

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada Pneumonia

1. Pengertian

Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana individu mengalami ancaman yang nyata atau potensial berhubungan dengan ketidakmampuan untuk batuk secara efektif (Carpenito, 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 (Tim Pokja SDKI DPP, 2017). Pneumonia merupakan peradangan pada parenkim paru, yang biasanya berhubungan dengan terisinya alveoli oleh cairan (Djojodibroto, 2014).

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. Penyebab

a. Menurut (Tim Pokja SDKI DPP, 2017), 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, coccidioido mycosis, cryptococosis, pneumocytis carinii*
- 4) Aspirasi : makanan, cairan lambung
- 5) Inhalasi : racun atau bahan kimia, rokok, debu dan gas.

3. Patofisiologi

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, T., & Jauhar, 2013).

4. Manifestasi klinis

Gejala penyakit pneumonia ditandai dengan infeksi saluran pernapasan atas akut selama beberapa hari. Selain didapatkan demam, menggigil, suhu tubuh meningkat dapat mencapai 40⁰ 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 dan Suprpto, 2013)

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP, 2017), 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

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pneumonia pada anak antara lain.

- a. Oksigen 1-2 L/menit
- b. IVFD dekstrose 10 % : NaCl 0,9% = 3 : 1, + KCl 10 mEq/500 ml cairan. Jumlah cairan sesuai berat badan, kenaikan suhu, dan status hidrasi.
- c. Jika sesak tidak terlalu berat, dapat dimulai makanan enteral bertahap melalui selang nasogastrik dengan feeding drip.
- d. Jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agonis untuk memperbaiki transport mukosilier.
- e. Koreksi gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit.
- e. Antibiotik sesuai hasil biakan atau berikan :
 - 1) Untuk kasus pneumonia community base
 - a) Ampisilin 100 mg/kg BB/hari dalam 4 kali pemberian.
 - b) Kloramfenikol 75 mg/kg BB/hari dalam 4 kali pemberian
 - 2) Untuk kasus pneumonia hospital base:
 - a) Sefatoksim 100 mg/kg BB/hari dalam 2 kali pemberian.
 - b) Amikasin 10-15 mg/kg BB/hari dalam 2 kali pemberian

6. Komplikasi

Menurut Bararah & Jauhar (2013), komplikasi yang dapat terjadi pada bersihan jalan napas tidak efektif jika tidak ditangani antara lain.

1. Hipoksemia

Merupakan keadaan di mana terjadi penurunan konsentrasi oksigen dalam darah arteri (PaO₂) atau saturasi oksigen arteri (SaO₂) di bawah normal (normal

PaO₂ 85-100 mmHg, SaO₂ 95%). Pada neonatus, PaO₂ < 50 mmHg atau SaO₂ < 88%. Pada dewasa, anak, dan bayi, PaO₂ < 60 mmHg atau SaO₂ < 90%. Keadaan ini disebabkan oleh gangguan ventilasi, perfusi, difusi, pirau (*shunt*), atau berada pada tempat yang kurang oksigen. Pada keadaan hipoksemia, tubuh akan melakukan kompensasi dengan cara meningkatkan pernapasan, meningkatkan stroke volume, vasodilatasi pembuluh darah, dan peningkatan nadi. Tanda dan gejala hipoksemia di antaranya sesak napas, frekuensi napas dapat mencapai 35 kali per menit, nadi cepat dan dangkal serta sianosis.

2. Hipoksia

Merupakan keadaan kekurangan oksigen di jaringan atau tidak adekuatnya pemenuhan kebutuhan oksigen seluler akibat defisiensi oksigen yang diinspirasi atau meningkatnya penggunaan oksigen pada tingkat seluler. Hipoksia dapat terjadi setelah 4-6 menit ventilasi berhenti spontan. Penyebab lain hipoksia yaitu.

- 1) Menurunnya hemoglobin.
- 2) Berkurangnya konsentrasi oksigen.
- 3) Ketidakmampuan jaringan mengikat oksigen
- 4) Menurunnya difusi oksigen dari alveoli kedalam darah seperti pada pneumonia.
- 5) Menurunnya perfusi jaringan seperti pada syok
- 6) Kerusakan atau gangguan ventilasi
- 7) Tanda-tanda hipoksia di antaranya kelelahan, kecemasan, menurunnya kemampuan konsentrasi, nadi meningkat, pernapasan cepat dan dalam, sianosis, sesak napas, serta jari tabuh (*clubbing finger*).

3. Gagal napas

Merupakan keadaan dimana terjadi kegagalan tubuh memenuhi kebutuhan karena pasien kehilangan kemampuan ventilasi secara adekuat sehingga terjadi kegagalan pertukaran gas karbondioksida dan oksigen. Gagal napas ditandai oleh adanya peningkatan karbondioksida dan penurunan oksigen dalam darah secara signifikan. Gagal napas disebabkan oleh gangguan system saraf pusat yang mengontrol pernapasan, kelemahan neuromuskular, keracunan obat, gangguan metabolisme, kelemahan otot pernapasan, dan obstruksi jalan napas.

4. Perubahan pola napas

Frekuensi pernapasan normal pada anak berbeda pada masing – masing usia.

Frekuensi pernapasan normal pada anak dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1
Frekuensi Pernapasan Rata-Rata Normal Anak Berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi
Bayi baru lahir	35-40 x /menit
Bayi (6 bulan)	30-50 x /menit
Todler (2 tahun)	25-32 x /menit
Anak-anak	20-30 x /menit

Sumber : Bararah & Jauhar, 2013

Pada keadaan normal frekuensi pernapasan anak sesuai dengan tabel diatas, dengan irama teratur serta inspirasi lebih panjang dari ekspirasi yang disebut eupneu. Perubahan pola napas adalah suatu keadaan dimana frekuensi pernapasan tidak berada pada rentang normal. Perubahan pola napas dapat berupa hal – hal sebagai berikut.

- 1) Dispneu, yaitu kesulitan bernapas
- 2) Apneu, yaitu tidak bernapas atau berhenti bernapas

- 3) Takipneu, pernapasan yang lebih cepat dari normal
- 4) Bradipneu, pernapasan lebih lambat dari normal
- 5) Kussmaul, pernapasan dengan panjang ekspirasi dan inspirasi sama, sehingga pernapasan menjadi lambat dan dalam.
- 6) *Cheyney-stokes*, merupakan pernapasan cepat dan dalam kemudian berangsur-angsur dangkal dan diikuti periode apneu yang berulang secara teratur.
- 7) Biot, adalah pernapasan dalam dan dangkal disertai masa apneu dengan periode yang tidak teratur.

B. Asuhan Keperawatan pada Anak Pneumonia dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data yang sistematis dan berkesinambungan (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010). Dalam pengkajian pneumonia pada anak, data yang dikumpulkan adalah sebagai berikut.

a. Usia

Pneumonia sering terjadi pada bayi dan anak. Kasus terbanyak terjadi pada anak berusia dibawah usia tiga tahun dan kematian terbanyak terjadi pada bayi yang berusia kurang dari dua bulan.

b. Keluhan utama dan tanda mayor

Keluhan utama pada pasien pneumonia biasanya adalah sesak napas (Nursalam et al., 2008). Sedangkan keluhan utama yang harus ada menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) untuk menentukan anak yang mengalami masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif antara lain.

- 1) Batuk tidak efektif

- 2) Tidak mampu batuk
 - 3) Sputum berlebih
 - 4) Mengi atau *wheezing*, dan/ ronki kering
- c. Riwayat penyakit sekarang
- 1) Didahului oleh infeksi saluran pernapasan atas selama beberapa hari, kemudian mendadak timbul panas tinggi, sakit kepala atau dada. Pada anak kecil atau bayi dapat timbul kejang, distensi abdomen dan kaku kuduk. Batuk, sesak, nafsu makan menurun juga dapat terjadi.
 - 2) Anak biasanya dibawa kerumah sakit setelah sesak napas, sianosis atau batuk-batuk disertai dengan demam tinggi. Kesadaran kadang sudah menurun apabila anak masuk disertai riwayat kejang demam.
- d. Riwayat penyakit dahulu
- 1) Anak sering menderita penyakit saluran pernapasan bagian atas.
 - 2) Riwayat penyakit campak atau pertusis (pada bronkopneumonia)
 - 3) Riwayat penyakit saluran pernapasan lain seperti ISPA, influenza sering terjadi dalam rentang waktu 3 – 14 hari sebelum diketahui adanya penyakit pneumonia. Penyakit paru, jantung serta kelainan organ vital bawaan dapat memperberat klinis pasien.
 - 4) Riwayat imunisasi
Riwayat imunisasi jenis *Invasive Pneumococcal Disease* (IPD) dan *Haemophilus influenza type B* (HiB).
- e. Pemeriksaan fisik (Nursalam et al., 2008).
- 1) Inspeksi
Perlu diperhatikan adanya takipneu, dispneu, sianosis sirkumoral, pernapasan

cuping hidung, distensi abdomen, batuk semula non produktif menjadi produktif, serta nyeri dada pada waktu menarik napas. Batasan takipneu pada anak 2 bulan sampai 12 bulan adalah 50x/menit atau lebih, sementara untuk anak 12 bulan – 50 bulan adalah 40x/menit atau lebih. Perlu diperhatikan adanya tarikan dinding dada kedalam pada fase inspirasi. Pada pneumonia berat, tarikan dinding dada kedalam akan tampak jelas.

2) Palpasi

Suara redup pada sisi yang sakit, hati mungkin membesar, fremitus raba mungkin meningkat pada sisi yang sakit, dan nadi mungkin mengalami peningkatan (takikardia).

3) Perkusi

Suara redup pada posisi yang sakit.

4) Auskultasi

Auskultasi sederhana dapat dilakukan dengan cara mendekatkan telinga kehidung dan mulut bayi. Pada anak yang pneumonia akan terdengar stridor. Sementara dengan stetoskop, akan terdengar suara napas berkurang, ronchi halus pada sisi yang sakit, dan ronchi basah pada masa resolusi. Pernapasan bronchial, egotomi, bronkofoni, kadang – kadang terdengar bising gesek pleura.

f. Pengkajian setiap sistem tubuh (Wahid & Suprpto, 2013).

1) Sistem pulmonal

a) Subjektif : sesak napas, dada tertekan, cengeng.

b) Objektif: pernapasan cuping hidung, hiperventilasi, batuk, sputum banyak, penggunaan otot bantu pernapasan, pernapasan diafragma dan perut meningkat, laju pernapasan meningkat, terdengar stridor, ronchi pada lapang

paru.

2) Sistem kardiovaskular

a) Subjektif : sakit kepala

b) Objektif: denyut nadi meningkat, pembuluh darah vasokonstriksi, kualitas darah menurun.

3) Sistem neurosensori

a) Subjektif : gelisah, penurunan kesadaran, kejang

b) Objektif : *Glasgow Coma Scale* (GCS) menurun, reflek menurun, lethargi

4) Sistem genitourinaria

a) Subjektif : -

b) Objektif : produksi urine menurun atau normal

5) Sistem digestif

a) Subjektif : mual, kadang muntah

b) Objektif : konsistensi feses normal atau diare

6) Sistem muskuloskeletal

a) Subjektif : lemah, cepat lelah

b) Objektif : tonus otot menurun, nyeri otot atau normal, retraksi paru dan penggunaan akasesoris pernapasan.

7) Sistem integument

a) Subjektif : -

b) Objektif: kulit pucat, sianosis, turgor menurun (akibat dehidrasi sekunder) banyak keringat, suhu kulit meningkat, kemerahan.

g. Pemeriksaan diagnostik

1) Pemeriksaan laboratorium

a) Gambaran darah tepi menunjukkan leukositosis, dapat mencapai 15.000 – 40.000/mm³ dengan pergeseran kekiri. Kuman dapat dibiakan dari usapan tenggorok atau darah.

2) Foto thoraks

Terdapat bercak infiltrate yang tersebar (bronkopneumonia) atau yang meliputi satu atau sebagian besar lobus/ lobules.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung actual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP, 2017). Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga, dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial dimana berdasarkan pendidikannya dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah status kesehatan klien. Diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Dalam diagnosis keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata, dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat (Bararah, 2013).

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP, 2017) bersihan jalan napas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Penyebab bersihan jalan napas tidak efektif adalah spasme jalan napas, hipersekresi jalan napas, disfungsi

neuromuskuler, benda asing dalam jalan napas, adanya jalan napas buatan, sekresi yang tertahan hiperplasia dinding jalan napas, proses infeksi, respon alergi, efek agen farmakologis (misalnya anastesi).

Rumusan Diagnosis keperawatan adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, hiperekskresi jalan napas, disfungsi neuromuskular, benda asing dalam jalan napas, adanya jalan napas buatan, adanya jalan napas buatan, sekresi yang tertahan hiperplasia dinding jalan napas, proses infeksi, respon alergi, efek agen farmakologis (misalnya anastesi) ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, sulit bicara, ortopnea, pasien tampak batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, terdengar bunyi napas tambahan (mengi, *wheezing*, dan ronkhi kering), gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah (PPNI 2017).

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Karenanya, dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk pasien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal (Asmadi, 2008). Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penelitian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi utama yang digunakan untuk pasien dengan bersihan jalan napas tidak efektif berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah seperti tabel berikut:

Tabel 2
Intervensi Keperawatan pada Anak Pneumonia dengan
Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3
Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan benda asing dalam jalan napas, ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, sulit bicara, ortopnea, pasien tampak batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, terdengar bunyi napas tambahan (mengi, <i>wheezing</i> , dan ronkhi kering), gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan bersihan jalan napas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif (skala 5; meningkat) 2. Produksi sputum (skala 5; menurun) 3. Mengi (skala 5; menurun) 4. Wheezing (skala 5; menurun) 5. Dyspnea (skala 5; menurun) 6. Ortopnea (skala 5; menurun) 7. Sulit bicara (skala 5; menurun) 8. Sianosis (skala 5; menurun) 9. Gelisah (skala 5; menurun) 10. Frekuensi napas (skala 5 membaik) 11. Pola napas (skala 5; membaik)	1. Latihan batuk Efektif: <i>Observasi</i> a. Identifikasi kemampuan batuk b. Monitor adanya retensi sputum c. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas. d. monitor input dan output cairan (mis. Jumlah dan karakteristik) <i>Terapeutik</i> a. Atur posisi semi fowler atau fowler b. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien c. Buang sekret pada tempat sputum <i>Edukasi</i> a. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif b. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keuarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik c. Anjurkan mengulangi tarik

1	2	3
		<p>napas dalam hingga 3 kali.</p> <p>d. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, <i>jika perlu.</i></p> <p>2. Manajemen jalan napas:</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling mengi, wheezing, ronkhi kering)</p> <p>c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal)</p> <p>b. Posisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>c. Beriikan minum hangat</p> <p>d. Beriikan fisoterapi dada, <i>jika perlu</i></p> <p>e. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik</p> <p>f. lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotraekal</p> <p>g. keluarkan sumbatan benda</p>

1	2	3
		<p>padat dengan forsep McGill</p> <p>d. Berikan oksigen bila perlu</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, <i>jika tidak terjadi kontraindikasi</i></p> <p>b. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p><i>Kolaboratif</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, <i>jika perlu</i></p> <p>3. Pemantauan Respirasi:</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</p> <p>b. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik</i>)</p> <p>c. Monitor kemampuan batuk efektif</p> <p>d. Monitor adanya produksi sputum</p> <p>e. Monitor adanya sumbatan jalan napas.</p> <p>f. Auskultasi bunyi napas</p> <p>g. Monitor saturasi oksigen</p> <p>h. Monitor nilai AGD</p> <p>i. Monitor hasil x-ray toraks</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>b. Dokumentasi hasil pemantauan.</p>

1	2	3
		<i>Edukasi</i> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> .

Sumber : (Tim Pokja SIKI DPP, 2019)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2011).

Perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan lalu mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan yang diberikan. Implementasi keperawatan berdasarkan intervensi utama yang digunakan untuk pasien dengan bersihan jalan napas tidak efektif berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah seperti tabel berikut:

Tabel 3
Implementasi Keperawatan pada Anak Pneumonia dengan
Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

No	Tanggal/ Jam	Diagnosis Keperawatan	Implementasi Keperawatan	TTD
1	2	3	4	5
1		Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan benda	<p>1. Latihan batuk Efektif:</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Identifikasi kemampuan batuk</p> <p>b. Monitor adanya retensi sputum</p> <p>c. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas.</p> <p>d. monitor input dan output cairan (mis. Jumlah dan karakteristik)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Atur posisi semi fowler atau fowler</p> <p>b. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien</p> <p>c. Buang sekret pada tempat sputum</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>d. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif</p> <p>e. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keuarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik</p> <p>Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali.</p> <p>d. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, <i>jika perlu</i>.</p> <p>2. Manajemen jalan napas:</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p>	

1	2	3	4	5
		asing dalam jalan napas, ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, sulit bicara, ortopnea, pasien tampak batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, terdengar bunyi napas tambahan (mengi, wheezing, dan ronkhi kering), gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah	<p>b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling mengi, wheezing, ronkhi kering)</p> <p>c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal)</p> <p>b. Posisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>c. Beriakan minum hangat</p> <p>d. Berikan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i></p> <p>e. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik</p> <p>f. lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotraekal</p> <p>g. keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</p> <p>h. Berikan oksigen bila perlu</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, <i>jika tidak terjadi kontraindikasi</i></p> <p>b. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p><i>Kolaboratif</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, <i>jika perlu</i></p> <p>3. Pemantauan Respirasi:</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</p> <p>b. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul</i>, <i>cheyne-stokes</i>, <i>biot</i>, ataksik)</p> <p>c. Monitor kemampuan batuk efektif</p> <p>d. Monitor adanya produksi sputum</p> <p>e. Monitor adanya sumbatan jalan napas.</p> <p>f. Auskultasi bunyi napas</p> <p>g. Monitor saturasi oksigen</p>	

1	2	3	4	5
			h. Monitor nilai AGD	
			i. Monitor hasil x-ray toraks	
			<i>Terapeutik</i>	
			a. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien	
			b. Dokumentasi hasil pemantauan.	
			<i>Terapeutik</i>	
			a. Dokumentasi hasil pemantauan	
			<i>Edukasi</i>	
			a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	
			b. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu.</i>	

Sumber : (Tim Pokja SLKI DPP, 2019)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan kelima dari proses keperawatan, pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi telah teratasi seluruhnya, teratasi sebagian, atau belum teratasi semuanya (Debora, 2013). Evaluasi juga dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif, dimana evaluasi formatif akan menghasilkan umpan balik selama program berlangsung dan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (Achjar, 2012). Evaluasi dalam asuhan keperawatan didokumentasikan melalui SOAP (Subjektif, objektif, asesment dan planing) (Achjar, 2012)

Komponen SOAP yang pertama yaitu S (*Subjectif*), dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan. O (*Objectif*) merupakan data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi

perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan oleh pasien setelah dilakukan tindakan. A (*Assesment*) merupakan interpretasi dari data Subjektif dan objektif. P (*Planing*) merupakan perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Wartolah, 2015). Evaluasi yang diharapkan dengan masalah yang pasien hadapi yang telah ditentukan pada perencanaan dan kriteria hasil. Tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan setelah tindakan yang diberikan untuk bersihan jalan napas tidak efektif yaitu (Tim Pokja SDKI DPP, 2017):

- a. Batuk efektif (skala 5; meningkat)
- b. Produksi sputum (skala 5; menurun)
- c. Mengi (skala 5; menurun)
- d. Wheezing (skala 5; menurun)
- e. Dyspnea (skala 5; menurun)
- f. Ortopnea (skala 5; menurun)
- g. Sulit bicara (skala 5; menurun)
- h. Sianosis (skala 5; menurun)
- i. Gelisah (skala 5; menurun)
- j. Frekuensi napas (skala 5; membaik)
- k. Pola napas (skala 5; membaik)