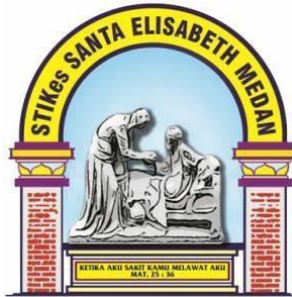




KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN STROKE
NON HEMORAGIK PADA Tn. J DI RUANG SANTO ANTONIUS (ICU)
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2025**



OLEH :

AGNES NOVIYANTI SITUMORANG

NIM.052024049

**PROGRAM STUDI NERS TAHAP PROFESI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
T.A 2025/2026**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON
HEMORAGIK PADA Tn. J DI RUANG SANTO ANTONIUS (ICU)
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners program
Studi tahap Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



OLEH:

AGNES NOVIYANTI SITUMORANG

NIM. 052024049

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PROGRAM STUDI NERS TAHAP PROFESI
T.A 2025/2026**



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 02 APRIL 2025

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Lindawati F. Tampubolon S. Kep., Ns., M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karp., M.Kep., DNSc)



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 02 APRIL 2025

TIM PENGUJI

Penguji I : Jagentar P. Pane, S.Kep., Ns., M.Kep

Penguji II : Sri Martini, S.Kep., Ns., M.Kep

Penguji III : Mardiaty Barus, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Tanda Tangan





Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

5

LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh
Ners (Ns)

OLEH :
AGNES NOVIYANTI SITUMORANG
052024049

Medan, 02 April 2025

Menyetujui
Ketua Penguji

(Jagentar P. Pane, S.Kep., Ns., M.kep)

Anggota I

(Sri Martini, S.Kep., Ns., M.Kep)

Anggota II

(Mardiaty Barus, S.Kep., Ns., M.Kep)

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Dipindai dengan CamScanner

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan kasih karunianya saya telah berhasil menyelesaikan karya ilmiah akhir saya yang berjudul “**Asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non haemoragic**” hingga selesai. Meskipun dalam penulisan karya ilmiah akhir saya mendapat banyak kendala, tetapi karna adanya bimbingan dari beberapa pihak saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik sampai dengan selesai.

Oleh karena itu saya mengucapkan banyak terimakasih kepada dosen pembimbing yang telah membimbing saya didalam penulisan karya ilmiah akhir ini. saya menyadari masih ada kekurangan mengingat keterbatasan saya akan pemahaman tentang karya ilmiah akhir ini. Oleh sebab itu saya mohon kritik dan saran dari semua pihak, agar saya dapat lebih baik lagi dalam membuat karya ilmiah akhir kedepannya.

Medan, 16 April 2025

Agnes Noviyanti



DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENETAPAN	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	4
1.3 Tujuan karya ilmiah akhir	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 anatomi fisiologi sistem persyarafan	11
2.2 Konsep dasar medis	19
2.2.1. Definisi stroke	19
2.2.2. Etiologi stroke	21
2.2.3. Tanda dan gejala stroke.....	21
2.2.4. Manifestasi klinis stroke	22
2.2.5 Faktor risiko stroke.....	22
2.2.6. patofisiologi stroke.....	25
2.2.7. komplikasi stroke	26
2.2.8. Penatalaksanaan stroke	30
2.3 Konsep dasar keperawatan	32
2.3.1. Pengkajian keperawatan.....	32
2.3.2. Diagnosa keperawatan	33
2.3.3. Intervensi Keperawatan	34
2.3.4. Implementasi Keperawatan	36
2.3.5 Evaluasi keperawatan.....	37
BAB III TINJAUAN KASUS.....	39
BAB IV PEMBAHASAN.....	69
4.1 Pengkajian keperawatan.....	69
4.2 Diagnosa keperawatan	70
4.3 Intervensi Keperawatan.....	72
4.4 Implementasi Keperawatan	73
4.5 Evaluasi Keperawatan	73
DAFTAR PUSTAKA	76
LAMPIRAN.....	78

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan masalah serius yang hampir di hadapi di seluruh dunia dimana stroke merupakan menjadi penyebab utama kematian terbanyak nomor kedua setelah penyakit jantung, hal tersebut dikarenakan serangan stroke yang terjadi secara mendadak dapat menyebabkan kematian, kecacatan fisik dan mental baik pada usia produktif maupun usia lanjut. Stroke adalah suatu tanda klinis yang berkembang secara cepat akibat gangguan otak fokal atau global dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. Stroke iskemik adalah stroke yang di sebabkan karena adanya hambatan atau sumbatan pada pembuluh darah otak tertentu sehingga daerah otak yang di perdarahi oleh pembuluh darah tersebut tidak mendapat pasokan energi dan oksigen sehingga pada akhirnya jaringan sel-sel otak di daerah tersebut mati dan tidak berfungsi lagi (Tejo Saksono, Adiratna Sekar Siwi², 2022).

Di indonesia Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga dengan angka kejadian yang terus meningkat setiap tahunnya. Pada tahun 2013, prevalensi stroke masi 7 per 1000 penduduk. Namun angka ini melonjak menjadi 10,9 per 1000 penduduk di tahun 2018 yang menunjukkan kenaikan sebesar 56% (Nurhaliza, Damayanti and Suganda, 2024), Organisasi kesehatan dunia memperkirakan bahwa terdapat 13,7 kasus baru stroke dan lebih dari 5,5 juta kematian akibat stroke setiap tahun nya. Negara-negara berpendapatan rendah dan menengah menanggung 87% kecatatan dan kematian akibat stroke yang merupakan sekitar dua pertiga kasus

stroke, berdasarkan hasil diagnosis ada 4 pasien stroke di Indonesia pada tahun 2018 yang merupakan 10,9% dari orang berusia 15 tahun ke atas. Ini berbeda dengan prevalensi stroke pada tahun 2013 yang hanya sebesar 7% dari tingkat tertinggi (14,7 orang per mil) dan terendah di Papua (4,1 per mil). Artinya, prevalensi stroke di Indonesia meningkat sebesar 3,9 persen dari tahun 2013 hingga 2018 dengan prevalensi stroke mencapai 50,2% pada orang berusia di atas 75 tahun dan 11,1% pada orang berusia di atas 11 tahun (Khathimah *et al.*, 2024).

Stroke terjadi ketika ketika arteri darah pecah atau tersumbat sehingga mengganggu aliran darah otak akibatnya darah menjadi kekurangan nutrisi dan oksigen yang dapat merusak jaringan otak, Meski demikian kesulitan berbicara, kelemahan atau mati rasa pada satu sisi tubuh, kesulitan berjalan, pusing dan hilangnya keseimbangan merupakan gejala stroke yang paling sering di jumpai pada pasien-pasien (Khathimah *et al.*, 2024). Kelumpuhan wajah atau anggota badan biasanya hemipararese yang timbul mendadak atau kelumpuhan ekstremitas adanya serangan defisit neurologis fokal berupa kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh. Stroke iskemik tanpa ada riwayat stroke sebelumnya merupakan jenis stroke yang paling banyak ditemui, durasi stroke sejak terkena serangan stroke pertamamayortitas dengan jangka waktu 1-5 tahun, kekambuhan stroke berulang biasanya terjadi pada rentang waktu 7-12 bulan dari serangan stroke sebelum nya (Basuki, 2018 dalam Tejo Saksono, Adiratna Sekar Siwi², 2022).

Penatalaksanaan pada pasien stroke dapat menggunakan terapi farmakologi dan non farmakologi, terapi farmakologi merupakan penggunaan obat yang diberikan

oleh dokter untuk membantu mengurangi tanda dan gejala yang muncul, terapi non farmakologi dapat diberikan melalui asuhan keperawatan dengan salah satunya memberikan posisi nyaman kepada pasien untuk menurunkan ketidakefektifan pola nafas (Imani and Hudiyawati, 2023). Stroke sebenarnya dapat di cegah walaupun tidak dapat sembuh sepenuhnya, namun gejala sisa pada penderita nya ini dapat di minimalisir apabila kita dapat mengenali dan memahami stroke dan segera melakukan upaya penanganan dini kejadian stroke tersebut. Pemahaman mengenai pencegahan dan penatalaksanaan stroke menjadi krusial untuk mengurangi angka kejadian serta meningkatkan kualitas hidup individu yang telah mengalami stroke. Upaya pencegahan juga memiliki peran penting dalam mengurangi faktor risiko yang dapat memicu timbulnya stroke seperti tekanan darah tinggi, diabetes, pola makan yang tidak sehat, dan kurangnya aktivitas fisik. Meskipun informasi stroke dapat di akses secara luas namun masi banyak masyarakat yang kurang mendapatkan pemahaman yang memadai tentang penyakit ini (Amalia *et al.*, 2024)

1.2. Identifikasi Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Kritis pada Tn. J Dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025?

1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir

1.3.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Kritis pada Tn. J Dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruangan ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

1.3.2 Tujuan khusus

1. Untuk mengetahui penerapan pengkajian asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH)
2. Untuk mengetahui penerapan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH)
3. Untuk mengetahui penerapan perencanaan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH)
4. Untuk mengetahui penerapan implementasi asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH)
5. Untuk mengetahui penerapan evaluasi asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH)

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi tentang Asuhan Keperawatan Kritis pada Tn. J Dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruangan ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi penulis sendiri

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi dengan tepat untuk pasien dengan masalah keperawatan pada sistem pernapasan, khususnya dengan pasien dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik (SNH).

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH)

2. Bagi teknologi dan seni

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan meningkatnya kemajuan teknologi keperawatan untuk menghadapi permasalahan yang lebih kompleks dalam praktik keperawatan.

3. Bagi ilmuwan lain

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu data untuk menindaklanjuti masalah masalah asuhan keperawatan yang lainnya pada pasien kelolaan.

4. Bagi masyarakat

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi bagi masyarakat untuk mengetahui terkait dengan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH).

BAB II**TINJAUAN PUSTAKA****2.1 Anatomi fisiologi dan biokimia sistem persarafan**

Sistem saraf adalah sistem koordinasi berupa penghantaran impuls saraf ke susunan saraf pusat, pemrosesan impuls saraf dan pemberi tanggapan rangsangan. Sistem saraf manusia mempunyai struktur yang kompleks dengan berbagai fungsi yang berbeda dan saling mempengaruhi. Satu fungsi saraf terganggu secara fisiologi akan berpengaruh terhadap fungsi tubuh yang lain.

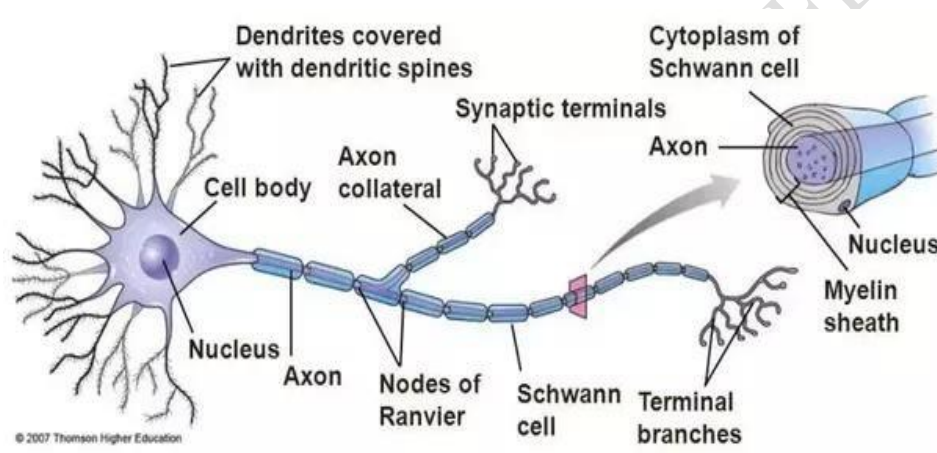
Sistem saraf merupakan salah satu sistem koordinasi yang bertugas menyampaikan rangsangan dari reseptor untuk dideteksi dan direspon oleh tubuh. Sistem syaraf memungkinkan makhluk hidup tanggap dengan cepat terhadap perubahan-perubahan yang terjadi di lingkungan luar maupun dalam. Sistem syaraf terdiri dari jutaan sel syaraf (neuron) .

Fungsi sel syaraf adalah mengirimkan pesan (impuls) yang berupa rangsang atau tanggapan. Ada tiga komponen yang harus dimiliki oleh sistem syaraf untuk menanggapi rangsangan, yaitu :

1. Reseptor, adalah alat penerima rangsangan atau impuls. Pada tubuh kita yang bertindak sebagai reseptor adalah organ indra.
2. Penghantar impuls, dilakukan oleh syaraf itu sendiri. Syaraf tersusun dari berkas serabut penghubung (akson). Pada serabut penghubung terdapat sel-sel khusus yang memanjang dan meluas. Sel syaraf disebut neuron.

3. Efektor, adalah bagian yang menanggapi rangsangan yang telah diantarkan oleh penghantar impuls. Efektor yang paling penting pada manusia adalah otot dan kelenjar.

Sistem syaraf terdiri atas sel-sel syaraf yang disebut neuron. Neuron bergabung membentuk suatu jaringan untuk mengantarkan impuls (rangsangan). Satu sel syaraf tersusun dari badan sel, dendrit, dan akson.



1. Badan sel syaraf merupakan bagian yang paling besar dari sel syaraf. Berfungsi untuk menerima rangsangan dari dendrit dan meneruskannya ke akson. Pada badan sel syaraf terdapat inti sel, sitoplasma, mitokondria, sentrosom, badan golgi, lisosom, dan badan nisel. Badan nisel merupakan kumpulan retikulum endoplasma tempat transportasi sintesis protein.
2. Dendrit adalah serabut sel syaraf pendek dan bercabang-cabang. Dendrit merupakan perluasan dari badan sel. Berfungsi untuk menerima dan mengantarkan rangsangan ke badan sel.

3. Akson disebut neurit. Neurit adalah serabut sel syaraf panjang yang merupakan perjuluran sitoplasma badan sel. Di dalam neurit terdapat benang-benang halus yang disebut neurofibril. Neurofibril dibungkus oleh beberapa lapis selaput mielin yang banyak mengandung zat lemak dan berfungsi untuk mempercepat jalannya rangsangan.

Sistem syaraf pusat (SSP) terdiri dari :

1. Otak, Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting dan sebagai pusat pengatur dari segala kegiatan manusia. Otak terletak di dalam rongga tengkorak. Otak manusia mencapai 2% dari keseluruhan berat tubuh, mengkonsumsi 25% oksigen dan menerima 1,5% curah jantung. Bagian utama otak adalah otak besar (Cerebrum), otak kecil (Cerebellum), dan batang otak.

- Otak Besar (cerebrum)

Otak besar merupakan pusat pengendali kegiatan tubuh yang disadari, yaitu berpikir, berbicara, melihat, bergerak, mengingat, dan mendengar.

Otak besar dibagi menjadi dua belahan, yaitu belahan kanan dan belahan kiri. Masing-masing belahan pada otak tersebut disebut hemister. Otak besar belahan kanan mengatur dan mengendalikan kegiatan tubuh sebelah kiri, sedangkan otak belahan kiri mengatur dan mengendalikan bagian tubuh sebelah kanan.

- Otak kecil (cerebellum)

Otak kecil berfungsi sebagai pengatur keseimbangan tubuh dan mengkoordinasikan kerja otot ketika seseorang akan melakukan kegiatan. Dan pusat keseimbangan tubuh.

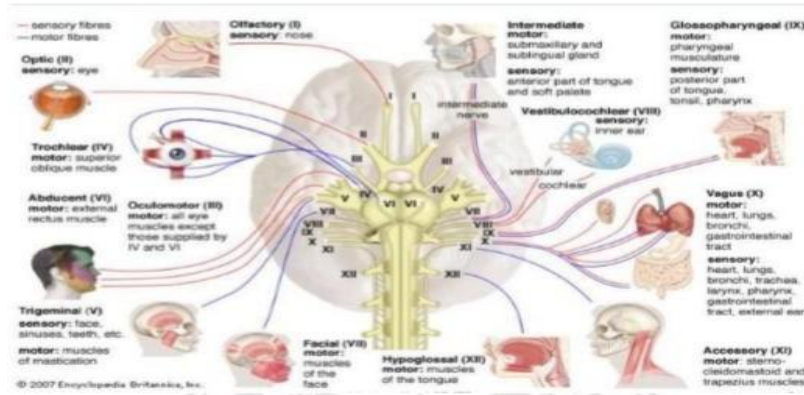
- Batang otak

Batang otak merupakan struktur pada bagian posterior (belakang) otak. Batang otak merupakan sebutan untuk kesatuan dari tiga struktur yaitu medulla oblongata, pons dan mesencephalon (otak tengah).

Sistem saraf tepi

Sistem syaraf tepi terdiri dari jaringan syaraf yang berada di bagian luar otak dan medulla spinalis. Sistem ini juga mencakup syaraf kranial yang berasal dari otak; syaraf spinal, yang berasal dari medulla spinalis dan ganglia serta reseptor sensorik yang berhubungan.

1. Saraf Kranial



Syaraf ini terdiri atas 12 pasang yang muncul dari berbagai bagian batang otak.

Syaraf Kranial terdiri atas beberapa syaraf berikut ini :

- A. Syaraf Olfaktorius (CN I). Merupakan syaraf sensorik. Syaraf ini berasal dari epitelium olfaktori mukosa nasal. Berkas serabut sensorik mengarah ke bulbus lobus temporal (girus olfaktori), tempat persepsi indera penciuman berada.
- B. Syaraf Optik (CN II). Merupakan syaraf sensorik. Impuls dari batang dan kerucut retina di bawa ke badan sel akson yang membentuk syaraf optik. Setiap syaraf optik keluar dari bola mata pada bintik buta dan masuk ke rongga cranial melalui foramen optic. Seluruh serabut memanjang saat traktus optic, bersinapsis pada sisi lateral nuclei genikulasi thalamus dan menonjol ke atas sampai ke area visual lobus oksipital untuk persepsi indera penglihatan.
- C. Syaraf Okulomotorius (CN III). Merupakan syaraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari syaraf motorik. Neuron motorik berasal dari otak tengah dan membawa impuls ke seluruh otot bola mata (kecuali otot oblik superior dan rektus lateral), ke otot yang membuka kelopak mata dan ke otot

- polos tertentu pada mata. Serabut sensorik membawa informasi indera otot (kesadaran perioperatif) dari otot mata yang terinervasi ke otak.
- D. Syaraf Traklear (CN IV) adalah syaraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari syaraf motorik dan merupakan syaraf terkecil dalam syaraf cranial. Neuron motorik berasal dari langit-langit otak tengah dan membawa impuls ke otot oblik superior bola mata. Serabut sensorik dari spindle otot menyampaikan informasi indera otot dari otot oblik superior ke otak.
- E. Syaraf Trigeminal (CN V). Syaraf cranial terbesar, merupakan syaraf gabungan tetapi sebagian besar terdiri dari syaraf sensorik. Bagian ini membentuk syaraf sensorik utama pada wajah dan rongga nasal serta rongga oral. Neuron motorik berasal dari pons dan menginervasi otot mastikasi kecuali otot buksinator.
- F. Syaraf Abdusen (CN VI) merupakan syaraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari syaraf motorik. Neuron motorik berasal dari sebuah nucleus pada pons yang menginervasi otot rektus lateral mata. Serabut sensorik membawa pesan proprioseptif dari otot rektus lateral ke pons.
- G. Syaraf Fasial (CN VII) merupakan syaraf gabungan. Neuron motorik terletak dalam nuclei pons. Neuron ini menginervasi otot ekspresi wajah, termasuk kelenjar air mata dan kelenjar saliva. Neuron sensorik membawa informasi dari reseptor pengecap pada dua pertiga bagian anterior lidah.
- H. Syaraf Vestibulokoklearis (CN VIII), hanya terdiri dari syaraf sensorik dan memiliki dua divisi. Cabang koklear atau auditori menyampaikan informasi dari reseptor untuk indera pendengaran dalam organ korti telinga dalam ke

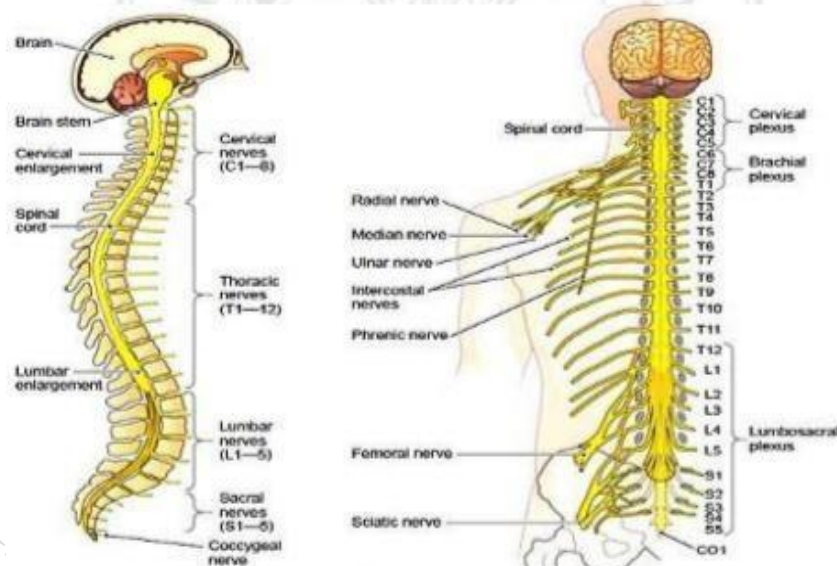
nuclei koklear pada medulla, ke kolikuli inferior, ke bagian medial nuclei genikulasi pada thalamus dan kemudian ke area auditori pada lobus temporal. Cabang vestibular membawa informasi yang berkaitan dengan ekuilibrium dan orientasi kepala terhadap ruang yang diterima dari reseptor sensorik pada telinga dalam.

- I. Syaraf Glossofaringeal (CN IX), merupakan syaraf gabungan. Neuron motorik berawal dari medulla dan menginervasi otot untuk bicara dan menelan serta kelenjar saliva parotid. Neuron sensorik membawa informasi yang berkaitan dengan rasa dari sepertiga bagian posterior lidah dan sensasi umum dari faring dan laring; neuron ini juga membawa informasi mengenai tekanan darah dari reseptor sensorik dalam pembuluh darah tertentu.
- J. Syaraf Vagus (CN X), merupakan syaraf gabungan. Neuron motorik berasal dari dalam medulla dan menginervasi hampir semua organ toraks dan abdomen. Neuron sensorik membawa informasi dari faring, laring, trakea, esophagus, jantung dan visera abdomen ke medulla dan pons.
- K. Syaraf Aksesori Spinal (CN XI), merupakan syaraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari serabut motorik. Neuron motorik berasal dari dua area: bagian cranial berawal dari medulla dan menginervasi otot volunteer faring dan laring, bagian spinal muncul dari medulla spinalis serviks dan menginervasi otot trapezius dan sternokleidomastoideus. Neuron sensorik membawa informasi dari otot yang sama yang terinervasi oleh syaraf motorik, misalnya otot laring, faring, trapezius, dan otot sternokleidomastoid,

L. Syaraf Hipoglosal (CN XII), termasuk syaraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari syaraf motorik. Neuron motorik berawal dari medulla dan mensuplai otot lidah. Neuron sensorik membawa informasi dari spindel otot di lidah (Pearce, 2007).

2. Saraf Spinal

Syaraf spinal terdiri atas 31 pasang syaraf yang berawal dari korda melalui radikls dorsal (posterior) dan ventral (anterior). Pada bagian distal radikls dorsal ganglion, dua radikls bergabung membentuk satu syaraf spinal. Semua syaraf

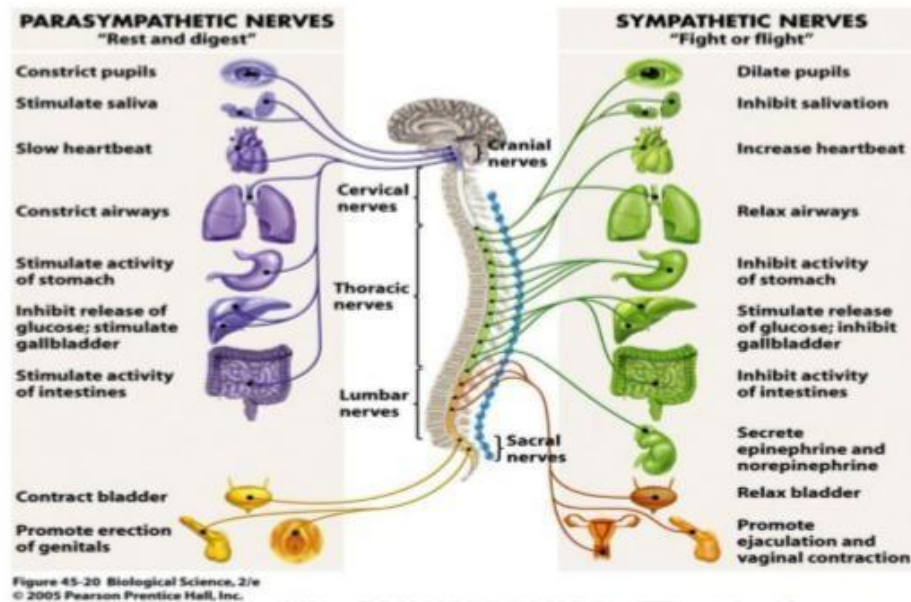


tersebut adalah syaraf gabungan (motorik dan sensorik), membawa informasi ke korda melalui neuron aferen dan meninggalkan korda melalui neuron eferen. Syaraf spinal diberi nama dan angka sesuai dengan regio kolumna bertebra tempat munculnya syaraf tersebut.

- a. Syaraf serviks: 8 pasang, C1 – C8.
- b. Syaraf toraks: 12 pasang, T1 – T12.
- c. Syaraf lumbal: 5 pasang, L1 – L5.

- d. Syaraf sacral: 5 pasang, S1 – S5.
- e. Syaraf koksigis: 1 pasang.

D. Sistem Syaraf Otonom (SSO)



SSO merupakan sistem motorik eferen visceral. Sistem ini menginervasi jantung; seluruh otot polos, seperti pada pembuluh darah dan visera serta kelenjar-kelenjar. SSO tidak memiliki input volunteer; walaupun demikian, sistem ini dikendalikan oleh pusat dalam hipotalamus, medulla dan korteks serebral serta pusat tambahan pada formasi reticular batang otak. Serabut aferen sensorik (visera) menyampaikan sensasi nyeri atau rasa kenyang dan pesan-pesan yang berkaitan dengan frekwensi jantung, tekanan darah dan pernapasan, yang di bawa ke SSP di sepanjang jalur yang sama dengan jalur serabut syaraf motorik viseral pada SSO.

Divisi SSO memiliki 2 divisi yaitu divisi simpatis dan divisi parasimpatis.

- a. Divisi Simpatis/Torakolumbal. Memiliki satu neuron preganglionik pendek dan satu neuron postganglionik panjang. Badan sel neuron preganglionik

terletak pada tanduk lateral substansi abu-abu dalam segmen toraks dan lumbal bagian atas medulla spinalis.

- Fungsi memacu, antara lain mempercepat detak jantung, memperbesar pupil mata, memperbesar bronkus.
- Adapun fungsi yang menghambat, antara lain memperlambat kerja alat pencernaan, menghambat ereksi, dan menghambat kontraksi kantung seni.

b. Divisi ParaSimpatis/Kraniosakral. Memiliki neuron preganglionik panjang yang menjulur mendekati organ yang terinervasi dan memiliki serabut postganglionik pendek.

- Syaraf parasimpatik memiliki fungsi, antara lain menghambat detak jantung, memperkecil pupil mata, memperkecil bronkus, mempercepat kerja alat pencernaan, merangsang ereksi, dan mempercepat kontraksi kantung seni. Karena cara kerja kedua syaraf itu berlawanan, maka mengakibatkan keadaan yang normal.

2.2 Konsep Dasar Medis

2.2.1 Defenisi stroke

Penyakit serebrovaskular mencakup setiap proses patologi yang melibatkan pembuluh darah otak, penyakit ini merupakan gangguan neurologis yang paling sering menyerang orang dewasa, Sebagian besar penyakit serebrovaskular disebabkan oleh trombosis, emboli, atau perdarahan. Mekanisme masing-masing etiologi ini berbeda tetapi hasil akhirnya adalah kerusakan pada

area fokus otak. Stroke dapat di definisikan sebagai deficit neurologis yang terjadi secara tiba-tiba, mengakibatkan kerusakan permanen pada otak dan disebabkan oleh penyakit serebrovaskular. Stroke terjadi Ketika gangguan aliran darah ke suatu bagian otak, aliran darah terganggu karena penyumbatan pembuluh darah, thrombus atau embolus atau pecahnya pembuluh darah. Gambaran klinis yang terlihat bergantung pada Lokasi kejadian dan bagian otak yang di aliri oleh pembuluh darah.

Menurut World Health Organization (WHO) stroke didefinisikan sebagai suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak Dengan tanda Dan gejala klinik, baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam atau dapat menimbulkan kematian yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Stroke adalah gangguan fungsi saraf akut yang disebabkan karena gangguan peredaran darah otak yang disertai Dengan timbulnya gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal pada otak yang terganggu, baik yang terjadi secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam). Stroke termasuk penyakit serebrovaskular yang ditandai Dengan Kematian jaringan otak (infark serebral) yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Stroke atau cerebrovascular accident adalah gangguan pasokan darah otak yang dapat terjadi karena beberapa kondisi patologis termasuk aterosklerosis, trombosis, emboli, hipoperfusi, vaskulitis dan statis Vena yang dapat mempengaruhi pembuluh otak dan menyebabkan stroke. Stroke iskemik adalah Aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerosis atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah, melalui proses aterosklerosis. Pada Stroke iskemik, penyumbatan bisa terjadi

di sepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Misalnya suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah.

Stroke iskemik berdasarkan perjalanan klinisnya sebagai berikut:

- Transient ischemic attack (TIA): serangan stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- Reversibel Ischemic Neurologic Deficit (RIND): gejala neurologis akan menghilang antara >24jam sampai dengan 21 hari
- Progressing stroke atau stroke in evolution: kelainan atau defisit neurologik berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat.
- Stroke komplit atau completed Stroke: kelainan neurologis sudah lengkap menetap dan tidak berkembang lagi.

Stroke iskemik berdasarkan penyebabnya:

- Aterotrombotik: penyumbatan pembuluh darah oleh kerak/plak dinding arteri
- Kardioemboli: sumbatan arteri oleh pecahan plak (emboli) dari jantung
- Lakuner: sumbatan plak pada pembuluh darah yang berbentuk lubang
- Penyebab lain: semua hal yang mengakibatkan tekanan darah turun (hipotensi)

2.2. 2 Etiologi stroke

Sekitar tiga perempat dari stroke di Amerika Serikat disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah (thrombus atau emboli), yang mengakibatkan iskemia dan infark. Sekitar seperempat dari stroke di Amerika Serikat adalah hemoragik yang disebabkan oleh penyakit pembuluh darah hipertensi (yang menyebabkan pendarahan intraserebral), aneurisma yang pecah, atau malformasi arteri dan vena. Menurut *Critical nursing book* penyebab utama stroke iskemik ialah aterosklerosis yaitu penumpukan lemak, kolesterol dan bahan lainnya yang dapat menyebabkan penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah, emboli atau gumpalan darah atau benda asing yang bergerak melalui aliran darah dan menyumbat pembuluh darah di otak, penyakit jantung dimana kondisi jantung seperti fibrilasi atrium, infark miokardial, dan kelainan katup jantung dapat menyebabkan pembekuan darah yang dapat bergerak ke otak sehingga menyebabkan stroke.

2.2.3 Tanda dan Gejala Stroke

Tanda dan gejala neurologis yang timbul pada stroke tergantung berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya, diantaranya yaitu.

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik).
3. Perubahan mendadak status mental (konvusi, delirium. Letargi, stupor, atau koma).

4. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan).
5. Disartria (bicara pelo atau cadel)
6. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia. kronis, gangguan ginjal akut (acute kidney injury) atau sebelumnya disebut gagal ginjal akut.
7. Ataksia (trunkal atau anggota badan).

2.2.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis adalah gejala klinis yang dapat dijumpai pada seseorang ketika ia mengidap suatu penyakit, serta akibat yang terjadi pada seseorang sebagai akibat dari perkembangan penyakit tersebut. Beberapa gejala klinis yang dapat menyebabkan penurunan kesehatan pada pasien stroke apabila penyakitnya berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gejala dan berdampak pada kesehatan pasien stroke antara lain :

1. Penurunan berat badan.
2. Kejang
3. Penurunan kesadaran
4. Kebingungan
5. Cepat kenyang setelah makan
6. Faktor gejala klinis lain: Disfagia.

Disfagia adalah pasien stroke yang akan mengalami gejala kesulitan dalam menelan makanan dan minuman hal ini disebabkan oleh gangguan koordinasi otot.

kelemahan otot atau tonus otot menelan yang dihubungkan dengan gangguan fungsi hemisfer, nuklear dari serabut saraf otak dan otot-otot pengunyah dan menelan. Disfagia lebih banyak ditemukan pada pasien stroke hemoragik dan yang sebelumnya sudah mengalami stroke berulang.

2.2.5 Faktor risiko stroke

Faktor risiko stroke adalah karakteristik atau keadaan pada seorang individu yang ikut menyebabkan atau mempengaruhi terganggunya dinding pembuluh darah otak sehingga memunculkan kerusakan atau kematian jaringan otak yang dapat menimbulkan terjadinya deficit neurologis atau stroke. Adapun factor resiko stroke yang dapat di modifasikasi dan sebaliknya.

A. Faktor risiko yang dapat di modifikasi

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang paling umum dan paling banyak di sandang Masyarakat. Dari data WHO pada tahun 2015, terdapat sekitar 1,3 miliar orang di dunia menyandang hipertensi. Ini artinya bahwa 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Di perkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 miliar orang yang terkena hipertensi. Hal ini karena jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya.

Hipertensi sendiri adalah penyakit tekanan darah tinggi. Tekanan darah yakni kekuatan sirkulasi darah atas dinding arteri tubuh yang merupakan pembuluh darah utama.

Besarnya tekanan yang terjadi bergantung pada resistensi dari pembuluh darah dan seberapa intens jantung untuk bekerja. Apabila semakin banyak darah yang di pompa oleh jantung dan akibat sempitnya pembuluh darah pada arteri, seseorang dapat mengalami hipertensi atau tekanan darah tinggi.

Hipertensi dapat menyebabkan peningkatan risiko terjadinya stroke. Ini karena pada keadaan hipertensi, pembuluh darah mendapat tekanan yang cukup besar. Jika proses tekanan berlangsung lama ini menyebabkan kelemahan pada dinding pembuluh darah sehingga menjadi rapuh dan mudah pecah.

Hipertensi juga dapat menyebabkan arterosklerosis dan penyempitan diameter pembuluh darah sehingga mengganggu aliran darah ke jaringan otak. Gangguan aliran darah ke jaringan otak dapat menimbulkan peningkatan risiko stroke.

2) Diabetes Melitus

Diabetes melitus merupakan suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin. Diabetes melitus

merupakan salah satu factor resiko stroke. etiologi stroke pada penderita diabetes sering mengenai mikrovaskuler berupa nekrosis fibrinoid yang menyebabkan infark kecil subkortikal yang di sebut stroke lacunar, tetapi dapat juga mengenai pembuluh darah besar intracranial. Pengidap diabetes rentan mengalami stroke karena mereka memiliki terlalu banyak gula dalam darahnya sehingga dapat merusak pembuluh darah. Kandungan gula berlebih dalam darah dapat menyebabkan pembuluh darah pembuluh darah menjadi kaku dan penumpukan timbunan lemak. Hal ini membuat seseorang yang mengidap diabetes melitus memiliki risiko lebih besar mengalami stroke dibandingkan yang tidak mengidap diabetes melitus.

3) Dislipdemia

Dislipdemia mengacu pada Tingkat yang tidak sehat dari suatu atau lebih jenislipid (lemak/kolestrol) dalam darah. Darah mengandung tiga jenis lipid utama, Yakni lipoprotein densitas tinggi (HDL), lipoprotein densitas rendah (LDL) dan trifliserida. Seseorang mengidap dislipidemia biasanya berarti kadar LDL atau trigliserida terlalu tinggi. Hal ini karena kadar kolestrol dalam darah terlalu tinggi (hiperkolesterolemia) apabila tidak segera mendapatkan penanganan sangat mungkin kemudia terjadi

penumpukan kolestrol yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah (arteriosclerosis) sehingga memicu risiko terjadinya stroke

4) Merokok

Rokok merupakan salah satu bahan adiktif. Sifat adiktif rokok yang dapat menimbulkan ketergantungan bagi pemakainya berasal dari nikotin yang di kandungannya. Setelah seseorang menghirup asap rokok dalam 7 detik nikotin akan mencapai otak. Hal tersebut disebabkan oleh zat nikotin yang terdapat di dalam rokok membuat kerja jantung dan frekuensi denyut jantung serta tekanan darah meningkat. Nikotin juga mengurangi kelenturan arteri yang dapat menyebabkan aterosklerosis.

B. Faktor risiko yang tidak dapat di modifikasi

1) Usia

Usia adalah waktu yang terlewat sejak kelahiran. Di kaitkan dengan stroke, terdapat korelasi yang bermakna antara kejadian stroke dengan bertambah usia, dari 2065 pasien stroke akut yang di rawat di rumah sakit di Indonesia 38,8% berusia di atas 65 tahun dan 12,9% kurang dari 45 tahun. Data tersebut menunjukkan bahwa usia terbanyak terkena serangan stroke adalah usia 65 tahun ke atas. Ini berarti bahwa semakin pertambahan usia, terutama setelah usia 55 tahun, risiko stroke meningkat.

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan biologis antara laki-laki dan Perempuan. Perbedaan biologis tersebut dapat dilihat dari alat kelamin serta perbedaan genetic. Hasil dari suatu penelitian yang bertujuan untuk menganalisa berdasarkan jenis kelamin, Gambaran klinis, tipe stroke, dan keluaran pada individu yang terserang stroke pertama kali, ditemukan rata-rata kejadian stroke lebih tinggi pada Wanita di bandingkan dengan pria (53,8% Vs 46,2%).

2.2.6 Patofisiologi Stroke

Otak sangat bergantung pada oksigen tetapi kekurangan cadangan oksigen akan mengakibatkan aliran darah ke seluruh bagian otak terhambat oleh trombus dan embolus, jaringan otak mulai kekurangan oksigen. Kekurangan satu menit dapat menyebabkan gejala seperti nekrosis neuron. Area nekrotik disebut sebagai infark. Pada awalnya, kekurangan oksigen mungkin disebabkan oleh iskemia umum (disebabkan oleh henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia (disebabkan oleh anemia dan kesulitan bernapas). Gumpalan darah, udara, palque, ateroma, dan fragmen lemak semuanya dapat menyebabkan stroke emboli. Jika penyebab stroke adalah hemoragik, maka hipertensi merupakan faktor pencetusnya. Anomali pembuluh darah, seperti aneurisma serat, dapat pecah dan menyebabkan perdarahan. Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terganggu atau berkurang karena penyumbatan pembuluh darah (stroke iskemik) atau pecah (stroke hemoragik).

Menurut Brunner & Suddarth's (2018) pada serangan otak iskemik, terjadi gangguan aliran darah otak akibat penyumbatan pembuluh darah. Gangguan aliran darah ini memicu serangkaian peristiwa metabolisme seluler yang kompleks yang disebut kaskade iskemik. Kaskade iskemik dimulai saat aliran darah otak menurun hingga kurang dari 25 mL per 100 g darah per menit. Pada titik ini, neuron tidak lagi mampu mempertahankan respirasi aerobik. Mitokondria kemudian harus beralih ke respirasi anaerobik, yang menghasilkan sejumlah besar asam laktat, yang menyebabkan perubahan pH. Peralihan ke respirasi anaerobik yang kurang efisien ini juga membuat neuron tidak mampu menghasilkan adenosin trifosfat (ATP) dalam jumlah yang cukup untuk memicu proses depolarisasi. Pompa membran yang menjaga keseimbangan elektrolit mulai gagal, dan sel-sel berhenti berfungsi.

2.2.7 Komplikasi Stroke

Dalam buku *Medical-surgical Nursing* komplikasi yang timbul akibat stroke iskemik dapat sangat beragam, mulai dari gangguan fisik hingga psikologis. Berikut adalah beberapa komplikasi umum yang sering muncul pada pasien dengan stroke iskemik,

1. Keterbatasan Gerakan dan paralisis

- Hemiparesis (kelemahan Sebagian tubuh) atau hemiplegia (kelumpuhan sebagian tubuh) adalah komplikasi fisik yang sering terjadi setelah stroke iskemik, terutama jika pembuluh darah yang terblokir berada di daerah yang mengontrol motorik tubuh. Biasanya, kelumpuhan terjadi

pada sisi tubuh yang berlawanan dengan sisi otak yang mengalami stroke.

- Masalah dengan koordinasi dan kekuatan otot juga sering terjadi, membuat pasien sulit untuk bergerak, berjalan atau melakukan aktivitas sehari-hari

2. Gangguan bicara (Afasia)

- Pasien stroke iskemik sering mengalami afasia yang merupakan gangguan pada kemampuan berbicara atau memahami bahasa. Jika stroke terjadi di wilayah otak yang mengontrol bahasa, seperti Area Broca atau Area Wernicke, maka pasien dapat kehilangan kemampuan berbicara, memahami kata-kata, atau menulis dengan benar.
- Afasia dapat berupa afasia ekspresif (kesulitan bicara), afasia reseptif (kesulitan memahami bahasa), atau afasia global (kesulitan baik dalam berbicara maupun memahami).

3. Gangguan penglihatan

- Stroke iskemik dapat menyebabkan gangguan penglihatan, termasuk lensa kabur, penglihatan ganda, atau bahkan kebutaan pada satu atau kedua mata. Komplikasi ini biasanya terkait dengan kerusakan pada daerah otak yang mengontrol penglihatan
- Hemianopia homonim (kehilangan penglihatan pada sisi yang sama pada kedua mata) adalah komplikasi yang umum pada pasien dengan

stroke iskemik, terutama jika stroke terjadi di area yang berhubungan dengan pengelihan, seperti korteks occipital

- Kecemasan, perubahan kepribadian dan gangguan tidur juga dapat terjadi setelah stroke, terutama pada pasien yang mengalami kerusakan otak yang signifikan. Gangguan jiwa ini dapat memperburuk pemulihan dan meningkatkan kebutuhan akan perawatan psikologis.

4. Gangguan kesadaran dan kognisi

- Beberapa pasien stroke iskemik mengalami penurunan kesadaran, seperti sindrom vegetative atau koma, tergantung pada Lokasi dan sejauh mana kerusakan otak. Pada pasien ini, kemampuan untuk terjaga dan merespons rangsangan bisa sangat terbatas
- Gangguan kognitif juga umum pada pasien stroke iskemik, termasuk kesulitan dalam memori, pemrosesan informasi dan pengambilan Keputusan. Dementia vascular adalah bentuk gangguan kognitif yang bisa berkembang setelah stroke.

5. Masalah dengan fungsi kognitif dan persepsi

- Pasien dengan stroke iskemik dapat mengalami gangguan kognitif, seperti kesulitan dalam berpikir, mengingat atau membuat Keputusan
- Gangguan persepsi spasial juga bisa muncul yang menyebabkan p[asien kesulitan mengenali objek, mengarahkan tubuh atau membuat Keputusan yang tepat terkait ruang.

6. Disfagia (kesulitan menelan)

- Stroke iskemik dapat menyebabkan kerusakan pada otot atau saraf yang mengontrol menelan sehingga pasien mengalami disfagia. Disfagia meningkatkan risiko aspirasi (masuknya makanan atau cairan ke saluran nafas) yang dapat menyebabkan pneumonia aspirasi atau bahkan gagal nafas.

7. Masalah peredaran darah dan pembekuan

- Pasien stroke iskemik mungkin memiliki gangguan peredaran darah atau sirkulasi di bagian tubuh yang terkena stroke. Selain itu, pembekuan darah atau thrombus yang terbentuk akibat stroke dapat menyebabkan komplikasi lain termasuk thrombosis vena dalam (DVT) atau emboli paru.

8. Infeksi dan komplikasi paru-paru

- Pasien stroke iskemik, terutama yang di rawat di rumah sakit, berisiko mengalami infeksi seperti pneumonia akibat disfagia atau ketidakmampuan untuk batuk atau membersihkan saluran pernapasan dengan efektif.
- Immobilisasi jangka Panjang juga meningkatkan risiko infeksi saluran kemih atau infeksi kulit seperti decubitus atau luka tekan (bed sore) pada pasien yang tidak dapat bergerak

9. Gangguan fungsi ginjal

- Pada beberapa pasien stroke iskemik terjadi penurunan perfusi ginjal yang bisa menyebabkan gagal ginjal akut. Ini lebih sering terjadi jika pasien mengalami sepsis atau memiliki kondisi medis lain yang mempengaruhi fungsi ginjal.

2.2.8 Penatalaksanaan komplikasi stroke iskemik

Dalam buku *brunner & Suddarth's Textbook of medical-surgical Nursing* penatalaksanaan stroke iskemik berfokus pada:

1. Menghentikan penyumbatan aliran darah dengan menggunakan trombolitik atau prosedur intervensi seperti trombektomi
2. Pencegahan pembukan darah lebih lanjut dengan antikoagulan dan obat-obatan antiplatelet
3. Mengelola komplikasi seperti infeksi, gangguan pernapasan dan masalah mobilitas
4. Rehabilitas pasca-stroke untuk mengembalikan fungsi tubuh dan kemampuan bicara, serta terapi fisik dan okupasi untuk membantu pasien mengembalikan kemampuan sehari-hari
5. Dukungan psikologis untuk pasien yang mengalami gangguan kejiwaan atau depresi.

2.3 Konsep dasar Keperawatan

Pada pasien dengan stroke iskemik, pengkajian, diagnosis, dan implementasi keperawatan sangat penting untuk mendukung pemulihan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

Pengkajian keperawatan pada pasien stroke iskemik bertujuan untuk memperoleh informasi yang lengkap mengenai kondisi pasien, pengkajian ini dilakukan melalui beberapa langkah penting, antara lain :

2.3.1 Pengkajian Keperawatan (Assessment)

Pengkajian keperawatan pada pasien stroke iskemik bertujuan untuk memperoleh informasi yang lengkap mengenai kondisi pasien. Pengkajian ini dilakukan melalui beberapa langkah penting, antara lain :

- Pengumpulan data subjektif
 - a. Riwayat medis pasien, termasuk faktor risiko stroke (hipertensi, diabetes mellitus, riwayat stroke sebelumnya, kelainan jantung, merokok, dll)
 - b. Keluhan utama pasien, seperti kelemahan, kesulitan bicara, kesulitan gerakan, dan perubahan dalam kesadaran
 - c. Riwayat pengobatan, apakah pasien sedang menerima terapi antiplatelet, antikoagulan atau terapi lain yang terkait dengan penyakit jantung atau pembuluh darah.
- Pengumpulan data objektif

- a. Pemeriksaan fisik secara menyeluruh untuk menilai kondisi neurologis pasien, termasuk kekuatan otot, respons pupil, kesadaran, keseimbangan dan fungsi kognitif
- b. Pemeriksaan Glasgow coma scale (GCS) untuk menilai tingkat kesadaran pasien
- c. Evaluasi tanda vital (tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, suhu tubuh)
- d. Evaluasi adanya Peningkatan TIK
- Pemeriksaan penunjang
 - a. CT scan atau MRI kepala untuk mengetahui lokasi dan ukuran infark
 - b. EKG untuk mendeteksi adanya masalah jantung yang berhubungan dengan stroke
 - c. Tes darah, termasuk pemeriksaan kadar glukosa, profil lipid dan elektrolit

2.3.2 Diagnosis keperawatan (Nursing Diagnosis)

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, beberapa diagnosa yang mungkin muncul pada pasien stroke iskemik antara lain :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d disfungsi neuromuscular
2. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema cerebral
3. Risiko perfusi cerebral tidak efektif b.d edema cerebral
4. Gangguan pertukaran gas b.d Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
5. Gangguan eliminasi urine b.d penurunan kemampuan menyadarai tanda-tanda berkemih
6. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makan
7. Risiko Aspirasi b.d penurunan kesadaran
8. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular
9. Risiko gangguan integritas kulit b.d penurunan mobilitas

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah langkah perencanaan yang melibatkan penyusunan rencana tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Intervensi ini dapat berupa pemberian obat, teknik relaksasi, latihan fisik, atau edukasi kepada pasien dan keluarga. Perencanaan yang baik harus sesuai dengan tujuan yang ingin di capai dalam perawatan pasien. Dalam buku *Critical Nursing Diagnostic dan Management* di tuliskan perencanaan untuk mengatasi pasien kritis dengan stroke Non hemoragic yaitu sebagai berikut:

HASIL	INTERVENSI
Oksigenasi/Ventilasi 1. Jalan napas tetap terjaga adekuat 2. Saturasi oksigen di pertahankan dalam batas normal 3. Ateklatisis di cegah	1. Pantau bunyi napas setiap shift 2. Periksa saturasi oksigen 3. Bantu pembuangan sekresi saluran napas sesuai kebutuh
Sirkulasi/perfusi 1. Pasien bebas disritmia	1. Pantau tanda-tanda vital dengan cermat 2. Kelola tekanan darah dengan hati-hati, hindari penurunan tekanan darah secara tiba-tiba
Neurologis 1. Tekanan perfusi yang memadai di pertahankan	1. Pantau tanda-tanda vital dan lakukan penilaian neurologis 2. Deteksi perubahan dini yang menunjukkan edema serebral atau perluasan stroke 3. Posisi 30 derajat untuk penurunan TIK

Komunikasi yang efektif terjalin	<ol style="list-style-type: none">1. Menilai kemampuan berbicara dan mengikuti perintah sederhana2. Berikan lingkungan yang tenang dan tidak terburu-buru
Cairan/elektrolit <ol style="list-style-type: none">1. Elektrolit dalam batas normal	<ol style="list-style-type: none">1. Pantau hasil laboratorium2. Pantau asupan dan haluaran
Mobilitas/keamanan <ol style="list-style-type: none">1. Keamanan tetap terjaga2. Komplikasi akibat mobilitas dapat di hindari	<ol style="list-style-type: none">1. Lakukan tindakan penilaian risiko jatuh2. Lakukan tindakan pencegahan trombosis vena dengan menyertakan alat kompresi sesuai petunjuk3. Berikan latihan rentang gerak
Integritas kulit <ol style="list-style-type: none">1. Kulit masih utuh	<ol style="list-style-type: none">1. Lakukan penilaian kulit2. Putar dan ubah posisi setiap 2 jam
Nutrisi <ol style="list-style-type: none">1. Pasien memiliki asupan kalori yang cukup dan tidak mengalami penurunan berat badan dari awal2. Pasien bebas dari aspirasi	<ol style="list-style-type: none">1. Lakukan penilaian saraf kranial (kemampuan menelan)2. Berikan diet yang tepat dan abntu pemberian makan
Psikososial <ol style="list-style-type: none">1. Jaringan pendukung terbentuk	<ol style="list-style-type: none">1. Menilai sistem dukungan keluarga2. Gunakan papan gambar untuk memudahkan komunikasi3. Skrinning untuk depresi pasca stroke

Perencanaan pengajaran/pemulangan 1. Faktor risiko di ubah 2. Tindakan pencegahan sekunder telah di ambil	1. Memberikan pendidikan tentang manajemen tekanan darah 2. Berikan instruksi diet
---	---

2.3.4 Implementasi keperawatan (Intervention)

Implementasi keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik bertujuan untuk mengurangi gejala, mencegah komplikasi lebih lanjut, dan mendukung pemulihan pasien. Beberapa tindakan yang dapat dilakukan meliputi:

a. Pemberian oksigen

Memberikan oksigen jika saturasi oksigen pasien rendah untuk meningkatkan oksigenasi jaringan otak

b. Monitor status neurologis

- Pemanatauan terus menerus status neurologis pasien menggunakan glasgow coma scale (GCS) dan NIHSS untuk memantau perkembangan stroke

- Observasi adanya tanda-tanda perubahan kesadaran dan fungsi motorik

c. Pemberian obat :

- Antikoagulan atau trombolitik (jika dalam jangka waktu tertentu setelah stroke): digunakan untuk melarutkan bekuan darah yang menyebabkan

stroke iskemik namun pemberian ini harus dilakukan dalam waktu yang terbatas (biasanya dalam 4,5 jam pertama)

- Antiplatelet: seperti aspirin, digunakan untuk mencegah pembekuan darah lebih lanjut setelah stroke iskemik
- Antihipertensi : untuk mengontrol tekanan darah agar tidak mengalami peningkatan yang dapat memperburuk kondisi
- Statin : untuk menurunkan kadar kolesterol terutama jika ada riwayat hiperlipidemia

a. Manajemen nutrisi

- Pemberian makanan yang mudah di telan atau melalui nutrsisonde jika pasien mengalami disfagia
- Edukasi mengenai pola makan sehat (rendah garam,rendah kolesterol, tinggi serat)

b. Manajemen Mobilitas

- Melakukan fisioterapi untuk meningkatkan mobilitas fisik pasien terutama pada ekstremitas yang mengalami kelumpuhan atau kelemahan
- Penggunaan alat bantu (misalnya alat bantu jalan atau kursi roda) untuk membantu mobilitas pasien

- Membantu pasien dengan perubahan posisi setiap 2 jam untuk mencegah dekubitus atau luka tekan

c. Edukasi pasien dan keluarga

- Memberikan informasi mengenai pentingnya pengendalian faktor risiko stroke, seperti pengendalian tekanan darah, gula darah dan pengurangan faktor risiko lain (merokok, diet tidak sehat, dll)
- Mengedukasi keluarga mengenai pemantauan dan perawatan pasien stroke di rumah termasuk latihan fisik dan terapi bicara jika di perlukan.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

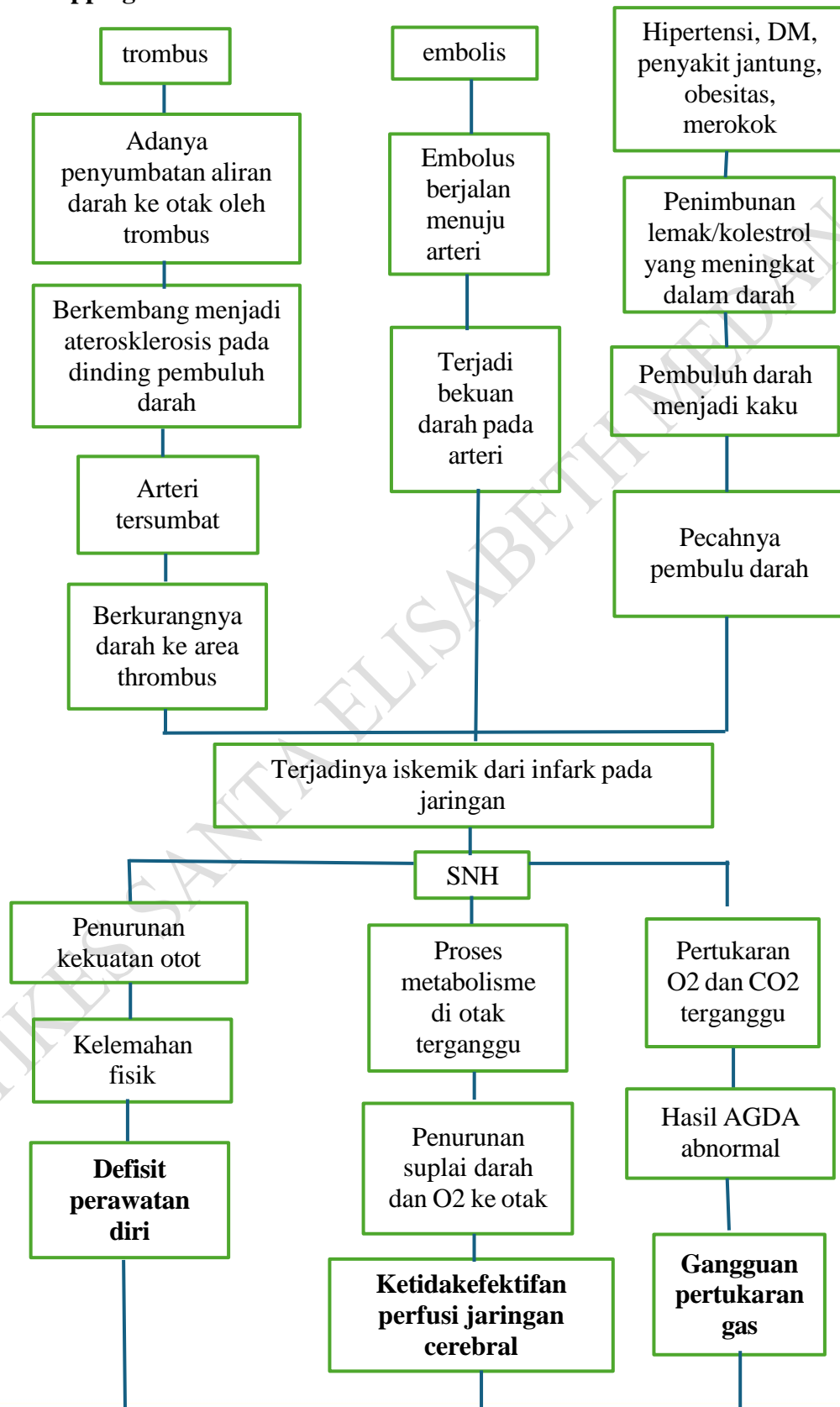
Evaluasi dapat dilakukan untuk mengetahui sejauh mana tujuan keperawatan tercapai. Beberapa aspek yang di evaluasi meliputi:

- Perbaikan status neurologis : mengukur perbaikan fungsi motorik, komunikasi dan kesadaran pasien
- Pemulihan mobilitas : menilai apakah pasien dapat bergerak atau berdiri tanpa bantuan
- Kendalinya gejala dan tanda vita : memastikan tekanan darah, kadar gula darah, dan kadar kolestrol terkontrol dengan baik.



- Peningkatan kualitas hidup : menilai kualitas hidup pasien melalui kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari atau tingkat kecemasan yang berkurang.

Mindmapping



SIKI
Dukungan
Perawatan
diri.
(I.11348)

“Pengaruh terapi kepalan bola dalam peningkatan kemampuan fungsi saraf pada penderita stroke iskemik”
Tahun:2024
Hasil:
Terapi pegangan bola dapat mempengaruhi peningkatan fungsi saraf sehingga merangsang serat otot untuk berkontraksi sama dengan Latihan menggunakan bola karet bergerigi. Gerakan jari-jari lengan yang penting untuk aktivitas sehari-hari antara lain abduksi, adduksi, fleksi, ekstensi dan countermovement stimulus ke saraf sensorik pada permukaan lengan kemudian diteruskan menuju otak.

SIKI
Manajemen
peningkatan
tekanan
intrakranial
(I.09325)

“Efektivitas Penerapan Elevasi Kepala Terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke”
Tahun: 2021
Hasil:
Elevasi kepala 30° lebih efektif di gunakan dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan perfusi jaringan sehingga posisi kepala 30° sangat di rekomendasikan dalam Tindakan keperawatan .

SIKI
Manajemen
jalan nafas
(I.01011)

“Pemberian Hiperoksigenasi pada proses *open suction* terhadap saturasi oksigen di ICU”
Tahun: 2024
Hasil:
Pada evidence based pemberian hiperoksigenasi pada pasien kritis yang terpasang ETT mempunyai peran baik karena pemberian hiperoksigenasi dalam proses open suction dapat mempertahankan jalan nafas sehingga memungkinkan terjadinya pertukaran gas yang adekuat dengan cara mengeluarkan secret pada pasien yang tidak mampu mengeluarkan secara mandiri.

BAB III**PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN****ASUHAN KEPERAWATAN
PADA TN. J DENGAN STROKE ISKEMIK DI ICU**

Nama Mahasiswa : Agnes Noviyanti Situmorang
NPM : 052024049

PENGKAJIAN :

Tanggal Pengkajian : 31/03/2025 jam 10:00 WIB

I. IDENTIFIKASI KLIEN

Nama Initial : Tn. j
Tempat/Tgl Lahir (umur) : Gunung meriah/06 agustus 1951 (73 thn)
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Status Perkawinan : Kawin
Jumlah Anak : 4
Agama/Suku : Katolik/Karo
Pendidikan terakhir : S1
Pekerjaan : Pensiunan
Alamat : Jl. Perjuangan No.28 ujung labuhan
Diagnosa Medis : Stroke iskemik
Nomor Medical Record : 00196759
Tanggal Masuk Rumah Sakit : 25-03-2025
Tanggal masuk ICU : 29-03-2025

Keluarga terdekat yang dapat segera dihubungi (orang tua, wali, suami, istri dll)

Nama : Ny. M (Istri)
Pendidikan Terakhir : S1
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Jl. Perjuangan No. 28 ujung labuhan

II. RIWAYAT KESEHATAN

- Keluhan Utama : Pasien jatuh dan tidak sadarkan diri
- Riwayat Kesehatan Sekarang : Saat ini pasien mengalami penurunan kesadaran dan ekstremitas sebelah kanan tidak dapat digerakkan/lemah.
- Riwayat Kesehatan Dahulu : Pasien menderita penyakit tekanan darah tinggi sejak 10 tahun yang lalu dan jarang kontrol ke pusat pelayanan kesehatan terdekat.
- Riwayat Kesehatan Keluarga : Ada riwayat keturunan penyakit hipertensi dari orangtua pasien (Ayah)

- e. Riwayat Alergi : Pasien tidak memiliki riwayat alergi baik makanan maupun obat-obatan.

III. PENGKAJIAN FISIK

1. Keadaan Umum

Sakit/nyeri : berat ☒ sedang ☐ ringan ☐

Alasan : pasien mengalami penurunan kesadaran dan saat ini pasien bernafas dibantu oleh mesin ventilator dengan mode SIMV dan terpasang pipa lambung di hidung sebelah kanan dan selang kateter serta EKG monitoring

Status gizi : gemuk ☐ normal ☐ kurus ☐

Alasan: Tidak dikaji

Sikap : tenang ☒ gelisah ☐ menahan nyeri ☐

Personal Hygiene : bersih ☐ kotor ☒ lain-lain ☐

Alasan : Permukaan lidah tampak bercak putih, gusi berdarah

2. Data Sistemik

a. Sistem persepsi Sensori

Pendengaran : normal ☐ kerusakan ka/ki ☐ tuli ka/ki ☐
Alat bantu dengar ☐ tinitus ☐

*Ketika pasien di panggil tidak memberikan respon

Penglihatan : normal ☐ kaca mata ☐ lensa kontak ☐
kerusakan ka/ki ☐ kebutaan ka/ki ☐ katarak ka/ki ☐

*Ketika di beri sentuhan Pasien tidak merespon membuka mata

Pengecap, penghidu : gangguan indera pengecap ☐
gangguan indera penghidu ☐

*Ketika di beri aroma kopi pasien tidak memiliki respon

Peraba : normal gangguan indera peraba ☐

Lain-lain

a. Sistem Pernafasan

Frekuensi : 25x/mnt, kualitas : normal ☐ dangkal ☒ cepat ☐

Batuk : ya/**tidak** Suara Nafas : Bersih ☐ Ronchi ☒

Wheezing ☐

Sumbatan jalan nafas : sputum ☒ lendir ☐ darah ☐

ludah ☐ lain-lain

Alasan : pasien terpasang ETT dengan mode Sim V dan terdengar suara nafas tambahan ronchi dan hasil AGDA alkalosis respiratorik (pH 7.571), (pCo2 25.2), (pO2 54.8), (Beecf 1,2) , dan (SO2% 92,9)

b. Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah : **150/80/mmHg, MAP : 103 mmHg**

Kesimpulan : perfusi darah ke ginjal terganggu.

Denyut nadi : **110x/menit**, Irama : teratur ☐ tidak teratur ☒

Kekuatan : kuat ☒ lemah ☐ Akral : hangat ☒ dingin ☐

Pengisian kapiler : < 3 detik ☒ >3 detik ☐

Edema : tidak ada ☐ ada ☐ di ekstremitas
lain-lain

c. Sistem Saraf Pusat

Kesadaran : CM ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Soporou ☐

Coma ☒

GCS : E1M1Vt

Bicara : normal ☐ tak jelas ☐ kacau ☐ afasia ☐

Alasan : tidak kaji, pasien mengalami penurunan kesadaran dan terpasang ETT

Pupil : isokor ☒ anisokor ☐

Orientasi waktu : baik ☐ buruk ☐

Orientasi tempat : baik ☐ buruk ☐

Orientasi orang : baik ☐ buruk ☐

d. Sistem Gastrointestinal

Nafsu makan : normal ☐ meningkat ☐ menurun ☒

mual ☐ muntah ☐

Mulut dan tenggorokan : normal ☒ lesi ☐

Kemampuan Mengunyah : normal ☐ kurang ☐ kesulitan ☒

Kemampuan Menelan : normal ☐ nyeri telan ☐

Alasan: pasien tidak mampu mengunyah dan menelan makanan karena terpasang ETT dan terpasang NGT pada hidung sebelah kanan

Perut : normal ☒ hiperperistaltik ☐ tidak ada ☐
bising usus

Kembung ☐ nyeri tekan kuadran..... /bagian



Colon dan rectum : BAB : normal
Diare x/....jam
Melena ☐

konstipasihari
Inkontinensia ☐
Hematemesis ☐

Nervus cranialis yang bermasalah nervus 10

Nervus pagus: saraf sensorik dan motoric dimana Pasien tidak bisa bersuara karena terpasang ETT dan pasien tidak bisa menelan karena pasien mengalami penurunan kesadaran

e. Sistem Muskuloskeletal

Rentang gerak : Penuh ☐ Terbatas ☒

Keseimbangan dan cara jalan : Tegap ☐ Tidak tegap ☐

*tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran dan bedrest total

Kemampuan memenuhi aktifitas sehari-hari : Mandiri ☐

Dibantu sebagian ☐ Dibantu sepenuhnya ☒ Menggunakan
Alasan : pasien di bantu dalam hal makan, minum mandi, berpakaian, serta dalam hal BAB/BAK

f. Sistem Integumen

Warna kulit : normal ☒ pucat ☐ sianosis ☐
Ikterik ☐ Lain-lain

Turgor : baik ☒ buruk ☐

Luka : Tidak ada ☒ Ada pada ☐

Memar : Tidak ada ☒ Ada pada ☐

Kemerahan : Tidak ada ☐ Ada pada ☐

Alasan : warna kulit sesuai dengan ras pasien yaitu kuning langsung, turgor kulit baik dengan CRT <3 dtk, tidak tampak luka di kaki, tangan maupun punggung, tidak terdapat memar atau kemerahan pada kulit.

g. Sistem Reproduksi

Infertil: Ada ☐ Tidak ada ☒

Masalah Reproduksi : Ada ☐ Tidak ada ☒

Skrotum : Edema ☐ Ulkus ☐ Nyeri tekan ☐

Testis : Edema ☐ Massa ☐

Prostat : Massa ☐ Nyeri tekan ☐

Payudara : Kontur ☐ Simetris ☒ Inflamasi ☐

Jaringan parut ☐ Lain-lain

h. Sistem perkemihan

Vesica Urinaria :

Terpasang selang kateter dengan jumlah urin yang tertampung 600cc/7 jam.

IV. DATA PENUNJANG

(Hasil pemeriksaan-pemeriksaan laboratorium, radiologi, EKG, EEG dll)

1. CT HEAD SCAN (25-3-25)

Hasil pemeriksaan CT head scan : Cerebral infarct di daerah nucleus lentiformis bilateral dan corona radiata kanan, small vessels ischemia pada area whites matter periventricular lateralis bilateral dan senile brain atrophy dengan hydrocephalus ex vacuo.

2. THORAX PHOTO (29-3-2025)

Hasil photo thorax : kesan gambar radiologis cardiomegaly (pada foto posisi Ap supine)

3. Hasil Lab:

Hasil AGDA (29/03/25)

pH : 7.571

pCo2 : 25.2

pO2 : 54.8

Beecf : 1,2

SO2% : 92,9

4. Hasil EKG : Sinus rhytme

V. TERAPI YANG DIBERIKAN

OBAT/TINDAKAN	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/MANFAAT
Meropenem 1 gr	karbopenem	08.00,16.00,24.00	Antibiotik
Ranitidine 1 amp	H2RA	10.00,22.00	Obat lambung
Citicoline	Notropik	24.00	Obat saraf/memperbaiki fungsi otak
Aspilet	Antiplatelet	08.00	Mengurangi resiko serangan jantung
Furosemid	Diuretik loop	08.00	Penurun tensi
Mecobolamin	Vitamin B12	08.00,16.00,24.00	Obat saraf
Amlodipine 10 mg	Calcium channel blocker	08.00	Penurun tensi
Candesatran 16 mg	ARB	20.00	Mencegah serangan jantung/tekanan darah tinggi
Aricef eves 1 tab	Inhibitor kalines terase	08.00	Meringankan penurunan daya ingat/kemampuan berpikir
Acetylsistein 1 cap	Mukolitik	08.00,16.00,24.00	Mengencerkan dahak
Salbutamol	Bronkodilator	10.00, 20.00	Pengencer dahak
Budesma	Kortikosteroid	10.00, 20.00	Pengencer dahak
Kalbamin infus asam amino		60 Cc/jam melalui infus pump	

VI. PENGKAJIAN MASALAH PSIKOSOSIO BUDAYA DAN SPIRITUAL**PSIKOLOGIS**

Perasaan klien setelah mengalami masalah ini adalah keluarga mengatakan pasien merasa sedih

Cara mengatasi perasaan tersebut berdoa

Rencana klien setelah masalahnya terselesaikan keluarga mengatakan akan mulai pola hidup sehat

Jika rencana ini tidak dapat dilaksanakan berusaha selalu

Pengetahuan klien tentang masalah/penyakit yang ada keluarga pasien mengatakan mengetahui penyakit pasien

SOSIAL

Aktifitas atau peran klien masyarakat adalah keluarga mengatakan klien selalu ikut berpartisipasi dalam doa lingkungan

Kebiasaan lingkungan yang tidak disukai adalah keluarga mengatakan tidak ada

Pandangan klien tentang aktifitas sosial di lingkungannya tidak di kaji

BUDAYA

Budaya yang diikuti klien adalah budaya Batak Karo yang aktifitasnya adalah

Keberatannya dalam mengikuti budaya tersebut adalah Tidak di kaji

Cara mengatasi beratannya tersebut adalah

SPIRITUAL

Aktifitas ibadah yang bisa lakukan sehari-hari adalah keluarga mengatakan setiap pagi Tn.J selalu mengikuti ibadah pagi bersama di keluarga dan ibadah bersama di hari minggu

Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan adalah beribadah ke gereja

Aktifitas ibadah yang sekarang tidak dapat dilaksanakan adalah tidak di kaji

Perasaan klien akibat tidak dapat melaksanakan hal tersebut tidak di kaji

Upaya klien mengatasi perasaan tersebut tidak di kaji

VII. ANALISA DATA

Tgl/jam	Data fokus	Masalah keperawatan	Penyebab	tt
31/03/25	Ds: - DO:- Kesadaran menurun - Takikardi - PH meningkat 7.571 - PCO2 menurun 25.2 - PO2 menurun 54.8	Gangguan pertukaran gas	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	AGNES
31/03/25	Ds: - DO : - Tn. J mengalami penurunan kesadaran - Lemah ekstremitas bagian kanan - CT-Scan : cerebral infarct di daerah nucleus lentiformis bilateral dan corona radiata kanan, small	Resiko perfusi cerebral tidak efektif (D.0017)	Stroke	AGNES



	vessels ischemia pada area whites matter periventricul ar lateralis bilateral dan senile brain atrophy dengan hydrocephal us			
31/03/25	Ds: - Do : <ul style="list-style-type: none">- Klien bedrest total- Klien tidak dapat melakukan personal hygien sendiri karena mengalami kelemahan anggota gerak dan penurunan kesadaran- Ekstremitas bagian kanan lemah	Defisit perawatan diri (D.0109)	Gangguan neuromuskular	A G N E S



31/03/25	Ds:- Do: <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak berbaring lama (pasien tidak dapat bergerak aktif)- Kulit tampak kering	Resiko gangguan integritas kulit	Penurunan mobilitas	
31/03/25	Ds: - Do: <ul style="list-style-type: none">- Tampak pasien terpasang peralatan medis seperti Ventilator, Ett, Ngt dan kateter	Resiko infeksi	Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan	

VIII. PRIORITAS MASALAH

- 1) Gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- 2) Resiko perfusi cerebral tidak efektif b/d stroke
- 3) Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskular
- 4) Resiko gangguan integritas kulit b/d penurunan mobilitas
- 5) Resiko infeksi b/d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

IX. Daftar Masalah

N o	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi
1.	31/03/25	Gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi di tandai dengan kesadaran menurun, takikardi, PH meningkat 7.571, PCO2 menurun 25.2, PO2 menurun 54.8	
2.	31/03/25	Resiko perfusi cerebral tidak efektif b/d stroke di tandai dengan Tn. J mengalami penurunan kesadaran, Lemah ekstremitas bagian kanan CT-Scan : cerebral infarct di daerah nucleus lentiformis bilateral dan corona radiata kanan, small vessels ischemia pada area whites matter periventricular lateralis bilateral dan senile brain atrophy dengan hydrocephalus	
3.	31/03/25	Deficit perawatan diri b/d gangguan neuromuscular di tandai dengan klien bedrest total, ekstremitas bagian kanan lemah, klien tidak dapat melakukan personal hygiene sendiri karena mengalami kelemahan anggota gerak dan penurunan kesadarannya.	
4.	31/03/25	Resiko gangguan integritas kulit b/d penurunan mobilitas di tandai dengan Pasien tampak berbaring lama (pasien tidak dapat bergerak aktif), Kulit tampak kering	
5.	31/03/25	Resiko infeksi b/d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan di tandai dengan Tampak pasien terpasang peralatan medis seperti Ventilator, Ett, Ngt dan kateter	

X. Rencana Asuhan Keperawatan

T g l / J a m	No .dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	TT
3 1 / 3 / 2 5	1.	<p><u>Bersihkan Jalan Nafas (L.01001)</u></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka di harapkan jalan nafas bersih dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi sputum menurun (5) 2. Frekuensi napas membaik (5) 3. Pola napas membaik (5) 	<p><u>Manajemen Jalan Nafas (I.01011)</u></p> <p>Tindakan Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola nafas (Frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi nafas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan pasien semi-fowler/fowler - Lakukan fisioterapi dada - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik jika tidak kontraindikasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkodilator 	A G N E S

2.	<p><u>Perfusi serebral (L.02014)</u></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka di harapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Kesadaran membaik (5) 3. Tekanan darah sistolik membaik (5) 4. Tekanan darah diastolic membaik (5) 	<p><u>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325)</u></p> <p><u>Observasi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor status pernafasan - Monitor intake dan output cairan - Monitor MAP <p><u>Terapeutik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Berikan posisi semi fowler - Pertahankan suhu tubuh normal 	A G N E S
3.	<p><u>Perawatan Diri (L.11103)</u></p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (5) 2. Mempertahankan kebersihan 	<p><u>Dukungan perawatan diri (L.11348)</u></p> <p><u>Observasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan - Monitor Tingkat kemandirian. <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 	

	4.	<p>diri meningkat (5)</p> <p><u>Tingkat Infeksi (L.14137)</u></p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat (5) 2. Kebersihan badan meningkat (5) 3. Kultur darah membaik (5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum dan sabun mandi) - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan - Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p><u>Pressure Management</u></p> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari kerutan pada tempat tidur - Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering - Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali - Monitor kulit akan adanya kemerahan - Oleskan lotion atau minyak pada daerah yang tertekan - Massage virgin coconut oil <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dalam pemberian antibiotik, jika perlu 	
	5.	<p><u>SLKI</u></p> <p><u>Kontrol risiko (L.14128)</u></p>	<p><u>SIKI</u></p> <p><u>Pencegahan Infeksi (L.14539)</u></p> <p>Observasi:</p>	

		Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam, dengan kriteria hasil: 1. Pemantauan perubahan status Kesehatan meningkat (5) 2. Penggunaan system pendukung meningkat (5)	<ul style="list-style-type: none">- Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien- Batasi jumlah pengunjung- Pertahankan Teknik aseptik pada pasien- Ganti infus, kateter, ett, ngt setiap 5 hari sekali <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian imunisasi/vaksin, Jika perlu	
--	--	---	--	--

XI. Tindakan Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	TT
-----------------	---------------	---------------------	-----------



31/03/25 07.00	1,2	<ul style="list-style-type: none">- Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada Tn. J <p>TD: 160/90 Pola: Vent</p> <p>T/P: 36/79 Tv: 450</p> <p>Rr: 14 x/I peep: 5</p> <p>SpO2: 99% P.S: 10</p> <p>Kes: Som</p> <p>Mode: Sim V</p> <p>SpO2: 99%</p>
08.00	2	<ul style="list-style-type: none">- Menyediakan lingkungan yang terapeutik pada Tn. j
08.15	4	<ul style="list-style-type: none">- Melakukan suction dan oral hygiene pada Tn. J tampak secret berwarna kuning dan kental dan memonitor suara nafas pada kedua lapang paru Tn.J
08.20	3	<ul style="list-style-type: none">- Mengatur posisi Tn. J menjadi miring ke kiri dengan bantal sebagai penyanggah dan mengoleskan minyak pada punggung Tn. J

10.00	3	<ul style="list-style-type: none"> - Mengecek residu Tn. J - Memberikan Nutrisi diet sonde 250 Cc melalui NGT, memberikan obat
10.00		aspilet 1 tab, furosemide 1 tab,
11.00		mecobalamin 1 tab, metformin 1 tab,
		amlodipine 1 tab, aricef eves 1 tab,
		dan acetysisten 1 tab.
13.00		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan obat meropenem 1 gram dan metylpredinision 62,5 mg melalui CVP pada Tn. J
13.30	2	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan terapi nebulizer salbumatol dan budesman melalui ventilator pada Tn. J
	1	<ul style="list-style-type: none"> - Mengganti cairan Tn.J dengan RI dan mengatur dalam infus pump 60 cc/jam
14.45	3	<ul style="list-style-type: none"> - Menyuntikan ranitidine inj melalui CVP pada Tn. J
14.00	2	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisasi pasien setiap 2 jam sekali - Memberikan diet sonde 250 Cc pada Tn. J melalui Ngt - Memonitor intake dan output pasien/24 jam
	3	

01/04/25		Intake: 900 Cc
07.00	1	Output: 1000 Cc
07.15		Total balance cairan -100 Cc/24 jam
		- Memonitoring keadaan umum pasien, tampak pasien berbaring lemah
		- Melakukan observasi Kembali pada Tn. J
	2	TD: 140/90 O2: 40%
	2	T/P: 36/79 RR: 14x/i
07.20		Kes: som pola: Vent
07.25		Mode: Sim V Tv: 450
		Peep: 5 P.S; 10
08.00		- Monitoring keadaan pasien, pasien terlihat berbaring dan gelisah.
		- Monitoring cairan infus RL 60 Cc/jam dalam infus pump
	1	- Menyiapkan terapi obat meropenem 1 gr dan metylpredinison 62,5 Mg
08.40	2	- Menyiapkan terapi obat aspilet 1 tab, furosemide 1 tab, mecobalamin 1 tab,

		metformin 1 tab, amlodipine 1 tab, aricef eves 1tab dan acetysistein 1 tab	
		- Melakukan pemantauan hemodinamik pada Tn. J	
		TD: 160/90 RR: 14 x/i	
09.40	1	T: 36 Spo2: 100%	
		P: 79 Kes: Som	
10.00		Pola: Vent Mode: Sim V	
10.30		Peep: 5 P.S: 10	
		TV: 450 O2: 40%	
		- Memberikan jus timun 10 Cc pada Tn. 250 Cc pada Tn. J melalui NGT	
10.45		- Melakukan Fsioterapi dada pada Tn. J	
11.00	3	- Melakukan penghisapan lendir	
	2	kurang lebih 15 dtk pada Tn. J dan	
12.30	2	mengobservasi lendir atau sputum Tn. J tampak berwarna putih kekuning kuningan	
		- Mengatur posisi Tn. J menjadi semi fowler	
	2		

13.00	2	- Memberikan obat ranitidine melalui CVP pada Tn. J
13.15	2	- Memberikan Nutrisi melalui NGT sebanyak 250 Cc, memberikan obat
13.50	2	aspilet 1 tab, furosemide 1 tab, mecobalamin 1 tab, metformin 1 tab, amlodhipine 1 tab, aricef eves 1 tab, dan acetysistein 1 tab melalui NGT
	2	- Merapikan Tn. J dan mengobservasi Kembali keadaan umum Tn. J tampak Tn. J berbaring dan gelisah
	2	- Memberikan nutrisi melalui NGT sebanyak 250 Cc
	2	- Memonitor intake dan output cairan pasien
	2	Intake: 1006
	2	Output: 1300
2/4/25 14.00	3	Total balance cairan -294 Cc/24 jam
14.15	1	- Monitoring keadaan pasien, pasien terlihat berbaring dan gelisah.

15.00	3	<ul style="list-style-type: none">- Memandikan Tn. J di atas tempat tidur dan memberikan posisi lateral kanan dengan bantal sebagai penyanggah- Melakukan pemantauan TTV, TD:
15.30		130/80 mmHg, P: 9x/i, T: 37 RR: 12x/i, SPO2: 96% peep: 5 P.S: 10, O2:
15.40	2	40 %, GCS: Som
16.00	2	<ul style="list-style-type: none">- Monitoring cairan infus 60 cc/jam melalui infus pump- Memonitor pola nafas dan bunyi nafas Tn. J
16.10	1	<ul style="list-style-type: none">- Melakukan penghisapan lendir kurang lebih 15 dtk pada Tn. J
16.20	2	<ul style="list-style-type: none">- Menyiapkan terapi obat mecobalamin 1 tab, acetylstain 1 cap, dan glaucon 1 tab.
16.30		<ul style="list-style-type: none">- Memberikan posisi semi fowler pada Tn. J
17.00	2	<ul style="list-style-type: none">- Memberikan diet sonde 250 Cc pada Tn. J
18.00	3	<ul style="list-style-type: none">- Merapikan Tn. J dan melakukan observasi k/u pasien tampak tetidur dan tenang



20.00	3	- Memberikan diet sonde 250 Cc pada Tn. J dan memberikan obat candesartan 16 mg, 1 tablet	
20.15		- Menyiapkan terapi obat amikasin 1 gr dan candesartan tab	
20.20		- Memberikan terapi kalbamin infus asam amino pada Tn. J	
20.30	2	- Memonitor balance cairan Intake: 950 Output :1900 Total balance: -950	
20.40		- Menyuntikan obat amikasin pada Tn. J	
	1	- Melakukan observasi vital sign pada Tn. J TD: 120/90 Spo2: 98% T: 36,2 Pola: vent P: 79 O2: 40 % Rr: 14x/I P.S :10 Tv: 450 Peep: 5 Mode: Sim V	
	2		



--	--	--	--

XII. Evaluasi Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	EVAUASI (SOAP)	TT
-----------------	---------------	---------------------------	-----------

31/03/25

1

Dx: Gangguan pertukaran gas b/d gangguan ventilasi- perfusi**S: -****O: -** k/u berat

- kesadaran: coma dengan, akral teraba hangat, nafas di bantu oleh ventilator.

TD: 160/90

T/P: 36/79

Rr: 14 x/I

SpO2: 99%

Kes: coma

- IVFD RI dalam infus pump 60 Cc/jam
- CVC vena subclavia
- Foley catheter
- Terpasangan Ventilator dengan Mode Sim V, Pola vent, peep: 5, Tv: 450, P.S 10, O2: 40%.
- Suara nafas Ronchi (+)
- Intake: 2844 Cc, Output: 2700 Cc. TB: +144 Cc

A: Gangguan pertukaran gas belum teratasi**P: -** Monitor intake dan output cairan

- Monitor gejala perburukan
- Pantau k/u
- Observasi vital sign/2 jam
- Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi
- Intervensi di lanjutkan

	2	<p>Dx: Resiko perfusi cerebral tidak efektif S: - O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U berat - Kes Som - akral teraba hangat - nafas di bantu oleh ventilator - gelisah (-) - demam (-) - Gambaran EKG sinus rhytme - Secret tampak kental, respon batuk lemah - observasi vital sign <p>TD: 160/90 Pola: Vent</p> <p>T/P: 36/79 Tv: 450</p> <p>Rr: 14 x/I peep: 5</p> <p>SpO2: 99% P.S: 10</p> <p>Kes: Som</p> <p>Mode: Sim V</p> <p>Sp02: 99%</p> <p>A: Resiko perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: -</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau k/u dan TTV pasien - observasi vital sign/2 jam - Monitor status pernafasan - Monitor status pernafasan - Monitor intake dan output Cairan - Intervensi di lanjutkan 	
	3	<p>Dx: Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskular S: - O: - ADL di bantu sepenuhnya oleh perawat</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> - Personal Hygiene tampak kotor terlihat putih-putih di lidah - Gusi tampak berdarah <p>A: Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P: - Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan <p>Dx: Resiko gangguan integritas kulit</p> <p>S: -</p> <p>O: - ADL di bantu sepenuhnya oleh perawat</p> <p>A: Resiko gangguan integritas kulit teratasi Sebagian</p> <p>P: - ubah posisi pasien setiap dua jam sekali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kulit akan adanya kemerahan - Oleskan lotion atau minyak pada daerah yang tertekan - Intervensi di lanjutkan 	
	5	<p>Dx: Resiko Infeksi</p> <p>S: -</p> <p>O: - tampak pasien terpasang Ett, Ventilator, kateter dan Ngt</p> <p>A: resiko infeksi teratasi Sebagian</p> <p>P: - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p>	

1/4/25	1	<ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Dx: Gangguan pertukaran gas b/d ventilasi-perfusi</p> <p>S: -</p> <p>O: - keadaan umum berat, akral teraba hangat, nafas di bantu oleh ventilator.</p> <ul style="list-style-type: none"> - IVFD Rl dalam infus pump 60 Cc/jam - CVC vena subclavia - Foley catheter - Terpasangan Ventilator dengan Mode Sim V, Pola vent, peep: 5, Tv: 450, P.S 10, O2 : 40%. - Suara nafas Ronchi (+) - Intake: 1006 Cc, Output: 1300 Cc. Tb: -294Cc/7 jam <p>A: Gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P: - Monitor intake dan output cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor gejala perburukan - Pantau k/u - Observasi vital sign/2 jam - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi - Intervensi di lanjutkan 	
--------	---	--	--

	2	<p>Dx: Resiko perfusi cerebral tidak efektif b/d ventilasi-perfusi</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U lemah - Kes Som - akral teraba hangat - nafas di bantu oleh ventilator <p>TD: 140/90 O2: 40%</p> <p>T/P: 36/79 RR: 14x/i</p> <p>Kes: som pola: Vent</p> <p>Mode: Sim V Tv: 450</p> <p>Peep: 5 P.S: 10</p> <p>A: Resiko perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: - pantau tanda/gejala peningkatan TIK</p> <ul style="list-style-type: none"> - pantau status pernafasan - pantau status pernafasan - pantau intake dan output cairan 	
	3	<p>Dx: Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskular</p> <p>S: -</p> <p>O: - ADL di bantu sepenuhnya oleh perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal Hygine tampak kotor terlihat putih-putih di lidah <p>A: Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P: - Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana rileks)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan posisi pasien 	

	4	<p>- Intervensi di lanjutkan</p> <p>Dx: Resiko gangguan integritas kulit</p> <p>S: -</p> <p>O: - ADL di bantu sepenuhnya oleh perawat</p> <p>A: Resiko gangguan integritas kulit teratasi Sebagian</p> <p>P: - ubah posisi pasien setiap dua jam sekali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kulit akan adanya kemerahan - Oleskan lotion atau minyak pada daerah yang tertekan - Intervensi di lanjutkan 	
	5	<p>Dx: Resiko Infeksi</p> <p>S: -</p> <p>O: - tampak pasien terpasang Ett, Ventilator, kateter dan Ngt.</p> <p>A: resiko infeksi teratasi Sebagian</p> <p>P: - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 	
2/4/25	1	<p>Dx: gangguan pertukaran gas b/d ventilasi-perfusi</p> <p>S: -</p> <p>O:</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> - keadaan umum berat, akral teraba hangat, nafas di bantu oleh ventilator. - IVFD RI dalam infus pump 60 Cc/jam - CVC vena subclavia - Foley catheter - Terpasangan Ventilator dengan Mode Sim V, Pola vent, peep: 5, Tv: 450, P.S 10, O2 : 40%. - Suara nafas Ronchi (+) - Intake: 1006 Cc, Output: 1300 Cc. Tb: -294Cc/7 jam <p>A: Gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P: - Monitor intake dan output cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor gejala perburukan - Intervensi di lanjutkan <p>Dx: Resiko perfusi cerebral tidak efektif b/d stroke</p> <p>S: -</p> <p>O: keadaan umum berat, kesadaran: Som, akral teraba hangat, nafas di bantu oleh ventilator.</p> <p>Observasi TTV: TD: 130/80 mmHg O2: 40% T/P: 37/90</p>	
	2		

		<p>Rr: 12 x/i Kes: coma P.S: 10 Peep: 5 SPO2: 96%</p> <ul style="list-style-type: none"> - IVFD Rl dalam infus pump 60 Cc/jam - CVC vena subclavia - Foley catheter - Terpasangan Ventilator dengan Mode Sim V, Pola vent, peep: 5, Tv: 450, P.S 10, Tv: 450, O2: 40%. - Suara nafas Ronchi (+) - Intake: 3330 Cc, Output: 5600 Cc. <p>Tb: -2270/24 jam</p> <p>A: Resiko perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status pernafasan - Monitor status pernafasan - Monitor intake dan output cairan - Intervensi di lanjutkan <p>Dx: deficit perawatan diri b/d gangguan neuromuskular</p> <p>S: -</p>	
	3		

		<p>O: - ADL di bantu sepenuhnya oleh perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal Hygine tampak kotor terlihat putih-putih di lidah <p>A: Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P: - Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana rileks)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan posisi pasien - Intervensi di lanjutkan <ul style="list-style-type: none"> • Intake: 3330 Cc, Output: 5600 Cc. Tb: -2270/24 jam 	
	4	<p>Dx: Resiko gangguan integritas kulit</p> <p>S: -</p> <p>O: - ADL di bantu sepenuhnya oleh perawat</p> <p>A: Resiko gangguan integritas kulit teratasi Sebagian</p> <p>P: - ubah posisi pasien setiap dua jam sekali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kulit akan adanya kemerahan - Oleskan lotion atau minyak pada daerah yang tertekan - Intervensi di lanjutkan 	
	5	<p>Dx: Resiko Infeksi</p> <p>S: -</p>	



O: - tampak pasien terpasang Ett,
Ventilator, kateter dan Ngt.

A: resiko infeksi teratasi Sebagai

P: - Monitor tanda dan gejala infeksi
local dan sistemik

- Cuci tangan sebelum dan
sesudah kontak dengan
pasien dan lingkungan pasien

BAB IV PEMBAHASAN

2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah Langkah awal dalam proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan data mengenai kondisi pasien. Data yang di kumpulkan dapat bersifat subjektif (yang berasal dari pasien, seperti keluhan atau Riwayat penyakit) dan objektif (yang di peroleh melalui pemeriksaan fisik atau hasil diagnostic). Tujuan dari pengkajian adalah untuk memahami masalah Kesehatan pasien secara menyeluruh termasuk factor fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

Pengkajian yang dilakukan dengan mengkaji *airway, breathing, circulation dan disability* dengan hasil sebagai berikut.

a. Airway (jalan nafas)

Pada kasus Tn. J diterumakan bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran dan terpasang ETT on ventilator dengan mode SIM V, terdengar suara nafas rochi pada kedua lapang paru yang menandakan terdapat secret pada jalan nafas Tn. J

b. Breathing (pernapasan)

Pada pasien Tn. J terpasang ETT on ventilator dengan mode sim V dengan FiO2 40%, SpO2 99% dan RR: 20x/i.

c. Circulation (sirkulasi)

Pada pasien Tn. J tidak ada tanda-tanda sianotik, maupun keringat berlebihan, CRT < 3 dtk, TD : 150/90 mmHg, MAP: 103 mmHg, Hasil EKG menunjukkan sinus Rhythme.

d. Disability

Tn. J mengalami penurunan kesadaran dengan Tingkat kesadaran yang di lakukan secara kualitatif yaitu kesadaran somnolen, pupil isokor, hasil gula darah sewaktu dalam batas normal 150 mg/dL, Hasil CT scan yang menunjukkan Cerebral infarct di daerah nucleus lentiformis bilateral dan corona radiata kanan, small vessels ischemia pada area whites matter periventricular lateralis bilateral.

Pengkajian pada pasien stroke iskemik rentan pasien mengalami peningkatan tekanan intracranial adapun tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial yang penulis temukan pada Tn. J ialah adanya penurunan kesadaran pada Tn. J dengan gcs 3, penulis juga menemukan pupil isokor pada kedua mata, respon terhadap Cahaya menjadi lambat, hipertensi juga di alami pada pasien stroke iskemik namun Tn. J tidak sampai mengalami kejang karena meskipun ada kerusakan otak akibat kekurangan pasokan darah, mekanisme terjadinya kerusakan lebih cenderung terjadi secara perlahan dan terbatas pada daerah yang terkena sirkulasi yang terganggu yang menyebabkan gangguan Listrik pada otak biasanya lebih terbatas pada area yang sangat kecil sehingga stroke iskemik biasanya tidak menyebabkan peningkatan tekanan intracranial yang cepat atau luas seperti pada stroke

haemoragik maka dari itu kejang cenderung lebih jarang terjadi pada pasien stroke iskemik.

2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penentuan masalah atau kondisi kesehatan yang dapat diidentifikasi melalui pengkajian. Diagnosa ini lebih berfokus pada kebutuhan keperawatan pasien, yang sering kali berbeda dengan diagnosis medis. Diagnosa keperawatan mencakup masalah fisik, emosional atau sosial yang mempengaruhi kemampuan pasien dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

Dalam diagnosa keperawatan adalah pada kasus Tn. J penulis mendapatkan diagnosa keperawatan ada 3 yaitu :

1. gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, Penulis mengangkat diagnosa gangguan pertukaran gas menjadi diagnosa yang utama karena sesuai dengan teori hierarki kebutuhan maslow oksigen adalah hal yang paling utama di butuhkan manusia. penulis menemukan tanda-tanda pasien mengalami gangguan pertukaran gas yang di tandai Tn. J mengalami penurunan kesadaran, takikardi PH meningkat 7.571, PCO₂ menurun 25.2, dan PO₂ menurun 54.8.
2. Resiko perfusi cerebral tidak efektif b/d stroke di tandai dengan Tn. J mengalami penurunan kesadaran, Lemah ekstremitas bagian kanan, CT-Scan: cerebral infarct di daerah nucleus lentiformis bilateral dan corona radiata kanan, small vessels ischemia pada area whites matter

periventricular lateralis bilateral dan senile brain atrophy dengan hydrocephalus.

3. Deficit perawatan diri b/d gangguan neuromuscular di tandai dengan klien bedrest total, ekstremitas bagian kanan lemah, klien tidak dapat melakukan personal hygiene sendiri karena mengalami kelemahan anggota gerak dan penurunan kesadaran.
4. Resiko gangguan integritas kulit b/d penurunan mobilitas di tandai dengan Pasien tampak berbaring lama (pasien tidak dapat bergerak aktif), Kulit tampak kering.
5. Resiko infeksi b/d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan di tandai dengan Tampak pasien terpasang peralatan medis seperti Ventilator, ETT, NGT dan kateter

Sesuai Teori diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada pasien yang mengalami stroke iskemik ada 9 dan yang penulis tidak temukan pada pasien ada 5 dimana gangguan mobilitas fisik penulis tidak mengangkat hal ini menjadi diagnosa karena pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga tidak mampu melakukan ambulasi, resiko aspirasi tidak diangkat menjadi diagnosa karena pasien menggunakan nasogastric tube dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya, defisit nutrisi tidak diangkat pada diagnosa keperawatan karena pasien tidak menunjukkan tanda-tanda defisit nutrisi meliputi mual muntah, kulit kering dan kasar, kuku rapuh/pecah, dan mukosa bibir kering gangguan eliminasi urine juga tidak diangkat pada diagnosa karena pasien tidak menunjukkan gejala anuria

(tidak ada urine), poliuria (peningkatan volume urine) dan hematuria (darah dalam urine), peningkatan kapasitas adaptif intrakranial tidak di angkat karena intervensi yang di gunakan sama dengan intervensi pada diagnosa resiko perfusi cerebral tidak efektif yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial.

2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah tahap perencanaan untuk menentukan Langkah-langkah yang akan di ambil oleh perawat untuk mengatasi masalah yang ditemukan pada diagnosis keperawatan. Pada tahap ini perawat merencanakan Tindakan yang spesifik dan Menyusun tujuan yang ingin dicapai.

Intervensi yang di gunakan pada Tn. J ada 3 berdasarkan diagnosa yang muncul, yaitu:

1. Manajemen jalan nafas

Pada manajemen jalan nafas penulis melakukan Tindakan keperawatan yang meliputi memonitor pola nafas, monitor bunyi nafas, monitor sputum, memposisikan pasien semi-fowler atau fowler, melakukan fisioterapi dada, melakukan penghisapan lendir, dan berkolaborasi dalam pemberian bronkodilator, ekspektoran, dan mukolitik.

2. Manajemen peningkatan tekanan intracranial

Dalam hal ini penulis melakukan memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP, memonitor status pernafasan, memonitor intake dan output cairan, menyediakan lingkungan yang tenang, memberikan posisi semifowler, menghindari manuver valsava namun dalam intervensi ini ada

kesenjangan yang tidak dapat penulis lakukan ialah mengatur ventilator agar PaCo₂ optimal dikarenakan adanya keterbatasan pengetahuan penulis dalam penggunaan ventilator.

3. Dukungan perawatan diri

Dalam melakukan Tindakan dukungan perawatan diri pada pasien, penulis melakukan mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan, menyediakan lingkungan yang terapeutik, menyiapkan keperluan pribadi pasien, membantu pasien dalam memenuhi perawatan diri dan menjadwalkan rutinitas perawatan diri pada pasien.

2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah tahap pelaksanaan dari intervensi yang telah direncanakan. Pada tahap ini, perawat melakukan Tindakan yang telah disusun dalam rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Tindakan ini dapat berupa pemberian obat, perawatan luka, edukasi kepada pasien ataupun Tindakan lain nya yang sesuai dengan diagnose keperawatan.

Dalam pelaksanaan Tindakan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dilaksanakan selama 3x24 jam. Dilaksanakan pada tanggal 31 Maret 2025- 2 April 2025. Untuk diagnosa yang sudah diangkat penulis sudah melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang disusun dan hasil yang diharapkan.

2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah Tindakan yang telah dilakukan berhasil mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam perencanaan. Pada tahap ini, Perawat mengevaluasi hasil dari implementasi yang dilakukan dan menentukan apakah ada perubahan dalam kondisi pasien. Jika tujuan belum tercapai perawat akan mengidentifikasi alasan dan merencanakan intervensi lanjutan.

BAB V**KESIMPULAN DAN SARAN****5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil kasus dari asuhan keperawatan kritis pada Tn. J dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025 dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian keperawatan pada kasus stroke non hemoragik didapatkan bahwa yang perlu dikaji adalah tingkat kesadaran, pernapasan, suara napas, produksi sputum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Diagnosa keperawatan pada kasus Stroke Non Hemoragik didapatkan ada 3 diagnosa keperawatan yang diangkat oleh penulis yaitu : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko hipertensi , defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
2. Intervensi keperawatan pada kasus Stroke Non Hemoragik yang penulis susun diambil dari buku SIKI seperti diagnosa: Gangguan pertukaran gas dilakukan manajemen jalan napas, resiko perfusi serebral tidak efektif dilakukan dengan manajemen peningkatan tekanan intrakranial, diagnosa defisit perawatan diri dilakukan dengan dukungan perawatan diri.
3. Implementasi keperawatan pada kasus stroke non hemoragik yang dilakukan oleh penulis seperti memantau MAP, memantau intake dan output cairan, menjaga suhu tubuh dalam batas normal, memberikan

posisi semi fowler, melakukan suction, membantu ADL serta memberikan makan melalui selang NGT.

4. Evaluasi Keperawatan dengan kasus stroke non hemoragik ini adalah perlu adanya pemantauan tingkat kesadaran, pernapasan, tanda-tanda vital pasien, produksi sputum dan nutrisi pada pasien.

5.2 Saran

Berdasarkan asuhan keperawatan yang di berikan kepada Tn. J maka penulis menyarankan pada pengkajian perlunya kuesioner, format pengkajian lebih lengkap lagi mengenai pemeriksaan neurologi atau pengkajian neurovaskular. Pada diagnosa perlunya pemahaman dari penulis untuk belajar dalam menegakan diagnosa keperawatan dan untuk intervensi dan implementasi keperawatan perlunya keterampilan lebih dalam.

DAFTAR PUSTAKA

- Lewis, S.L., Heitkemper, M.M., Dirksen, S., R., & O'Brien, P. G. (2017). *Medical-surgical Nursing: Assessment and Management of clinical problems* (10th ed).
- Brunner, L.S., & Suddarth, D.S. (2019). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* 14th ed). Wolters Kluwer health.
- Black, J.M., & Hawks, J.H. (2014). *Medical-Surgical nursing: clinical management for Positive outcomes* (9th ed). Saunders
- McCance, K.L., & Huether, S. E. (2019). *Pathophysiology: The biologic basic for disease in adults and children* (8th ed). Elsevier.
- American Stroke Association. (2019). *Stroke overview*. American Hearth Association.
- Amalia, E. *et al.* (2024) 'Edukasi Pencegahan Dan Penatalaksanaan Stroke Pada', *Journal of Human And Education*, 4(3), pp. 408–414.
- Imani, N.N. and Hudiyawati, D. (2023) 'Increasing Oxygen Saturation With Head-Up Potition in Stroke Non-Hemoragik Patient6', *Prosiding Seminar Nasional* ..., 5(2), pp. 9–15. Available at: <https://proceedings.ums.ac.id/index.php/semnaskep>.
- Khathimah, H. *et al.* (2024) 'PREVALENSI PENYAKIT STROKE DI PUSKESMAS', 8, pp. 4068–4073.

Nurhaliza, S., Damayanti, M.M. and Suganda, R. (2024) 'Hubungan Indeks Massa Tubuh Berlebih dengan Kejadian Stroke di Rumah Sakit Banjar Patroman Tahun 2023 – 2024'.

Tejo Saksono, Adiratna Sekar Siwi², D.P.P. (2022) 'ASUHAN KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN DENGAN STROKE ISKEMIK', 2(7), pp. 87–94.

Margaretha Karen. (2022). penerapan posisi lateral 30 derajat dan masase menggunakan virgin coconuit oil terhadap resiko kerusakan integritas kulit pada pasien stroke. p-ISSN :274-9271/e-ISSN : 2746-9263. madago nursing journal. vol 3 no 1.

Telaah jurnal

Judul : penerapan posisi lateral 30 derajat dan massage menggunakan virgin coconut oil terhadap resiko kerusakan integritas kulit pada pasien stroke.

Tahun: 2022

Hasil :

penerapan posisi lateral 30 derajat dan message punggung menggunakan virgin coconut oil terhadap resiko kerusakan integritas kulit pada pasien stroke yang mengalami tirah baring terbukti efektif dimana penerapan posisis lateral 30 derajat dan massege menggunakan coconut oil yang berfokus pada area yang mengalami tekanan dan melembabkan kulit untuk mengurangi resiko kerusakan integritas kulit yang di lakukan selama 2 kali sehari, message menggunakan virgin coconut oil selama 4 hari dengan durasi selama 15-30 menit 2 kali sehari, dengan adanya pijat menggunakan virgin coconut oil itu dapat meningkatkan relaksasi otot, meningkatkan sirkulasi dan dapat meningkatkan absorsi kandungan virgin coconut oil pada kulit



