

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab ini akan dibahas tentang konsep yang dapat mendukung penelitian tentang perbedaan *open suctioning* pada pasien ventilator dengan *suction cath* no.12Fr, 14Fr, dan 16Fr terhadap perubahan saturasi oksigen

#### **2.1 Konsep Suctioning**

##### **2.1.1 Definisi**

Penghisapan lendir adalah suatu cara untuk mengeluarkan sekret dari saluran nafas dengan menggunakan alat *catheter suction* yang dimasukkan melalui hidung atau rongga mulut ke dalam *pharing* atau sampai *trachea*. *Suctioning* merupakan tindakan untuk mempertahankan jalan nafas sehingga memungkinkan terjadinya proses pertukaran gas yang adekuat dengan cara mengeluarkan sekret pada klien yang tidak mampu mengeluarkannya sendiri (Timby, 2009).

##### **2.1.2 Indikasi Suctioning**

Indikasi dilakukan penghisapan menurut AARC Clinical Practice Guidelines (2010) adalah adanya atau banyaknya sekret yang menyumbat jalan nafas, ditandai dengan:

1. Peak meningkat pada penggunaan ventilator
2. Kehadiran kasar crackles di trakea
3. Penurunan volume tidal selama
4. Kerusakan saturasi oksigen
5. Terlihat sputum di jalan napas
6. Ketidakmampuan pasien untuk menghasilkan batuk spontan efektif
7. Kebutuhan untuk mendapatkan sputum specimen

### 2.1.3 Tujuan Suction

Tujuan penghisapan lendir adalah untuk membersihkan lendir dari jalan nafas, sehingga patensi jalan nafas dapat dipertahankan dan meningkatkan ventilasi serta oksigenasi. Penghapusan sekresi tersebut juga meminimalkan risiko *atelektasis* (Kozier & Erb, 2009). Selain itu juga untuk mendapatkan sampel lendir dalam menegakkan diagnosa. Prinsipnya adalah dengan teknik steril, agar mikroorganisme tidak mudah masuk ke *faring, trakeal* dan *bronki*.

### 2.1.4 Jenis Kanul Suction

Jenis kanul *suction* yang ada dipasaran dapat dibedakan menjadi *open suction* dan *close suction*. *Open suction* merupakan kanul konvensional, dalam penggunaannya harus membuka konektor sirkuit antara ventilator dengan ETT/pasien, sedangkan *close suction*: merupakan kanul dengan sistem tertutup yang selalu terhubung dengan sirkuit ventilator dan penggunaannya tidak perlu membuka konektor sehingga aliran udara yang masuk tidak terinterupsi.

### 2.1.5 Ukuran dan Tekanan Suction

Adapun tekanan yang direkomendasikan dijelaskan dalam

tabel 2.1 Rekomendasi Tekanan Suction

Tekanan Suction Usia	Suction dinding	Suction Portable
Dewasa	100-140 mmHg	10-15 mmHg
Anak-anak	95-100 mmHg	5-10 mmHg
Bayi	50-95 mmHg	2-5 mmHg

Ukuran kateter *suction* yang dimuat dalam buku karangan Alimul A. (2008) adalah *neonates*-usia 6 bulan : 6-8fr, 6 bulan-1tahun : 8-10fr, 1-2tahun : 10fr,

2-4tahun 10-12fr, 4-7tahun : 12fr, 7-10tahun : 12-14fr, 10-12tahun : 14fr, dewasa : 12-16fr.

### **2.1.6 Prosedur Pelaksanaan**

Berikut prosedur penghisapan lendir pada pasien yang terpasang ETT di RS.

Husada Utama Surabaya ;

#### **2.1.6.1 Tahap Pra Interaksi**

1. Mencuci tangan
2. Menyiapkan alat

#### **2.1.6.2 Tahap Orientasi**

1. Memberikan salam dan sapa
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
3. Menanyakan persetujuan persiapan

#### **2.1.6.3 Tahap Kerja**

1. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien lebih bagus bila kepala lebih rendah dari badan namun bila pasien dengan edema paru lebih baik posisi *semi fowler*
2. Pastikan peralatan *suction* berfungsi dengan baik atur daya hisap sesuai kebutuhan pasien yaitu 10-15 mmHg
3. Buka pembungkus *suction catheter*
4. Pakai sarung tangan steril pada tangan yang lebih dominan, non-steril pada tangan yang lain kemudian hubungkan *suction catheter* dengan selang penghubung ke botol
5. Lakukan hiperoksigenasi 100% selama 2-3 menit dengan *resuscitator bag* atau fasilitas yang ada di ventilator

6. Masukkan *suction catheter* ke dalam ETT dalam keadaan tidak menghisap secara cepat dan lembut sampai ada reflek batuk, tarik sekitar 1cm, kemudian ditarik dalam keadaan menghisap secara rotasi dengan tangan memakai sarung tangan steril, catheter *suction* hanya boleh 10-15 detik didalam ETT
7. Bilas *suction catheter* dengan air steril, sementara untuk perawat kedua lakukan hiperoksigenasi dengan *resuscitator bag* atau fasilitas yang ada di ventilator
8. Lakukan kembali penghisapan : bila sekret kental melakukan *bronchial washing*
9. Buang *suction catheter* tempat yang telah ditentukan
10. Hubungkan kembali ventilator ke ETT
11. Mengobservasi kembali sekret tentang warna, jumlah sekretnya, serta bau

#### **2.1.6.4 Tahap Terminasi**

1. Mengevaluasi tindakan yang baru dilakukan
2. Merapikan pasien dan lingkungan
3. Berpamitan dengan pasien
4. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula
5. Mencuci tangan
6. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

#### **2.1.7 Komplikasi**

Komplikasi tindakan *suction* antara lain *hipoksia*, trauma jaringan, meningkatkan resiko infeksi, stimulasi *vagal* dan *bronkospasme*.

### **2.1.8 Kriteria *Suction***

1. Kelengkapan alat penghisap lendir dengan ukuran selang yang tepat.
2. Menggunakan satu selang penghisap lendir untuk satu klien.
3. Menggunakan selang penghisap lendir yang lembut waktu 10-15menit.
4. Penghisapan dilakukan dengan gerakan memutar dan intermitten.
5. Observasi tanda-tanda vital.

## **2.2 Konsep Pasien Dengan Ventilator**

### **2.2.1 Definisi**

Ventilasi mekanik adalah suatu alat bantu mekanik yang memberikan bantuan nafas dengan cara membantu sebagian atau mengambil alih semua fungsi ventilasi guna mempertahankan hidup. Terdapat 2 jenis ventilator yaitu tipe ventilator tekanan negatif dan tipe tekanan positif, namun seiring perkembangan pengetahuan saat ini yang masih digunakan adalah ventilator tipe tekanan positif.

### **2.2.2 Indikasi**

Indikasi dari pemasangan ventilator mekanik adalah adanya gagal nafas akut disertai asidosis respiratorik yang tidak dapat diatasi dengan pengobatan biasa, hipoksemia yang telah mendapat terapi oksigen maksimal, namun tidak ada perbaikan, apnu (Hudak & Gallo, 1998). Sumber lain menyatakan secara fisiologis memenuhi kriteria tekanan inspirasi maksimal  $< 25 \text{ cmH}_2\text{O}$ , RR  $> 35$  x/mnt, PaO<sub>2</sub>  $< 50\text{mmHg}$  dengan pemberian FiO<sub>2</sub>  $> 60\%$ , PaCO<sub>2</sub>  $> 50 \text{ mmHg}$  dengan pH  $< 7,25$ , kapasitas vital paru  $< 2$  kali tidal volume (Smeltzer & Bare, 2008).

### **2.2.3 Prinsip Kerja Ventilator**

Secara umum prinsip kerja ventilator terbagi menjadi *Start* atau *initiation*, target atau *limited* dan *cycle*. *Start* merupakan trigger kapan ventilator mulai memberi bantuan nafas, trigger bisa diatur berdasarkan setting mesin atau berdasarkan usaha nafas dari pasien. Target merupakan batasan akhir dari mesin untuk berhenti memberi bantuan nafas kepada pasien, bisa diatur berdasarkan batasan volume atau batasan *pressure*. *Cycle* merupakan peralihan siklus dari inspirasi ke ekspirasi (Hudak & Gallo, 1998).

### **2.2.4 Parameter Setting Ventilator**

Parameter setting yang lazim digunakan adalah dengan mengatur *Respiratory Rate* (RR), *Tidal Volume* (TV), Fraksi Oksigen (FiO<sub>2</sub>), Inspirasi:Ekspirasi (I:E ratio), *Pressure limite/Pressure inspirasi* (IP), *Trigger/sensitivity*, *Positif End Ekspirasi Pressure* (PEEP). *Respiratory Rate* (RR) merupakan jumlah nafas yang diberikan kepada pasien setiap menitnya.

*Tidal Volume* merupakan jumlah volume udara yang diberikan oleh ventilator kepada pasien setiap kali nafas. Fraksi Oksigen (FiO<sub>2</sub>) merupakan jumlah konsentrasi oksigen yang diberikan oleh ventilator kepada pasien. Inspirasi:Ekspirasi (I:E ratio) merupakan nilai normal fisiologis perbandingan antara inspirasi dan ekspirasi. *Pressure limite/Pressure inspirasi* mengatur atau membatasi jumlah *pressure* yang diberikan dari volume *cycle* ventilator.

*Trigger/sensitivity* berfungsi untuk menentukan jumlah upaya nafas pasien yang diperlukan untuk memulai/mentrigger inspirasi pada ventilator. *Positif End Ekspirasi Pressure* (PEEP) berguna untuk mempertahankan tekanan jalan nafas pada akhir ekspirasi (Hudak & Gallo, 2010).

### 2.2.5 Mode Ventilator

Mode ventilator konvensional secara umum dapat dibedakan menjadi *Control Mode, Assist Mode, IMV (Intermittent Mandatory Ventilator), SIMV (Synchronize Intermittent Mandatory Ventilator), Pressure Support/Spontan Mode. Control Mode* memungkinkan pasien menerima volume, pressure dan frekuensi sesuai yang telah di atur, dengan kata lain semua fungsi pernafasan diambil alih oleh mesin.

*Assist Mode* memungkinkan pasien menerima volume dari mesin dan bantuan nafas, tetapi hanya sedikit. Pasien diberikan kesempatan untuk bernafas spontan, jumlah pernafasan dan volume semenit ditentukan oleh pasien. *IMV (Intermittent Mandatory Ventilator)* memungkinkan pasien menerima volume dan RR dari ventilator, diantara pernafasan yang diberikan ventilator, pasien diberi kesempatan untuk bernafas sendiri, dengan modus ini ventilator memberikan bantuan nafas dimana saja pada saat siklus pasien bernafas sendiri.

*SIMV (Synchronize Intermittent Mandatory Ventilator)*, modus ini sama dengan IMV, namun pada modus ini bantuan nafas dari ventilator, tidak terjadi pada saat pasien bernafas sendiri sehingga tidak terjadi benturan antara pernafasan pasien dengan ventilator. *Pressure Support/ spontan Mode*, modus ini ventilator memberikan bantuan ventilasi dengan caramemberikan tekanan positif yang telah ditentukan pada saat pasien inspirasi. *CPAP/ Spontan Mode*, pada modus ini memungkinkan ventilator memberikan tekanan positif pada jalan nafas untuk membantu ventilasi selama siklus pernafasan, RR dan volume tidal ditentukan oleh pasien (Hudak & Gallo, 2010).

## 2.3 Konsep Saturasi Oksigen

### 2.3.1 Definsi

Transportasi oksigen di dalam darah dibawa oleh plasma dan *hemoglobin* (Hb). Di dalam plasma dalam bentuk PO<sub>2</sub> (tekanan) dan dengan Hb dalam bentuk saturasi oksigen (persen).

Daya ikat di dalam plasma 0,3ml O<sub>2</sub> dalam setiap 100ml darah dan *hemoglobin* 19,4ml O<sub>2</sub> dalam setiap 100ml darah. Sekalipun plasma dapat mengikat oksigen dalam jumlah yang kecil namun keberadaan plasma sangat penting karena sebelum digunakan oleh jaringan, oksigen harus larut dalam plasma.

Oksigen yang berikatan dengan Hb disebut *Oksihemoglobin*. Setiap 1gr Hb maksimal dapat mengikat 1,36ml oksigen. Jika saturasi O<sub>2</sub> darah arteri 100% maka setiap gram Hb membawa oksigen dalam jumlah maksimal (Krisna Sundana, 2008).

#### 2.3.1.1 Tekanan parsial oksigen di dalam arteri (PO<sub>2</sub>)

Normal tekanan PO<sub>2</sub> adalah 80-100 mmHg. Semakin tinggi PO<sub>2</sub> dalam darah maka daya ikat *hemoglobin* (saturasi oksigen) semakin tinggi pula. Sebaliknya jika konsentrasi PO<sub>2</sub> rendah (*hipoksemia*) maka daya ikat Hb terhadap oksigen semakin rendah dan saturasi O<sub>2</sub> mengalami penurunan, dengan demikian, konsentrasi PO<sub>2</sub> terhadap Hb berbanding lurus.

Konsentrasi PO<sub>2</sub> dipengaruhi oleh beberapa hal di antaranya volume gas di dalam paru, cukup tidaknya ventilasi *alveolus* (*tidal volume* atau *menit volume*), fraksi oksigen (FiO<sub>2</sub>) yang diberikan, keadaan difusi dan perfusi antara *alveolus*



dengan *membrane* (V/Q), usia seseorang dan afinitas *hemoglobin* terhadap oksigen (status asam basa dalam darah).

### **2.3.1.2 Suhu tubuh**

Suhu tubuh mempengaruhi afinitas *hemoglobin* terhadap oksigen. Hipertermi mengakibatkan tingginya metabolisme dalam sel sehingga oksigen lebih cepat berdifusi ke dalam plasma ketimbang dengan Hb.

Dengan demikian semakin tinggi suhu tubuh akan semakin mudah pelepasan oksigen dari Hb. Sebaliknya pada keadaan metabolisme sel menurun dan transportasi oksigen ke dalam sel tidak mengalami peningkatan sehingga lebih banyak oksigen yang berikatan dengan Hb daripada plasma.

### **2.3.1.3 Asam Basa**

Normal PH darah adalah 7,35–7,45. Asam basa dalam darah mempengaruhi pergeseran kurva disosiasi oksihemoglobin. Keadaan asidosis (PH rendah) mengakibatkan afinitas Hb terhadap O<sub>2</sub> menurun sebaliknya alkalosis (PH tinggi) mengakibatkan afinitas Hb terhadap O<sub>2</sub> meningkat. Penurunan afinitas Hb terhadap O<sub>2</sub> oksigen lebih banyak dialihkan ke dalam plasma (berikatan dengan plasma) sehingga lebih siap digunakan untuk jaringan atau metabolisme sel.

PCO<sub>2</sub> tinggi (asidosis respiratorik) mengakibatkan penurunan afinitas Hb. Sebaliknya PCO<sub>2</sub> rendah (alkalosis respiratorik) menyebabkan afinitas Hb terhadap O<sub>2</sub> meningkat dan lebih sedikit O<sub>2</sub> di berikatan dengan plasma.

### **2.3.1.4 2-3-diphosphoglycerate (2-3-DPG)**

Adalah substansi sel darah merah yang mempengaruhi daya ikat Hb terhadap oksigen. Keadaan yang dapat menyebabkan peningkatan 2-3-DPG diantaranya *hipoksia* kronis, anemia dan hipertiroid. Sedangkan situasi yang dapat

menurunkan diantaranya hipotirois dan transfuse darah yang *multiple*. Peningkatan konsentrasi 2-3-DPG akan mengakibatkan penurunan afinita Hb terhadap O<sub>2</sub> sehingga lebih banyak ikatan oksigen terjadi di dalam plasma dan kurva bergeser ke kanan.

Saturasi oksigen (O<sub>2</sub> sat) adalah persentase *hemoglobin* yang disaturasi oksigen. Keuntungan pengukuran oksimetri meliputi mudah dilakukan, tidakinvasif, dan dengan mudah dapat diperoleh. Oksimetri tidak menimbulkan nyeri, jika dibandingkan dengan pungsi arteri. Klien yang mengalami kelainan perfusi/ventilasi. Gagal jantung kongestif merupakan kandidat ideal untuk menggunakan oksimetri nadi (Perry & Potter, 2006).

Probe oksimeter terdiri dari dua diode pemancar cahaya Light Emitting Diode (LED) satu merah dan yang lainnya inframerah yang mentransmisikan cahaya melalui kuku, jaringan, darah vena, darah arteri melalui fotodetektor yang diletakkan di depan LED. Fotodetektor tersebut mengukur jumlah cahaya merah dan inframerah yang diabsorpsi oleh *hemoglobin* teroksigenasi dan *hemoglobin* deoksigenasi dalam darah arteri dan dilaporkan sebagai saturasi oksigen (Kozier & Erb, 2009). Semakin darah teroksigenasi, semakin banyak cahaya merah yang dilewatkan dan semakin sedikit cahaya inframerah yang dilewatkan, dengan menghitung cahaya merah dan cahaya inframerah dalam suatu kurun waktu, maka saturasi oksigen dapat dihitung (Guiliano K., 2006).

Saturasi oksigen arteri (SpO<sub>2</sub>) normal adalah 95-100%. Pengukuran yang lebih rendah mungkin normal pada beberapa pasien, misalnya pada pasien PPOK. Nilai dibawah 85% menunjukkan bahwa jaringan tidak mendapatkan cukup oksigen dan pasien membutuhkan evaluasi lebih jauh (Fox, 2002).

Menurut Baker, tidak ada kontraindikasi absolut untuk oksimetri nadi, namun demikian ada beberapa situasi yang dapat menyebabkan interpretasi yang salah antara lain gerakan pasien berlebihan, anemia dengan *hemoglobin* > dari 5mg/dl, peningkatan *karboxyhemoglobin* dan *metomoglobinemia* mengakibatkan pembacaan hasil yang tinggi, pemberian obat/zat warna intravena (*methylene blue, indigo, carmine*) mengakibatkan pembacaan hasil yang rendah pada SpO<sub>2</sub>, syok, *cardiac arrest*, vasokonstriksi berlebihan karena hipotermi, *peripheral vascular disease* mengakibatkan jaringan buruk dan oksimetri nadi tidak dapat mendeteksi ikatan *hemoglobin* secara akurat.

### **2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Bacaan Saturasi Oksigen**

#### **2.3.2.1 Hemoglobin**

Jika *hemoglobin* tersaturasi penuh dengan oksigen, SaO<sub>2</sub> akan menunjukkan nilai normal walaupun kadar *hemoglobin* total rendah. Jadi, klien dapat menderita anemia berat dan memiliki oksigen yang tidak adekuat untuk persediaan jaringan sementara oksimetri nadi akan tetap pada nilai normal. *Hemoglobin* merupakan senyawa pembawa oksigen pada sel darah merah yang akan dihantarkan ke seluruh jaringan tubuh. Pada saat konsentrasi oksigen berkurang, maka aliran ke jaringan akan berkurang akibatnya saturasi juga akan menurun, dan kadar *hemoglobin* dapat menurun (Cottrel, 2008 dan Seccombe, 2014).

#### **2.3.2.2 Sirkulasi**

Oksimetri tidak akan memberikan bacaan yang akurat jika area di bawah sensor mengalami gangguan sirkulasi.

### 2.3.2.3 Aktivitas

Menggigil atau gerakan yang berlebihan pada sisi sensor dapat mengganggu pembacaan hasil yang akurat.

### 2.3.3 Pengaruh *Open Suction* Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen

Saturasi oksigen merupakan rasio antara jumlah oksigen aktual yang terikat oleh *hemoglobin* terhadap kemampuan total Hb darah mengikat O<sub>2</sub> (Djojodibroto, 2007). Saturasi oksigen mencerminkan tekanan oksigen (PaO<sub>2</sub>) arteri darah yang digunakan untuk mengevaluasi status pernapasan, terapi oksigen dan intervensi lainnya seperti *suction*, olahraga, dan fisioterapi (Brooker, 2012).

Menurut Kozier dan Erb tahun 2009, nilai saturasi oksigen yang normal untuk orang dewasa baik laki-laki maupun perempuan adalah 95-100%. Hasil penelitian Bayuningsih (2011) bahwa kadar saturasi oksigen bervariasi baik pada responden laki-laki atau perempuan, namun masih dalam batas normal.

Dillard (2005) menyimpulkan ditemukan penurunan saturasi oksigen selama terpajan dengan *hipoksia* yang tidak berhubungan dengan umur. Bendrick (2010) menemukan penurunan saturasi oksigen dari oksimetri yang tidak berhubungan dengan usia. Humpreys (2005) menyatakan bahwa pada penurunan saturasi oksigen sebesar 4% saat di ketinggian 5000-9000 kaki yang tidak berhubungan dengan usia.

Saturasi oksigen sebelum tindakan *suction* sebagian besar adalah 100%. Kondisi tersebut disebabkan karena pasien diberikan hiperoksigenasi sebelumnya dengan melakukan hiperinflasi yaitu memberikan fraksi oksigen 100% pada ventilator selama dua menit. Pemberian oksigenasi ini bertujuan untuk mempercepat dan memperlama transportasi oksigen ke jaringan sehingga

diharapkan saat tindakan *suction* pasien tidak mengalami penurunan saturasi oksigen yang drastis (Hudak & Gallo, 2010).

Berdasarkan suatu penelitian menunjukkan bahwa terjadi penurunan signifikan terhadap saturasi oksigen pada metode *open suction* yang disambungkan dengan ventilator mekanik (Safari&Oshvandi, 2014). Hasil penelitian lainnya menunjukkan bahwa metode *open suction* berisiko terjadi *hipoksia*, masalah *hipoksia* ini berhubungan dengan metode *open suction* yang dihubungkan dengan ventilator mekanik dan adanya oksigen paru terhisap selama proses *suction* sehingga dapat menurunkan saturasi oksigen (Cereda & Villa (2010); Valderas & Bravo (2014)).

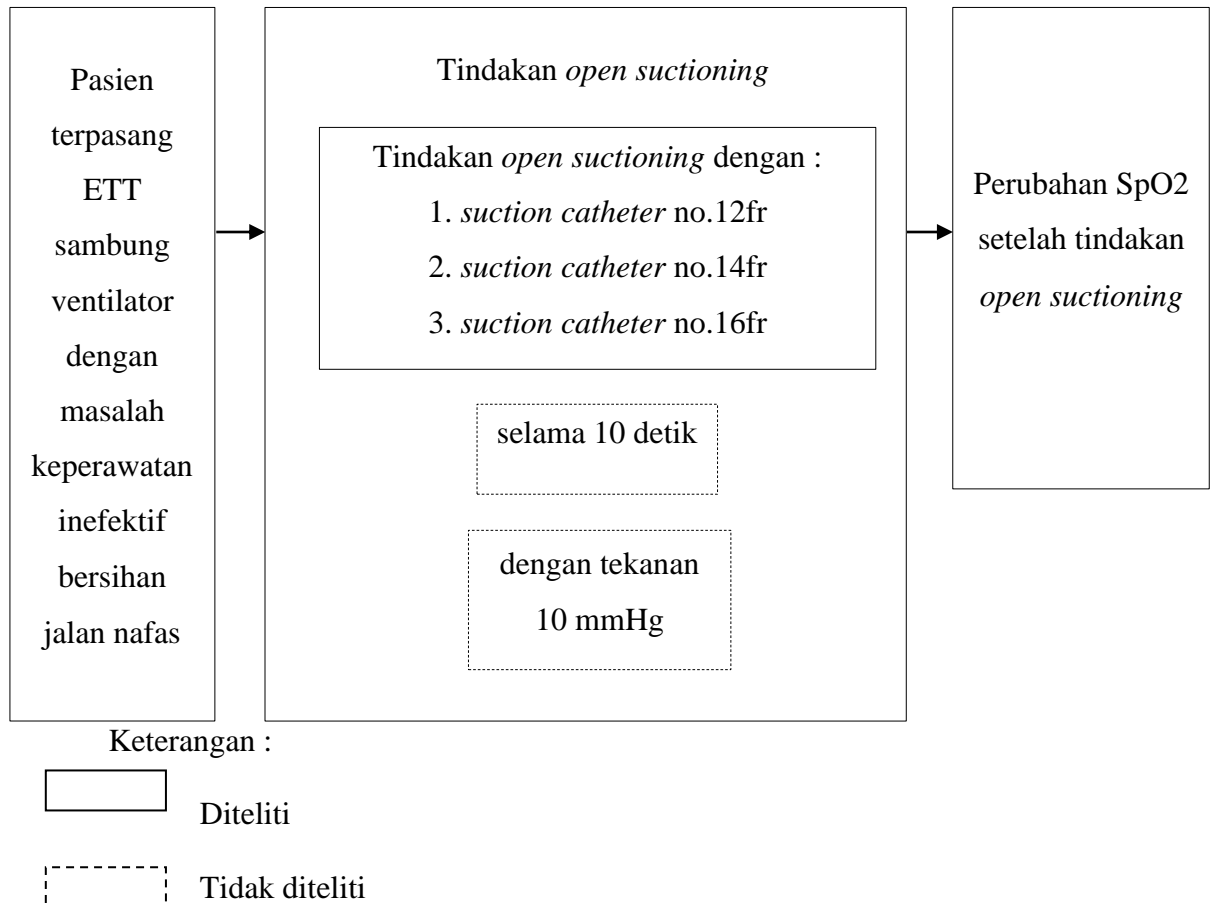
Pasien yang mengalami masalah pada sistem pernapasan terutama iritasi kronis pada saluran pernapasan dapat menyebabkan terjadinya peningkatan jumlah sel-sel globet penghasil sekret/ lendir sehingga dapat meningkatkan jumlah mukus pada pasien yang mengalami masalah sistem pernapasan oleh karena itu sangat diperlukan tindakan penghisapan lendir (Price & Wilson, 2006). Saskatoon Health Regional Authority (2010) mengatakan bahwa komplikasi yang mungkin muncul dari tindakan penghisapan lendir salah satunya adalah *hipoksemia/hipoksia*. Serta diperkuat oleh Maggiore (2013) tentang efek samping dari penghisapan lendir ETT salah satunya adalah dapat terjadi penurunan kadar saturasi oksigen lebih dari 5%, maka pasien yang menderita penyakit pada sistem pernapasan akan sangat rentan mengalami penurunan nilai kadar saturasi oksigen yang signifikan pada saat dilakukan tindakan penghisapan lendir.

Hasil penelitian ini sesuai juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Maggiore (2013), tentang *Decreasing the Adverse Effects of Endotracheal*

*Suctioning During Mechanical Ventilation by Changing Practice*, dimana 46,8% responden mengalami penurunan saturasi oksigen dan 6,5% disebabkan karena tindakan *suction*. Berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa tindakan *suction* dapat menyebabkan terjadi penurunan kadar saturasi oksigen

Pada saat *suction endotracheal* dapat terjadi tekanan negatif di trakea sehingga menimbulkan risiko kerusakan paru parsial yang dapat menyebabkan penurunan saturasi oksigen dan hilangnya volume paru-paru (Almgren, 2004). Komplikasi yang paling sering terjadi akibat tindakan *suction* adalah terjadinya *hipoksemia*. Pengaruh dari kejadian *hipoksemia* akan menyebabkan terjadinya keadaan *hipoksia*, di mana pasien yang sedang dalam kondisi kritis ditambah dengan kejadian *hipoksia* akan memperburuk kondisi pasien (Lindgren, 2007).

## 2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Perbedaan Penurunan saturasi oksigen (SpO<sub>2</sub>) Pada Pasien Ventilator Yang Mendapatkan Intervensi *Open suctioning* Dengan *Suction catheter* no. 12fr, 14fr, dan 16fr di ICU Rumah Sakit Husada Utama.

Pada penelitian ini, peneliti mengambil sampel pada Pasien terpasang ETT sambung ventilator dengan masalah keperawatan inefektif bersihan jalan nafas yang sesuai dengan kriteria inklusi, dan memerlukan tindakan *open suctioning* untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut. Tindakan *open suctioning* yang dilakukan dengan menggunakan *suction catheter* no. 12fr, 14fr dan 16fr sebagai faktor perbandingan yang akan diteliti, dan *open suctioning* dilakukan selama

10detik dan dengan tekanan 10 mmHg. Peneliti akan mengamati perubahan saturasi oksigen yang terjadi setelah *suction* sebagai output dan akan dibandingkan dengan saturasi oksigen sebelum *suction* yang sebelumnya telah diobservasi oleh peneliti.

## **2.5 Hipotesa Penelitian**

Hipotesa adalah jawaban penelitian sementara dari rumusan masalah yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan penelitian (Nursalam, 2008).

Hipotesa yang ditetapkan pada penelitian ini adalah :

H<sub>1</sub> : Ada perbedaan antara *open suctioning* pada pasien ventilator dengan *suction cath* no.12Fr, 14Fr, dan 16Fr terhadap perubahan saturasi oksigen di Rumah Sakit Husada Utama.