BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Definisi

Stroke adalah penyakit neurologis yang yang timbul secara mendadak akibat kelainan fungsi otak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak. Stroke Hemoragik merupakan pecahnya pembuluh darah di otak sehingga aliran darah menuju otak menjadi tidak normal dan darah yang keluar akan merembes masuk ke dalam bagian otak lainnya dan merusaknya (Muttaqin, 2012).

Stroke hemoragik merupakan perdarahan yang terjadi apabila lesi vascular intraserebrum mengalami rupture. Perdarahan ini 73% terjadi di ruang Intraserebral. Perdarahan terjadi di daerah pons atau serebelum memiliki prognosis yang buruk karena cepatnya timbul tekanan pada struktur – struktur vital batang otak. Sehingga mempengaruhi kinerja saraf yang mengatur pernafasan (Price & Wilson, 2005).

Hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke Hemoragik di bagi menjadi dua jenis yaitu stroke hemoragik intraserebral yaitu perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak dan hemoragik sub arachnoid merupakan perdarahan yang terjadi pada ruang sub arachnoid (ruang sempit antara permukaan otak lapisan jaringan yang menutupi otak (Amin Huda, Nurarif & Hardi, 2013).

2. Tanda Dan Gejala

Menurut (Junaidi, 2011) tanda dan gejala klinis Stroke Hemoragik adalah sebagai berikut:

a. Tanda dan gejala Perdarahan Intraserebral

1) Sakit kepala, muntah, pusing (vertigo), gangguan kesadaran.

2) Gangguan fungsi tubuh (deficit neurologis), tergantung lokasi perdarahan.

3) Bila perdarahan ke kapsula interna (perdarahan kapsuer), maka akan ditemukan hemiparase kontralateral, hemiplegia, koma (bila perdarahan luas).

4) Persarahan luas/massif ke otak kecil/serebelum maka akan ditemukan ataksia serebelum (gangguan koordinasi), nyeri kepala di oksipital, vertigo, nistagmus, dan disartri.

b. Tanda dan gejala Perdarahan Subarakhnoid

1) Sakit kepala mendadak dan hebat dimulai dari leher.

2) Nausea dan vomiting (mual dan muntah)

3) Fotofobia (mudah silau)

4) Paresis saraf okulomotorius, pupil anisokor, perdarahan retina pada funduskopi.

5) Gangguan otonom (suhu tubuh dan tekanan darah naik)

6) Kaku leher/kuduk (meningismus), bila pasien masih sadar.

7) Gangguan kesadaran berupa rasa kantuk (somnolen) sampai kesadaran hilang.

3. Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang

Menurut (Wijaya & Putri, 2013), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ialah sebagai berikut:

a. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.

b. Lumbal pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada carespiratori ratean lumbal menunjukkan adanya hernoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpaipada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.

c. CT scan.

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi henatoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pemadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

d. MRI

MRI (Magnetic Imaging Resonance) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

e. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

f. EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

4. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Tarwoto & Wartonah, 2015), penatalaksanaan stroke terbagi atas :

a. Penatalaksanaan umum

1) Pada fase akut

a) Terapi cairan, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. The American Heart Association sudah menganjurkan normal saline 50 ml/jam selama jam-jam pertama dari stroke iskemik akut. Segera setelah stroke hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Kedua larutan ini lebih baik pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan hemoestasis kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, larutan rumatan bisa diberikan untuk memelihara hemoestasis elektrolit, khususnya kalium dan natrium.

b) Terapi oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragik mangalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolism otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri

c) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK)

Peningkatan intra cranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, control atau pengendalian tekanan darah

d) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah

e) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG

f) Evaluasi status cairan dan elektrolit

g) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri

h) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi labung dan pemberian makanan

i) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan

j) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan reflex

2) Fase rehabilitasi

a) Pertahankan nutrisi yang adekuat

b) Program manajemen bladder dan bowel

c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)

d) Pertahankan integritas kulit

e) Pertahankan komunikasi yang efektif

f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

g) Persiapan pasien pulang

3) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo- peritoneal bila ada hidrosefalus obstrukis akut.

4) Terapi obat-obatan

a) Antihipertensi : Katropil, antagonis kalsium

b) Diuretic : manitol 20%, furosemid

c) Antikolvusan : fenitoin

Sedangkan menurut Batticaca Fransisca (2008), terapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah pada pasien stroke perdarahan adalah :

a) Antifibrinolitik untuk meningkatkan mikrosirkulasi dosis kecil

(1) *Aminocaproic acid* 100-150 ml% dalama cairan isotonic 2 kali selama 3-5 hari, kemudian 1 kali selama 1-3 hari

(2) Antagonis untuk pencegahan permanen : Gordox dosis pertama 300.000 IU kemudian 100.000 IU 4 kali perhar i IV ; Contrical dosis pertama 30.000 ATU, kemudaian 10.000 ATU 2 kali per hari selama 5-10 hari

b) Natrii Etamsylate (Dynone) 250 mg x 4 hari IV sampai 10 hari

c) Kalsium mengandung obat ; Rutinium, Vicasolum, Ascorbicum

d) Profilaksis Vasospasme

(1) *Calcium-channel antagonis* (Nimotop 50 ml [10 mg per hari IV diberikan 2 mg per jam selama 10-14 hari])

(2) Berikan dexason 8 4 4 4 mg IV (pada kasus tanpa DM, perdarahan internal, hipertensi maligna) atau osmotic diuretic (dua hari sekali Rheugloman (Manitol) 15% 200 ml IV diikuti oleh 20 mg Lasix minimal 10-15 hari kemudian.

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik

1. Definisi bersihan jalan nafas tidak efektif

Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah suatu keadaan dimana individu tidak mampu membersihkan secret atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

2. Tanda dan gejala bersihan jalan nafas tidak efektif

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) tanda dan gejala Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif adalah :

a. Gejala dan tanda mayor.

Objektif

1) Batuk tidak efektif
2) Tidak mampu batuk
3) Sputum berlebih
4) Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering.

b. Gejala dan tanda minor

Subjektif

1) Dispnea
2) Sulit bicara
3) Ortopnea

Objektif

1) Gelisah
2) Sianosis
3) Bunyi napas menurun
4) Frekuensi nafas berubah
5) Pola nafas berubah

3. Faktor Penyebab bersihan jalan nafas tidak efektif

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) penyebab terjadinya Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektifpada pasien Stroke Hemoragikadalah :

a. Spasme jalan nafas

b. Hipersekresei jalan nafas

c. Disfungsi neuromuskuler

d. Benda asing dalam jalan nafas

e. Adanya jalan nafas buatan

f. Sekresi yang tertahan

g. Hyperplasia dinding jalan nafas

h. Proses infeksi

i. Respon alergi

j. Efek agen farmakologis (misalnya anastesi)

4. Penatalaksanaan

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif adalah :

a. Manajemen Jalan Napas

Observasi

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik

1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)

2) Posisikan semi fowler atau fowler

3) Berikan minum 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 forsep McGili

8) Berikan oksigen, *jika perlu*

Edukasi

1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi

2) Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*

b. Pemantauan Respirasi

Observasi

1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas

2) Monitor pola napas (seperti bradipnea, *hiperventilasi*, *kussmaul*, *cheyne-stokes*, *biot*, *ataksik*)

3) Monitor kemampuan batuk efektif

4) Monitor adanya produksi sputum

5) Monitor adanya sumbatan jalan napas

6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru

7) Auskultasi bunyi napas

8) Monitor saturasi oksigen

9) Monitor nilai AGD

10) Monitor hasil *x-ray* toraks

Terapeutik

1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
2) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2) Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*

Selain intervensi diatas , terdapat intervensi inovatif yakni dengan tindakan penghisapan lendir (suction) sehingga nilai saturasi oksigen normal. Oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang paling mendasar yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh, mempertahankan hidup dan aktifitas berbagai organ sel tubuh. Pasien dengan penurunan kesadaran sering mengalami permasalahan pada saluran pernafasan yaitu produksi sekret yang berlebih dimana dapat menghambat aliran udara dari hidung masuk ke paru- paru. Sekret merupakan bahan yang dikeluarkan paru, bronchus, dan trachea melalui mulut. Keadaan abnormal penumpukan sekret pada pasien koma dikarenakan tidak mempunyai reflek batuk yang efektif untuk mengeluarkan sekret. Pasien koma harus dilakukan suction untuk mengeluarkan sekret supaya tidak terjadi penumpukan sekret yang menyebabkan bersihan jalan napas tidak efektif (Nizar, 2017).

Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas napas untuk mempertahankan jalan napas paten. Tanda dan gejala yang muncul meliputi tidak mampu batuk, sputum berlebih, wheezing dan/atau ronkhi kering. Bersihan jalan napas tidak efektif bisa ditangani dengan tindakan keperawatan penghisapan jalan napas napas (suction) (Fadillah, Mustikasar dkk , 2018).

Penghisapan jalan napas merupakan membersihkan sekret dengan memasukkan kateter suction bertekanan negatif kedalam mulut, nasofaring, trakea dan endotracheal tube. Hal ini sesuai dengan Nizar (2017) yang mengatakan bahwa tindakan penghisapan lendir perlu dilakukan pada pasien terutama yang mengalami penurunan kesadaran karena kurang responsif atau yang memerlukan pembuangan sekret oral. Dengan dilakukan tindakan suction diharapkan saturasi oksigen pasien dalam batas normal (>95%).

Wiyoto (2010) mengatakan, Bila tindakan hisap lendir (*suction*) tidak segera dilakukan pada pasien dengan gangguan bersihan jalan nafas maka dapat menyebabkan pasien tersebut mengalami kekurangan suplai O2 (hipoksemia), yang dapat menyebabkan kerusakan otak permanen bila tidak terpenuhi O2 semala 4 menit. Tindakan penghisapan lendir pada jalan napas (suction) merupakan intervensi dan dapat dilakukan pada pasien stroke, gangguan pernafasan yang mengalami gangguan pada bersihan jalan napas.

Menurut penelitian yang dilakukan Agus Budiyono dan Rinellya Agustien (2015) diperoleh hasil analisa menunjukan bahwa setelah pemberian tindakan suction dapat meningkatkan nilai saturasi oksigen.

Puspitasari & Oktariani (2020) yang melakukan penelitian di ruang Intensive Care Unit (ICU). Hasil sudi menunjukkan bahwa pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien stroke dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi yang dilakukan tindakan Suction sebanyak 4 kali dalam rentang waktu 2 jam diperoleh hasil adanya peningkatan nilai saturasi oksigen sebelum dan sesudah dilakukan Suction. Setelah dilakukan Suction mulai hari pertama dengan hari ketiga terjadi peningkatan nilai saturasi oksigen 95% pada suction pertama menjadi 98% pada

suction keempat. Puspitasari & Oktariani (2020) mengatakan tindakan Suction efektif dalam meningkatkan nilai saturasi oksigen, sehingga memenuhi kebutuhan oksigen.

Didukung oleh Sari & Ikbal (2019) yang didapatkan hasil terdapat peningkatan saturasi oksigen perifer pada responden antara sebelum dan sesudah tindakan suction, dengan saturasi nilai rata-rata sebelum suction 93,65% meningat menjadi 97,46% sesudah tindakan suction.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien dengan Stroke Hemoragik

1. Pengkajian Keperawatan

a. Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan atau gejala saat awal dilakukan pengkajian yang menyebabkan pasien berobat (Hidayat, 2021). Pasien stroke dimungkinkan mengalami gangguan transfer oksigen atau *cerebro blood flow (CBF)* menurun sehingga mengakibatkan penurunan perfusi jaringan , sehingga dapat mengakibatkan iskemik (Tobing , 2007) . Pada pasien stroke hemoragik biasanya menunjukan tanda dan gejala seperti sakit kepala, muntah, pusing (vertigo), gangguan kesadaran . dan gangguan fungsi tubuh (deficit neurologis).

b. Pengkajian primer

1) Airway

Mengecek jalan nafas dengan tujuan menjaga jalan nafas disertai control servikal jika dicurigai adanya fraktur servical atau basis cranii. Ukur frekuensi nafas pasien dan dengarkan jika ada nafas tambahan. Kaji adanya sumbatan jalan napas, karena adanya penurunan kesadaran/koma sebagai akibat dari

gangguan transport oksigen ke otak (Mansyur, 2018).

2) *Breathing*

Mengecek pernafasan dengan tujuan mengelola pernafasan agar oksigenasi adekuat. Jika pasien merasa sesak segera berikan terapi oksigen sesuai indikasi. Pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma didapatkan kemampuan batuk yang menurun, peningkatan produksi secret, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas dan peningkatan frekuensi pernafasan .

3) *Circulation*

Mengecek sistem sirkulasi disertai kontrol perdarahan. Kaji adanya kesemutan dibagian ekstremitas, keringat dingin, hipotermi, nadi lemah, tekanan darah menurun. Pada pasien stroke biasanya terjadi peningkatan tekanan darah dan adapat terjadi hipertensi masih (tekanan darah > 200 mmHg).

4) *Disability*

Kaji status umum dan neurologi dengan memeriksa atau cek GCS dan cek reflek pupil. Pada pasien stroke menyebabkan berbagai deficit neurologis , bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat) , ukuran are yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya .

5) *Exposure*

Kaji adanya trauma pada seluruh tubuh pasien. Kaji tanda vital pasien.

a. Pengkajian sekunder

1) Riwayat penyakit (Hidayat, 2021).

a) Riwayat penyakit terdahulu : catatan tentang penyakit yang pernah dialami pasien sebelum masuk rumah sakit.

b) Riwayat penyakit sekarang : catatan tentang riwayat penyakit pasien saat dilakukan pengkajian.

c) Riwayat penyakit keluarga : catatan tentang penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit pasien saat ini.

2) Pemeriksaan fisik (Hidayat, 2021).

a) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher, telinga kadang-kadang berdenging, adakah gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, apakah penglihatan kabur / ganda, diplopia, lensa mata keruh.

b) Sistem integument

Turgor kulit menurun, adanya luka akibat bed rest yang lama , kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

c) Sistem pernafasan

Adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada.

d) Sistem kardiovaskuler

Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi, hipertensi/hipotensi, aritmia, kardiomegalis.

e) Sistem gastrointestinal

Terdapat adanya kesulitan menelan , nafsu makan menurun , mual muntah pada fase akut .Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus .

f) Sistem urinary

Poliuri, retensio urine, inkontinensia urine.

g) Sistem musculoskeletal

Penyebaran lemak, penyebaran masa otot, perubahn tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri.

h) Sistem neurologis

Terjadi penurunan sensoris, parasthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Diagnosis keperawatan dapat dijadikan sebagai dasar dalam pemilihan intervensi untuk menjadi tanggung gugat perawat (Hidayat, 2021). Diagnosa yang diambil adalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskuler ditandai dengan tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing dan atau ronkhi kering, dispnea, gelisah, bunyi nafas menurun,frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah. Bersihan jalan nafas tidak efektif terdapat di kategori fisiologis dan masuk subkategori respirasi.

Bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. Penyebab terjadinya masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif adalah spasme jalan nafas, hipersekresi jalan nafas, disfungsi neuromuskuler, benda asing dalam jalan nafas, adanya jalan nafas buatan, sekresi

yang tertahan, hyperplasia dinding jalan nafas, proses infeksi, respon alergi, efek agen farmakologi. Tanda dan gejala mayor dari bersihan jalan nafas tidak efektif secara objektif yaitu batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing dan atau ronkhi kering. Tanda dan gejala minor bersihan jalan nafas tidak efektif secara subjektif adalah dyspnea, sulit bicara, dan otopnea, sedangkan secara objektif adalah gelisah, sianosis, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas menurun, pola nafas berubah. Kondisi klinis yang terkait dengan bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu gullian barre syndrome, sclerosis multiple, myasthenia gravis, prosedur diagnostic, depresi system saraf pusat, cedera kepala, stroke, kuadriplegia, sindrom aspirasi meconium, infeksi saluran nafas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penialain klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi dan kriteria hasil yang dapat dirumuskan pada pasien stroke hemoragik dengan bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu sebagai berikut :

Table 1
Perencanaan Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	**Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001)** **Definisi** Ketidakmampuan membersihkan secret atau onstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. **Faktor Penyebab** Sekresi yang tertahan **Gejala dan Tanda Mayor** Objektif Tidak mampu batuk Sputum berlebih Mengi, wheezing dan atau ronkhi kering **Gejala dan Tanda Minor** *Subjektif* Dipsnea Sulit bicara *Objektif* Gelisah Bunyi napas menurun Frekuensi napas berubah Pola napas berubah **Kondisi Klinis Terkait** Stroke	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama …. X …. Jam diharapkan **bersihan jalan napas** meningkat dengan kriteria hasil : Produksi sputum menurun Mengi dan wheezing menurun Dyspnea menurun Sulit bicara menurun Gelisah menurun Frekuensi nafas membaik Pola nafas membaik	**Manajemen jalan nafas** *Observasi* Monitor bunyi nafas tambahan Monitor sputum *Terapeutik* Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Berikan oksigen *Edukasi* Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi *Kolaborasi* Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. **Pemantauan respirasi** *Observasi* Monitor pola nafas Monitor adanya produksi sputum *Terapeutik* Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Dokumentasikan hasil pemantauan *Edukasi* jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan informasikan hasil pemantauan

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017);Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018);Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018).

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Hidayat, 2021). Implementasi dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan bersihan jalan nafas tidak efektif adalah sebagai berikut : manajemen jalan nafas, pemantauan repirasi.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dibagi menjadi (Hidayat, 2021) :

a. Evaluasi Formatif : Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon segera pada saat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
b. Evaluasi Sumatif : Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan ditulis pada catatan perkembangan.