

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori Trakeostomi

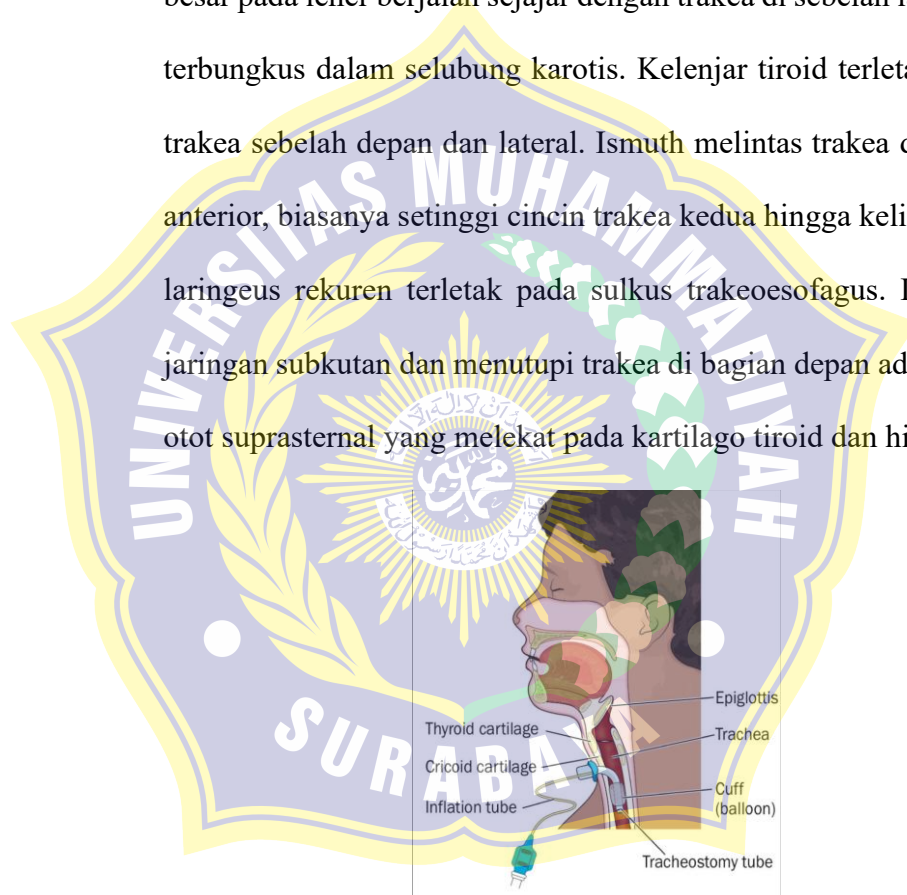
2.1.1. Definisi

Trakeostomi merupakan prosedur bedah yang sering dilaksanakan pada pasien kritis yang memerlukan ventilasi mekanik jangka panjang sebagai akibat kegagalan pernapasan akut atau komplikasi pada jalur napas. Prosedur ini melibatkan pembuatan akses pada trakea yang dihubungkan secara permanen dengan kulit leher, sehingga menghasilkan fistula trakeostomi yang bersifat lebih stabil dibandingkan intubasi endotrakeal konvensional (Afidah, T., Murtaqib, M., & Suheriyono, S., 2023).

Trakeostomi adalah salah satu prosedur bedah tertua dengan pembuatan opening di bagian anterior trakea untuk memfasilitasi pernapasan (Mirchandani, A. D., 2025) . Secara historis, trakeostomi merupakan satu-satunya tatalaksana yang tersedia pada obstruksi saluran napas atas. Trakeostomi mungkin diperlukan pada kondisi darurat dalam mengatasi kondisi saluran pernapasan yang terhalang atau lebih sering untuk mendukung ventilasi mekanik, membantu proses weaning pasien terhadap ventilator, dan mempermudah pengelolaan sekresi pada saluran pernapasan.

2.1.2. Anatomi Fisiologi Trakea

Trakea merupakan tabung berongga yang disokong oleh cincin kartilago. Panjang trakea pada orang dewasa adalah 10–12 cm. Trakea berawal dari kartilago krikoid yang berbentuk cincin meluas ke anterior pada esofagus, turun ke dalam toraks di mana membelah menjadi dua bronkus utama pada carina. Pembuluh darah besar pada leher berjalan sejajar dengan trakea di sebelah lateral dan terbungkus dalam selubung karotis. Kelenjar tiroid terletak di atas trakea sebelah depan dan lateral. Ismuth melintas trakea di sebelah anterior, biasanya setinggi cincin trakea kedua hingga kelima. Saraf laringeus rekuren terletak pada sulkus trakeoesofagus. Di bawah jaringan subkutan dan menutupi trakea di bagian depan adalah otot-otot suprasternal yang melekat pada kartilago tiroid dan hioid.



Gambar 2. 1 Fisiologi Trakea

2.1.3. Fungsi Trakeostomi

Fungsi dilakukan tindakan trakeostomi diantaranya :

- a. Mengurangi hambatan aliran udara pada pernafasan, yang kemudian mengurangi tenaga yang dibutuhkan untuk

menggerakkan udara, sehingga menyebabkan peningkatan regangan total dan ventilasi alveolus yang lebih baik. Asal lubang trakeostomi harus cukup besar, setidaknya dengan ukuran pipa 7.

- b. Proteksi terhadap aspirasi.
- c. Memungkinkan pasien menelan dengan nyaman tanpa mengalami apnea, hal ini sangat penting untuk pasien yang memiliki masalah pernafasan.
- d. Memungkinkan jalan masuk langsung ke trachea untuk pembersihan
- e. Memungkinkan pemberian obat-obatan dan humidifikasi ke saluran pernapasan.
- f. Mengurangi intensitas batuk sehingga mencegah pemindahan sekret ke perifer oleh tekanan negatif intatoraks yang tinggi pada fase inspirasi batuk yang normal.

2.1.4. Indikasi dan Kontraindikasi

Indikasi dari pemasangan trakeostomi antara lain :

- a. Terjadi obstruksi jalan napas atas
- b. Sekret pada bronkus yang tidak dapat dikeluarkan secara fisiologis, misalnya pada pasien dalam keadaan koma
- c. Untuk memasang alat bantu pernafasan (respirator)
- d. Apabila terdapat benda asing di subglottis

- e. Penyakit inflamasi yang menyumbat jalan nafas (misal angina ludwig), epiglottitis dan lesi vaskuler, neoplastik atau traumatik yang timbul melalui mekanisme serupa
- f. Obtruksi laring
 - a) karena radang akut, misalnya pada laryngitis akut, laryngitis difterika, laryngitis membranosa, laringo-trakheobronkhitis akut, dan abses laring
 - b) karena radang kronis, misalnya perikondritis, neoplasma jinak dan ganas, trauma laring, benda asing, spasme pita suara, dan paralise Nerus Rekurens
 - c) Sumbatan saluran napas atas karena kelainan kongenital, traumaeksterna dan interna, infeksi, tumor
 - d) Cedera parah pada wajah dan leher
 - e) Setelah pembedahan wajah dan leher
 - g. Hilangnya refleks laring dan ketidakmampuan untuk menelan sehingga mengakibatkan resiko tinggi terjadinya aspirasi
 - h. Penimbunan sekret di saluran pernafasan. Terjadi pada tetanus, trauma kapitis berat, *Cerebro Vascular Disease* (CVD), keracunan obat, serta selama dan sesudah operasi laring

Kontraindikasi dari pemasangan trakeostomi di antaranya adalah apabila terjadi infeksi pada tempat pemasangan dan adanya gangguan pembekuan darah yang tidak terkontrol, seperti hemofili.

2.1.5. Klasifikasi

Klasifikasi berdasarkan waktu pelaksanaan untuk pemasangan trakeostomi dapat digolongkan menjadi dua menurut Ramdani (2023), yaitu :

a. Tracheostomi emergensi

Tracheostomi emergensi sering dilakukan pada kondisi kegawatdaruratan seperti obstruksi saluran napas akut, misalnya aspirasi benda asing ke saluran napas atas, trauma penetrasi pada saluran napas yang tidak dapat diatasi dengan intubasi endotrakeal, angina Ludwig, serta trauma berat pada wajah atau leher.

b. Tracheostomi elektif

Tracheostomi elektif dilakukan pada kondisi seperti penyakit neuromuskular, ketergantungan ventilator jangka panjang, dan stenosis subglotis.

2.1.6. Komplikasi

Komplikasi pemasangan trakeostomi dapat dibagi dalam 3 kerangka waktu menurut Afidah (2023) diantaranya :

a. Komplikasi dini/ segera

Terjadi selama prosedur berlangsung atau sesaat setelah pipa trakeostomi dipasang. Beberapa komplikasi dini/segera setelah pemasangan trakeostomi di antaranya : perdarahan, embolisme udara, aspirasi, henti jantung/hipoksia, kerusakan saraf laring kambuhan, atau penetrasi dinding trakea

posterior, rasa panas pada jalan napas. Sumbatan darah atau sekret.

b. Komplikasi awal

Terjadi beberapa hari setelah prosedur pemasangan trakeostomi. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi di antaranya : pneumothorax, infeksi luka, nekrosis trakea, perdarahan sekunder, disfagia, obstruksi pipa, dislokasi pipa (ekstubasi aksidental), infeksi stoma, dan emfisema subkutan atau mediastinum.

c. Komplikasi jangka panjang

Terjadi setelah minggu hingga bulan setelah prosedur pemasangan trakeostomi. Beberapa komplikasi jangka panjang dari pemasangan trakeostomi yaitu obstruksi jalan napas akibat akumulasi sekret, infeksi, ruptur arteri inominata, disfagia, fistula trakeofagus, dilatasi trakea atau iskemia trakea, stenosis trakea dan nekrosis

2.2. Konsep Teori Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

2.2.1. Definisi

Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap terbuka (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Selaras dengan yang disampaikan oleh Carpenito (2017), bersihan jalan napas tidak efektif adalah kondisi di mana

seseorang mengalami gangguan pada kemampuan bernapasnya karena tidak mampu batuk secara efektif. Hal ini mirip dengan penjelasan yang diberikan oleh Susanti (2025), bahwa bersihnya jalan napas tidak efektif terjadi ketika seseorang tidak bisa mengeluarkan sekret karena tidak mampu batuk dengan baik, sehingga jalan napas tidak tetap bersih.

Berdasarkan dari berbagai pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa bersihan jalan napas tidak efektif adalah kondisi dimana individu tidak mampu membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas akibat dari ketidakmampuan batuk yang efektif, sehingga jalan napas tidak dapat dipertahankan dalam keadaan bersih.

2.2.2. Etiologi

Menurut buku Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), terdapat beberapa faktor penyebab yang mengakibatkan munculnya diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif, diantaranya :

- a. Fisiologis
 - a) Spasme jalan napas
 - b) Hipersekresi jalan napas
 - c) Disfungsi neuromuskuler
 - d) Benda asing dalam jalan napas
 - e) Adanya jalan napas buatan
 - f) Sekresi yang tertahan
 - g) Hiperplasia dinding jalan napas

- h) Proses infeksi
 - i) Respon alergi
 - j) Efek agen farmakologis (misal: anastesi)
- b. Situasional
- a) Merokok aktif
 - b) Merokok pasif
 - c) Terpajan polutan

2.2.3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang sering muncul dari diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), dibagi menjadi dua diantaranya :

Tabel 2. 1 Manifestasi Klinis , SDKI 2017

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	Tidak tersedia	a. Batuk tidak efektif b. Tidak mampu batuk c. Sputum berlebih d. Mengi, wheezing dan/atau ronki kering e. Mekonium di jalan napas (pada neonatus)
Minor	a. Dispnea b. Sulit bicara c. Ortopnea	a. Gelisah b. Sianosis c. Bunyi napas menurun d. Frekuensi napas berubah e. Pola napas berubah

2.2.4. Kondisi Klinis Terkait

Kondisi klinis yang terkait dengan bersihan jalan napas tidak efektif berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), yaitu :

- a. Guillain-Barré syndrome
- b. Sklerosis múltiple
- c. Myasthenia gravis
- d. Prosedur diagnostic (mis. bronkoskopi, transesophageal echocardiography [TEE])
- e. Depresi sistem saraf pusat
- f. Cedera kepala
- g. Stroke
- h. Kuadriplegia
- i. Sindrom aspirasi mekonium
- j. Infeksi saluran napas

2.2.5. Intervensi

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018), intervensi untuk diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif dibagi menjadi dua, yaitu :

- a. Intervensi utama
 - a) Latihan batuk efektif (I.01006)
 - b) Manajemen jalan napas (I. 01011)
 - c) Pemantauan respirasi (I.01014)
- b. Intervensi pendukung
 - a) Dukungan kepatuhan program pengobatan
 - b) Edukasi fisioterapi dada
 - c) Edukasi pengukuran respirasi
 - d) Fisioterapi dada

- e) Konsultan via telepon
- f) Manajemen anafilaksis
- g) Manajemen isolasi
- h) Manajemen ventilasi mekanik
- i) Manajemen jalan napas buatan
- j) Pemberian obat inhalasi
- k) Pemberian obat nasal
- l) Pencegahan aspirasi
- m) Pengaturan posisi
- n) Penghisapan jalan napas
- o) Perawatan trakeostomi
- p) Skrining tuberkulosis
- q) Stabilisasi jalan napas
- r) Terapi oksigen

2.3.Konsep Teori Manajemen Jalan Napas

2.3.1. Definisi

Manajemen jalan napas adalah mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018).

2.3.2. Intervensi

Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen jalan napas berdasarkan SIKI, diantaranya :

- a. Observasi
 - a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

- b) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)
- c) Monitor sputum (jumlah warna, aroma)
- b. Terapeutik
 - a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal)
 - b) Posisikan semi-fowler atau fowler
 - c) Berikan minum hangat
 - d) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
 - e) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
 - f) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
 - g) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
 - h) Berikan oksigen, jika perlu
- c. Edukasi
 - a) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi
 - b) Ajarkan teknik batuk efektif
- d. Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

2.4.Konsep Teori Asuhan Keperawatan

2.4.1. Pengkajian Keperawatan

Dalam proses asuhan keperawatan, langkah awal yang dilakukan adalah pengkajian keperawatan yang mencakup

pengumpulan data pasien secara tepat dan akurat (Hidayat, 2021). Tujuan dari mengumpulkan data ini adalah untuk mengecek kondisi kesehatan pasien, mengetahui masalah kesehatan yang dialami, serta mengetahui risiko yang mungkin sudah terjadi atau bisa terjadi di masa depan. Selain itu, pengkajian juga berperan sebagai pengumpul informasi mengenai pasien yang digunakan sebagai dasar dalam merencanakan keperawatan, baik data yang diberikan oleh pasien sendiri maupun data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik.

a. Data Subjektif

a) Identitas Klien

Meliputi data dasar pasien, seperti nama, jenis kelamin, usia, nomor rekam medis, alamat, tingkat pendidikan, pekerjaan, suku, agama, kepemilikan asuransi kesehatan, tanggal masuk rumah sakit, serta diagnosis medis

b) Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering dialami oleh pasien trakeostomi meliputi, sesak napas, nyeri, produksi sekret berlebih atau hambatan komunikasi. Dalam pengkajian gangguan bersihan jalan napas yang tidak efektif, tanda dan gejala utama (data mayor) yang dapat dibuktikan dengan ketidakmampuan batuk, batuk yang tidak efektif, suara napas mengi, wheezing, ronki, produksi sputum berlebih, serta keberadaan mekonium di saluran napas pada neonatus.

Sementara itu, tanda dan gejala tambahan (data minor) dibuktikan dengan perubahan frekuensi napas, dispnea, perubahan pola napas, ortopnea, penurunan bunyi napas, kesulitan berbicara, sianosis, serta kondisi gelisah (Tim Pojka SDKI DPP PPNI, 2017)

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui alasan pemasangan trakeostomi, kualitas sekret, upaya yang dilakukan klien, ataupun gejala penyerta yang sering timbul seperti demam, sianosis, atau keringat dingin.

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui apakah pasien mengalami penyakit pernapasan seperti asma, PPOK atau TB paru, penyakit neurologis seperti stroke atau Guillain-Barre Syndrome yang menyebabkan kelemahan otot pernapasan, atau riwayat intubasi. Informasi ini diperlukan untuk mengidentifikasi kemungkinan faktor predisposisi yang dapat memengaruhi kondisi pasien.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui penyakit yang diderita pada keluarga terutama penyakit keturunan seperti asma atau kanker terutama kanker kepala dan leher, atau penyakit menular yang menyerang sistem pernapasan yang berkontribusi terhadap kondisi pasien,

f) Riwayat Psikososial-spiritual

Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat memengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga. Perubahan hubungan dan peran terjadi karena pasien kesulitan berkomunikasi akibat sulit berbicara. Rasa cemas dan takut akan terjadinya kecacatan serta gangguan citra diri.

b. Pemeriksaan *Review of System* (ROS)

a) B1 (*Breathing*)

Fokus pada kepatenan kanula trakeostomi dengan melihat pengembangan dada, penggunaan otot bantu napas, dan adanya retraksi dinding dada. Apakah ada perdarahan, kemerahan, atau bengkak pada stoma. Mendengarkan apakah ada suara napas di paru dan tepat di atas kanula. Suara *gurgling* menandakan adanya sekret yang perlu suction. Melakukan palpasi untuk mengecek adanya emfisema subkutan di sekitar leher dan dada atas.

Mengamati warna (putih/kuning/hijau), konsistensi (encer/kental), dan jumlah sekret yang keluar.

b) B2 (*Blood*)

Nadi meningkat atau takikardi bisa menandakan hipoksia. Cek tekanan darah dan suhu. Periksa *capillary refill time* (CRT) < 2 detik dan akral (hangat/dingin).

Pastikan tidak ada rembesan darah aktif dari area trakeostomi yang masuk ke paru yang dapat menyebabkan aspirasi.

c) B3 (*Brain*)

Penurunan kesadaran dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk batuk efektif untuk mengeluarkan sekret. Mengkaji skala nyeri pada area insisi leher. Mengamati tanda kecemasan atau gelisah yang sering kali mengakibatkan sesak napas atau kesulitan berkomunikasi. Mengkaji kemampuan alat bantu komunikasi seperti papan tulis atau isyarat.

d) B4 (*Bladder*)

Memonitor keseimbangan cairan pada klien karena dehidrasi dapat menyebabkan sekret pada trakea menjadi sangat kental dan menyumbat kanula. Pastikan juga tidak ada masalah pada eliminasi yang menambah ketidaknyamanan pada klien.

e) B5 (*Bowel*)

Mengkaji kemampuan menelan (*disfagia*). Klien dengan trakeostomi berisiko mengalami aspirasi saat makan. Memastikan fungsi pencernaan normal, terutama jika klien terpasang selang NGT.

f) B6 (Bone)

Mengkaji area di bawah tali pengikat trakeostomi (*tracheostomy ties*) untuk melihat apakah ada lecet atau luka tekan di leher belakang. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi untuk membantu drainase sekret di paru.

2.4.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan yang aktual atau potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya jalan napas buatan pada pasien terpasang trakeostomi dikategorikan sebagai diagnosa aktual karena memiliki penyebab serta tanda dan gejala yang jelas.

2.4.3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan terdiri dari tujuan dan kriteria hasil (luaran keperawatan) dan intervensi keperawatan. Luaran keperawatan (*outcome*) merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur, meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga, atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Komponen luaran keperawatan terdiri dari label, ekspektasi dan kriteria hasil. Label merupakan nama sari luaran keperawatan yang terdiri dari kata kunci untuk memperoleh luaran

keperawatan. Ekspetasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai. Kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati dan diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan (Tim Pojka SLKI DPP PPNI, 2022). Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (Tim Pojka SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2. 2 Diagnosa, Luaran dan Intervensi

Diagnos Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) Penyebab Fisiologis 1. Spasme jalan napas 2. Hipersekesi jalan napas 3. Disfungsi neuromuskular 4. Benda asing dalam jalan napas 5. Adanya jalan napas buatan 6. Sekresi yang tertahan 7. Hiperplasia dinding jalan napas 8. Proses infeksi 9. Respon alergi 10. Efek agen farmakologi Situasional 1. Merokok aktif 2. Merokok pasif 3. Terpajan polutan Gejala dan Tanda Mayor Subjektif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Bersihkan Jalan Napas (L.01001) Meningkat dengan kriteria hasil : a. Batuk efektif meningkat (5). b. Produksi sputum menurun (5). c. Mengi menurun (5). d. Wheezing menurun (5).	Intervensi Utama Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering). c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma). Terapeutik a. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika dicurigai trauma servikal).

(Tidak tersedia) Objektif	e. Mekonium	b. Posisikan semi-fowler atau fowler.
1. Batuk tidak efektif	(pada neonatus)	
2. Tidak mampu batuk	menurun	c. Berikan minum hangat.
3. Sputum berlebih	(5).	d. Lakukan fisioterapi dada
4. Mengi, wheezing dan atau ronkhi kering	f. Dispnea	e. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik.
5. Mekonium di jalan napas (neonatus)	menurun	f. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal.
Gejala dan Tanda Minor	g. Ortopnea	g. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forseps McGill.
Subjektif	menurun	h. Berikan oksigen, jika perlu.
1. Dispnea	(5).	Edukasi
2. Sulit bicara	h. Sulit	a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.
3. Ortopnea	bicara	b. Ajarkan teknik batuk efektif.
Objektif	menurun	Kolaborasi
1. Gelisah	(5).	a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
2. Sianosis	i. Sianosis	
3. Bunyi napas menurun	menurun	
4. Frekuensi napas berubah	j. Gelisah	
5. Pola napas berubah	menurun	
Kondisi Klinis Terkait	(5).	
1. Guillain-Barré syndrome	k. Frekuensi napas	
2. Sklerosis multiple	membaik	
3. Myasthenia gravis	(5).	
4. Prosedur diagnostic (mis. bronchoscopy, transesophageal echocardiography (TEE))	l. Pola napas	
5. Depresi sistem saraf pusat	membaik	
6. Cedera kepala	(5)	
7. Stroke		
8. Kuadriplegia		
9. Sindrom aspirasi meconium		
10. Infeksi saluran napas		

(Tim Pojka SDKI DPP PPNI 2017 ; Tim Pojka SLKI DPP PPNI, 2022 ; Tim Pojka SIKI DPP PPNI, 2018)

2.4.4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan rencana intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap

implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan intervensi keperawatan yang telah direncanakan dilaksanakan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Implementasi keperawatan merupakan tindakan, baik secara langsung maupun tidak langsung, untuk melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan. Pelaksanaan ini bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami sebagai dampak dari intervensi keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien (Hadinata dan Abdillah, 2021). Implementasi asuhan keperawatan pada klien dengan bersihan jalan napas tidak efektif dilakukan sesuai dengan intervensi.

2.4.5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses menilai respons pasien terhadap intervensi yang telah diberikan. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk menentukan efektivitas intervensi keperawatan yang telah dirancang, sehingga dapat diputuskan apakah intervensi tersebut perlu dilanjutkan atau dihentikan (Hadinata dan Abdillah, 2021). Dalam evaluasi keperawatan, terdapat beberapa komponen yang perlu diperhatikan guna mempermudah pemantauan perkembangan kondisi pasien dengan metode SOAP, yang terdiri dari beberapa komponen berikut (Hadinata dan Abdillah, 2021):

- a. S (Data Subjektif)

Data yang diperoleh berdasarkan keluhan yang disampaikan oleh pasien terkait kondisi yang masih dirasakan setelah mendapatkan tindakan keperawatan

b. O (Data Objektif)

Data yang diperoleh dari hasil pengukuran atau observasi langsung terhadap pasien, termasuk respons yang dirasakan pasien setelah menerima tindakan keperawatan. Menurut Tim Pojka SLKI DPP PPNI, (2019) pada pasien dengan bersihan jalan napas tidak efektif, indikator evaluasi meliputi:

- a) Peningkatan efektivitas batuk.
- b) Penurunan produksi sputum.
- c) Berkurangnya mengi.
- d) Penurunan wheezing.
- e) Berkurangnya mekonium pada neonatus.
- f) Penurunan dispnea.
- g) Berkurangnya ortopnea.
- h) Penurunan kesulitan berbicara.
- i) Berkurangnya sianosis.
- j) Penurunan tingkat kegelisahan.
- k) Perbaikan frekuensi napas.
- l) Peningkatan pola napas.

c. A (Analisis)

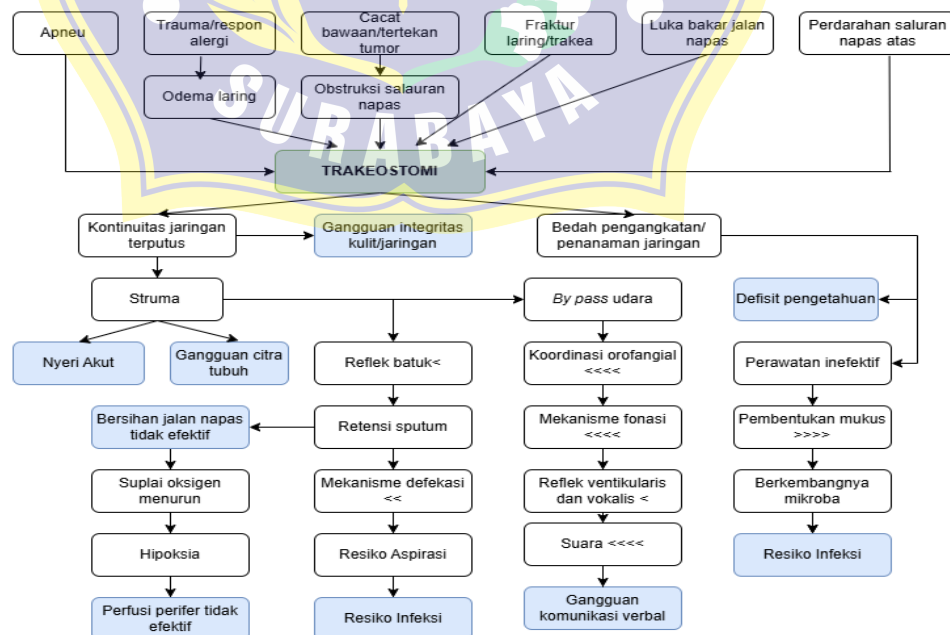
Interpretasi dari data subjektif dan objektif untuk menentukan diagnosis keperawatan yang masih berlangsung atau

kemungkinan adanya diagnosis baru yang muncul akibat perubahan status kesehatan pasien (Hadinata dan Abdillah, 2021)

d. P (Perencanaan)

- a) Menentukan apakah intervensi keperawatan akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan sesuai dengan kondisi pasien.
- b) Intervensi yang telah menunjukkan hasil optimal dan tidak memerlukan tindakan lanjutan umumnya dihentikan.
- c) Intervensi yang masih diperlukan harus dilakukan secara berkelanjutan hingga masalah pasien teratasi.
- d) Modifikasi intervensi dilakukan apabila diperlukan untuk membantu menyelesaikan masalah pasien dengan lebih efektif

2.5. WOC



Gambar 2. 2 WOC