

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Asuhan Keperawatan Dalam Pemenenuhan Kebutuhan Oksigenasi

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan praktik keperawatan langsung pada klien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaanya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan inti praktik keperawatan. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien merupakan salah satu bentuk tanggung jawab gugat perawat terhadap klien. Pada akhirnya, penerapan proses keperawatan ini akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada klien (Amin dan hardi, 2015).

Asuhan keperawatan ini adalah pentalaksanaan asuhan yang diberikan kepada pasien anak dengan pneumonia, pneumonia sering terjadi pada bayi dan anak. Kasus terbanyak terjadi pada anak berusia dibawah 3 tahun kepada penderita yang penyakitnya tidak terlalu berat, bisa diberikan antibiotic per oral dan tetap tinggal dirumah, dengan penderita sesak nafas atau dengan penyakit paru lainnya harus dirawat diberikan antibiotic melalui infus, mungkin perlu diberikan oksigenasi tambahan, cairan intravena dan alat bantu nafas mekanik (Amin dan hardi, 2015).

2.1.1 Pengkajian

Menurut NANDA (2013), fase pengkajian merupakan sebuah komponen utama untuk mengumpulkan informasi, data, memvalidasi data, mengorganisasikan data, dan mendokumentasikan data. Pengumpulan data antara lain meliputi:

1. Identitas

a) Identitas pasien

Didalam pengumpulan identitas pasien terdapat nama, jenis kelamin, pendidikan, umur, pekerjaan, agama, suku/bangsa, status perkawinan, diagnosa medis, tanggal masuk, tanggal pengkajian, No.RM, alamat.

b) Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, hubungan dengan pasien, alamat.

2. Keluhan utama

Keluhan utama dimana pasien mengeluh apa yang dirasakan saat ini.

3. Riwayat kesehatan sekarang

Harus mencakup P, Q, R, S, T :

P : Provokatif, alasan menyebabkan klien ke rumah sakit

Q : Kualitatif, kaji keluhan yang dirasakan oleh pasien.

R : Region, kaji tentang daerah keluhan yang dirasakan oleh pasien, juga skala dari keluhan.

S : Skala, kaji tentang penyebaran keluhan pasien

T : Timing, kaji tentang waktu terjadi keluhan dan hal-hal yang memperberat atau memperingan keluhan.

4. Riwayat kesehatan dahulu

Kaji atau tanyakan tentang riwayat kesehatan penyakit dahulu apakah pasien pernah menderita penyakit yang sam sebelumnya atau tidak ?

Apakah pernah mempunyai riwayat alergi obat atau makan ?

5. Data fokus

Tabel 2.1 data Subyektif dan Obyektif

Data Mayor	Data Minor
<ul style="list-style-type: none"> - Subyektif (tidak ada) - Obyektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih 4. Mengi wheezing atau ronchi kering 5. Meconium di jalan napas (pada neonates) 	<ul style="list-style-type: none"> - Subyektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispneu 2. Sulit bicara 3. Orthopneu - Obyektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi nafas menurun 4. Frekuensi nafas berubah 5. Pola nafas berubah

Sumber : Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017

6. Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang pada anak pneumonia dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung pada keadaan penyakit serta terapi medis yang diberikan untuk membantu proses penyembuhan pemeriksaan yang dilakukan yaitu terdiri dari

pemeriksaan radiologi yaitu foto thorax, pemeriksaan laboratorium biasanya terjadi peningkatan leukosit, pemeriksaan AGD untuk mengetahui status kaardiopulmoner yang berhubungan dengan oksigen, pemeriksaan gram/ kultur sputum dan darah untuk mengetahui mikroorganisme penyebab dan obat yang cocok diberikan.

2.1.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respons individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Setiadi, 2012).

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi atau memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, membatasi, mencegah atau mengubahnya (Setiadi, 2012).

Diagnosa yang muncul berdasarkan data subjektif dan objektif dari tanda dan gejala mayor minor menurut SDKI PPNI (2017) yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas atau penumpukan sputum yang dibuktikan dengan adanya dispneu, batuk tidak efektif, sputum berlebih, adanya mengi (*wheezing*), bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah.

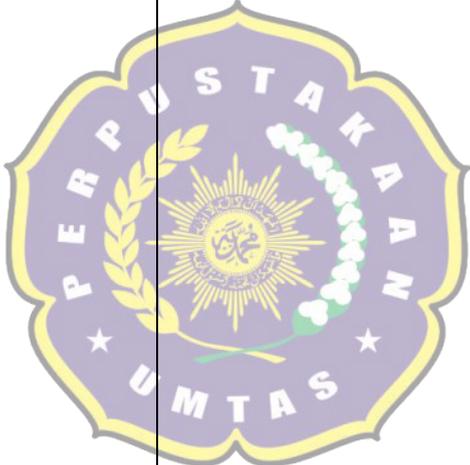
2.1.3 Perencanaan

Rencana keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penelitian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI,2019). Dalam tujuan dan kriteria hasil keperawatan, perawat dapat menggunakan pedoman SMART yaitu :

1. *Specific* tujuan harus spesifik tidak boleh memiliki arti ganda, tujuan dan hasil difokuskan kepada klien yang mencerminkan perilaku serta respon klien yang dapat diperkirakan sebagai hasil dari intervensi keperawatan.
2. *Measureable* tujuan diukur khususnya pada perilaku klien yang dapat dirasakan, dilihat, diraba.
3. *Achievable* tujuan yang harus dicapai dituliskan dalam istilah yang dapat diukur sehingga memungkinkan perawat dapat mengukur serta menilai secara objektif perubahan status klien.
4. *Realistic* tujuan yang harus dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah diharapkan singkat, dan jelas dengan cepat dapat memberikan perawat serta klien bisa merasakan pencapaian.

**Table 2.2 Perencanaan Intervensi Keperawatan
berdasarkan SDKI, SLKI dan SIKI**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas / penumpukan sputum	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan dengan kriteria hasil : - Produksi sputum menurun - Suara mengi menurun - Dispneu menurun - Frekuensi nafas membaik - Pola nafas kembali membaik.	Observasi - Identifikasi indikasi dilakukan fisioterapi dada (mis. Hipersekresi sputum, sputum kental, dan tertahan, tirah baring lama) - Identifikasi kontra indikasi fisioterapi dada (pneumonia) - Monitor status pernafasan (mis.kecepatan, irama, suara napas, dan kedalaman napas) - Periksa segmen paru yang mengandung sekresi berlebihan - Monitor jumlah dan karakter sputum - Monitor toleransi

		<p>selama dan setelah prosedur</p> <p>Teurapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum - Gunakan bantal untuk membantu pengaturan posisi - Lakukan perkusi dengan posisi telapak tangan ditangkupkan selama 3-5 menit - Lakukan vibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersamaan ekspirasi melalui mulut - <i>Lakukan fisioterapi dada setidaknya 2 jam setelah makan</i> - Hindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, payudara, insisi,
--	---	--

		<p>tulang rusuk.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan penghisapan lender untuk mengurangi secret, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada - Anjurkan batuk segera setelah prosedur selesai - Ajarkan, inspirasi perlahan dan dalam melalui hidung selama proses fisioterapi
--	--	---

Sumber : DPP, PPNI, 2018

2.1.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi, status kesehatan yang baik yaitu menggambarkan kriteria yang diharapkan. proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Mulyanti,2017).

Implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana intervensi yang telah disusun untuk mengatasi anak pneumonia yang mengalami bersihan jalan napas karena penumpukan sputum.

2.1.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual yang melingkupi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan sudah berhasil dicapai. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien, dalam mencapai tujuan, evaluasi yang dilakukan mengacu pada luaran yang telah diterapkan ditahap perencanaan. System penulisan pada tahap evaluasi dengan menggunakan SOAP, yaitu :

S : *Subjektif*, yaitu data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut.

O : *Objektif*, yaitu data yang didapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit pasien (meliputi data fisiologi, dan informasi dan pemeriksaan tenaga kesehatan).

A : *Assesment*, adalah analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk mengumpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul, masalah baru atau data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.

P : *Planning of action*, pengembangan rencana, segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatan klien yang optimal.

Table 2.3 Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas / petumpukan sputum.	<p><i>Subjektif (S)</i> Keluhan bernapas membaik, melaporkan napas kembali membaik.</p> <p><i>Objektif (O)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk efektif - Mampu batuk - Tidak ada sputum - Tidak terdapat mengi, <i>wheezing</i> dan ronchi kering <p><i>Assessment (A)</i> Masalah bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi</p> <p><i>Planning (P)</i> Lanjutkan intervensi fisioterapi dada bila pasien belum maksimal dalam bernapas.</p>

Sumber DPP, PPNI, 2017

2.2 Pneumonia

2.2.1 Pengertian

Pneumonia adalah suatu proses inflamasi pada alveoli paru-paru disebabkan oleh mikroorganisme dan non mikroorganisme yaitu aspirasi makanan atau isi lambung, hidrokarbon, bahan lipid, reaksi hipersensitivitas, imbas obat dan radiasi. Adapun mikroorganisme penyebab pneumonia ialah *Streptococcus pneumoniae* (paling sering), *Chlamidia pneumoniae* dan *Mycoplasma pneumoniae*. Selain itu juga dapat disebabkan oleh *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*,

Haemophyllus influenzae, *Mycobactrium tuberculosis*, *Salmonella*. Pada bayi dan anak umur kurang dari 5 tahun 45% daripneumonia disebabkan oleh virus dan yang terbanyak yaitu virus influenzae dan *respiratory sincitial virus*, dan penyebab yang lain ialah para *influenzae virus*, *adeno virus*, *rhyno virus* dan metapneumo virus, (Widagdo, 2012).

2.2.2 Klasifikasi

Menurut Widagdo (2012) pada balita klasifikasi penyakit pneumonia dibedakan untuk golongan umur < 2 tahun dan umur 2 bulan sampai 5 tahun, yaitu sebagai berikut :

1. Untuk golongan umur < 2 tahun, diklasifikasikan menjadi 2 yaitu :
 - a. Pneumonia berat, ditandai dengan adanya napas cepat, yaitu frekuensi pernapasan sebanyak 60 kali per menit atau lebih, adanya tarikan yang kuat pada dinding dada bagian bawah dalam.
 - b. Bukan pneumonia, batuk pilek biasa, bila tidak ditemukan tarikan dinding dada bagian bawah atau napas cepat.
2. Untuk golongan umur 2 bulan sampai 5 tahun diklasifikasikan menjadi 3 yaitu :
 - a. Pneumonia berat, bila disertai napas sesak yaitu adanya tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam pada waktu anak menarik napas (pada saat anak diperiksa anak harus keadaan tenang tidak menangis atau meronta.

- b. Pneumonia, bila disertai napas cepat.
- c. Bukan pneumonia, mencakup kelompok penderita balita dengan batuk yang tidak menunjukkan gejala peningkatan frekuensi napas (napas cepat) dan tidak menunjukkan adanya tarikan dinding dada bawah ke dalam.

2.3 Fisioterapi dada

Fisioterapi dada adalah salah satu terapi yang digunakan dalam pengobatan sebagian besar penyakit pernafasan pada anak-anak dengan penyakit pernafasan kronik atau penyakit neuromuskular. Tujuan utama fisioterapi dada untuk anak-anak adalah untuk membantu pembersihan sekresi trakeobronkial, sehingga menurunkan resistensi jalan napas, meningkatkan pertukaran gas, dan membuat pernapasan lebih mudah. Teknik fisioterapi yang diterapkan untuk anak-anak mirip dengan orang dewasa. Teknik fisioterapi dada terdiri atas drainase postural, clapping, vibrasi, perkusi, napas dalam dan batuk efektif yang bertujuan untuk memudahkan pembersihan mukosiliar (Hanafi, 2020).

2.4 Standar Operasional Prosedur (SOP) Fisioterapi Dada

Table 2.4 SOP Fisioterapi Dada

No	Standar Operasional Prosedur (SOP) Fisioterapi Dada	
1	Pengertian	Merupakan tindakan perawatan dengan melakukan drainage postural, clapping dan vibrating pada pasien dengan gangguan sistem pernafasan. Tindakan postural merupakan tindakan dengan menempatkan pasien dalam berbagai posisi untuk mengalirkan secret disaluran pernafasan. Tindakan drainage postural diikuti dengan tindakan clapping (penepukan) dan vibrasi.
2	Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan efisiensi pola pernafasan - Membersihkan jalan napas

3	Alat dan bahan	<ul style="list-style-type: none"> - Pot sputum berisi desinfektan - Kertas tissue - Dua buah balok tempat tidur (untuk drainage postural) - Satu bantal (drainage postural) - Stetoskop
4	Prosedur	<p>Drainage postural</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur yang akan dilakukan - Cuci tangan - Atur posisi - Semi fowler bersandar ke kanan, ke kiri lalu kedepan apabila daerah yang akan di drainage pada lobus atas bronkus apical - Tegak dengan sudut 45 derajat membungkuk ke depan pada bantal dengan 45 derajat ke kiri dan kanan apabila daerah yang akan di drainage bronkus posterior - Berbaring dengan bantal dibawah lutut apabila yang akan di drainage bronkus anterior - Posisi trendelenberg dengan sudut 30 derajat atau menaikan kaki tempat tidur 35-40cm, sedikit miring kiri apabila yang akan di drainage pada lobus tengah (bronkus lateral dan medial) - Posisi trendelenberg dengan 35-40 cm, sedikit miring ke kanan apabila daerah yang akan di drainage pada bronkus superior dan interior - Condong dengan bantal di bawah panggul apabila yang di drainage bronkus apical. - Posisi trendelenberg dengan sudut 45 derajat atau dengan menaikan kaki tempat tidur 45-50cm, miring ke samping kanan apabila drainage brokus medinal. - Posisi trendelenberg dengan sudut 45 derajat atau dengan menaikan kaki tempat tidur 45-50cm, miring ke samping kiri apabila yang akan di drainage bronkus lateral. - Posisi trendelenberg condong sudut 45 derajat dengan bantal di bawah panggul, apabila yang akan di drainage bronkus posterior. - Lama pengaturan posisi pertama kali adalah 10 menit, kemudian periode selanjutnya kurang lebih 15-30 menit - Lakukan observasi tanda vital selama prosedur - Setelah pelaksanaan drainage lakukan clapping, vibrasi dan penghisapan lender (Suction). - Cuci tangan setelah prosedur dilakukan <p>Clapping dan Vibrasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.

		<ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan - Atur posisi sesuai dengan postural drainage - Lakukan clapping dan vibrasi pada : <ol style="list-style-type: none"> 1. Seluruh lebar bahu atau meluas beberapa jari ke klavikula apabila daerah paru yang perlu di clapping /vibrasi adalah daerah bronkus apical 2. Lebar bahu kanan masing-masing sisi apabila yang akan di clapping / vibrasi adalah daerah bronkus posterior 3. Dada depan dibawah klavikula, apabila yang akan di clapping / vibrasi adalah daerah bronkus anterior 4. Anterior dan lateral dada kanan dan lipat ketiak sampai mid anterior dada apabila yang akan di clapping / vibrasi adalah daerah lobus tengah (bronkus lateral dan medial) 5. Lipat ketiak kiri sampai mind anterior dada apabila yang di clapping dan vibrasi adalah daerah bronkus superior dan interior. 6. Sepertiga bawah kosta posterior kedua sisi, apabila yang di clapping dan vibrasi adalah daerah bronkus apical. 7. Sepertiga bawah kosta posterior kedua sisi, apabila yang di clapping dan vibrasi adalah daerah bronkus medial. 8. Sepertiga bawah kosta posterior kanan, apabila yang di clapping dan vibrasi adalah daerah bronkus lateral. 9. Sepertiga bawah kosta posterior kedua sisi, apabila yang di clapping dan vibrasi adalah daerah bronkus posterior. - Lakukan clapping dan vibrasi selama luring lebih satu menit - Setelah dilakukan tindakan drainage postural, clapping dan vibrasi dapat dilakukan tindakan pengisapan lendir (lihat tindakan penghisapan lendir / suction). - Lakukan auskultasi pada daerah paru yang dilakukan tindakan drainage postura, clapping dan vibrasi. - Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.
--	--	---

Gambar teknik-teknik fisioterapi dada

