

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Stroke non hemoragik merupakan penyumbatan aliran darah menyebabkan aliran ini terganggu sehingga menyebabkan kerusakan saraf dan berlangsung melebihi 24 jam (Juananda, 2025). Berdasarkan *World Stroke Organization* (WSO) tahun 2022 bahwa angka kejadian stroke sebesar 12,2 juta dengan 47% diantaranya pria dan 53% adalah wanita. Insiden stroke non hemoragik sebesar 7.630,803 orang dimana individu yang mengalami angka kecacatan akibat stroke non hemoragik sebesar 63.478,271 orang. Berdasarkan hasil RISKESDAS tahun 2018 angka kejadian penyakit stroke yaitu 10,9% , sedangkan ditahun 2013 sebanyak 7% mengalami kenaikan dan terus bertambah naik. Kalimantan timur memiliki angka kejadian tertinggi yaitu, 14,7% dan Jawa Barat berada diperingkat ke-12 dengan angka kejadian 11,4%. Angka kejadian stroke di Indonesia tahun 2018 dengan usia > 15 tahun sebesar 10,9% sedangkan 65-74 tahun sebesar 45,3%. Data paling sedikit penderita stroke yaitu pada kelompok usia 15-24 tahun. Dari data jenis kelamin bahwa angka kejadian pria sebesar 11% dan wanita yaitu, 10,9%.

Menurut Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, stroke menjadi urutan ketiga yang mengakibatkan kecacatan di Indonesia dengan angka kejadian yaitu 638.178 (8,3%) dan rentang usia diatas 15 tahun (Juananda, 2025), Pada penelitian di RSUP Dr. Hasan Sadikin dimana jenis stroke terbanyak yaitu, stroke iskemik sebanyak 58,3%. Stroke iskemik beresiko terjadinya komplikasi pneumonia karena gejala pada gangguan sistem saraf yaitu, disfagia dan gangguan fase oral. Selain beresiko tinggi pada kematian, stroke juga dikaitkan dengan morbiditas yang tinggi dengan komplikasi berkisar antara 40% hingga 96% (Budiarso, 2018). Salah satu komplikasi yang biasanya ditemukan pada pasien stroke dengan penyebab kematian tertinggi daripada komplikasi penyakit lainnya yaitu, pneumonia (Budiarso,2018).

Stroke dengan pneumonia terjadi pada awal minggu pertama dan disertai disfagia, imobilitas, penurunan kesadaran dan respons imun yang lemah. Pneumonia pada pasien stroke biasanya disebabkan oleh aspirasi dengan disfagia dan penurunan kesadaran yang berkontribusi terhadap aspirasi (Budiarso, 2018).

Stroke dengan Pneumonia terjadi akibat komplikasi yang menimbulkan infeksi jalan napas bagian bawah dalam 48 jam sampai 1 minggu pertama setelah onset serangan stroke. Insiden pneumonia yang berkaitan dengan stroke di Rumah Sakit Umum Dr. Hasan Sadikin (RSUP) Bandung yaitu, 29,6% dan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional sebanyak 65,98% pasien stroke dirawat di unit perawatan intensif (Juananda, 2025). Hal ini mungkin disebabkan oleh prosedur perawatan stroke yang memengaruhi lama rawat inap pasien. Sebuah studi tahun 2018 oleh Budiarso menemukan bahwa 10-25% pasien stroke yang dirawat di unit perawatan intensif (ICU) mengalami pneumonia pasca stroke (Juananda, 2025). Pasien stroke yang menggunakan tabung endotrakeal (ETT) berisiko terkena pneumonia karena pasien stroke dengan kesulitan menelan dapat mengalami aspirasi makanan atau cairan ke dalam saluran pernapasan mereka. Selain itu, peningkatan glukosa dalam darah dapat terjadi karena adanya pelepasan sitokin proinflamasi yang berlebihan sehingga meningkatkan kadar glukosa dan berisiko tinggi terkena infeksi. Infeksi yang ditimbulkan oleh mikroorganisme seperti infeksi opotunistik dapat mempercepat terjadinya stroke dengan pneumonia (Juananda, 2025). Komplikasi pneumonia pada stroke dapat menimbulkan beberapa dampak negatif yaitu, lamanya rawat inap dan meningkatnya mortalitas serta morbiditas pada pasien stroke (Patel et al, 2020). Pneumonia memiliki dampak yang signifikan pada pasien yang menjalani tirah baring, dan kondisi ini merupakan penyebab utama tingginya angka kematian pasca stroke (Jerau, 2024). Stroke dengan pneumonia lebih umum terjadi pada pasien yang menggunakan ventilator dan mencapai 52,8% (Juananda, 2025).

Penggunaan ventilator bisa meningkatkan risiko terjadinya aspirasi yang menyebabkan pneumonia. Pasien stroke dengan pneumonia yang memiliki

penyakit keturunan seperti diabetes mellitus, hipertensi, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) dan fibrilasi atrial (AF) beresiko tinggi tingkat mengalami kecacatan akibat penurunan sistem kekebalan tubuh dan imobilitas yang meningkatkan kemungkinan terjadinya pneumonia (Juananda,2025).

Menurut Miron tahun 2025 pneumonia nosokomial merupakan kondisi medis yang dapat diklasifikasikan menjadi dua kelompok utama yaitu, pneumonia yang berkaitan dengan rumah sakit (HAP) dan pneumonia terkait dengan ventilator (VAP). Pneumonia yang terjadi di rumah sakit (HAP) disebabkan oleh infeksi parenkim paru yang timbul dalam waktu 48 jam setelah masuk rumah sakit, sedangkan pneumonia terkait ventilator (VAP) terjadi pada pasien yang dirawat di *intensive care unit* (ICU) yang memerlukan intubasi endotrakeal (ETT) dan ventilasi mekanis dalam kurun waktu 48 jam. Pada HAP disebabkan oleh mikroorganisme yang bersifat polimikroba dengan patogen yang paling umum adalah *Staphylococcus aureus* yang kebal terhadap metsilin (MRSA), *Pseudomonas aeruginosa* dan basil gram negatif lainnya yaitu, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* dan *Acinetobacter baumanii*. Sedangkan pada VAP bisa disebabkan oleh virus dan pasien dengan gangguan sistem kekebalan tubuh, virus dan jamur dapat menyebabkan infeksi (Miron et al, 2025).

Ventilator associated pneumonia (VAP) juga memiliki tingkat mortalitas sebesar 50 % dan 25% diantaranya meninggal karena infeksi yang berlangsung bukan dari penyakit yang dideritanya (Ranzani et al, 2022). Umumnya pemberian ventilasi mekanik pada VAP onsetnya 4 hari dan paling lambat 5 hari bahkan bisa saja lebih (Syahputra, 2017). Penanganan *ventilator associated pneumonia* (VAP) cukup berbeda dengan penanganan pneumonia pada umumnya baik dari segi antibiotik yang digunakan, pencegahannya maupun prosedurnya dimana salah satu penatalaksanaan yang dapat dilakukan yaitu, *suction* (Syahputra, 2017).

Penatalaksanaan *suction* terdiri dari dua metode yaitu *Close Suction System* dan *Open Suction System*. Kelebihan penggunaan *Close Suction System* yaitu, untuk mencegah kontaminasi dari lingkungan luar, petugas dan pasien,

mencegah terjadinya hipoksemia, mencegah penurunan suplai oksigen pada paru-paru dan saturasi oksigen baik sebelum dan setelah tindakan *suction*. Selain itu, menjaga tekanan positif pada pasien yang memiliki kebutuhan PEEP maksimal (Syahputra, 2017). Dari segi tenaga *Close Suction System* lebih unggul dibandingkan *Open Suction System* karena lebih efisien tidak perlu tenaga lebih, tidak perlu menggunakan sarung tangan steril dan tidak perlu mengganti kateter *suction* sesering mungkin. (Syahputra, 2017). Selain itu, teknik *Close Suction* dapat mengurangi organisme yang masuk dari luar karena metode ini tidak perlu membuka bagian sirkuit ventilator untuk dilakukan *suction*, sehingga kontaminasi organisme dapat dicegah serta lebih efektif dalam meminimalisir pencegahan pneumonia. Pada *Open Suction* memiliki kelebihan yaitu, harga terjangkau dan mudah didapat namun kekurangannya kateternya hanya sekali pakai sedangkan kateter pada *Close Suction* dapat digunakan untuk satu minggu (Syahputra, 2017). Apabila pasien dengan pneumonia terventilator menggunakan teknik *Open Suction* beresiko tinggi terkontaminasi dari luar lingkungan karena pipa penghubung endotrakeal tube dengan ventilator terbuka sehingga bakteri dari luar dapat masuk ke saluran pernapasan.

Close suction dapat meningkatkan nilai saturasi oksigen selesai tindakan penghisapan. *Close suction* ini digunakan pada pasien yang terpasang ventilator dan dilakukan sebanyak 6 kali selama 3 hari setiap 2 jam selama kurang lebih 15 detik (Pratiwi, 2024). Pada *Close Suction* dapat digunakan untuk satu minggu (Syahputra, 2017). Intervensi *close suction* bertujuan untuk menjaga patensi jalan napas melalui pengurangan akumulasi lendir pada jalan pernapasan. Kurangnya kepatenan jalan napas terjadi apabila pasien tidak mampu membersihkan sekret atau mengalami obstruksi pada jalan napas, yang dapat disebabkan oleh spasme, penumpukan mukus, keberadaan jalan napas buatan, benda asing, atau sekret yang mengendap di bronkus (Kozier & Erb, 2015).

Didapatkan dari hasil kajian situasi di Rumah Sakit Al-Islam 20 besar kasus terbanyak di Rumah Sakit Al-islam pada bulan April 2025 yaitu Di Rawat Inap Stroke infark serebral merupakan urutan pertama dengan jumlah pasien keluar hidup 117 orang dan jumlah pasien keluar mati sebanyak 14 orang dan Pneumonia sebanyak 38 orang dimana 31 orang hidup dan 7 orang lainnya meninggal. Di Instalansi Gawat Darurat Stroke diurutan ke-22 dengan jumlah pasien keluar hidup 87 orang Di *Intensive Care Unit* pada bulan April 2025, jumlah pasien 18 orang , dimana satu pasien laki-laki dengan diagnose Stroke infark dan pneumonia, *Acute kidney injury* dan satu pasien perempuan dengan diagnosa *respiratory failure*, stroke infark dan pneumonia kedua pasien terpasang ventilator. Saat wawancara dengan perawat klinis bahwa pasien dengan stroke dengan pneumonia intervensi yang diberikan selain terapi non farmakologi diantaranya yaitu, mendengarkan murotal Al-quran, posisi *semi fowler*, mobilisasi pasien 2 jam sekali, kebersihan mulut, fisioterapi dada dan *close suction* masih jarang dilakukan karena beberapa alasan yaitu, kebutuhan pasien apakah perlu dilakukan *close suction* atau cukup dengan *open suction* saja serta biaya perawatannya yang cukup mahal.

Peran perawat ICU dalam mengatasi stroke dengan pneumonia yaitu, sebagai *care provider* atau pelaksana dalam melakukan penilaian awal atau responder pertama di rumah sakit, melakukan stabilisasi dan intervensi, serta multitugas dan pengambil keputusan dibawah tekanan (Wijayantha et, al, 2024). Berdasarkan uraikan diatas untuk membebaskan jalan napas dan meningkatkan saturasi oksigen , maka penulis tetarik melaksanakan studi kasus ini.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka rumusan masalah penulis “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Infark Metabolik Ensepalopathy dan Pneumonia dan AKI di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Al-Islam Bandung“

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis asuhan keperawatan pada masalah gangguan ventilasi spontan pada Tn.N dengan Stroke Infark dan Pneumonia di Ruang ICU Rumah Sakit Al-Islam.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori dan Konsep Terkait Stroke dengan Pneumonia
2. Menganalisis Intervensi Keperawatan Berdasarkan Penelitian terkait Stroke dengan Pneumonia
3. Mengidentifikasi Alternatif Pemecahan Masalah Terkait Stroke dengan Pneumonia

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat menjadi landasan pengetahuan mengenai keperawatan kritis berdasarkan teori sebagai proses pembelajaran dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Stroke dengan pneumonia dengan masalah keperawatan gangguan ventilasi spontan.

1.4.2 Manfaat Praktisi

1. Bagi Pasien

Stroke dengan Pneumonia dengan masalah keperawatan gangguan ventilasi spontan Hasil asuhan keperawatan ini diharapkan dapat meningkatkan pemberian intervensi yaitu, mengurangi sekret pada saluran pernapasan.

2. Bagi terapis

Hasil asuhan keperawatan ini diharapkan menjadi referensi dalam meningkatkan pelayanan terhadap pasien Stroke dengan Pneumonia dengan masalah keperawatan gangguan ventilasi spontan

3. Bagi peneliti selanjutnya

Dapat menjadi landasan untuk melanjutkan intervensi dalam mengembangkan dalam hak keterberuan pada *close suction*.