

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Cerebro Vasculer Accident atau stroke merupakan hilangnya fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Wijaya & Putri, 2013). Di Indonesia Stroke merupakan salah satu penyebab kematian pertama dan kecacatan neurologis yang tinggi. Dengan banyaknya penderita stroke yang disebabkan karena tekanan darah tinggi/hipertensi merupakan salah satu faktor resiko yang dapat menimbulkan gangguan pembuluh darah ke otak dan dapat terjadi penurunan kesadaran. Pada kejadian tersebut dapat menimbulkan masalah bagi klien termasuk salah satunya ketidakefektifan bersihan jalan nafas karena kondisi pernafasan yang tidak normal akibat ketidakmampuan batuk secara efektif hal ini disebabkan oleh sekresi yang kental atau berlebihan akibat penyakit infeksi, selain itu ketidakefektifan bersihan jalan nafas dapat terjadi karena hipersekresi mukosa saluran pernafasan menghasilkan lendir sehingga partikel-partikel kecil yang masuk bersama udara akan mudah menempel di dinding saluran pernafasan. Hal ini lama-lama akan mengakibatkan terjadinya sumbatan sehingga ada udara yang menejebak di bagian distal saluran nafas . Selain masalah ketidakefektifan bersihan jalan masalah yang mungkin muncul yaitu pada gangguan tubuh terjadi kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara proses berfikir daya ingat, tidak berfungsinya panca indera, dan gangguan tubuh lainnya sebagai akibat dari gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2012).

Berdasarkan data yang diperoleh angka kejadian stroke di Indonesia di perkirakan sebanyak 1.236.825 orang, dan stroke telah menjadi penyebab kematian utama di hampir semua rumah sakit di Indonesia (WHO, 2015). Mengingat jumlah penderita penyakit stroke di Provinsi Jawa

Timur berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) diperkirakan 6,6% dari 190.449 orang, sedangkan berdasarkan gejala 10,5% dari 302.987 orang (Kemenkes RI, 2013). Sedangkan menurut data di RSUD Bangil Pasuruan pada bulan Oktober 120 orang, November 96 orang, dan pada bulan Desember 127 orang sehingga angka kejadian stroke pada tahun 2015 kemarin masih cukup tinggi. (DINKES Pasuruan 2015)

Stroke dapat menyerang siapa saja terutama penderita penyakit-penyakit kronis, seperti tekanan darah tinggi, penyakit jantung diabetes mellitus, obesitas dan penyempitan pembuluh darah atau arterosklerosis. Namun ada beberapa faktor lain yang menyebabkan stroke, kebiasaan pola makan sehari-hari yang banyak mengandung kolesterol, kurang olahraga, peminum alkohol, obat-obatan terlarang dan merokok dapat menyebabkan munculnya kerusakan dinding pembuluh darah sehingga mengakibatkan zat-zat yang terlarut seperti kolesterol dan kalsium akan mengendap dan terjadi penyempitan pembuluh darah. Bila penyempitan pembuluh darah terjadi dalam waktu lama, maka suplai darah ke otak berkurang dan mengakibatkan terjadinya penurunan kesadaran. (Pudiastuti, 2013).

Untuk mempertahankan jalan nafas dapat dilakukan dengan memantau suara nafas, mengajarkan batuk efektif dan fisioterapi dada, memaksimalkan ventilasi, mengeluarkan sekret dengan batuk atau suction dan memonitoring respirasi serta status oksigen. (Nurarif & Kusuma, 2013). Berdasarkan masalah di atas Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah masalah yang harus diatasi, karena akan berakibat fatal dan dapat mengakibatkan sumbatan pada jalan nafas hingga akhirnya dapat menyebabkan kematian. Berdasarkan hal ini peneliti tertarik untuk mengambil judul penelitian asuhan keperawatan klien Cerebro Vasculer Accident atau stroke dengan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di RSUD Bangil Pasuruan.

1.2 Batasan masalah

Asuhan keperawatan Klien yang mengalami Cerebro Vasculer Accident dengan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan disebabkan karena tekanan darah tinggi.

1.3 Rumusan masalah

Bagaimana melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Cerebro Vasculer Accident dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Cerebro Vasculer Accident atau stroke dengan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Cerebro Vasculer Accident atau stroke dengan masalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami Cerebro Vasculer Accident atau stroke dengan masalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan

3. Menyusun perencanaan pada klien yang mengalami Cerebro Vasculer Accident atau stroke dengan masalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan
4. Melaksanakan tindakan pada klien yang mengalami Cerebro Vasculer Accident atau stroke dengan masalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan
5. Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami Cerebro Vasculer Accident atau stroke dengan masalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Bisa menambah wawasan dan keilmuan dalam pemecahan masalah Cerebro vascular Accident atau stroke.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi klien/keluarga klien

Agar keluarga mampu mengetahui dan memahami lebih dini dan dapat menanggulangi lebih awal dari kasus penyakit stroke.

2. Bagi Petugas Kesehatan

Menambah informasi yang berguna bagi petugas kesehatan memberikan asuhan keperawatan pada Klien yang mengalami CVA atau Stroke dengan masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas.

3. Bagi Institusi Pendidikan Stikes Icme

Bisa menambah wawasan serta informasi sebagai referensi untuk penelitian-penelitian lebih lanjut

4. Bagi peneliti Selanjutnya

Menambah wawasan dan informasi mengenai penyakit stroke dan penatalaksanaannya

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar CVA atau Stroke

2.1.1 Definisi

Cerebro Vaskuler Accident atau stroke merupakan kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah kebagian otak (Brunner & Suddart, 2002 dalam Pudiastuti, 2013).

CVA merupakan sindrom Klinis yang awal timbulnya mendadak, Progresif, Cepat berupa defisit Neurologis vokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian. Semata-mata disebabkan oleh peredaran darah otak non traumatik (Wijaya & Putri 2013).

CVA merupakan gangguan peredaran darah di otak menyebabkan fungsi otak terganggu yang dapat mengakibatkan hilangnya kesadaran, kelumpuhan, tidak berfungsinya panca indera, berhentinya nafas yang dapat menyebabkan kematian. (Pudiastuti, 2013).

2.1.2 Klasifikasi

Stroke dapat diklasifikasikan menurut patologi dan gejala kliniknya, yaitu :

1. Stroke Haemorrhagi

Perdarahan otak dibagi dua, yaitu :

- a. Perdarahan Intracerebral
- b. Perdarahan Subarachnoid

2. Stroke Non Haemoraghi (CVA Infark)

- a. TIA (Trans Iskemik Attack)
- b. Stroke Involusi
- c. Stroke Komplit

Faktor resiko Cerebro Vaskuler Accident atau stroke, antara lain hipertensi, penyakit kardiovaskuler, diabetes mellitus, migrain, merokok, narkoba, peningkatan kolesterol, kurang olahraga, obesitas, arterosklersosis, penyakit ginjal, kontrasepsi, seks (Laki-laki lebih 30 % dari pada wanita), riwayat kesehatan keluarga adanya stroke, umur (insiden meningkat sejalan dengan meningkatnya umur), stres emosional dan cara hidup. (Pudiastuti, 2013)

Menurut WHO, dalam *Internasional Statistik Classification Of Diseases And Related*

Health problem 10 tahun Revision,

Stroke dibagi atas :

1. Perdarahan intraserebral (PIS)

Stroke akibat PIS mempunyai gejala prodromal yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan seringkali setiap hari, saat aktivitas, atau emosi/marah. Sifat nyeri kepalanya hebat sekali. Mual dan muntah seringkali terjadi sejak permulaan serangan. Kesadaran biasanya menurun cepat masuk koma (65% terjadi kurang dari setengah jam, 23% antara ½ s,d 2 jam dan 12% terjadi setelah 2 jam, sampai sampai 19 hari)

2. Perdarahan subrachnoid (PSA)

Pada pasien dengan PSA didapatkan gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi. Ada gejala atau tanda rangsangan maningeal. Edema papil terjadi bila ada perdarahan bila ada perdarahan subhialoid karena pecahnya aneurisma pada arteri pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna. Gejala neurologis yang timbul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Manifestasi stroke dapat berupa :

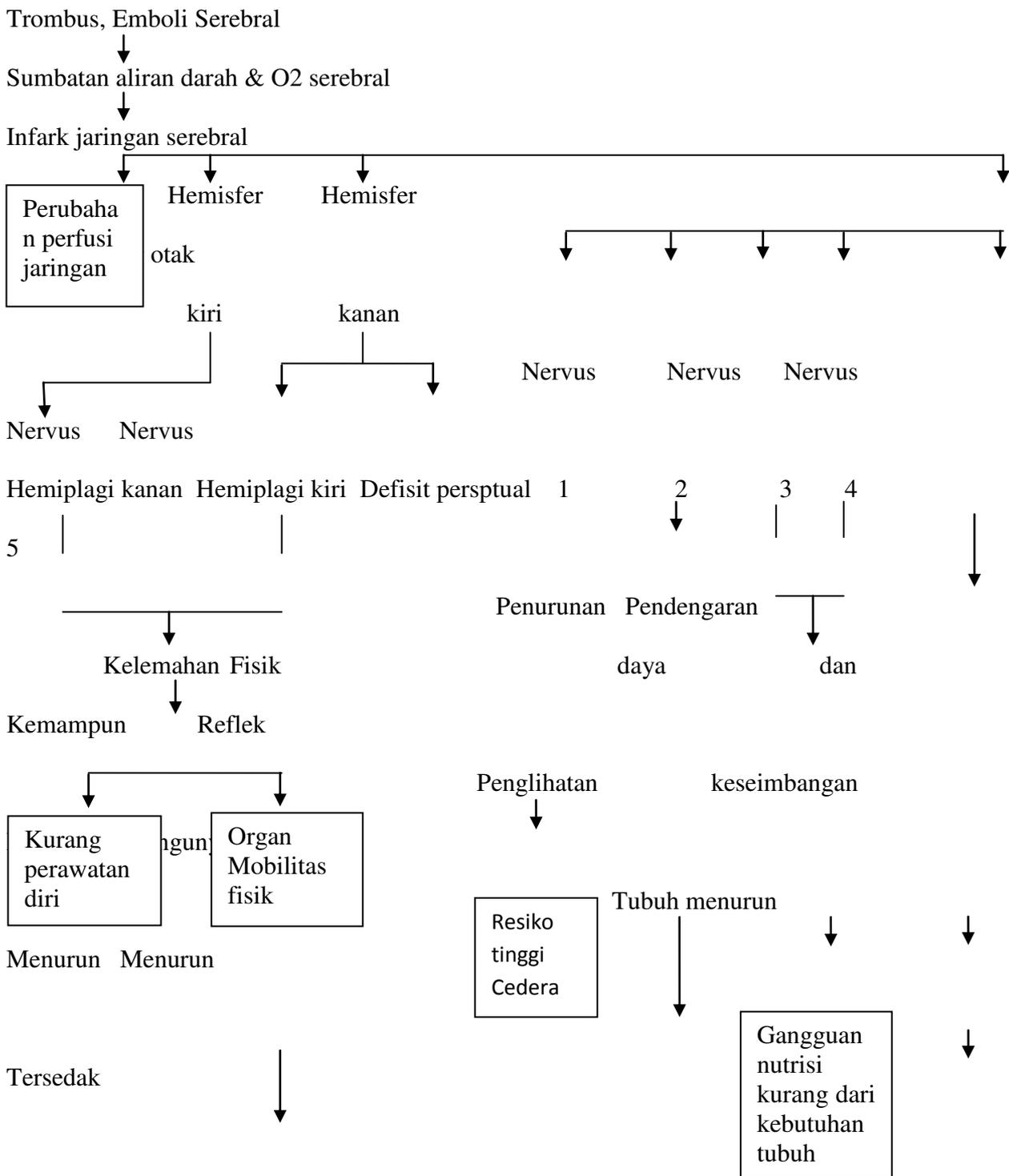
- a. Kelumpuhan wajah dan anggota badan yang timbul mendadak
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
- c. Perubahan mendadak status mental
- d. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan atau kesulitan memahami ucapan)
- e. Ataksia anggota badan
- f. Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala

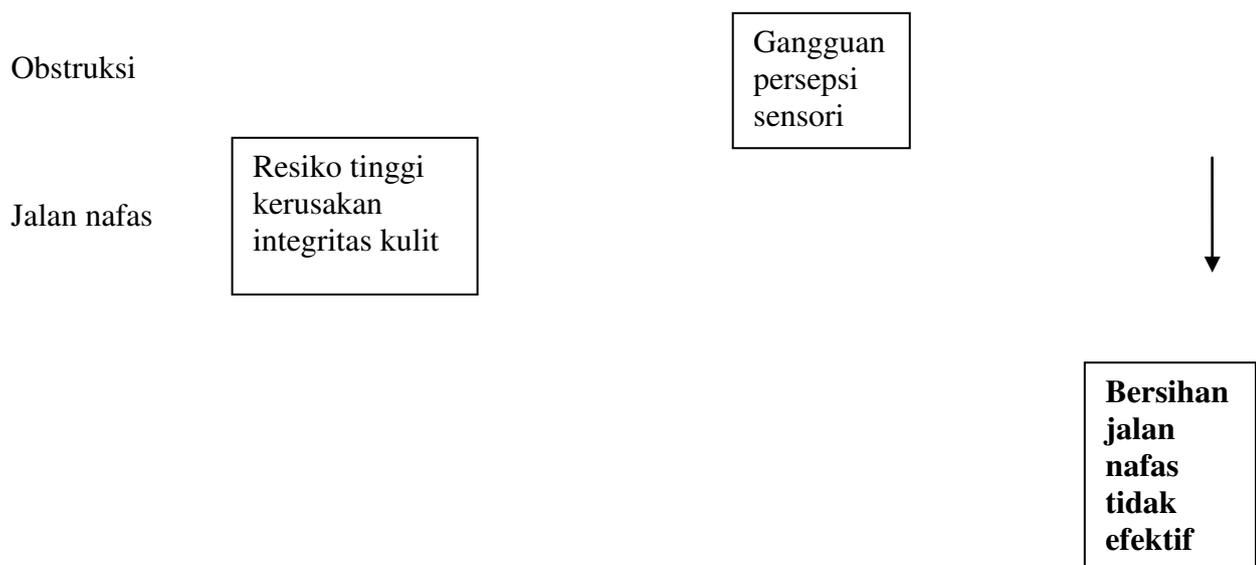
2.1.3 Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena trombus dan embolus. Maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya

mungkin akibat iskemia (karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia karena akibat proses anemia dan kesukaran untuk bernafas. Stroke karena embolus dapat merupakan akibat dari bekuan darah, udara dan ateroma fragmen lemak. Jika etiologi stroke adalah hemorrhagi maka faktor pencetus adalah hipertensi. Abnormalitas vaskuler, aneurisma dapat terjadi ruptur dan dapat menyebabkan hemorrhagi.

WOC CVA atau Stroke (Doenges, 2000 : 270)





2.1.4 Penatalaksanaan Umum :

Menurut Wijaya dan putri (2013) penatalaksanaan stroke dibagi menjadi tiga antara lain:

1. Penatalaksanaan Umum

- a. Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil
- b. Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit bila ada hasil gas darah
- c. Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter
- d. kontrol tekanan darah, pertahankan normal
- e. Suhu tubuh harus dipertahankan

- f. Nutrisi per oral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pemasangan NGT
 - g. Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi
2. Penatalaksanaan Medis
- a. Trombolitik (streptokinase)
 - b. Anti platelet/anti trombolitik (asetosol, ticlopidin, cilostazol, dipiridamol)
 - c. Antikoagulan (heparin)
 - d. Antagonis serotonin (Noftidrofuryl)
 - e. Antagonis calcium (nomodipin, piracetam)
3. Penatalaksanaan Khusus/komplikasi
- a. Atasi kejang (antikonvulsan)
 - b. Atasi tekanan intrakranial yang meninggi 9 manitol, gliserol, furosemid, intubasi steroid, dll
 - c. Atasi dekompresi (kraniotomi)
 - d. Untuk penatalaksanaan faktor resiko
 - e. Atasi hipertensi (anti hipertensi)
 - f. Atasi hiperglikemia (anti hiperglikemia)
 - g. Atasi hiperurisemia (anti hiperurisemia)

2.2 Konsep Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

2.2.1 Definisi

Ketidak mampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas

2.2.2 Batasan Karakteristik

- Perubahan Frekuensi Napas
- Perubahan Pola Napas
- Tidak ada Batuk

2.2.3 Faktor yang berhubungan

Lingkungan

- Perokok
- Perokok Pasif
- Terpajan Asap

Obstruksi Jalan nafas

- Sekresi yang tertahan

Fisiologis

- Disfungsi Neuromuskular
- Infeksi

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian fisik

- Biodata

Pengkajian biodata difokuskan pada :

Umur : Karena usia di atas 55 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya serangan stroke. Jenis kelamin : laki-laki lebih tinggi 30% di banding wanita. Ras : kulit hitam lebih tinggi angka kejadiannya.

- Keluhan utama

Biasanya klien datang ke rumah sakit dalam kondisi : penurunan kesadaran atau koma serta disertai kelumpuhan dan keluhan sakit kepala hebat bila masih sadar.

- Riwayat penyakit dahulu

Perlu di kaji adanya riwayat DM, hipertensi, kelaianan jantung, pernah TIAS, Policitemia karena hal ini berhubungan dengan penurunan penurunan kualitas pembuluh darah otak menjadi menurun.

- Riwayat penyakit sekarang.

Kronologis peristiwa CVA bleeding sering setelah melakukan aktivitas tiba-tiba terjadi keluhan neurologis misal : sakit kepala hebat, penurunan kesadaran sampai koma.

- Riwayat penyakit keluarga

Perlu di kaji mungkin ada anggota keluarga sedarah yang pernah mengalami stroke.

1. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

apabila telah mengalami kelumpuhan sampai terjadinya koma maka perlu klien membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dari bantuan sebagian sampai total. Meliputi :

- a. Mandi
- b. Makan dan minum
- c. Bab/bak
- d. Berpakaian
- e. Berhias
- f. Aktifitas mobilisasi

2. Pemeriksaan fisik dan observasi

a. B1 (Bright / Pernafasan)

Perlu di kaji adanya :

- Sumbatan jalan nafas karena penumpukan sputum dan kehilangan refleks batuk.
- Adanya tanda-tanda lidah jatuh kebelakang
- Auskultasi suara nafas mungkin ada tanda stridor
- Cacat jumlah dan irama nafas

b. B2 (Blood / sirkulasi)

Deteksi adanya : Tanda-tanda peningkatan TIK yaitu peningkatan Tekanan Darah disertai dengan pelebaran nadi dan penurunan jumlah nadi.

c. B3 (Brain / Persyarafan, otak)

Kaji adanya keluhan sakit kepala hebat, periksa adanya pupil unilateral, observasi tingkat kesadaran.

d. B4 (Bladder / Perkemihan)

Tanda-tanda inkontinesia uri.

e. B5 (Bowel / Pencernaan)

Tanda-tanda inkontinesia alfi.

f. B6 (Bone / Tulang Integumen)

Kaji adanya kelumpuhan atau kelemahan. Tanda-tanda decubitus karena tirah baring lama. kekuatan otot.

3. Sosial interaksi

Biasanya di jumpai tanda kecemasan karena ancaman kematian diekspresikan dengan menangis, klien dan keluarga sering bertanya tentang pengobatan dan kesembuhannya.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel Intervensi Keperawatan Menurut Nanda NIC-NOC 2015-2017

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : Ketidakmampuan membersihkan	NOC 1. Respiratory Status : Airway Patency a. Tekanan	NIC 1. Manajemen Jalan Nafas : a. Buka jalan nafas dengan teknik	1. Mengetahui tingkat gangguan yang terjadi dan membantu

<p>sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas.</p> <p>1) Batasan karakteristik Batuk Yang tidak efektif</p> <p>2) Perubahan frekuensi napas</p> <p>3) Perubahan pola napas</p> <p>4) Tidak ada batuk</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>Lingkungan</p> <p>a) Perokok</p> <p>b) Perokok Pasif</p> <p>c) Terpajan asap</p> <p>Obstruksi Jalan Napas :</p>	<p>parsial oksigen di darah arteri (PaO)</p> <p>b. Tekanan parsial karbondio ksida di darah arteri (PaCO₂)</p> <p>c. PH arteri</p> <p>d. Saturasi oksigen</p> <p>e. Tidal Karbondio ksida akhir</p> <p>f. Hasil Rontgen dada</p> <p>g. Keseimbangan ventilasi</p>	<p>chin lift atau jaw thrust</p> <p>b. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>c. Lakukan fisioterapi dada</p> <p>d. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lendir</p> <p>e. Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan.</p> <p>2. Manajemen</p>	<p>dalam menentukan intervensi yang akan diberikan</p> <p>2. Mencegah obstruksi atau aspirasi. Penghisapan dapat diperlukan bila klien tak mampu mengeluarkan sekret sendiri</p> <p>3. menunjukkan keparahan dari gangguan respirasi yang terjadi dan menentukan intervensi yang akan diberikan</p>
---	--	---	---

<p>a) sekresi yang tertahan</p> <p>Fisiologis :</p> <p>a. Disfungsi Neuromuskular</p> <p>Infeksi</p>	<p>dan perfusi</p> <p>Penilaian :</p> <p>1) Devisiasi berat dari kisaran normal : 1</p> <p>2) Devisiasi yang cukup berat dari kisaran normal : 2</p> <p>3) Devisiasi sedang dari kisaran normal : 3</p> <p>4) Devisiasi ringan dari kisaran normal : 4</p> <p>5) Tidak ada devisiasi dari kisaran normal : 5</p> <p>2. Respiratory Status : Ventilasi</p> <p>a. Frekuensi</p>	<p>Ventilasi mekanik: Invasif</p> <p>a. Monitor apakah ada terdapat gagal nafas</p> <p>b. Monitor tekanan ventilator, sinkronisasi pasien/ventilator dan suara nafas</p> <p>c. Hentikan memberikan makan lewat NGT selama tindakan suksion dan 30-60 menit sebelum fisioterapi dada</p> <p>d. Monitor adanya penurunan volume yang dihembuskan dan peningkatan</p>	<p>4. Meringankan kerja paru untuk memenuhi kebutuhan oksigen serta memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh</p>
--	--	---	--

	<p>pernafasan</p> <p>b. Irama pernafasan</p> <p>c. Kedalaman inspirasi</p> <p>d. Suara perkusi nafas</p> <p>e. Volume tidal</p> <p>f. Kapasitas vital</p> <p>g. Hasil rontgen dada</p> <p>h. Tes faal paru</p> <p>Penilaian :</p> <p>1) Devisiasi berat dari kisaran normal : 1</p> <p>2) Devisiasi yang cukup berat dari kisaran normal : 2</p> <p>3) Devisiasi sedang dari kisaran normal : 3</p>	<p>tekanan pernafasan</p> <p>3. Monitor Pernafasan :</p> <p>a. Monitor kecepatan,irama ,kedalaman dan kesulitan bernafas</p> <p>b. Monitor suara nafas tambahan seperti ngorok/mengi</p> <p>c. Auskultasi suara nafas, catat area dimana terjadi penurunan/tidak adanya ventilasi dan keberadaan suara nafas</p> <p>d. Kaji perlunya penyedotan pada jalan dengan</p>	
--	---	--	--

	<p>4) Devisiasi ringan dari kisaran normal : 4</p> <p>5) Tidak ada devisiasi dari kisaran normal : 5</p> <p>3. Status pernapasan : kepatenan jalan napas</p> <p>a. Frekuensi pernafasan</p> <p>b. Irama Pernafasan</p> <p>c. Kedalaman Inspirasi</p> <p>d. Kemampuan untuk mengeluarkan sekret</p> <p>Penilaian :</p> <p>1) Devisiasi berat</p>	<p>auskultasi suara</p> <p>nafas ronki di paru</p>	
--	--	--	--

	<p>dari kisaran normal : 1</p> <p>2) Devisiasi yang cukup berat dari kisaran normal : 2</p> <p>3) Devisiasi sedang dari kisaran normal : 3</p> <p>4) Devisiasi ringan dari kisaran normal : 4</p> <p>5) Tidak ada devisiasi dari kisaran normal : 5</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Menunjukkan bersihan jalan napas yang efektif yang dibuktikan oleh, pencegahan</p>		
--	---	--	--

	aspirasi, status pernapasan : ventilasi tidak terganggu dan status pernapasan : kepatenan jalan napas		
--	---	--	--

2.3.4 Implementasi

Merupakan pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yaitu, validasi rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan askep dalam pengumpulan data.

2.3.5 Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan rencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara melibatkan pasien dan sesama tenaga kesehatan.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain yang digunakan adalah studi kasus, yaitu studi yang mengeksplorasi satu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Klien Cerebro Vasculer Accident Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruhan.

3.2. Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian maka peneliti sangat perlu menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus penelitian studi kasus ini. Pada judul Asuhan Keperawatan Pada Klien Cerebro Vasculer Accident Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruhan, penyusun studi kasus telah menjabarkan tentang konsep CVA atau Stroke dan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas, sebagai berikut :

3.2.1 Asuhan Keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan melalui metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus-menerus serta berkesinambungan dimulai dari Pengkajian (Pengumpulan Data, Analisis Data, dan Penentuan Masalah) Diagnosis Keperawatan, Pelaksanaan, dan Penilaian, Tindakan Keperawatan (evaluasi).

3.2.2 Klien adalah seorang individu yang mencari atau menerima perawatan medis. Klien dalam studi kasus ini adalah 2 klien dengan masalah keperawatan dan diagnosa yang sama.

3.2.3 Cerebro Vaskuler Accident atau stroke merupakan kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah kebagian otak (Brunner & Suddart, 2002 dalam Pudiastuti, 2013).

3.2.4 Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas adalah inspirasi dan ekspirasi yang tidak memeberikan ventilasi yang adekuat (NANDA, 2015).

3.3. Partisipan

Subyek yang digunakan adalah 2 klien (2 kasus) dengan masalah keperawatan dan diagnosis medis yang sama, yaitu klien CVA atau Stroke Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi yang digunakan dalam penyusunan KTI studi kasus adalah di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan di mulai dari Bulan Januari sampai Bulan Maret. Lokasi ini beralamat di Jl. Raya Raci-Bangil, Masangan, Bangil, Pasuruhan, Jawa Timur.

3.5. Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah:

- 1) Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien), keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya)
- 2) Observasi dan Pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA : Inspeksi,Palpasi, Perkusi, Auskultasi) pada system tubuh klien
- 3) Studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostic dan data lain yang relevan

3.6. Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Uji keabsahan data dilakukan dengan :

- 1) Memperpanjang waktu pengamatan.

Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7. Analisa Data

Analisa data adalah data yang dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan

dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

Urutan dalam analisis adalah :

- 1) Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen).

Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

- 2) Mereduksi data

- 3) Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data

subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4) Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data

yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

3.8. Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian izin dari institusi untuk melakukan penelitian. Setelah mendapatkan izin barulah melakukan penelitian dengan

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

- 1) *Informed Consent* (persetujuan menjadi Responden), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengemban ilmu.
- 2) *Anonymity* (tanpa nama), dimana subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden atau tanpa nama.
- 3) *Confidentiality* (kerahasiaan), Kerahasiaan yang diberikan kepada responden dijamin oleh peneliti.

BAB 1V
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengkajian dilakukan di RSUD Bangil Pasuruan di Jl. Raya Raci-Bangil, Masangan, Bangil, Pasuruhan, Ruang HCU terdapat 10 unit bed, klien 1 berada di bed nomor 7 dan klien 2 berada di Bed nomor 10.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama	Ny. H	Tn. F
Umur	45 th	71 th
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Wiraswasta
Status Perkawinan	Sudah Menikah	Sudah Menikah
Alamat	Beji Pasuruan	Jl. Anggur Bangil Pasuruan
Suku/Bangsa	Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Tanggal MRS	12 Maret 2017	18 Maret 2017
Tanggal pengkajian	20 Maret 2017	20 Maret 2017
Jam Masuk	15.00 wib	06.35 wib
No. RM	06-36-X-X	21-20-X-X
Diagnosa Masuk	CVA/Stroke	CVA/Stroke

2) Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	KLIEN 1	KLIEN 2
------------------	---------	---------

Keluhan Utama		Klien mengeluh sesak nafas	Klien mengeluh sesak nafas
Riwayat sekarang	penyakit	Klien datang lewat IGD pada jam 15.00 wib dengan keluhan penurunan kesadaran dan sesak nafas juga ekstermitas sebelah kanan lemah dan saat ini klien di rawat inap diruang HCU bed 7	Klien datang lewat IGD pada jam 06.35 wib dengan keluhan penurunan kesadaran saat bangun dari tidur dan mengalami kelemahan seluruh badan dan juga sesak nafas. Saat ini klien dirawat inap diruang HCU bed 10
Riwayat Dahulu	Penyakit	Keluarga klien mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit Hipertensi	Keluarga klien mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit Hipertensi dan Diabetes Mellitus
Riwayat Keluarga	Penyakit	Keluarga klien mengatakan bahwa keluarga klien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien	Keluarga klien mengatakan bahwa keluarga klien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien
Riwayat Psikososial		1.Respon pasien terhadap penyakitnya : Ny.H menganggap penyakit ini	1. Respon pasien terhadap penyakitnya :

sudah cobaan dari Tuhan

1. Pengaruh penyakit terhadap perannya dikeluarga : Ny.H hanya berbaring lemah ditempat tidur dan tidak bisa melakukan aktifitasnya sebagai ibu rumah tangga

Tn.F menganggap penyakit ini sudah cobaan dari Tuhan

2. Pengaruh penyakit terhadap perannya dikeluarga : Tn.F hanya bisa berbaring lemah ditempat tidur dan tidak bisa kembali bekerja

Riwayat Spiritual

Klien tetap bersyukur dengan keadaannya saat ini walaupun sedang sakit selalu berdoa untuk kesembuhannya dan klien tidak melakukan ibadah selama dirumah sakit

Klien walaupun sedang sakit selalu berihitir lahir batin akan kesembuhannya dan klien jarang melakukan ibadah selama dirumah sakit.

3. Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan sistem)

POLA KESEHATAN	KLIEN 1	KLIEN 2
Pola manajemen kesehatan	Keluarga klien mengatakan sebelum klien dirawat di rumah sakit klien sudah pernah dirawat di RSUD Bangil dengan keluhan yang sama.	Keluarga klien mengatakan bahwa klien sudah sering datang ke klinik untuk mengecek darah tingginya dan juga gula darahnya sampai klien dirawat inap di RSUD Bangil karena penurunan kesadaran
Pola Nutrisi	Keluarga klien mengatakan sebelum klien dirawat dirumah sakit nafsu makan klien teratur 3xsehari dan minum 1500 ml/hari dan saat dirumah sakit pasien hanya memakai selang NGT dengan kebutuhan susu bubuk 100 cc 3xsehari	Keluarga klien mengatakan sebelum klien dirawat di rumah sakit klien makan 3xsehari dan minum 2000 ml/hari sedangkan saat dirumah sakit klien memakai selang NGT dengan kebutuhan susu bubuk 100 cc 3xsehari
Pola Eliminasi	Keluarga klien mengatakan saat dirumah BAK 4xsehari warna kuning jernih dan BAB 1xsehari bau khas feses sedangkan saat dirumah sakit klien memakai kateter urine dengan pengeluaran 1500 cc/hari dan BAB 50 cc/hari	Keluarga klien mengatakan saat dirumah BAK bisa 4-5xsehari warna kuning jernih dan BAB 2xsehari bau khas feses sedangkan saat dirumah sakit klien memakai kateter urine dengan pengeluaran 2500 cc/hari dan BAB 70 cc/hari
Pola Istirahat-tidur	Keluarga klien mengatakan saat dirumah klien istirahat 5-7 jam/hari sedangkan dirumah sakit klien tidak sadar	Keluarga klien mengatakan saat dirumah klien istirahat 6-7 jam/hari sedangkan dirumah sakit klien tidak sadar
Pola Aktivitas	Saat klien dirumah Klien selalu melakukan aktivitasnya sendiri Tetapi saat di rumah sakit semua	Saat klien dirumah Klien selalu melakukan aktivitasnya sendiri

aktivitas dibantu keluarganya.

Tetapi saat di rumah sakit semua aktivitas dibantu keluarganya.

4. Pemeriksaan fisik (pendekatan head to toe/pendekatan sistem)

OBSERVASI	KLIEN 1	KLIEN 2
S	37 ⁴ C	36 C
N	112x/menit	99x/menit
TD	160/100 mmhg	130/90 mmhg
RR	28x/menit	25x/menit
SpO	92%	102%
GCS	4-4-6	3-5-5
	Sopor	Sopor
Pemeriksaan (B6)		
B1 Breathing	Ny. H sesak nafas, klien oksigenasi 10 liter/menit, adanya pernafasan cuping hidung, penggunaan otot bantu nafas, RR : 28x/menit, bentuk dada simetris, adanya suara nafas tambahan yaitu ronchi, pola nafas kusmaul (dalam dan dangkal), refleks batuk lemah, irama nafas tidak teratur	Tn. F sesak nafas, klien oksigenasi 6 liter/menit, adanya pernafasan cuping hidung, penggunaan otot bantu nafas, RR 25x/menit, bentuk dada simetris, gerakan pernafasan ekspansi dada yang simetris, adanya suara nafas tambahan yaitu ronchi, pola nafas kusmaul (dalam dan dangkal), refleks batuk lemah, irama nafas tidak teratur.
B2 Bleeding	Pada pemeriksaan ini tidak terdapat nyeri dada, irama irama jantung teratur, CRT<3 detik, konjungtiva pucat dan tidak ada bendungan JVP, TD : 160/100 mmHg, N : 112x/menit	Pada pemeriksaan ini tidak terdapat nyeri dada, irama jantung teratur, CRT< dari 3 detik, konjungtiva pucat dan tidak ada bendungan JVP, TD : 130/90 mmHg, N : 99x/menit
B3 Brain	Kesadaran klien sopor, GCS : 4-4-6, ada keluhan nyeri kepala dengan skala 4 (sedang), tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada gangguan pendengaran, pupil isokor, tidak ada nyeri tekan. Pengkajian saraf cranial N I Olfaktorius : Tidak ada gangguan penciuman N II Optikus : Tidak ada gangguan penglihatan N III Oklumotorius, N IV Troklearis, N V Trigemini dan N IV abducent : Tidak terjadi gangguan. N VII Fasialis : Wajah simetris N VIII Vestibulokoklearis : Tidak ada gangguan pendengaran N IX Glusofaringeus dan N X Vagus : Terjadi kesulitan menelan. N XII Hipoglossus : Lidah tidak	Kesadaran Klien sopor, GCS 3-5-5, tidak ada keluhan pusing, pupil isokor, tidak ada nyeri tekan. Pengkajian saraf cranial N I Olfaktorius : Tidak ada gangguan penciuman N II Optikus : Tidak ada gangguan penglihatan N III Oklumotorius, N IV Troklearis, N V Trigemini dan N IV abducent : Tidak terjadi gangguan. N VII Fasialis : Wajah simetris N VIII Vestibulokoklearis : Tidak ada gangguan pendengaran N IX Glusofaringeus dan N X Vagus : Terjadi kesulitan menelan. N XII Hipoglossus : Lidah tidak terjadi deviasi pada salah satu sisi, pergerakan lidah normal.

terjadi deviasi pada salah satu sisi, pergerakan lidah terganggu.

B4 Bladder	Tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, terpasang kateter, warna kuning kecoklatan, volume kurang lebih 1000 ml/hari	Tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, terpasang kateter, warna kuning kecoklatan, volume kurang lebih 1000 ml/hari								
B5 Bowel dan Reproduksi	Ny. H tidak terdapat nyeri telan, mukosa bibir kering, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada mual maupun muntah, terpasang NGT dan bising usus 10x/menit. Selama di RS Ny. H belum BAB sama sekali TB : 150 cm BB : 98 kg	Tn. F tidak terdapat nyeri telan, mukosa bibir kering, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada mual maupun muntah, terpasang NGT dan bising usus 13x/menit. Selama di RS Klien BAB 1x/hari dengan jumlah sedikit, warna kecoklatan dan berbau khas, TB : 158 cm BB : 55 kg.								
B6 Bone Muskuloskeletal Data Psiko sosial Spiritual	<p>Terpasang infus PZ 20 tetes/menit di ekstermitas superior sinistra, pergerakan sendi terbatas, terjadi kelemahan seluruh badan, tidak ada kelainan ekstermitas, tidak ada fraktur, akral hangat</p> <p>Tonus otot</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="padding: 2px 10px;">3</td><td style="padding: 2px 10px;">3</td></tr> <tr><td style="padding: 2px 10px;">3</td><td style="padding: 2px 10px;">3</td></tr> </table> <p>Ny. H dirumah selalu beribadah dan jarang dan saat dirumah sakit Ny. H hanya bisa pasrah ditempat tidurnya.</p>	3	3	3	3	<p>Terpasang infus RL 14 tetes/menit di ekstermitas superior sinistra, pergerakan sendi terbatas, ekstermitas sebelah kanan lemah, tidak ada kelainan ekstermitas, tidak ada fraktur, akral hangat.</p> <p>Tonus otot</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="padding: 2px 10px;">3</td><td style="padding: 2px 10px;">5</td></tr> <tr><td style="padding: 2px 10px;">2</td><td style="padding: 2px 10px;">5</td></tr> </table> <p>Tn. F dirumah selalu beribadah dan interaksi dengan masyarakat sangat baik dan saat dirumah sakit Tn. F hanya bisa pasrah ditempat tidurnya.</p>	3	5	2	5
3	3									
3	3									
3	5									
2	5									

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Diagnostik pada Ny.H

Pemeriksaan Diagnostik pada Tn.F

1. Laboratorium : Terlampir

1. Laboratorium : Terlampir

2. Pemeriksaan Laboratorium :

2. Pemeriksaan Laboratorium :

Tgl 12-03-2017 20:11 wib

18-03-2017 08:08 wib

PEMERIKSAAN	HASIL		NILAI NORMAL	
	KLIEN 1	KLIEN 2	KLIEN 1	KLIEN 2
Hematologi Darah Lengkap				
- Hemoglobin	13,20	13,90	12,0-16,0	13,5-18,0
- Lekosit	18,8	10,9	3,70-10,1	3,70-10,1
- Hematrokrit	L 35,60	40,30	38-47	40-54
- Eritrosit	4,280	4,890	4,2-11,0	4,6-6,2
- Hitung jenis				
• Eosinofil	0,0	2,9	0,600-7,30	0,600-7,30

• Basofil	0,1	0,1	0,00-1,70	-
• Batang	-	-	-	-
• Segmen	-	-	-	-
• Limfosit	L 3,9	L 15,1	18,0-48,3	18,0-48,3
• Monosit	5,1	6,5	4,40-12,7	4,40-12,7
Kimia klinik				
- Glukosa darah sewaktu	152	135	< 200	< 200
- Kreatinin serum	H 1,035	1,440	0,6-1,0	

TERAPI

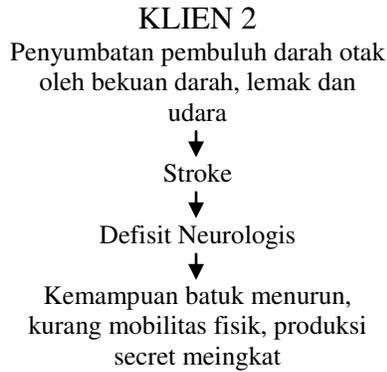
KLIEN 1		KLIEN 2	
Infus PZ	20 tpm	Infus RL	14 tpm
Inj.Ceftriaxone	2x1 gr (IV)	Inj.Ceftriaone	2x1 gr (IV)
Inj.Kalneco	1x1gr (IV)	Inj.Branet	2x500 (IV)
Inj.Ketorolax	3x1 mg (IV)	Inj.Kalneco	1x1 gr (IV)
Inj.Topazol	2 cc/Jam	Inj.Omeprazole	1x40 mg (IV)
Inj.Citicolin	3x250 mg (IV)	Inj.Topazol	1x40 mg
O2 Masker	10 lite/menit	O2 Masker	6 liter/menit

4.1.3 ANALISA DATA

DATA	ETIOLOGI KLIEN 1	MASALAH
Data Subyektif : Klien sesak nafas Data Obyektif : Keadaan Umum : Lemah Kesadaran Sopor GCS 4-4-6 Klien tampak sesak Sputum tidak tampak pada mulut dan hidung Klien terpasang oksigenasi 10 liter/menit Klien bedrest Suara nafas ronchi Reflek batuk lemah TTV : TD 160/100 mmHg S : 37,4 C N : 112x/menit RR : 28x/menit SpO : 92% Hemiparase seluruh badan Tonus otot	Penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara ↓ Stroke ↓ Defisit Neurologis ↓ Kemampuan batuk menurun, kurang mobilitas fisik, produksi secret meingkat	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

3	3
---	---

Data Subyektif : Klien sesak nafas
 Data Obyektif :
 Keadaan Umum : Lemah
 Kesadaran Sopor GCS 3-5-5
 Klien tampak sesak
 Sputum tidak tampak pada mulut dan hidung
 Klien terpasang oksigenasi 6 liter/menit
 Klien bedrest
 Suara nafas ronchi
 Reflek batuk lemah
 TTV :
 TD 130/90 mmHg
 S : 36 C
 N : 99x/menit
 RR : 25x/menit
 SpO : 102%
 Hemiparase seluruh badan
 Tonus otot



Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

3	5
2	5

4.1.4 DIAGNOSA KEPERAWATAN

DATA	ETIOLOGI	PROBLEM (MASALAH)
Klien 1 Data Subyektif : Klien sesak nafas Data Obyektif : Keadaan Umum : Lemah Kesadaran Sopor GCS 4-4-6 Klien tampak sesak Sputum tidak tampak pada mulut dan hidung Klien terpasang oksigenasi 10 liter/menit Klien bedrest Suara nafas ronchi Reflek batuk lemah TTV : TD 160/100 mmHg S : 37,4 C N : 112x/menit RR : 28x/menit SpO : 92% Hemiparase seluruh badan Tonus otot	Ketidak efektifan bersihan jalan nafas	Penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara ↓ Stroke ↓ Defisit Neurologis ↓ Kemampuan batuk menurun, kurang mobilitas fisik, produksi secret meingkat

3	3
3	3

Klien 2

Data Subyektif : Klien sesak nafas

Data Obyektif :

Keadaan Umum : Lemah

Kesadaran Sopor GCS 3-5-5

Klien tampak sesak

Sputum tidak tampak pada mulut dan hidung

Klien terpasang oksigenasi 6 liter/menit

Klien bedrest

Suara nafas ronchi

Reflek batuk lemah

TTV :

TD 130/90 mmHg

S : 36 C

N : 99x/menit

RR : 25x/menit

SpO : 102%

Hemiparase seluruh badan

Tonus otot

3	5
2	5

Ketidak efektifan bersihan jalan nafas

Penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara

↓
Stroke

↓
Defisit Neurologis

↓
Kemampuan batuk menurun, kurang mobilitas fisik, produksi secret meingkat

4.1.5 INTERVENSI KEPERAWATAN

DIAGNOSA KEPERAWATAN (TUJUAN, KRITERIA HASIL)	NOC	NIC
Klien 1 (Ny. H) Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret	<i>Noc</i> Tujuan : Setelah dilakukan perawatan 3x24 Jam Diharapkan bersihan jalan nafas klien menjadi efektif dengan kriteria hasil : 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (Klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi nafas dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Mampu Mengidentifikasi	<i>Nic</i> 1. Monitor vital sign 2. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Monitor status oksigen klien 4. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 5. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 6. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning 7. Kolaborasi engan dokter tentang pemberian obat dan terapi

dan mencegah faktor yang menghambat jalan nafas

Klien 2

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret

Noc

Tujuan : Setelah dilakukan perawatan 3x24 Jam Diharapkan bersihan jalan nafas klien menjadi efektif dengan kriteria hasil :

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (Klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi nafas dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)

Mampu Mengidentifikasi dan mencegah faktor yang menghambat jalan nafas

Nic

1. Monitor vital sign
2. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi
3. Monitor status oksigen klien
4. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
5. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
6. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning

Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat dan terapi

4.1.6 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	20 Maret 2017	21 Maret 2017	22 Maret 2017
Klien 1 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret	<p>Implementasi</p> <p>08.00 Melakukan BHSP</p> <p>08.15 Memonitor vital sign</p> <p>09.00 Memposisikan Klien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>09.30 Memonitor status oksigen</p> <p>10.20 Melakukan auskultasi suara nafas</p> <p>11.10 Berkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat dan terapi</p>	<p>Implementasi</p> <p>08.15 Memonitor vital sign</p> <p>08.30 Memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>09.20 Memonitor status oksigen</p> <p>09.40 Melakukan auskultasi suara nafas</p> <p>10.00 Melakukan oral Hygine</p> <p>11.20 Berkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat dan terapi</p>	<p>Implementasi</p> <p>08.00 Memonitor vital sign</p> <p>08.20 Memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>09.00 Memonitor status oksigen</p> <p>09.50 Melakukan auskultasi suara nafas</p> <p>10.00 Melakukan oral Hygine</p> <p>11.15 Berkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat dan terapi</p>
Klien 2 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret	<p>08.00 Melakukan BHSP</p> <p>08.15 Memonitor vital sign</p> <p>09.00 Memposisikan klien untuk</p>	<p>08.15 Memonitor vital sign</p> <p>08.30 Memposisikan klien untuk memaksimalkan</p>	<p>08.00 Memonitor vital sign</p> <p>08.20 Memposisikan klien untuk memaksimalkan</p>

	memaksimalkan ventilasi	09.20Memonitor status oksigen	ventilasi	09.00Memonitor status oksigen	ventilasi
09.30	Memonitor status oksigen	09.40Melakukan auskultasi suara nafas	status	09.50Melakukan auskultasi suara nafas	status
10.20	Melakukan auskultasi suara nafas	10.00Melakukan Hygine	suara	10.00Melakukan Hygine	suara
11.10	Berkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat dan terapi	11.20Berkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat dan terapi	oral	11.15Berkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat dan terapi	oral

4.1.7 EVALUASI KEPERAWATAN

Evaluasi	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Klien 1 Diagnosa Keperawatan : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	S : Klien sesak nafas O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Sopor, GCS : 4-4-6, O2 masker sederhana 10 liter/menit, Ronchi, sesak, reflek batuk menurun TD : 160/100 mmHg N : 112x/menit S : 37 ^o 4 C RR : 28x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	S : Klien sesak nafas O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Sopor, GCS : 4-4-6, O2 masker sederhana 10 liter/menit, Ronchi, Sputum tampak pada mulut, reflek batuk menurun TD : 160/100 mmHg N : 88x/menit S : 37 ^o 1 C RR : 24x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	S : Klien mengatakan sesaknya berkurang O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Sopor, GCS : 4-4-6, O2 masker sederhana 10 liter/menit, Ronchi, Sputum tampak pada mulut, sesak, reflek batuk menurun TD : 130/90 mmHg N : 95x/menit S : 37 ^o C RR : 23x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
Klien 2 Diagnosa Keperawatan : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	S : Klien sesak nafas O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Sopor, GCS : 3-5-5, terpasang O2 masker sederhana 6 liter/menit, Ronchi, sesak, reflek batuk menurun TD : 130/90 mmHg N : 99x/menit S : 36 C RR : 25x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	S : Klien masih sesak nafas O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Sopor, GCS : 3-2-5, terpasang O2 masker sederhana 6 liter/menit, Ronchi, sputum tampak pada mulut, sesak, reflek batuk menurun TD : 140/90 mmHg N : 88x/menit S : 36 ^o 3 C RR : 24x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	S : Klien masih sesak nafas O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Sopor, GCS : 3-2-5, terpasang O2 masker sederhana 8 liter/menit, Ronchi, sputum tampak pada mulut, sesak, reflek batuk menurun TD : 140/90 mmHg N : 85x/menit S : 36 ^o 5C RR : 24x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan

4.2 PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang analisa antara studi kasus asuhan keperawatan klien yang mengalami Cerebro Vasculer Accident dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

Cerebro Vasculer Accident atau Stroke merupakan kerusakan pada otak yang terjadi ketika aliran atau suplai darah ke otak terhambat oleh adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah (Pudiasuti, 2013).

4.2.1 PENGKAJIAN

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu (klien). Oleh karena itu pengkajian yang benar, akurat, lengkap, dan sesuai dengan kenyataan sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu, sebagaimana yang telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan dari *American Nursing Association* (ANA) (Nursalam, 2008). Pengkajian merupakan tahap awal dari suatu proses keperawatan, kegiatan yang dilakukan pada tahap tersebut adalah mengumpulkan data, seperti riwayat keperawatan, Pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan data sekunder lainnya meliputi : catatan, hasil pemeriksaan diagnostik, dan literatur, pengumpulan data dilakukan antara tanggal 20 Maret sampai dengan 22 Maret 2017 dengan wawancara, observasi langsung serta pemeriksaan fisik

1. Data Subjektif

Pada tinjauan kasus klien cerebro vasculer accident (CVA) dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas didapatkan klien 1 mengalami sesak, penurunan kesadaran, kelemahan seluruh anggota badan, sedangkan klien 2 mengalami sesak, penurunan kesadaran dan dan kelemahan sebagian anggota badan.

Menurut Mansjoer (2000) mengatakan bahwa beberapa tanda terjadinya cerebro vasculer accident dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu perubahan mendadak status mental, kelumpuhan wajah dan anggota badan yang timbul mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan atau ataksia anggota badan, vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala).

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini menemukan kesenjangan antara teori dan praktek, penulis menemukan perbedaan keluhan antara kedua klien, tidak semua gejala dari klien yang mengalami cerebro vasculer accident yang ada dalam teori dapat ditemukan, karena serangan klien 1 lebih berat mengenai syaraf pengecapan dan semua anggota gerak.

2. Data Objektif

Pada pemeriksaan fisik klien 1 didapatkan keadaan umum lemah, Kesadaran sopor, GCS : 4-4-6, klien tampak sesak, klien terpasang oksigenasi 10 liter/menit, klien bedrest, adanya pernafasan cuping hidung, penggunaan otot bantu nafas, bentuk dada simetris, gerakan pernafasan ekspansi dada yang simetris, suara nafas ronchi, pola nafas kusmaul (dalam dan dangkal), refleks batuk lemah, irama nafas tidak teratur, hemiparase seluruh badan, bicara pelo, nyeri kepala 4 (sedang) blyur terus menerus, S : 36 C, N : 118x/menit, TD : 160/110 mmHg, RR : 29x/menit. Sedangkan pada klien 2 didapatkan

keadaan umum lemah, Kesadaran sopor, GCS : 3-6-5, klien tampak sesak, klien terpasang oksigenasi 6 liter/menit, klien bedrest, adanya pernafasan cuping hidung, penggunaan otot bantu nafas, bentuk dada simetris, gerakan pernafasan ekspansi dada yang simetris, suara nafas ronchi, pola nafas kusmaul (dalam dan dangkal), refleks batuk lemah, irama nafas tidak teratur, hemiparase sebelah kanan, S : 37,5 C, N : 100x/menit, TD : 130/90 mmHg, RR : 26x/menit.

Muttaqin (2008) Menjelaskan bahwa pemeriksaan fisik pada klien cerebro vasculer accident pada pemeriksaan pernafasan didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun tingkat yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma, pada pemeriksaan kardiovaskuler didapatkan didapatkan renjatan (syok hipovolemik), tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi massif (tekanan darah >200 mmHg). Pada pemeriksaan sistem persarafan biasanya tingkat kesadaran klien stroke berkisar pada tingkat latergi, stupor dan semikomatosa, pada pengkajian motorik keseimbangan dan koordinasi didapatkan mengalami gangguan karena hemiparase dan hemiplegia, Pada pemeriksaan sistem perkemihan didapatkan mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih. Pada pemeriksaan sistem pencernaan klien biasanya mengalami kesulitan menelan, mual, muntah, penurunan nafsu makan dan pola defekasi konstipasi dan selanjutnya sistem musculoskeletal, adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegia, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

Menurut peneliti terdapat kesenjangan antara hasil pengkajian secara langsung dengan teori tentang pemeriksaan cerebro vasculer accident, peneliti mendapatkan fakta bahwa tidak semua gejala dari cerebro vasculer accident yang ada dalam teori dapat ditemukan secara langsung pada klien dengan cerebro vasculer accident.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Pada klien 1 dan 2 diagnosa keperawatan menunjukkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret, kemampuan batuk menurun, penurunan mobilitas fisik sekunder, dan perubahan tingkat kesadaran.

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan, dan mengatasi kebutuhan fisik klien serta respon terhadap masalah aktual, resiko tinggi ataupun potensial, Diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret, kemampuan batuk menurun, penurunan mobilitas fisik sekunder, dan perubahan tingkat kesadaran (Muttaqin, 2012). Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah ketidak mampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskular, menurunnya kekuatan dan kesadaran, kehilangan kontrol otot atau koordinasi, kerusakan komunikasi verbal yang berhubungan dengan efek dari kerusakan pada area bicara di hemisfer otak, kehilangan kontrol, tonus otot fasial atau oral dan kelemahan secara umum, Gangguan persepsi sensori yang berhubungan dengan penurunan sensori, penurunan penglihatan.

4.2.3 Perencanaan

Perencanaan tindakan yang akan di lakukan pada klien 1 dan klien 2 antara lain monitor sign, posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, monitor status oksigen klien, auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan, keluarkan sekret dengan batuk atau suction,

informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning, kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat dan terapi.

Rencana keperawatan secara sederhana dapat diartikan sebagai suatu dokumentasi tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan (Nursalam, 2008). Intervensi yang diberikan adalah NOC Respiratory dengan kriteria hasil mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak dengan pursed lips), menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal), mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.

NIC Airway suction antara lain pastikan kebutuhan oral atau tracheal suctioning, auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning, informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning, minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan, berikan O₂ dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotrakeal, gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan, anjurkan klien untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal, monitor status oksigen klien, ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction dan hentikan suction dan berikan oksigen apabila klien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O₂ dan lain-lain. Sedangkan airway manajemen antara lain buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu, posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, identifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan, pasang mayo bila perlu, lakukan fisioterapi dada jika perlu, keluarkan sekret dengan batuk atau suction, auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan, lakukan suction pada mayo, berikan

bronkodilator bila perlu, berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab, atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan dan monitor respirasi dan status O₂.

Dalam tahap ini peneliti mendapatkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini terjadi karena intervensi direncanakan sudah sesuai kebutuhan dan masalah klien, tapi pada faktanya masalah pada klien 1 dan klien belum teratasi sepenuhnya.

4.2.4 Tindakan

Tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dan klien 2 antara lain memonitor vital sign, memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, memonitor status oksigen klien, mengauskultasi suara nafas, mencatat adanya suara tambahan, mengeluarkan sekret dengan batuk atau melakukan suction, menginformasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning dan berkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat dan terapi, Melaksanakan pemberian terapi pada klien 1 diberikan infus PZ 20 tpm, injeksi ceftriaxone 2x1 gr, injeksi kalneco 1x1 gr, injeksi ketorolac 3x1 mg, injeksi citicolin 3x250 mg, O₂ masker 10 liter/menit, Sedangkan klien 2 diberikan infus RL 14 tpm, injeksi ceftriaxone 2x1 gr, injeksi omeprazole 1x40 mg, injeksi kalneco 1x1 gr dan O₂ masker 6 liter/menit.

Menurut Bararah (2013), Implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan, jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, saling ketergantungan/kolaborasi, dan tindakan rujukan/ketergantungan, Implementasi tindakan keperawatan dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering implementasi jauh berbeda dengan rencana. Oleh karena itu, sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisi saat ini. Perawat juga menilai diri

sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, teknik sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan.

NIC Airway suction antara lain memastikan kebutuhan oral atau tracheal suctioning, mengauskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning, menginformasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning, meminta klien nafas nafas dalam sebelum suction di lakukan, memberikan O₂ dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotrakeal, menggunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan, menganjurkan klien untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter di keluarkan dari nasotrakeal, memonitor status oksigen klien, mengajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction dan hentikan suction dan berikan oksigen apabila klien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O₂ dan lain-lain. Sedangkan airway manajemen antara lain buka jalan nafas, menggunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu, memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, mengidentifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan, pasang mayo bila perlu, melakukan fisioterapi dada jika perlu, mengeluarkan sekret dengan batuk atau suction, mengauskultasi suara nafas, mencatat adanya suara nafas tambahan, melakukan suction pada mayo, memberikan bronkodilator bila perlu, memberikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab, mengatur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan dan monitor respirasi dan status O₂.

Menurut peneliti implementasi yang digunakan sesuai dengan keluhan dan tanda gejalayang dialami oleh klien 1 dan klien 2, namun pada implementasi terdapat tambahan untuk pemberian terapi tiap harinya, karena mengikuti keadaan klien, pemberian terapi pada tambahan untuk klien 1 diberikan infus PZ 20 tpm bertujuan untuk mengganti cairan ekstraseluler, kehilangan air dan natrium klorida, sedangkan klien 2 adalah infus RL 14 tpm yang bertujuan

untuk konduksi saraf dan otot, injeksi ceftriaxone bertujuan 2x1 untuk antibiotik, injeksi lasal 4x1 ml bertujuan untuk mengurangi sesak pada klien.

4.2.5 Evaluasi

Pada hari pertama klien 1 mengatakan sesak nafas, keadaan umum lemah, kesadaran sopor, GCS 4-4-6, pasang 02 masker sederhana 10 liter/menit, ronchi, sputum, TD : 160/110 mmHg, N : 118/menit, RR : 29x/menit, S : 36 C, masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Pada hari ke dua keluarga klien mengatakan bahwa klien Ny. H masih sesak, keadaan umum lemah, kesadaran sopor, GCS 3-1-5, pasang 02 masker sederhana 10 liter/menit, ronkhi, sputum tampak pada mulut, terpasang sungkup laring sesak, reflek batuk menurun, TD : 160/100 mmHg, N : 88x/menit, RR : 60x/menit, S : 37'1 C, masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. pada hari ketiga keluarga klien mengatakan sesak Ny.H mulai berkurang, keadaan umum lemah kesadaran sopor, GCS 3-1-5, pasang 02 msker 10 liter/menit, ronkhi, sputum tampak pada mulut, terpasang sungkup laring sesak, reflek batuk menurun, TD : 110/90 mmHg, N 126x/menit, RR : 37x/menit, S : 36 C. masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Selanjutnya pada klien 2 hari pertama keluarga klien mengatakan Tn F sesak nafas, keadaan umum lemah, kesadaran sopor, GCS 3-6-5, pasang 02 masker seederhana 6 liter/menit, ronkhi, sputum tidak tampak pada mulut dan hidung, sesak, refleks batuk menurun, TD : 130/90 mmHg, N : 100x/menit, RR : 26x/menit, S : 37'5 C, masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan, pada hari ke dua keluarga klien mengatakan Tn F masih sesak, keadaan umum lemah, kesadaran sopor, GCS 3-2-5, pasang 02 masker 6 liter/menit, ronkhi, sputum tidak tampak pada mulut, sesak, reflek batuk menurun, TD : 140/90 mmHg, N : 88x/menit, RR : 24x/menit, S : 36'6 C, masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan, dan pada hari ketiga keluarga klien mengatakan sesak Tn F belum berkurang, keadaan umum lemah, kesadaran sopor,

GCS 3-2-5, pasang 02 masker 8 liter/menit, ronkhi, sputum tampak pada mulut, sesak, relek batuk menurun, TD : 140/90 mmHg, N : 128x/menit, RR : 28x/menit, S : 37 C, masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan

Menurut Lismidar (1990) Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan, evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota lainnya tim kesehatan lainnya, Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi, Tujuan evaluasi adalah, untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan pengkajian ulang.

Menurut peneliti adanya perbedaan hasil diantara kedu klien dengan masalah pada klien 1 yang teratasi sebagian dan klien 2 yang belum teratasi bisa dipengaruhi oleh faktor usia, dengan klien 1 yang berusia 45 tahun dan klien 2 berusia 71 tahun, menurut peneliti faktor usia dapat mempengaruhi terjadinya stroke dan dapat mempengaruhi kesembuhan stroke, Orang yang berumur tua lebih rentan terjadinya stroke dan lebih lambat dalam proses penyembuhan.

BAB V

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami Cerebro Vasculer Accident/Stroke pada Ny. H dan Tn. F dengan masalah Ketidakefektifa Bersihan Jalan Nafas di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan kasus adalah sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian pada klien yang mengalami CVA/Stroke pada Ny. H dan Tn. F Data subjektif pada tinjauan kasus, dilihat dari pengkajian klien 1 dan klien 2 didapatkan sama-sama mengalami sesak nafas dan penurunan kesadaran.
2. Pada klien 1 dan 2 diagnosa keperawatan menunjukkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret dan akan di tandai berbagai gejala seperti penurunan kesadaran, kelumpuhan separuh badan dan bicara pelo
3. Intervensi yang diberikan adalah NOC Respiratory status : Airway manajemen dengan kriteria hasil mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sinosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah), menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal), mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas, dalam tahap ini peneliti mendapatkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini terjadi karena intervensi direncanakan

- berdasarkan dengan kebutuhan dan masalah klien, sehingga intervensi tersebut dapat mengatasi masalah yang dialami klien.
4. Implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan, yang telah disusun pada tahap perencanaan yaitu: Monitor vital sign, posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, monitor status oksigen klien, mendengarkan suara nafas, catat adanya suara tambahan, keluarkan sekret dengan batuk atau suction, informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning dan kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat dan terapi. Implementasi yang dapat dilakukan oleh peneliti selama 3 hari rawat, dengan hasil secara umum kondisi kesehatan klien mulai membaik.
 5. Evaluasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 didapatkan pada hari pertama pada klien 1 mengalami sesak nafas, pada hari kedua klien masih sesak, dan hari ketiga sesak klien mulai berkurang, sedangkan klien 2 pada hari pertama didapatkan klien mengalami sesak nafas, pada hari kedua klien masih sesak nafas, dan pada hari ketiga sesak nafas klien belum berkurang, Dengan demikian intervensi dan implementasi yang sudah dilakukan selama tiga hari didapatkan evaluasi dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada klien 2 dalam tahap masalah belum teratasi sedangkan pada klien 1 dalam tahap masalah teratasi sebagian.

5.2 SARAN

1. Bagi klien dan keluarga

Dengan adanya bimbingan yang dilakukan oleh perawat dan penulis selama proses pemberian asuhan keperawatan, diharapkan klien dan keluarga mandiri dalam

mencegah, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan baik bagi diri, keluarga maupun lingkungan, sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal.

2. Bagi Perawat

Dasar pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dalam masalah yang berhubungan dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas

3. Bagi Mahasiswa

Keseriusan dalam belajar, kemauan untuk lebih memperdalam ilmu pengetahuan sangat diperlukan guna mempertinggi kualitas ilmu dan ketrampilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, Mekar Dwi dan Saryono. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Amin Huda dkk (2015). “Aplikasi Asuhan Keperawatan” Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC Jakarta : Mediaction. Brunner
- Aulia, Khudazi. 2007. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Batticaca, Fransisca B. 2012. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan sistem Persyarafan*. Jakarta : Salemba Medika
- Brunner & Suddath, 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, edisi 8. Jakarta : EGC
- Muttaqin, Arif. 2012. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika
- NANDA International Nursing Diagnosis : Definition & Classification, 2015- 2017
- Nursalam, 2011. *Konsep dan penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nurarif, A.H dan Hardhi Kusuma. 2013. *Nanda NIC-NOC. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*. Med Action
- Padila. 2012. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Pudiastuti, Ratna Dewi. 2013. *Penyakit-penyakit mematikan*. Yogyakarta : Nuh Medika
- Price, Sylvia Anderson. 2006. *Patofisiologi Buku 1* Jakarta, EGC
- Rasyid.(2007 : 1). *Penyakit-Penyakit mematikan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rohmah, Nikmatur dan Saiful Walid. 2009. *Proses Keperawatan. Teori dan aplikasi*. Jogjakarta : Ar-Ruz Media
- Wijaya, A.S dan Y.M Putri. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Muttaqin, Arif. 2008. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam, 2008. *Konsep dan penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika