

**ASUHAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS:
GANGGUAN SISTEM NEUROLOGI
DENGAN STROKE ISKEMIK
PADATN.G DIRUANGAN ICU
RUMAH SAKIT SANTA
ELISABETH MEDAN
10 -12MARET 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:

Jekson Simanjorang
NIM. 052024065

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



**ASUHAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS:
GANGGUAN SISTEM NEUROLOGI
DENGAN STROKE ISKEMIK
PADATN.G DIRUANGAN ICU
RUMAH SAKIT SANTA
ELISABETH MEDAN
10 -12MARET 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:

Jekson Simanjorang
NIM. 052024065

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA 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 09 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. Karo, M.Kep., DNSc)



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 09 MEI 2025**

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc

Anggota : Murni Sari Dewi Simanullang, S. Kep., Ns., M. Kep.....

Mardiati Barus, S.Kep.,Ns.,M.Kep



LEMBAR PERSETUJUAN

**DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT GUNA MEMPEROLEH
GELAR Ners (Ns)**

Oleh:
Jekson Simanjorang

Medan, 09 Mei 2025

Menyetujui,
Ketua Penguji

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

Anggota

(Murni Sari Dewi Simanullang, S. Kep., Ns., M. Kep)

(Mardiati Barus, 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 Gadar Kritis Pada Tn. G Dengan Masalah Sistem Neorologi: Stoke Iskemik Ruangan 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 sekaligus Penguji I 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. Muni Sari Dewi Simanulang, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen penguji II yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Mardiaty Barus, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen penguji III yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir 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 April 2025
Penulis



(Jekson Simanorang)



SINOPSIS

Jekson Simanjorang, 052024065

Asuhan keperawatan gangguan system Neurologi pada Tn. G dengan Stroke Iskemik di ruang ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

Program Studi Ners 2024

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Stroke Iskemik

Stroke iskemik adalah kehilangan fungsi secara tiba-tiba yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke sebagian area otak. Pada asuhan keperawatan ini, metode dalam karya ilmiah ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan keperawatan gangguan system neurologi pada Tn. G dengan stroke iskemik di ruangan ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025. Karya ilmiah ini bertujuan untuk membahas pengkajian dan pengobatan pada pasien stroke iskemik dan komplikasi. Seorang pasien Tn. G umur 67 tahun masuk ke rumah sakit dengan keluhan Penurunan kesadaran, Extremitas sinistra tampak lemah dan ada riwayat penyakit jantung dan DM. dari hasil pemeriksaan fisik dan head CT Scan diketahui diagnose pasien adalah stroke iskemik. Pasien memiliki riwayat penyakit jantung dan DM yang merupakan factor resiko terjadinya stroke iskemik. Terapi yang sudah diberikan pada studi kasus ini adalah terapi yang sesuai dengan asuhan keperawatan yaitu Manajemen peningkatan tekanan intra kranial, dukungan Ventilasi dan manajemen jalan napas.



DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN.....	i
SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR	vi
SINOPSIS	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir	3
1.3.1 Tujuan umum	3
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Manfaat teoritis	4
1.4.2 Manfaat praktis	4
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	6
2.1 Konsep Dasar Medis	6
2.1.1 Definisi PPOK.....	6
2.1.2 Etiologi	6
2.1.3 Anatomi dan fisiologi.....	7
2.1.4 Patofisiologi	12
2.1.5 Manifestasi klinik	15
2.1.6 Pemeriksaan diagnostik	17
2.1.7 Penatalaksanaan	19
2.1.8 Komplikasi	19
2.2 Konsep Dasar Keperawatan	20
2.2.1 Pengkajian keperawatan	20
2.2.2 Diagnosa keperawatan	20
2.2.3 Intervensi keperawatan.....	22
2.2.4 Evaluasi keperawatan	33
BAB 3 TINJAUAN KASUS	35
BAB 4 PEMBAHASAN	58
4.1 Pengkajian Keperawatan	58
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	58
4.3 Intervensi Keperawatan	60
4.4 Evaluasi Keperawatan	61



BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN	63
5.1 Simpulan	63
5.2 Saran.....	64
DAFTAR PUSTAKA	65
LAMPIRAN	67
1. Mind Mapping.....	67
2. Dokumentasi	68



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Tampilan External Otak	7
--	----------

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Stroke adalah masalah neurologis primer di Amerika Serikat dan di dunia, meskipun upaya pencegahan telah menimbulkan penurunan pada insiden beberapa tahun terakhir. Stroke adalah peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18% sampai 37% untuk stroke pertama dan sebesar 62% untuk stroke selanjutnya (Brunner & Sudarth, 2010).

Stroke iskemik adalah kehilangan fungsi secara tiba-tiba yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke sebagian area otak. Istilah “serangan otak” digunakan untuk menyampaikan kepada tenaga kesehatan dan masyarakat bahwa stroke adalah kondisi medis darurat yang serupa dengan serangan jantung (Brunner & Sudarth, 2018).

Menurut data yang didapat dari rekam medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Penderita Stroke iskemik selama tahun 2024 berjumlah sebanyak 367 orang dimana laki-laki sebanyak 215 orang dan perempuan sebanyak 152 orang.

Pada serangan otak iskemik, terjadi gangguan aliran darah serebral akibat obstruksi (penyumbatan) pada pembuluh darah. Gangguan aliran darah ini memicu serangkaian peristiwa metabolik seluler kompleks yang dikenal sebagai kaskade iskemik. Kaskade iskemik dimulai ketika aliran darah serebral menurun hingga kurang dari 25 mL per 100 gram darah per menit. Pada titik ini, neuron tidak lagi mampu mempertahankan respirasi aerobik. Mitokondria harus beralih ke respirasi anaerob, yang menghasilkan sejumlah besar asam laktat dan



menyebabkan perubahan pH. Peralihan ke respirasi anaerob yang kurang efisien ini juga membuat neuron tidak mampu menghasilkan adenosin trifosfat (ATP) dalam jumlah cukup untuk mendukung proses depolarisasi. Pompa membran yang menjaga keseimbangan elektrolit mulai gagal, dan sel berhenti berfungsi (Brunner Suddarth 2018).

Menurut Risti (2023), dukungan dari keluarga, teman, dan lingkungan juga dapat membantu menghilangkan rasa takut dan cemas pasca stroke. Tetap melakukan latihan fisik secara rutin dan teratur baik secara mandiri maupun dengan panduan dari tenaga ahli, serta tetap konsumsi obat sesuai anjuran dokter dan melakukan kontrol rutin dengan dokter, untuk perbaikan gejala dan mencegah terjadinya stroke berulang. Peneliti mengembangkan model latihan aktivitas untuk meningkatkan kemandirian pada pasien stroke agar kualitas hidup pascastroke semakin baik, pasien menjadi mandiri dan berguna bagi orang di sekitar dan model tersebut dapat digunakan setiap perawat atau keluarga ketika merawat pasien stroke.

Pasien dengan risiko tinggi terserang stroke yaitu pasien hipertensi, pasien yang pernah mengalami atrial fibrilasi, dan pasien diabetes mellitus perlu mendapat pendidikan kesehatan mengenai serangan stroke dan pertolongannya. Pendidikan kesehatan perlu dilakukan sedini mungkin ketika pasien telah diidentifikasi sebagai populasi yang rentan terhadap stroke (Fitria Handayani 2018).

Family caregiver adalah peran penting anggota keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan pasien pasca stroke. Berdasarkan data kasus stroke diatas

dapat disimpulkan bahwa pasien pasca stroke akan membutuhkan dukungan keluarga *family caregiver*. Pasien dengan stroke membutuhkan bantuan dari *family caregiver* dalam membantu pemenuhan kebutuhan kehidupan sehari-hari seperti perawatan informal dan *family caregiver* berperan penting dalam proses pengobatan, perawatan dan penyembuhan pasien stroke (Fadli dkk, 2024).

Perencanaan pengobatan dalam asuhan keperawatan yang diberikan perawat dapat diarahkan untuk pengendalian faktor resiko stres pada penderita stroke, pemberian dukungan moral untuk mempercepat proses penyembuhan serta pemberian penyuluhan tentang upaya pencegahan sekunder terjadinya stroke (Gabriella, 2012).

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik menulis karya ilmiah akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Gadar Kritis pada Tn.G dengan gangguan neurologi Struk Iskemik di ruang ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

1.2. Rumusan Masalah

Penulis mampu mengetahui dan memahami tentang asuhan keperawatan pada Tn. G dengan kasus Stroke iskemik Diruangan Intensive St. Antonius Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

1.3. Tujuan Karya Ilmiah Akhir

Bagaimana asuhan keprawatan gadar kritis pada pasien dengan stroke iskemik diruang ICU Rumah sakit santa Elisabeth Medan Tahun 2025

1.3.1. Tujuan umum



Penulis dapat memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan kritis pada pasien yang mengalami gangguan sistem pernafasan dengan kasus Struk iskemik Diruangan Intensive St. Antonius Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

1.3.2. Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan gadar kritis pada pasien dengan kasus Stroke iskemik
2. Menegakkan diagnosa asuhan keperawatan gadar kritis pada pasien dengan kasus Stroke iskemik
3. Menyusun perencanaan asuhan keperawatan gadar kritis pada pasien dengan kasus Stroke iskemik
4. Melaksanakan tindakan keperawatan gadar kritis pada pasien dengan kasus Stroke iskemik
5. Melakukan evaluasi keperawatan gadar kritis pada pasien dengan kasus Stroke iskemik

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat teoritis

Asuhan Keperawatan pada Tn. G dengan stroke iskemik diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan tambahan referensi bagi ilmu keperawatan.

1.4.2. Manfaat praktis

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan agar Karya Ilmiah Akhir ini sebagai tambahan referensi mengenai Asuhan Keperawatan Kritis Dengan Gangguan Neurologi Pada Kasus Struk iskemik.



2. Bagi mahasiswa keperawatan

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu tambahan pengetahuan dan wawasan mengenai Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Neurologi Pada Kasus Stroke iskemik.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Dasar Medis

2.1.1 Pengertian

Stroke adalah masalah neurologis primer di Amerika Serikat dan di dunia. Meskipun upaya pencegahan telah menimbulkan penurunan pada insiden beberapa tahun terakhir. Stroke adalah peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18% sampai 37% untuk stroke pertama dan sebesar 62% untuk stroke selanjutnya (Brunner & Suddarth, 2018).

Stroke iskemik, yang sebelumnya dikenal sebagai penyakit serebrovaskular (stroke) atau “serangan otak,” adalah kehilangan fungsi secara tiba-tiba yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke sebagian area otak. Istilah “serangan otak” digunakan untuk menyampaikan kepada tenaga kesehatan dan masyarakat bahwa stroke adalah kondisi medis darurat yang serupa dengan serangan jantung. (Brunner & Sudarth, 2018).

2.1.2 Etiologi

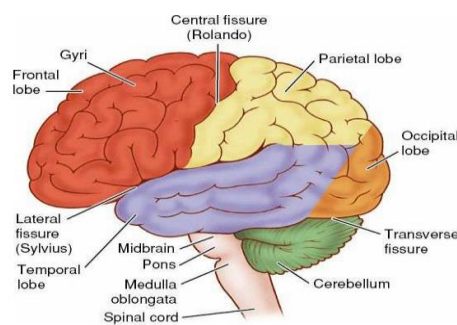
Menurut Brunner & Suddarth (2018), stroke iskemik dibagi menjadi lima tipe berbeda berdasarkan penyebabnya yaitu:

1. Stroke trombotik arteri besar disebabkan oleh plak aterosklerotik pada pembuluh darah besar di otak. Pembentukan trombus dan oklusi di lokasi aterosklerosis menyebabkan iskemia dan infark (nekrosis jaringan pada area yang kekurangan suplai darah)

2. Stroke trombotik arteri penetran kecil memengaruhi satu atau lebih pembuluh darah dan merupakan jenis stroke iskemik yang umum. Stroke trombotik arteri kecil juga dikenal sebagai stroke lakunar karena rongga yang terbentuk setelah kematian jaringan otak akibat infark
3. Stroke embolik kardiogenik berhubungan dengan disritmia jantung, biasanya fibrilasi atrium. Stroke embolik juga dapat dikaitkan dengan penyakit katup jantung dan trombus di ventrikel kiri. Emboli berasal dari jantung dan menyebar ke pembuluh darah otak, paling sering ke arteri serebri media kiri, yang menyebabkan stroke. Stroke jenis ini dapat dicegah dengan terapi antikoagulan pada pasien yang mengalami fibrilasi atrium.
4. Stroke kriptogenik, yang tidak diketahui penyebab pastinya
5. Stroke akibat penyebab lain seperti penggunaan obat-obatan terlarang (misalnya kokain), kelainan pembekuan darah, migrain/vasospasme, dan diseksi spontan pada arteri karotis atau vertebralis.

2.1.3 Anatomi dan fisiologi

1. Anatomi



Gambar 2.1 tampilan External Otak Brunner & Suddarth (2018)

2. Fisiologi

a.Otak

Otak membentuk sekitar 2% dari total berat tubuh. Pada orang dewasa muda, berat otak rata-rata sekitar 1400 g, sedangkan pada orang dewasa yang lebih tua, beratnya sekitar 1200 g. Otak terbagi menjadi tiga area utama:

b.Serebrum

Serebrum merupakan permukaan luar belahan otak memiliki tampilan berkerut akibat banyaknya lapisan yang terlipat atau konvolusi, yang disebut gyrus. Struktur ini meningkatkan luas permukaan otak, memungkinkan tingkat aktivitas yang tinggi pada organ yang relatif kecil. Diantara setiap garis terdapat sulkus atau fisura, yang berfungsi sebagai pembatas anatomis. Belahan otak dipisahkan oleh fisura longitudinal besar, yang membagi serebrum menjadi belahan kanan dan kiri. Kedua belahan otak ini dihubungkan di bagian bawah fisura oleh corpus callosum. Bagian luar belahan otak, yang dikenal sebagai korteks serebral, terdiri dari materi abu-abu dengan kedalaman sekitar 2 hingga 5 mm. Materi ini mengandung miliaran badan sel neuron, memberikan warna abu-abu pada korteks. Sementara itu, materi putih membentuk lapisan terdalam, terdiri dari serabut saraf bermielin dan sel neuroglia yang membentuk jalur atau lintasan yang menghubungkan berbagai bagian otak satu

sama lain. Jalur ini juga menghubungkan korteks dengan bagian bawah otak dan sumsum tulang belakang.

Serebrum terbagi menjadi empat lobus utama, masing-masing dengan fungsi spesifik:

1. Lobus frontal merupakan lobus terbesar, terletak di bagian depan otak. berperan dalam konsentrasi, pemikiran abstrak, penyimpanan informasi/memori, dan fungsi motorik. Di dalamnya terdapat area broca, yang terletak di hemisfer kiri dan berperan penting dalam kontrol motorik bicara. Lobus ini juga bertanggung jawab atas emosi, penilaian, kepribadian, dan pengendalian diri.
2. Lobus parietal terletak di belakang lobus frontal, berfungsi sebagai pusat sensorik utama. Lobus ini menganalisis informasi sensorik dan meneruskan interpretasinya ke area kortikal lainnya. Berperan penting dalam kesadaran posisi tubuh dalam ruang, diskriminasi ukuran dan bentuk, serta orientasi kanan-kiri.
3. Lobus temporal terletak di bawah lobus frontal dan parietal. Lobus ini mengandung area reseptif pendengaran dan berperan dalam memori suara serta pemahaman bahasa dan musik.
4. Lobus oksipital berlokasi di belakang lobus parietal, bertanggung jawab atas interpretasi visual dan memori visual.

c. Batang Otak

Batang otak terdiri dari mesensefalon (midbrain), pons, dan medula oblongata.

1. Mesensefalon menghubungkan pons dan serebelum dengan belahan otak, serta mengandung jalur sensorik dan motorik. Area ini juga berfungsi sebagai pusat refleks pendengaran dan penglihatan. Saraf kranial III dan IV berasal dari mesensefalon.
2. Pons terletak di depan serebelum, di antara mesensefalon dan medula, berfungsi sebagai jembatan antara dua belahan serebelum dan antara medula serta mesensefalon. Saraf kranial V hingga VIII berasal dari pons. Pons juga mengandung jalur motorik dan sensorik serta berperan dalam pengaturan pernapasan.
3. Medula oblongata mengandung serabut motorik dari otak ke sumsum tulang belakang dan serabut sensorik dari sumsum tulang belakang ke otak. Sebagian besar serabut ini menyilang (decussate) di medula. Saraf kranial IX hingga XII berasal dari medula. Medula juga menjadi pusat refleks untuk pernapasan, tekanan darah, detak jantung, batuk, muntah, menelan, dan bersin.

d. Serebelum

Serebellum terletak di belakang mesensefalon dan pons, serta di bawah lobus oksipital. Fungsinya adalah mengintegrasikan informasi sensorik untuk menghasilkan gerakan yang halus dan terkoordinasi. Serebelum mengontrol gerakan halus, keseimbangan, dan kesadaran

posisi tubuh (proprioepsi), yaitu kemampuan mengenali posisi anggota tubuh tanpa harus melihatnya.

e. Meningens

Meningens adalah jaringan ikat berserat yang menutupi otak dan sumsum tulang belakang, berfungsi untuk melindungi, menopang, dan memberi nutrisi pada sistem saraf pusat. Meninges terdiri dari tiga lapisan utama:

1. Dura mater – Lapisan paling luar, menutupi otak dan sumsum tulang belakang. Dura mater bersifat kuat, tebal, tidak elastis, berserat, dan berwarna abu-abu.
2. Arachnoid – Lapisan tengah, berupa membran sangat tipis dan halus, menyerupai jaring laba-laba (*sesuai dengan namanya*).
3. Pia mater – Lapisan paling dalam, tipis dan transparan, yang melekat erat pada otak dan memanjang ke setiap lipatan permukaan otak.

f. Cairan Serebrospinal (CSF)

Cairan serebrospinal (CSF) adalah cairan bening dan tidak berwarna yang diproduksi di pleksus koroid dalam ventrikel otak dan bersirkulasi di sekitar permukaan otak serta sumsum tulang belakang.

g. Arteri

Suplai darah arteri ke bagian anterior otak berasal dari arteri karotis komunis, yang merupakan percabangan pertama dari

aorta. Arteri karotis interna muncul di bifurkasi (percabangan) arteri karotis komunis. Cabang-cabang arteri karotis interna yaitu arteri serebral anterior dan arteri serebral media serta koneksi mereka melalui arteri komunikans anterior dan posterior, membentuk lingkaran Willis. Lingkaran Willis berperan penting dalam sirkulasi kolateral, memungkinkan darah mengalir ulang jika terjadi gangguan suplai darah di otak.

h. Vena Serebral

Drainase vena di otak tidak mengikuti pola sirkulasi arteri seperti pada organ lain dalam tubuh. Vena mencapai permukaan otak, bergabung dengan vena yang lebih besar, lalu melintasi ruang subarachnoid dan mengosongkan darah ke dalam sinus dural, yaitu saluran vaskular yang terdapat di dalam dura. Jaringan sinus membawa aliran darah vena keluar dari otak dan mengalirkannya ke vena jugularis interna, yang akhirnya mengembalikan darah ke jantung. Vena serebral memiliki karakteristik unik, karena tidak memiliki katup seperti vena di bagian tubuh lainnya. Akibatnya, aliran darah bergantung pada gravitasi dan tekanan darah, bukan pada mekanisme katup untuk mencegah aliran balik (Brunner & Suddarth, 2018).

2.1.4 Patofisiologi

Pada serangan otak iskemik, terjadi gangguan aliran darah serebral akibat obstruksi (penyumbatan) pada pembuluh darah. Gangguan aliran

darah ini memicu serangkaian peristiwa metabolik seluler kompleks yang dikenal sebagai kaskade iskemik

Kaskade iskemik dimulai ketika aliran darah serebral menurun hingga kurang dari 25 mL per 100gram darah per menit. Pada titik ini, neuron tidak lagi mampu mempertahankan respirasi aerobik. Mitokondria harus beralih ke respirasi anaerob, yang menghasilkan sejumlah besar asam laktat dan menyebabkan perubahan pH. Peralihan ke respirasi anaerob yang kurang efisien ini juga membuat neuron tidak mampu menghasilkan adenosin trifosfat (ATP) dalam jumlah cukup untuk mendukung proses depolarisasi. Pompa membran yang menjaga keseimbangan elektrolit mulai gagal, dan sel berhenti berfungsi.

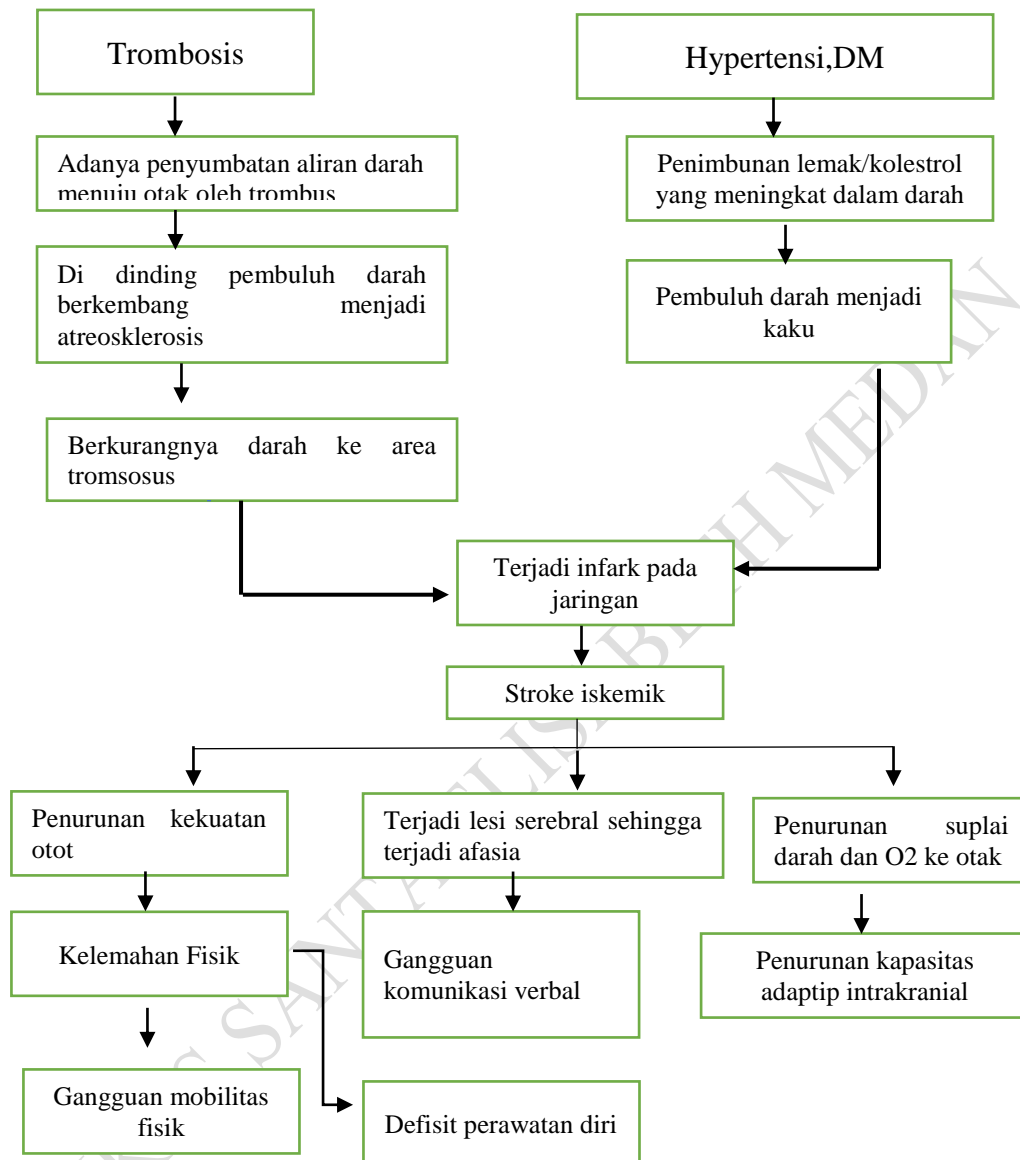
Pada tahap awal kaskade ini, terdapat area dengan aliran darah serebral rendah yang disebut wilayah penumbra, yang mengelilingi area infark. Penumbra adalah jaringan otak iskemik yang masih dapat diselamatkan jika dilakukan intervensi tepat waktu. Kaskade iskemik mengancam sel-sel di wilayah penumbra karena depolarisasi membran sel memicu peningkatan kalsium intraseluler dan pelepasan glutamat. Masuknya kalsium dan pelepasan glutamat yang berkelanjutan mengaktifkan berbagai jalur yang merusak, menyebabkan kehancuran membran sel, pelepasan kalsium dan glutamat lebih lanjut, vasokonstriksi, serta pembentukan radikal bebas.

Proses ini memperluas area infark ke wilayah penumbra, sehingga memperparah stroke. Seseorang yang mengalami stroke kehilangan sekitar



1,9 juta neuron setiap menit stroke tidak ditangani, dan otak yang iskemik mengalami penuaan setara 3,6 tahun setiap jam tanpa pengobatan. Setiap tahapan dalam kaskade iskemik merupakan peluang untuk melakukan intervensi guna membatasi kerusakan otak sekunder akibat stroke. Wilayah penumbra dapat diselamatkan melalui pemberian aktivator jaringan plasminogen (t-PA). Obat-obatan yang melindungi otak dari cedera sekunder disebut neuroprotektan. Saat ini, berbagai uji klinis sedang berlangsung yang berfokus pada obat-obatan neuroprotektif dan strategi untuk meningkatkan pemulihan dan kelangsungan hidup pasien stroke Brunner & Sudarth, (2018).

Pathway



2.1.5 Manifestasi klinis

Manifestasi neurologis pada stroke tidak berbeda secara signifikan antara stroke iskemik dan stroke hemoragik. Hal ini disebabkan karena kerusakan jaringan saraf merupakan penyebab utama gangguan neurologis pada kedua jenis stroke tersebut. Manifestasi yang muncul tergantung pada

lokasi stroke di otak pada bagian ini dibahas manifestasi umum dari stroke iskemik dan hemoragik secara bersamaan. Stroke dapat memengaruhi berbagai fungsi tubuh termasuk:

1. Aktivitas motoric
2. Fungsi eliminasi kandung kemih dan usus
3. Fungsi intelektual
4. Perubahan persepsi spasial
5. Kepribadian dan afek (emosi)
6. Sensasi
7. Menelan (disfagia)
8. Komunikasi (bicara dan bahasa)

Menurut Lewis (2014), fungsi-fungsi yang terdampak sangat bergantung pada arteri yang terlibat dan area otak yang disuplai oleh arteri tersebut. Selain itu, manifestasi stroke pada otak kanan dan kiri memiliki perbedaan yang khas. Perbedaan ini ditunjukkan yang menggambarkan ciri khas kerusakan otak kanan (misalnya gangguan persepsi spasial, perhatian yang buruk terhadap sisi tubuh) dan otak kiri (misalnya gangguan bicara dan bahasa, perilaku yang lambat dan berhati-hati).

2.1.6. Komplikasi

Menurut Brunner & Suddarth (2018), komplikasi yang dapat timbulkan dari stroke adalah:

1. Edema serebral → peningkatan ICP
2. Kejang pascastroke
3. Perburukan stroke (stroke berkembang)
4. Hipotensi dan bradikardia akibat obat → penurunan perfusi otak

Komplikasi lain yang mungkin terjadi setelah stroke meliputi infeksi saluran kemih, disritmia jantung (seperti ektopi ventrikel, takikardia, dan blok jantung), serta komplikasi akibat imobilitas. Hiperglikemia juga telah dikaitkan dengan luaran neurologis yang buruk pada stroke akut, sehingga kadar glukosa darah sebaiknya dijaga dalam kisaran 140 hingga 180 mg/dL, dan hipoglikemia harus dihindari.

2.1.7 Pemeriksaan diagnostik

Menurut Lewis (2014), pemeriksaan diagnostik untuk Stroke adalah sebagai berikut:

1. Diagnosis stroke (termasuk tingkat keterlibatan otak)
 - a. CT Scan (Computed Tomography): deteksi awal stroke, terutama untuk membedakan stroke iskemik vs hemoragik.
 - b. CT Angiografi (CTA): menilai pembuluh darah otak untuk melihat sumbatan atau penyempitan.
 - c. CT/MRI perfusion dan diffusion imaging: menilai aliran darah otak dan jaringan otak yang masih dapat diselamatkan.



- d. MRI (Magnetic Resonance Imaging): lebih sensitif untuk melihat stroke iskemik dini.
 - e. Magnetic resonance angiography (MRA): visualisasi pembuluh darah otak tanpa perlu zat kontras berlebihan.
2. Pemeriksaan aliran darah otak
- a. Angiografi karotis: melihat aliran darah di arteri karotis (leher).
 - b. Carotid duplex scanning: USG untuk menilai aliran darah dan plak di arteri karotis.
 - c. Angiografi serebral: visualisasi pembuluh darah otak, metode invasif tapi sangat detail.
 - d. Digital subtraction angiography: teknik angiografi dengan hasil gambar lebih jelas.
 - e. Transcranial doppler ultrasonografi: USG non-invasif untuk mengukur aliran darah di dalam pembuluh darah otak.
3. Pemeriksaan kardiak (karena banyak stroke bersumber dari Jantung)
- a. Penanda jantung (troponin, CK-MB): untuk melihat apakah ada serangan jantung bersamaan.
 - b. Foto rontgen dada (Chest X-ray): menilai kondisi paru dan jantung.
 - c. Ekokardiografi (Transtoraksial/Transesofageal): melihat struktur dan fungsi jantung, mendeteksi sumber emboli.
 - d. EKG (Elektrokardiogram): untuk mendeteksi gangguan irama jantung seperti fibrilasi atrium.

4. Pemeriksaan tambahan

- a. Pemeriksaan koagulasi: PT, aPTT – menilai status pembekuan darah, penting sebelum terapi trombolitik.
- b. CBC (termasuk trombosit): untuk mengetahui anemia, infeksi, atau trombositopenia.
- c. Panel elektrolit & glukosa darah: hipoglikemia/hiperglikemia dapat menyerupai stroke.
- d. Profil lipid: menilai risiko aterosklerosis.
- e. Fungsi ginjal dan hati: penting untuk terapi obat dan prognosis

2.1.8. Penatalaksanaan

Menurut Lewis (2019), penatalaksanaan stroke iskemik adalah sebagai berikut:

1. Terapi Obat

- a. Inhibitor trombosit (contoh: aspirin)
- b. Terapi antikoagulan untuk pasien dengan fibrilasi atrium

2. Terapi Bedah

- a. Endarterektomi karotis (pengangkatan plak di arteri karotis)
- b. Stenting arteri karotis (pemasangan ring untuk membuka pembuluh yang menyempit)
- c. Angioplasti transluminal
- d. Tindakan bedah untuk aneurisma yang berisiko mengalami perdarahan

3. Perawatan Akut

- a. Pemeliharaan jalan napas
- b. Terapi cairan
- c. Penanganan edema serebral
- d. Pencegahan cedera sekunder

2.2. Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1. Pengkajian keperawatan

Menurut Brunner & Suddarth (2018), selama fase akut digunakan lembar alur neurologis untuk mencatat data mengenai status klinis pasien. Setelah fase akut, perawat menilai status mental (memori, rentang perhatian, persepsi, orientasi, afek, bicara/bahasa), sensasi/persepsi (pasien mungkin mengalami penurunan kesadaran terhadap nyeri dan suhu), kontrol motorik (pergerakan ekstremitas atas dan bawah), kemampuan menelan, status nutrisi dan hidrasi, integritas kulit, toleransi aktivitas, serta fungsi usus dan kandung kemih. Pengkajian keperawatan yang berkelanjutan tetap fokus pada gangguan fungsi dalam aktivitas harian pasien, karena kualitas hidup pasca stroke sangat erat kaitannya dengan status fungsional pasien

2.2.2. Diagnosa keperawatan

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan penurunan tekanan perfusi serebral $\leq 50-60$ mmHg dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK)



2. Risiko aspirasi berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran serta penurunan atau tidak adanya refleks batuk dan menelan.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kognitif serta penurunan kekuatan dan kontrol otot, yang ditandai dengan kemampuan terbatas dalam melakukan gerakan motorik kasar dan halus, rentang gerak yang terbatas, serta kesulitan dalam membalikkan tubuh.
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia yang ditandai dengan penolakan atau ketidakmampuan berbicara, kesulitan dalam membentuk kata dan kalimat untuk mengungkapkan pikiran, serta penggunaan verbal yang tidak sesuai.
5. Pengabaian unilateral berhubungan dengan hilangnya lapang pandang dan kehilangan persepsi pada satu sisi tubuh (hemianopsia) serta cedera otak akibat masalah serebrovaskular, yang ditandai dengan ketidakpedulian yang konsisten terhadap rangsangan di sisi tubuh yang terkena
6. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan impuls untuk berkemih yang terganggu atau ketidakmampuan mencapai toilet atau mengelola aktivitas berkemih, yang ditandai dengan hilangnya kontrol urin dan pengeluaran urin secara tidak sengaja pada waktu yang tidak terduga.
7. Gangguan menelan berhubungan dengan kelemahan atau kelumpuhan otot-otot yang terpengaruh, yang ditandai dengan air liur menetes, kesulitan menelan, tersedak.

8. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan kehilangan fungsi secara nyata atau persepsi, serta citra tubuh yang berubah, yang ditandai dengan penolakan untuk berpartisipasi dalam perawatan diri dan ekspresi perasaan tidak berdaya serta tidak berguna (Lewis, 2014).

2.2.3 Intervensi keperawatan

Menurut Lewis (2014), ada beberapa intervensi keperawatan diagnosa pada kasus Stroke Iskemik yaitu:

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan penurunan tekanan perfusi serebral $\leq 50-60$ mmHg dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) yang menetap sekunder akibat trombus, embolus, atau perdarahan, yang ditandai dengan TIK dasar ≥ 15 mmHg, tekanan darah sistolik meningkat, bradikardia, tekanan nadi melebar, dan skor NIH Stroke Scale yang meningkat.

a. Tujuan

Menunjukkan tanda-tanda perfusi serebral yang stabil atau membaik

b. Intervensi keperawatan

- 1) Konsultasikan dengan dokter

R/: untuk menentukan parameter hemodinamik, dan pertahankan parameter tersebut dalam rentang yang telah ditetapkan.

- 2) Monitor status neurologis



R/: untuk mendeteksi perubahan yang mengindikasikan kondisi memburuk atau membaik.

3) Hitung dan pantau tekanan perfusi serebral (CPP)

R/: untuk mendeteksi perubahan kondisi.

4) Pantau status pernapasan (misalnya: frekuensi, irama, dan kedalaman pernapasan; PaO_2 , PaCO_2 , pH, dan kadar bikarbonat),

R/: karena kadar PaCO_2 dan konsentrasi ion hidrogen (asidosis) yang tinggi merupakan vasodilator kuat yang meningkatkan aliran darah serebral.

5) Monitor TIK pasien dan respons neurologis terhadap aktivitas perawatan,

R/: karena perubahan posisi dan pergerakan dapat meningkatkan TIK.

6) Pantau faktor-faktor penentu pengantaran oksigen ke jaringan (misalnya: PaCO_2 , SaO_2 , kadar hemoglobin, dan curah jantung)

R/: untuk memastikan oksigenasi serebral yang adekuat.

7) Berikan dan sesuaikan dosis obat vasoaktif sesuai perintah

R/: untuk mempertahankan parameter hemodinamik.

8) Hindari fleksi leher atau fleksi ekstrem pada pinggul atau lutut

R/: untuk mencegah hambatan aliran darah arteri dan vena.

2. Risiko aspirasi berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran serta penurunan atau tidak adanya refleks batuk dan menelan.

a. Tujuan

1. Menunjukkan kemampuan menelan makanan oral tanpa aspirasi
2. Mempertahankan jalan napas yang bersih

b. Intervensi keperawatan

- 1) Monitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks menelan, dan kemampuan menelan

R/: untuk menilai apakah pasien dapat menelan makanan tanpa aspirasi.

- 2) Hindari pemberian cairan encer atau gunakan zat pengental

R/: untuk mempermudah proses menelan.

- 3) Berikan makanan dalam jumlah kecil hingga risiko aspirasi berkurang.

R/: Tawarkan makanan atau cairan yang dapat dibentuk menjadi bolus sebelum ditelan.

- 4) Auskultasi bunyi napas, amati area dengan ventilasi yang menurun atau tidak ada, serta kehadiran bunyi napas tambahan

R/: untuk mengidentifikasi sumbatan jalan napas dan penumpukan sekret.



- 5) Bersihkan sekret dengan mendorong pasien batuk atau melalui tindakan pengisapan (suctioning)

R/: untuk membuka jalan napas.

- 6) Anjurkan pernapasan dalam secara perlahan, memutar posisi tubuh, dan batuk

R/: untuk meningkatkan pembersihan jalan napas tanpa meningkatkan TIK.

- 7) Bantu penggunaan spirometer insentif

R/: untuk membuka alveoli yang kolaps, mendorong pernapasan dalam, dan mencegah atelektasis.

- 8) Pertahankan kondisi NPO (tidak makan dan minum lewat mulut) hingga evaluasi menelan selesai,

R/: guna mencegah aspirasi.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kognitif serta penurunan kekuatan dan kontrol otot, yang ditandai dengan kemampuan terbatas dalam melakukan gerakan motorik kasar dan halus, rentang gerak yang terbatas, serta kesulitan dalam membalikkan tubuh.

a. Tujuan

- 1) Menunjukkan peningkatan kekuatan otot dan kemampuan bergerak

- 2) Menggunakan alat bantu untuk meningkatkan mobilitas

b. Intervensi keperawatan

- 1) Kolaborasi dengan fisioterapis, okupasi terapis, dan terapis rekreasi dalam merancang dan melaksanakan program latihan

R/: untuk mengetahui sejauh mana masalah terjadi serta merencanakan intervensi yang sesuai.

- 2) Tentukan kesiapan pasien untuk terlibat dalam aktivitas atau protokol Latihan

R/: guna menilai tingkat partisipasi yang diharapkan.

- 3) Gunakan splint (penyangga)

R/: untuk menstabilkan sendi proksimal yang terlibat dalam keterampilan motorik halus guna mencegah kontraktur.

- 4) Dorong pasien untuk melakukan latihan secara mandiri

R/: guna meningkatkan rasa kontrol dan kemandirian pasien.

- 5) Tegaskan kembali instruksi yang telah diberikan kepada pasien mengenai cara yang benar dalam melakukan latihan

R/: untuk meminimalkan cedera dan memaksimalkan efektivitas.

- 6) Sediakan lingkungan yang tenang dan mendukung bagi pasien setelah sesi latihan

R/: guna mempercepat pemulihan.

4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia yang ditandai dengan penolakan atau ketidakmampuan berbicara, kesulitan dalam

membentuk kata dan kalimat untuk mengungkapkan pikiran, serta penggunaan verbal yang tidak sesuai.

a. Tujuan

- 1) Menggunakan teknik komunikasi lisan dan tulisan secara efektif
- 2) Menunjukkan kesesuaian antara komunikasi verbal dan nonverbal

b. Intervensi keperawatan

- 1) Dengarkan dengan penuh perhatian
R/: untuk menunjukkan pentingnya pikiran pasien dan menciptakan lingkungan yang positif untuk proses belajar.
- 2) Berikan penguatan positif dan pujian
R/: untuk membangun rasa percaya diri dan harga diri pasien.
- 3) Gunakan kata-kata yang sederhana dan kalimat pendek
R/: agar pasien tidak merasa kewalahan dengan rangsangan verbal.
- 4) Lakukan terapi bicara dan bahasa yang telah diresepkan selama interaksi informal dengan pasien
R/: untuk memperkuat hasil terapi.
- 5) Berikan isyarat verbal dan penguatan
R/: untuk membantu pasien dalam mengungkapkan diri

5. Pengabaian unilateral berhubungan dengan hilangnya lapang pandang dan kehilangan persepsi pada satu sisi tubuh (hemianopsia) serta cedera otak akibat masalah serebrovaskular, yang ditandai dengan ketidakpedulian yang konsisten terhadap rangsangan di sisi tubuh yang terkena.

a. Tujuan

- 1) Merawat kedua sisi tubuh secara tepat
- 2) Menggunakan strategi untuk meminimalkan pengabaian unilateral

b. Intervensi keperawatan

- 1) Pantau adanya respons abnormal terhadap tiga jenis rangsangan (sensorik, visual, dan auditori)

R/: untuk menentukan keberadaan serta tingkat keparahan pengabaian unilateral (contoh: tidak dapat melihat objek di sisi tubuh yang terkena, menyisakan makanan di sisi piring yang sesuai dengan sisi tubuh yang terkena, atau kehilangan sensasi pada sisi tersebut).

- 2) Ajarkan pasien untuk melakukan pemindaian visual dari kiri ke kanan

R/: guna memvisualisasikan seluruh lingkungan.

- 3) Posisikan tempat tidur di ruangan sedemikian rupa

R/: agar orang-orang mendekati dan merawat pasien dari sisi tubuh yang tidak terkena.



4) Tata ulang lingkungan

R/: untuk memanfaatkan lapang pandang sisi kanan atau kiri, letakkan barang-barang pribadi, televisi, atau bahan bacaan dalam jangkauan pandangan dari sisi yang tidak terkena sebagai kompensasi terhadap defisit lapang pandang.

5) Sentuh bahu pasien di sisi yang tidak terkena saat memulai percakapan

R/: untuk menarik perhatiannya.

6) Secara bertahap pindahkan barang-barang pribadi dan aktivitas ke sisi yang terkena seiring dengan kemampuan pasien dalam mengompensasi pengabaian tersebut.

7) Libatkan keluarga atau pengasuh dalam proses rehabilitasi

R/: untuk mendukung upaya pasien dan membantu perawatan guna mendorong reintegrasi seluruh tubuh.

6. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan impuls untuk berkemih yang terganggu atau ketidakmampuan mencapai toilet atau mengelola aktivitas berkemih, yang ditandai dengan hilangnya kontrol urin dan pengeluaran urin secara tidak sengaja pada waktu yang tidak terduga.

a. Tujuan

1) Mampu merasakan dorongan untuk berkemih, membuka pakaian untuk buang air kecil, dan menggunakan toilet.



- 2) Menunjukkan kemampuan untuk berkemih saat dorongan muncul atau sesuai jadwal yang ditentukan.

b. Intervensi keperawatan

- 1) Catat spesifikasi kontinensia selama 3 hari

R/: untuk mengetahui pola berkemih dan merencanakan intervensi yang sesuai.

- 2) Tentukan interval jadwal awal untuk ke toilet (berdasarkan pola berkemih dan rutinitas pasien)

R/: sebagai langkah awal dalam memperbaiki fungsi kandung kemih dan meningkatkan tonus otot.

- 3) Bantu pasien ke toilet dan ingatkan untuk berkemih sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan

R/: untuk membantu adaptasi terhadap kebiasaan berkemih yang baru.

- 4) Ajarkan pasien untuk menahan urin secara sadar hingga waktu ke toilet yang telah dijadwalkan

R/: guna meningkatkan kekuatan otot kandung kemih.

- 5) Diskusikan catatan kontinensia harian dengan tim perawatan

R/: untuk memberikan penguatan dan mendorong kepatuhan terhadap jadwal toileting.



- 6) Berikan umpan balik positif atau penguatan positif saat pasien berkemih sesuai jadwal, dan tidak memberikan komentar saat terjadi inkontinensia,

R/: guna memperkuat perilaku yang diinginkan.

7. Gangguan menelan berhubungan dengan kelemahan atau kelumpuhan otot-otot yang terpengaruh, yang ditandai dengan air liur menetes, kesulitan menelan, tersedak.

a. Tujuan

- 1) Menunjukkan kemampuan menelan yang efektif tanpa tersedak, batuk, atau aspirasi.

b. Intervensi keperawatan

- 1) Kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya (misalnya, terapis okupasi, terapis wicara, ahli gizi)

R/: untuk menyediakan kontinuitas dalam rencana rehabilitasi pasien.

- 2) Bantu pasien duduk dalam posisi tegak (sedekat mungkin ke 90 derajat) saat makan atau latihan

R/: untuk memberikan posisi optimal dalam mengunyah dan menelan tanpa aspirasi.

- 3) Bantu pasien untuk memposisikan kepala ke depan (posisi “chin tuck”) sebelum menelan



- 4) Bantu pasien mempertahankan posisi duduk selama 30 menit setelah makan

R/: untuk mencegah regurgitasi makanan.

- 5) Ajarkan pasien atau keluarga cara penanganan darurat jika tersedak

R/: untuk mencegah komplikasi saat di rumah.

- 6) Periksa mulut pasien setelah makan

R/: untuk mengetahui adanya makanan yang tersisa (pocketing) guna mencegah pembusukan makanan dan/atau aspirasi.

- 7) Berikan perawatan mulut sesuai kebutuhan

R/: untuk menjaga kenyamanan dan kesehatan mulut.

- 8) Pantau berat badan

R/: untuk menilai kecukupan asupan nutrisi.

8. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan kehilangan fungsi secara nyata atau persepsi, serta citra tubuh yang berubah, yang ditandai dengan penolakan untuk berpartisipasi dalam perawatan diri dan ekspresi perasaan tidak berdaya serta tidak berguna.

a. Tujuan

- 1) Mengekspresikan perasaan positif terhadap harga diri
- 2) Berpartisipasi dalam perawatan diri bagian tubuh yang terdampak

b. Intervensi keperawatan

- 1) Monitor pernyataan pasien mengenai harga diri

R/: untuk mengetahui dampak stroke terhadap harga diri pasien.

- 2) Dorong pasien untuk mengidentifikasi kekuatan/kelebihan dirinya

R/: agar ia menyadari nilai intrinsik yang dimiliki.

- 3) Bantu pasien menetapkan tujuan yang realistis

R/: guna membangun harga diri yang lebih tinggi.

- 4) Berikan penghargaan atau pujian terhadap kemajuan pasien dalam mencapai tujuannya.

- 5) Dorong peningkatan tanggung jawab terhadap diri sendiri

R/: untuk membangkitkan rasa puas, mandiri, dan 33ebagian, serta mengurangi rasa frustrasi.

- 6) Monitor tingkat harga diri dari waktu ke waktu

R/: guna mengidentifikasi 33ebagian atau situasi yang memicu rendahnya harga diri, serta ajarkan mekanisme coping yang efektif.

2.2.4 Implementasi keperawatan

Menurut Lewis, Heitkemper, & Dirksen (2007), implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam

tahap proses keperawatan berikutnya. Komponen tahap implementasi antara lain:

- 1) Tindakan keperawatan mandiri.
- 2) Tindakan keperawatan edukatif
- 3) Tindakan keperawatan kolaboratif.
- 4) Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Menurut Lewis, Heitkemper, & Dirksen (2007), dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.



BAB 3
TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN
PADA TN G / DENGAN STROKE ISKEMIK/ DI ICU/CCU

Nama Mahasiswa : Jekson Simanjorang

NPM : 052024065

PENGKAJIAN :

Tanggal Pengkajian : 10 maret 2025 jam 08:00 Wib

1. IDENTIFIKASI KLIEN

Nama Initial : Tn. G

Tempat/Tgl Lahir (umur) : 7 Agustus 1958

Jenis Kelamin : Laki-laki

Status Perkawinan : Kawin

Jumlah Anak : 3

Agama/Suku : Protestan

Pendidikan terakhir : S2

Pekerjaan : Guru

Alamat : Mandala

Diagnosa Medis : Stroke Iskemik

Nomor Medical Record : 00 20 64 67

Tanggal Masuk Rumah Sakit : 08 Maret 2025

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



Nama : Nn. M
Pendidikan Terakhir : Mahasiswa
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Mandala

II. RIWAYAT KESEHATAN

- a. Keluhan Utama : Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang : Keluarga mengatakan pasien tidur pagi jam 09:00 sampai sampai jam 18:00 dibanguni tidak ada respon dan anggota gerak sebelah kiri lemah
- c. Riwayat Kesehatan Dahulu : keluarga megatakan pasien sebulan yang lalu pasien megalami serangan jantung dan riwat di ICCU RS luar
- d. Riwayat Kesehatan Keluarga : Hypertensi dan diabetes
- e. Riwayat Alergi : Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki alergi

III. PENGKAJIAN FISIK

1. Keadaan Umum

Sakit/nyeri : berat ☒ sedang ☐ ringan ☐

Status gizi : gemuk ☒ normal ☐ kurus ☐

Sikap : tenang ☐ gelisah ☒ menahan nyeri ☐

Personal Hygiene : bersih ☐ kotor ☒ lain-lain ☐



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 ka/ki ☐

Pengecap, penghidu : normal ☐ gangguan indera pengecap ☐

gangguan indera penghidu ☐

Peraba : normal ☐ gangguan indera peraba ☐

✓ tidak di kaji dikaji karena pasien tidak sadar

a. Sistem Pernafasan

Frekuensi : kualitas : normal ☐ dangkal ☒ cepat ☐

Suara Nafas : Bersih ☐ Ronchi ☒ Wheezing

Sumbatan jalan nafas : sputum ☒ lendir ☐ darah ☐

ludah ☐ ☒ Pasien terpasang Ventilator

dengan Mede ventilator SIMV TV 450 FiO2 50% RR 12 PEEP 5 P.S

10

Pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan

Reflek batuk lemah

b. Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah : 150/100.../mmHg ✓

Denyut nadi : .120.x/menit, Irama : teratur ☐ tidak teratur ☒



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

Pengisian kapiler : < 3 detik ☒ >3 detik ☐

Edema : tidak ada ☒ ada di ☐

c. Sistem Saraf Pusat

Kesadaran : CM ☐ Apatis ☐ Somnolen ☒

Soporosis ☐

Coma ☐

GCS = E: 3 M:4 V: ETT

Bicara : tidak dikaji karena pasien tidak sadar

Pupil : isokor ☒ anisokor ☐

Orientasi waktu : tidak dikaji karena pasien tidak sadar

Orientasi tempat : tidak dikaji karena pasien tidak sadar

Orientasi orang : tidak dikaji karena pasien tidak sadar

d. Sistem Gastrointestinal

Nafsu makan : normal ☐ meningkat ☐ menurun ☐

mual ☐ muntah ☐ Pasien menggunakan NGT ☒

Mulut dan tenggorokan : normal ☐ lesi ☒

Kemampuan Mengunyah : normal ☐ kurang ☐

kesulitan ☒

Kemampuan Menelan : normal ☐ kesulitan nyeri telan ☐

Perut : normal ☒ hiperperistaltik tidak ada ☐

bising usus

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

Colon dan rectum : BAB : normal ☒ konstipasihari



- Diare x/....jam Inkontinensia ☐
- Melena ☐ Hematemesis ☐
- e. Sistem Muskuloskeletal
- Rentang gerak : Penuh ☐ Terbatas ☒
- Keseimbangan dan cara jalan : tidak dikaji
- Kemampuan memenuhi aktifitas sehari-hari : Mandiri ☐
- Dibantu sebagian ☐ Dibantu sepenuhnya ☒ Menggunakan alat bantu
- Pasien mengalami penurunan kesadaran, ekstremitas sebelah kiri tampak lemah
- f. Sistem Integumen
- Warna kulit : normal ☒ pucat ☐ sianosis ☐
- Ikterik ☐ Lain-lain
- Turgor : baik ☐ buruk ☐
- Luka : Tidak ada ☒ Ada pada ☐
- Memar : Tidak ada ☒ Ada pada ☐
- Kemerahan : Tidak ada ☒ Ada pada ☐
- g. Sistem Reproduksi
- Infertil: Ada ☐ Tidak ada ☒
- Masalah Reproduksi : Ada ☐ Tidak ada ☒
- Skrotum : Edema ☐ Ulkus ☐ Nyeri tekan ☐
- Testis : Edema ☐ Massa ☐



Prostat : Massa ☐ Nyeri tekan ☐

Payudara : Kontur ☐ Simetris ☐ Inflamasi ☐

Jaringan parut ☐ Lain-lain

h. Sistem perkemihan

Vesica Urinaria : Pasien menggunakan Foly Cateter

IV. DATA PENUNJANG

Laboratorium tgl 8 maret 2025

➤ **Darah rutin**

Leucocyte :12.300

HB :10,5

HCT :27,7%

PLT : 155.000mm3

➤ **Faal hati**

SGOT :24U/L

SGPT :18U/L

➤ **Faal ginjal**

Ureum :36mg/dl

Kreatinin :2.10mg/dl

➤ **D.Dimer** : 1572

➤ **AGDA**

PH : 7,525

pCO2 :29,7mmHG

pO2 :59,4mmHG

HCO3 :24,8mmol/L

TCO2 :25,7mmol/L

BEecf :1,8mmol/L

SO2: 93,3%

➤ **Hasil radiologi**

Head CT Scan: Kesan Infarct area parietal kanan.

Thorax foto: Kesan gambaran radiologis Cardiomegali

➤ **ECG**

AV RVR

V. TERAPI YANG DIBERIKAN

OBAT/ TINDAKAN	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/ MANFAAT	EFEK SAMPING
Citicoline	Nootropik	2x1amp	Mengatasi gangguan memori atau perilaku	Sakitkepala,mual, Insomnia
Ranitidine	Anti histamin	2x1amp	Mengobati gejala akibat asam lambung berlebih	Sakitkepala,pusing Insomnia
Aspilet	Anti masi non steroid	1x1 tab	Mencegah terjadinya serangan stroke berulang	Mual,perdarahan Anemia
Clopidogrel	Antiplatelet	1x1 tab	Mencegah pembekuan darah	Mudah mengalami Memar Perdarahan
Valsartan	Angiotensin reseptor bloker	1x80mg	Mengatasi hipertensi dan gagal jantung Menurunkan TD	Punggung,otot Sendi terasa sakit
Furosemide	Diuretik	3x1amp	Mengatasi infeksi bakteri yang tergolong berat	Penglihatan Buram Ggn pencernaan Mual,ruam,gatal, diare
Meropenem	Antibiotik	3x1gr		

VI. PENGKAJIAN MASALAH PSIKOSOSIO BUDAYA DAN SPIRITUAL

PSIKOLOGIS

Perasaan klien setelah mengalami masalah ini : tidak dikaji

Cara mengatasi perasaan tersebut



Rencana klien setelah masalahnya terselesaikan

Jika rencana ini tidak dapat dilaksanakan

Pengetahuan klien tentang masalah/penyakit yang ada

SOSIAL

Aktifitas atau peran klien masyarakat adalah Keluarga mengatakan pasien bekerja sebagai guru

Kebiasaan lingkungan yang tidak disukai adalah

Cara mengatasinya

Pandangan klien tentang aktifitas sosial di lingkungannya

BUDAYA

Budaya yang diikuti klien adalah budayayang aktifitasnya adalah

Keberatannya dalam mengikuti budaya tersebut adalah

Cara mengatasi beratannya tersebut adalah

SPIRITUAL

Aktifitas ibadah yang bisa lakukan sehari-hari adalah Berdoa

Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan adalah aktif digereja

Aktifitas ibadah yang sekarang tidak dapat dilaksanakan adalah

Perasaan klien akibat tidak dapat melaksanakan hal tersebut

Upaya klien mengatasi perasaan tersebut

Apa keyakinan tentang peristiwa/masalah kesehatan yang sekarang sedang dialami

.....

VII. ANALISA DATA

Tanggal/ Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan	Penyebab	TT
10-03- 2025	<p>DS: Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran, keluarga mengatakan pasien tidur jam 09:00 pagi sampai sore pasien tidak bisa lagi di bangunin, keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit jantung</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU berat Kes: Som - Ekstremitas sebelah kiri tampak lemah - GCS E:3 M:4 V:ETT - Head CT Scan: Infark area parietal kanan - Obs <p>TTV:TD:150/100m mHg HR:100x/m suhu:36°C</p>	<p>Penurunan kapasitas adaptif intracranial (D0066)</p>	<p>Edema Serebri mis. stroke iskemik)</p>	<p>Jek-son</p>



	<p>DS: Keluarga mengatakan Pasien sesak</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien terpasang Ventilator dengan Mode SIMV 12 TV 450 Fio2:50% PEEP 5 PS 10- Ada suara napas tambahan ronchi- tampak menggunakan otot bantu pernapasan- Sputum banyak- Hasil AGDA PH : 7,525,pCO2 :29,7mmHG, pO2 :59,4mmHG, HCO3:24,8mmol/L, TCO2:25,7mmol/L, BEecf:1,8mmol/L, SO:93,3%	<p>Gangguan ventilasi Spontan (D0004)</p>	<p>Kelelahan otot pernapasan</p>	<p>Jek-son</p>
	<p>DS:- DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Terpasang ventilator- Ada suara tambahan ronchi- Sputum banyak- Reflek batuk lemah- Po2:59,4mmHg So2: 93%	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif</p>	<p>Disfungsi neuromuskular</p>	<p>Jek-son</p>



VIII. PRIORITAS MASALAH

1. Penurunan kapasitas adaptip intracranial berhubungan dengan edema serebri(mis stroke iskemik)
2. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan
3. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan secret yang tertahan



IX. Daftar Masalah

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	TT
1	10-03-2025	Penurunan kapasitas adaptip intracranial berhubungan dengan edema serebri (mis.Stroke iskemik) ditandai dengan Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran, keluarga mengatakan pasien tidur jam 09:00 pagi sampai sore pasien tidak bisa lagi di bangunin,KU berat Kes: Som,Ekstremitas sebelah kiri tampak lemah,GCS E:3 M:4 V:ETT,Head CT Scan: Infark area parietal kanan	12-03-2025	JEKSON
2	10-03-2025	Gangguan ventilasi Spontan berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan ditandai dengan Keluarga mengatakan Pasien sesak Pasien terpasang Ventilator dengan Mode SIMV 12 TV 450 Fio2:50% PEEP 5 PS 10, Ada suara napas tambahan ronchi,tampak menggunakan otot bantu pernapasan,Slym	12-03-2025	JEKSON



		banyak, So2 :93%		
3	10-03-2025	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular ditandai dengan terpasang ventilator, Suara napas tambahan ronchi, sputum banyak, reflek batuk lemah, Po2:59,4mmHg, So2:93%	12-03-2025	JEKSON



X.Rencana Asuhan Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	Rasionalisasi	TT
10- 03- 2025	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat, dengan Kriteria Hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan darah membaik 3. Tekanan nadi membaik 4. Bradikardia membaik 5. Pola nafas membaik 6. Respon pupil membaik 7. Reflek neurologis membaik (SLKI L.06049)	Manajemen peningkatan tekanan intra kranial (I.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor intake dan output Terapeutik 6. Berikan posisi semi fowler 7. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi	1.Mengetahui penyebab peningkatan TIK 2.Mengetahui tanda/gejala peningkatan TIK 3.Mengetahui adanya Nilai MAP normal/tidak 4.Mengetahui adanya pemantauan tekanan vena sentral pada apsiens secara invasif 5.Mengetahui adanya kebutuhan intake dan output 6.Membantu memposisikan senyaman mungkin 7.Mempertahankan suhu normal	J e k s o n



Tgl/ Jam	No. Dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	Rasionalisasi	TT
			8. Kolaborasi pemberian sedasi atau konvulsan, jika perlu	8. Membantu peningkatan pada pemberian obat, jika perlu	
10-03-2025	2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan, Kriteria Hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (SLKI L.05042)	Dukungan Ventilasi (1.01002) Observasi 1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas. 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernafasan. 3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi nafas tambahan, saturasi oksigenasi). Terapeutik 4. Pertahankan kepatenan jalan napas 5. Berikan posisi fowler 6. Melakukan suction Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian bronkhodilator, jika perlu	1. Mengetahui adanya kelelahan otot bantu nafas 2. Mengetahui adanya efek perubahan posisi pada pasien 3. Menjaga status respirasi 4. Menjaga kepatenan jalan nafas 5. Memberikan posisi nyaman mungkin 6. Membantu peningkatan pada sirkulasi pernafasan 7. Menjaga kepatenan jalan nafas	J e k s o n



Tgl/ Jam	No. Dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	Rasionalisasi	TT
10- 03- 2025	3	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan bersihan jalan napas membaik dengan, Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. batuk efektif meningkat 2. mengi berkurang 3. produksi sputum menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. pola napas membaik (SLKI L.01001) 	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas tambahan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. posisikan semi fowler 4. lakukan fisioterapi dada 5. lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. lakukan hiperoksigenisasi sebelum penghisapan endotrakheal 7. kolaborasi pemberian bronkodilator 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deteksi dini gangguan pernapasan 2. mengidentifikasi sumbatan jalan napas 3. mengurangi resiko aspirasi 4. meningkatkan ventilasi paru 5. mencegah hypoksia 6. Menegah hypoksia 7. Melebarkan saluran pernapasan 	<p>J e k s o n</p>



XI. Implementasi Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	Respon	TT
10-03-2025 08:00	1	Monitor ke pasien tanda tanda vital pasien	TD:100/60 HR: 120 Suhu:36°C, kesadaran somnia, pupil Isokor RC ada ekstremitas sinistra tampak lemah	J e k s o n
	2	Monitor status pernapasan pasien	Terpasang ventilator SIMV TV 450 RR 12 Fio2 50% PEEP 5 PS 10	
	2,3	Melakukan bersihan jalan napas dengan suction, membersihkan mulut dengan aseptik liquid	Slim banyak dan kental	
	1,2,3	Memberi Posisi head up Mempertahankan suhu tubuh normal dengan memodifikasi suhu ruangan	Pasien tidak demam	
10:00	1,2	Monitor kembali ke pasien	Pasien tampak gelisah, tidak toleran dengan mode ventilator yang di berikan	J e k s o n
11:00	1,2	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian Sedasi	Anjuran dokter pasang Midazolam 15mg/50cc beri 5cc/jam	
12:00	1,2,3	Memberi posisi semi fowler Memberi makan melalui selang NGT	Pasien dapat mengabsorpsi, tidak ada residu dan tidak ada muntah	
13:00	1,2	Monitor kembali ke pasien pernapasan dan kesadaran	Pasien tampak sudah tenang terpasang Midazolam 5cc/jam	



Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	Respon	TT
11-03-2025 07:30	1	pasien Monitor kepasien, status kesadaran dan tanda tanda peningkatan TIK dan melakukan observasi vital sign	Tingkat kesadaran masih somnolen GCS: E:3 M:4 V:ETT TD:140/100mmHg Suhu:37°C HR:113x/m	
	1	Memberi Posisi Head up, Kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian obat anti hipertensi	Advis dokter dapat valsartan 80mg 1x 1 tab	
08:00	2,3	Monitor status pernapasan, Suara napas tambahan dan sumbatan jalan napas	Pasien masih bernapas dengan ventilator SIMV 12 TV 450 Fio2:50% suara napas tambahan ronchi	J e k
	2,3	Melakukan Chestfisioterapy(flapping) Memberikan hyperoksigenisasi Melakukan suction dan membantu pasien untuk melakukan oral hygiene	Sputum banyak, reflek batuk masih lemah	s o n
09:00	1	Memberi Posisi Head up dan memberi makan pasien melalui selang NGT	Absorpsi baik tidak ada muntah dan tidak ada residu	J
10:00	1	Akses venaperifer tidak bagus lagi Kolaborasi dengan dokter intensivis untuk pemasangan CVC Memberi IVFD RL 20 tts/m	Sudah di pasang CVC pada vena Subclavia, terpasang dengan baik Tetesan lancar	e k s



Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	Respon	TT
11:00	3	Auskultasi suara napas	Masih ada ronchi	o n
12:00	1	Monitoring intake out put, dan melakukan pemantauan CVP Monitoring Vital sign	Intake 860cc-Out put 300cc Total balance cairan +560cc Ukuran CVP +10cmH2O	
12:15	1	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian diuretik	Advic dokter dapat furosemid injeksi 3 x 1 amp	
12:30	1	Memberi injeksi furosemid 1 amp (IV)	Pernafasan masih dengan ventilator SIMV 12 TV 450 Fio2 50% tampak masih menggunakan otot bantu pernapasan cuping hidung masih ada, ronchi masih ada	J e k s o n
13:00	2	Monitoring kembali status pernapasan		
13:30	2	Kolaborasi dengan dengan dokter dalam pemberian bronchodilator	Advis dokter dapat Salbutamol nebulazer 3x1 amp	
14:00	2	Memberi therapy nebulazer salbutamol 1amp	Therapy nebul di beri melalui ventilator	
	1	Monitor tanda tanda peningkatan TIK dan melakukan observasi vital sign	Kesadaran masih somnolen GCS E:3 M:4 V:ETT, obs.vital sign TD:150/90 HR:117xm Suhu:37,5° c Pupil isokor Reaksi cahaya ada	
		Monitor kepasien, status	Tingkat kesadaran	



Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	Respon	TT
12- 03- 2025 07:30	1	kesadaran dan tanda tanda peningkatan TIK dan melakukan observasi vital sign	masih somnolen GCS: E:3 M:4 V:ETT TD:140/100mmHg Suhu:37°C HR:113x/m	J e k s o n
	1	Memberi Posisi Head up, Kolaborasi dengan dengan Dokter dalam pemberian obat anti hipertensi	Advis dokter dapat valsartan 80mg 1x 1 tab	
	2,3	Monitor status pernapasan, Suara napas tambahan dan sumbatan jalan napas	Pasien masih bernapas dengan ventilator SIMV 12 TV 450 Fio2:50% suara napas tambahan ronchi	
	2,3	Melakukan Chestfisioterapy(flapping) Memberi hyperoksigenisasi Melakukan suction selama kurang dari 15 detik dan membantu pasien untuk melakukan oral hygiene	Sputum banyak, reflek batuk masih lemah	
	3	Memberi Posisi Head up dan memberi makan pasien melalui selang NGT		
	1	Memberi IVFD RL 20 tts/m		
	1	Monitoring intake out put, dan melakukan pemantauan CVP Monitoring Vital sign	Intake 860cc-Out put 500cc Total balance cairan +360cc Ukuran CVP +8cmH2O	
08:00				
09:00				
10:00	1	Kolaborasi pemberian diuretik	Advic dokter dapat furosemid injeksi 3 x 1 amp lanjut	
	1	Memberi injeksi furosemid 1 amp (IV)	Pernafasan masih	



Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	Respon	TT
11:00	2,3	Monitoring kembali status pernapasan	dengan ventilator SIMV 12 TV 450 Fio2 50% tampak masih menggunakan otot bantu pernapasan cuping hidung masih ada, ronchi masih ada	J e k s o n
12:00			Therapy nebul di beri melalui ventilator	
12:30		Memberi therapy nebulazer salbutamol 1amp	Kesadaran masih somnolen GCS E:3 M:4 V:ETT, obs.vital sign TD:150/100	
13:00	1	Monitor tanda tanda peningkatan TIK dan melakukan observasi vital sign	HR:110xm Suhu:37°C Pupil isokor Reaksi cahaya ada	
14:00	2,3	Memberi posisi Head Up		



XII. Evaluasi Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	EVAUASI (SOAP)	TT
10- 03- 2025 14:00	1	<p>S:-</p> <p>O: -KU berat kes: Som GCS E:3 M:4 V:ETT -Extremitas sinistra tampak lemah - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak tachicardi - Hasil Head CT Scan tampak infark pada temporo parietal kanan - observasi vital sign: TD:100/60 HR: 120 Suhu:36°C</p> <p>A: Penurunan kapasitas adaptip intracranial belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	J e k s o n
	2	<p>S: O:- KU: berat, kes:som - On ventilator SIMV TV: 450 FiO2: 50% RR: 12 PEEP:5 PS: 10 - Tampak bernapas dengan otot bantu penapasan - Cuping hidung - Sputum banyak - Ada suara napas tambahan Ronchi</p> <p>A: Gangguan Ventilasi spontan Belum Teratasi</p> <p>P: Lanjut Intervensi</p>	
	3	<p>S:</p> <p>O: - KU: Berat, Kes:Som - Kesadaran menurun - GCS: E:3 M:4 V:ETT - Sputum masih ada - reflek batuk lemah - Ronchi masih ada</p> <p>A: bersihan jalan napas belum teratsi</p> <p>P: lanjut Intervensi</p>	
11- 03- 2025	1	<p>S:-</p> <p>O: -KU berat kes: Som GCS E:3 M:4 V:ETT -Extremitas sinistra tampak lemah - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak tachicardi - Hasil Head CT Scan tampak infark pada temporo parietal kanan</p>	



12-03-2025	1	<p>- observasi vital sign: TD:140/100 HR: 113 Suhu:37°C A: Penurunan kapasitas adaptip intracranial belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>S: O: - KU: berat, kes:som - On ventilator SIMV TV: 450 FiO2: 50% RR: 12 PEEP:5 PS: 10 - Tampak bernapas dengan otot bantu penapasan - Cuping hidung - Sputum banyak - Ada suara napas tambahan Ronchi A: Gangguan Ventilasi spontan Belum Teratasi P: Lanjut Intervensi</p> <p>S: O: - KU: Berat, Kes:Som - Kesadaran menurun - GCS: E:3 M:4 V:ETT - Sputum masih ada - Reflek batuk masih lemah - Ronchi masih ada A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: lanjut Intervensi</p> <p>S:- O: -KU berat kes: Som GCS E:3 M:4 V:ETT -Extremitas sinistra tampak lemah - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak tachicardi - Hasil Head CT Scan tampak infark pada temporo parietal kanan - observasi vital sign: TD:140/100 HR: 110 Suhu:37°C A: Penurunan kapasitas adaptip intracranial belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>S: O:- KU: berat, kes:som</p>	J e k s o n
2	3	<p>- observasi vital sign: TD:140/100 HR: 113 Suhu:37°C A: Penurunan kapasitas adaptip intracranial belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>S: O: - KU: berat, kes:som - On ventilator SIMV TV: 450 FiO2: 50% RR: 12 PEEP:5 PS: 10 - Tampak bernapas dengan otot bantu penapasan - Cuping hidung - Sputum banyak - Ada suara napas tambahan Ronchi A: Gangguan Ventilasi spontan Belum Teratasi P: Lanjut Intervensi</p> <p>S: O: - KU: Berat, Kes:Som - Kesadaran menurun - GCS: E:3 M:4 V:ETT - Sputum masih ada - Reflek batuk masih lemah - Ronchi masih ada A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: lanjut Intervensi</p> <p>S:- O: -KU berat kes: Som GCS E:3 M:4 V:ETT -Extremitas sinistra tampak lemah - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak tachicardi - Hasil Head CT Scan tampak infark pada temporo parietal kanan - observasi vital sign: TD:140/100 HR: 110 Suhu:37°C A: Penurunan kapasitas adaptip intracranial belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>S: O:- KU: berat, kes:som</p>	J e k s o n



2	<ul style="list-style-type: none">- On ventilator SIMV TV: 450 FiO2: 50% RR: 12 PEEP:5 PS: 10- Tampak bernapas dengan otot bantu penapasan- Cuping hidung- Sputum banyak- Masih Ada suara napas tambahan Ronchi <p>A: Gangguan Ventilasi spontan Belum Teratasi P: Lanjut Intervensi</p>	J
3	<p>S: O:</p> <ul style="list-style-type: none">- KU: Berat, Kes:Som- Kesadaran menurun- GCS: E:3 M:4 V:ETT- Sputum masih ada- reflek batuk masih lemah- Ronchi masih ada <p>A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: lanjut Intervensi</p>	e k s o n

BAB 4 PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan stroke iskemik adalah riwayat penyakit, pekerjaan, usia, gaya hidup, dan pada hasil pengkajian ditemukan penurunan kesadaran, kelemahan anggota gerak, peningkatan tekanan darah, dan hasil pemeriksaan diagnostik Head CT Scan ditemukan infark pada parietal kanan.

Penulis berasumsi bahwa pada pasien dengan stroke iskemik ditemukan data penurunan kesadaran, anggota gerak lemah memiliki faktor resiko penyakit jantung, dari data yang ditemukan pada kasus menunjukkan tidak ada perbedaan antara teori dan kasus karena sebagian besar tanda dan gejala yang dialami oleh pasien dengan stroke iskemik terdapat pada tinjauan teoritis.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suzanti (2023) pada pengkajian stroke iskemik ditemui penurunan kesadaran memiliki anggota gerak lemah, penurunan GCS dan peningkatan tekanan darah dan juga memiliki riwayat penyakit terdahul yaitu hipertensi dan diabetes melitus

4.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam diagnosa keperawatan yang ditemukan oleh penulis pada pasien stroke iskemik ada 3 yaitu:

1. Penurunan kapasitas adaptip intracranial berhubungan dengan edema serebri(mis stroke iskemik)



2. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan
3. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sputum yang tertahan

Penulis berasumsi bahwa masalah penurunan kapasitas adaptif intra kranial diakibatkan oleh gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial hal ini sejalan dengan penelitian Annisa (2024) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial yang ditandai dengan peningkatan TIK pada pasien edema serebri terjadi karena penambahan cairan didalam jaringan otak yang bersifat abnormal sehingga mengakibatkan perubahan fungsi otak, yang terjadi akibat cedera kepala. Hal tersebut menyebabkan terjadinya peningkatan intrakranial, sehingga diperlukan manajemen pemantauan intrakranial (TIK). pemantau TIK adalah dengan mengatur posisi (head-up) 20-30° yang berfungsi menurunkan tekanan intrakranial, posisi tersebut juga dapat meningkatkan oksigen ke otak, memperlancar aliran darah ke otak sehingga mencegah terjadinya peningkatan TIK.

Penulis berasumsi bahwa gangguan ventilasi spontan terjadi karena penurunan cadangan energi yang mengakibatkan individu tidak mampu bernapas secara adekuat hal ini di buktikan dengan penelitian yang dilakukan Annisa (2024) Gangguan ventilasi spontan pada pasien edema serebri yang ditandai dengan

penurunan kesadaran sehingga memerlukan perawatan intensive Berdasarkan hasil analisa gas darah hari pertama rawatan pasien mengalami asidosis respiratorik dengan nilai pH:7.388, PCO₂: 44,9 mmHg, PO₂: 54 mmHg, HCO₃⁻: 27 mmo/L, BE: 2 SpO₂ 84%. Hasil di atas menunjukkan pasien mengalami hipoksemia yang membutuhkan penggunaan ventilasi mekanik invasif dengan terapi oksigen aliran tinggi 100 % dalam 3-5 siklus pernafasan ataupun hingga oksigen di atas 95% untuk mengatasi kondisi hipoksemia akibat gagal nafas di Hal ini sesuai dengan Mode ventilator yang diberikan

Penulis berasumsi bahwa bersihan jalan napas tidak efektif terjadi karena ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Hal ini sejalan dengan penelitian Elfarah (2022) Pasien dengan penurunan kesadaran tidak mempunyai reflek batuk yang efektif untuk mengeluarkan sekret sehingga terjadi penumpukan secret berupa lendir atau dahak di jalan napas sehingga pasien mengalami sesak napas dan batuk tidak efektif. Implementasi yang diberikan yaitu pemberian posisi semi fowler disebut paling efektif untuk meningkatkan ekspansi paru dan menurunkan frekuensi napas, serta posisi ini juga membantu pengembangan otot napas lebih maksimal.

4.3.Intervensi keperawatan dan Implementasi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pada pasien stroke iskemik adalah Manajemen peningkatan tekanan intra kranial. Dimana penurunan kapasitas adaptip intrakranial sebagai masalah utama

Penulis berasumsi bahwa tindakan dalam mengatasi penurunan kapasitas adaptip intrakranial adalah memberi posisi head up, monitor tanda tanda peningkatan TIK, monitor intake out put, monitor suhu tubuh, dan meminimalkan stimulus dari lingkungan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Gita (2019) dalam mengatasi penurunan kapasitas adaptip intrakranial pada pasien stroke yaitu yaitu berikan posisi head up, monitor tekanan intrakranial, monitor intake out put, monitor suhu tubuh, minimalkan stimulus dari lingkungan.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh Septiani (2023) dengan tujuan kapasitas adaptip intrakranial meningkat dengan kriteria hasil Kesadaran membaik yaitu dengan cara memberi posisi Semi fowler 30 derajat. Tindakan pemberian posisi kepala pasien stroke merupakan tindakan sangat penting. Peninggian kepala dapat menurunkan intracranial pressure (ICP), namun disisi lain juga dapat meningkatkan ICP dan iskemik serebral yang menyebabkan gangguan autoregulasi serebral.

4.4. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana, dan implementasi.

Pada evaluasi yang dilakukan selama 3 hari pada tanggal 10 maret 2025 sampai tanggal 12 maret 2025 yang didapatkan pada Tn. G tujuan yang ditentukan belum tercapai masalah belum teratasi dan perlu dilakukannya kembali intervensi

keperawatan yang telah dibuat oleh penulis seperti pemantau haemodinamik, pemberian posisi semifowler, melakukan suction, mempertahankan suhu tubuh, pemantauan CVP dan monitoring intake output. Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pasien stroke iskemik melakukan pemantauan lebih intensif.

Penulis berasumsi bahwa meskipun tujuan belum tercapai, intervensi yang telah dilakukan seperti pemberian posisi semifowler, suction, pemantauan hemodinamik, suhu tubuh, CVP, dan intake-output masih sesuai dan penting untuk dilanjutkan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2023) Evaluasi penelitian yang dilakukan selama 3 hari pada setiap klien. Hasil evaluasi hari pertama hingga hari ke 3 masalah belum teratasi hal ini diakibatkan karena kondisi pasien yang semakin berat.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian

Pada asuhan keperawatan dengan Stroke iskemik didapatkan yang perlu dikaji adalah tingkat kesadaran, penilaian GCS riwayat penyakit dan tidak luput juga di kaji status pernapasan pola napas, bersihan jalan napas dan tanda tanda vital.

2. Diagnosa keperawatan

Pada asuhan keperawatan dengan stroke iskemik didapatkan diagnosa keperawatan 1) Penurunan kapasitas adaptip intrakranial berhubungan dengan edema serebri, 2) Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan, 3) bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengandisfungsi neuromuskular.

3. Intervensi/Implementasi

Intervensi keperawatan pada kasus Stroke iskemik yang penulis ambil adalah diagnosa penurunan kapasitas adaptip intrakranial dilakukan manajemen peningkatan tekanan intra kranial, pada diagnosa gagngguan ventilasi spontan dilakukan dukungan ventilasi dan pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif dilakukan manajemen jalan napas

4. Evaluasi

Evaluasi keperawatan pada kasus Stroke iskemik adalah perlunya pemantauan haemodinamik, pemantauan tingkat kesadaran penilaian GCS dan juga status pernapasan

5.2 Saran

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

1. Bagi pasien dan keluarga Keluarga mampu melaksanakan perawatan terhadap pasien stroke serta senantiasa meningkatkan derajat kesehatan pasien dan keluarga, dan tetap melakukan pengobatan dan selalu kontrol secara teratur setelah pasien diperbolehkan pulang.
2. Bagi perawat di ruangan intensif Rumah Sakit Santa Elisabeth medan Diharapkan agar dapat melanjutkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Tn. G sehingga tercapai tujuan yang optimal dan tetap melaksanakan tindakan keperawaatan berdasarkan SOAP yang ada.
3. Bagi penulis selanjutnya Diharapkan pada penulis selanjutnya bisa menjadikan KIA sebagai referensi dalam penyusunan berikutnya

DAFTAR PUSTAKA

- Adientya, G., & Handayani, F. (2012). Stres Pada Kejadian Stroke. *Jurnal Keperawatan Diponegoro*, 1(1), 183-188.
- Annisa, A., Jufrizal, J., & Nurhidayah, I. (2024). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penurunan Kesadaran Et Causa Edema Serebri Subdural Syndrom: Studi Kasus. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*, 10(2), 461-468.
- Brunener And Suddarth's (2018). *Texbook Of Medial- Surgical Nursing*. 14 Th Edition
- Karim, F. R., & Syamsuddin, F. (2025). Perbandingan Efektivitas Pemberian Terapi Bola Karet Bergerigi Dan Tidak Bergerigi Dengan Kekuatan Otot Genggam Tangan Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Neuro Rsud Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 10(1), 9-15.
- Lewis, Dirksen, Heitkemper And. (2014) *Medical Surgical Nursing. Assesment And Management Of Clinicalproblems* Ninth Edition
- Listari, R. P., Septianingrum, Y., Wijayanti, L., Sholeha, U., & Hasina, S. N. (2023). Pengaruh Fasilitasi Neuromuskuler Proprioseptif Dengan Tingkat Kemandirian Terhadap Aktivitas Sehari-Hari Pada Pasien Stroke: A Systematic Review. *Jurnal Keperawatan*, 15(2), 737-750.
- Paradisma, G. (2019). Efektifitas Asuhan Keperawatan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Terhadap Tekanan Intrakranial Pasien Stroke Hemorragik Intracerebral. *Jurnal Keperawatan*, 13(3).
- Salsabila, N., Halimuddin, H., & Syarif, H. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Komplikasi Ptik Dan Gagal Napas Di Icu: Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 7(2).
- Sdki Dpp Ppni. (2017). Standard Diagnosa Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia: Jakarta
- Septiani Khoirul Falah, F. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Dengan Intervensi Posisi Kepala 30° Dan Pasive Rom* (Doctoral Dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Siki Dpp Ppni (2018). Standard Intervensi Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia: Jakarta
- Slki Dpp Ppni (2018). Standard Luaran Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia: Jakarta
- Suzanti, S., Ksusumawati, N., & Asmalinda, R. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Terapi Murotalal-Quran Terhadap Kesadaran Pada



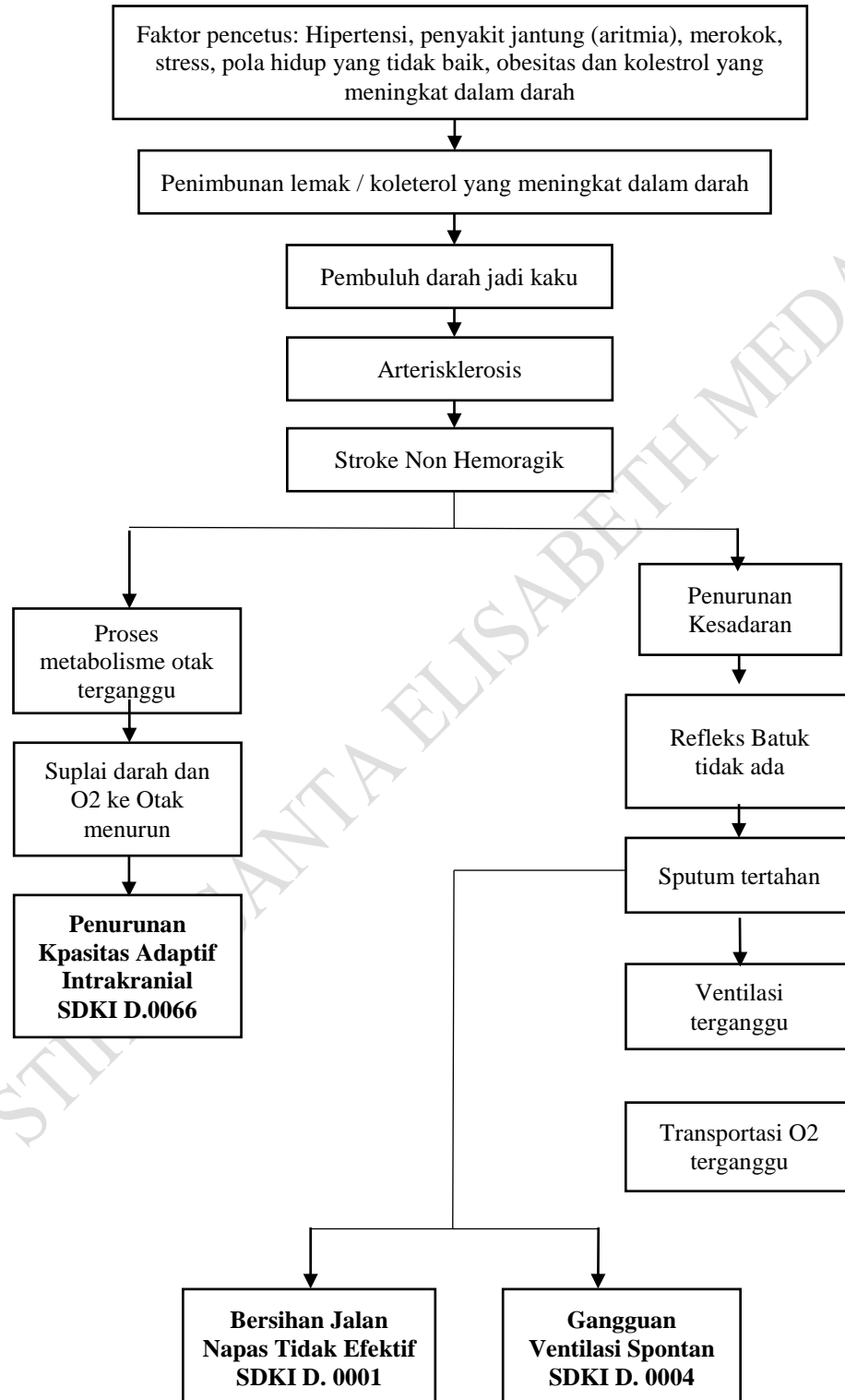
Pasien Stroke Infark Di Ruang Krisan Rsud Arifin Achmad Pekanbaru. *Excellent Health Journal*, 2(1), 218-226.

Zakiah, D., Wahdi, A., & Camelia, D. (2023). Penerapan Terapi Head Up 30° Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Cva Bleeding Dengan Masalah Keperawatan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Di Ruang Icu Sentral Rsud Jombang. *Jurnal Insan Cendekia*, 10(3), 211-219.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

LAMPIRAN

Mind Mapping



Dokumentasi

