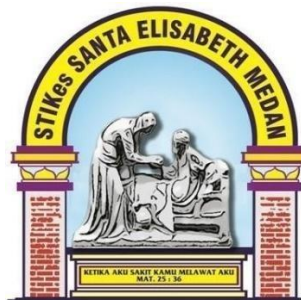


**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS
PADA TN. G DENGAN STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI
RUANGAN ICU RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN
2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

Romiani Naibaho
NIM. 052024036

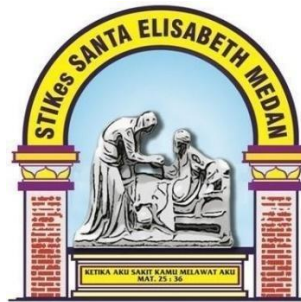
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PROGRAM STUDI NERS TAHAP PROFESI
TAHUN 2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS
PADA TN. G DENGAN STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI
RUANGAN ICU RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN
2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

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



Oleh:

Romiani Naibaho
NIM. 052024036

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PROGRAM STUDI NERS TAHAP PROFESI
TAHUN 2025**



LEMBAR PENGESAHAN

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 02 MEI 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 DIDEPAN TIM
PENGUJI SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 02 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua :Jagentar P.Pane,S.Kep.,Ns.,M.Kep

.....

Anggota :Helinida Saragih, S.Kep.,Ns.,M.Kep

.....

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

.....



LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)

Oleh:
Romiani Naibaho
NIM.052024035

Medan, 02 Mei 2025

Menyetujui,

Ketua Penguji

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

Anggota:

(Helinida Saragih, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

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



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat kasih dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Kritis pada Tn. G dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan Tahun 2025”**. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kata sempurna baik dari isi maupun bahasa yang digunakan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga dapat lebih baik lagi. Dalam penyusunan karya ilmiah akhir telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan dan menyediakan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan dan yang telah memberi waktu dalam memberi arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.



2. dr. Eddy Jefferson Ritonga, Sp.OT (K) Sport Injury selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis mengangkat kasus kelolaan untuk karya ilmiah akhir di RS Elisabeth Medan.
3. Lindawati Tampubolon, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan waktu dalam membimbing dan memberi arahan dengan sangat baik selama penulis mengikuti profesi ners.
4. Jagentar Parlindungan Pane, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah sabar dan banyak memberi waktu untuk membantu dan membantu dengan baik serta memberi saran dan arahan dalam penyusunan karya ilmiah ini.
5. Helinida Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku dosen penguji II yang telah bersedia membantu, menguji dan membimbing penulis dengan sangat baik dan sabar serta memberikan saran maupun motivasi kepada penulis.
6. Sri Martini, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku dosen penguji III yang telah bersedia membantu, menguji dan membimbing penulis dengan sangat baik dan sabar serta memberikan saran maupun motivasi kepada penulis.
7. Teristimewa kepada keluarga tercinta Ayahanda A Naibaho dan Ibunda L Br. Nadeak. Terimakasih karena selalu memberikan dukungan kepada saya baik itu materi, moral dan tiada henti mendoakn saya selam menjalani profesi ners ini. Terimakasih sudah memberikan kesempatan kepada saya untuk sampai menjalani profesi ini tanpa memikirkan keterbatasan yang kita hadapi. Serta seluruh keluarga besar dan adik-adik yang saya sayangi Rohotna Naibaho,



Melvia Naibaho, Reidarto Naibaho dan Felicya Naibaho yang selalu mendukung saya dan menjadi motivasi serta semangat saya dalam menyelesaikan KIA ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih belum sempurna, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Medan, 02 Mei 2025
Penulis

(Romiani Naibaho)



SINOPSIS

Romiani Naibaho, 052024035

Asuhan Keperawatan Kritis pada Tn. G dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik merupakan gangguan aliran darah ke otak yang terjadi akibat tidak adanya pasokan darah membawa oksigen dan nutrisi ke otak karena terhambatnya pembuluh darah vena oleh lemak yang disebut plak sehingga jaringan otak menjadi iskemik. Kasus ini menarik untuk dibahas agar dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat dan menjadi pedoman dalam terjadinya penyakit tersebut. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Kritis pada Tn. G dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan. Hasil: Tanda dan gejala yang timbul pada kasus stroke non hemoragik didapatkan semua sesuai dengan teori dan data yang ditemukan di lapangan, selain itu penentuan diagnosa keperawatan juga disesuaikan dengan SDKI yang didapat. Selain itu penentuan perencanaan yang telah diberikan pada klien dengan stroke non hemoragik berupa pemberian posisi *head up* 30°, melakukan penghisapan lendir (*suction*), memenuhi nutrisi pasien dan mencegah dekubitus akibat pasien tirah baring.



DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	
SAMPUL DALAM	
HALAMAN PENGESAHAN.....	
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	
LEMBAR PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR	
SINOPSIS	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	iv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	7
1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir	7
1.3.1 Tujuan umum	7
1.3.2 Tujuan khusus	7
1.4 Manfaat	8
1.4.1 Manfaat teoritis	8
1.4.2 Manfaat praktis	8
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	10
2.1 Konsep Dasar Medis	10
2.1.1 Definisi Stroke Non Hemoragik.....	10
2.1.2 Anatomi Fisiologi Otak	11
2.1.3 Etiologi Stroke Non Hemoragik	17
2.1.4 Patofisiologi/pathway Stroke Non Hemoragik	25
2.1.5 Manifestasi klinik Stroke Non Hemoragik	26
2.1.6 Komplikasi Stroke Non Hemoragik	29
2.1.7 Pemeriksaan diagnostik Stroke Non Hemoragik	30
2.1.8 Pencegahan Stroke Non Hemoragik.....	32
2.2 Konsep Dasar Keperawatan	34
2.2.1 Pengkajian keperawatan	35
2.2.2 Diagnosa keperawatan	36
2.2.3 Rencana keperawatan	37
2.2.4 Implementasi keperawatan	39
2.2.5 Evaluasi keperawatan	41
BAB 3 TINJAUAN KASUS	43
BAB 4 PEMBAHASAN	73
4.1 Pengkajian Keperawatan	73
4.2 Diagnosa Keperawatan	74
4.3 Intervensi Keperawatan	78



4.4 Implementasi Keperawatan.....	79
4.5 Evaluasi Keperawatan	81
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN	82
5.1 Simpulan.....	82
5.2 Saran.....	83
DAFTAR PUSTAKA	85
LAMPIRAN	88
1. Evidence Based Practice.....	88
2. Dokumentasi.....	96
3. Mind Mapping.....	97



DAFTAR GAMBAR

2.1 Gambar Anatomi Otak

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Otak merupakan organ kompleks pada manusia yang terdiri dari neuron (sel-sel saraf) yang bertanggung jawab atas semua sinyal dan sensasi yang membuat tubuh manusia dapat berpikir, bergerak dan menimbulkan reaksi terhadap suatu peristiwa atau situasi. Otak merupakan organ yang membutuhkan oksigen dan nutrisi secara terus-menerus karena otak tidak dapat menyimpan energi (Setiawan, 2021).

Stroke merupakan penyakit serebrovaskular yang dapat terjadi secara tiba-tiba dan merupakan kondisi kegawatdaruratan, hal ini disebabkan adanya penyumbatan pembuluh darah di otak, sehingga mengakibatkan kurangnya suplai oksigen dalam darah yang diangkut menuju otak, serta dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak, kecacatan, hingga kematian apabila tidak segera ditangani dengan baik (Kiswanto & Chayati, 2021). Stroke dapat didefinisikan sebagai defisit neurologis yang terjadi secara tiba-tiba, mengakibatkan kerusakan permanen pada otak, dan disebabkan oleh penyakit serebrovaskular. Stroke terjadi ketika terjadi gangguan aliran darah ke suatu wilayah otak. Aliran darah terganggu karena penyumbatan pembuluh darah, trombus atau embolus, atau pecahnya pembuluh darah. Gambaran klinis yang terlihat bergantung pada lokasi kejadian dan wilayah otak yang dialiri oleh pembuluh darah (Urden, Stacy, & Lought, 2006).

Stroke dibedakan menjadi dua, yaitu stroke hemoragik ditandai dengan perdarahan otak karena pembuluh darah yang pecah dan stroke non hemoragik yaitu adanya sumbatan pada pembuluh darah otak. Stroke terjadi ketika pembuluh darah

di otak terjadi penyumbatan atau pecah, sehingga sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga dapat berakibat kematian sel atau jaringan (Halimah et al., 2022).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa, sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia 85% mengalami stroke iskemik dari jumlah stroke yang ada. Penyakit hipertensi menyumbangkan 17,5 juta kasus stroke di dunia. Data World Health Organization (WHO) menunjukkan setiap tahun terdapat 13,7 juta kasus stroke baru, dan sebanyak 5,5 juta kasus kematian akibat stroke. World Stroke Organization (WSO) 1 dari 6 orang di dunia mengalami serangan stroke selama hidupnya, stroke menjadi penyebab nomor 1 pasien dirawat di rumah sakit yaitu 20% dalam 28 hari pertama perawatan, data American Health Association (AHA) setiap 40 detik ditemukan 1 kasus baru stroke atau sebanyak 795.000 pasien stroke baru atau berulang terjadi setiap tahunnya dan di perkirakan 1 pasien stroke meningeal setiap 4 menit (Zaqiah et al., 2024).

Berdasarkan prevalensi stroke Indonesia 10,9 permil setiap tahunnya terjadi 567.000 penduduk yang terkena stroke, dan sekitar 25% atau 320.000 orang meninggal dan sisanya mengalami kecacatan (Silva & Wida, 2024) . Angka stroke pada data Riskesdas dalam Nupus et al (2024) mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2013 yaitu dari 7,0 per mil menjadi 10,9 per mil. Hal ini berarti bahwa di tahun 2013 terdapat 7 dari 1000 penduduk terkena stroke dan di tahun 2018 mengalami kenaikan menjadi 11 dari 1000 penduduk yang mengalami. Yayasan stroke Indonesia menyatakan angka terjadinya stroke menurut data dasar

Rumah Sakit sebanyak 63 per 100.000 penduduk, jumlah penderita yang meninggal lebih dari 125.000 jiwa per tahunnya (Hutagaol & Tindaon, 2022).

Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, bahwa prevalensi stroke berdasarkan terdiagnosis stroke oleh tenaga kesehatan di Sumatera Utara didapatkan sebesar 36,38 %. Prevalensi tertinggi di Indonesia berada di Kalimantan Timur (14,7%) sementara di Jakarta meningkat ditahun 2013 (3,4%) menjadi (12,2%). Stroke cenderung lebih tinggi terjadi pada laki-laki (1,03%) sedangkan pada perempuan (0,83%) (Wulandari et al., 2024).

Stroke non hemoragic (iskemik) memiliki penyebab utama yaitu aterosklerosis pembuluh darah di leher dan kepala. Aterosklerosis merupakan penumpukan timbunan lemak dan kolesterol di pembuluh darah. Timbunan tersebut semakin lama semakin menumpuk dan menghambat aliran darah. Akibatnya, darah yang berasal dari jantung dan paru-paru tidak bisa memasuki otak (Alfred Sutrisno, 2007). Stroke dapat diakibatkan berbagai macam faktor risiko, seperti jenis kelamin, usia, faktor keturunan, ras dan kelainan di pembuluh darah bawaan. Usia 45 tahun sangat beresiko terkena stroke. Pada setiap penambahan usia 3 tahun dapat meningkatkan risiko stroke sebesar 11 20% dan untuk risiko tertinggi yaitu > 65 tahun. Selain itu terdapat sejumlah faktor lain risiko yang mengikuti penyakit stroke non hemoragik tersebut yaitu hipertensi, hiperkolesterol, diabetes melitus, merokok, obesitas dan kurangnya berolahraga menjadi sederet faktor-faktor pendukung angka kejadian stroke di masyarakat (Amalia & Yudhono, 2022).

Tanda dan gejala yang paling umum dari stroke adalah kelemahan mendadak atau mati rasa pada wajah, lengan atau kaki, paling sering pada satu sisi tubuh.

Gejala lain termasuk: kebingungan, kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan, kesulitan melihat dengan satu atau kedua mata, kesulitan berjalan, pusing, kehilangan keseimbangan atau koordinasi, sakit kepala parah tanpa diketahui penyebabnya dan pingsan atau tidak sadarkan diri (Nupus et al., 2024).

Keluhan utama pasien stroke didapatkan penurunan kesadaran (60%), kelemahan anggota gerak (40%) dan nyeri kepala (38%) dan hasil pelayanan pada pasien diperoleh 97% pulang dengan rawat jalan, 2% dengan kondisi sembuh dan 1% meninggal (Charismah & Putri, 2021) .

Stroke juga merupakan salah satu penyebab utama masuk ke unit perawatan intensif Lokasi stroke mungkin merupakan factor yang paling relevan terkait dengan kebutuhan ventilasi mekanis, dibandingkan jenis patologi cerebrovascular tertentu. Dalam konteks ini, terjadi gangguan pada area otak yang mengatur tingkat kesadaran (thalami, system limbik, formasio retikuler di batang otak), pernafasan (Pusat pernafasan di korteks, pons, dan medulla), dan menelan (medulla dan batang otak) meningkat kan resiko gagal nafas dan memerlukan intubasi (Irawati et al., 2023).

Unit pelayanan intensif merupakan suatu sitem pelayanan Kesehatan terorganisir yang ditujukan untuk mengatasi kondisi kritis pasien yang menyediakna perawatan medis khusus dan perawatan. Pada umumnya pasien yang dirawat di Intensif Care Unit (ICU) terpasang Endotrachel Tube (Intubasi) dan menggunakan ventilasi mekanik (Kurniavsky, Vienchik & Lubanets, 2020).

ICU unit pelayanan di rumah sakit bagi pasien dengan kondisi respirasi, hemodinamik, dan kesadaran yang stabil yang masih memerlukan pengobatan,

perawatan dan observasi secara ketat. Penanganan hemodinamik pasien ICU bertujuan memantau tingkat kesadaran, menjaga fungsi pernafasan dan sirkulasi, memantau oksigenisasi dan memantau keseimbangan cairan pasien. Tujuan pemantauan hemodinamik adalah untuk membantu penegakan diagnosis berbagai gangguan kardiovaskuler, meminimalkan disfungsi kardiovaskuler atau mengobati gangguan, dan mengevaluasi respon terhadap terapi. Apabila penghantaran oksigen mengalami gangguan akibat CO menurun, diperlukan penanganan tepat. Curah jantung merupakan variabel hemodinamik yang penting dan tersering dinilai pada pasien ICU yang salah satunya didasarkan pada NIBP dan pada perhitungan nilai mean arterial pressure (MAP) (Rondonuwu et al., 2023).

Pendekatan asuhan keperawatan dapat dilakukan melalui upaya pelayanan kesehatan mulai dari promotif, preventif, kuratif sampai dengan rehabilitatif. Peran perawat sangatlah penting dalam proses penyembuhan klien stroke supaya tidak terjadi komplikasi yang lebih lanjut. Seorang perawat dapat memberikan asuhan keperawatan berupa support system dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan, kemudian perawat merencanakan tindakan keperawatan dan melaksanakan tindakan keperawatan dan dapat dievaluasi tingkat perkembangan klien. Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan pada klien dan anggota keluarga klien dalam meningkatkan pengetahuan sehingga dapat terjadi perubahan pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan. Proses asuhan keperawatan yang dilakukan dengan menentukan kebutuhan klien ini berfokus pada klien dan berorientasi dengan tujuan (Amalia & Yudhono, 2022).

Untuk mengatasi stroke, diperlukan penanganan yang komprehensif sebagai peran perawat demi mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Upaya pelayanan kesehatan yang dapat dilakukan oleh perawat salah satunya adalah mencegah luka dekubitus pada pasien stroke yang terpasang ETT maupun NGT. Studi epidemiologis melaporkan tingkat prevalensi kejadian dekubitus terkait penggunaan alat medis NGT dan ETT yang terjadi di ruang ICU berada pada kisaran 34,5% hingga 40%. Untuk mencegah terjadinya luka teka karena alat medis, seperti ETT, rekomendasi yang diberikan antara lain memilih alat kesehatan dengan ukuran yang tepat, memberikan bantalan pada kulit dengan balutan dan reposisi ETT secara teratur (Black Alves, et al 2020). Untuk itulah perawat mempunyai peranan yang sangat penting dalam melakukan perawatan ETT seperti reposisi ETT secara teratur untuk pencegahan terjadinya luka tekan pada mukosa mulut dan bibir akibat pemasangan ETT.

Pasien dengan stroke non hemoragik akan mengalami banyak masalah seperti masalah pada pola nafas. Upaya yang dapat dilakukan yaitu memberikan tindakan *head up* untuk membantu memperbaiki pola pernapasan, dimana diperoleh rata-rata peningkatan saturasi oksigen 1 % setelah dilakukan *head up*, selain itu posisi semi fowler 45 % dapat meningkatkan saturasi oksigen dengan rata-rata 6 poin dan menurunkan *respiratory rate* dengan rata-rata 10 poin (Umairo et al., 2024).

Berdasarkan uraian diatas dan prevalensi yang diperoleh penulis terkait penyakit Stroke Non Hemoragik yang masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang mengancam nyawa serta menempati urutan pertama kematian setelah penyakit jantung dan kanker, sehingga peran perawat sangatlah penting dalam proses

pemberian asuhan keperawatan. Dengan melihat hal tersebut maka penulis sangat tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan asuhan keperawatan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Kritis pada Tn. G Dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruangan ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

Identifikasi Masalah

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

1.2. Tujuan Karya Ilmiah Akhir

1.2.1. Tujuan umum

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

1.2.2. Tujuan khusus

1. Untuk menjelaskan pengkajian asuhan keperawatan kritis pada Tn. G dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruangan ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025
2. Untuk merumuskan diagnosa keperawatan asuhan keperawatan kritis pada Tn. G dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruangan ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

3. Untuk menyusun perencanaan asuhan keperawatan kritis pada Tn.G dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruangan ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025
4. Untuk melakukan implementasi asuhan keperawatan kritis pada Tn.G dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruangan ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025
5. Untuk melakukan evaluasi asuhan keperawatan kritis pada Tn.G dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruangan ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

1.3. Manfaat

1.3.1. Manfaat teoritis

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

1.3.2. Manfaat praktis

1. Bagi penulis sendiri

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan penulis dapat menambah pengetahuan dan keterampilan serta pengalaman penulis dalam mengelola pasien dengan Stroke Non Hemoragik khususnya dalam kasus kritis yaitu pada pasien terpasang ventilator.

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)

3. Bagi teknologi dan seni

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

4. Bagi praktisi

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memecahkan masalah terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH)

5. 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.

6. 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 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Dasar Medis

2.1.1. Definisi Stroke Non Hemoragik

Stroke merupakan gangguan aliran darah ke otak yang mengakibatkan hilangnya fungsi otak. Kerusakan pada area otak yang mengontrol fungsi-fungsi seperti berbicara, bernafas, berjalan dan berpikir merupakan akibat dari gangguan aliran darah ke otak sehingga aliran oksigen ke otak ikut terganggu. Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan vaskular, baik perdarahan spontan pada otak (stroke perdarahan) maupun suplai darah yang inadkuat (stroke iskemik) sebagai akibat dari penyakit pembuluh darah seperti trombosis atau emboli (Charismah & Putri, 2021).

Menurut Brunner & Suddarth's (2018) stroke iskemik, yang sebelumnya disebut sebagai penyakit serebrovaskular (stroke) atau "serangan otak," adalah hilangnya fungsi secara tiba-tiba yang diakibatkan oleh terganggunya pasokan darah ke bagian otak. Istilah serangan otak telah digunakan untuk memberi kesan kepada praktisi perawatan kesehatan dan masyarakat bahwa stroke adalah masalah perawatan kesehatan yang mendesak, mirip dengan serangan jantung.

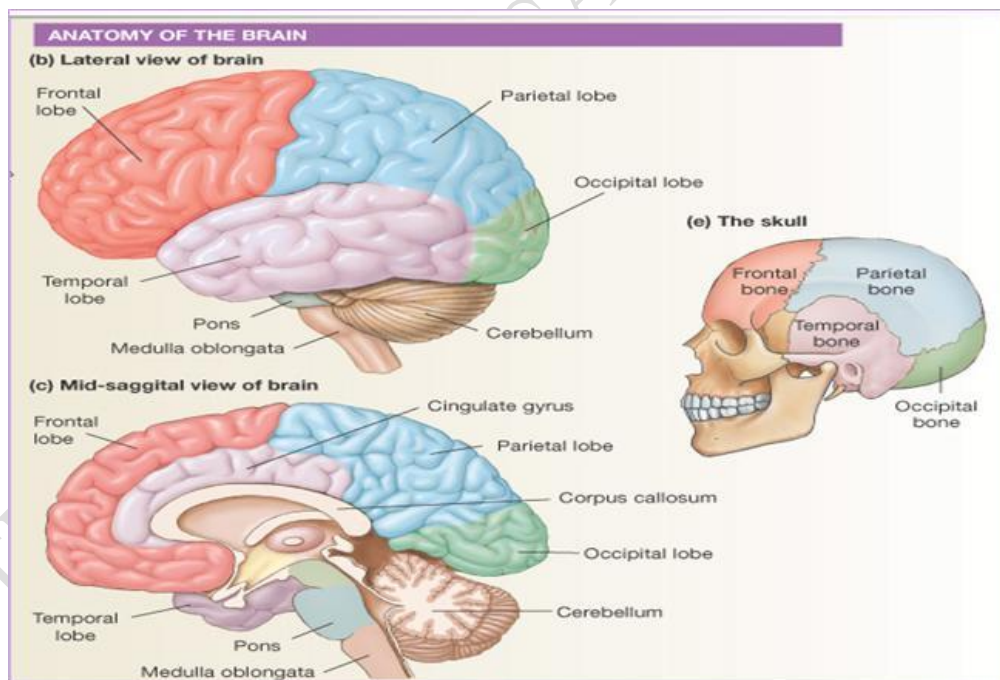
Stroke iskemik terjadi akibat tidak adanya pasokan darah membawa oksigen dan nutrisi ke otak karena terhambatnya pembuluh darah vena oleh lemak yang disebut plak sehingga jaringan otak menjadi iskemik. Dalam Kariasa (2022) stroke iskemik dibagi menjadi tiga jenis, antara lain :

- a. Stroke trombotik, di mana trombus membentuk gumpalan.

- b. Stroke embolik di mana trombus membentuk gumpalan yang menutup pembuluh arteri
- c. Hipoperfusi sistemik adalah keadaan denyut jantung yang tidak teratur hingga menyebabkan aliran darah ke seluruh tubuh berkurang.

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Menurut Muttaqin dalam Ernawati & Baidah (2022) Sistem saraf terdiri dari sel-sel saraf (neuron) dan sel-sel penyokong (neuroglia dan schwann). Kedua jenis sel tersebut demikian erat berkaitan dan terintegrasi satu sama lain sehingga bersama-sama berfungsi sebagai satu unit.



2.1 Gambar anatomi otak

- a. Neuron

Neuron adalah sel-sel sistem saraf khusus peka rangsang yang

menerima masukan sensorik atau aferen dari ujung-ujung saraf perifer khusus atau dari organ reseptor sensori, dan menyalurkan masukan motorik atau masukan eferen ke otot-otot dan kelenjar-kelenjar, yaitu organ efektor. Neuron tertentu, disebut interneuron, hanya mempunyai fungsi menerima dan mengirim data neural ke neuron-neuron lain. Interneuron tersebut disebut juga neuron asosiasi sangat banyak ada substansia grisea, tempat antar hubungan menyebabkan banyak fungsi integrative medulla spinalis.

b. Neuroglia

Neuroglia merupakan penyokong, pelindung dan sumber nutrisi bagi neuron-neuron otak dan medulla spinalis.

c. Sel Schwann

Sel schwann merupakan pelindung dan penyokong neuron-neuron dan tonjolan neuronal dan diluar sisten saraf pusat.

Pembagian system saraf terdiri dari system saraf pusat yang meliputi otak dan medula spinalis dan system saraf ferifer yang meliputi saraf kranial, saraf spinal, dan sistem saraf otonom.

1. Sistem Saraf Pusat

a) Serebrum: Korteks serebral terdiri dari sepasang lobus. Fissura longitudinal besar membagi menjadi hemisphere serebral kiri dan kanan.

1) Lobus Frontal

Lobus frontal merupakan daerah motorik utama, meliputi korteks promotor atau asosiasi motoric, daerah broca, tanggap untuk motor

bicara dan suatu yang berhubungan dengan tingkah laku dan penilaian.

2) Lobus Parietal

Lobus parietal terletak pada posterior ke sulkus sentral. Lobus ini sebagai korteks sensorik untuk menganalisa karakteristik spesifik dari input sensori, lobus parietal juga memberikan orientasi spatial, kesadaran terhadap bagian-bagian dari tubuh dan analisa hubungan antara bagian-bagian tubuh.

3) Lobus Temporal

Integrasi somatic, auditorik dan daerah asosiasi visual terletak pada lobus temporal

4) Lobus Oksipital

Lobus oksipital merupakan daerah reseptif visual utama, yang memungkinkan untuk melihat, juga pada bagian dalam lobus merupakan daerah asosiasi visual, yang memungkinkan untuk mengerti apa yang dilihat.

b) Serebellum : Serebellum lokasinya pada fossa posterior. Serebellum mengkoordinasikan keseimbangan pergerakan aktifitas kelompok otot, juga mengontrol pergerakan halus.

c) Batang Otak: Batang otak terdiri dari otak tengah, pons dan medulla oblongata.

1) Otak Tengah

Otak tengah terletak antara diencephalons dan pons mengandung

inti atau (nucle) dari saraf kranial iii dan iv. Juga mengandung jalur motoric dan sensorik serta saling berhubungan dengan batang otak dan medulla spinalis.

2) Pons

Lokasinya antara otak tengah dengan medulla oblongata, dimana mengandung inti saraf kranial v dan vii. Pons membentuk suatu jembatan untuk jalur saraf antara otak tengah. Serebellum dan medulla oblongata

3) Medulla Oblongata

Medulla oblongata merupakan lanjutan dari medulla spinalis, medulla oblongata mengandung jalur saraf asenden dan desenden, dimana terdapat inti saraf kranial vii dan xii. Medulla spinalis juga sebagai bagian dari reticular formation.

d) Diencephalon

1) Talamus

Talamus memproses rangsangan dan meneruskan rangsangan menuju korteks serebral. Juga bertanggung jawab terhadap kesadaran akan nyeri.

2) Epitalamus

Epitalamus berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan. Juga mengatur reflek-reflek primitiv. Yang menginformasikan untuk mendapat makanan.

3) Hipotalamus

Hipotalamus mempunyai beberapa fungsi: mengontrol temperature, metabolisme air, mengontrol lapar, mengatur aktifitas visceral, somatic, ekspresi fisik dan emosi. Hipotalamus juga mengatur sekresi kelenjar pituitary dan bertanggung jawab terhadap bagian dari siklus kewaspadaan tidur.

2. Sistem Saraf Perifer

Ada 12 sistem saraf kranial yaitu:

a) Saraf Olfaktorius (N I) (Sensorik)

Saraf ini tanggap terhadap sensasi penciuman, kemudian meneruskan ke hidung dan terus ke lobus frontal.

b) Saraf Optik (N II) (Sensorik)

Saraf ini respon terhadap penglihatan. Saraf optik ini meneruskan rangsangan dari retina menuju lobus oksipital.

c) Saraf Okulomotorik (N III) (Motorik Dan Otonom) Saraf ini mempengaruhi empat dari enam otot pergerakan bola mata, mengangkat kelopak mata dan konstruksi pupil.

d) Saraf Troklearis (N IV) (Motorik)

Saraf troklearis mengontrol otot bola mata untuk menggerakkan mata ke bawah dan ke luar.

e) Saraf Trigeminal (N V) (Motorik Dan Sensorik)

Saraf ini adalah saraf yang menerima sensasi nyeri, temperature dan sentuhan dari kulit kepala, muka, nasal dan rongga mulut. Saraf ini juga mengontrol otot untuk mengunyah dan reflek kornea.

f) Saraf Abdusen (N VI) (Motorik)

Saraf ini mengontrol otot untuk menggerakkan bola mata ke arah luar.

g) Saraf Fasialis (N VII) (Sensorik Dan Motorik) Saraf fasialis mempengaruhi otot ekspresi muka. Juga tanggap terhadap sensasi rasa (pengecap) pada 2/3 lidah bagian anterior.

h) Saraf Akustik (N VIII) (Sensorik) Saraf akustik mempunyai dua cabang, yaitu cabang koklear, responsif untuk pendengaran dan cabang vestibular untuk keseimbangan.

i) Saraf glossofaringeal (N IX) (sensorik, motorik dan otonom) Saraf ini adalah saraf yang menerima sensasi dari faring dan rasa pada 1/3 posterior lidah. Saraf ini juga mengontrol sekresi dari saliva dan dengan saraf vagus berperan dalam menelan.

j) Saraf Vagus (N X) (Sensorik, Motorik Dan Otonom) Saraf vagus ini mempengaruhi organ-organ dalam ruang thorax dan abdominal. Saraf ini juga responsif terhadap sensasi pada tenggorokan dan laring. Saraf vagus ini juga berperan dalam menelan dan produksi suara.

k) Saraf Aksesorius (N XI) (Motorik) Saraf aksesorius responsif terhadap kemampuan dalam mengangkat bahu dan rotasi kepala.

l) Saraf Hipoglosus (N XII) (Motorik) Saraf Ini Mengatur Pergerakan Lidah Yang Diperlukan Untuk Berbicara Dan Menelan.

3. Saraf Spinal

Ada 31 pasang saraf spinal yang meliputi 8 pasang saraf servikal, 12 pasang saraf torakal, 5 pasang saraf lumbal, 5 pasang saraf sakral dan 1 pasang saraf

koksigeus. Saraf servikal dan saraf torakal muncul secara horizontal, sebaliknya saraf lumbal, sakral dan koksigeus menurun dari tempat asal. Saraf sakral dan koksigeus membentuk satu kelompok saraf di bawah medulla spinalis yang disebut "cauda equine".

4. Saraf Otonom

Saraf otonom mengatur dan mengkoordinasikan aktivitas vital visceral. Sistem saraf otonom mempengaruhi tiga tipe dari sel-sel efektor : sel-sel otot polos, sel-sel otot kardiak dan sel-sel glandular (sekretori). Sistem saraf otonom dibagi menjadi dua yaitu sistem saraf simpatis dan saraf parasimpatis.

2.1.3 Etiologi Stroke Non Hemoragik

Stroke iskemik terjadi melalui proses yang menyebabkan terbatasnya atau berhentinya aliran darah ke otak, meliputi trombotik embolisme ekstra atau intrakranial, thrombosis in situ, atau hipoperfusi relative. Saat aliran darah turun, neuron akan berhenti berfungsi normal. Meskipun jarak batas sudah dijelaskan sebelumnya, jejas iskemik neuronal irreversibel umumnya dimulai saat aliran darah turun , neuron akan berhenti berfungsi normal (Budianto et al., 2021).

Faktor risiko stroke iskemik akut meliputi faktor risiko dapat dimodifikasi (*modifiable*) dan tidak dapat dimodifikasi (*non-modifiable*). Identifikasi dan analisis faktor risiko pada tiap pasien dapat memberikan informasi terkait penyebab stroke dan tatalaksana yang paling sesuai dan rencana prevensi sekunder.

1. Faktor resiko stroke yang tidak dapat di modifikasi meliputi:

- a. Umur

Seiring bertambahnya umur kemungkinan menderita stroke meningkat. Hal ini disebabkan berkumpulnya plak yang berkembang di pembuluh darah. Risiko terkena stroke meningkat 2 kali lipat setiap dekadanya pada orang berusia di atas 55 tahun. Hal ini juga searah dengan penjelasan Nindhita et al (2023) yang menjelaskan bahwa semakin bertambahnya usia maka semakin rentan terhadap stroke karena terjadi penurunan kemampuan organ dalam tubuh.

Selain itu, seorang yang sudah lebih tua akan lebih mungkin mengalami stroke bila memiliki latar belakang penyakit hipertensi. Pembuluh darah akan menjadi kurang fleksibel dampak adanya endapan karena berkurangnya fungsi organ tadi. Stroke lebih mungkin terjadi pada individu dengan usia 55 tahun ke atas. Jadi diperlukan pengelolaan dari pihak keluarga berupa pengawasan bagi yang memiliki individu lanjut usia dengan usia 50 tahun ke atas.

b. Jenis Kelamin

Stroke paling banyak terjadi pada laki-laki dan perempuan menopause daripada perempuan dengan perbandingan 1,3 : 1. Dengan demikian, lebih dari setengah jumlah penderita stroke yang meninggal adalah perempuan. Terutama perempuan hamil memiliki risiko stroke tinggi, begitu juga dengan perempuan yang meminum pil pengatur kehamilan dan menderita hipertensi.

Pernyataan diatas juga didukung oleh penelitian oleh Nindhita et al (2023), bahwa yang lebih cenderung terkena stroke adalah laki-laki. Hal ini

terjadi karena hormon estrogen sebagai pelindung pada proses aterosklerosis pada pembuluh darah lebih banyak pada perempuan dari laki-laki. Laki-laki berisiko 2-3 kali lipat terkena stroke dari perempuan. Tetapi jika perempuan yang sudah memasuki masa menopause akan memiliki risiko stroke yang sama dengan laki-laki.

2. Faktor resiko stroke yang dapat di modifikasi meliputi:

a. Hipertensi / Tekanan darah

Dalam penelitian Yarden et al (2022), penyebab utama stroke dan stroke berulang adalah hipertensi. Tekanan darah tinggi, biasanya tidak memiliki gejala atau tanda peringatan dini, adalah faktor risiko utama. Individu yang mengalami efek buruk hipertensi memiliki risiko 7 kali lebih besar terkena stroke daripada individu yang tidak memiliki efek buruk hipertensi. Pecah dan tersumbatnya pembuluh darah otak dapat terjadi akibat hipertensi. Jika pembuluh vena di otak pecah, akan terjadi pengurasan di otak. Jika pembuluh darah vena mengecil, aliran darah ke otak akan terganggu, yang pada gilirannya menyebabkan terputusnya sinapsis.

Maka pemeriksaan tekanan darah menjadi penting. Hipertensi adalah salah satu faktor utama terjadinya stroke iskemik dan hemoragik. Ini karena hipertensi dapat menyebabkan aterosklerosis. Tekanan darah tinggi mengakibatkan LDL (Low Density Lipoprotein) lebih mudah masuk ke dalam aliran darah, hipertensi akan memberinya lebih banyak energi. Dalam beberapa waktu, LDL akan berkumpul serta menyempitkan lumen

vena dan mengeraskan dinding vena. Tekanan darah naik seiring dengan kemungkinan stroke.

b. Fibrilasi Atrium / Penyakit Jantung

Gangguan irama jantung disebut juga fibrilasi atrium. Atrium jantung tidak berdebar seperti yang diharapkan sehingga membuat darah berkembang dan tersumbat. Jika sumbatan pecah, masuk ke pembuluh vena hingga sampai ke otak besar akan mengakibatkan sumbatan pemicu stroke. Individu dengan gangguan irama jantung berpotensi 4-5 kali lipat mengalami stroke iskemik dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki gangguan irama jantung.

Sebagaimana dikemukakan oleh Siregar (2019), disebutkan bahwa faktor risiko terjadinya stroke adalah penyakit jantung seperti jantung koroner dengan nekrosis lokal pada otot jantung, dan gangguan irama jantung. Unsur bahaya ini pada umumnya akan menyebabkan tersumbatnya suplai darah ke otak karena jantung mengeluarkan gumpalan darah atau sel jaringan mati ke dalam sistem sirkulasi. Hal ini disebut emboli. Emboli jantung menjadi penyebab stroke pada 15-20%.

c. Riwayat Merokok

Selain mengurangi kadar oksigen dalam darah, Zat yang terkandung dalam rokok (nikotin dan karbon monoksida) dapat merusak dinding pembuluh darah dan menyebabkan penggumpalan darah, yang menghentikan aliran darah ke otak. Risiko terkena stroke meningkat dua kali lipat bagi perokok aktif dengan intensitas merokok lebih dari 20 batang

setiap hari. Sementara itu, Yarden et al (2022) menyatakan bahwa merokok merupakan faktor risiko nyata terjadinya stroke pada dewasa muda dibandingkan pada usia paruh baya. Perokok pasif memiliki risiko stroke berkali-kali lipat dibandingkan dengan perokok aktif.

Menurut Kemenkes RI (2019), disebutkan bahwa merokok menyebabkan peningkatan koagulabilitas darah (pengentalan darah), konsistensi darah (kekentalan darah), peningkatan tekanan darah, kadar fibrinogen, peningkatan jumlah trombosit, peningkatan hematokrit, penurunan HDL kolesterol, meningkatkan LDL dan perokok berat berada dalam bahaya bersama dengan perokok dinamis.

d. Hiperkolesterolemia

Peningkatan kadar kolesterol, khususnya Low Density Lipoprotein (LDL) dan penurunan kadar HDL (High Density Lipoprotein) merupakan faktor penting pemicu penebalan dinding pembuluh darah yang pada akhirnya menyebabkan penurunan elastisitas pembuluh darah yang disebut aterosklerosis. Pada individu yang memiliki penyakit jantung, terutama yang memiliki kadar kolesterol lebih dari 220 mg/dl, memicu peningkatan kemungkinan terkena stroke.

Menurut Rizky et al (2022), peningkatan kadar kolesterol dalam darah umumnya disebabkan oleh pola makan yang banyak mengandung lemak. Jika kolesterol dalam darah meningkat atau berada di atas batas normal, aterosklerosis (pertumbuhan lemak di pembuluh darah) akan terjadi. Sementara itu, Atha Muchril Hasan & Fidha Rahmayani (2022)

menyatakan bahwa pembuluh darah menjadi lebih rapuh apabila kadar kolesterol yang rendah sehingga dapat menyebabkan perdarahan intraserebral.

e. Diabetes Melitus

Diabetes melitus dapat menebalkan dinding pembuluh darah besar di otak karena masalah pencernaan glukosa yang mendasar. Penebalan dinding pembuluh darah vena ini dan pembatasannya akan mengganggu kelancaran aliran darah ke otak besar. Selain itu, banyak penderita diabetes menderita hipertensi, kadar kolesterol tinggi, dan obesitas. Hal ini memperbesar kemungkinan pasien menderita serangan jantung. Angka kematian jaringan pada pria penderita diabetes mellitus adalah 2,6 kali lipat dan pada wanita lebih tinggi dengan 3,8 kali lipat dibandingkan pada mereka yang tidak terkena diabetes mellitus. Penderita diabetes melitus mempunyai risiko 2-4 kali lipat mengalami kematian jaringan otak.

Sementara itu, Rizky et al (2022) menjelaskan bahwa penderita diabetes mellitus lebih besar kemungkinannya terkena stroke karena semakin banyaknya glukosa dalam darah menyebabkan endotel pembuluh darah yang membantu menjaga integritas struktural dan fungsional dinding pembuluh darah menjadi tidak berfungsi. Akibatnya, membran kapiler akan menebal, peradangan sistemik akan menyebar, dan kekakuan arteri dini akan meningkat. Orang dengan diabetes mellitus tipe II memiliki saluran yang lebih kaku dan fleksibilitas vena yang berkurang dibandingkan dengan orang yang memiliki kadar glukosa normal.

f. Olahraga / Aktivitas Fisik

Memberikan rangsangan berulang pada tubuh disebut juga aktivitas fisik atau berolahraga. Aktivitas fisik dikaitkan dengan faktor pemicu stroke, khususnya tekanan darah tinggi dan penumpukan lemak di pembuluh darah. Maka dengan tingkat aktivitas fisik yang tinggi akan mengurangi kemungkinan terkena stroke. Lumen pembuluh darah lebih lebar dan lebih fleksibel akibat olahraga. Dengan demikian, darah bisa melewati pembuluh darah vena dengan lebih mudah. Obesitas dan kurangnya aktivitas fisik dapat meningkatkan kemungkinan seseorang terkena tekanan darah tinggi (hipertensi), hiperkolesterolemia, diabetes, masalah jantung, dan stroke.

Berdasarkan penelitian Nindhita et al (2023) yang menemukan bahwa melakukan aktivitas fisik yang tidak teratur dapat meningkatkan risiko obesitas. Hal ini karena individu yang kurang aktif umumnya akan memiliki curah jantung yang lebih tinggi dan menyebabkan otot jantung harus bekerja lebih keras saat membawa oksigen dalam darah ke seluruh tubuh. Maka, semakin keras dan teratur otot jantung bekerja semakin besar ketegangan yang harus didapat dalam mengalirkan darah ke seluruh tubuh. Selain itu, hal ini dapat meningkatkan risiko stroke dan menyebabkan aterosklerosis pembuluh darah. Oleh karena itu, pekerjaan sebenarnya harus terus dilakukan secara rutin, misalnya 30 menit setiap hari. Anda dapat melakukan berbagai aktivitas fisik, termasuk berenang, bersepeda, dan pekerjaan rumah tangga. Dengan melakukan kerja aktif selama 30 menit

secara konsisten, Anda akan menggunakan energi 600-1200 kalori setiap minggunya.

g. Indeks Massa Tubuh

World Health Organization mengkarakterisasi berat badan berlebihan (Overweight) sebagai penimbunan lemak yang tidak biasa atau tidak wajar yang dapat mengganggu kesehatan. Indeks massa tubuh (IMT) merupakan pengukuran sederhana yang sampai sekarang masih digunakan sebagai penanda kegemukan pada seseorang. Jika IMT seseorang 25 - 29,9 kg/m² maka dianggap berat badan berlebihan, dan jika lebih dari 30 kg/m² maka dianggap obesitas. IMT dibuat sebagai indikator penanda beberapa penyakit, misalnya hipertensi, osteoarthritis, penyakit kardiovaskular, dan diabetes melitus.

Sementara itu, menurut Nindhita et al (2023), indeks massa tubuh merupakan perhitungan yang digunakan untuk mengukur tingkat berat badan. Konsekuensi dari penghitungan pencatatan berat badan adalah berakhirnya berat badan pada kelas tertentu. Jika rekor berat badan berada pada kelas kegemukan, maka seseorang akan terancam terkena serangan jantung. Hal ini terjadi karena adanya penumpukan lemak pada vena yang menyebabkan gangguan aliran darah ke otak sehingga mengakibatkan stroke.

h. Riwayat Stroke Sebelumnya

Risiko terkena stroke lebih besar jika ada latar belakang keluarga yang memiliki riwayat stroke. Kemungkinan turunnya unsur keturunan dari

orang tua kepada anak lebih besar, kerabat akan lebih mudah merasakan dampak buruk dari infeksi, termasuk penyakit yang menjadi faktor risiko stroke. Seseorang yang pernah terkena stroke lebih besar risikonya terkena stroke lagi. Terdapat 10% individu yang memiliki latar belakang penyakit stroke akan segera mengalami stroke kedua (berulang). Demikian pula, individu yang pernah mengalami serangan jantung memiliki kemungkinan lebih besar mengalami stroke.

Berdasarkan penelitian Firuza et al (2022), menjelaskan bahwa seseorang yang memiliki latar belakang penyakit stroke lebih berisiko terkena stroke lagi. Menurut penelitian oleh Dewi et al (2022), disebutkan bahwa seseorang yang memiliki latar belakang penyakit stroke berisiko terkena serangan jantung jika tidak mengendalikan faktor perjadiannya. Sehingga perubahan gaya hidup diharapkan dapat mencegah stroke dan mengendalikan faktor risiko stroke.

2.1.4 Patofisiologi

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.

Pada awal kaskade, area dengan aliran darah otak rendah, disebut sebagai daerah penumbra, berada di sekitar area infark. Daerah penumbra adalah jaringan otak iskemik yang dapat diselamatkan dengan intervensi tepat waktu. Kaskade iskemik mengancam sel-sel di penumbra karena depolarisasi membran dinding sel menyebabkan peningkatan kalsium intraseluler dan pelepasan glutamat. Masuknya kalsium dan pelepasan glutamat, jika berlanjut, mengaktifkan sejumlah jalur yang merusak yang mengakibatkan kerusakan membran sel, pelepasan lebih banyak kalsium dan glutamat, vasokonstriksi, dan pembentukan radikal bebas. Proses ini memperluas area infark ke penumbra, sehingga memperpanjang stroke. Seseorang yang mengalami stroke biasanya kehilangan 1,9 juta neuron setiap menit jika stroke tidak diobati, dan otak iskemik menua 3,6 tahun setiap jam tanpa pengobatan.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Stroke iskemik dapat menyebabkan berbagai macam defisit neurologis, tergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area perfusi yang tidak memadai, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Pasien mungkin menunjukkan salah satu dari tanda atau gejala berikut:

- a. Mati rasa atau kelemahan pada wajah, lengan, atau kaki, terutama pada satu sisi tubuh
- b. Kebingungan atau perubahan status mental

- c. Kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan
- d. Gangguan penglihatan
- e. Kesulitan berjalan, pusing, atau kehilangan keseimbangan atau koordinasi
- f. Sakit kepala parah yang tiba-tiba

Gangguan motorik, sensorik, saraf kranial, kognitif, dan fungsi lainnya dapat terganggu.

1. Gangguan Motorik

Stroke adalah lesi neuron motorik atas dan mengakibatkan hilangnya kontrol sukarela atas gerakan motorik. Karena neuron motorik atas menyilang, gangguan kontrol motorik sukarela pada satu sisi tubuh dapat mencerminkan kerusakan pada neuron motorik atas di sisi otak yang berlawanan. Disfungsi motorik yang paling umum adalah hemiplegia (kelumpuhan pada satu sisi tubuh, atau sebagian) yang disebabkan oleh lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis, atau kelemahan pada satu sisi tubuh, atau sebagian, adalah tanda lainnya. Pada tahap awal stroke, ciri klinis awal mungkin berupa kelumpuhan lembek dan hilangnya atau penurunan refleks tendon dalam. Ketika refleks dalam ini muncul kembali (biasanya dalam 48 jam), peningkatan tonus diamati bersamaan dengan spastisitas (peningkatan tonus otot yang tidak normal) pada ekstremitas di sisi yang terkena.

2. Gangguan Komunikasi

Fungsi otak lain yang terpengaruh oleh stroke adalah bahasa dan

komunikasi. Faktanya, stroke merupakan penyebab paling umum dari afasia (ketidakmampuan untuk mengekspresikan diri atau memahami bahasa). Berikut ini adalah disfungsi bahasa dan komunikasi:

- Disartria (kesulitan berbicara) atau disfasia (gangguan bicara), yang disebabkan oleh kelumpuhan otot-otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan ucapan
- Afasia, yang dapat berupa afasia ekspresif (ketidakmampuan untuk mengekspresikan diri), afasia reseptif (ketidakmampuan untuk memahami bahasa), atau afasia global (campuran)
- Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti yang dapat dilihat ketika pasien melakukan substitusi verbal untuk suku kata atau kata yang diinginkan

3. Gangguan Persepsi

Persepsi adalah kemampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual-spasial, dan kehilangan sensorik. Disfungsi persepsi visual disebabkan oleh gangguan jalur sensorik utama antara mata dan korteks visual. Hemianopsia homonim (kebutaan pada separuh bidang visual pada satu atau kedua mata) dapat terjadi akibat stroke dan dapat bersifat sementara atau permanen. Sisi penglihatan yang terpengaruh sesuai dengan sisi tubuh yang lumpuh. Gangguan dalam hubungan visual-spasial (melihat hubungan dua atau lebih objek dalam area

spasial) sering terlihat pada pasien dengan kerusakan hemisfer kanan.

4. Kehilangan Sensorik

Kehilangan sensorik akibat stroke bisa ringan, seperti gangguan sentuhan ringan, atau lebih parah, dengan hilangnya propriosepsi (kemampuan untuk memahami posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menafsirkan rangsangan visual, sentuhan, dan pendengaran. Agnosia adalah hilangnya kemampuan untuk mengenali objek melalui sistem sensorik tertentu; bisa berupa visual, pendengaran, atau sentuhan.

5. Gangguan Kognitif dan Dampak Psikologis

Jika kerusakan terjadi pada lobus frontal, kapasitas belajar, memori, atau fungsi intelektual kortikal tingkat tinggi lainnya dapat terganggu. Disfungsi tersebut dapat tercermin dalam rentang perhatian yang terbatas, kesulitan dalam pemahaman, mudah lupa, dan kurangnya motivasi. Perubahan ini dapat menyebabkan pasien menjadi mudah frustrasi selama rehabilitasi. Depresi umum terjadi dan dapat diperparah oleh respons alami pasien terhadap peristiwa bencana ini. Ketidakstabilan emosi, permusuhan, frustrasi, kebencian, kurangnya kerja sama, dan masalah psikologis lainnya dapat terjadi.

2.1.6 Komplikasi:

Aliran darah otak yang adekuat sangat penting untuk oksigenasi otak. Jika aliran darah otak tidak memadai, jumlah oksigen yang dipasok ke otak akan berkurang, dan iskemia jaringan akan terjadi. Oksigenasi yang adekuat dimulai

dengan perawatan paru-paru, pemeliharaan jalan napas paten, dan pemberian oksigen tambahan sesuai kebutuhan. Pentingnya pertukaran gas yang adekuat pada pasien ini tidak dapat diabaikan, karena banyak pasien berisiko mengalami pneumonia aspirasi. Komplikasi potensial lainnya setelah stroke meliputi infeksi saluran kemih, disritmia jantung (ektopia ventrikel, takikardia, dan blok jantung), dan komplikasi imobilitas. Hiperglikemia telah dikaitkan dengan hasil neurologis yang buruk pada stroke akut, oleh karena itu glukosa darah harus berada dalam kisaran 140 hingga 180 mg/dL, dan hipoglikemia harus dihindari.

Komplikasi yang mungkin terjadi menurut Brunner & Suddarth's (2018) antara lain:

- Penurunan aliran darah otak akibat peningkatan tekanan intracranial (TIK)
- Pengiriman oksigen ke otak tidak memadai
- Pneumonia

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Setiap pasien dengan defisit neurologis memerlukan riwayat yang cermat untuk mengetahui kapan terakhir kali pasien diperiksa dengan baik dan pemeriksaan fisik dan neurologis yang cepat dan terfokus. Penilaian awal difokuskan pada patensi jalan napas, yang dapat terganggu oleh hilangnya refleks muntah atau batuk dan perubahan pola pernapasan; status kardiovaskular (termasuk tekanan darah, ritme dan laju jantung, bruit karotis); dan defisit neurologis yang nyata.

Pasien dapat datang ke fasilitas perawatan akut dengan gejala neurologis sementara. Serangan iskemik transien (TIA) adalah defisit neurologis yang biasanya berlangsung selama 1 hingga 2 jam. TIA dimanifestasikan oleh hilangnya fungsi motorik, sensorik, atau visual secara tiba-tiba. Gejala-gejala tersebut disebabkan oleh iskemia sementara (gangguan aliran darah) ke daerah otak tertentu; namun, ketika pencitraan otak dilakukan, tidak ada bukti iskemia. TIA dapat berfungsi sebagai peringatan akan datangnya stroke. Sekitar 15% dari semua stroke didahului oleh TIA. Kurangnya evaluasi dan pengobatan pada pasien yang pernah mengalami TIA sebelumnya dapat mengakibatkan stroke dan defisit yang tidak dapat dipulihkan.

Tes diagnostik awal untuk stroke biasanya berupa pemindaian tomografi terkomputasi (CT) nonkontras. Ini harus dilakukan dalam waktu 25 menit atau kurang sejak pasien datang ke unit gawat darurat (UGD) untuk menentukan apakah kejadiannya iskemik atau hemoragik karena jenis stroke menentukan pengobatan. Pemeriksaan diagnostik lebih lanjut untuk stroke iskemik melibatkan upaya untuk mengidentifikasi sumber trombus atau emboli. Elektrokardiogram (EKG) 12 sadapan dan USG karotis adalah tes standar (Brunner & Suddarth's, 2018).

Di unit gawat darurat, beberapa tes yang sering digunakan untuk mengevaluasi pasien dengan stroke iskemik akut adalah pemindaian CT otak tanpa kontras, pemeriksaan darah, pemeriksaan neurologis, dan pemeriksaan yang dilakukan menggunakan Skala Stroke dari National Institutes of Health (NIHSS). Alat ini memungkinkan pemberian skor untuk tingkat keparahan stroke.

Pemindaian CT harus segera dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan perdarahan intraserebral. Idealnya, pemindaian CT dilakukan dalam waktu 60 menit setelah pasien tiba di unit gawat darurat sehingga keputusan perawatan dapat diambil. Pemindaian CT dapat berguna untuk membedakan lesi serebrovaskular dan nonvaskular. Misalnya, perdarahan subdural, abses otak, tumor, SAH, atau perdarahan intraserebral terlihat pada pemindaian CT. Namun, area infark mungkin tidak terlihat pada pemindaian CT selama 48 jam.

Elektrokardiogram (EKG) harus dilakukan untuk menilai bukti disritmia atau iskemia jantung. EKG membantu menentukan apakah ada disritmia, yang mungkin menyebabkan stroke. Fibrilasi atrium adalah disritmia di mana gumpalan terbentuk di jantung dan dapat menjalar ke otak (sehingga menjadi etiologi kardioembolik). Perubahan lain yang mungkin ditemukan pada EKG adalah gelombang T terbalik, elevasi atau depresi ST, dan perpanjangan QT. Ekokardiografi trans-esofageal dan pemantauan Holter juga dapat dilakukan.

2.1.8 Pencegahan

Menurut Bruner & Suddarth's (2018) pencegahan primer stroke iskemik tetap menjadi pendekatan terbaik. Gaya hidup sehat termasuk tidak merokok, melakukan aktivitas fisik (minimal 40 menit sehari, 3 hingga 4 hari seminggu), menjaga berat badan yang sehat, dan mengikuti diet sehat (termasuk konsumsi alkohol dalam jumlah sedang), dapat mengurangi risiko terkena stroke. Diet khusus yang dapat menurunkan risiko stroke meliputi diet Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) (banyak buah dan sayur, sedang dalam produk susu rendah

lemak, dan rendah protein hewani), diet Mediterania (dilengkapi dengan kacang-kacangan), dan diet keseluruhan yang kaya buah dan sayur. Temuan penelitian menunjukkan bahwa aspirin dosis rendah dapat menurunkan risiko stroke pertama bagi mereka yang berisiko.

Pemeriksaan risiko stroke merupakan kesempatan yang ideal untuk menurunkan risiko stroke dengan mengidentifikasi orang atau kelompok orang yang berisiko tinggi terkena stroke dan dengan mendidik pasien dan masyarakat tentang pengenalan dan pencegahan stroke. Pemeriksaan stroke biasanya dikoordinasikan dan dijalankan oleh perawat. Usia, jenis kelamin, dan ras merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat diubah. Kelompok berisiko tinggi mencakup orang yang berusia lebih dari 55 tahun, dan insiden stroke meningkat lebih dari dua kali lipat setiap dekade berikutnya. Pria memiliki tingkat stroke yang disesuaikan dengan usia yang lebih tinggi daripada wanita. Namun, besarnya stroke pada wanita tidak boleh diremehkan; 1 dari 6 wanita meninggal karena stroke dibandingkan dengan 1 dari 25 yang meninggal karena kanker payudara, dan setiap tahun 55.000 lebih banyak wanita daripada pria yang terkena stroke. Dibandingkan dengan orang Amerika Kaukasia, orang Amerika Afrika dan beberapa orang Amerika Hispanik/Latin memiliki insiden stroke yang lebih tinggi dan angka kematian yang lebih tinggi.

Ada banyak faktor risiko untuk stroke iskemik. Bagi orang yang berisiko tinggi, intervensi yang mengubah faktor yang dapat diubah, seperti mengobati hipertensi dan berhenti merokok, mengurangi risiko stroke. Kondisi lain yang dapat diobati yang meningkatkan risiko stroke termasuk penyakit sel sabit, kardiomiopati

(iskemik dan noniskemik), dan penyakit katup jantung (misalnya, endokarditis, katup jantung prostetik). Faktor risiko stroke yang kurang dikenal dan berpotensi dapat diubah adalah migrain (terutama migrain dengan aura), sleep apnea, dan kondisi hiperkoagulasi yang diwariskan dan didapat. Kondisi peradangan kronis yang telah dikaitkan dengan peningkatan risiko stroke adalah lupus eritematosus sistemik dan reumatoid arthritis.

Beberapa metode pencegahan stroke berulang telah diidentifikasi untuk pasien dengan TIA atau stroke iskemik. Pasien dengan stenosis karotis sedang hingga berat diobati dengan endarterektomi karotis (CEA) atau angioplasti karotis dan pemasangan stent. Pada pasien dengan fibrilasi atrium, yang meningkatkan risiko emboli, pemberian antikoagulan yang menghambat pembentukan bekuan darah dapat mencegah stroke trombotik dan embolik.

2.2 KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Fase akut stroke iskemik dapat berlangsung 1 hingga 3 hari, tetapi pemantauan berkelanjutan terhadap semua sistem tubuh sangat penting selama pasien membutuhkan perawatan. Pasien yang mengalami stroke berisiko mengalami berbagai komplikasi, termasuk deconditioning dan masalah muskuloskeletal lainnya, kesulitan menelan, disfungsi usus dan kandung kemih, ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri, dan kerusakan kulit. Manajemen keperawatan berfokus pada inisiasi rehabilitasi yang cepat untuk setiap defisit.

2.2.1 Pengkajian

Selama fase akut, lembar alir neurologis disimpan untuk menyediakan data tentang ukuran penting berikut dari status klinis pasien:

- Perubahan tingkat kesadaran atau respons yang dibuktikan dengan gerakan, resistensi terhadap perubahan posisi, dan respons terhadap rangsangan; orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang
- Ada atau tidaknya gerakan sukarela atau tidak sukarela pada ekstremitas, tonus dan kekuatan otot, postur tubuh, dan posisi kepala
- Pembukaan mata, ukuran pupil dan reaksi pupil terhadap cahaya, dan posisi mata
- Warna wajah dan ekstremitas; suhu dan kelembapan kulit
- Kualitas dan laju denyut nadi dan pernapasan; nilai gas darah arteri seperti yang ditunjukkan, suhu tubuh, dan tekanan arteri
- Kemampuan berbicara
- Volume cairan yang ditelan atau diberikan; volume urin yang dikeluarkan setiap 24 jam
- Adanya perdarahan
- Menjaga tekanan darah dalam parameter yang diinginkan
- Pemantauan saturasi oksigen terus-menerus

Setelah fase akut, perawat menilai status mental (ingatan, rentang perhatian, persepsi, orientasi, afek, bicara/bahasa), sensasi/persepsi (pasien mungkin mengalami penurunan kesadaran terhadap nyeri dan suhu), kontrol motorik (gerakan ekstremitas atas dan bawah), kemampuan menelan, status nutrisi dan

hidrasi, integritas kulit, toleransi aktivitas, dan fungsi usus dan kandung kemih. Penilaian keperawatan berkelanjutan terus berfokus pada setiap gangguan fungsi dalam aktivitas harian pasien, karena kualitas hidup setelah stroke terkait erat dengan status fungsional pasien.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian, diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan stroke non hemoragik sebagai berikut:

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular
2. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan adanya edema serebral akibat stroke hemoragik.
3. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif ditandai dengan terjadinya aneurisma serebri, hipertensi
4. Gangguan Pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
5. Gangguan Eliminasi Urin berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
6. Defisit Nutris berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
7. Risiko Aspirasi ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran, penurunan refleks muntah/batuk, gangguan menelan, kerusakan mobilitas fisik, penurunan motilitas gastrointestinal, terpasang endotracheal tube.
8. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
9. Risiko Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan berhubungan dengan

penurunan mobilitasi, adanya penekanan pada tonjolan tulang (dekubitus)

2.2.3 Perencanaan dan Tujuan

Meskipun rehabilitasi dimulai pada hari pasien terkena stroke, prosesnya diintensifkan selama masa pemulihan dan memerlukan upaya tim yang terkoordinasi. Akan sangat membantu bagi tim untuk mengetahui seperti apa pasien sebelum terkena stroke: penyakit, kemampuan, kondisi mental dan emosional, karakteristik perilaku, dan aktivitas kehidupan sehari-hari. Akan sangat membantu pula bagi dokter untuk mengetahui tentang kepentingan relatif prediktor hasil stroke (usia, skor NIHSS, dan tingkat kesadaran pada saat masuk) untuk memberikan sasaran yang realistis kepada penyintas stroke dan keluarga mereka.

Sasaran utama bagi pasien (dan keluarga) dapat mencakup peningkatan mobilitas, penghindaran nyeri bahu, pencapaian perawatan diri, pengurangan ketidaknyamanan, pencegahan aspirasi, pengendalian usus dan kandung kemih, mengurangi kebingungan, mencapai bentuk komunikasi, menjaga integritas kulit, memulihkan fungsi keluarga, meningkatkan fungsi seksual, dan tidak adanya komplikasi.

Dalam buku *Critical Nursing Diagnosis dan Management* dituliskan perencanaan untuk mengatasi pasien kritis dengan Stroke Non Hemoragik yaitu sebagai berikut:

HASIL	INTERVENSI
Oksigenasi / Ventilasi 1. Jalan napas tetap terjaga adekuat	1. Pantau bunyi napas setiap shift 2. Periksa saturasi oksigen setiap shift

<p>2. Saturasi oksigen dipertahankan dalam batas normal</p> <p>3. Atelektasis dicegah</p>	<p>3. Bantu pembuangan sekresi saluran napas sesuai kebutuhan</p>
<p>Sirkulasi / Perfusi</p> <p>1. Pasien bebas disritmia</p>	<p>1. Pantau tanda-tanda vital dengan cermat</p> <p>2. Kelola tekanan darah dengan hati-hati, hindari penurunan tekanan darah secara tiba-tiba</p>
<p>Neurologis</p> <p>1. Tekanan perfusi yang memadai dipertahankan</p>	<p>1. Pantau tanda-tanda vital dan lakukan penilaian neurologis</p> <p>2. Deteksi perubahan dini yang menunjukkan edema serebral atau perluasan stroke</p> <p>3. Posisi 30 derajat untuk penurunan TIK</p>
<p>Komunikasi yang efektif terjalin</p>	<p>1. Menilai kemampuan berbicara dan mengikuti perintah sederhana</p> <p>2. Berikan lingkungan yang tenang dan tidak terburu-buru</p>
<p>Cairan /elektrolit</p> <p>1. Elektrolit dalam batas normal</p>	<p>1. Pantau hasil laboratorium</p> <p>2. Pantau asupan dan haluaran</p>
<p>Mobilitas / keamanan</p> <p>1. Keamanan tetap terjaga</p> <p>2. Komplikasi akibat mobilitas dapat dihindar</p>	<p>1. Lakukan tindakan penilaian resiko jatuh</p> <p>2. Lakukan tindakan pencegahan trombososis vena dalam dengan menyertakan alat kompresi sesuai petunjuk</p> <p>3. Berikan latihan rentang gerak</p>
<p>Integritas kulit</p> <p>1. Kulit masih utuh</p>	<p>1. Lakukan penilaian kulit</p> <p>2. Putar dan ubah posisi setiap 2 jam</p>
<p>Nutrisi</p> <p>1. Pasien memiliki asupan kalori yang cukup dan tidak mengalami penurunan berat badan dari awal</p> <p>2. Pasien bebas dari aspirasi</p>	<p>1. Lakukan penilaian saraf kranial (kemampuan menelan)</p> <p>2. Berikan diet yang tepat dan bantu pemberian makan</p> <p>3. Pantau asupan kalori</p>
<p>Psikososial</p> <p>1. Jaringan pendukung terbentuk</p>	<p>1. Menilai sistem dukungan keluarga</p>

	<ol style="list-style-type: none"> Gunakan papan gambar untuk memudahkan komunikasi Skrinning untuk depresi pasca stroke
Perencanaan Pengajaran / pemulangan <ol style="list-style-type: none"> Faktor resiko diubah Tindakan pencegahan sekunder telah diambil 	<ol style="list-style-type: none"> Memberikan pendidikan tentang manajemen tekanan darah Berikan instruksi diet

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Perawatan keperawatan memiliki dampak yang signifikan terhadap pemulihan pasien. Sering kali, banyak sistem tubuh yang terganggu akibat stroke, dan perawatan yang cermat serta intervensi yang tepat waktu dapat mencegah komplikasi yang melemahkan. Selama dan setelah fase akut, intervensi keperawatan berfokus pada keseluruhan orang tersebut. Selain memberikan perawatan fisik, perawat mendorong dan mendorong pemulihan dengan mendengarkan pasien dan mengajukan pertanyaan untuk memperoleh makna dari pengalaman stroke.

1. Meningkatkan mobilitas dan mencegah deformitas sendi

Seorang pasien dengan hemiplegia mengalami kelumpuhan unilateral (kelumpuhan pada satu sisi). Ketika kontrol otot-otot volunter hilang, otot-otot fleksor yang kuat mengerahkan kontrol atas otot-otot ekstensor. Lengan cenderung melakukan adduksi (otot-otot adduktor lebih kuat daripada otot abduktor) dan berputar ke dalam. Siku dan pergelangan tangan cenderung melakukan fleksi, kaki yang terkena cenderung berputar ke luar pada sendi panggul dan melakukan fleksi

pada lutut, dan kaki pada sendi pergelangan kaki mengalami supinasi dan cenderung ke arah fleksi plantar.

Posisi yang benar penting untuk mencegah kontraktur; tindakan digunakan untuk menghilangkan tekanan, membantu menjaga kesejajaran tubuh yang baik, dan mencegah neuropati kompresif, terutama pada saraf ulnaris dan peroneal. Karena otot-otot fleksor lebih kuat daripada otot-otot ekstensor, belat yang dipasang pada malam hari pada ekstremitas yang terkena dapat mencegah fleksi dan mempertahankan posisi yang benar selama tidur.

2. Mencegah Nyeri Bahu

Insiden nyeri bahu pasca-stroke dapat sangat bervariasi, tetapi telah diukur hingga 84% (Zheng & Alexander, 2015). Nyeri tersebut dapat mencegah pasien mempelajari keterampilan baru dan memengaruhi kualitas hidup mereka. Fungsi bahu sangat penting dalam mencapai keseimbangan dan melakukan transfer serta aktivitas perawatan diri. Masalah yang dapat terjadi meliputi gangguan rotator cuff, spastisitas otot bahu, nyeri bahu, subluksasi bahu, dan sindrom bahu-tangan. Perkembangan kondisi yang dikenal sebagai sindrom nyeri sentral juga dapat berkontribusi pada perkembangan nyeri bahu pasca-stroke.

Sendi bahu yang lembek dapat meregang berlebihan akibat penggunaan tenaga yang berlebihan saat membalikkan pasien atau akibat gerakan lengan dan bahu yang terlalu kuat. Untuk mencegah nyeri bahu, perawat tidak boleh mengangkat pasien dengan bahu yang lembek atau menarik lengan atau bahu yang sakit. Katrol di atas kepala juga harus dihindari. Jika lengan lumpuh, subluksasi

(dislokasi tidak lengkap) di bahu dapat terjadi akibat peregangan kapsul sendi dan otot yang berlebihan akibat gaya gravitasi saat pasien duduk atau berdiri pada tahap awal setelah stroke. Hal ini menyebabkan nyeri hebat. Sindrom bahu-tangan (nyeri bahu dan pembengkakan tangan secara umum) dapat menyebabkan bahu beku dan akhirnya atrofi jaringan subkutan. Saat bahu menjadi kaku, biasanya terasa nyeri.

3. Meningkatkan Perawatan Diri

Segera setelah pasien dapat duduk, ia didorong untuk berpartisipasi dalam aktivitas kebersihan pribadi. Pasien dibantu untuk menetapkan tujuan yang realistis; jika memungkinkan, tugas baru ditambahkan setiap hari. Langkah pertama adalah melakukan semua aktivitas perawatan diri pada sisi yang tidak terpengaruh. Aktivitas seperti menyisir rambut, menggosok gigi, bercukur dengan pisau cukur listrik, mandi, dan makan dapat dilakukan dengan satu tangan dan harus didorong. Meskipun pasien mungkin merasa canggung pada awalnya, keterampilan motorik ini dapat dipelajari melalui pengulangan, dan sisi yang tidak terpengaruh akan menjadi lebih kuat seiring penggunaan. Perawat harus memastikan bahwa pasien tidak mengabaikan sisi yang terpengaruh.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan menurut Brunner & Suddarth adalah bagian penting dari proses keperawatan yang berfokus pada penilaian hasil asuhan keperawatan, baik secara formatif (proses) maupun sumatif (hasil). Evaluasi ini bertujuan untuk mengidentifikasi efektivitas intervensi keperawatan, menilai pencapaian tujuan, dan membuat perubahan jika diperlukan untuk meningkatkan kualitas asuhan.

Evaluasi keperawatan menurut Brunner & Suddarth melibatkan beberapa langkah:

1. Pengumpulan data
 - a) Subjektif: Data yang diperoleh dari pasien melalui wawancara, seperti keluhan, perasaan, atau persepsi mereka.
 - b) Objektif: Data yang diperoleh melalui pengukuran dan observasi, seperti hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, atau tanda-tanda vital
2. Analisa data
 - a) Membandingkan data yang dikumpulkan dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam perencanaan asuhan keperawatan
 - b) Menentukan apakah tujuan telah tercapai, sebagian tercapai, atau tidak tercapai
3. Penilaian dan rekomendasi
 - a) Memberikan rekomendasi atau perubahan yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, misalnya dengan melakukan modifikasi rencana asuhan atau intervensi.
 - b) Menilai efektivitas intervensi keperawatan yang telah dilakukan.
4. Dokumentasi

Merekam semua data yang dikumpulkan, analisis, penilaian, dan rekomendasi dalam catatan keperawatan.

BAB III TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA TN. G DENGAN STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI RUANG ICU RS. SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2025

Nama Mahasiswa : Romiani Naibaho
NPM : 052024035

PENGKAJIAN :

Tanggal Pengkajian : 18/03/2025 jam 09.00 wib

1. IDENTIFIKASI KLIEN

Nama Initial : Tn. G
Tempat/Tgl Lahir (umur) : Medan, 07/08/1958, 66 tahun 7 bulan 2 hari
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Status Perkawinan : Cerai Mati
Jumlah Anak : 2 (Dua) anak
Agama/Suku : Kristen Protestan/Batak Toba
Pendidikan terakhir : Sarjana
Pekerjaan : Guru
Alamat : Tegal Sari, Medan Denai
Diagnosa Medis : Gagal Napas + SNH
Nomor Medical Record : 00206467
Tanggal Masuk Rumah Sakit : 09 Maret 2025

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

Nama : Tn.M
Pendidikan Terakhir : Sarjana
Pekerjaan : Guru
Alamat : Tegal Sari, Medan Denai

II. RIWAYAT KESEHATAN

- a. Keluhan utama saat masuk : Pasien mengalami penurunan kesadaran
b. Keluhan pasien saat dikaji : Kesadaran pasien somnolen dan kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri
c. Riwayat Kesehatan Sekarang : Pasien terpasang ETT dengan mode sim V, terdapat sekret, terpasang selang NGT pada hidung sebelah kiri, selang kateter, dengan ekg monitor sejak 10 hari yang lalu akibat penyakit stroke yang diderita oleh pasien.
d. Riwayat Kesehatan Dahulu : Sejak 6 tahun yang lalu pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan mengkonsumsi obat namun tidak terkontrol

- d. Riwayat Kesehatan Keluarga : Selama ini ada keluarga yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi yaitu ayah pasien dan pasien memiliki pola hidup yang tidak sehat seperti merokok 1-2 bungkus dan minuman yang mengandung alkohol
- e. Riwayat Alergi : Tidak ada riwayat alergi terhadap obat maupun makanan sejenisnya.

III. PENGKAJIAN FISIK

1. Keadaan Umum

Sakit/nyeri : **berat** ✓ sedang ☐ ringan ☐

Alasan: Keadaan umum pasien berat, pasien mengalami penurunan kesadaran (somnia), terpasang ETT on ventilator dengan modus sim V, NGT pada hidung sebelah kiri, terpasang selang catheter urine dengan urine sebanyak 200 cc

Status gizi : gemuk ☐ normal ☐ kurus ☐

Alasan: Tidak dikaji

Sikap : **tenang** ✓ gelisah ☐ menahan nyeri ☐

Alasan: Pasien tampak terbaring diatas tempat tidur dengan keadaan tertidur dan akan memberikan respon ketika diberi rangsangan nyeri

Personal Hygiene : bersih ☐ **kotor** ✓ lain-lai ☐

Alasan: Pasien tidak mampu melakukan dan menjaga kebersihan diri secara mandiri karena pasien mengalami penurunan kesadaran

2. Data Sistemik

a. Sistem Persepsi Sensori

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

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

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

Peraba : **normal** ✓ gangguan indera peraba ☐

Alasan: Pasien dapat melihat saat perawat melakukan tindakan dan dapat merasakan rangsangan yang diberi perawat contohnya saat melakukan memasang manset pada lengan pasien saat ini mengukur TTV

Sistem Pernapasan

Frekuensi : 12x/mnt, kualitas : normal ☐ dangkal ☐ cepat ☐

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

Gurgling ✓

Sumbatan jalan nafas : **sputum** ✓ lendir ☐ darah ☐ ludah ☐

Alasan: Pasien terpasang ETT on ventilator dengan mode Sim V dan terdengar suara tambahan gurgling dan AGDA alkalosis respiratorik (Ph 7,52) (PCO₂ 29,7 mmHg) (PO₂ 59,4 mmHg) (HCO₃ 24,8 mmol/L), (Be +1,8) (SPO₂ 93 %)

a. Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah : 130/70 mmHg

Denyut nadi : 112x/menit, Irama : teratur ☐ **tidak teratur** ✓Kekuatan : **kuat** ✓ lemah ☐Akral : **hangat** ✓ dingin ☐Pengisian kapiler : **< 3 detik** ✓ >3 detik ☐Edema : **tidak ada** ✓ ada ☐

b. Sistem Saraf Pusat

Kesadaran : CM ☐ Apatis ☐ **Somnolen** ✓ Soporosis ☐Coma ☐

GCS: E2M4Vt

Bicara : normal **tak jelas** ✓ kacau ☐ afasia ☐Pupil : **isokor** ✓ anisokor ☐Orientasi waktu : baik ☐ buruk ☐Orientasi tempat : baik ☐ buruk ☐Orientasi orang : **baik** ✓ buruk ☐

Alasan: Orientasi waktu dan tempat pada klien tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran namun pasien mengenali keluarga yang datang berkunjung

Saraf Kranial:

1) Nervus I (Olfaktorius) : Pasien tidak dapat mencium aroma makanan

2) Nervus II (Optikus) : Pasien dapat melihat

3) Nervus III (Okulomotor) : Pupil mengecil saat diberi cahaya, diameter 2 mm, reflek cahaya positif

4) Nervus IV (Troklar) : Pasien dapat menggerakkan bola matanya ke atas, bawah dan samping

5) Nervus V (Trigeminal) : Pasien dapat memejamkan mata dan menggerakkan otot wajah sebelah kanan

6) Nervus VI (Abdusen) : Pasien dapat menggerakkan bola matanya ke atas dan bawah

7) Nervus VII (Fasialis) : pasien tidak mampu tersenyum, mengerutkan dahi dan mengangkat alis

8) Nervus VIII (Vestibulokoklear) : sulit untuk di evaluasi

9) Nervus IX (Glosfaringeal) : Pasien tidak mampu untuk menelan

10) Nervus X (Vagus) : Pasien tidak mampu menelan dan pernapasan dibantu dengan ventilator

11) Nervus XI (Aksesorius) : Pasien tidak dapat mengangkat bahu

12) Nervus XII (Hipoglosus) : Pasien tidak mampu menjulurkan lidah kedepan dan mendorong lidah ke pipi kiri dan kanan

Alasan: Hasil CT Scan Haemorrhagic Infarct area temporo parietal kanan

c. Sistem Gastrointestinal

Nafsu makan : normal ☐ meningkat ☐ menurun ☐

mual ☐ muntah ☐

Alasan: Tidak dilakukan pengkajian dikarenakan pasien menggunakan NGT pada hidung sebelah kiri

Mulut dan tenggorokan : normal ☐ lesi ☐Kemampuan Mengunyah : normal ☐ kurang ☐ kesulitan ☐

Alasan: Tidak dilakukan pengkajian karna tampak terpasang NGT pada pasien sejak 10 hari karena kelemahan pada nervus 10

Kemampuan Menelan : normal ☐ nyeri telan ☐

Alasan: saat ini pasien mengalami kelemahan dalam hal menelan, terbukti dengan terpasang ngd pada hidung sebelah

Perut : **normal** ✓ hiperperistaltik ☐ tidak ada bising usus ☐Kembung ☐ nyeri tekan kuadran..... /bagianColon dan rectum : BAB : **normal** ✓

Alasan : Pasien BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek, warna kuning, dan menggunakan pampers

Diare -x/-jam

Inkontinensia ☐Melena ☐Hematemesis ☐

d. Sistem Muskuloskeletal

Rentang gerak : Penuh ☐ **Terbatas** ✓Keseimbangan dan cara jalan : Tegap ☐ Tidak tegap ☐

Alasan: Tidak dilakukan pengkajian karena pasien mengalami penurunan kesadaran

Kemampuan memenuhi aktifitas sehari-hari : Mandiri ☐Dibantu sebagian ☐ **Dibantu sepenuhnya** ✓

Alasan: Pasien dibantu dalam hal makan, minum, mandi, berpakaian, serta dalam hal BAB BAK

e. Sistem Integumen

Warna kulit : **normal** ✓ pucat ☐ sianosis ☐Ikterik ☐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 warna sawo matang, turgor kulit baik dengan CRT <3 detik, tidak tampak luka, memar atau kemerahan pada kulit pasien

f. 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

- g. Sistem perkemihan :
Saat ini pasien buang air kecil melalui selang catheher dengan jumlah urine yang tertampung dari jam 07.00-14.00 sebanyak 750 cc

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

IV. DATA PENUNJANG

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

Hasil AGDA (09 Maret 2025)

Ph : 7,52
pCO₂ : 29,7 mmHg
pO₂ : 59,4 mmHg
HCO₃⁻ : 24,8 mmol/L
BE : +1,8 mmol/L
SO₂ % : 93,3 %

Kesimpulan hasil laboratorium : Alkalosis Respiratorik

CT Head Scan (09 Maret 2025)

Haemorragic Infark area tempora parietal kanan

Sulci dan gyri corticalis hemisfer cerebri kanan terobliterasi, yang kiri normal.

Tampak lesi hypodense terbatas tidak tegas pada cerebri kanan area temporo parietal. Tampak lesi hypodense minimal di dalamnya.

Thorax (09 Maret 2025)

AP Supine Mobile

Diaphragmae dan kedua sinus tampak normal

Pada kedua lapangan paru-paru tidak tampak kelainan radiologis

Darah Lengkap (15 Maret 2025)

Leukosit : 12,800 mm³
Hb : 16,2 g/dl
HCT : 46,2 %
PLT : 305.000 mm³
Limfosit : 12,8 %
Monosit : 2,7 %
Nitrofil : 83,1 %
Eosinophil : 1,4 %

Kultur & Sensivitas Bakteri

Tidak ada pertumbuhan bakteri / Aerob

V. TERAPI YANG DIBERIKAN

OBAT/TINDAKAN	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/MANFAAT
Obat Meropenem 1 gram / 8 jam	Golongan carbapenem β laktam	10:00 - 18:00 - 02:00 Wib	Untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri
Aspilet	Golongan Obat Antiplatelet	16:00 wib	Pengencer darah
Clopidogrel	Golongan Obat Antiplatelet	16:00Wib	Mencegah pembekuan darah
Asam Tranexamat	Golongan obat anti- fibrinolitik	12:00 – 20:00 – 04:00 wib	Untuk menghentikan perdarahan
Injeksi Omeperazole	Golongan obat proton pump inhibitor	12:00 – 24:00 wib	Untuk mengatasi asam lambung berlebih
Furosemide	Diuretik	12:00 – 24:00 – 04:00 wib	Untuk menurunkan tekanan darah tinggi
IVFD Ringer Laktat	Cairan infus	30 cc /jam	Untuk mengembalikan cairan tubuh yang hilang
Citicolin	Vitamin	20:00 wib	Untuk mengatasi gangguan memori
Allopurinol	Xanthine Oxidase Inhibitor	16:00 wib	Untuk mengurangi kadar asam urat
Bisoprolol	Beta Blocker	16:00 – 04:00	Untuk merelaksasi pembuluh darah
N. Acetylcysteine	Mukolitik	08:00 – 16:00 – 24:00	Untuk mengencerkan dahak

VI. PENGKAJIAN MASALAH PSIKOSOSIAL BUDAYA DAN SPIRITUAL

PSIKOLOGIS

Perasaan klien setelah mengalami masalah ini adalah **keluarga pasien mengatakan perasaan 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 adalah seorang kepala sekolah yang sering mengikuti kegiatan**

Kebiasaan lingkungan yang tidak disukai adalah **keluarga mengatakan tidak ada**

Cara mengatasinya -

Pandangan klien tentang aktifitas sosial di lingkungannya -

Budaya yang diikuti klien adalah budaya **batak toba**

Keberatannya dalam mengikuti budaya tersebut adalah -

Cara mengatasi beban tersebut adalah -

SPIRITUAL

Aktifitas ibadah yang bisa dilakukan sehari-hari adalah **keluarga mengatakan sebelum sakit akan beribadah setiap hari minggu, mengikuti kegiatan rohani dan berdoa , saat ini karna keluarga hanya bisa mendoa pasien yang terbaring di tempat tidur**

Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan adalah **beribadah ke gereja**

Aktifitas ibadah yang sekarang tidak dapat dilaksanakan adalah **beribadah ke gereja**

Perasaan klien akibat tidak dapat melaksanakan hal tersebut -

Upaya klien mengatasi perasaan tersebut -

Apa keyakinan tentang peristiwa/masalah kesehatan yang sekarang sedang dialami **keluarga mengatakan percaya bahwa keadaan pasien akan semakin baik**



VII. ANALISA DATA

Tanggal/ Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan	Penyebab	TT
18 / 03 / 2025 Jam 09:00 wib	Data Subjektif: - Data Objektif: 1. Kesadaran somnolen 2. Terpasang ventilator mode sim V 3. Terdengar suara napas gurgling 4. Pasien berkeringat tanpa aktivitas (Diaforesis) 5. Warna kulit pucat 6. Takikardia (HR=112x/ m) 7. Hasil AGDA: Alkalosis respiratorik Ph : 7,52 pCO ₂ :29,7 pO ₂ :59,4	Gangguan pertukaran gas SDKI (D. 0003)	Ketidakseimb angan ventilasi- perfusi	
18 / 03 / 2025 Jam 09:00 wib	Data Subjektif : - Data Objektif : 1. Kesadaran somnolen 2. Terpasang ventilator 3. Pasien terbaring lemah diatas tempat tidur 4. Pasien tidak mampu	Defisit Perawatan Diri SDKI (D. 0109)	Gangguan Neuromuskul ar	R O M I A N I



	melakukan aktivitas secara mandiri			
18 / 03 / 2025 Jam 09:00 wib	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none">2. Kesadaran somnolen3. Hasil EKG aritmia4. HR: 112 x/ m5. Hasil CT Scan: Haemoragik Infark temporo parietal kanan6. Kelemahan pada ekstremitas kiri	Resiko Perfusi serebral tidak efektif SDKI (D.0017)	Hipertensi	R O M I A N I
18 / 03 / 2025 Jam 09:00 wib	<p>DS: - DO:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kes: Somnolen2. Terpasang Ventilator3. Pasien Terbaring diatas tempat tidur4. Terpasang Selang catheter5. Terpasang selang NGT	Risiko Infeksi SDKI (D.0142)	Efek prosedur invasif	R O M I A N I

	pada hidung sebelah kiri 6. Terpasang CVC double lumen pada vena subclavia kanan			
18 / 03 / 2025 Jam 09:00 wib	DS: - DO: 1. Klien terpasang selang NGT pada hidung sebelah kiri 2. Kes: Somnolen 3. Otot menelan lemah 4. Otot pengunyah lemah 5. Membran mukosa tampak pucat	Risiko Defisit Nutrisi SDKI (D.0032)	Ketidakmampuan menelan makanan	

VIII. PRIORITAS MASALAH

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
2. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular
3. Resiko Perfusi Serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko hipertensi
4. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif
5. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan

IX. Daftar Masalah

No	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	TT
1.	18 / 03 / 2025 Jam 09:00 wib	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan kesadaran somnolen, terpasang ETT on ventilator mode sim V, terdengar suara napas gurgling, hasil AGDA:a lkalosis respiratorik:Ph: 7,52, pCO2 :29,7 , pO2:59,4	20 Maret 2025 (belum teratasi)	R O M I A N I
2	18 / 03 / 2025 Jam 09:00 wib	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan kesadaran somnolen, terpasang ETT on ventilator, pasien terbaring lemas diatas tempat tidur sehingga pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri.	20 Maret 2025 (belum teratasi)	R O M I A N I
3	18 / 03 / 2025 Jam 09:00 wib	Resiko Perfusi Serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko hipertensi ditandai dengan keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi. Kesadaran somnolen, hasil EKG Aritmia, dan hasil HR=112 x/m	20 Maret 2025 (belum teratasi)	R O M I A N I
4	18 / 03 / 2025 Jam 09:00 wib	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan pasien mengalami penurunan kesadaran (somnolen), terpasang ventilator, pasien bedrest, terpasang catheter, NGT pada hidung sebelah kiri, dan CVC double lumen pada vena subclavia kanan	20 Maret 2025 (belum teratasi)	R O M I A N I



5	18 / 03 / 2025 Jam 09:00 wib	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan klien terpasang NGT pada hidung sebelah kiri, pasien mengalami penurunan kesadaran (somnia), otot menelan lemah, otot pengunyah lemah dan membran mukosa tampak pucat.	20 Maret 2025 (belum teratasi)	R O M I A N I
---	------------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------

X.Rencana Asuhan Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	TT
18 / 03 / 2025 Jam 09:0 0 wib	1	<p>SLKI Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Pertukaran Gas SLKI (L.01003)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat (4) 2. Bunyi napas tambahan cukup menurun (4) 3. pCO₂ cukup membaik (5) 4. pO₂ cukup membaik (5) 5. pH arteri membaik (5) 	<p>SIKI Manajemen Jalan Napas (I. 01012) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor posisi selang ETT terutama setelah mengubah posisi 2. Monitor tekanan ETT setiap 4-8 jam <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Cegah ETT terlipat (kingking) 4. Berikan pre-oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6 ventilasi) sebelum dan sesudah penghisapan 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik jika diperlukan 6. Ganti fiksasi ETT setiap 24 jam 7. Lakukan perawatan mulut 	R O M I A N I

Tgl/ Jam	No. Dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	TT
18 / 03 / 2025 Jam 09:0 0 wib	2	<p>SLKI</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Perawatan diri SLKI (L.11103)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan makan meningkat 3. Kemampuan ke toilet meningkat 4. Mempertahankan kebersihan diri meningkat 5. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat 	<p>SIKI</p> <p>Dukungan Perawatan Diri (I. 11348)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, makan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sediakan lingkungan yang terapeutik 3. Siapkan keperluan pribadi (mis: sabun mandi) 4. Bantu melakukan perawatan diri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi dengan tim fisioterapi untuk melakukan ROM 	R O M I A N I

Tgl/ Jam	No. Dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	TT
18 / 03 / 2025 Jam 09:0 0 wib	3	<p>SLKI Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Perfusi Serebral SLKI (L.02014)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat (4) 2. Tekanan arteri rata-rata cukup (4) membaik 3. Tekanan intrakranial cukup membaik (4) 4. Tekanan darah cukup membaik (4) 5. Refleks saraf cukup membaik (4) 	<p>SIKI Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (L.06194)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 2. Monitor MAP 3. Monitor CVP 4. Monitor intake dan output 5. Monitor status pernapasan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan posisi semifowler 7. Pertahankan suhu tubuh normal. 8. Hindari penggunaan PEEP. <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian sedasi 10. Kolaborasi pemberian pelunak tinja 	R O M I A N I

Tgl/ Jam	No. Dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	TT
18 / 03 / 2025 Jam 09:0 0 wib	4	<p>SLKI Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Infeksi SLKI (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terbebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Kadar sel darah putih tetap dalam batas normal 	<p>SIKI Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan pada kulit yang mengalami penekanan 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 5. Pertahankan tindakan aseptik saat melakukan tindakan 6. Lakukan penggantian selang infuse setiap 5 hari 7. Lakukan penggantian selang NGT dan selang catheter setiap 7 hari <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Ajarkan keluarga untuk cuci tangan sebelum bertamu <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian antibiotik Meropenem 1 gr 	R O M I A N I



Tgl/ Jam	No. Dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	TT
18 / 03 / 2025 Jam 09:0 0 wib	5	<u>SLKI</u> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: Status Nutrisi SLKI (L.03030) 1. Kekuatan otot pengunyah meningkat 2. Kekuatan otot menelan meningkat 3. Klien terbebas dari tanda dan gejala defisit nutrisi	<u>SIKI</u> Manajemen Nutrisi (I. 03119) Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor hasil pemeriksaan lab Terapeutik: 4. Berikan diet pasien sesuai dengan kebutuhan pasien (6 x 200 cc) Kolaborasi: 5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan	R O M I A N I

XI. Tindakan Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	TT
18/03/ 25 jam 09.00 wib	1.2.3. 4.5	Melakukan pengkajian kepada pasien dengan inisial Tn.G (66 thn) dengan diagnosa SNH Hasil: Pasien mengalami penurunan kesadaran (somnia), terpasang ETT on ventilator mode sim V PEEP 5, PS 10, FiO2 40%, SO2 100 %, terdengar suara napas tambahan gurgling, terpasang selang NGT pada hidung sebelah kiri, selang catheter, CVC double lumen pada vena subclavia kanan sejak 8 hari lalu. Pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan mengonsumsi obat anti hipertensi. Pasien bedrest total sehingga semua ADL dibantu penuh oleh alat dan perawat.	R O M I A N I
Jam 10.00 wib	3	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien Hasil: TD (130/70 mmHg) = MAP (100) SPO2 (98 %) HR (112x/i) RR (12x/i) T (37,3°C)	R O M I A N I
Jam 10:20	1	Kolaborasi untuk melakukan foto thorax Hasil: Diaphragmae dan kedua sinus tampak normal Pada kedua lapangan paru-paru tidak tampak kelainan radiologis	R O M I A N I
Jam 11:40 wib	1	Memberikan pre- oksigenasi 6 ventilasi melalui BVM kemudian melakukan penghisapan lendir (suction) kurang dari 10 detik, slem hijau dan kental, dan memberikan semifowler Hasil: SPO2: 95%	R O M I A N I
Jam 12:00 wib	3	Memonitor observasi tanda-tanda vital Hasil: TD (120/60 mmHg) = MAP (90) SPO2 (100 %) HR (84x/i)	R O M I A



		RR (12x/i) T (37.9°C)	N I
Jam 12:10 wib	5	Memeriksa posisi selang NGT dengan memeriksa residu dan memberikan diet sonde 250 cc melalui selang NGT, dengan posisi kepala lebih tinggi, kemudian kolaborasi dalam memberikan obat injeksi Asam Tranexamat + Furosemide (IV) Hasil: Pasien tidak ada muntah dan tidak terdapat residu sebelum diberikan sonde	R O M I A N I
Jam 13:00 wib	3	Memonitor intake dan output cairan Hasil: Intake: 815 cc output : 700 cc dengan balance: +115	R O M I A N I
Jam 14:00 wib	3	Memonitor observasi tanda-tanda vital Hasil: TD (100/60 mmHg) = MAP (80) SPO2 (100 %) HR (108x/i) RR (12x/i) T (37.8°C)	R O M I A N I
19/03/ 2025 jam 07.30 wib	1.3	Melakukan pengkajian ku dan kes pasien, pasien terpasang ETT on ventilator dengan mode spontan dan pemeriksaan tanda tanda vital pasien Hasil: KU: Berat Kes: Somnolem Hasil TTV: TD (120/80 mmHg) (MAP:100) SPO2 (98 %) HR (105x/i) RR (12x/i) T (37.1°C)	R O M I A N I
Jam 07:50 wib	4	Melakukan oral hygiene menggunakan aseptik liquid, mengganti fiksasi ETT dan menjaga kepatenan selang ETT agar tidak terlipat, melakukan perawatan ngt dan f. chateter, dengan infus ring as dengan infuse pump terpantau lancar Hasil: Pasien tampak kooperatif saat dilakukan oral hygiene dan tampak lebih bersih	R O M I A N I

Jam 08.15 wib	1.2.4	Melakukan penghisapan lendir (suction) kurang dari 10 detik dan memberikan posisi -Berikan posisi head up 30 derajat dan memonitor posisi selang ETT Hasil: Slem hijau dan kental, suara gurgling berkurang, pasien tampak lebih tenang dengan SPO2 96% dan posisi selang ETT tidak ada kingking	R O M I A N I
Jam 08.25 wib	5	Memberikan diet sonde 250 cc melalui selang NGT dengan memeriksa kepatenan selang NGT dengan mengauskultasi hembusan udara dengan melakukan dengan teknik bersih Hasil: Pasien tidak ada muntah dan tidak terdapat residu sebelum diberikan sonde	R O M I A N I
Jam 09.00 wib		Mengganti cairan infuse ring as dalam pump 30 cc/jam Hasil: Keadaan pasien belum membaik	R O M I A N I
Jam 10:00 wib	5	Memberikan inj. Meropenem 1g (IV) dan memberikan susu ensure 100 cc melalui selang NGT Hasil: Keadaan pasien belum membaik dan susu dapat diberikan	R O M I A N I
Jam 10.10 wib	3	Memonitor tanda tanda vital pasien Hasil: TD (100/60 mmHg) (MAP:80) SPO2 (99 %) HR (112x/i) RR (12x/i) T (37.0°C)	R O M I A N I
Jam 10:40 wib	1.4	Memberikan posisi miring kiri dan miring kanan per 2 jam dengan tetap memonitor posisi ETT supaya tetap paten dan melakukan fisioterapi dada pada punggung pasien Hasil: Pasien tampak merasa nyaman dengan posisi miring dan tampak sputum yang keluar dari mulut pasien	R O M I A N I



Jam 11.00 wib	1	Memberikan hiperventilasi dengan BVM sebanyak 6 ventilasi kemudian melakukan suction karena terlihat sputum yang keluar dari mulut dan terdengar suara gurgling Hasil: Slem berwarna hijau dengan SPO2 : 96%	R O M I A N I
Jam 11:50 wib	3	Memonitor tanda tanda vital pasien Hasil: TD (110/80 mmHg) (MAP:95) SPO2 (99 %) HR (112x/i) RR (16x/i) T (37.5°C)	R O M I A N I
Jam 12.00 wib		Kolaborasi dalam memberikan obat injeksi Asam Tranexamat + Furosemide (IV) Hasil: Keadaan pasien belum membaik	R O M I A N I
Jam 12.10 wib	5	Memberikan diet sonde 250 cc melalui selang NGT dengan memeriksa kepatenan selang NGT dengan mengauskultasi hembusan udara dengan melakukan dengan teknik bersih Hasil: Pasien tidak ada muntah dan tidak terdapat residu sebelum diberikan sonde	R O M I A N I
Jam 13:00 wib	3	Memonitor intake dan output cairan Hasil: Intake:900cc Output: 850cc dengan balance +50	R O M I A N I
Jam 13:50 wib	1.2.3	Melakukan evaluasi pada pasien dengan terpasang ETT on ventilator mode spontan pemeriksaan tanda tanda vital pasien Hasil: TD (120/60 mmHg) (MAP:80) SPO2 (98 %) HR (114x/i) RR (12 x/i) T (37.4°C)	R O M I A N I

20/03/ 25 jam 14:30	1.2.3	Melakukan pengkajian ku dan kes pasien terpasang ETT on ventilator mode spontan dan memonitor tanda tanda vital pasien Hasil: KU: Berat Kes: Somnolen TTV: TD (100/60 mmHg) (MAP: 80) SPO2 (100 %) HR (112x/i) RR (17x/i) T (37,4°C)	R O M I A N I
Jam 14:50 wib	1.3	Melakukan penghisapan lendir (suction) kurang dari 10 detik kemudian memberikan posisi head up 30 derajat Hasil: Slem hijau dan kental dengan SPO2 94%	R O M I A N I
Jam 15:00 wib	2.4	Memandikan pasien diatas tempat tidur dengan menggunakan sabut, mengganti pakaian dan, mencukur kumis, melakukan perawatan selang ETT dan NGT dan kemudian membantu mobilisasi miring kanan kiri per 2 jam dengan memonitor kepatenan selang ETT, dan melakukan fisioterapi dada pada punggung pasien kemudian memberikan minyak parafin pada tubuh pasien. Hasil: Pasien tampak tenang, tampak lebih bersih setelah dilakukan personal hygiene dan tampak sputum yang keluar dari mulut pasien saat posisi miring	R O M I A N I
Jam 16:00 wib	5	Memberikan diet sonde 250 cc melalui selang NGT dengan memeriksa kepatenan selang NGT dengan mengauskultasi hembusan udara dengan melakukan dengan teknik bersih kemudian memberikan obat oral Aspilet 1 tab dan clopidogrel Hasil: Pasien tidak ada muntah dan tidak terdapat residu sebelum diberikan sonde	R O M I A N I
Jam 16:10 wib	3	Memonitor tanda tanda vital pasien Hasil: TD (90/60 mmHg) (MAP:75) SPO2 (100 %) HR (110x/i)	R O M I A

		RR (18x/i) T (38.4°C)	N I
Jam 16.15 wib	3	Memberikan obat antrain 1 amp dan melakukan kompres air hangat di kedua axila dan kedua lipatan paha pasien kemudian memberikan pakaian dan selimut yang tipis Hasil: Akral pasien yang teraba hangat sudah berkurang dengan T: 37,8	R O M I A N I
Jam 17:00 wib	1	Melakukan suction selama 10 detik dengan memberikan hiperoksigenasi sebelum dan sesudah suction sebanyak 5 -6 ventilasi Hasil: Slem kental dan SPO2 95%	R O M I A N I
Jam 18:00 wib	3	Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital pasien Hasil: TD (80/60 mmHg) (MAP:70) SPO2 (100 %) HR (120x/i) RR (17x/i) T (37.6°C)	R O M I A N I
Jam 20:00 wib	3	Memberikan posisi semi fowler dan memberikan diet sonde 250 cc kemudian sekaligus memberikan obat siang yaitu obat oral (Omeprazole 1 flc) Kemudian Kolaborasi dalam memberikan obat injeksi Asam Tranexamat + Furosemide (IV) Hasil: Pasien tampak tenang	R O M I A N I
Jam 20:10 wib	3	Memonitor intake dan output cairan Hasil: Intake:875cc Output: 700cc dengan balance +175	R O M I A N I
Jam 20:20 wib	1.3	Melakukan evaluasi pada pasien dengan terpasang ETT on ventilator mode spontan pemeriksaan tanda tanda vital pasien Hasil: TD (90/60 mmHg) (MAP:75) SPO2 (100 %) HR (102x/i) RR (16 x/i) T (37.8°C)	R O M I A N I

XII. Evaluasi Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	EVALUASI (SOAP)	TI
18/03/ 2025 jam 14.00 wib	1.	Subjective: - Objective: -Kesadaran somnolen -Terpasang ETT on ventilator mode sim V -Hasil Thorax Ulang: Diaphragmae dan kedua sinus tampak normal Pada kedua lapangan paru-paru tidak tampak kelainan radiologis -Terdengar suara gurgling dan produksi sputum banyak Assesment: Masalah Gangguan Pertukaran Gas belum teratasi Planning: -Berikan posisi head up 30 derajat -Suction bila perlu -Pantau TTV pasien -Lanjutkan intervensi keperawatan.	R O M I A N I
	2.	Subjective: - Objective: - Kesadaran somnolen -Terpasang ETT on ventilator mode sim V - Tanda-tanda vital: TD (100/60 mmHg) = MAP (80) SPO2 (100 %) HR (108x/i) RR (12x/i) T (37.8°C) - Intake: 815 cc dan output : 700 cc Assesment: Masalah Resiko Perfusi Serebral tidak efektif belum teratasi Planning: - Monitor peningkatan TIK pasien -Pantau TTV pasien -Lanjutkan intervensi keperawatan.	
	3.	Subjective: - Objective: -Kesadaran somnolen -Terpasang ETT on ventilator mode sim V -Pasien mengalami kelemahan pada tungkai sebelah kiri Assesment: Masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri belum teratasi Planning:	



		<ul style="list-style-type: none">-Pantau TTV pasien-Lanjutkan intervensi keperawatan-Bantu pasien dalam memenuhi ADL	
	4	<p>Subjective: -</p> <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none">-Kesadaran somnolen-Terpasang ETT on ventilator-Terpasang selang NGT, catheter, CVC pada pasien <p>Assesment: Masalah Risiko Infeksi belum teratasi</p> <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">-Pantau TTV pasien-Pantau hasil laboratorium-Lakukan perawatan pada alat yang terpasang pada klien (selang NGT, chateter, CVC)-Lanjutkan intervensi	
	5	<p>Subjective: -</p> <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none">-Kesadaran somnolen-Terpasang ETT on ventilator-Terpasang NGT pada hidung sebelah kiri <p>Assesment: Masalah Resiko Defisit Nutrisi belum teratasi</p> <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">-Pantau TTV pasien-Lanjutkan intervensi keperawatan-Berikan diet 6 x 200 cc	



Tgl/ Jam	No. Dp	EVALUASI (SOAP)	Tt
19/03/ 2025 jam 14.00 wib	1.	Subjective: - Objective: -Kesadaran somnolen -Terpasang ETT on ventilator mode sim V -Terdengar suara gurgling dan produksi sputum banyak Assesment: Masalah Gangguan Pertukaran Gas belum teratasi Planning: -Suction bila perlu -Pantau TTV pasien -Lanjutkan intervensi keperawatan.	R O M I A N I
	2.	Subjective: - Objective: - Kesadaran somnolen -Terpasang ETT on ventilator mode sim V - Tanda-tanda vital: TD (120/60 mmHg) (MAP:80) SPO2 (98 %) HR (114x/i) RR (12 x/i) T (37.4°C) - Intake:900cc dan Output: 850cc Assesment: Masalah Resiko Perfusi Serebral tidak efektif belum teratasi Planning: - Monitor peningkatan TIK pasien -Berikan posisi head up 30 derajat -Pantau TTV pasien -Lanjutkan intervensi keperawatan.	
	3.	Subjective: - Objective: -Kesadaran somnolen -Terpasang ETT on ventilator mode sim V -Pasien mengalami kelemahan pada tungkai sebelah kiri Assesment: Masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri belum teratasi Planning: -Pantau TTV pasien -Lanjutkan intervensi keperawatan -Bantu pasien dalam memenuhi ADL	

4	<p>Subjective: -</p> <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none">-Kesadaran somnolen-Terpasang ETT on ventilator-Terpasang selang NGT, catheter, CVC pada pasien <p>Assesment: Masalah Risiko Infeksi belum teratasi</p> <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">-Pantau TTV pasien-Pantau hasil laboratorium-Lakukan perawatan pada alat yang terpasang pada klien (selang NGT, chateter, CVC)-Lanjutkan intervensi	
5	<p>Subjective: -</p> <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none">-Kesadaran somnolen-Terpasang ETT on ventilator-Terpasang NGT pada hidung sebelah kiri <p>Assesment: Masalah Resiko Defisit Nutrisi belum teratasi</p> <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">-Pantau TTV pasien-Lanjutkan intervensi keperawatan-Berikan diet 6 x 200 cc	



Tgl/ Jam	No. Dp	EVALUASI (SOAP)	TI
20/03/ 2025 jam 21.00 wib	1.	Subjective: - Objective: -Kesadaran somnolen -Terpasang ETT on ventilator mode spontan -Terdengar suara gurgling dan produksi sputum banyak Assesment: Masalah Gangguan Pertukaran Gas belum teratasi Planning: -Suction bila perlu -Pantau TTV pasien - Pantau KGD -Lanjutkan intervensi keperawatan.	R O M I A N I
	2	Subjective: - Objective: - Kesadaran somnolen -Terpasang ETT on ventilator mode sim V - Tanda-tanda vital: TD (90/60 mmHg) (MAP:75) SPO2 (100 %) HR (102x/i) RR (16 x/i) T (37.8°C) - Intake:875cc dan output:700cc Assesment: Masalah Resiko Perfusi Serebral tidak efektif belum teratasi Planning: - Monitor peningkatan TIK pasien -Pantau TTV pasien -Berikan posisi head up 30 derajat -Lanjutkan intervensi keperawatan.	
	3.	Subjective: - Objective: -Kesadaran somnolen -Terpasang ETT on ventilator mode spontan -Pasien mengalami kelemahan pada tungkai sebelah kiri Assesment: Masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri belum teratasi Planning: -Pantau TTV pasien -Lanjutkan intervensi keperawatan -Bantu pasien dalam memenuhi ADL	
	4	Subjective: - Objective:	



		<ul style="list-style-type: none">-Kesadaran somnolen-Terpasang ETT on ventilator-Terpasang selang NGT, catheter, CVC pada pasien Assesment: Masalah Risiko Infeksi belum teratasi Planning: <ul style="list-style-type: none">-Pantau TTV pasien-Pantau hasil laboratorium-Lakukan perawatan pada alat yang terpasang pada klien (selang NGT, catheter, CVC)-Lanjutkan intervensi	
	5	Subjective: - Objective: <ul style="list-style-type: none">-Kesadaran somnolen-Terpasang ETT on ventilator-Terpasang NGT pada hidung sebelah kiri Assesment: Masalah Risiko Defisit Nutrisi belum teratasi Planning: <ul style="list-style-type: none">-Pantau TTV pasien-Lanjutkan intervensi keperawatan-Berikan diet 6 x 200 cc	

BAB 4 PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus pada Tn.G dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di ruangan ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

Dalam proses keperawatan perlu menggunakan metode ilmiah sebagai pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan untuk membantu perawat dalam melakukan asuhan keperawatan untuk membantu perawat dalam melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan guna mencapai tujuan keperawatan yaitu meningkatkan, mempertahankan kesehatan atau membuat pasien yang kritis tenang dalam menghadapi kematian. Proses perawatan pada lima tahap dimana tahap-tahap ini secara bersama-sama membentuk lingkaran pemikiran dan tindakan yang continue, yang mengulangi kembali kontrak dengan pasien. Tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut:

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Berdasarkan teori, pasien dengan Stroke Non Hemoragik menunjukkan gejala yang ditemukan dalam pengkajian yaitu kelemahan terutama satu sisi tubuh, terjadi perubahan status mental, kesulitan berbicara, gangguan penglihatan, kesulitan berjalan, dan sakit kepala yang parah secara tiba-tiba. Selain itu, pasien akan mengalami gangguan menelan, perubahan status mental dan pasien mungkin akan mengalami penurunan kesadaran.

Beberapa data berdasarkan teori diatas sesuai dengan data yang ditemukan pada pasien kelolaan saat dilakukan pengkajian. Namun beberapa tidak dapat dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran seperti kemampuan pasien berbicara, apakah terjadi gangguan penglihatan dikarenakan pasien hanya berespon ketika diberi rangsangan nyeri, cara jalan dan rasa sakit pada kepala yang tidak dapat dikaji pada pasien.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Brunner (2009), diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan, atau kerentanan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas.

Berdasarkan teori terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien SNH seperti:

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular

2. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan adanya edema serebral akibat stroke hemoragik.
3. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif ditandai dengan terjadinya aneurisma serebri, hipertensi
4. Gangguan Pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
5. Gangguan Eliminasi Urin berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
6. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
7. Risiko Aspirasi ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran, penurunan refleks muntah/batuk, gangguan menelan, kerusakan mobilitas fisik, penurunan motilitas gastrointestinal, terpasang endotracheal tube.
8. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
9. Risiko Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan berhubungan dengan penurunan mobilisasi, adanya penekanan pada tonjolan tulang (dekubitus).

Setelah dilakukan pengkajian, penulis akan menjelaskan alasan tidak mengangkat semua diagnosa diatas :

1. Bersihan jalan napas

Penulis menemukan adanya suara tambahan gurgling dan adanya sputum pada pasien. Tetapi pada intervensi yang disusun pada diagnosa yang telah penulis angkat yaitu gangguan pertukaran gas yaitu melakukan penghisapan lendir yang sama dengan diagnosa untuk mengatasi bersihan jalan napas.

2. Penurunan Kapasitas adaptif Intrakranial

Data yang mendukung diagnosa ini memiliki kesamaan dengan data yang mendukung pada diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif sehingga penulis hanya mengangkat diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif.

3. Gangguan Eliminasi Urine

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini dikarenakan sesuai dengan buku standar diagnosa, tidak ada banyak data yang mendukung untuk pengangkatan diagnosa ini. Selama merawat pasien sudah terpasang selang catheter sehingga tidak ditemukan pengkajian : desakan berkemih, urin menetes, sering buang air kecil, nokturia, mengompol distensi kandung kemih yang merupakan data pendukung diagnosa ini.

4. Resiko Aspirasi

Pada pasien pada kasus pasien dipasang selang NGT . Pada pasien tidak diangkat diagnosa karena tidak ditemukan data yang mendukung karena pada pasien tidak ada reflek batuk, tidak ada residu dan tidak ada penyumbatan pada selang NGT

5. Gangguan Mobilitas Fisik

Pasien yang mengalami penurunan kesadaran akan menyebabkan gangguan dalam pergerakan sehingga tidak dapat melakukan aktivitas mandiri. Hal ini akan membuat perawat yang akan membantu pasien dalam melakukan semua ADL. Penulis berasumsi bahwa mobilitas adalah perpindahan yang dilakukan oleh seseorang. Maka penulis lebih memilih untuk mengangkat defisit perawatan diri yang memiliki intervensi membantu pasien dalam melakukan ADL

6. Resiko Gangguan Integritas Kulit

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien tidak ada tanda-tanda pasien mengalami gangguan integritas kulit seperti kemerahan pada punggung akibat bedrest, kulit pasien yang terhidrasi dengan baik dan tidak ada hematoma pada pasien.

Pasien diruangan ICU dengan pemasangan berbagai alat memang beresiko untuk menyebabkan terjadinya luka yang dapat menimbulkan resiko infeksi. Pada kasus ini pasien yang terpasang ETT dan NGT dilakukan perawatan pada selang ETT yaitu dengan memonitor kepatenan selang ETT dan NGT setiap 24 jam supaya tidak menekan kulit terlalu lama yang dapat menyebabkan luka dan tidak terjadi kingking (terlipat).

Perawatan yang dapat dilakukan seperti memastikan posisi selang jangan bergeser dan selalu pertahankan kebersihan. Menurut KEMENKES (2023) jangka waktu pemasangan selang NGT hanya selama 7 hari, setelah itu

selang harus diganti. Selang NGT berbahan silikon lebih lentur dan memiliki kelebihan dapat digunakan lebih lama rata-rata hingga 1-3 bulan pemasangan.

Catheter Urine biasanya digunakan oleh pasien selama 3-8 hari saat sedang menjalani prosedur pengobatan. Namun beberapa kasus yang memerlukan penggunaan selang catheter dalam jangka lama, selang harus diganti secara berkala setiap 1-2 minggu untuk menghindari resiko terjadinya infeksi.

4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan Keperawatan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan (Brunner, 2009).

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah diangkat oleh penulis, intervensi disusun berdasarkan buku standar intervensi keperawatan yang disesuaikan dengan diagnosa keperawatan.

Dalam kasus pasien dengan stroke non hemoragik ini penulis sudah menyusun intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI dan salah satu contoh diagnosa yang diangkat seperti resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko hipertensi dengan intervensi manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) yang bertujuan agar perfusi serebral meningkat

(L.02014) dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran cukup meningkat, tekanan arteri rata-rata cukup membaik, tekanan intrakranial cukup membaik, tekanan darah membaik, refleks saraf cukup membaik.

Diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dengan intervensi keperawatan manajemen jalan napas buatan, diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neoromuskular dengan intervensi keperawatan dukungan perawatan diri.

Dalam kasus ini terdapat kesenjangan pada posisi pasien. Dalam buku SIKI dituliskan yang menjadi intervensi adalah posisi semifowler sedangkan dalam teori diberikan posisi *head up 30°*. Posisi semi fowler mampu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya area atelektasi dan meningkatkan gerakan sekret ke jalan napas besar untuk dikeluarkan. Posisi *head up 30°* berfungsi untuk memperbaiki status hemodinamik serta memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral serta memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Utami & Risca, 2021). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Mustikarani & Mustofa (2020) dalam penelitian nya didapatkan dalam evaluasi yang menunjukkan bahwa posisi *head up 30°* dapat mengontrol TIK. Hal ini dibuktikan dengan penurunan tekanan darah, MAP menurun, keluhan nyeri berkurang, tidak ada mual dan muntah proyektif.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan (Patricia, 2009).

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dilaksanakan. selama 3 x 24 jam. Dilaksanakan pada tanggal 18 Maret-20 Maret 2025. Untuk diagnosa yang sudah diangkat, penulis sudah melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang disusun dan hasil yang diharapkan. Salah satu diagnosa yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif telah dilakukan implementasi yaitu memonitor tanda dan peningkatan tekanan intrakranial, memonitor MAP, memoniot intake dan output cairan, memonitor status pernapasan, memberikan posisi semi fowler, dan mempertahankan suhu tubuh pasien dalam batas normal.

Dalam implementasi penulis tidak dapat melakukan beberapa tindakan yang sudah disusun dalam intervensi keperawata. Intervensi kolaborasi pemberian pelunak tinja tidak dilakukan dalam implementasi karena selama merawat pasien, BAB pasien memiliki konsistensi lembek.

Kesenjangan antara intervensi keperawatan dengan implementasi keperawatan yaitu penggunaan PEEP. *Positive End Expiratory Pressuse* (PEEP) merupakan tekanan yang diberikan oleh ventilator di akhir setiap napas untuk memastikan bahwa alveoli tidak mudah kolaps (gagal). Dalam intervensi penulis membuat untuk menghindari penggunaan PEEP. Penggunaan.

PEEP dapat meningkatkan tekanan intrakranial yang dapat mengganggu fungsi otak dengan menghambat aliran balik vena dari otak.

Dalam situasi ini penggunaan PEEP tidak dapat dihindari maka pemantauan ketat TIK sangat penting untuk dilakukan untuk meningkatkan pernapasan dan mencegah komplikasi pernapasan.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasi. Berdasarkan evaluasi penulis setelah melakukan tindakan keperawatan, masalah belum teratasi. Perkembangan yang sudah dialami pasien adalah pasien terpasang ETT on ventilator dengan mode spontan.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil kasus dari asuhan keperawatan kritis pada Tn. G 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.
1. 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, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular, resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko hipertensi, resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif, dan resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan
2. Intervensi keperawatan pada kasus Stroke Non Hemoragik yang penulis susun diambil dari buku SIKI seperti diagnosa : Gangguan pertukaran gas dengan manajemen jalan napas buatan, diagnosa defisit perawatan diri dilakukan dengan dukungan perawatan, resiko perfusi serebral tidak efektif dilakukan dengan manajemen

peningkatan tekanan intrakranial, diagnosa risiko infeksi dengan pencegahan infeksi dan resiko defisit nutrisi dengan manajemen nutrisi.

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

Dalam rangka meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif pada kasus kelolaan pasien maka penulis dapat menyampaikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga mampu melaksanakan perawatan terhadap penyakit, serta senantiasa meningkatkan derajat kesehatan dan keluarga, dan tetap melanjutkan pengobatan dengan selalu kontrol secara teratur setelah pasien diperbolehkan pulang dan mengurangi faktor resiko

2. Bagi Institusi Pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Diharapkan untuk mengadakan format pengkajian lebih spesifik

mengenai pemeriksaan neurovaskuler pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik

3. Bagi perawat di Ruang ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Diharapkan agar perawat menambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam praktik keperawatan dengan mencari perkembangan ilmu keperawatan yang dapat membantu perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang *up to date*

4. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan kepada penulis selanjutnya bisa menjadikan KIA (karya ilmiah akhir) ini sebagai referensi dalam penyusunan berikutnya dan menjadi bahan pertimbangan untuk melakukan praktik keperawatan dari sumber-sumber terpercaya lainnya serta melakukan pengkajian yang lebih lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, J. K., & Yudhono, D. T. (2022). Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Pola Nafas Tidak Efektif, Nyeri Akut dan Gangguan Mobilitas Fisik. *JKM : Jurnal Keperawatan Merdeka*, 2(2), 108–112. <https://doi.org/10.36086/jkm.v2i2.1225>
- Brunner, & Suddarth's. (2018). Textbook of Medical and Surgical Nursing. In *Textbook of Medical and Surgical Nursing*. <https://doi.org/10.5005/jp/books/10916>
- Budianto, P., Prabaningtyas, H., Putra, S. E., Mirawati, diah K., Muhammad, F., & Hafizan, M. (2021). Stroke Iskemik Akut : Dasar dan Klinis. *Univesrsitas Sebelas Maret, January*, i–123.
- Charismah, A., & Putri, I. (2021). GAMBARAN DAN TATALAKSANA STROKE ISKEMIK PASIEN RAWAT INAP DI RSU ROYAL PRIMA MEDAN TAHUN 2019 DESCRIPTION AND MANAGEMENT OF ISCHEMIC STROKE PATIENTS AT ROYAL PRIMA GENERAL HOSPITAL MEDAN 2019 PENDAHULUAN Stroke merupakan gangguan aliran darah ke otak yang. IV(I), 1–9.
- Ernawati, & Baidah. (2022). TATALAKSANA NON FARMAKOLOGI STROKE. LPPM Cahaya Bangsa.
- Fauzi, A., & Putri. (2022). Hubungan tanda-tanda vital dengan GCS pasien stroke. *Jurnal Keperawatan Malang*, 7(1), 89–103.
- Halimah, N., Alhidayat, N. S., & Handayani, D. E. (2022). Karakteristik Pasien Gagal ginjal Kronik Dengan Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Di RS TK II Pelamonia. *Garuda Pelamonia Jurnal Keperawatan*, 4(1), 14–28.
- Hutagaol, A., & Tindaon, R. I. (2022). Hubungan Self-Management Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke Non Hemoragik Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2021. *Jurnal Ilmiah Keperawatan IMELDA*, 8(1), 58–62. <https://doi.org/10.52943/jikeperawatan.v8i1.683>
- Irawati, Y., Septimar, Z. M., & Setiawan, A. (2023). Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Hemoragic Dengan Intervensi Inovasi Reposisi Fiksasi Ett Terhadap Pencegahan Resiko Terjadinya Luka Tekan Mukosa Mulut Di Ruang Icu Rsud Kab Tangerang. *Hasana Nusantara Journal*, 2(10), 15–19.
- Kariasa, I. M. (2022). Antisipasi Serangan Stroke Berulang. In *PT. Nasya Expanding Management: Vol. Cetakan 1* (Issue ISBN: 978-623-423-385-8, pp. 69–79). <https://doi.org/10.34305/jnpe.v2i2.452>
- Khirunnisaa, T., Anwar, K., & Shabrina, A. (2022). Asuhan Gizi Pada Pasien Stroke Iskemik Di RS Pusat Otak Nasional Jakarta. 5(September), 223–

228.

- Kiswanto, L., & Chayati, N. (2021). EFEKTIVITAS PENERAPAN ELEVASI KEPALA TERHADAP PENINGKATAN PERFUSI JARINGAN OTAK PADA PASIEN STROKE. *Pharmacognosy Magazine*, 75(17), 399–405.
- Mustapa, P., Pipin Yunus, & Susanti Monoarfa. (2023). Penerapan Perawatan Endotracheal Tube Pada Pasien Dengan Penurunan Kesadaran Di Ruang Icu Rsud Prof. Dr Aloei Saboe Kota Gorontalo. *Intan Husada : Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 11(02), 105–113. <https://doi.org/10.52236/ih.v11i2.280>
- Nupus, S. H., Septimar, Z. M., & Dewi, E. (2024). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Intervensi Tindakan Closed Suction Pasien Terpasang Ventilator Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Di Ruang Icu Rs An-Nisa Tangerang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Cendikia*.
- Our, A. E., & Romer, A. W. (2024). ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN NON HEMORAGIK STROKE (NHS) DI RUANG ICU RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR.
- Rondonuwu, R. H. S., Warouw, H. J., Sarimin, D. S., & Deden, M. (2023). Intervensi Keperawatan Lateral Position dan Suction pada pasien Stroke Hemoragik dengan Masalah Gagal Nafas di ruang ICU RSUP Prof . Dr . R . D Kandou Manado. *Poltekkes Kemenkes Manado*, 69–75. <file:///C:/Users/user/OneDrive/Documents/SEMINAR AMIIN/Intervensi Keperawatan Lateral Position dan Suction pada pasien Stroke.pdf>
- Sarah, S., & Hastuti, M. (2025). IMPLEMENTASI RANGE OF MOTION (ROM) UNTUK MENINGKATKAN KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE DI RS ISLAM MALAHAYATI MEDAN. 3.
- Setiawan, P. A. (2021). Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402–406.
- Silva, K. T. Da, & Wida, A. D. (2024). Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Intervensi Penerapan Slow Stroke Back Massage Therapy pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Perfusi Serebral Tidak Efektif dan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Flamboyan RSUD dr. T.C Hillers Maumere. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, 3(1), 254–263. <https://doi.org/10.55606/jurrikes.v3i1.2785>
- Sulistiyawati, A., Fikri, J., & Jannah, U. R. (2025). Penerapan Head Up 30° Position Untuk Mengatasi Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Pada Tn. R Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Igd Rsud Kota Bandung. 1(1), 9–16.
- Umairo, N., Budi, A. W. S., & Nurfaizah. (2024). INTERVENSI KEPERAWATAN SEMI FOWLER DAN SUCTION TERHADAP PERUBAHAN SATURASI OKSIGEN PADA PASIEN PENURUNAN

KESADARAN YANG MENGALAMI STROKE HEMORAGIK:
STUDI KASUS Nurul. *British Medical Journal*, 2(5474), 1333–1336.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lought, M. E. (2006). *CRITICAL CARE NURSING :Diagnosis and Management*. Philadelphia: Mosby,Inc .
Ed.5.

Wulandari, D. P. S., Pratama, M. Y., & Jundapri, K. (2024). Pencegahan dan Perawatan Pressure Ulcer pada Pasien Stroke Non-Hemoragik di ICU Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Medan. *PubHealth Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(1), 7–17. <https://doi.org/10.56211/pubhealth.v3i1.584>

Yusnita, E. D., Darliana, D., & Amalia, R. (2022). Manajemen Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang Saraf : Suatu Studi Kasus. *JIM Fkep*, 1(2), 10–17. [https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(20\)30138-9/fulltext](https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(20)30138-9/fulltext)

Zaqiah, F., Vita, L., Dewi, I., & Harsono, S. B. (2024). *Analisis Cost of Illness Pada Pengobatan Pasien Stroke Iskemik Peserta JKN di RS X ” Surakarta Tahun 2023*. 10(2), 338–345.

LAMPIRAN***Evidence Based Practice (EBP)*****Pengaruh Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif terhadap Pemberian Relaksasi Otot Progresif Pada Pasien Hipertensi Di Rshd Kota Bengkulu**

Nengke Pupitasari, Maritta Sari (2022)

Hasil Telaah:

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan serius yang banyak diderita masyarakat dan disebut sebagai the silent killer yaitu penyakit tanpa gejala atau pembunuh secara diam-diam. Masalah utama yang sering terjadi pada pasien penderita hipertensi yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif. Risiko perfusi serebral tidak efektif disebabkan oleh kerusakan vaskuler pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan arteri kecil atau arteriola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah, yang mengakibatkan aliran darah akan terganggu.

Yang dapat membantu mengontrol tekanan darah pada pasien hipertensi salah satunya adalah dengan pemberian relaksasi otot progresif. Relaksasi otot progresif dapat meningkatkan relaksasi dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis sehingga terjadi vasodilatasi diameter arteriol. Saraf parasimpatis akan melepaskan asetilkolin untuk menghambat aktivitas saraf simpatis dengan menurunkan kontraktilitas otot jantung.

Manfaat dari latihan terapi relaksasi otot progresif adalah untuk mengurangi ketegangan otot, menurunkan tekanan darah serta menurunkan resistensi perifer dan menaikkan elastis pembuluh darah. Otot-otot dan



peredaran darah akan lebih sempurna dalam mengedarkan oksigen serta relaksasi otot progresif dapat bersifat vasodilator yang efeknya memperlebar pembuluh darah dan dapat menurunkan tekanan darah.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

Pengaruh Pemberian Elevasi Kepala 30° Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik

Ayu Nur Azizah, Fitri Arofiati (2023)

Hasil Telaah:

Stroke non hemoragik disebabkan oleh sumbatan dan plak pada pembuluh darah otak yang berupa udara atau lemak. Akibatnya, aliran darah dan transportasi oksigen ke otak tidak mencukupi, yang mengakibatkan penurunan fungsi saraf. Kelainan hemodinamik, seperti saturasi oksigen yang rendah, disebabkan oleh tidak teraturnya aliran darah pada pasien stroke. Saturasi oksigen menunjukkan apakah perfusi jaringan atau oksigen adekuat, sehingga pemantauan saturasi oksigen sangat penting untuk dilakukan.

Pemberian oksigen dan head up 30° merupakan salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian dan resiko terjadinya komplikasi dari stroke yang bertujuan untuk mencukupi oksigenasi otak. Ini karena mampu memperbaiki aliran darah ke otak dan meningkatkan oksigenasi ke jaringan otak secara optimal. Tindakan elevasi posisi kepala 30° mampu memperbaiki oksigenasi jaringan otak melalui peningkatan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan TIK. Peningkatan TIK merupakan komplikasi karena adanya penekanan pada pusat-pusat vital di dalam otak sehingga mampu mengakibatkan kematian sel otak.

kepala tidak disarankan lebih dari 30°, guna mencegah peningkatan resiko penurunan tekanan perfusi serebral yang jika terdapat vasospasme dapat memperburuk iskemia serebral.

Pengaruh Pemberian Minyak Zaitun Dalam Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang ICU Rs Mitra Siaga Tegal

Sri Hidayati, Balkis Madinati (2024)

Hasil Telaah:

Usia pasien dapat mempengaruhi terjadinya luka dekubitus karena dipengaruhi oleh seiring dengan berjalannya usia pasien kulit mengalami penurunan fungsi, keelastisitasan dan kelembaban pada saat penuaan, factor yang dapat mempengaruhi dekubitus karena aliran darah ke dermis menjadi berkurang.

Pemberian minyak zaitun pada daerah yang berisiko luka tekan seperti punggung, persendian dan tumit dengan pasien yang bedrest total. Perawatan kulit yang tidak konsisten dapat menyebabkan dekubitus. Minyak zaitun merupakan salah satu pelembab yang dapat digunakan untuk mencegah kulit kering dan meminimalkan paparan keringat. Pada pencegahan dekubitus dengan minyak zaitun dapat dilakukan 2 kali sehari setelah mandi pagi dan sore sebanyak 10- 15 ml yang dibalurkan ke tubuh.

Pemberian minyak zaitun dilakukan selama 2 kali sehari (pagi dan sore) setelah mandi menggunakan minyak zaitun berfungsi untuk menjaga kelembaban kulit serta membunuh lapisan sel-sel kulit mati.

Perbedaan Pengaruh Pemberian Nutrisi Enteral dengan Metode *Intermittent Feeding* dan *Gravity Drip* terhadap Volume Residu Lambung pada Pasien di Ruang HCU Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi

Pebri Irawan, Rufaida Nur Fitriana, Sahuri Teguh Kurniawan (2021)

Perawatan intensif adalah layanan rawat inap yang dirancang untuk menangani kondisi pasien yang serius. Pasien yang sakit kritis dianggap sebagai pasien berisiko tinggi dengan masalah kesehatan aktual atau berpotensi mengancam nyawa. Pasien sakit kritis memerlukan dukungan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan energi di unit perawatan intensif. Salah satu metode penatalaksanaan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada pasien sakit kritis adalah dengan pemberian enteral atau pemberian secara enteral melalui nasogastric tube (NGT) untuk memasukkan nutrisi ke dalam lambung.

Pemberian nutrisi dengan metode *intermittent feeding* adalah teknik pemberian nutrisi selama $\frac{1}{2}$ sampai dengan 2 jam setiap 4-6 jam dengan atau tanpa menggunakan syringe pump dalam pemberian nutrisi 200-250 ml. Pemberian nutrisi yang tepat adalah secara *intermittent feeding* yaitu dengan mengatur pemberian nutrisi dengan jangka waktu tertentu melalui tetesan per jam. Misalnya pemberian sebanyak 250 ml habis dalam waktu 2 jam dengan frekuensi 4 kali sehari.

Pemberian nutrisi enteral dengan metode *gravity drip* ini merupakan pemberian nutrisi enteral dengan bantuan gravitasi, yang dilakukan di atas ketinggian lambung dengan kecepatan pemberian ditentukan oleh gravitasi. Pemanfaatan gravitasi menjadikan nutrisi enteral secara cepat masuk dalam lambung (5-10 menit) dan langsung terisi penuh. Volume lambung yang

banyak mengakibatkan mortalitas dan pengosongan lambung menjadi lambat, dan pada akhirnya residu dalam lambung meningkat.

Dari hasil penelitian menunjukkan metode *intermittent feeding* lebih efektif dibandingkan dengan metode *gravity drip*, karena metode *intermittent feeding* merupakan pemberian nutrisi enteral secara bertahap. Metode ini akan lebih memaksimalkan motilitas lambung sehingga pengosongan lambung akan lebih cepat. Pengosongan lambung terjadi melalui gerakan peristaltik yang kuat di antrum lambung. Kontraksi antral diikuti oleh kontraksi pilorus, yang berlangsung sedikit lebih lama dibandingkan kontraksi duodenum. Ketika gelombang peristaltik yang kuat mencapai antrum, tekanan isi antrum meningkat dan, setelah kontraksi pilorus, isi antral yang masih padat didorong kembali ke dalam badan lambung.

Pengaruh VAP *Bundle Intervention* Dalam Pencegahan VAP Pada Pasien Terpasang Ventilator Mekanik Di Ruang ICU RSUD Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo

Haslinda Damasnyah, Pipin Yunus, Susanti Monoarfa, Verawaty Taliki (2024)

Pasien yang terpasangan ventilator mekanik dapat meningkatkan terjadinya risiko infeksi nosokomial karena hal ini sebagai komplikasi yang bersifat potensial yang dapat terjadi diantaranya pasien dapat mengalami Ventilator Associated Pneumonia (VAP). VAP ini menjadi salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas di ICU.

VAP terjadi akibat kurang terjaganya kebersihan dan lama pemasangan endotracheal tube (ETT). Kebersihan ETT harus tetap dijaga untuk menghambat perkembangan bakteri di dalam paru, perkembangbiakan bakteri juga dipengaruhi populasi penderita, lama perawatan dan pemberian antibiotika. Pasien yang mengalami VAP memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi, tinggal lebih lama di ICU dan rumah sakit, serta membutuhkan lebih banyak biaya untuk pengobatan. Oleh karena itu, pencegahan VAP sangat dibutuhkan dan telah menjadi prioritas dalam perawatan intensif yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan pasien dengan cara mengurangi angka kematian.

Pencegahan VAP dilakukan dengan VAP *bundle intervention* yang dapat digunakan untuk menurunkan angka kejadian VAP yang meliputi cuci tangan, menaikkan tempat tidur kepala hingga 30-45 derajat jika tidak ada kontraindikasi, lakukan kebersihan mulut setiap 4-6 jam sekali, pertahankan *cuff pressure* ETT 3-35 cmH₂O setiap 4 jam yang dilakukan secara hati-hati



oleh karena adanya potensi aerosol, berikan topangan enteral nutrisi dan pantau residu setiap 4 jam, evaluasi pelepasan bantuan ventilator harian, gunakan subglottic dan lakukan 1-2 jam sekali.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

DOKUMENTASI



MINDMAPPING: