

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit

2.1.1. Pengertian

Bronkopneumonia adalah penyakit infeksi saluran pernapasan akut dimana adanya peradangan pada parenkim paru yang disebabkan oleh mikroorganisme. Mikroorganisme masuk ke paru paru melalui saluran pernafasan ke dalam bronkiolus dan alveoli dan merangsang sel-sel epitel untuk menghasilkan lendir sehingga menyebabkan penumpukan sekret di alveoli, sehingga menyebabkan nyeri saat bernafas dan membatasi asupan oksigen. (Latifah et al., 2024)

2.1.2. Etiologi

Bronkopneumonia disebabkan oleh pneumococcus, bakteri ini dapat ditemukan pada bagian paru kanan maupun kiri ditandai dengan bercak-bercak pada hasil radiologi foto thorax (Latifah et al., 2024b). Bronkopneumonia dapat muncul karena infeksi oleh berbagai jenis pathogen. Beberapa contohnya adalah (Daryaswanti, 2024):

- 1) Bakteri: *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *H. influenza*, *Klebsiella*
- 2) Virus: *Legionella Pneumoniae*
- 3) Jamur: *Aspergillus Spesies*, *Candida Albicans*

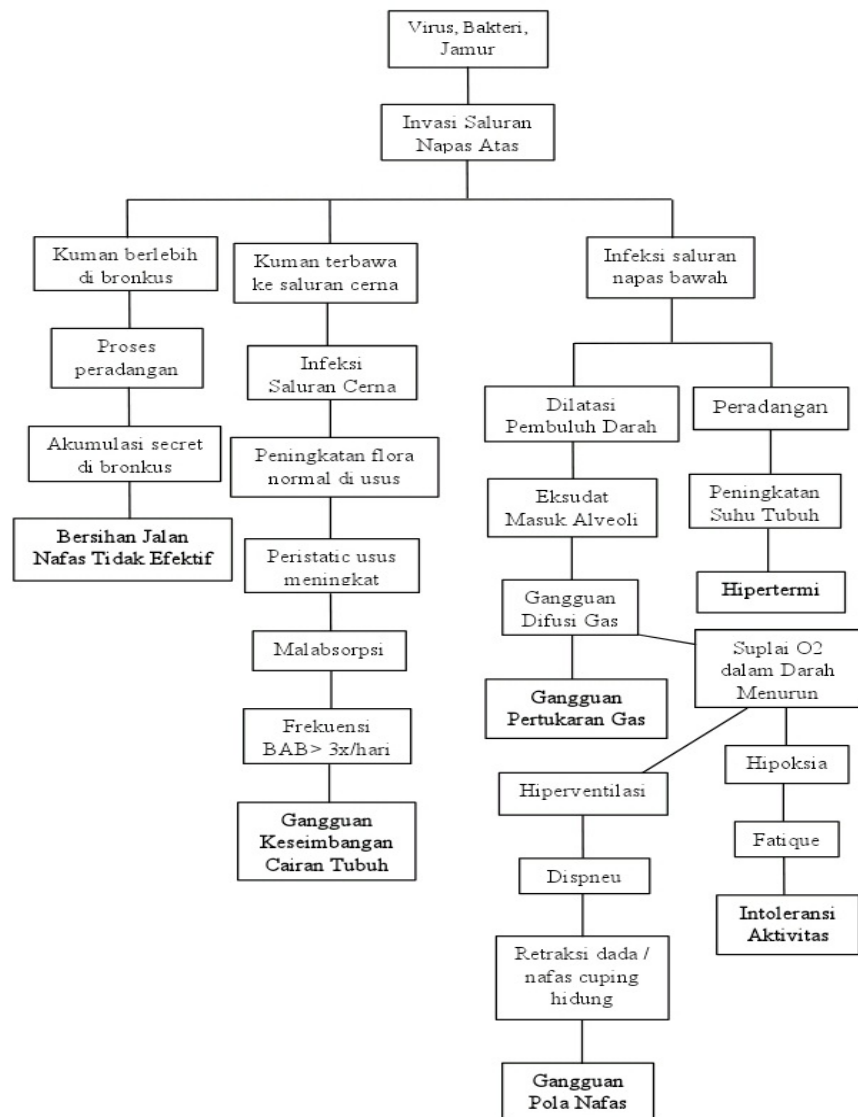
- 4) Aspirasi Makanan, sekresi orofaringeal
- 5) Terjadi akibat kongesti paru yang lama

2.1.3. Patofisiologi

Kuman penyebab bronkopneumonia masuk ke dalam jaringan paru-paru melalui saluran pernafasan atas ke bronchiolus, kemudian masuk ke dalam alveolus-alveolus lainnya melalui poros kohn, sehingga terjadi peradangan pada dinding bronchus atau bronchiolus dan alveolus sekitarnya. Kemudian proses radang ini selalu dimulai pada hilus paru yang menyebar secara progresif ke perifer sampai seluruh lobus (Zuriati, 2017).

Reaksi jaringan ini mengakibatkan penumpukan sputum dalam alveoli yang menyebabkan bronkopneumonia. Setelah infeksi awal, jika respons sistem imun lemah maka penyakit akan menjadi lebih parah. Penyakit yang kian parah dapat timbul akibat infeksi ulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan timbulnya bronkopneumonia.

Bagan 1. 1 PATHWAY



Sumber : (Zuriati, 2017)

2.1.4. Tanda dan Gejala

Tanda gejala bronkopneumonia meliputi (Latifah et al., 2024):

- a) Demam mendadak mencapai 39°C-40°C,
- b) Kejang,
- c) Gelisah dan nyeri dada,
- d) Sulit bernafas dan batuk,
- e) Pernafasan dangkal dan cepat,
- f) Cuping hidung,
- g) Terdapat suara napas tambahan seperti ronki dan whezing,
- h) Muntah,
- i) Diare,
- j) Penurunan nafsu makan,
- k) Batuk kering,
- l) Penurunan ventilasi karena penumpukan sekret.

2.1.5. Komplikasi

Menurut Suyamto (2024), ada beberapa komplikasi yang akan terjadi pada pasien bronkopneumonia, seperti:

- a. Bakteremia (sepsis),

Bakteremia dapat terjadi jika bakteri yang menginfeksi paru masuk ke dalam aliran darah dan menyebarkan infeksi ke organ lain, yang berpotensi menyebabkan kegagalan organ.

- b. Abses paru,
- c. Efusi pleura, dan
- d. Kesulitan bernapas.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada bronkopneumonia adalah sebagai berikut

1. Gambaran radiologis

Pada foto thorax PA/Lateral, gambaran infiltrat sampai gambaran konsolidasi (berawan) dapat disertai air bronchogram.

2. Laboratorium

- a) Pemeriksaan darah adanya leukositosis sebesar $48,1 \times 10^3/L$.
- b) Analisa gas darah menunjukkan asidosis metabolik dengan atau tanpa retensi CO_2 .
- c) Kultur darah leukositosis 15.000-40.000 mm^3 dengan pergeseran ke kiri.
- d) WBC (*white blood cell*) biasanya kurang dari 20.000 cells mm^3 .

- e) Elektrolit: natrium dan klorida mungkin rendah.
- f) Bilirubin mungkin meningkat. (Pamungkas et al., n.d.)

2.1.7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Suyamto (2024):

- a. Penatalaksanaan bronkopneumonia yang pertama yaitu dengan pemberian antibiotik.

Pemberian antibiotik bertujuan untuk memberikan terapi terhadap kuman penyebab infeksi. Antibiotik yang sering diberikan pada pasien bronkopneumonia yaitu cotrimoxazole atau amoxycillin.

- b. Tindakan suportif meliputi oksigen dan resusitasi cairan intravena untuk memastikan stabilitas hemodinamik.

Bantuan ventilasi: ventilasi non invasif (misalnya tekanan jalan napas positif kontinu).

- c. Bila demam atau nyeri pleuritik dapat diberikan antipiretik analgesik
- d. Pemberian mukolitik atau ekspektoran untuk mengurangi dahak (Yeni Rahmayani, 2023).

2.2. Konsep Keperawatan Pada Pasien Bronkopneumonia

2.2.1. Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama, umur, jenis kelamin, tempat tanggal lahir. golongan darah, pendidikan terakhir, agama, suku, status perkawinan, pekerjaan, tanggal pengkajian (Lahmudin Abdjul et al., 2020)

2. Keluhan Utama

Keluhan utama dimulai dengan adanya rasa sesak dan nyeri pada dada.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya pada pasien Bronkopneumonia akan mengalami demam disertai menggigil, adanya batuk dengan pengeluaran sputum dan pernafasan yang terganggu (Rofifah, 2020).

2. Riwayat Penyakit Dahulu

Bronkopneumonia sering diikuti oleh suatu infeksi saluran atas. Pasca influenza dapat mendasari timbulnya bronkopneumonia. (*Agustina*, n.d.)

3. Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya riwayat penularan penyakit pada keluarga yang pernah mengalami penyakit pernafasan (Tuberkulosis, Asma bronkial, Infeksi Saluran Pernafan Atas).

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Pasien tampak lemah. Adanya peningkatan suhu tubuh, denyut nadi biasanya seirama dengan peningkatan suhu tubuh dan frekuensi pernapasan, dan tekanan darah biasanya tidak ada masalah (El Syani et al., 2015)

b. Sistem Tubuh

1) B1: *Breath*/Pernapasan

a) Inspeksi

Bentuk dada dan gerakan pernapasan simetris. Adanya peningkatan frekuensi napas cepat dan dangkal, adanya retraksi sternum dan intercostal space (ICS). Napas cuping hidung pada sesak berat, batuk dan sputum. Adanya produksi sekret dan sekresi sputum yang berlebih (Sidiq, 2018)

b) Palpasi

Gerakan dinding thorak anterior/eskskrusi pernapasan. Saat di palpasi gerakan dada saat bernapas biasanya normal dan seimbang antara bagian kanan dan kiri. Getaran suara (frimitus vocal) (*Agustina*, n.d.)

c) Perkusi

Bunyi redup perkusi didapatkan pada bronkopneumonia (El Syani et al., 2015).

d) Auskultasi

Didapatkan adanya bunyi napas melemah dan bunyi napas tambahan ronkhi basah pada sisi yang sakit.

2) B2: *Blood*/Sirkulasi

a) Inspeksi: Didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum

b) Palpasi: Denyut nadi perifer melemah

c) Perkusi: Batas jantung tidak mengalami pergeseran

d) Auskultasi: Biasanya tidak didapatkan bunyi jantung tambahan seperti S3 dan S4.

3) B3: *Brain*/Persarafan

Pasien dengan bronkopneumonia yang berat sering terjadi penurunan kesadaran, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat (Saraswati, 2022).

4) B4: *Bladder* / Perkemihan

Pada sistem perkemihan tidak ada masalah.

5) B5: *Bowel*/Pencernaan

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

6) B6: *Bone*/Muskuloskletal

Kelemahan dan kelelahan, penurunan toleransi terhadap aktivitas.

c. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Munculnya anoreksia (akibat respon sistematis melalui kontrol saraf pusat), mual muntah (karena peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksik mikroorganisme).

2) Pola Aktivitas

Pola aktivitas menurun dan latihan sebagai dampak kelemahan fisik.

3) Pola Hubungan dan Peran

Pasien akan mengeluh tentang penyakitnya saat diajak berbicara.

4) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Adanya perasaan cemas, rasa ketidakmampuan atau melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya.

5) Pola Sensori dan kognitif

Tidak adanya gangguan pada sensori dalam hal perasa, indra yang lain maupun kognitif tidak mengalami gangguan.

6) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Pasien dapat melaksanakan kebutuhan beribadah seperti sholat dengan dibantu karena mengalami kelemahan (Saraswati, 2022)

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Konsep masalah keperawatan meliputi definisi, kriteria masalah, dan faktor yang berhubungan, berikut ini merupakan penjelasan dari masalah - masalah keperawatan pada penyakit bronkopneumonia (Zuriati, 2017):

1. Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)

a. Gejala & Tanda Mayor:

Subjektif: tidak tersedia

Objektif: Batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering, mekonium di jalan napas (pada neonatus)

b. Gejala & Tanda Minor:

Subjektif: Dispnea, sulit bicara, orthopnea

Objektif: Gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah

2. Pola nafas tidak efektif. (D.0005)

a. **Gejala & Tanda Mayor:**

Subjektif: Dispnea

Objektif: Penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes).

b. **Gejala & Tanda Minor:**

Subjektif: Ortopnea

Objektif: Pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.

3. Gangguan pertukaran gas (D.0003)

a. **Gejala & Tanda Mayor:**

Subjektif: Dispnea

Objektif: PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan

b. Gejala & Tanda Minor:

Subjektif: Pusing, penglihatan kabur

Objektif: Sianosis, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat/ lambat, regular/ ireguler, dalam/ dangkal), warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan), kesadaran menurun.

4. Intoleransi Aktivitas (D.0056)

a. Gejala & Tanda Mayor:

Subjektif: Mengeluh Lelah

Objektif: Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

b. Gejala & Tanda Minor:

Subjektif: Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah

Objektif: Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

5. Hipertermia (D.0130)

a. Gejala & Tanda Mayor:

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif: Suhu tubuh diatas nilai normal

b. Gejala & Tanda Minor:

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif: Kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasahangat

6. Risiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif: (tidak tersedia)

2.2.3. Perencanaan

Intervensi keperawatan adalah segala rencana tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit bronkopneumonia adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas Ds: 1. Pasien mengeluh batuk berdahak Do: 1. Sputum berlebih 2. Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering 3. Frekuensi napas berubah 4. Pola napas berubah	Tujuan Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan bersihan jalan napas (L.01001) meningkat. Dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun 5. Dispnea menurun 6. Ortopnea menurun 7. Gelisah menurun 8. Frekuensi napas membaik 9. Pola napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Intervensi Keperawatan: Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik

-
1. Pertahanan kepatenan jalan napas dengan head-tift dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)
 2. Posisikan Semi-Fowler atau Fowler
 3. Berikan minuman hangat
 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan proses McGill
 8. Berikan Oksigen, Jika perlu
 9. Latih pasien dalam melakukan batuk efektif (Reni Trevia, 2021)

Edukasi

			1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, Jika tidak komtraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif
			Kolaborasi
			1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, Jika perlu
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas Ds: 1. Mengeluh sesak Do: 1. Penggunaan otot bantu pernapasan 2. Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes) 3. Pernapasan cuping hidung	Tujuan Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan pola napas (L.01004) membaik. Dengan kriteria hasil: 1. Tekanan ekspirasi meningkat 2. Tekanan inspirasi meningkat 3. Dispnea menurun 4. Penggunaan otot bantu napas menurun 5. Frekuensi napas membaik 6. Kedalaman napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Intervensi Keperawatan: Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik

-
1. Pertahanan kepatenan jalan napas dengan head-tift dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)
 2. Posisikan Semi-Fowler atau Fowler
 3. Berikan minuman hangat
 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan proses McGill
 8. Berikan Oksigen, Jika perlu

Edukasi

1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, Jika tidak kontraindikasi
-

			2. Ajarkan teknik batuk efektif 3. Kolaborasi 4. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, Jika perlu
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler Ds: 1. Pusing 2. Penglihatan kabur Do: 1. PCO2 meningkat/menurun 2. Pernapasan cuping hidung 3. Takikardia 4. Bunyi napas tambahan	Tujuan Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan pertukaran gas (L.01003) meningkat Dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. Napas cuping hidung menurun 4. PCO2 membaik 5. PO2 membaik 6. Takikardi membaik 7. Ph arteri membaik	Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik) 3. Monitor adanya sumbatan jalan napas 4. Auskultasi bunyi napas 5. Monitor saturasi oksigen	

			6. Monitor nilai AGD 7. Monitor hasil x-ray thoraks 8. Monitor kecepatan aliran oksigen 9. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen Terapeutik 1. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi Kolaborasi 1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen. 2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur
4	Intoleransi Aktivitas Ds: 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas	Tujuan Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan Toleransi Aktivitas (L.05047) meningkat Dengan kriteria hasil:	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

3. Merasa lemah	1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari	2. Monitor kelelahan fisik dan emosional
Do:	meningkat	
1. Pasien tampak lemah	2. Keluhan lelah menurun	3. Monitor pola dan jam tidur
2. Aktivitas dibantu keluarga	3. Dispnea saat aktivitas menurun	4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
	4. Dispnea setelah aktivitas menurun	
	5. Perasaan lemah menurun	Terapeutik
	6. Frekuensi nadi membaik	1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)
	7. Saturasi oksigen membaik	2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif
	8. Frekuensi napas membaik	3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
		4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
		Edukasi

			1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
			Kolaborasi
			1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5.	Hipertermia Ds: - Do: 1. Suhu tubuh diatas nilai normal 2. Kulit merah 3. Kulit terasa hangat	Tujuan Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan Termoregulasi (L.14134) membaik Dengan kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Takikardia menurun 3. Takipnea menurun	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh

4. Bradikardia menurun

5. Suhu tubuh membaik

6. Suhu kulit membaik

3. Monitor kadar elektrolit

4. Monitor haluaran urine

5. Monitor komplikasi akibat hipertermia

Terapeutik

1. Sediakan lingkungan yang dingin

2. Longgarkan atau lepaskan pakaian

3. Basahi dan kipas permukaan tubuh

4. Berikan cairan oral

5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)

6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

		7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
		8. Berikan oksigen, jika perlu
		Edukasi
		1. Anjurkan tirah baring
		Kolaborasi
		1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, Jika perlu
Risiko ketidakseimbangan cairan	Tujuan Setelah dilakukan intervensi, maka diharapkan	Manajemen Cairan (I.03098)
Ds: -	Keseimbangan Cairan (L.03020) membaik Dengan kriteria	Observasi
Do:	hasil:	1. Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan hati, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah)
1. Adanya pengeluaran keringat karena demam	1. Dehidrasi menurun	2. Monitor berat badan harian
2. Bibir kering	2. Intake cairan membaik	3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis
3. Adanya tanda tanda dehidrasi	3. Output urin membaik	
	4. Frekuensi nadi membaik	
	5. Kekuatan nadi membaik	
	6. Turgor kulit membaik	

-
4. Pemeriksaan laboratorium (mis. hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin,
 5. monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, CVC PAP, PCWP jika tersedia)

Terapeutik

1. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam
2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan
3. Berikan cairan intravena, Jika perlu

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian diuretik, Jika perlu
-

2.2.4. Pelaksanaan

Menurut Mustamu (2023) menjelaskan bahwa implementasi keperawatan adalah tahap dalam proses asuhan keperawatan dengan melakukan tindakan sesuai perencanaan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan.

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan. (Mubarak, n.d.)

2.3. Konsep Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien

Bronkopneumonia

2.3.1. Pengertian Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Menurut SDKI

Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

2.3.2. Penyebab Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

Fisiologis

1. Spasme jalan napas
2. Hiperseksresi jalan napas
3. Disfungsi neuromuskuler
4. Benda asing dalam jalan napas
5. Adanya jalan napas buatan

6. Sekresi yang tertahan
7. Hiperplasia dinding jalan napas
8. Proses infeksi
9. Respon alergi
10. Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

Situasional

1. Merokok aktif
2. Merokok pasif
3. Terpapar polutan

2.3.3. Tanda dan Gejala Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

Gejala & Tanda Mayor:

1. Subjektif: (tidak tersedia)
2. Objektif: Batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering, mekonium di jalan napas (pada neonatus)

Gejala & Tanda Minor:

1. Subjektif: Dispnea, sulit bicara, orthopnea
2. Objektif: Gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, lola napas berubah

3. Kondisi Klinis terkait

1. *Gullian barre syndrome*
2. *Sklerosis multipel*
3. *Myasthenia gravis*

4. Prosedur diagnostik (mis. bronkoskopi, *transesophageal echocardiography* (TEE))
5. Depresi sistem saraf pusat
6. Cedera kepala
7. Stroke
8. Kuadriplegia
9. Sindrom aspirasi mekonium
10. Infeksi saluran napas

2.3.4. Penatalaksanaan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), salah satu penatalaksanaan bersihan jalan nafas tidak efektif adalah Manajemen Jalan Nafas. Salah satu tindakan yang dilakukan adalah pemberian latihan batuk efektif, latihan batuk efektif ini sendiri berarti melatih pasien yang tidak bisa batuk efektif untuk membersihkan saluran pernafasan dari sekret atau benda asing. Tidak hanya melakukan pendekatan non farmakologis saja, kolaborasi penggunaan farmakologis juga bisa dilakukan seperti menggunakan terapi inhalasi. Melalui pemberian obat-obatan dalam bentuk aerosol, terapi ini dapat secara langsung menargetkan saluran pernapasan, membantu mengurangi peradangan, serta meningkatkan fungsi paru-paru.

Sebelum di lakukannya batuk efektif adanya suara ronchi pada pasien yang menandakan adanya sekresi jalan nafas dan

penyempitan saluran nafas, setelah di lakukannya latihan batuk efektif pada pasien lebih dari setengah terdengar nafas vesikuler dan frekuensi nafas normal, ini membuktikan bahwa adanya pengaruh pada latihan batuk efektif ini dalam membantu pasien untuk mengeluarkan sputum (Reni Trevia, 2021).

2.3.5. Standar Operasional Prosedur

Tabel 2. 2 Standar Operasional Prosedur Batuk Efektif

Pengertian Batuk Efektif	SOP latihan batuk efektif adalah tindakan yang dilakukan oleh Perawat untuk melatih kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan jalan nafas dari sekret atau benda asing di jalan napas pasien. (PPNI,2021)
Tujuan	1. Membebaskan jalan nafas dari akumulasi sekret. 2. Mengeluarkan sputum untuk pemeriksaan diagnostic laboratorium. 3. Mengurangi sesak nafas akibat akumulasi sekret.
Indikasi	1. COPD / PPOK 2. Emfisema. 3. Fibrosis. 4. Asma. 5. Chest infection. 6. Pasien bedrest atau post operasi
Kontraindikasi	1. Pneumotoraks. 2. Hemoptisis.

	3. Gangguan sistem kardiovaskuler. 4. Edema paru. 5. Efusi pleura.
Persiapan Alat	1. Tissue 2. Bengkok berisi cairan desinfektan 3. Perlak/pengalas 4. Masker 5. Handscoon
Prosedur	Tahap Pra Interaksi: 1. Identifikasi Pasien. 2. Menyiapkan peralatan. 3. Mencuci tangan. Tahap Orientasi: 1. Memperkenalkan diri. 2. Menjelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan. 3. Mendapatkan persetujuan pasien. 4. Mengatur lingkungan sekitar pasien. 5. Membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman Tahap Kerja: 1. Mengatur pasien duduk di kursi atau tempat tidur dengan posisi tegak atau semi fowler. 2. Memasang perlak/pengalas dan bengkok di pangkuan pasien.

-
3. Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen.
 4. Melatih pasien menarik nafas dalam menahannya selama 3 detik, kemudian menghembuskan nafas secara perlahan.
 5. Meminta pasien untuk mengulangi kegiatan diatas sebanyak 3 kali.
 6. Meminta pasien melakukan batuk dengan kuat langsung setelah tarikan nafas ke 3.
 7. Keluarkan sputum dan buang pada tempat yang tersedia
 8. Bersihkan mulut dengan tissue.
 9. Merapikan pasien

Tahap Terminasi:

1. Membersihkan dan menyimpan kembali peralatan pada tempatnya.
 2. Mencuci tangan.
 3. Melakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan.
 4. Dokumentasi (Rulino, 2022)
-