

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif dengan Teknik *Suction* Pada Pasien Stroke Hemoragik

1. Stroke Hemoragik

Stroke merupakan gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan deficit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak. Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum (Huda Nurari, 2015). Stroke dapat diklasifikasikan menjadi stroke hemoragik. Stroke Hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel otak. Adanya darah yang menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel otak akan menyebabkan kerusakan jaringan sel otak dan menyebabkan kerusakan fungsi kontrol otak. Genangan darah bisa terjadi pada otak sekitar pembuluh darah yang pecah (intracerebral hemorage) atau dapat juga genangan darah masuk kedalam ruang sekitar otak (subarachnoid hemorage) bila ini terjadi stroke bisa sangat luas dan fatal bahkan sampai pada kematian. Stroke hemoragik pada umumnya terjadi pada lanjut usia, karena penyumbatan terjadi pada dinding pembuluh darah yang sudah rapuh (aneurisma).

Pembuluh darah yang sudah rapuh ini, disebabkan karena faktor usia (degeneratif), akan tetapi bisa juga disebabkan karena faktor keturunan (genetik). Keadaan yang sering terjadi adalah kerapuhan karena mengerasnya dinding

pembuluh darah akibat tertimbun plak atau arteriosklerosis akan lebih parah lagi apabila disertai dengan gejala tekanan darah tinggi.(Feigin V, 2007)

2. *Suction*

Pengisapan (*suction*) adalah aspirasi sekret melalui sebuah kateter yang disambungkan ke mesin pengisap atau saluran pengisap yang ada di dinding. Pengisapan dapat dilakukan melalui nasofaring, orofaring dan intubasi endotrakeal. *Suction* merupakan tindakan keperawatan yang paling sering dan penting pada tatanan keperawatan kritis. Prosedur *suctioning* banyak bervariasi antar lembaga dan praktisi, hal ini dikarenakan *suctioning* hanya didasarkan pada kegiatan rutin perawat daripada berdasarkan hasil penelitian. Minimnya penelitian terkait *suctioning* menyebabkan bervariasinya *suctioning* antar lembaga dan praktisi kesehatan.(Kelleher, S. & Andrews, 2006)

Tindakan pengisapan endotrakeal dapat menyebabkan beberapa masalah pada pasien kritis bila dilakukan dengan prosedur yang tidak benar, di antaranya penurunan saturasi oksigen, disritmia jantung, hipotensi, dan bahkan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (Hudak, C.M. & Gallo, 2010).

Pengaturan penggunaan tekanan *suction* dan pemberian hiperoksigenasi sebelum *suctioning* dapat meminimalkan efek samping yang terjadi. Tekanan *suction* yang dianjurkan adalah 100 mmHg–150 mmHg, tetapi belum ada data yang menunjukkan seberapa besar penggunaan tekanan tersebut dapat menyebabkan penurunan saturasi oksigen, sehingga dibutuhkan penelitian lanjutan untuk mengkaji hal tersebut (Wainwright, S. & Gould, 1996) .

Berdasarkan jenisnya terdapat dua sistem suction yang tersedia yaitu *Open Suction System (OSS)* dan *Closed Suction System*. Jenis OSS hanya digunakan

sekali dan membutuhkan lepasnya ventilator dari pasien. CSS diletakan di Amerika Serikat telah populer selama dekade terakhir ini dan berdasarkan statistika penggunaannya yang makin meningkat yaitu pada 58% dari kasus-kasus, sementara OSS hanya dipergunakan pada 4% dari kasus yang ada. Beberapa penelitian penggunaan OSS memiliki keuntungan seperti lebih rendahnya insiden pnemunia, perubahan fisiologis selama dilakukannya prosedur menjadi berkurang, berkurangnya kontaminasi bakteri ,serta ongkos yang lebih rendah. Penggunaan CSS memberikan sejumlah keuntungan antara lain yaitu penggunaannya yang bersifat multiple use, tanpa melepas ventilator dari pasien yang dapat berakibat pada munculnya tekanan negatif yang mengakibatkan terjadinya kehilangan volume paru yang intens sehingga berakibat pada hipoksemia (Debora, 2012)

Berdasarkan tekanan dan ukuran kanul *suction* ,ukuran kanul suction yang direkomendasikan (Lynn, 2011) yaitu pada anak usia 2-5 tahun : 6-8F, usia sekolah 6-12 tahun: 8-10F dan remaja-dewasa : 10-16F

Terdapat indikasi dari tindakan *suction* .Penghisapan lendir lewat endotrakeal memiliki indikasi menurut (Smelzer & Bare, 2002) yaitu untuk menjaga jalan napas tetap bersih apabila pasien tidak mampu batuk efektif, diduga aspirasi, membersihkan jalan napas ,apabila ditemukan :mada auskultasi terdengar suara napas yang kasar atau ada suara napas tambahan, diduga ada sekresi mucus pada saluran pernapasan, apabila klinis memperlihatkan adanya peningkatan bebas kerja sistem pernafasan,pengambilan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium, sebelum dilakukan radiologi ulang untuk evaluasi, untuk

mengetahui kepatenan dari pipa endotrakeal. Jenis *suction* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *oro-tracheal tube (OTT)*.

3. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

a. Definisi

Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas (Huda Nurari, 2015)

b. Penyebab

Menurut (Huda Nurari, 2015) terdapat beberapa penyebab dari Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif yaitu :

- a. Spasme jalan nafas
- b. Adanya jalan nafas buatan
- c. Sekresi yang bertahan
- d. Hiperplasia dinding bronkial
- e. Merokok aktif
- f. Merokok pasif

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pemberian Prosedur Teknik *Suction* Untuk Mengatasi Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Disini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social, maupun spiritual pasien (Asmadi, 2008)

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 diagnose medis (Muttaqin, 2011)

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada gangguan sistem respirasi, meliputi keluhan sistemik, antara lain batuk, peningkatan jumlah sputum, dispnea, hemoptisis, chest pain. Keluhan utama pada pasien bersihan jalan nafas tidak efektif adalah sulit batuk, sulit bicara dan peningkatan jumlah sputum yang berlebih (Muttaqin, 2011).

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelum nya, terutama yang mendukung atau memperberat kondisi gangguan system respirasi pada pasien saat ini seperti pernahkah pasien menderita penyakit kencing manis, riwayat kaki bengkak (edema), hipertensi, penyakit kencing batu, kencing berdarah, dan lainnya. Tanyakan: apakah pasien pernah dirawat sebelumnya, dengan penyakit apa, apakah pernah mengalami sakit yang berat, dan sebagainya (Muttaqin, 2011).

Perawat perlu mengklarifikasi pengobatan masa lalu dan riwayat alergi, catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu dan penting perawat ketahui bahwa pasien mengacaukan suatu alergi dengan efek samping obat (Muttaqin, 2011).

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian ini dilakukan untuk mendukung keluhan utama seperti menanyakan tentang perjalanan sejak timbul keluhan hingga pasien meminta

pertolongan. Misalnya: sejak kapan keluhan retensi urin dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan. Setiap keluhan utama harus ditanyakan kepada pasien sedetail-detailnya, dan semuanya diterangkan pada riwayat kesehatan sekarang (Muttaqin, 2011).

d. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis pasien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku pasien. Perawat mengumpulkan pemeriksaan awal pasien tentang kapasitas fisik dan intelektual saat ini, yang menentukan tingkat perlunya pengkajian psikososiospiritual yang saksama (Muttaqin, 2011).

e. Fisiologis menurut Nurarif & Kusuma (2015)

Pasien mengalami batuk tidak efektif, pasien mengatakan tidak mampu batuk, pasien mengatakan sulit bicara, pasien mengalami sputum berlebih, pasien mengalami mekonium di jalan nafas, terdapat perubahan frekuensi nafas pada pasien

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang dibuat oleh perawat profesional yang memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan pasien, baik aktual ataupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian. Pernyataan diagnose keperawatan harus jelas, singkat dan lugas terkait masalah kesehatan pasien berikut penyebabnya yang dapat diatasi melalui tindakan keperawatan (Asmadi, 2008).

Gejala dan Tanda Mayor menurut PPNI (2017) yaitu pada data subjektif tidak tersedia. Pada data objektif yaitu batuk tidak efektif, tidak mampu batuk,

sputum berlebih, mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering, mekonium di jalan nafas.

Gejala dan Tanda Minor menurut PPNI (2017) yaitu data subjektif dispnea, sulit bicara, ortopnea. Pada data objektif, gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.

Rumusan diagnose keperawatan adalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas ditandai dengan pasien mengatakan tidak mampu batuk.

3. Perencanaan/intervensi

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)

Tujuan dan kriteria hasil untuk masalah bersihan jalan nafas tidak efektif menurut (Moorhead, 2017) yaitu

Noc

a. Status Pernafasan

Dalam menilai status pernafasan maka dilakukan Inspeksi (melihat), Palpasi (meraba), Perkusi (Mengetuk) dan Auskultasi (Mendengarkan)

Intervensi Keperawatan Yang Disarankan Untuk Menyelesaikan Masalah menurut (Bulechek, 2013) yaitu :

b. Penghisapan Lendir pada Jalan Nafas

Penghisapan lendir pada jalan nafas adalah tindakan membersihkan jalan nafas melalui jalan nafas buatan dengan tujuan menjaga jalan nafas tetap bebas dan mengeluarkan sekret dengan teknik steril

c. Terapi oksigen

Terapi oksigen adalah salah satu cara dari terapi pernafasan dalam mempertahankan oksigenasi jaringan yang adekuat. Tujuan terapi oksigen adalah untuk menurunkan kerja nafas

d. Pengaturan posisi

Pengaturan posisi adalah mengatur pasien dalam posisi yang baik dan mengubah secara teratur dan sistematis.

Menurut (Kozier & Erb, 2002) *nursing activity* pada teknik *suction* yaitu:

1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan.
2. Menjaga privasi pasien
3. Atur posisi pasien sesuai kebutuhan.
4. Siapkan peralatan
5. Pakai alat pelindung diri, kaca mata, masker, dan gaun bila perlu.
6. Memakai sarung tangan steril pada tangan dominan dan sarung tangan tidak steril di tangan nondominan untuk melindungi perawat
7. Pegang *suction* kateter di tangan dominan, pasang kateter ke pipa penghisap.
8. *Suction* kateter tersebut diberi pelumas.
9. Menggunakan ibu jari dari tangan yang tidak dominan, tutup *suction* kateter untuk menghisap sejumlah kecil larutan steril melalui kateter. Hal ini untuk mengecek bahwa peralatan hisap bekerja dengan benar dan sekaligus melumasi lumen kateter untuk memudahkan penghisapan dan mengurangi trauma

jaringan selama penghisapan, selain itu juga membantu mencegah sekret menempel ke bagian dalam *suction* kateter

10. Amati respon pasien untuk mengetahui kecukupan ventilasi pasien.

11. Bereskan alat dan cuci tangan

4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Implementasi dalam melakukan prosedur tindakan suction adalah sebagai berikut:

- a. Tentukan apakah akan melakukan suction terus menerus atau berkala
- b. Observasi tindakan – tindakan pencegahan umum (*universal precautions*)
- c. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien
- d. Siapkan peralatan *suction* yang steril, dan pertahankan teknik steril setiap kali tindakan dilakukan
- e. Siapkan peralatan *suction* yang steril dan jaga teknik secara steril sesuai protocol

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008). Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil dari evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil maka klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika hasil evaluasi belum menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil maka klien

akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut dimulai dari pengkajian ulang (*reassessment*). Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing) . Adapun komponen SOAP yaitu S (*Subjektif*) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (*Objektif*) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) adalah interpretasi dari data subjektif dan objektif, P (*Planing*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya .Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah yang pasien hadapi yang telah di buat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil.

Secara umum evaluasi ditujukan untuk :

- a. Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan
- b. Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum tercapai
- c. Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.

Evaluasi yang diharapkan dapat dicapai pada pasien Stroke Hemoragik dengan bersihan jalan nafas tidak efektif setelah diberikan tindakan teknik suction adalah :

- 1) Mampu untuk mengeluarkan secret
- 2) Sputum yang berlebih bisa keluar

