumonia berulang, terjadi bila punya penyakit penyerta.
2. Berdasarkan kuman penyebab.
 - a. Pneumonia bakterialis atau topikal, dapat terjadi pada semua usia, beberapa kuman tendensi menyerang seseorang yang peka, misalnya: Klebsiela pada orang alkoholik, Stafilokokus pada influenza.
 - b. Pneumonia atipikal, sering mengenai anak dan dewasa muda dan disebabkan oleh mycoplasma, clamidia dan coxlella.
 - c. Pneumonia karena virus, sering terjadi pada bayi dan anak.

- d. Pneumonia karena jamur, sering disertai infeksi sekunder terutama pada orang dengan daya tahan lemah dan pengobatan lebih sulit.
3. Berdasarkan prediksi infeksi.
 - a. Pneumonia lobaris mengenai satu lobus atau lebih, disebabkan karena obstruksi bronkus, misalnya aspirasi benda asing, proses keganasan.
 - b. Bronko pneumonia, adanya bercak-bercak infiltrat pada paru-paru dan disebabkan virus atau bakteri.

Menurut penulis Riyadi klasifikasi pneumonia terdiri dari berbagai jenis, utamanya diklasifikasikan menurut epidemiologi yang dibagi menjadi empat yaitu pneumonia yang didapat di masyarakat, pneumonia yang didapat di rumah sakit, pneumonia aspirasi, dan pneumonia berulang.

2.1.3 Etiologi Pneumonia

Pneumonia dikenal dengan istilah radang paru-paru berkaitan dengan berbagai mikroorganisme dan dapat menular dari komunitas atau dari rumah sakit (nosocomial). Klien dapat menghisap bakteri, virus, parasit, atau agen iritan, atau klien dapat menghirup cairan atau makanan. Klien dapat juga memproduksi banyak mukus dan pengentalan cairan alveolar sebagai akibat pertukaran gas terganggu. Semua ini dapat mendorong kepada radang jalur udara bagian bawah. Organisme yang secara umum dikaitkan dengan infeksi meliputi *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* (parasit), dan *Pseudomonas aeruginosa* (DiGiulio, Jackson, dan Keogh, 2014). Pneumonia biasanya disebabkan karena beberapa faktor, diantaranya adalah (Riyadi, 2011):

1. Bakteri (*Pneumokokus*, *streptokokus*, *stafilokokus*, *H. influenzae*, *klebsiela mycoplasma pneumoniae*).

2. Virus (Virus adena, virus para influenza, virus influenza).
3. Jamur atau fungi (Kandida abicang, histoplasma, capsulatum, koksidiodes).
4. Protozoa (Pneumokistis karinti).
5. Bahan kimia (Aspirasi makan atau susu atau isi lambung, keracunan hidrokarbon sepertiminyak tanah atau bensin).

Merujuk pada kedua pendapat diatas penulis berpedoman pendapat dari Riyadi sebagai etiologi yang mungkin muncul pada pasien dengan pneumonia.

2.1.4 Faktor Resiko

- 1) Pneumonia bisa menyerang siapa saja terutama anak berusia 2 tahun atau kurang dari 2 tahun dan pada umur 65 tahun atau lebih paling berisiko terkena pneumonia.
- 2) Mendapat perawatan dirumah sakit, terutama jika menggunakan mesin bantuan napas (ventilator)
- 3) Memiliki penyakit kronis menderita asma penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) atau penyakit jantung
- 4) Kebiasaan merokok dapat merusak pertahanan tubuh terhadap bakteri dan kuman
- 5) Sistem kekebalan tubuh yang lemah, orang yang memiliki HIV/AIDS berisiko mengalami pneumonia

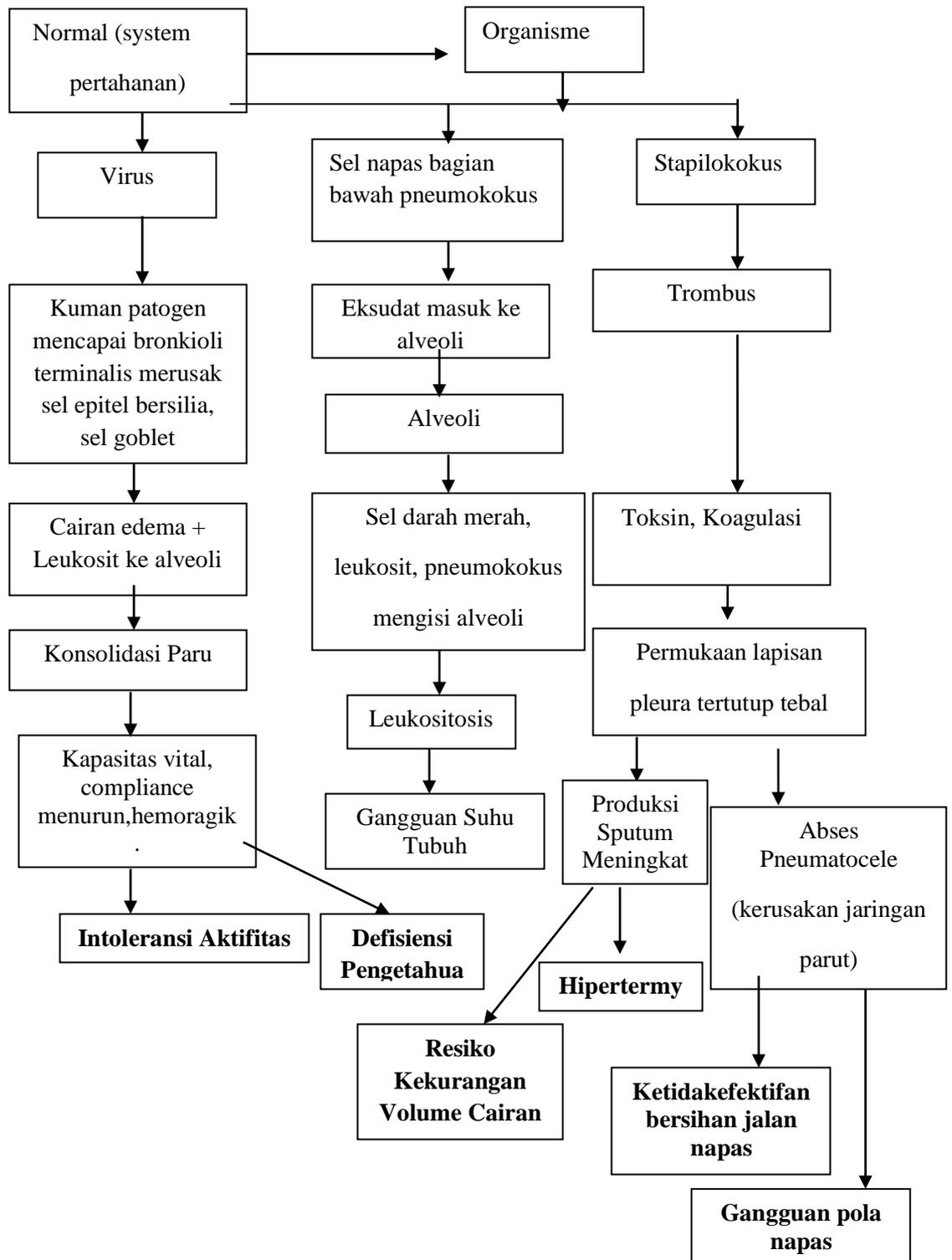
2.1.5 Patofisiologis

Agent penyebab pneumonia masuk ke paru-paru melalui inhalasi ataupun aliran darah. Diawali dari saluran pernafasan dan akhirnya masuk ke saluran pernafasan bawah. Kemudian timbul reaksi peradangan pada dinding bronkhus. Sel menjadi radang berisi eksudat dan sel epitel menjadi rusak. Kondisi tersebut berlangsung lama sehingga dapat menyebabkan atelektasis (Manurung dkk, 2016).

Kerusakan jaringan paru setelah kolonisasi suatu mikroorganisme di paru banyak disebabkan dari inflamasi yang dilakukan oleh penjamu. Selain itu, toksin yang dikeluarkan bakteri pada pneumonia, bakteri dapat secara langsung merusak sel-sel sistem pernafasan bawah, termasuk produksi surfaktan sel alveolar tipe II. Pneumonia bakteri mengakibatkan respons imun dan inflamasi yang paling mencolok, yang perjalanannya tergambar jelas pada pneumonia pneumokokus (Corwin, 2012).

Berdasarkan pendapat dari beberapa sumber yang dipaparkan diatas, peneliti menggunakan pendapat dari penulis Manurung dkk sebagai acuan perbandingan hasil dengan teori saat membahas data yang dikumpulkan.

2.1.6 Pathway



(Sumber : Nanda, 2015)

2.1.7 Manifestasi Klinis

Menurut DiGiulio, Jackson, dan Keogh (2014). “tanda dan gejala pneumonia sebagai berikut”:

1. Napas pendek karena inflamasi pada paru-paru, pertukaran gas terganggu.
2. Kesulitan bernapas (dyspnea) karena inflamasi dan mukus pada paru-paru.
3. Demam karena proses infeksi.
4. Kedinginan karena suhu badan naik.
5. Batuk karena produksi mukus dan iritasi jalur udara.
6. Terdengar suara serak karena ada cairan di dalam rongga alveolar dan jalur udara yang lebih kecil.
7. Rhonci karena lendir di dalam jalur udara, mendesis karena inflamasi di dalam jalur udara yang lebih besar.
8. Dahak tak berwarna, mungkin bercak darah karena iritasi di jalur udara atau mikroorganisme menyebabkan infeksi.
9. Takikardia dan tachypnea ketika tubuh berusaha memenuhi kebutuhan oksigen.
10. Sakit katika bernapas karena inflamasi pleuritic, efusi pleural, atau atelektasis.
11. Sakit kepala, nyeri otot (myalgia), sakit tulang sendi, atau mual dapat terjadi tergantung pada organisme yang menginfeksi.

Menurut Riyadi, (2011). “gejala klinis pneumonia adalah sebagai berikut”:

1. Gejala klinik tergantung dari penyebab pneumonia.
2. Keluhan utama berupa batuk (80%)
3. Nyeri dada (tampak sangat sakit dan berkeringat).

4. Demam tinggi pada 5-10 hari pertama.
5. Sesak napas (lebih-lebih bila ada komplikasi).
6. Produksi sputum mukoid, purulen, warna seperti karat.
7. Pusing, anoreksia, malaise, mual sampai muntah.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Somantri (2015). “diagnosis studi pneumonia adalah sebagai berikut”:

1. Chest X-ray: teridektifikasi adanya penyebaran (misalnya: lobus dan bronkial), dapat juga menunjukkan multipel abses atau infiltrat, empiema (Staphylococcus), penyebaran atau lokasi infiltrasi (bakterial), atau penyebaran/extensive nodul infiltrat (sering kali viral), pada pneumonia mycoplasma chest x-ray mungkin bersih.
2. Analisis gas darah (Analysis Blood Gasses-ABGs) dan Pulse Oximetry: abnormalitas mungkin tergantung dari luasnya kerusakan paru-paru.

Tabel : Batas normal analisis gas darah pada manusia

NO	INDIKATOR	BATAS NORMAL
1	Titik Jenuh O2 (Sa O2)	97%
2	Tekanan Oksigen (PaO2)	85-100 mmHg
3	Tekanan CO2 (PaCO2)	36-44 mmHg
4	PH Darah	7,35-7,45
5	HC O3	22—26 mEq/L

(Sumber : Muhamad Kusnadi, 2013).

3. Pewarnaan Gram atau Culture Sputum dan Darah:
 Didapatkan dengan needle biopsy, aspirasi transtrakheal, fiberoptic bronchoscopy, atau biopsi paru-paru terbuka untuk mengeluarkan organisme penyebab. Lebih dari satu tipe organisme yang dapat ditemukan, seperti Diplococcus pneumoniae,

Staphylococcus aureus, A. hemolytic streptococcus, dan Hemophilus influenzae.

4. Periksa Darah Lengkap (Complete Blood Count-CBC): leukositosis biasanya timbul, meskipun nilai pemeriksaan darah putih (white blood count-WBC) rendah pada infeksi virus.
5. Tes Serologi: membantu dalam membedakan diagnosis pada organisme secara spesifik.
6. LED (laju endapan darah): meningkat
7. Pemeriksaan Fisik Paru: volume mungkin menurun (kongesti dan kolaps alveolar): tekanan saluran udara meningkat dan kapasitas pemenuhan udara menurun, hipoksemia.
8. Elektrolit: sodium dan klorida mungkin rendah.
9. Bilirubin mungkin meningkat.

Menurut Somantri pemeriksaan penunjang pada pasien pneumonia meliputi Chest X-ray, analisa gas darah, Culture Sputum dan Darah, Periksa Darah Lengkap, Tes Serologi, LED (laju endapan darah), Pemeriksaan Fisik Paru, Elektrolit, dan Bilirubin

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut DiGiulio, Jackson, dan Keogh (2014). “penatalaksanaan medis yang tepat klien dengan pneumonia sebagai berikut”: Oksigen tambahan diberikan untuk membantu memenuhi kebutuhan tubuh. Antibiotik diberikan untuk organisme (secara empiris) sampai hasil kultur dahak didapatkan. Klien mungkin memerlukan bronkodilator untuk membantu membuka jalan udara.

1. Memberikan oksigen jika diperlukan.
2. Untuk infeksi bakterial, memberikan antibiotik seperti macrolides (azithomycin, clarithomycin), fluoroquinolones (levofloxacin, moxifloxacin), beta-lactams (amoxilin atau clavulanate, cefotaxime,

ceftriaxone, cefuroxime axetil, cefpodoxime, ampicillin atau sulbactam), atau ketolide (telithromycin).

3. Memberikan antipyretic jika demam agar klien lebih nyaman: Acetaminophen, ibuprofen
4. Memberikan bronkodilator untuk menjaga jalur udara tetap terbuka, memperkuat aliran udara jika perlu: Albuterol, metaproteranol, levabuterol via nebulizer atau metered dose inhaler
5. Menambah asupan cairan untuk membantu menghilangkan sekresi dan mencegah dehidrasi.
6. Menjelaskan kepada klien bagaimana menggunakan spirometer insentif untuk mendorong napas dalam, monitor kemajuan.

Menurut DiGiulio, Jackson, dan Keogh, (2014). penatalaksanaan utama pada pasien pneumonia adalah pemberian bantuan oksigen, penulis setuju dengan pendapat yang dikemukakan DiGiulio, Jackson, dan Keogh karena menurut penulis pemberian oksigen merupakan penyelamatan awal nyawa pasien mengingat oksigen merupakan kebutuhan dasar manusia yang utama.

2.2 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Pada Pneumonia

2.2.1 Definisi

Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana individu mengalami ancaman yang nyata atau potensial berhubungan dengan ketidakmampuan untuk batuk secara efektif (Carpenito & Moyet, 2013).

Pengertian lain juga menyebutkan bahwa bersihan jalan napas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (SDKI DPP PPNI, 2016).

Pneumonia merupakan peradangan pada parenkim paru, yang biasanya berhubungan dengan terisinya alveoli oleh cairan. Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas tetap paten. Adapun tanda dan gejala yang ditimbulkan seperti batuk tidak efektif, sputum berlebihan, suara napas mengi atau wheezing dan ronkhi (Wahid & Suprpto, 2013)

Jadi, bersihan jalan napas tidak efektif pada pneumonia merupakan suatu masalah keperawatan yang ditandai dengan ketidakmampuan batuk secara efektif atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten pada pasien yang mengalami peradangan parenkim paru.

2.2.2 Etiologi Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

a. Menurut SDKI DPP PPNI (2016), penyebab dari bersihan jalan napas tidak efektif antara lain :

- 1) Spasme jalan napas
- 2) Hipersekresi jalan napas
- 3) Disfungsi neuromuscular
- 4) Benda asing dalam jalan napas
- 5) Adanya jalan napas buatan
- 6) Sekresi yang tertahan
- 7) Hyperplasia dinding jalan napas
- 8) Proses infeksi dan respon alergi
- 9) Efek agen farmakologis

Terdapat beberapa penyebab bersihan jalan napas yang telah disebutkan, namun penyebab yang mungkin pada terjadinya masalah bersihan jalan napas tidak efektif pada pneumonia yaitu proses infeksi, respon alergi, dan sekresi yang tertahan.

b. Menurut Wahid & Suprpto (2013), penyebab terjadinya pneumonia yaitu.

- 1) Bakteri : Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus.
- 2) Virus : Influenza, parainfluenza, adenovirus, virus sinsisial pernapasan, hantavirus, rhinovirus, virus herpes simpleks,

cytomegalovirus, micoplasma, pneumococcus, streptococcus, staphylococcus.

- 3) Jamur : candidiasis, histoplasma, aspergifosis, coccidioidomycosis, cryptococosis, pneumocytis carinii
- 4) Aspirasi : makanan, cairan lambung
- 5) Inhalasi : racun atau bahan kimia, rokok, debu dan gas.

2.2.3 Patofisiologis

Pneumonia terjadi akibat inhalasi mikroba yang ada diudara, aspirasi organisme dari nasofaring, atau penyebaran hematogen dari focus infeksi yang jauh. Bakteri yang masuk ke paru melalui saluran pernapasan, masuk ke bronkiolus dan alveoli lalu menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema yang kaya protein dalam alveoli dan jaringan interstitial. Bakteri pneumokokus dapat meluas melalui porus kohn dari alveoli ke alveoli diseluruh segmen lobus. Timbulnya hepatisasi merah adalah akibat perembesan eritrosit dan beberapa leukosit dari kapiler paru. Alveoli dan septa menjadi penuh dengan cairan edema yang berisi eritrosit dan fibrin serta relatif sedikit leukosit sehingga kapiler alveoli menjadi melebar sehingga mengurangi luas permukaan alveoli untuk pertukaran oksigen dengan karbondioksida. Peradangan yang terjadi dapat menyebabkan terjadinya peningkatan produksi sputum. Jika pasien tidak dapat batuk secara efektif, berkurangnya luas permukaan alveoli serta peningkatan produksi sputum akan menyebabkan terjadinya obstruksi jalan napas sehingga akan menimbulkan bersihan jalan napas tidak efektif (Bararah & Jauhar, 2013).

2.2.4 Manifestasi klinis

Gejala penyakit pneumonia biasanya didahului infeksi saluran pernapasan atas akut selama beberapa hari. Selain didapatkan demam, menggigil, suhu tubuh meningkat dapat mencapai 40 C, sesak napas, nyeri dada, dan batuk dengan dahak kental, terkadang dapat berwarna kuning hingga hijau. Pada sebagian penderita juga

ditemui gejala lain seperti nyeri perut, kurang nafsu makan, dan sakit kepala. Retraksi (penarikan dinding dada bagian bawah ke dalam saat bernapas bersama dengan peningkatan frekuensi napas). Perkusi pekak, fremitus melemah, suara napas melemah, dan ronchi (Wahid & Suprpto, 2013).

Menurut SDKI DPP PPNI (2016), gejala dan tanda pada masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain:

- a. Batuk tidak efektif
- b. Tidak mampu batuk
- c. Sputum berlebih
- d. Mengi atau wheezing, dan/ ronki kering
- e. Mekonium di jalan napas (neonates)

2.2.5 Penatalaksanaan

Menurut Wahid & Suprpto (2013), penatalaksanaan pneumonia pada anak antara lain :

- 1) Oksigen 1-2 L/menit.
- 2) IVFD dekstrose 10 % : NaCl 0,9% = 3 : 1, + KCl 10 mEq/500 ml cairan. Jumlah cairan sesuai berat badan, kenaikan suhu, dan status hidrasi.
- 3) Jika sesak tidak terlalu berat, dapat dimulai makanan enteral bertahap melalui selang nasogastrik dengan feeding drip.
- 4) Jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agonis untuk memperbaiki transport mukosilier.
- 5) Koreksi gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit.
- 6) Antibiotik sesuai hasil biakan atau berikan :
 - a. Untuk kasus pneumonia community base
 - b. Ampisilin 100 mg/kg BB/hari dalam 4 kali pemberian.
Kloramfenikol 75 mg/kg BB/hari dalam 4 kali pemberian

- c. Untuk kasus pneumonia hospital base:Sefataksim 100 mg/kg BB/hari dalam 2 kali pemberian.Amikasin 10-15 mg/kg BB/hari dalam 2 kali pemberian.

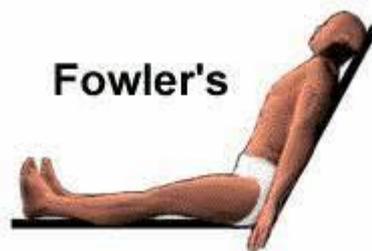
2.3 Posisi Semi Fowler

2.3.1 Pengertian

Posisi *semi fowler* adalah posisi setengah duduk atau dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan menjadi 45° dan posisi ini dilakukan dengan maksud untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien (Musrifatul, 2013).

Posisi *semi fowler* adalah dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan sikap dalam posisi setengah duduk 45°. Tujuan dan mekanisme dilakukan posisi ini adalah untuk memfasilitasi pasien yang sedang kesulitan bernafas. Dikarenakan adanya gaya gravitasi yang menarik diafragma kebawah sehingga *ekspansi* paru lebih baik pada posisi *semi fowler* (Kozier, 2015).

Posisi *semi fowler* membuat oksigen didalam paru-paru semakin meningkat sehingga memperingan kesuskaran nafas. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membran alveolus akibat tertimbunya cairan. Hal tersebut dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga oksigen delivery menjadi optimal. Sesak nafas akan berkurang dan akhirnya perbaikan kondisi klien lebih merasa nyaman (Supadi, 2013).



(Sumber : Supadi, 2013)

2.3.2 Tujuan

1. Mengurangi komplikasi akibat mobilisasi
2. Meningkatkan rasa nyaman, memeriksa perasaan lega pada klien sesak napas, memudahkan perawat misalnya membantu klien makan
3. Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru

4. Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap

2.3.3 Indikasi

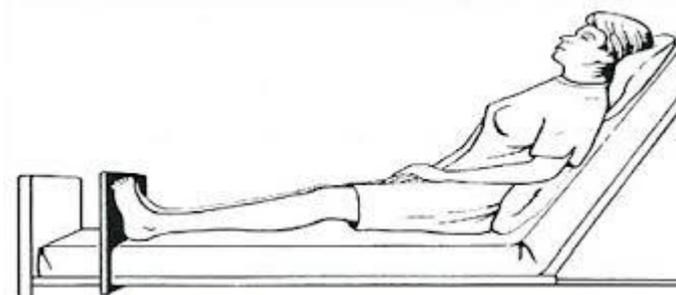
- 1) Pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan
- 2) Pada pasien yang mengalami imobilisasi

2.3.4 Alat dan Bahan

- 1) Tempat tidur
- 2) Selimut
- 3) Handskun
- 4) Masker

2.3.5 Cara Kerja/ Prosedur

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Bantu klien mengangkat kepala dari tempat tidur ke permukaan yang tepat (45°) Dudukkan pasien
3. Berikan bantal untuk menyongkong lengan dan kepala klien pada tempat tidur pasien, dan atur tempat tidur
4. Letakan bantal dibawah kepala klien sesuai dengan keinginan klien, menaikkan lutut dari tempat tidur yang rendah menghindari adanya tekanan di bawah jarak poplital (dibawah lutut)
5. Anjurkan pasien untuk berbaring setengah duduk.



(Sumber : Supadi, 2013)

2.4 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pneumonia

2.4.1 Pengkajian

- 1) Riwayat penyakit dan batuk, demam, nyeri dada, produksi sputum (jumlah warna dan konsistensi)
- 2) Riwayat terhadap individu dan infeksi
- 3) Tanda – tanda penyakit kronis lainnya
- 4) Tanda – Tanda vital : TD, N, SB, RR
- 5) Modalitas perawatan diri yang digunakan untuk mengatasi masalah
- 6) Pemeriksaan pulmonal :
Inspeksi : Retraksi otot – otot aksesori, sianosis sentral, gerakan dada terbatas.

Palpasi : Penurunan ekspansi pada daerah dada yang sakit

Perkusi: Pekak

Auskultasi : Bunyi napas bronchial, inspirasi krale, penurunan fremitus fokal (efusi pleura)

- 7) Temuan laboratorium
 - a. Rontgen dada :
Gambaran difus pneumonia atopi, gambaran lobaris – pneumonia topical.
 - b. Hematologi :
SDP meningkat 15.000 sampai 25.000/mm³, Anglutinin dingion flaksolis komponen/ virus atau M.Pneumonia
 - c. Pemeriksaan gas darah arteri : Hipoksemia atau respirasi alkalosis, jika penyakit yang mandasari respirasi asidosis.

2.4.2 Diagnosis Keperawatan

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan napas, spasme jalan napas, sekresi tertahan, banyaknya mukus, sekresi bronkus, adanya benda asing di jalan napas.
- 2) Gangguan pola napas berhubungan dengan pengosongan paru yang adekuat ditandai dengan adanya suara napas tambahan
- 3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan oksigen
- 4) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb
- 5) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake dan output tidak adekuat

2.4.3 Asuhan Keperawatan

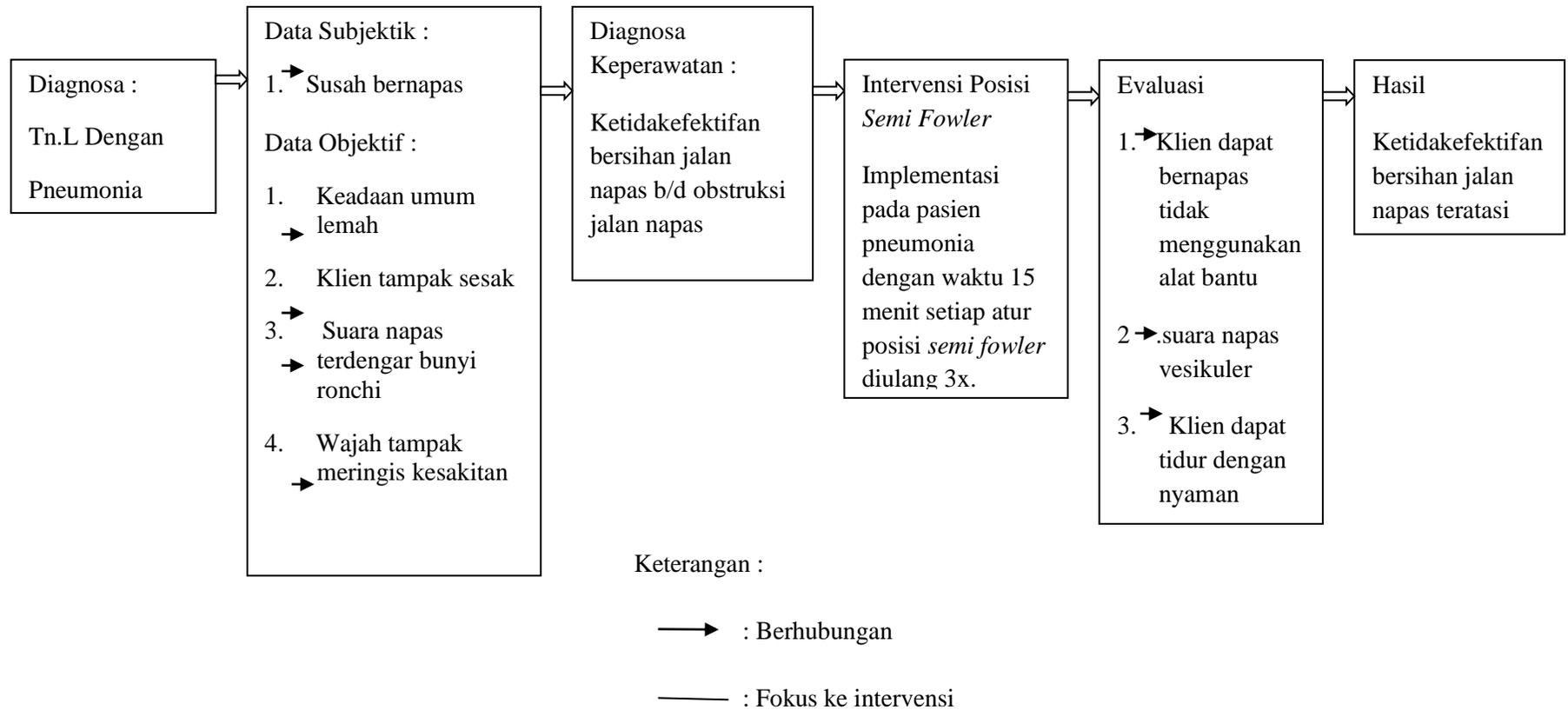
NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil Keperawatan (NOC)	NIC
1	<p>Dx : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif</p> <p>Definisi: Suatu keadaan dimana individu tidak mampu membersihkan sekresi atau obstruksi saluran napas untuk mempertahankan jalan napas yang paten.</p> <p>Data Subyektif: Pernyataan Kesulitan bernafas</p> <p>Data Obyektif: 1. Bunyi napas abnormal, rales, ronchi 2. Perubahan pada frekuensi dan kedalaman pernapasan 3. Takipnea 4. Batuk efektif atau tidak efektif dengan atau tanpa sputum 5. Sianosis 6. Dispnea 7. Apnea 8. Cemas 9. Gelisah 10. Penggunaan Otot bantu pernafasan 11. Pernafasan terhambat atau berisik</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan jalan napas efektif dengan kriteria hasil :</p> <p>Data Subyektif: Sesak berkurang</p> <p>Data Obyektif: 1. Bunyi napas normal, vesikuler 2. Tidak ada perubahan pada frekuensi dan kedalaman pernapasan 3. Tidak ada takipnea 4. Batuk efektif tanpa sputum 5. Tidak ada sianosis, dispnea, apnea. 8. Merasa nyaman saat tidur 10. Tidak menggunakan Penggunaan Otot bantu pernafasan 11. Pernafasan terhambat tidak terhambat atau tidak berisik 12. Foto toraks dalam batas normal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan kebutuhan oral atau tracheal suctioning 2. Kaji fungsi pernafasan 3. Berikan O² 4. Anjurkan klien untuk istirahat 5. Berikan klien posisi semi fowler 6. Lakukan fisio terapi dada jika perlu 7. Ajarkan tehnik batuk efektif 8. Auskultasi suara napas tambahan 9. Monitor status hemodinamik 10. Bersihkan sekret dari mulut 11. Pertahankan intake minimal 12. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian oksigen dan pemberian obat: agen mukolitik, bronkodilator, kortikosteroid sesuai indikasi. 13. Jelaskan pada keluarga klien tentang penggunaan peralatan O² Suction
2	<p>Dx : Pola napas tidak efektif</p> <p>Definisi: Keadaan dimana pola inhalasi dan ekshalasi individu tidak memungkinkan pengembangan atau pengosongan paru yang adekuat</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam 1x24 Jam diharapkan pola napas efektif ditandai dengan kriteria hasil :</p> <p>Data Subyektif: Mengungkapkan Merasa nyaman saat bernapas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auskultasi suara napas dan catat Suara napas tambahan 2. Tinggikan kepala dan bantu memilih posisi yang mudah untuk bernapas (misalnya posisi

	<p>Data Subyektif: Mengungkapkan nafas pendek</p> <p>Data Obyektif: 1. Dispnea 2. Takipnea 3. Fremitus 4. AGD (analisa gas darah) abnormal 5. Sianosis 6. Batuk 7. Pengembangan hidung 8. Perubahan kedalaman pernafasan 9. Fase ekspirasi memanjang 10. Diameter AP bertambah 11. Ekskursi dada bertambah 12. Takikardia</p>	<p>Data Obyektif: 1. Dispnea (-) 2. Takipnea (-) 3. Fremitus (-) 4. AGD (analisa gas darah) normal 5. Sianosis (-) 6. Batuk (-) 7. Tidak ada Pengembangan Hidung 8. Tidak ada Perubahan kedalaman pernafasan 9. Fase ekspirasi tidak memanjang 10. Diameter AP tidak bertambah 11. Ekskursi Dada tidak bertambah 12. Takikardia (-)</p>	<p>semi fowler) 3. Kaji tandatanda sianosis 4. Kolaborasi pemberian oksigen Tambahan</p>
3	<p>Dx : Gangguan Pertukaran Gas</p> <p>Definisi: Keadaan dimana individu mengalami penurunan keluar masuknya oksigen dan karbondioksida diantara alveoli paru-paru dan sistem vaskuler</p> <p>Subyektif: 1. Ungkapan sesak 2. Merasa akan mati</p> <p>Obyektif: 1. Hipoksia 2. Sianosis 3. Hiperkapnea 4. Takikardia 5. Somnolen 6. Gelisah 7. Iritabilitas 8. Tidak mampu mengeluarkan Sekresi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 Jam diharapkan tidak ada gangguan pertukaran gas ditandai dengan kriteria hasil :</p> <p>Subyektif: 1. Ungkapan sesak 2. Merasa akan mati</p> <p>Obyektif: 1. Hipoksia 2. Sianosis 3. Hiperkapnea 4. Takikardia 5. Somnolen 6. Gelisah 7. Iritabilitas 8. Tidak mampu mengeluarkan sekresi</p>	<p>1. Kaji keabnormalan suara nafas 2. Catat tandatanda sianosis 3. Tinggikan kepala dan bantu memilih posisi yang mudah untu bernapas (posisi <i>semi fowler</i>) 4. Dorong pengeluaran sputum 5. Observasi tanda-tanda vital</p>

4	<p>Dx : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d penurunan konsentrasi Hb.</p> <p>Data Subjektif : -Klien mengatakan merasa pusing</p> <p>Data Objektif : -Klien tampak : keadaan umum lemah. -Tingkat kesadaran : Compesmentis -Pucat, pusing, konjungtiva anemis -TTV : TD : 110/60 mmHg N : 88x/menit SB : 36°C RR : 28x/menit -Hasil Laboratorium : Hemoglobin : 2,6 g/dL Leukosit : 39,10 10³/uL Trombosit : 90 10³/uL Monosit : 19%</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi jaringan perifer efektif ditandai dengan kriteria hasil :</p> <p>Data Subjektif : -Klien mengatakan pusing berkurang</p> <p>Data Objektif : -Klien tampak : keadaan umum tidak lemah. -Tingkat kesadaran : Compesmentis -tidak pucat, tidak pusing, konjungtiva tidak anemis -TTV : dalam rentang normal -Hasil Laboratorium : Hemoglobin : 2,6 g/dL Leukosit : 39,10 10³/uL Trombosit : 90 10³/uL Monosit : 19%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji TTV (TD,N,SB,RR) 2. Kaji adanya paratase secara komperhensif 3. Lakukan pemeriksaan darah laboratorium dengan cara pengambilan sampel darah 4. Berikan terapi transfuse darah 5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antibiotic misalnya levofloxacin
5	<p>Dx : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake dan output yang tidak adekuat.</p> <p>Data subjektif : Klien mengatakan mual muntah</p> <p>Data Objektif : -Klien tampak keadaan umum lemah -Kesadaran Compesmentis -Mual muntah (+) -Makan ¼ porsi -Pucat, gigi kotor -BB Sebelum sakit = 45 kg -BB Saat sakit = 42 kg -TTV : TD : 100/60 mmHg N : 88x/menit SB : 36°C RR : 28x/menit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 Jamdiharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi ditandai dengan kriteria hasil :</p> <p>Data Subjektif: Klien mengatakan sudah tidak mual muntah lagi</p> <p>Data Objektif : -Klien tampak keadaan umum lemah -Kesadaran Compesmentis -Mual muntah (+) -Makan ¼ porsi -Pucat, gigi kotor -BB Sebelum sakit = 45 kg -BB Saat sakit = 42 kg -TTV : TD : 100/60 mmHg N : 88x/menit SB : 36°C RR : 28x/menit</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan adanya alergi makanan 2. Anjurkan diet tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Monitor adanya penurunan berat badan 4. Kali lingkungan selama makan 5. bantu buat Jadwal pengobatan dan tindakan selama jam makan 6. Pantau turgor kulit, total protein, Hb,dan kadar elektrolit 7. Kaji mual muntah 8. Kaji pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva 9. Pantau intake nutrisi 10. Jelaskan informasi pada

			<p>klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi</p> <p>11. Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian suplemen makanan vitamin, dan pemberian NGT/TPN sehingga intake cairan yang adekuat dipertahankan.</p>
--	--	--	--

2.5 Kerangka Konsep



Gambar.Kerangka Konsep