

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Gangguan Ventilasi Spontan

1. Pengertian Gangguan Ventilasi Spontan

Gangguan ventilasi spontan merupakan penurunan cadang energy yang mengakibatkan individu tidak mampu bernafas secara adekuat.(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

2. Faktor Yang Berhubungan

Faktor yang berhubungan dari gangguan ventilasi spontan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) yaitu:

1. Gangguan metabolisme
2. Kelelahan otot pernafasan

3. Gejala dan tanda mayor

Bagian dari gejala dan tanda mayor gangguan ventilasi spontan yaitu subjektif dan objektif. Subjektif terdiri dari: dispnea (sesak), dan objektif terdiri dari: penggunaan otot bantu napas meningkat, volume tidal menurun, PCO₂ meningkat, PO₂ menurun, SaO₂ menurun (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

4. Gejala dan tanda minor

Bagian dari gejala dan tanda minor dari gangguan ventilasi spontan yaitu dari subjektif dan objektif. Subjektif dari tanda minor gangguan ventilasi spontan tidak tersedia sedangkan objektif dari tanda minor gangguan ventilasi spontan yaitu gelisah dan takikardia. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

5. Kondisi klinis terkait dengan gangguan ventilasi spontan

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) kondisi klinis gangguan ventilasi spontan yaitu:

1. Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
2. Asma
3. Cedera kepala
4. Gagal nafas
5. Bedah jantung
6. Adult respiratory distress syndrome (ARDS)
7. Persistent pulmonary hypertensional of newborn (PPHN)
8. Prematuritas
9. Infeksi saluran nafas.

B. Asuhan Keperawatan Pada Bayi Prematuritas Dengan Gangguan Ventilasi Spontan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan suatu dari komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Komponen pengkajian keperawatan secara komprehensif yang dilaksanakan perawat secara umum meliputi; anamnesis pada klien, keluarga, dan perawat lainnya yang berisi keluhan utama dan riwayat kesehatan, pemeriksaan kesehatan, pengkajian pemeriksaan diagnostik, serta pengkajian

penatalaksanaan medis. Keahlian dalam melakukan observasi, komunikasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik, sangat penting untuk mewujudkan fase pengkajian proses keperawatan. (Muttaqin, 2011)

a. Identitas Pasien

Meliputi nama, no RM, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, asuransi kesehatan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor registrasi, serta diagnosis medis

b. Riwayat Kesehatan

Menurut (Muttaqin, 2011) pengkajian dengan melakukan anamnesis atau wawancara untuk menggali masalah keperawatan lainnya yang dilaksanakan perawta adalah mengkaji riwayat kesehatan klien. Dalam wawancara awal, perawat berusaha memperoleh gambaran umum status kesehatan klien.

c. Keluhan Utama

Pengkajian anamnesis keluhan utama pada bayi prematur didapat dari perawat atau dokter yang bertugas tentang gangguan terpenting yang diidap oleh klien sampai perlu pertolongan (Muttaqin, 2011).

d. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pengkajian riwayat kesehatan saat ini seperti menanyakan tentang perjalanan sejak timbul keluhan hingga klien membutuhkan pertolongan. Misalnya: sejak kapan terjadi masalah, usaha apa yang sedang dilakukan ketika masalah atau keluhan ini timbul, berhasil atau tidaknya usaha yang dilakukan tersebut, keadaan apa yang memperberat dan memperingan keluhan (Muttaqin, 2011)

e. Riwayat Kesehatan Dahulu

Dalam riwayat kesehatan dahulu perawat menanyakan pengobatan yang lalu dan riwayat alergi, riwayat keluarga, riwayat pekerjaan dan kebiasaan, status perkawinan dan kondisi kehidupan. Sasaran pengkjian bisa kepada keluarga, dokter atau perawat yang bertugas tergantung dari kondisi atau usia klien (Muttaqin, 2011)

1) Pemeriksaan fisik

a) Mata

(1) Konjungtiva pucat (karena anemia)

(2) Konjungtiva sianosis (karena hipoksemia)

(3) Konjungtiva terdapat pertekia (karena emboli lemak atau endokarditas)

b) Kulit

(1) Sianosis perifer (vasokonstriksi dan menurunnya aliran darah perifer)

(2) Sianosis secara umum (hipoksemia)

(3) Penuruna turgor (dehidrasi)

(4) Edema

(5) Edema periorbital

c) Jari dan kuku

(1) Sianosis

(2) Clubbing finger (jari tubuh)

d) Mulut dan bibir

(1) Membran mukosa sianosis

(2) Bernapas dengan mengerutkan mulut

e) Hidung

(1) Pernapasan dengan cuping hidung

f) Vena leher

(1) Adanya distensi /bendungan

g) Dada

(1) Retraksi otot bantu pernapasan (karena peningkatan aktivitas pernapasan,dispepsia,atau obstruksi jalan napas)

(2) Pergerakan tidak simetris antara dada kiri dan dada kanan

(3) Taktil fremitus,thrill (getaran pada dada karena udara /suara melewati saluran rongga pernapasan)

(4) Suara napas normal (vesikuler,bronvesikuler,bronkial)

(5) Suara napas tidak normal (creckler rales,ronki,mengipleural,friction rub)

(6) Bunyi perkusi (resonan,hiper-resonan,dullnes)

h) Pola pernapasan

(1) Eupnea (pernapasan normal)

(2) Takipnea (pernapasan cepat)

(3) Bardipnea (pernapasan lambat)

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan hasil akhir dari pengkajian yang dirumuskan atas dasar interpretasi data yang tersedia.diagnosis keperawatan dapat dikomunikasikan kepada rekan sejawat atau tenaga kesehatan lainnya, dimana perawatan yang diberikan perawat kepada pasien berfokus pada kebutuhan individual pasien. Sebuah diagnosis keperawatan dapat berupa masalah kesehatan yang bersifat aktual yang secara klinis jelas dan potensial dimana factor-faktor resiko dapat mengancam kesehatan pasien secara umum (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, & Chairani, 2013).

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan di validasi pada klien. Metode penulisan diagnosis ini dilakukan pada diagnosis aktual terdiri atas masalah, penyebab dan tanda/gejala. Diagnosis keperawatan yang ditegaskan dalam masalah ini adalah gangguan ventilasi spontan. Gangguan ventilasi spontan merupakan penurunan cadang energy yang mengakibatkan individu tidak mampu bernafas secara adekuat yang faktor penyebabnya dapat dilihat dari faktor ibu, faktor janin, faktor plasenta, faktor jenis kelamin, paritas, dan RAS (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Intervensi Keperawatan

Proses perencanaan meliputi perumusan tujuan dan menentukan intervensi-intervensi yang tepat. Proses ini dimulai dengan membuat daftar semua masalah pasien dan mencari masukan dari pasien atau keluarganya tentang penentuan tujuan akhir yang dapat diterima dan dapat dicapai secara rasional. Pernyataan tujuan akhir harus dinyatakan dalam bentuk pernyataan yang dapat diukur, yang secara objektif menunjukkan perkembangan terhadap pemecahan masalah yang ditemukan (Dinarti et al., 2013).

a. Tujuan atau Kriteria Hasil

Tujuan atau kriteria hasil untuk masalah gangguan ventilasi spontan menurut (Wilkinson & Ahern, 2015) adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien mempunyai tingkat energy dan fungsi otot yang adekuat untuk mendapatkan pernapasan spontan

- 2) Pasien dapat menerima nutrisi adekuat sebelum, selama, dan setelah proses penyapihan dari ventilator
- 3) Pasien mempunyai saturasi oksigen dalam rentang normal
- 4) Pasien menunjukkan status neurologis yang adekuat untuk mempertahankan pernapasan spontan.

b. Intervensi

Intervensi yang dapat dirumuskan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yaitu :

Dukungan Ventilasi

Observasi

- 1) Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas
- 2) Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan
- 3) Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)

Terapeutik

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dan penggunaan ventilator
- 2) Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan

Pemantauan Respirasi

Observasi

- 1) Auskultasi bunyi napas
- 2) Monitor saturasi oksigen

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi proses keperawatan terdiri rangkaian aktivitas keperawatan dari hari ke hari yang harus dilakukan dan didokumentasikan dengan cermat. Perawat melakukan pengawasan terhadap efektifitas intervensi yang dilakukan, bersamaan pula menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Bagian dari pengumpulan data ini memprakarsai tahap evaluasi proses keperawatan. Implementasi dicatat di CP 4 atau *flow sheet* yang spesifik.

Pada tahap ini, perawat harus melakukan tindakan keperawatan yang ada dalam rencana keperawatan. Tindakan dan respon pasien tersebut langsung dicatat dalam format tindakan keperawatan. Dalam format implementasi keperawatan yang harus didokumentasikan adalah tanggal dilakukannya tindakan, waktu, nomor diagnosis, implementasi dan respon, parah dan nama terang perawat (Dinarti et al., 2013). Adapun implementasi yang dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan yaitu:

- a. Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas
- b. Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan
- c. Memonitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)
- d. Mempertahankan kepatenan jalan napas dan penggunaan ventilator
- e. Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan
- f. Mengauskultasi bunyi napas
- g. Memonitor saturasi oksigen

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosis keperawatan meliputi data subjektif (S), data objektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini juga disebut evaluasi proses. Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (*progress note*) atau CP5.

Evaluasi mengharuskan perawat melakukan pemeriksaan secara kritikal dan menyatakan respon pasien terhadap intervensi. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi formatif atau pernyataan formatif atau biasa juga dikenal sebagai evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan dan yang kedua yaitu intervensi sumatif atau evaluasi hasil, yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diinginkan (Dinarti et al., 2013). Adapun hasil yang diharapkan yaitu:

- a. Pasien mempunyai tingkat energy dan fungsi otot yang adekuat untuk mendapatkan pernapasan spontan
- b. Pasien dapat menerima nutrisi adekuat sebelum, selama, dan setelah proses penyapihan dari ventilator
- c. Pasien mempunyai nilai gas darah dan saturasi oksigen dalam rentang normal
- d. Pasien menunjukkan status neurologis yang adekuat untuk mempertahankan pernapasan spontan