

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Pneumonia**

##### **2.1.1 Pengertian**

Pneumonia adalah infeksi akut yang menyerang jaringan paru-paru (alveoli) yang disebabkan oleh bakteri, virus, maupun jamur. terjadinya pneumonia pada anak seringkali bersamaan dengan terjadinya proses infeksi akut pada bronkus yang disebut bronchopneumonia. (Junaidi et al., 2021).

Pneumonia adalah peradangan dari parenkim paru dimana sinus terisi dengan cairan radang dengan atau tanpa disertai infiltrasi dari sel radang ke dalam dinding alveoli dan rongga interstisium yang ditandai dengan batuk disertai nafas cepat dan atau nafas sesak pada anak (Junaidi et al., 2021).

##### **2.1.2 Etiologi**

Penyebab pneumonia adalah virus, bakteri, jamur, mikoplasma, dan protozoa. Peradangan paru selain berkaitan dengan mikroorganisme juga dapat disebabkan oleh bahan kimia, radiasi, aspirasi bahan toksik, obat-obatan yang disebut pneumonitis dan adapun juga yang dapat menjadi faktor resiko seperti merokok, polusi udara, infeksi saluran pernafasan atas. Pasien dapat menghisap dan menghirup virus, bakteri, parasit, makanan atau cairan. Pasien juga dapat memproduksi banyak mukus dan pengentalan cairan alveolar akibat pertukaran gas yang terganggu. Semua itu dapat mendorong radang pada jalur udara bagian bawah (Crystallography, 2016).

### **2.1.3 Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala penyakit pneumonia sebagai berikut : (Nadialista Kurniawan, 2021)

#### **1. Pneumonia virus**

Demam tinggi, batuk parah, malaise, sedangkan batuk biasanya bersifat tidak produktif pada awal penyakit, sedikit mengi atau rekles terdengar pada auskultasi.

#### **Pneumonia bacterial**

Demam, malaise, pernafasan cepat dan dangkal, batuk, nyeri dada sering di perberat dengan nafas dalam, nyeri dapat menyebar ke abdomen dan menggigil.

#### **Pneumonia optical**

Demam, menggigil, sakit kepala, malaise, anoreksia, myalgia diikuti dengan rhinitis, sakit tenggorokan, batuk kering keras, pada awalnya batuk tidak produktif, kemudian bersputum seremukoid, sampai mukopulen atau bercak darah, krekles dan krepitasi halus diberbagai area paru.

### **2.1.4 Komplikasi**

Komplikasi yang dapat terjadi apabila pasien pneumonia tidak tertangani secara cepat dan tepat yaitu seperti empiema, empisema, atelektasis, otitis media akut, dan jika kuman menyebar ke selaput otak dapat menyebabkan meningitis. Infeksi aliran darah (bakteremia) dapat terjadi akibat adanya

bakteri yang masuk ke dalam aliran darah dan menyebarkan infeksi ke organ-organ lain.

bakteremia berpotensi menyebabkan beberapa organ gagal berfungsi yang bisa berakibat fatal. Penumpukan nanah bisa menyebabkan terbentuknya abses paru atau empiema. Pada beberapa keadaan kondisi dapat ditangani dengan pemberian antibiotik, namun jika tidak kunjung membaik, diperlukan tindakan medis khusus membuang nanah. Efusi pleura merupakan kondisi di mana cairan memenuhi ruang di antara kedua lapisan pleura, yaitu selaput yang menyelimuti paru-paru dan rongga dada. *Acute respiratory distress syndrome (ARDS)* terjadi ketika cairan memenuhi kantong-kantong udara (alveoli) di dalam paru-paru sehingga menyebabkan penderita tidak bisa bernapas (gagal napas) (Crystallography, 2016).

### **2.1.5 Patofisiologi**

Pneumonia terjadi akibat inhalasi mikroba yang ada diudara, aspirasi organisme dari nasofaring, 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.

bakteri pneumokokus dapat meluas melalui 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

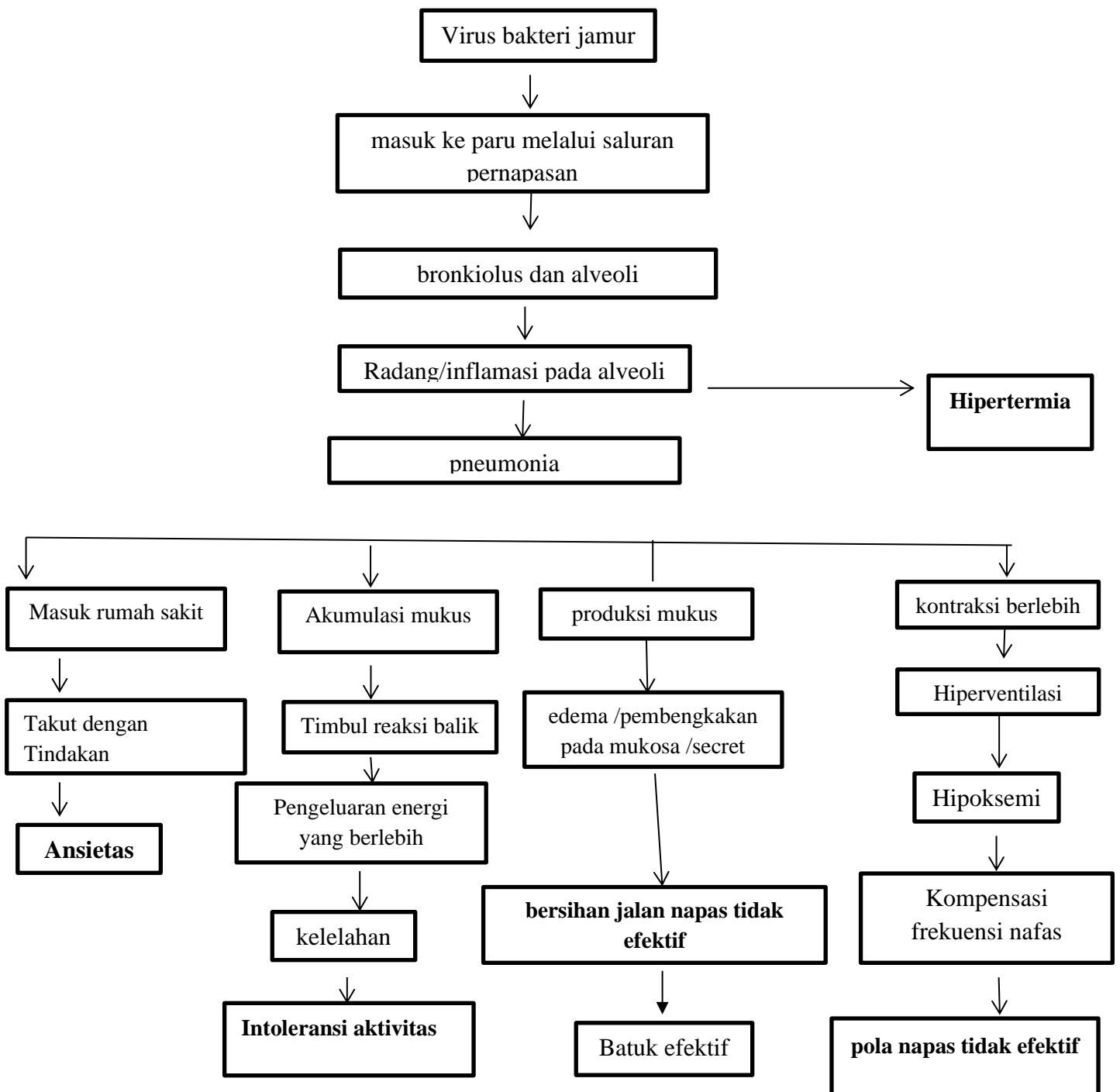
pertukaran oksigen dengan karbondioksida. Peradangan yang terjadi dapat menyebabkan terjadinya peningkatan produksi sputum. Jika pasien tidak dapat batuk secara efektif, berkurangnya luas permukaan alveoli serta peningkatan produksi sputum akan menyebabkan terjadinya obstruksi jalan napas sehingga akan menimbulkan bersihan jalan napas tidak efektif (Buana, 2018).

### **2.1.6 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang menurut (Borrego, 2021):

1. Sinar x: mengidentifikasi distribusi struktural (misal: lobar, bronchial, dapat juga menyatakan abses)
2. Biopsy paru: untuk menetapkan diagnosis
3. Pemeriksaan gram/kultur, sputum dan darah: untuk dapat mengidentifikasi semua organisme yang ada
4. Pemeriksaan serologi: membantu dalam membedakan diagnosis organisme khusus
5. Pemeriksaan fungsi paru: untuk mengetahui paru-paru, menetapkan luas berat penyakit dan membantu diagnosis keadaan
6. Bronkostopi: untuk menetapkan diagnosis dan mengangkat diagnosis

### 2.1.7 Pathway



(Nurarif & kusuma, 2013)

## **2.2 Konsep Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif**

### **2.1.2 Pengertian**

Bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan suatu kondisi terjadinya ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten (SDKI, 2017). bersihan jalan nafas tidak efektif adalah kondisi ketika individu mengalami ancaman pada status pernafasannya sehubungan dengan ketidakmampuan untuk batuk secara efektif. (Nadialista Kurniawan, 2021)

### **2.2.2 Etiologi**

Data mayor dan minor menurut standar diagnosis keperawatan indonesia, (2017) antara lain :

#### **1. Gejala dan tanda mayor**

- a. Subjektif : (tidak tersedia)
- b. Objektif :
  - 1) Batuk tidak efektif
  - 2) Tidak mampu batuk
  - 3) Sputum berlebih
  - 4) Mengi, wheezing dan atau ronkhi kering
  - 5) Mekonium di jalan napas (pada neonatus)

#### **2. Gejala dan tanda minor**

1. Subjektif :
  - a. Dispnea
  - b. Sulit bicara
  - c. Ortopnea

2. Objektif : - gelisah
  - a. Sianosis
  - b. Bunyi napas menurun
  - c. Frekuensi napas berubah
  - d. Pola napas berubah

### **2.2.3 Faktor Penyebab Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif**

Penyebab dari masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif seperti tertuang dalam (SDKI, 2017) ada dua yaitu penyebab fisiologis dan situasional, antara lain :

fisiologis :

- a. Spasme jalan napas
- b. Hipersekresi jalan napas
- c. Disfungsi neuromuskuler
- d. Benda asing dalam jalan napas
- e. Hipersekresi jalan napas
- f. Hiperplasia dinding jalan napas
- g. Proses infeksi
- h. Respon alergi
- i. Efek agen farmakologis (mis. Anestesi)

Situasional :

- a. Merokok aktif
- b. Merokok pasif

## **2.2.4 Penatalaksanaan**

Dalam penatalaksanaan untuk masalah bersihan jalan nafas tidak efektif dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu : terapi farmakologi dan terapi non farmakologi . (nadialista kurniawan, 2021)

### **1. Terapi farmakologi**

- a. antibiotik : biasanya ampicillin dan tetracycline dapat digunakan untuk mengobati infeksi saluran pernafasan akibat virus.
- b. Mukolitik : membantu mengencerkan sekresi pulmonal agar dapat diekspetorasikan. Obat ini diberikan kepada pasien dengan sekresi mukus yang abnormal dan kental.

### **2. Terapi non farmakologis**

- a. Batuk efektif, adalah tindakan yang diperlukan untuk membersihkan secret, dan juga untuk melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan untuk batuk secara efektif

## **2.3 Konsep latihan batuk efektif**

### **2.3.1 Pengertian**

Batuk efektif adalah suatu metode batuk dengan benar, dimana klien dapat menghemat energinya sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal. Batuk merupakan gerakan yang dilakukan oleh tubuh sebagai mekanisme alamiah terutama untuk melindungi paru-paru. Gerakan inilah yang kemudian dimanfaatkan kalangan medis sebagai terapi untuk menghilangkan lendir yang menyumbat saluran pernafasan akibat sejumlah penyakit. Batuk efektif ini mampu mempertahankan kepatenan jalan nafas sehingga memungkinkan pasien



mengeluarkan sekret dari jalan nafas bagian atas dan bawah (Muttaqim, 2012).Latihan batuk efektif merupakan aktivitas perawat untuk membersihkan sekresi pada jalan nafas. Tujuan batuk efektif adalah meningkatkan mobilisasi sekresi dan mencegah risiko tinggi retensi sekresi (Pneumonia, atelektasis, dan demam). Pemberian latihan batuk efektif dilaksanakan terutama pada klien dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas dan masalah risiko tinggi infeksi saluran pernafasan bagian bawah yang berhubungan dengan akumulasi sekret pada jalan nafas yang sering disebabkan oleh kemampuan batuk yang menurun (Muttaqim, 2012).

### **2.3.2 Manfaat batuk efektif**

Memahami pengertian batuk efektif beserta teknik melakukannya akan memberikan manfaat. Diantaranya, untuk melonggarkan dan melegakan saluran pernapasan maupun mengatasi sesak napas akibat adanya lendir yang memenuhi saluran pernapasan. Lendir yang baik dalam bentuk sputum maupun sekret dalam hidung, timbul akibat adanya infeksi pada saluran pernapasan maupun karena sejumlah penyakit yang di derita seseorang. Bahkan bagi penderita Pneumonia, batuk efektif merupakan salah satu metode yang dilakukan tenaga medis untuk mendiagnosis penyebab penyakit (Zickuhr, 2016).

### **2.3.3 Tujuan batuk efektif**

Menurut (Zickuhr, 2016) batuk efektif merupakan teknik batuk efektif yang menekankan inspirasi maksimal yang dimulai dari ekspirasi, yang bertujuan:

1. Meningkatkan distribusi ventilasi, mengatur frekuensi dan pola nafas.
2. Meningkatkan volume paru.
3. Memfasilitasi dan meningkatkan pembersihan saluran pernafasan.

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan masalah pneumonia**

Asuhan keperawatan adalah proses atau tahapan kegiatan dalam keperawatan yang diberikan langsung oleh pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang didasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik, dan berdasarkan kebutuhan objektif pasien untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien serta dilandasi oleh kode etik dan etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan, dalam proses keperawatan, asuhan keperawatan dilaksanakan dalam beberapa tahapan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), dan evaluasi .

### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.(adquisiciones et al.,

2019). Pengkajian keperawatan adalah suatu proses yang dilakukan oleh perawat untuk mengumpulkan data, informasi, dan evaluasi terkait dengan kondisi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan pasien.

Tujuan utama dari pengkajian keperawatan adalah untuk mendapatkan pemahaman yang komprehensif tentang kebutuhan pasien dan untuk merencanakan perawatan yang sesuai. Dalam konteks keperawatan, pengkajian adalah langkah pertama dan sangat penting dari proses perawatan pasien.

Pengkajian meliputi :

### **1. Biodata klien**

#### **a. Identitas klien**

Pengkajian, nama (inisial), jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tanggal rawat, agama, suku/bangsa, pendidikan, usia, sumber informasi, diagnose, Rm.

#### **b. Keluhan utama**

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien dengan pneumonia untuk meminta pertolongan kesehatan ialah sesak napas, batuk, dan peningkatan suhu tubuh/ demam. Pengkajian tanda dan gejala mayor minor pada gangguan bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu tanda gejala mayor batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing, ronkhi kering, dan meconium di jalan nafas (neonatus). Sedangkan tanda gejala minor yaitu dispnea, sulit bicara, ortopnea, gelisah, sianosis, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

c. Riwayat penyakit dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami klien sebelumnya, yang dapat mendukung dengan masalah sistem pernapasan. Misalnya apakah klien pernah dirawat sebelumnya, dengan sakit apa, apakah pernah mengalami sakit yang berat, pengobatan yang pernah dijalani dan riwayat alergi.

Pneumonia sering kali timbul setelah infeksi saluran napas atas (infeksi pada hidung dan tenggorokan). Risiko tinggi timbul pada klien dengan riwayat alkoholik, post operasi, infeksi pernapasan, dan klien dengan immunosupresi atau kelemahan dalam sistem imun.

d. Riwayat Kesehatan sekarang

Pada awalnya keluhan batuk tidak produktif, tapi selanjutnya akan berkembang menjadi batuk produktif dengan mukus purulen kekuning-kuningan, kehijau-hijauan, kecoklatan atau kemerahan, dan sering kali berbau tidak sedap. Klien biasanya mengeluh mengalami demam tinggi dan menggigil (onset mungkin tiba-tiba dan berbahaya). Adanya keluhan nyeri dada pleuritis, sesak napas, peningkatan frekuensi pernapasan, dan nyeri pada kepala.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian Riwayat Kesehatan keluarga pada system pernapasan adalah hal yang mendukung keluhan penderita, perlu dicari Riwayat keluarga yang dapat memberikan predisposisi keluhan seperti adanya Riwayat sesak napas, batuk dalam waktu lama, sputum berlebih dari generasi terdahulu.

f. Riwayat alergi

dikaji adakah pasien memiliki riwayat terhadap beberapa obat, makanan, udara dan debu.

g. Aktivitas /istirahat

Akan timbul gejala seperti kelemahan, kelelahan, dan insomnia yang ditandai dengan penurunan intoleransi terhadap aktivitas.

h. Makanan/cairan

Akan timbul gejala seperti kehilangan nafsu makan, mual/muntah serta ditandai dengan distensi abdomen, hiperaktif bunyi bising usus, kulit kering dan turgor kulit buruk serta penampilan malnutrisi.

i. Aman/nyaman

Akan timbul gejala seperti sakit kepala, nyeri dada meningkat disertai batuk, myalgia, dan artralgia. Memiliki riwayat gangguan system imun, mengalami demam yang ditandai dengan berkeringat, menggigil berulang, gemetar, kemerahan.

**Pemeriksaan fisik**

a. Keadaan umum : tampak lemas dan sesak

b. Kesadaran : *composmentis*

c. Tanda -tanda vital

Tekanan darah biasanya normal, Nadi takikardi, Respirasi takipneu, dyspneu, napas dangkal, Suhu hipertermia.

Pengkajian fokus pada pasien pneumonia adalah sebagai berikut :

a. *Breathing* (B1)

Pemeriksaan fisik pada klien dengan pneumonia merupakan pemeriksaan fokus, berurutan pemeriksaan ini terdiri atas inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

- 1) Inspeksi. Tampak perkembangan paru besar, gerakan pernapasan simetris, frekuensi napas cepat dan dangkal, serta adanya retraksi sternum dan *intercostal sternum space (ICS)*. Napas cuping hidung pada sesak berat dialami terutama pada anak-anak. Batuk dan sputum: saat dilakukan pengkajian batuk pada pasien dengan pneumonia biasanya didapatkan batuk produktif disertai dengan adanya peningkatan produksi sekret dan sekresi sputum yang purulen.
- 2) Palpasi. Nyeri tekan dan peningkatan *vocal fremitus* pada daerah yang tertekan
- 3) Perkusi : perkusi terdengar suara pekak karena terjadi penumpukan cairan di alveoli. Apabila disertai pneumothoraks, maka di dapatkan bunyi hippesoman terutama jika pneumothoraks ventil yang mendorong posisi paru ke sisi yang sehat.
- 4) Auskultasi : Didapatkan bunyi napas tambahan (ronchi) pada sisi yang sakit. Pasien dengan pneumonia yang disertai komplikasi seperti efusi pleura akan didapatkan penurunan resonan vokal pada sisi yang sakit. Ronchi basah dan gesekan pleura dapat terdengar

diatas jaringan yang terserang karena eksudat dan fibrin dalam alveolus.

b. *Blood* (B2)

Inspeksi : didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum

Palpasi : denyut nadi perifer melemah

Perkusi : batas jantung tidak mengalami pergeseran

Auskultasi : tekanan darah biasanya normal. Bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapat.

c. *Brain* (b3)

Klien dengan pneumonia berat sering terjadi penurunan kesadaran, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat.

Pada pengkajian objektif, wajah klien tampak gelisah meringis maupun somnolen.

d. *Bladder* (B4)

Pengukuran volume output urine berhubungan dengan intake cairan.

Oleh karena itu, perawat perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok.

e. *Bowel* (B5)

Klien biasanya mengalami mual, muntah, penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan.

f. *Bone* (B6)

Kelemahan dan kelelahan fisik secara umum sering menyebabkan ketergantungan klien terhadap bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

#### **2.4.2 Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pneumonia**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Proses penegakan diagnosis atau mendiagnosis merupakan suatu proses yang sistematis terdiri atas tiga tahap yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan penemuan diagnosis.

Semua diagnosa keperawatan harus di dukung oleh data. Data yang di artikan sebagai definisi karakteristik. Definisi karakteristik dinamakan “Tanda dan Gejala”, tanda adalah sesuatu yang dapat diobservasi dan gejala adalah sesuatu yang dirasakan oleh klien. Diagnosa keperawatan di bagi menjadi 2 jenis, yaitu diagnosa negatif dan diagnosa positif. Diagnosa negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosa ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosa ini terdiri dari diagnosa aktual dan diagnosa resiko. Diagnosa positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosa ini juga disebut dengan diagnosa promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).



### 1. Diagnosa aktual

Diagnosa ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses hidupnya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Rumus penulisan diagnosa aktual adalah penulisan tiga bagian dengan formulasi sebagai yaitu: masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda dan gejala.

### 2. Diagnosa resiko

Diagnosa ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi resiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor resiko mengalami masalah kesehatan. Rumus penulisan diagnosa resiko adalah penulisan dua bagian dengan formulasi yaitu: masalah dibuktikan dengan faktor resiko.

### 3. Diagnosa promosi kesehatan

Diagnosa ini menggambarkan adanya keinginan atau motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal. Rumus penulisan diagnosa promosi kesehatan adalah penulisan dua bagian dengan formulasi yaitu: masalah dibuktikan dengan tanda/gejala.

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen.
4. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

## 5. Ansietas berhubungan dengan kecemasan

### 2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan ketrampilan, di antaranya pengetahuan kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktik keperawatan, dan peran dari tenaga kesehatan lainnya.

Intervensi keperawatan yang di berikan kepada pasien dengan pneumonia adalah sebagai berikut :

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan
1.	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 maka diharapkan bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil: bersihan jalan napas <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk efektif meningkat (5)</li> <li>2. Produksi sputum menurun (5)</li> <li>3. Wheezing menurun (5)</li> <li>4. Dispnea menurun (5)</li> <li>5. Gelisah menurun (5)</li> <li>6. Frekuensi napas membaik (5)</li> <li>7. Pola napas membaik (5)</li> </ol>	<p>Latihan batuk efektif</p> <p><b>Tindakan Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan batuk</li> <li>2. Monitor adanya retensi sputum</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas</li> <li>4. Monitor output dan input cairan (mis.jumlah dan karakteristik)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur posisi semi-fowler atau fowler</li> <li>2. Pasang pernak atau bengkok di pangkuan pasien</li> <li>3. Buang secret pada tempat sputum</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif</li> <li>2. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4</li> </ol>

			<p>detik,ditahan selama 2 detik,kemudian keluarkan melalui mulut dengan bibir mencucu(dibulatkan)selama 8 detik.</p> <p>3. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu</p>
2	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 maka diharapkan pola napas tidak efektif membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dispnea menurun (5)</li> <li>penggunaan otot bantu napas menurun (5)</li> <li>Ortopnea menurun (5)</li> <li>Pernapasan cuping hidung menurun (5)</li> <li>Tekanan ekspirasi meningkat (5)</li> <li>Tekanan inspirasi meningkat (5)</li> <li>Frekuensi napas membaik (5)</li> <li>Kedalaman napas membaik (5)</li> </ol>	<p>Manajemen jalan napas</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor pola napas</li> <li>Monitor bunyi napas</li> <li>Monitor sputum</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>Posisikan semi-fowler</li> <li>berikan minum hangat</li> <li>Lakukan fisioterapi dada</li> <li>Lakukan penghisapan lendir</li> <li>Lakukan hiperoksigenasi</li> <li>g. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep</li> <li>h. Berikan oksigen jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari</li> <li>Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian bronkodilator manajemen energi</li> </ol> <p><b>observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>Monitor pola dan jam tidur</li> <li>Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas</li> </ol> <p><b>terapeutik</b></p>
3	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 24 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat(5)</li> <li>keluhan lelah menurun</li> <li>Dispnea saat aktivitas menurun (5)</li> </ol>	<p><b>observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>Monitor pola dan jam tidur</li> <li>Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas</li> </ol> <p><b>terapeutik</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Sianosis menurun (5)</li> <li>5. Tekanan darah membaik(5)</li> <li>6. Frekuensi nafas membaik(5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>2. lakukan latihan rentang gerak pasif dan / atau aktif</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ul>	
		<p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>4. ajarkan koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul>	
		<p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul>	
4.	<p>Hipertermia</p> <p>Berhubungan Dengan Proses Penyakit</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 24 jam, maka toleransi aktivitas membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Menggigil dengan (skala 5; menurun)</li> <li>2. Kulit merah dengan ( skala 5; menurun)</li> <li>3. Pucat dengan (skala 5; menurun)</li> <li>4. Takipnea (skala 5; menurun)</li> <li>5. Suhu tubuh dengan (skala 5;membaik)</li> </ul>	<p>Manajemen hipertermia</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipetermia</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> <li>3. Monitor kadar elektrolit</li> <li>4. Monitor haluaran urine</li> <li>5. Monitor komplikasi akibat hipertermia</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>2. Longarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>3. Basahi dan kipas permukaan tubuh</li> <li>4. Berikan cairan oral</li> <li>5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebihan)</li> <li>6. Lakukan pendinginan eksternal (mis.kompresi dingin pada dahi,leher,axila)</li> </ul>

---

5. Ansietas berhubungan dengan kecemasan	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 24 jam, diharapkan Tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan (menurun)</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi (menurun)</li> <li>3. perilaku gelisah (menurun)</li> <li>4. perilaku tegang (menurun)</li> <li>5. konsentrasi (membaik)</li> <li>6. pola tidur (membaik)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin</li> <li>8. Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</li> </ol> <p>Reduksi ansietas</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien mengurangi kecemasan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan</li> <li>5. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama dengan pasien,</li> <li>3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>4. Latih teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu</li> </ol>
--	---	--

#### **2.4.4 Implementasi**

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Pada saat implementasi perawat harus melaksanakan hasil dari rencana keperawatan yang di lihat dari diagnosa keperawatan. Di mana perawat membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Sehingga, dengan proses keperawatan, rasa tanggung jawab dan tanggung gugat bagi perawat itu dapat dimiliki dan dapat digunakan dalam tindakan-tindakan yang merugikan atau menghindari tindakan yang legal.

#### **2.4.5 Evaluasi**

Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai. Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang observasi (harahap, 2013).