

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pneumonia

2.1.1 Pengertian

Pneumonia merupakan kondisi yang tidak normal dan terjadinya peradangan akut pada parenkim paru, yang disebabkan Saluran Pernapasan Akut (ISPA) (Herdman, 2015; Musniati & Badrin, 2020). Pneumonia dengan gejala dipsneau, batuk dan sesak napas yang disebabkan oleh pencetus infeksi seperti virus, bakteri, mikoplasma, jamur, dan benda asing yang terhirup dapat dilihat pada gambar radiografi, bermanifestasi sebagai peradangan paru dengan eksudasi dan konsolidasi. Penularan infeksi terjadi melalui droplet, biasanya oleh *S. pneumoniae*, dan masuk kedalam iv catheter untuk *S. aureus*, dan terdapat di ventilator oleh *S. aureus* dan bakteri gram-negatif dibagian tubuh yang terinfeksi (Mandan, 2019). Serta timbulnya ciri-ciri batuk yang disertai pada kesulitan bernapas yang disebabkan oleh pencetus seperti virus, bakteri, mycoplasma, jamur dan aspirasi substansi asing, berupa radang paru –paru yang disertai ekusdasi dan konsolidasi dapat dilihat melalui gambaran radiologis. Pneumonia adalah peradangan yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius dan alveoli serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguanpertukaran gas (Dahlan, 2019).

2.1.2 Etiologi

Penyakit pneumonia biasanya disebabkan karena beberapa faktor, diantaranya yaitu :

1. Bakteri (pneumokokus, streptokokus, stafilokokus, H. influenza, klebsiela mycoplasma pneumonia)
2. Virus (virus adena, virus parainfluenza)
3. Jamur / fungi (histoplasma, capsulatum, koksidiodes)
4. Protozoa (pneumokistis karinti)
5. Bahan kimia (minyak tanah dan bensin)

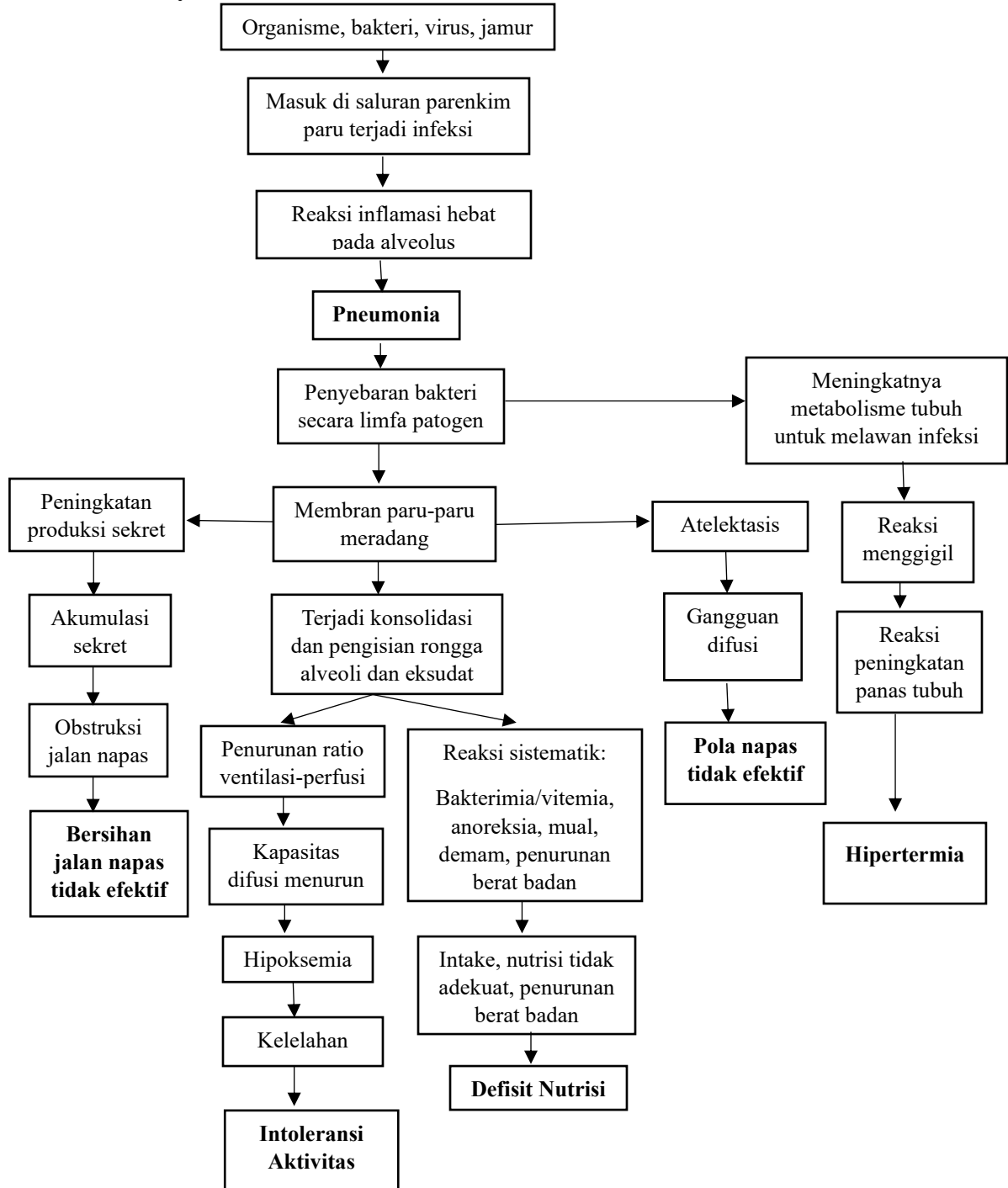
Penyebaran infeksi terjadi melalui droplet dan sering disebabkan oleh streptococcus pneumonia, melalui selang infus oleh staphylococcus aureus enterobacter. Dan masa kini terjadi karena perubahan keadaan pasien seperti kekebalan tubuh dan penyakit kronis, polusi lingkungan, penggunaan antibiotic yang tidak tepat. Menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) selain penyebab tersebut penyebab pneumonia sesuai jenisnya yaitu:

- a. Virus: Respiratory Syncytial Virus, Adeno virus, V. Sitomegalitik, V. Influenza
- b. Bacteria: Diplococcus pneumonia, Pneumococcus, Streptokokus hemolyticus, Streptokoccus aureus, Hemophilus Influenzae, Mycobacterium tuberkolosis, Bacillus Friedlander.
- c. Jamur: Histoplasma Capsulatum, Cryptococcus Neuroformans, Blastomyces Dermatitides, Coccidiodies Immitis, Aspergillus Species, Candida Albicans.
- d. Mycoplasma Pneumonia
- e. Pneumonia Hipostatik

2.1.3 Manifestasi klinis

Tanda dan gejalanya yaitu tubuh terasa meriang dengan suhu tidak normal mencapai 39°C-40°C sebagai alarm tanda suatu infeksi didalam tubuh dan disertai infeksi ringan. Meningismus, yaitu sakit kepala tanpa gejala meninges. Terjadinya pusing, nyeri, serta kekakuan punggung, dan leher, adanya tanda kernig, dan brudzinki, dan suhu turun saat berkurang. Muntah yaitu hal yang biasa terjadi pada penyakit ini. Muntah juga merupakan tanda terjadinya infeksi. Susah makan, hal yang umum melalui tahap demam dari penyakit, seringkali memanjang sampai ke tahap pemulihan. Diare yang terjadi biasanya diare ringan sampai memberat tergantung kondisi pasien. Nyeri dibagian perut merupakan keluhan yang sering terjadi. Secret dari hidung dengan secret yang cair yang sedikit atau bisa juga kental tergantung dengan dengan tahapan infeksi. Sumbatan nasal karena terjadinya oedema pada lapisan dinding dan terjadinya eksudasi yang bisa mempengaruhi pernapasan. Batuk atau kesulitan bernafas, terdapat nafas cepat pada orang dewasa : ≥ 20 kali/menit. Suara pernafasan contohnya batuk bunyi ronchi dan suara wheezing. Auskultasi suara mengi dan krekels, nyeri tenggorokan menjadi keluhan yang kerap terjadi. Diketahui dengan menolak untuk minum dan makan. (Nurarif & Kusuma, 2016).

2.1.4 Pathway



2.1.5 Klasifikasi

1) Klasifikasi berdasarkan anatomi (Khasanah, 2017) :

- a) Pneumonia Lobaris, mengimplikasikan semua atau satu bagian besar lebih lobus paru. Jika kedua paru terpedaya, maka dikenal menjadi pneumonia “ganda”.
- b) Pneumonia Lobularis (Bronkopneumonia) timbul pada akhir bronkeolus yang terhalang oleh eksudat mukopurulen akan menimbulkan bercak penyatuan dalam lobus yang berada didekatnya.
- c) Pneumonia Interstitial (Bronkiolitis) reaksi inflamasi yang timbul di dalam dinding alveolar (interstisium) dan jaringan peribronkial.

2) Klasifikasi pneumonia menurut :

- a) Berdasarkan ciri gejala klinis :
 - Pneumonia tipikal, di tandai pneumonia lobaris dengan opasitas lobus atau lobularis.
 - Pneumonia atipikal, tanda-tandanya gangguan pernafasan yang meningkat perlahan.
- b) Berdasarkan sindrom klinis :
 - Pneumonia bakterial berupa : pneumonia bakterial tipe tipikal yang terutama mengenai jaringan paru dalam bentuk bronkopneumonia dan pneumonia lobar serta pneumonia bakterial tipe campuran atipikal ialah gejala penyakit ringan dan jarang disertai penyatuan paru.
 - Pneumonia non bakterial, dikenal pneumonia atipikal yang disebabkan Mycoplasma, Chlamyda pneumonia.

2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien pneumonia yang masalahnya tidak terlampau serius, biasanya diberikan antibiotik per oral dan tetap tinggal di rumah. Penderita yang serius serta keluhan sulit bernafas atau memiliki penyakit jantung dan paru-paru lainnya, harus dirawat dan antibiotik diberikan lewat infus. Juga perlu diberikan oksigen tambahan, cairan intravena dan perlengkapan bantu nafas mekanik. Umumnya pasien akan memberikan respons terhadap pengobatan dan keadaannya membaik dalam waktu 2 minggu. Menurut (Khasanah, 2017) penatalaksanaan pada pneumonia sesuai yang ditentukan oleh pemeriksaan sputum meliputi :

- 1) Oksigen 1-2 L/menit
- 2) IVFD dekstrose 10% : NaCl 0,9% = 3:1,+ KC110 mEq/500 ml cairan
- 3) Jumlah cairan sesuai berat badan, kenaikan suhu, dan status hidrasi
- 4) Jika sesak tidak terlalu serius bisa dimulai makanan enteral bertahap melalui selang nasogastrik dengan feeding drip.
- 5) Koreksi gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit Antibiotik sesuai hasil yang diberikan untuk kasus pneumonia community base :
 - a) Ampisilin 100 mg/kgBB/hari dalam 4 kali pemberian
 - b) Kloramfenikol 75 mg/kgBB/hari dalam 4 hari pemberianUntuk kasus pneumonia hospital base :
 - a) Sefaktosin 100mg/kgBB/hari dalam 2 kali pemberian
 - b) Amikasin 10-15 mg/kgBB/hari dalam 2 kali pemberian

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi pada pneumonia yaitu : Abses paru, Efusi pleural, Empisema, Gagal napas, Perikarditis, Meningitis, Atelektasis, Hipotensi, Delirium, Asidosis metabolic (Khasanah, 2017).

2.2 Konsep Bersihan Jalan Napas

2.2.1 Pengertian

Definisi gangguan bersihan jalan napas merupakan terjadinya penumpukkan sputum (sekret) di jalan napas yang mengakibatkan ketidakmampuan paru-paru untuk mempertahankan patensi jalan napas sehingga mengakibatkan terjadinya sumbatan pada saluran napas (Herdman, 2015). Ketidakefektifan bersihan jalan napas merupakan ketidakmampuan untuk mempertahankan bersihan jalan napas sehingga terjadi sumbatan pada jalan napas yang berupa dahak (Pawidya, 2019). Penatalaksanaan yang tepat untuk pasien dengan jalan napas tidak efektif adalah untuk mempertahankan atau meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi, meningkatkan kenyamanan dan kemudahan bernapas, mengeluarkan sputum, meningkatkan kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas fisik, dan untuk mencegah risiko yang terkait dengan masalah oksigenasi seperti kerusakan kulit dan jaringan (Wayne, 2019).

2.2.2 Data Mayor dan Data Minor

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) (Tim Pokja, 2018), tanda dan gejala pada masalah bersihan jalan napas tidak efektif antara lain :

1. Gejala dan Tanda Mayor

- a. Batuk tidak efektif

- b. Tidak mampu batuk
- c. Sputum berlebih
- d. Mengi, wheezing, dan ronkhi kering
- e. Mekonium di jalan napas (pada neonatus)

2. Gejala dan Tanda Minor

- a. Dispnea
- b. Sulit berbicara
- c. Ortopnea
- d. Gelisah
- e. Sianosis
- f. Bunyi napas menurun
- g. Frekuensi napas berubah
- h. Pola napas berubah

2.2.3 Faktor Penyebab

Menurut (Tim Pokja, 2018), penyebab dari bersihan jalan napas tidak efektif antara lain :

- a. Spasme jalan napas
- b. Hipersekresi jalan napas
- c. Disfungsi neuromuscular
- d. Benda asing dalam jalan napas
- e. Adanya jalan napas buatan
- f. Sekresi yang tertahan
- g. Hyperplasia dinding jalan napas

h. Proses infeksi dan respon alergi

Penyebab terjadinya ISPA yaitu (Utama & Triana, 2023):

- a. Bakteri: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*.
- b. Virus: Influenza, parainfluenza, adenovirus, virus sinsisial pernapasan, hantavirus, rhinovirus, virus herpes simpleks, cytomegalovirus, micoplasma, pneumococcus, streptococcus, staphylococcus.
- c. Jamur: candidiasis, histoplasma, aspergifosis, coccidioido mycosis, cryptococosis, pneumocytis carinii
- d. Aspirasi: makanan, cairan lambung
- e. Inhalasi: racun atau bahan kimia, rokok, debu dan gas

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Faktor yang mempunyai peran besar dalam menunjang terjadinya bersihan jalan napas tidak efektif pada pasien ISPA adalah asap rokok. Asap rokok dapat menyebabkan terhambatnya pembersihan mukosiliar dan juga dapat menyebabkan inflamasi pada bronkiolus dan alveoli. Bertambahnya ukuran dan jumlah kelenjar penghasil mukus menyebabkan hipersekresi mukus dan abnormalitas dari sel goblet di saluran nafas sehingga dapat menyumbat jalan napas. Keparahan dari penyakit ISPA terkait dengan banyak asap rokok yang di hirup, Tidak Selain faktor asap rokok ada juga faktor lain yang mempengaruhi yaitu, infeksi. Kolonisasi bakteri pada saluran pernapasan secara kronis merupakan suatu pemicu infalmasi pada saluran pernapasan. Adanya kolonisasi bakteri menyebabkan peningkatan kejadian infalmasi yang dapat dilihat dari peningkatan jumlah sputum dan percepatan penurunan fungsi paru (Utama & Triana, 2023).

2.3 Konsep Penatalaksanaan Fisioterapi Dada

2.3.1 Pengertian Fisioterapi Dada

Fisioterapi dada merupakan serangkaian teknik atau prosedur terapeutik yang digunakan untuk mengeluarkan sekret, baik dilakukan secara sendiri maupun kombinasi, untuk mencegah penimbunan sekret sehingga dapat menyebabkan obstruksi saluran napas dan komplikasi penyakit lainnya, sehingga dapat mempengaruhi penurunan fungsi aliran udara paru (Indra Dewi, 2017). Terapi fisik dada ini merupakan salah satu intervensi keperawatan guna membersihkan saluran napas, yang terdiri dari serangkaian tindakan keperawatan seperti postural drainase, clapping, dan vibrasi. Penggunaan teknik clapping dan vibrasi ini memungkinkan sputum lebih mudah dikeluarkan, dan terlepas dari dalam saluran pernapasan, selanjutnya akan keluar dari mulut dengan proses batuk (Wardiyah et al., 2022). Penggunaan postural drainase, clapping dan vibrasi untuk pembersihan jalan napas telah menjadi landasan dalam terapi >40 tahun bahwa penelitian telah menunjukkan terapi fisik dada adalah untuk membantu pengeluaran sekret trakeobronkial yang mengakibatkan peningkatan pertukaran gas dan pengurangan kerja pernapasan (Astriani et al., 2020).

2.3.2 Tujuan Fisioterapi Dada

Tujuan dilakukan fisioterapi dada adalah untuk mempertahankan aliran udara yang memadai dan menangkal infeksi. Pelepasan yang terjadi pada sekret dari bronkus dan bronkiolus. Menangkal kolaps paru akibat obstruksi sekret, membantu pasien meningkatkan kecepatan di mana udara dihembuskan dari jalan napas, membersihkan obstruksi jalan nafas, mengurangi hambatan jalan nafas, meningkatkan pertukaran gas

dan mengurangi kerja pernafasan, memungkinkan untuk melepaskannya sekret dengan mudah. Karena gejala pada pasien dengan masalah paru-paru menunjukkan kenaikan produksi lendir (bronchitis, emfisema, fibrosis kistik, bronchitis kronis), penumpukan cairan didada (Wardiyah et al., 2022).

2.3.3 Langkah – langkah Fisioterapi Dada

Prosedur fisioterapi dada dapat dilakukan selama 15-20 menit dengan tindakan drainase postural, perkusi dada (clapping) dan getaran (vibrasi) yang menunjukkan adanya peningkatan kemampuan pengeluaran sputum setelah dilakukan tindakan fisioterapi dada (A. S. Ningrum, n.d.). Dan teknik tersebut dapat membantu memobilisasi sekresi ke arah trakea dan memicu batuk yang membantu mengeluarkan sekresi (Roqué-Figuls et al., 2023).

Postural drainage adalah satu teknik fisioterapi dengan pengaturan posisi tubuh semifowler yang bertujuan untuk mengeluarkan sputum dengan cara letakkan kedua jari di bawah procesus xipoides dan dorong dengan jari saat mendorong udara, lalu pasien disuruh menahan 3-5 detik kemudian hembuskan perlahan-lahan melalui mulut. Dengan postural drainage dapat membantu mengeluarkan sputum pada pasien yang mengalami jalan napas tidak efektif (H. W. Ningrum & others, 2019).

Clapping adalah tindakan mengetukkan jari-jari ke permukaan tubuh (yaitu, area dada atau punggung) untuk menciptakan getaran yang menjalar melalui jaringan tubuh (Hanafi & Arniyanti, 2020). Perkusi atau clapping secara mekanis dapat melepaskan sputum yang menumpuk di jalan nafas, pengobatan fisik yang melibatkan mengetuk daerah dada pasien dengan jari-jari tangan untuk menghasilkan getaran yang dapat membantu melonggarkan atau melepaskan lendir yang kental dan lengket atau

dahak yang menumpuk dari sisi paru-paru. Tindakan ini biasanya dilakukan selama 1 sampai dengan 2 menit atau sesuai dengan instruksi dokter yang merawat pasien. Teknik perkusi dada (clapping) sangat efektif dalam perawatan pasien yang mengalami gangguan jalan nafas tidak efektif. Tujuannya adalah membantu membersihkan saluran pernapasan pasien agar dapat bernapas lebih mudah dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi paru-paru (Rosada, 2023).

Vibrasi adalah tindakan mengompresi dan menggetarkan dinding dada secara manual selama fase ekspirasi pernapasan (Purnamiasih, 2020). Teknik vibrasi ini merupakan teknik melakukan getaran pada dada untuk mendorong sekret dari jalan nafas agar sekret dapat keluar dengan mudah dengan cara menginstruksikan klien untuk menarik nafas dengan lambat melalui hidung dan hembuskan melalui mulut dengan bibir membentuk huruf “o” setelah itu di getarkan dengan cepat selama 5 menit (H. W. Ningrum & others, 2019). Tindakan ini dilakukan setelah perkusi atau clapping. Vibrasi dapat digunakan sebagai pengganti perkusi atau clapping jika pasien mengalami nyeri dada. Tujuannya untuk meningkatkan kecepatan udara ekspirasi dari saluran napas dan melepaskan mukus yang kental (Rosada, 2023).

2.4 Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal, melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan rencana keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan (Aslina, 2019).

2.4.1 Fokus Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya (Rohmah & Walid, 2014).Pengkajian meliputi:

1. Identitas pasien/biodata

Meliputi Nama, umur (usia yang paling rentang terkena pneumonia yaitu usia tua (lanjut usia) dan anak-anak), jenis kelamin (paling banyak menderita pneumonia yaitu laki-laki tetapi tidak menutup kemungkinan perempuan), tempat tanggal lahir, golongan darah, pendidikan terakhir, agama, suku, status perkawinan, pekerjaan, tanggal pengkajian (Abdjul & Herlina, 2020).

- a. Pneumonia sering ditemukan pada orang dewasa. Pada orang dewasa yang terkena pneumonia biasanya disebabkan oleh bakteri, kurangnya pengetahuan tentang imunisasi pada orang dewasa (Saraswati, 2022).
- b. Tempat tinggal merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian pneumonia. Jenis keadaan lantai, pencahayaan yang masuk, kelembaban ruang kamar, jumlah anggota penghuni rumah yang tidak memenuhi syarat merupakan faktor penyebab terjadinya penyakit pneumonia (I. Agustina, 2023).

2. Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien dengan pneumonia untuk meminta pertolongan kesehatan adalah sesak napas ketika melakukan aktivitas berlebih, batuk, dan peningkatan suhu tubuh/demam (I. Agustina, 2023).

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian ini dilakukan untuk mendukung keluhan utama. Pada pasien pneumonia yang sering dijumpai pada waktu anamnese pasien mengeluh mendadak panas tinggi (38°C - 40°C) disertai menggigil, kadang-kadang muntah, nyeri pleura, pernapasan terganggu (takipnea), sesak napas, peningkatan frekuensi pernapasan, lemas, dan nyeri kepala batuk yang kering menghasilkan sputum purulen (Rofifah, 2020). Pada klien dengan pneumonia keluhan batuk biasanya timbul mendadak dan tidak berkurang setelah meminum obat batuk yang biasanya ada di pasaran. Pada awalnya keluhan batuk tidak produktif, tapi selanjutnya akan berkembang menjadi batuk produktif dengan mukus purulen kekuning-kuningan, kehijau-hijauan, kecokelatan, atau kemerahan, dan sering kali berbau busuk (I. Agustina, 2023).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian diarahkan pada waktu sebelumnya, apakah klien pernah mengalami infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) dengan gejala seperti luka tenggorokan, kongesti nasal, bersin, dan demam ringan, pasca influenza dapat mendasari timbulnya pneumonia (I. Agustina, 2023).

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan (Tuberkulosis, DM, ISPA Asma bronkiale), kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit menular akibat kontak langsung antara anggota keluarga (Sidiq, 2018).

6. Pengkajian Psikososial - Spiritual

Pengkajian psikologis klien memiliki beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Perawat mengumpulkan data hasil pemeriksaan awal klien tentang kapasitas fisik dan intelektual saat ini. Data ini penting untuk menentukan tingkat perlunya pengkajian psikosocio-spiritual yang saksama. Pada kondisi klinis, klien dengan pneumonia sering mengalami kecemasan bertingkat sesuai dengan keluhan yang dialaminya. Hal lain yang perlu ditanyakan adalah kondisi pemukiman dimana klien bertempat tinggal, klien dengan pneumonia sering dijumpai bila bertempat tinggal di lingkungan dengan sanitasi buruk. Kecemasan bertingkat sesuai dengan keluhan yang dialaminya. Hal lain yang perlu ditanyakan adalah kondisi pemukiman dimana klien bertempat tinggal, klien dengan pneumonia sering dijumpai bila bertempat tinggal di lingkungan dengan sanitasi buruk (I. Agustina, 2023).

7. Pemeriksaan fisik menurut (I. Agustina, 2023)

a. Keadaan umum

Keadaan umum pada klien dengan pneumonia dapat dilakukan secara selintas pandang dengan menilai keadaan fisik pada tubuh.

b. Kesadaran

Perlu dinilai secara umum tentang kesadaran klien yang terdiri atas composmentis, apatis, somnolen, sopor, soporokoma, atau koma. Seorang perawat perlu mempunyai pengetahuan dan pengalaman

tentang konsep anatomi dan fisiologi umum sehingga dengan cepat dapat menilai keadaan umum, kesadaran, dan pengukuran GCS bila kesadaran klien menurun yang memerlukan kecepatan dan ketepatan penilaian

c. Tanda-tanda vital

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada klien dengan pneumonia biasanya didapatkan peningkatan suhu tubuh lebih dari 40°C , frekuensi napas meningkat dari frekuensi normal, denyut nadi biasanya meningkat seiring dengan peningkatan suhu tubuh dan frekuensi pernapasan, dan apabila tidak melibatkan infeksi sistemis yang berpengaruh pada hemodinamika kardiovaskular tekanan darah biasanya tidak ada masalah.

d. Pemeriksaan kepala

Kepala bersih, rambut hitam, tidak ada kelainan bentuk kepala, tidak ada benjolan pada kepala, tidak ada nyeri tekan pada kepala.

e. Pemeriksaan hidung

Terdapat pernafasan cuping hidung, terdapat sekret di dalam hidung, tidak terpasang NGT, tidak nyeri tekan pada hidung, jumlah RR $> 20 \times$

/menit. f. Pemeriksaan mulut Mukosa bibir terlihat kering karena terjadi penurunan nafsu makan dan kurang minum air putih. Sedangkan pada kemampuan menelan tidak ada gangguan.

f. Pemeriksaan telinga

Bentuk telinga simetris, tidak ada serumen pada telinga, tidak ada nyeri tekan pada telinga.

g. Pemeriksaan leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan pada leher

h. Pemeriksaan Sistem Tubuh

1) B1 : Breath / Pernapasan

a) Inspeksi : Bentuk dada dan gerakan pernapasan, gerakan pernapasan simetris. Pada pasien dengan pneumonia sering ditemukan peningkatan frekuensi napas cepat dan dangkal, serta adanya retraksi sternum dan intercostal space (ICS). Napas cuping hidung pada sesak berat dialami terutama oleh anak-anak, batuk dan sputum. Saat dilakukan pengkajian batuk pada pasien dengan pneumonia biasanya produksi sekret dan sekresi sputum yang purulen (I. Agustina, 2023).

b) Palpasi : Gerakan dinding thorak anterior/eskrusi pernapasan.

Pada palpasi pasien dengan pneumonia gerakan dada saat bernapas biasanya normal dan seimbang antara bagian kanan dan kiri. Getaran suara (frimitus vocal). Taktil frimitus pada pasien dengan pneumonia biasanya normal (V. M. Agustina, 2019).

c) Perkusi : Pasien dengan pneumonia tanpa disertai komplikasi biasanya didapatkan bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Bunyi redup perkusi pada pasien dengan

pneumonia didapatkan apabila bronkopneumonia menjadi suatu sarang (konfluens) (El Syani et al., 2017).

d) Auskultasi : Pada pasien dengan pneumonia didapatkan bunyi napas melemah dan bunyi napas tambahan ronkhi basah pada sisi yang sakit

2) B2 : Blood / Sirkulasi

Pada pasien dengan pneumonia pada sistem kardiovaskuler meliputi :

a) Inspeksi : Didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum

b) Palpasi : Denyut nadi perifer melemah

c) Perkusi : Batas jantung tidak mengalami pergeseran

d) Auskultasi : Tekanan darah biasanya normal, bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

3) B3 : Brain / Persarafan

Klien dengan pneumonia yang berat sering terjadi penurunan kesadaran, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pada perkajian objektif, wajah klien tampak meringis, menangis, merintih, merengang dan mengeliat (Saraswati, 2022).

4) B4 : Bladder / Perkemihan

Pengukuran volume output urine berhubungan dengan intake cairan karena, oligouria merupakan tanda awal terjadinya syok (V. M. Agustina, 2019).

5) B5 : Bowel / Pencernaan

Pasien biasanya mengalami mual, muntah, penurunan napsu makan, dan penurunan berat badan (El Syani et al., 2017).

6) B6 : Bone / Muskuloskeletal

Kelemahan dan kelelahan fisik secara umum sering menyebabkan ketergantungan pasien terhadap bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari terdapat gejala demam, ditandai dengan berkeringat, penurunan toleransi terhadap aktivitas (Mandan, 2019).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab (Siti, 2022).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul (Tim Pokja, 2018) :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, , mengi, wheezing dan ronchi kering, dispnea, sulit berbicara, sianosis, gelisah, pola nafas berubah (D. 0001).

Bersihan jalan nafas adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan berubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan penggunaan alat bantu nafas, pola nafas abnormal, pernafasan cuping hidung, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun (D.0005).

Pola nafas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

3. Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit ditandai dengan suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, kejang, kulit terasa hangat (D.0130).

Hipertermia adalah suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, merasa lemah (D.0056).

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi makanan ditandai dengan membran mukosa pucat, bising usus meningkat (D.0019).

Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2.4.3 Intervensi Keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018), 2017)

Setelah pengumpulan data pasien, mengorganisasi data dan menetapkan diagnosis keperawatan maka tahap berikutnya adalah perencanaan. Pada tahap ini perawat membuat rencana perawatan dan menentukan pendekatan apa yang digunakan untuk memecahkan masalah klien. Ada tiga fase dalam tahap perencanaan yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan. Berikut adalah perencanaan dari diagnosa keperawatan pada pasien dengan pneumonia menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)	<p>(L.01001) Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk efektif meningkat - Produksi sputum menurun - Mengi menurun - Wheezing menurun - Dispnea menurun - Sianosis menurun - Frekuensi napas membaik - Pola napas membaik 	<p>Manajemen Jalan Napas (1.14509) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift 5. Posisikan semi fowler atau fowler 6. Berikan minum hangat 7. Lakukan fisioterapi dada 8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 10. Berikan oksigen <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik
Pola napas tidak efektif (D.0005)	<p>(L.01004) Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventilasi semenit meningkat 	<p>Manajemen Jalan Napas (1.14509) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling,

	<ul style="list-style-type: none"> - Kapasitas vital meningkat - Diameter thoraks anterior-posterior meningkat - Tekanan ekspirasi meningkat - Tekanan inspirasi meningkat - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu napas menurun - Pemanjangan fase ekspirasi menurun - Pernapasan cuping hidung menurun 	<p>mengi, wheezing, ronki kering)</p> <p>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift</p> <p>5. Posisikan semi fowler atau fowler</p> <p>6. Berikan minum hangat</p> <p>7. Lakukan fisioterapi dada</p> <p>8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</p> <p>10. Berikan oksigen</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari</p> <p>Kolaborasi</p> <p>12. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik</p>
Hipertermia (D.0130)	<p>(L. 14134)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan maka diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggigil menurun - Kulit merah menurun - Pucat menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik 	<p>Manajemen hipertermia (1.15506)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)</p> <p>2. Monitor suhu tubuh, kadar elektrolit dan haluaran urin</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Sediakan lingkungan yang dingin</p> <p>4. Longgarkan atau lepaskan pakaian</p> <p>5. Basahi dan kipasi permukaan tubuh</p> <p>6. Berikan cairan oral</p> <p>7. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut</p>

		<p>hipotermia/kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena</p>
Intoleransi aktivitas (D.0056)	<p>(L. 05047)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan tubuh bagian atas meningkat - Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat - Keluhan lelah menurun - Dipsnea saat aktivitas menurun - Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari membaik 	<p>Manajemen energi (1.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 5. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif 6. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Anjurkan tirah baring 8. Anjurkan melakuakn aktivitas secara bertahap 9. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolabotrasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi merupakan pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Seperti tahap-tahap yang lain dalam proses

keperawatan, fase pelaksanaan terdiri dari beberapa kegiatan antara lain validasi (pengesahan) rencana keperawatan, menulis/mendokumentasikan rencana keperawatan, melanjutkan pengumpulan data, dan memberikan asuhan keperawatan. Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Fokus implementasi diantaranya, mempertahankan daya tahan tubuh, menemukan perubahan sistem tubuh, mencegah komplikasi, memantapkan hubungan klien dengan lingkungan (Caliskan, 2016).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi atau tahap penelitian adalah perbandingan sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Tujuan evaluasi ini adalah untuk melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang di inginkan dengan kriteria hasil pada perencanaan. Evaluasi yang terkait khususnya pada masalah bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu batuk efektif dapat meningkat, produksi sputum meningkat, suara mengi menurun, suara nafas tambahan ronchi menurun, dispnea menurun, frekuensi nafas membaik, pola nafas membaik dan teratur.

Untuk memerlukan perawatan mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, format yang dipakai adalah format SOAP (Aslina, 2019) :

S : Data Subjektif

Perkembangan yang di dasarkan pada apa yang di rasakan, di keluhkan dan di kemukakan klien.

O : Data Objektif

Perkembangan yang bias di amati dan di ukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

A : Analisis

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

P : Perencanaan

Perencanaan penanganan klien yang di dasarkan pada hasil analisis di atas berisi melanjutkan perencanaan, menghentikan perencanaan apabila keadaan atau masalah belum teratasi.