

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN NY.K DENGAN DIAGNOSA  
*STROKE INFARK* + PENYAKIT JANTUNG KORONER  
DI RUANG ICCU-CPU RSPAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**



Oleh:

**RUCI NAVY AUSTRALIAN ISWARDJONO**  
NIM. 203.0097

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2021**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN NY.K DENGAN DIAGNOSA  
*STROKE INFARK* + PENYAKIT JANTUNG KORONER  
DI RUANG ICCU-CPU RSPAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ners**



**Oleh:**

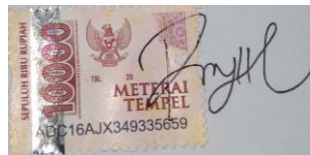
**RUCI NAVY AUSTRALIAN ISWARDJONO**  
**NIM. 203.0097**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2021**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini adalah ASLI hasil karya saya dan saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 12 Juli 2021



Ruci Navy Australian Iswardjono  
NIM.203.0097

## HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : RUCI NAVY AUSTRALIAN ISWARDJONO  
NIM : 203.0097  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Pasien Ny.K dengan  
Diagnosa *Stroke Infark* + Penyakit Jantung Koroner  
di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns.)**

**Surabaya 12 Juli 2021**

**Pembimbing**



**Nisha Dharmayanti R, S.Kep.,Ns., Msi**  
**NIP.03045**

**Mengetahui,**  
**Stikes Hang Tuah Surabaya**  
**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp. Kep. MB**  
**NIP. 03020**

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : RUCI NAVY AUSTRALIAN ISWARDJONO  
NIM : 203.0097  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Pasien Ny.K dengan Diagnosa  
*Stroke Infark* + Penyakit Jantung Kooroner di Ruang  
ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang  
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar “ Ners (Ns)” pada prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang  
Tuah Surabaya.

Penguji 1 : Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03.017



Penguji 2 : Nisha Dharmayanti R., S.Kep., Ns., M.Si  
NIP. 03.045



Penguji 3 : Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03.049



**Mengetahui,**  
**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**  
**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp. Kep. MB**  
**NIP. 03020**

## Kata Pengantar

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

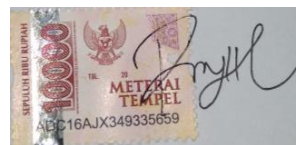
- 1 Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto,Sp. THT-KL, Sp.KL selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir
- 2 Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
- 3 Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
- 4 Ibu Nisha Dharmayanti R, S.Kep.,Ns., Msi, selaku Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
- 5 Ibu Ceria Nurhayati,S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Penguji 2, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
- 6 Ibu Christina Yulastuti,S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku penguji 3, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

- 7 Ibu Effiana Abidin, S.Kep., Ns, selaku Pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
- 8 Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materimateri kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
- 9 Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
- 10 Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT mem balas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 12 Juli 2021



Ruci Navy Australian Iswardjono  
NIM.203.0097

## DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
Kata Pengantar .....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR SINGKATAN .....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah .....	4
1.5 Metode Penulisan .....	5
1.6 Sistematika penulisan.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	7
2.1 Konsep Penyakit .....	7
2.1.1 Pengertian Stroke .....	7
2.1.2 Anatomi fisiologi .....	7
2.1.3 Patofisiologi .....	9
2.1.4 Etiologi.....	9
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	10
2.1.6 Komplikasi .....	11
2.1.7 Pemeriksaan penunjang.....	11
2.1.8 Penatalaksanaan .....	12
2.2 Konsep Penyakit Jantung Koroner.....	12
2.2.1 Pengertian Penyakit Jantung Koroner .....	12
2.2.2 Patofisiologi .....	13
2.2.3 Etiologi.....	14
2.2.4 Manifestasi Klinis .....	15
2.2.5 Komplikasi .....	15
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan.....	16
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	16
2.3.2 Diagnosa keperawatan .....	22
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	22
2.3.4 Implementasi .....	23
2.3.5 Evaluasi .....	24
2.4 Kerangka Masalah / WOC .....	20



BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	21
3.1 Pengkajian .....	21
3.1.1 Identitas .....	21
3.1.2 Pengkajian Persistem .....	22
3.1.3 Pemberian Terapi Obat .....	25
3.1.4 Hasil Laboratorium .....	26
3.2 Analisa Data.....	26
3.3 Perencanaan.....	27
3.4 Tindakan keperawatan dan Catatan Perkembangan.....	28
BAB 4 PEMBAHASAN .....	31
4.1 Pengkajian .....	31
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	35
4.3 Perencanaan.....	38
4.4 Pelaksanaan .....	39
4.5 Evaluasi .....	40
BAB 5 SIMPULAN .....	41
5.1 Simpulan .....	41
5.2 Saran.....	42
DAFTAR PUSTAKA .....	43
LAMPIRAN 1 .....	45

## DAFTAR TABEL

Table 2.1 Intervensi Keperawatan.....	22
Table 3.1 Pemberian Terapi Obat .....	25
Table 3.2 Hasil Laboratorium .....	26
Table 3.3 Analisa Data.....	26
Table 3.4 Perencanaan .....	27
Table 3.5 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan.....	28

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Otak.....	8
Gambar 2.2 Kerangka Masalah / WOC .....	20

## DAFTAR SINGKATAN

*Ekg : Elektrokardiogram*

*ICCU : intensif Cardiovaskuler Care Unit*

*IMA : Infrak Miokard Akut*

**KEMENKES:** Kementrian Kesehatan

**PJK :** Penyakit Jantung Koroner

*WHO : World Health Organization*

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

*Stroke Infrak* terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak berhenti, hambatan aliran darah ke otak menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen (Nurarif & Kusuma, 2016). Otak kita sangat sensitif terhadap kondisi penurunan kesadaran atau hilangnya suplai darah dan oksigen (hipoksia). Hipoksia dapat menyebabkan Stroke Infark karena jaringan pada bagian tubuh tidak bisa di gunakan untuk metabolisme anaerobik jika terjadi kekurangan oksigen (Setiadi ,2016). Masalah keperawatan yang mncul pada penderita Stroke Infrak yaitu gangguan komunikasi verbral, intoleransi aktifitas, ansietas, dan risiko jatuh, intoleransi aktifitas, bersihan jalan nafas tidak efektif, risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan defisit pengetahuan

World Health Organization (WHO) 2016 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. Berdasarkan prevalensi stroke Indonesia tahun 2018 mengalami peningkatan 10,9 permil setiap tahunnya terjadi 567.000 penduduk yang terkena stroke, dan sekitar 25% atau 320.000 orang meninggal dan sisanya mengalami kecacatan (RISKESDAS, 2018). Data Kementerian Kesehatan RI, di Jawa Timur kasusnya stroke mencapai 44,74 % dari total keluhan gangguan kesehatan, melonjak menjadi 75,1 %, pada tahun 2017 (KEMENKES, 2018).

Dalam sebuah penelitian yang dilakukan (Bouziana & Tziomalos, 2011) pada pasien dengan stroke non hemoragik, 56,3% mengalami malnutrisi pada beberapa titik selama tinggal di rumah sakit. Selain itu dampak dari defisit nutrisi pada pasien Stroke Infrak yaitu dapat meningkatkan lamanya di rumah sakit dan meningkatkan pembayaran untuk di rumah sakit (Bouziana & Tziomalos, 2011). Stroke Infrak disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak yang secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus (Sudoyo, 2017). Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis lalu akan mengakibatkan natrium, klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalsium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Esther, 2011). Dengan itu sangat penting adanya peran dari tenaga perawat.

Tenaga perawat memiliki peran sangat penting dalam menurunkan tingkat kejadian stroke Infark yaitu dengan melakukan pencegahan dini melalui pendidikan kesehatan pada pasien stroke sangatlah penting, baik sebelum maupun sesudah terjadi sehingga masyarakat dapat terhindar dari Stroke Infark +

penyakit jantung koroner mampu melakukan penanganan secara cepat, tepat dan sesuai standar pelayanan.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.K dengan diagnosa *stroke infark* + penyakit jantung koroner di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada asuhan keperawatan pada Ny.K dengan diagnosa *stroke infark* + penyakit jantung koroner di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- 1 Melakukan pengkajian pada Ny.K dengan diagnosa *stroke infark* + *penyakit jantung koroner* di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
- 2 Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny.K di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
- 3 Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pasien di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
- 4 Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada Ny.K dengan *stroke infark* + *penyakit jantung koroner* di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
- 5 Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny.K dengan *stroke infark* + *penyakit jantung koroner* di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

#### 1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti dibawah ini:

##### 1 Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian *morbidity, disability* dan mortalitas pada pasien *Stroke Infark* + penyakit jantung koroner.

##### 2 Secara Praktis

###### a. Bagi institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pasien dengan *Stroke Infark* + penyakit jantung koroner sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

###### b. Bagi institusi Pendidikan

Dapat di gunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan *Stroke Infark* + penyakit jantung koroner serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

###### c. Bagi keluarga dan klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit *Stroke Infark* sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis



gawat darurat. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan post *Stroke Infark* + penyakit jantung koroner di rumah agar disability tidak berkepanjangan.

d. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa di gunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan *Stroke Infark* + penyakit jantung koroner sehingga selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

## 1.5 Metode Penulisan

### 1 Metoda

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

### 2 Teknik pengumpulan data

#### a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lai

#### b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

#### c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

### 3 Sumber data

#### a. Data primer

data yang di peroleh dari pasien

#### b. Data sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

#### c. Studi kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas

### **1.6 Sistematika penulisan**

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

- 1 Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.
- 2 Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:
  - a. Bab 1 : pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus
  - b. Bab 2 : tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose Stroke Infark

- c. Bab 3 : tinjauan kasus hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan
- d. Bab 4 : pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis
- e. Bab 5 : Simpulan dan Saran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1 Pengertian Stroke**

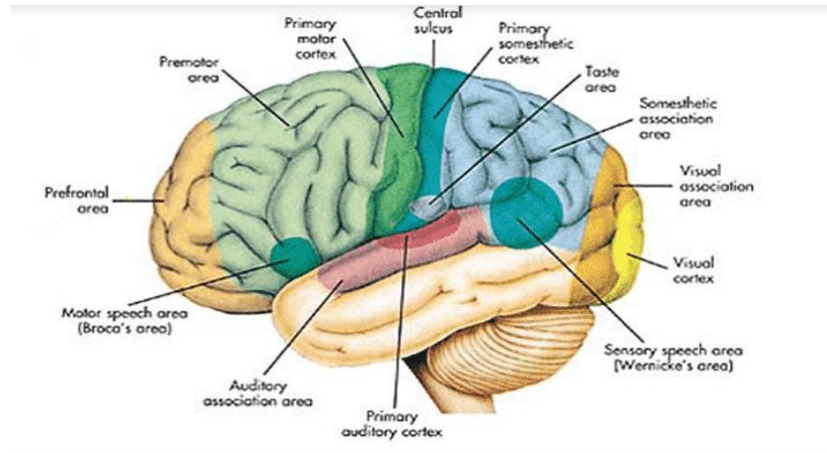
Stroke merupakan kehilangan fungsi otak yang diakibatkan berhentinya suplai darah ke bagian otak, dapat menimbulkan kematian yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah ke otak (Ariani, 2012).

Menurut Padila (2012) Stroke Infark adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak terjadi akibat pembentukan trombus di arteri cerebrum atau embolis yang mengalir ke otak dan tempat lain di tubuh.

Stroke Infark terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak berhenti, hambatan aliran darah ke otak menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen (Nurarif dan Kusuma, 2016)

##### **2.1.2 Anatomi fisiologi**

Otak adalah suatu alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat komputer dari semua alat tubuh. Yang mengatur semua kegiatan di dalam aktivitas tubuh. Berat otak orang dewasa kira-kira 1400 gram mencapai 2% dari keseluruhan berat tubuh, mengkonsumsi 25% oksigen dan menerima 1,5% curah jantung. Setengah padat dan berwarna kelabu kemerahan. Otak dibungkus oleh tiga selaput otak (meningeal) dan dilindungi oleh tengkorak. Otak mengapung dalam suatu cairan untuk menunjang otak yang lembek dan halus. Cairan ini bekerja sebagai penyerap guncangan akibat pukulan dari luar terhadap kepala. (Setiadi, 2016).



**Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Otak**

Sumber : Dinas Pendidikan, 2015

Perkembangan otak terletak pada rongga cranium (Tengkorak) berkembang dari sebuah tabung yang mulanya melibatkan tiga gejala pembesaran otak awal, yaitu otak depan, otak tengah dan otak belakang. (Setiadi, 2016)

- 1 Otak depan sebagai hemisfer serebri, korpus striatum, thalamus serta hipotalamus. Fungsi menerima dan mengintegrasikan informasi mengenai kesadaran dan emosi.
- 2 Otak tengah, mengkoordinir otot yang berhubungan dengan penglihatan dan pendengaran. Otak ini menjadi tegmentum, krus serebrum, korpus kuadrigeminus.
- 3 Otak belakang (pons) bagian otak yang menonjol kebanyakan tersusun dari lapisan fiber (berserat) dan termasuk sel yang terlibat dalam pengontrolan pernafasan. Otak belakang ini menjadi :
  - a. Ponsvarali, membantu meneruskan informasi

- b. Medulla oblongata, mengendalikan fungsi otomatis organ dalam (internal)
- c. Serebelum, mengkoordinasikan pergerakan dasar. (Setiadi, 2016) .

### **2.1.3 Patofisiologi**

Stroke Infark disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak yang secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus (Sudoyo, 2017). Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis lalu asidosis akan mengakibatkan natrium, klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalsium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Esther, 2011).

### **2.1.4 Etiologi**

Menurut Adam dan Victor (2013), penyebab kelainan pembuluh darah otak yang dapat mengakibatkan stroke antara lain:

#### **1 Trombosis Cerebral**

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami okulasi menyebabkan jaringan otak dapat menimbulkan oedema. Biasanya terjadi

pada orang tua yang sedang tidur/ bangun tidur, hal ini terjadi karena penurunan tekanan darah.

## 2 Emboli Cerebral

Emboli cerebral adalah penyumbatan yang terjadi di pembuluh darah otak oleh bekuan darah, yang umumnya berasal dari trombus dijantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral, berlangsung cepat dengan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

## 3 Iskemia

Kurangnya suplai darah ke jaringan tubuh karena adanya penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) manifestasi klinis *stroke Infrak* yaitu:

- 1 Secara mendadak mengalami kelemahan / kelumpuhan separuh badan
- 2 Berbicara cedal / pelo
- 3 Gangguan bicara dan bahasa
- 4 Gangguan penglihatan
- 5 Adanya gangguan daya ingat
- 6 Nyeri kepala
- 7 Kesadaran menurun

### **2.1.6 Komplikasi**

Komplikasi berdasarkan waktu terjadinya stroke menurut Dellima (2019) sebagai berikut:

- 1 Berhubungan dengan imobilisasi
- 2 Infeksi pernafasan
- 3 Konstipasi
- 4 Tromboflebitis
- 5 Dislokasi sendi
- 6 Berhubungan dengan kerusakan otak
- 7 Epilepsi

### **2.1.7 Pemeriksaan penunjang**

Menurut Tarwoto (2013) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ialah sebagai berikut :

- 1 Angiografi serebral: Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.
- 2 CT scan : Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematom, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.
- 3 MRI: MRI (Magnetic Imaging Resonance) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak.



Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

- 4 EEG: Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.
- 5 EKG: mengetahui adanya kelainan jantung .
- 6 Pemeriksaan Laboratorium seperti pemeriksaan lumbal pungsi, pemeriksaan darah rutin, pemeriksaan kimia darah, dan pemeriksaan darah lengkap.

### **2.1.8 Penatalaksanaan**

Menurut Tarwoto (2013) Penatalaksanaan Stroke Infark terdiri dari berikut ini:

- 1 Bantuan kepatenan jalan nafas, ventilasi dengan bantuan oksigen
- 2 batasi aktivitas/ tirah baring.
- 3 Penatalaksanaan cairan dan nutrisi.
- 4 Obat-obatan seperti anti Hipertensi, Kortikosteroid, analgesik.
- 5 EKG dan pemantauan jantung.
- 6 Pantau Tekanan Intra Kranial ( TIK ).
- 7 Rehabilitasi neurologik

## **2.2 Konsep Penyakit Jantung Koroner**

### **2.2.1 Pengertian Penyakit Jantung Koroner**

Penyakit jantung koroner (PJK) terjadi karena adanya penyempitan pembuluh darah koroner yang terjadi pada otot jantung sehingga kekurangan darah akan

mengalami gangguan fungsi jantung. PJK merupakan akibat adanya penyumbatan pembuluh darah koroner (Putri, 2018).

### **2.2.2 Patofisiologi**

Perkembangan PJK dimulai dari penyumbatan pembuluh jantung oleh plak pada pembuluh darah. Penyumbatan pembuluh darah pada awalnya disebabkan peningkatan kadar kolesterol LDL (low-density lipoprotein) darah berlebihan dan menumpuk pada dinding arteri sehingga aliran darah terganggu dan juga dapat merusak pembuluh darah (Al fajar, 2015).

Penyumbatan pada pembuluh darah juga dapat disebabkan oleh penumpukan lemak disertai klot trombosit yang diakibatkan kerusakan dalam pembuluh darah. Kerusakan pada awalnya berupa plak fibrosa pembuluh darah, namun selanjutnya dapat menyebabkan ulserasi dan pendarahan di bagian dalam pembuluh darah yang menyebabkan klot darah. Pada akhirnya, dampak akut sekaligus fatal dari PJK berupa serangan jantung (Naga, 2012).

Pada umumnya PJK juga merupakan ketidakseimbangan antara penyediaan dan kebutuhan oksigen miokardium. Penyediaan oksigen miokardium bisa menurun atau kebutuhan oksigen miokardium bisa meningkat melebihi batas cadangan perfusi koroner peningkatan kebutuhan oksigen miokardium harus dipenuhi dengan peningkatan aliran darah. gangguan suplai darah arteri koroner dianggap berbahaya bila terjadi penyumbatan sebesar 70% atau lebih pada pangkal atau cabang utama arteri koroner. Penyempitan <50% kemungkinan belum menampakkan gangguan yang berarti. Keadaan ini tergantung kepada beratnya arteriosklerosis dan luasnya gangguan jantung (Saparina, 2010).

### 2.2.3 Etiologi

Menurut Pratiwi, (2011) penyebab terjadinya penyakit jantung koroner pada prinsipnya disebabkan oleh dua faktor utama yaitu:

#### 1 Aterosklerosis

Aterosklerosis paling sering ditemukan sebagai sebab terjadinya penyakit arteri koroner. Salah satu yang diakibatkan Aterosklerosis adalah penimbunan jaringan fibrosa dan lipid didalam arteri koronaria, sehingga mempersempit lumen pembuluh darah secara progresif. Akan membahayakan aliran darah miokardium jika lumen menyempit karena resistensi terhadap aliran darah meningkat.

#### 2 Trombosis

Gumpalan darah pada mulanya berguna untuk pencegah pendarahan berlanjut pada saat terjadi luka karena merupakan bagian dari mekanisme pertahanan tubuh. Lama kelamaan dinding pembuluh darah akan robek akan mengakibatkan pengerasan pembuluh darah yang terganggu dan endapan lemak. Berkumpulnya gumpalan darah dibagian robek tersebut yang bersatu dengan kepingan-kepingan darah menjadi trombus. Trombosis dapat menyebabkan serangan jantung mendadak dan stroke.

#### **2.2.4 Manifestasi Klinis**

Menurut Sylvia A. Price, Latraine M. Wikson, (2001) dalam Nurhidayat S.(2011) :

- 1 Dada terasa tidak nyaman (digambarkan sebagai rasa terbakar, berat, mati rasa, dapat menjalar kepundak kiri, leher, lengan, punggung atau rahang)
- 2 Denyut jantung lebih cepat
- 3 Pusing
- 4 Sesak nafas
- 5 Mual
- 6 Berdebar-debar
- 7 Kelemahan yang luar biasa

#### **2.2.5 Komplikasi**

Komplikasi penyakit jantung koroner terdiri sebagai berikut:

- 1 Gagal Jantung Kongestif

Gagal jantung kongestif merupakan kongesti pada sistem sirkulasi miokardium. Gagal jantung kongestif merupakan suatu keadaan dimana jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan (Wicaksono, 2019).

## 2 Syok Kardiogenik

Syok kardiogenik ini ditandai oleh adanya gangguan fungsi pada ventrikel kiri yang di sebabkan oleh infark miokardium mengakibatkan gangguan berat pada perfusi jaringan dan penghantaran oksigen ke jaringan yang khas (Nurhidayat S, 2011).

## 3 Edema Paru

Edema paru merupakan suatu cairan abnormal yang tertimbun pada paru baik dalam alveoli atau dirongga intersitial. Paru menjadi kaku dan tidak dapat mengembang karena tertimbun cairan, sehingga udara tidak bisa masuk maka terjadi hipoksia berat (Wicaksono, 2019).

## 4 Pericarditis Akut

Pericarditis akut adalah penyakit yang biasa di sebut dengan peradangan pada pericardium yang bersifat jinak dan terbatas sendiri dan dapat terjadi manifestasi dari penyakit sistemik. Efek yang ditimbulkan dari pericarditis adalah efusi pri kardinal yang memicu tamponade jantung (Wicaksono, 2019).

### **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan**

#### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

##### 1 Pengkajian

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, no. Register, dan diagnosa medis. Sedangkan identitas bagi penanggung jawab yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien.

## 2 Keluhan Utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

## 3 Primary Survey

### a. Airway

- 1) Look adalah keluhan yang muncul dada terasa seperti sesak, terbakar, tertusuktusuk, atau tertekan.
- 2) Listen adalah mendengarkan suara pernafasan. Suara mengorok dan bunyi gurgling (bunyi cairan) menandakan adanya hambatan jalan nafas
- 3) Feel nafas pendek, nafas cepat. Nafas paten adanya suara nafas tambahan misalnya nafas krekels mengindikasikan oedem paru atau fenomena thromboemboli paru.

### b. Breathing

Pengkajian yang didapat klien terlihat sesak, frekuensi nafas melebihi normal, dan mengeluh sesak nafas.

### c. Circulation

Jantung ditemukan adanya irama ireguler. Kulit mengalami diaforesis, pucat, sianosis. Edema dependen, distensi vena jugulari, Nadi melemah.

d. Disability

Kesadaran biasanya composmentis, Cek tingkat kesadaran dengan AVPU dan GCS, Cek pupil (isokor/anisokor) dan reaksi cahaya positif/tidak

e. Exposure

Keadaan kulit, seperti turgor / kelainan pada kulit dan keadaan ketidaknyamanan (nyeri) dengan pengkajian PQRST.

4 Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke Infark sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhari perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma.

5 Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian

dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

#### 6 Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

#### 7 Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

##### a. B1 (Breathing/ pernafasan)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mends, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

##### b. B2 (Blood/sirkulasi)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah



biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

c. B3 (Brain/persarafan)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

d. B4 (Bladder/perkemihan)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

e. B5 (Bowel/pencernaan)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

f. B6 (Bone/muskuloskeletal dan integumen)

Stroke adalah mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

8 Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

### 2.3.2 Diagnosa keperawatan

- 1 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
- 2 Risiko Perfusi serebral tidak efektif
- 3 Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
- 4 Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- 5 Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
- 6 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- 7 Risiko jatuh
- 8 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan masa otot
- 9 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

**Table 2.1 Intervensi Keperawatan**

No	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)
1	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan SDKI D.0056 Hal 128	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka intoleransi aktivitas meningkat	Toleransi aktivitas (L.05047) SLKI Hal :149 1 Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 2 Keluhan lelah menurun	<b>Managemen energi</b> <b>SIKI 1.05178 Hal : 176</b> Observasi 1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2 Monitor kelelahan fisik dan emosional 3 Monitor pola dan jam tidur Terapeutik 4 Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 5 Lakukan latihan gerak aktif/pasif Edukasi 6 Anjurkan tirah baring

				Kolaborasi 7 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk cara meningkatkan asupan makanan
2	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan SDKI D.0001 Hal 18	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka bersihan jalan nafas membaik	Bersihan jalan nafas SLKI hal 18 L.01001 1 Batuk efektif meningkat 2 Dispnea menurun 3 Gelisah menurun	<b>Manajemen jalan nafas</b> <b>SIKI 1.01011 Hal: 186</b> Observasi 1 Monitor pola nafas 2 Monitor bunyi nafas Terapeutik 3 Pertahankan kepatenan jalan nafas 4 Posisikan semi fowler/ fowler Edukasi 5 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari 6 Anjurkan teknik batuk efektif
3	Risiko jatuh SDKI D. 0143 Hal 306	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat jatuh menurun	Tingkat jatuh SIKI hal 140 L.14138 1 Jatuh dari tempat tidur menurun	<b>Pencegahan jatuh</b> <b>SIKI 1.14540 Hal 279</b> Observasi 1 Identifikasi faktor resiko jatuh (Demensi,Usia $\geq$ 65 tahun, Kekuatan otot menurun) 2 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala Terapeutik 3 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 4 Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 5 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 6 Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

### 2.3.4 Implementasi

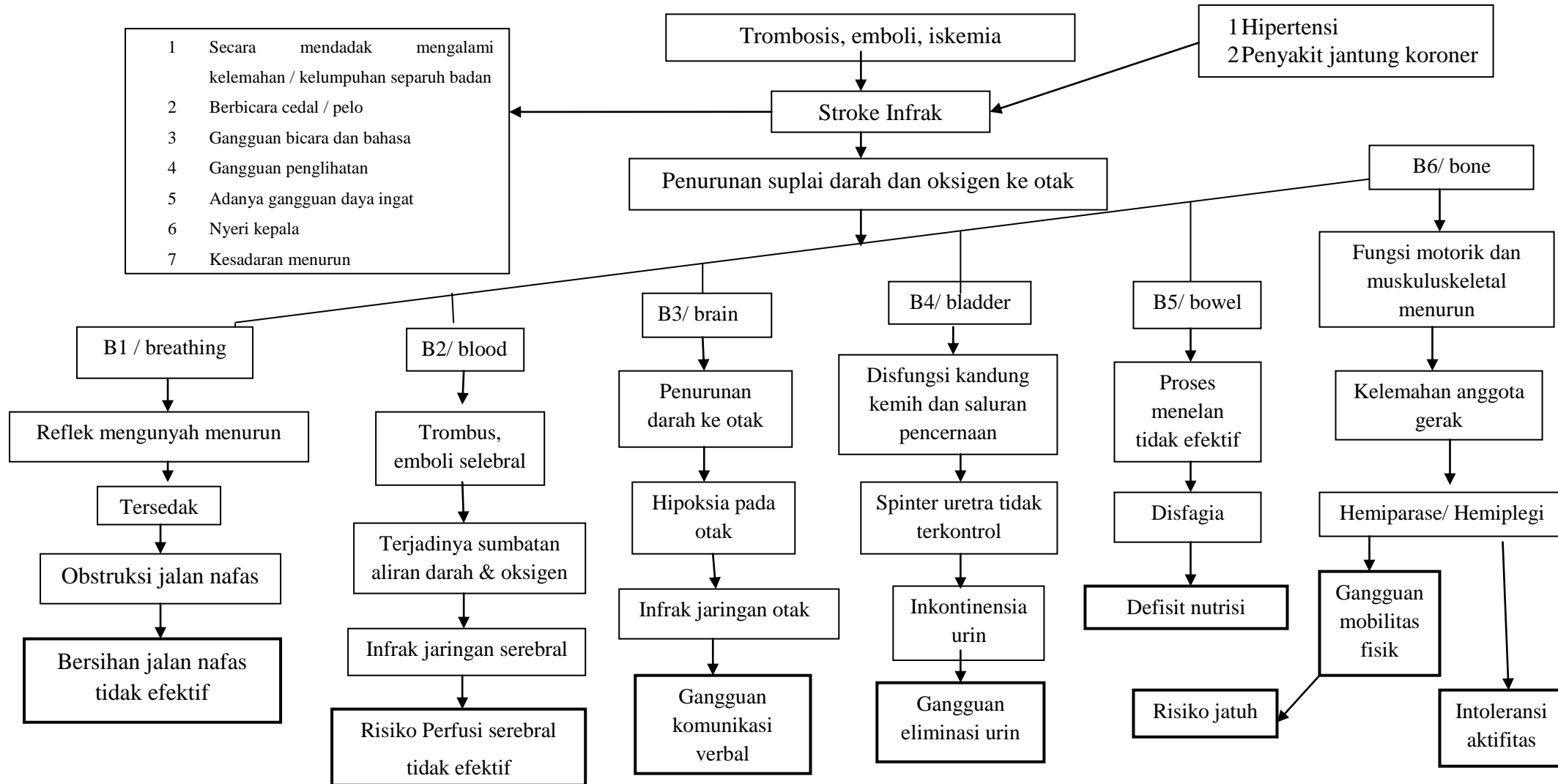
Dari hasil intervensi yang telah tertulis implementasi / pelaksanaan yang dilakukan disesuaikan dengan keadaan pasien dirumah sakit.

### **2.3.5 Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi semuanya (Novita, 2016)

2.4 Kerangka Masalah / WOC

Gambar 2.2 Kerangka Masalah / WOC



- 1 Secara mendadak mengalami kelemahan / kelumpuhan separuh badan
- 2 Berbicara cedal / pelo
- 3 Gangguan bicara dan bahasa
- 4 Gangguan penglihatan
- 5 Adanya gangguan daya ingat
- 6 Nyeri kepala
- 7 Kesadaran menurun

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan kasus nyata, asuhan keperawatan pada Ny.K dengan diagnosa medis *Stroke Infrak* + penyakit jantung koroner di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang penulis lakukan pada tanggal 3 Juni 2021 pukul 16.30 WIB. Anamnesa diperoleh dari keluarga dan rekam medis dengan data sebagai berikut:

### **3.1 Pengkajian**

#### **3.1.1 Identitas**

Ny. K (78 tahun), beragama kristen, bekerja sebagai ibu rumah tangga, status perkawinan janda dan memiliki 5 orang anak. Pasien tinggal di Surabaya. No.register 561XXX. Pasien dirawat dengan diagnosa medis *Stroke Infrak* + penyakit jantung koroner. Pasien masuk RSPAL Dr. Ramelan Surabaya melalui IGD pada tanggal 23 Mei 2021 pukul 10.00 WIB diantar oleh keluarganya, masuk diruangan ICCU-CPU tanggal 23 Mei 2021 pukul 10.15 WIB. Keluhan utama masuk rumah sakit adalah pasien datang di IGD tidak sadarkan diri (pingsan). Selama di IGD dilakukan observasi didapatkan kesadaran somnolen. Hasil *Xray Dada* :*Hyperaerated Lung* + Peningkatan BVP + *Kardiomegali* dengan Klasifikasi *Aortic Knob*. ECG IGD :*RV slow response 40-56x/menit PVC EP bigemini*, gambaran intoksikasi digitalis. Hasil konsultasi Dr. Laurenzt di IGD pasien mendapatkan terapi Inj Lasix, inj ondancentron, infus NS. Kemudian pada tanggal 23 Mei 2021 pukul 10.15 WIB pasien dipindahkan di ruang ICCU-CPU. Pada tanggal 3 Juni 2021 pukul 16.30 WIB dilakukan pengkajian didapatkan hasil

observasi keadaan umum pasien baik, kesadaran composmetis, GCS 456, TD: 133/68 mmHg, Nadi :64 x/menit, Suhu: 36,3 C, RR : 20 x/menit, terpasang TPM pada paha kaki kanan, Pasien terpasang infus NS 12 tpm pada tangan kiri Spironolactone 1x 2,5 mg, Xarelto 1x 10 mg, Inj ondancetron 2x 4 mg, Candesartan 1x 16 mg, Amlodipin 1x 5 mg. Keluhan saat ini pasien mengatakan badanya lemas semua. Didapatkan riwayat penyakit terdahulu pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi dan mengkonsumsi obat amlodipine setiap malam hari. Riwayat kesehatan keluarga menyatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga seperti *Stroke Infark*.

### **3.1.2 Pengkajian Persistem**

#### **1. Keadaan umum pasien**

Pasien baik, pasien tampak lemas, kooperatif saat perawat melakukan anamnesa dan pengkajian diruangan kesadaran composmetis, GCS 446, TD: 133/68 mmHg, Nadi :64 kali/menit, Suhu: 36,3 C, RR : 20 kali/menit.

#### **2. B1 (Breath/Pernapasan)**

Bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, menggunakan alat bantu napas (terpasang nasal kanul 4 Lpm), tidak ada otot bantu napas, ,suara napas vesikuler, irama pola napas (ireguler), ada sesak napas , tidak ada ronki (-/-),tidak ada wheezing (-/-), tidak ada sianosis, RR 20 kali/menit.



3. B2 (Blood/Sirkulasi)

Bentuk dada simetris, denyut apex teraba, tidak ditemukan getaran/thrill, hasil perkusi pada jantung pekak, bunyi jantung S1S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak terdapat gallop, murmur, tidak ada nyeri dada, ictus cordis pada ICS ke V midclavicaline sinistra, TD: 133/68 mmHg, Nadi :64 kali/menit terpasang TPM, CRT <3 detik terdapat masalah keperawatan penurunan curah jantung.

4. B3 (Brain/Pengindera Persarafan)

Kesadaran pasien composmentis, GCS 4-4-6 (membuka mata dengan spontan, orientasi pasien bingung, respon motorik pasien baik), tidak ada kejang, tidak ada pusing, pasien mengalami demensia, adanya pupil pasien Isokor terdapat masalah keperawatan gangguan persepsi sensoris

5. B4 (Bladder/perkemihan)

Kebersihan bersih, terpasang kateter, Jumlah urin yang keluar : 1000 cc per 24 jam, tidak ada distensi kandung kemih, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, warna kuning pekat.

6. B5 (Bowel/pencernaan)

Keadaan mulut bersih, membran mukosa lembab, tidak ada stomatitis, gusi merah muda, tidak terdapat edema, lidah merah muda, faring merah muda, tidak terdapat lesi ataupun hiperemi, bentuk perut supel, tidak ada gangguan menelan, porsi makan habis 1/2 porsi 3 kali sehar, tidak terdapat

nyeri abdomen, mual (-) dan muntah (-), jenis nasi tim lunak, tidak terpasang NGT,

7. B6 (Muskuloskeletal & Integumen)

Warna kulit putih, pasien mobilisasi terbatas karena terpasang TPM di paha kanan, akral hangat, pasien mengeluh lelah, merasa lemah, merasakan tidak nyaman setelah beraktifitas terdapat masalah keperawatan intoleransi aktifitas.

8. Kognitif perseptual-psiko-sosio-spiritual

Persepsi terhadap sehat sakit: Pasien menyadari kalau dirinya sakit pasien harus banyak beristirahat, gambaran diri pasien menyukai semua anggota tubuhnya, ideal diri pasien berharap agar sakitnya ini tidak semakin parah dan bisa pulang ke rumah, harga diri pasien mengatakan tidak malu terhadap penyakitnya karena merupakan cobaan dari Tuhan, peran diri pasien adalah seorang ibu rumah tangga yang memiliki 5 orang anak, identitas diri pasien adalah seorang perempuan berusia 78 tahun, kemampuan berbicara suara pasien kurang jelas, bahasa sehari-hari bahasa Indonesia, kemampuan adaptasi terhadap masalah kurang, ansietas pasien mengalami ansietas, pasien mengatakan ingin pulang ke rumah terdapat masalah ansietas.

### 3.1.3 Pemberian Terapi Obat

**Table 3.1 Pemberian Terapi Obat**

Terapi	Rute	Dosis	Kegunaan
Inj. Lasix	IV	1 x 1	Untuk membuang cairan berlebih dalam tubuh untuk mengurangi pembengkakan yang terjadi pada penyakit gagal jantung, penyakit hati dan penyakit kronis lainnya.
Spironolactone	IV	1x2,5 mg	Untuk mencegah serangan jantung, Obat ini juga dapat digunakan dalam pengobatan gagal jantung, hipokalemia, sirosis, edema, atau kondisi ketika tubuh terlalu banyak memproduksi hormon aldosterone (hiperaldosteronisme).
Xarelto	Tab	1x 10 mg	Untuk menurunkan resiko stroke dan emboli sistemik, merupakan obat antikoagulan yang digunakan pada pasien riwayat stroke dengan fibtilasi atriu.
Candesartan	Tab	1x 16 mg	Untuk mengobati tekanan darah tinggi Obat ini bekerja dengan cara menghambat pengikatan angiotensin II ke reseptor AT1 pada jaringan tubuh.
Amlodipin	Tab	1x5 mg	Untuk menurunkan tekana darah tinggi bisa dikonsumsi sebagai obat tunggal atau dikombinasikan dengan obat lain
Diazepam	Tab	1x 5 mg	Untuk mengatasi ansietas yang berfungsi untuk menenangkan selama beberapa jam.

### 3.1.4 Hasil Laboratorium

**Table 3.2 Hasil Laboratorium**

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hematomegali			
3 Juni 2021			
Eritrosit	5.38	$10^6/\mu\text{L}$	3.50-47.0
MCV	75.0	fml/cell	80-100
MCH	24.2	pg	26-34
PCT	0.273	$10^3/\mu\text{L}$	1.08-2.82
Homeostatis			
PT	19.7	detik	11-15

### 3.2 Analisa Data

**Table 3.3 Analisa Data**

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p><b>DS:</b></p> <p>1 Pasien mengeluh badan lemas semua</p> <p><b>DO:</b></p> <p>1 Fisik pasien terlihat lemah</p> <p>2 Kekuatan otot</p> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\begin{array}{r l} 5555 &amp; 5555 \\ \hline 1111 &amp; 4444 \end{array}</math> </p> <p>3 Terpasang TPM di paha kanan</p>	Kelemahan	Intoleransi aktivitas SDKI D.0056 Hal 128
2	<p><b>DS:</b> pasien mengatakan ingin pulang ke rumah bertemu dengan anak, cucu dan mennatu. Sulit berkonsentrasi</p> <p><b>DO:</b></p> <p>1 Pasien sulit tidur</p>	Ancaman terhadap kematian	Ansietas SDKI D.0080 Hal 180

	2 Pasien tampak gelisah		
3	Faktor resiko 1 Demensi 2 Usia $\geq$ 65 tahun 3 Kekuatan otot menurun		Risiko jatuh SDKI D. 0143 Hal 306

### 3.3 Perencanaan


**Table 3.4 Perencanaan**








No	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)
1	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan SDKI D.0056 Hal 128	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 jam maka intoleransi aktivitas meningkat	Toleransi aktivitas (L.05047) SLKI Hal :149 1 Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 2 Keluhan lelah menurun	<b>Managemen energi</b> <b>SIKI 1.05178 Hal : 176</b> Observasi 1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2 Monitor kelelahan fisik dan emosional 3 Monitor pola dan jam tidur Terapeutik 4 Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus 5 Lakukan latihan gerak aktif/pasif Edukasi 6 Anjurkan tirah baring Kolaborasi 7 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk cara meningkatkan asupan makanan
2	Ansietas berhubungan dengan ncaman terhadap kematian SDKI D.0080 Hal 180	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 jam maka tingkat ansietas menurun	Tingkat ansietas SLKI hal 132 L.09093 1 Perilaku gelisah menurun 2 Keluhan pusing menurun 3 Pola tidur membaik	<b>Reduksi ansietas</b> <b>SIKI 1.09314 Hal: 387</b> Observasi 1 Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) 2 Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan Terapeutik 3 Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian







				<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4 Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>5 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6 Latih teknik relaksasi</li> <li>7 Kolaborasi pemberian obat antiasientas (diazepam tab 1x5mg).</li> </ol>
3	Risiko jatuh SDKI D. 0143 Hal 306	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 jam maka tingkat jatuh menurun	<p>Tingkat jatuh SIKI hal 140 L.14138</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Jatuh dari tempat tidur menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan jatuh</b> <b>SIKI 1.14540 Hal 279</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Identifikasi faktor resiko jatuh (Demensi,Usia <math>\geq</math> 65 tahun, Kekuatan otot menurun)</li> <li>2 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>4 Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>6 Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</li> </ol>

### 3.4 Tindakan keperawatan dan Catatan Perkembangan

Table 3.5 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

Hari/Tgl	No diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
Kamis, 3 Juni 2021	1,2,3	16.30	Membina hubungan saling percaya dengan pasien : menguapkan salam		<p><b>DX 1: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</b> S:Pasien mengeluh badan masih lemas semua O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Fisik pasien terlihat lemah</li> </ol>
	1	16.45	Mengidentifikasi gangguan		

			fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan		2 Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5555 & 5555 \\ \hline 0000 & 4444 \end{array}$
1,2,3	17.00	Monitoring vital sign TD : 133/68 mmHg RR: 20 kali/menit dengan O <sub>2</sub> nasal 4 lpm Nadi : 64 kali/mnt Suhu 36,3°C		3 Gerakan terbatas pada kkai kanan 4 TD: 133/68 mmHg 5 Nadi : 64 kali/mnt A: masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5	
1	17.30	Melakukan latihan gerak pasif		<b>DX 2: Ansietas berhubungan dengan ncaman terhadap kematian</b> S: pasien mengatakan ingin pulang ke rumah O:	
1	17.50	Menganjurkan pasien untuk tirah baring		1 Pasien sulit tidur	
1,2,3	18.00	Menyuapi pasien untuk makan		2 Pasien tampak gelisah 3 RR : 20 kali/menit dengan O <sub>2</sub> nasal 4 lpm	
2	18.30	Mendengarkan keluhan pasien dan memberi obat amlodipin 1x 5 mg dan , Candesartan 1x16 mg, diazepam tab 1x5mg.		4 Nadi : 64 kali/mnt A: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7	
1,2,3	19.00	Monitor vital sign TD : 106/53 mmHg RR: 20 kali/menit dengan O <sub>2</sub> nasal 4 lpm Nadi : 72 kali/mnt Suhu 36,3°C		<b>DX 3: Risiko jatuh</b> S: pasien mengatakan ingin turun O: 1 Demensi 2 Usia ≥ 65 tahun 3 Kekuatan otot menurun 4 Pasien tampak ingin turun dari bed A: masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	

	3	19.25	Mengidentifikasi faktor resiko jatuh		1,2,3,4,5
	2	19.45	Mendengarkan penuh perhatian saat pasien mengungkapkan keluhan		
	3	19.50	Memastikan roda tempat tidur selalu terkunci		
	1,2,3	20.00	Monitor vital sign TD : 93/54 mmHg RR: 20 kali/menit dengan O <sub>2</sub> nassal 4 lpm Nadi : 73 kali/mnt Suhu 36,3°C		
	2	20.13	Melatih teknik relaksasi pada pasien		
	3	20.30	Menganjurkan memanggil perawata jika mmebutuhkan bantuan		



## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny.K dengan diagnosa medis Stroke Infrak dan penyakit jantung koroner di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan pada tanggal 3 Juni 2021. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Ny.K dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

##### **1 Identitas**

Data yang didapatkan, Ny.K berjenis kelamin perempuan, berusia 78 tahun, bekerja sebagai ibu rumah tangga. Berdasarkan prevalensi stroke pada penduduk paling banyak terjadi pada usia 75 tahun keatas dengan hasil 50,2 permil (Riskesdas,2018). Faktor resiko usia mempengaruhi kondisi kesehatan tubuh seseorang.

## 2 Keluhan utama dan riwayat penyakit

Keluhan utama adalah pasien mengeluh badanya lemas semua. Gejala yang sering terjadi pasien stroke Infrak biasanya mengalami nyeri kepala disertai gangguan bicara, kelemahan anggota gerak baik sebagian maupun seluruh bagian tubuh, tubuh tiba-tiba lemas tanpa diketahui penyebabnya dan itu sesuai dengan hasil pengkajian yang penulis lakukan (Muttaqin, 2011). Hal ini menyebabkan berbagai keterbatasan pasien mengalami keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari.

Riwayat penyakit Ny.K yaitu hipertensi semenjak 7 tahun yang lalu dan penyakit jantung koroner semenjak 5 tahun yang lalu. Menurut Ilsa & Triana (2019) mengatakan bahwa hipertensi merupakan faktor risiko utama terjadinya Stroke Infrak. Hal inilah yang memicu terjadinya Stroke Infrak dengan adanya riwayat penyakit dahulu hipertensi dan penyakit jantung koroner.

## 3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan dari beberapa masalah yang bisa di gunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun yang masih resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem seperti dibawah ini:

### 1. B1 (Breath/Pernapasan)

Pengkajian pemeriksaan didapatkan pada Ny.K Bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, menggunakan alat bantu napas (terpasang nasal

kanul 4 Lpm), tidak ada otot bantu napas, suara napas vesikuler, irama pola napas (ireguler), ada sesak napas, tidak ada ronki, tidak ada wheezing, tidak ada sianosis, RR 20 x menit. Penderita Stroke Infrak akan mengalami keluhan umum yang muncul yaitu seperti sesak napas karena terjadi penyumbatan suplai darah yang mengandung oksigen menjadi terganggu dan menyebabkan hipoksia (Linda, 2019). Ny. K masih menggunakan alat bantu napas agar tidak terjadi sesak napas.

## 2. B2 (Blood/Sirkulasi)

Bentuk dada simetris, denyut apex teraba, tidak ditemukan getaran/thrill, hasil perkusi pada jantung pekak, bunyi jantung S1S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak terdapat gallop, murmur, tidak ada nyeri dada, ictus cordis pada ICS ke V midclavicularline sinistra, TD: 133/68 mmHg, Nadi :64 x/menit CRT <2 detik. Menurut (Tarwoto, 2013) pengkajian pada system blood didapatkan renjatan yang sering terjadi pada pasien stroke Infrak. Tekanan darah biasanya akan terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masih (tekanan darah >200 mmHg). Ny. K sudah tidak mengalami hipertensi karena sudah mendapatkan pengobatan.

## 3. Persarafan B3 (Brain) Pengindera

Kesadaran pasien composmentis, GCS 4-5-6 (membuka mata dengan spontan, orientasi pasien penuh, respon motorik pasien baik), tidak ada kejang, tidak ada pusing, pasien mengalami demensia, adanya pupil pasien Isokor. Data American Heart Association (AHA) tahun 2015 menunjukkan

bahwa stroke Infark merupakan penyebab terjadinya demensia pada orang berusia lebih dari 60 tahun. Ny. K mengalami demensia dikarenakan mengalami penurunan daya ingat dan cara berpikir.

#### 4. B4 (Bladder)

Kebersihan bersih, terpasang kateter, Jumlah urin yang keluar : 100 cc dalam 3 jam, tidak ada distensi kandung kemih. Tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen. warna kuning pekat. Stroke Infrak mungkin juga akan mengalami inkontinensia urin sementara karena ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan mengendalikan kandung kemih yang dirasakan pasien Stroke Infrak (Ariani,2012). Selama dilakukan kateterisasi urin Ny.K tidak mengalami inkontenensia urin karena dikukur tiap 6 jam sekali oleh perawat jaga.

#### 5. B5 (Bowel)

Keadaan mulut bersih, membran mukosa lembab, tidak ada stomatitis, gusi merah muda, tidak terdapat edema, lidah merah muda, faring merah muda, tidak terdapat lesi ataupun hiperemi, bentuk perut supel, tidak ada gangguan menelan, porsi makan habis 1/2 porsi 3 kali sehar, tidak terdapat nyeri abdomen, mual (-) dan muntah (-), jenis nasi tim lunak, tidak terpasang NGT. Pada pasien yang menderita Stroke Infrak akan mengalami penurunan dalam menelan makanan dapat mengakibatkan terjadinya dehidrasi, malnutrisi bahkan pneumonia (lisa & sabri, 2019).

Ny.K pada proses menelan makanan tidak ada masalah bahkan saat proses menelan dan mengunyah makanan sangat baik.

#### 6. B6 (Muskuloskeletal & Integumen)

Warna kulit putih, pasien mobilisasi terbatas karena terpasang TPM di paha kanan,akral hangat, mengalami kelemahan otot pada kaki sebelah kanan. Kekuatan otot seseorang pada dasarnya dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin dan riwayat penyakit sebelumnya,Stroke Infrak menyebabkan kelemahan otot pada ektermitas atas maupun bawah (Stepanus & Hany). Ny.K mengalami kelemahan otot dikarenakan adanya alat TPM yang terpasang pada kakinya, hal ini membuat Ny.K sulit bergerak dan sulit beraktivitas diatas tempat tidur.

### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Masalah keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Masalah keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan pasien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang profesi perawat. Masalah keperawatan pada kasus ini meliputi Ketidakstabilan Intoleransi aktivitas kadar, ansietas dan risiko jatuh (SDKI, 2017).

#### 1 Intoleransi Aktifitas

Masalah keperawatan yang pertama adalah berhubungan dengan kelemahan (SDKI,2017). Mendefinisikan intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan

energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Masalah ini ditegaskan berdasarkan data yang muncul pada klien meliputi data subjektif yang didapatkan Ny.S mengatakan badannya terasa lemas. Data objektif didapatkan kekuatan otot menurun, terpasang TPM di paha kanan. Sekitar 88% pasien stroke Infrak memiliki gejala hemiparesis pada extremitas dapat menyebabkan berbagai keterbatasan sehingga pasien banyak mengalami ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari seperti berganti baju, makan, minum dan ke kamar mandi (Yanti Cahyati, 2015). Hal ini karena, extremitas sangat berperan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Menegakkan Intoleransi aktivitas sebagai diagnosa keperawatan prioritas yaitu Ny.K pada kasus ini mengalami kelemahan pada sebagian anggota gerakanya sehingga mengalami tingkat ketergantungan, hal ini tentunya akan mempengaruhi aktivitas sehari – hari, sehingga Ny.K membutuhkan bantuan keluarga dan perawat sampai keadaannya pulih dengan diimbangi program latihan ROM pasif secara rutin.

## 2 Ansietas

Masalah keperawatan yang kedua ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian (SDKI,2017). Mendefinisikan ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Masalah keperawatan ini ditegaskan berdasarkan data yang didapat meliputi data subjektif Ny.K mengatakan ingin pulang ke rumah bertemu dengan anak, cucu dan menantu, sulit berkonsentrasi. Data Objektif didapatkan Ny.K tampak gelisah dan sulit tidur. Ansietas merupakan

gangguan psikologi yang sering dialami pasien Stroke Infrak yang disebabkan oleh gangguan serebral atau merupakan aksi psikologis (Amila & Evarina, 2020). Menegakkan ansietas sebagai diagnosa keperawatan prioritas kedua yaitu Ny.K mengalami sulit tidur, gelisah selalu mengatakan ingin bertemu anaknya, menantunya dan cucunya dengan ini diperlukan juga pemberian kolaborasi obat diazepam untuk menurunkan ansietas pada Ny.K.

### 3 Risiko Jatuh

Masalah keperawatan yang ketiga Risiko jatuh (SDKI,2017). Mendefinisikan beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Masalah keperawatan ini ditegaskan berdasarkan data yang didapatkan meliputi faktor resiko yang ada di Ny.K, faktor resiko tersebut yaitu demensi, Usia  $\geq 65$  tahun, kekuatan otot menurun. Pasien stroke memiliki kemungkinan resiko jatuh yang tinggi karena kelumpuhan yang dimilikinya. Untuk itu perlu adanya penjagaan keselamatan dan keamanannya. Yang seperti kita tau , *Patient Safety* atau Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. (Ghea,2019). Menegakkan Risiko Jatuh sebagai diagnosa keperawatan prioritas ketiga yaitu Ny.K mengalami demensia, kekuatan otot menurun , usia sudah lebih dari 65 tahun, dan seringkali ingin turun dari tempat tidur, walaupun sudah di lakukan Re-stain.

### 4.3 Perencanaan

Pada diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan bertujuan untuk mengurangi kelemahan pada Ny.K dengan rencana tindakan membina hubungan saling percaya ini bertujuan agar terbinannya hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien, kemudian melakukan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur sediakan lingkungan yang nyaman dan lakukan latihan gerak pasif. mengajarkan latihan pasif pada pasien sangatlah penting untuk membantu pasien dalam meningkatkan aktifitas fisik.

Pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian bertujuan untuk menurunkan tingkat ansietas Ny.K dengan rencana tindakan memonitor tanda-tanda ansietas, temani pasien untuk mnegurangi kecemasan, memahami situasi yang membuat ansietas, jelaskan prosedur termasuk sesnsasi yang mungkin dialami, anjurkan mengungkapkan perasaan untuk bisa menurunkan rasa cemas yang dirasakan oleh Ny.K. dengan rencana tersebut kita bisa memantau kondisi Ny.K dan kita juga bisa melakukan tindakan kolaborasi dengan memberikan obat diazepam pada Ny.K.

Pada diagnosa keperawatan risiko jatuh bertujuan untuk menurunkan tingkat jatuh dari tepat tidur Ny.K dengan rencana tindakan identifikasi faktor resiko jatuh, hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien. Dengan adanya rencana tindakan tersebut kita juga bisa



melakukan restrain pada Ny.K jika masih ingin turun dari tempat tidur agar tidak terjadi hal yang tidak diinginkan.

#### **4.4 Pelaksanaan**

Pada diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan bertujuan untuk mengurangi kelemahan pada Ny.K dengan rencana tindakan membina hubungan saling percaya kemudiani melakukan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur sediakan lingkungan yang nyaman dan melakukan latihan gerak pasif . mengajarkan latihan pasif pada pasien sangatlah penting untuk membantu pasien dalam meningkatkan aktifitas fisik, menganjurkan pasien untuk melakukan latihan gerak pasif secara mandiri.

Pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian bertujuan untuk menurunkan tingkat ansietas Ny.K dengan rencana tindakan memonitor tanda-tanda ansietas, temani pasien untu mnegurangi kecemasan, memahami situasi yang membuat ansietas, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami, anjurkan mengungkapkan perasaan untuk bisa menurunkan rasa cemas yang dirasakan oleh Ny.K.

Pada diagnosa keperawatan risiko jatuh bertujuan untuk menurunkan tingkat jatuh dari tepat tidur Ny.K dengan rencana tindakan identifikasi faktor resiko jatuh, hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

#### **4.5 Evaluasi**

Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien belum teratasi karena belum sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu frekuensi nadi meningkat.

Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien belum teratasi karena belum sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu perilaku gelisah menurun, keluhan pusing menurun, dan pola tidur membaik

Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan risiko jatuh disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien belum teratasi karena belum sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu jatuh dari tempat tidur menurun.

Hasil evaluasi pada Ny.K masih ada yang belum sesuai dengan harapan karena ada masalah yang belum teratasi dan kondisi Ny.K belum cukup baik sehingga Ny.K belum bisa dianjurkan untuk KRS

## **BAB 5**

### **SIMPULAN**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada ,maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

#### **5.1 Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada Ny.K dengan diagnosa medis Stroke Infrak dan penyakit jantung koroner, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada saat pengkajian didapatkan data pasien mengalami Intoleransi aktifitas yang memiliki gejala hemiparesis pada extremitas bawah dapat menyebabkan berbagai keterbatasan sehingga pasien banyak mengalami ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari
2. Diagnosa keperawatan pada pasien yang muncul yaitu intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian dan risiko jatuh.
3. Perencanaan disesuaikan dengan intervensi utama dan pendukung pada setiap diagnosis yang diangkat yaitu pada diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan bertujuan untuk mengurangi kelemahan pada Ny.K dengan rencana tindakan membina hubungan saling percaya, melakukan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan emosional.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan dengan membina hubungan saling percaya, melakukan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan emosional, mengkolaborasikan dengan tim kesehatan yang lain.
5. Hasil evaluasi pada Ny.K masih ada yang belum sesuai dengan harapan karena ada masalah yang belum teratasi dan kondisi Ny,S belum cukup baik sehingga Ny.K belum bisa dianjurkan untuk KRS.

## 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

- 1 Bagi peneliti hasil penelitian ini dapat menjadi acuan bagi peneliti berikutnya yang akan mengambil studi kasus tentang asuhan keperawatan pada pasidengan dengan diagnosa medis *stroke infrak* dan penyakit jantung koroner. Untuk mencapai hasil keperawatan yang lebih baik diharapkan sangat diperlukan hubungan yang baik antara tim kesehatan yang , keluarga dan pasien.
- 2 Bagi profei lain dengan adanya penelitian ini diharapkan mambu memberi wawasan dan pemahaman yang baik tentang asuhan keperawatan pada pasien *stroke infrak* dan penyakit jantung koroner .

## DAFTAR PUSTAKA

- Amila, & Sembiring, E. (2020). Slow Stroke Back Massage (SSBM) dan kecemasan stroke. *Jurnal Teknologi, Kesehatan Dan Ilmu Sosialsial*, 2(2).
- Antara, K., & Neutrofil, R. (2019). Korelasi antar rasio neutroofil limfosit dengan volume infrak serebri pada penderita stroke iskemik akut. *Neurona*, 36(4).
- April, A. T. (2012). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bouziana, & Tziomalos. (2014). Predictive Value Of the ankle brachial index in patients witf acute ischemic stroke. *Vasa*, 43–61.
- Esther. (2011). *Patofisiologi Aplikasi Pada Praktik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Ginting, G. K. A. (2019). *Tugas perawat dalam menerapkan keselamatan pasien stroke dirumah sakit*.
- KEMENKES. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia 2017*.
- Nurarif, & Kusuma. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda*. Jogjakarta: mediAction.
- Nurdiana, L. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik di ruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Poltekeskmenkes Kalimantan Timur*.
- RISKESDAS. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*.

- Sari, L. M., & Rafdinal, S. (2019). Pengaruh Hipnoterapi Terhadap Kemampuan Menelan Pada Pasien Stroke Iskemik. *Jurnal Kesehatan Perintis (Perintis's Health Journal)*, 6(2), 127–133.
- Setiadi. (2016). *Dasar – Dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Setiawan, L., & Hartiti, T. (2020). Penatalaksanaan Ketergantungan pada Pasien Stroke. 1–6. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5510>
- Sudoyo. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Interna Publishing.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah (ganggaun sistem persyarafan)*. jakarta: CV Sagung Seto.

## LAMPIRAN 1

### SOP PEREKAMAN ELEKTROKARDIOGRAFI

	<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>	STIKES Hang Tuah Surabaya	<b>Tgl</b> Pembuatan : 3 Juni 2021
Kode SOP : 0060	<b>PEREKAMAN ELEKTROKARDIOGRAFI</b>		<b>Tgl</b> Refisi: -
<b>PENGERTIAN</b>	Rekaman elektrokardiografi merupakan catatan kegiatan listrik jantung yang dapat diinterpretasikan untuk menegakkan diagnosis dan evaluasi efek pemberian terapi		
<b>TUJUAN</b>	Sebagai acuan penerapan langkah dalam pembuatan rekaman elektrokardiografi		
<b>INDIKASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Penyakit jantung koroner (IMA dan Angina)</li> <li>2 Disritmia jantung</li> <li>3 Ketidakseimbangan elektrolit</li> <li>4 Penyakit inflamasi pada jantung</li> <li>5 Pembesaran jantung</li> <li>6 Setelah pemberian obat-obat jantung, misal: digitalis (lanoxin) dan tricyclik antidepresan</li> </ol>		
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Alat perekam EKG</li> <li>2 Kabel electrode 12 lead</li> <li>3 Pata/ jely</li> <li>4 Tisu pembersih</li> </ol>		

<p><b>PROSEDUR</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Alat didekatkan pada sebelah kanan atau kiri pasien</li> <li>2 Beri informasi pada pasien tentang pemeriksaan yang akan dilakukan</li> <li>3 Siapkan lingkungan, penyekat ruangan apabila perlu terutama pasien perempuan</li> <li>4 Pasang kabel power ke listrik, nyalakan alat perekam EKG</li> <li>5 Buka pakaian bagian atas pasien</li> <li>6 Berikan jely pada tempat-tempat yang merupakan sandapan EKG: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tangan kanan (untuk warna merah)</li> <li>b. Tangan kiri (untuk warna kuning)</li> <li>c. Kaki kiri (untuk warna hijau)</li> <li>d. Kaki kanan (untuk warna hitam)</li> <li>e. V1: daerah intercostae keempat parasternal kanan</li> <li>f. V2: daerah intercostae keempat parasternal kiri</li> <li>g. V3: daerah intercostae kelima antara V2 dan V3</li> <li>h. V4: daerah intercostae kelima garis tengah kalvikula</li> <li>i. V5: daerah intercostae kelima garis axilla anterior</li> <li>j. V6: daerah intercostae kelima garis tengah axilla</li> </ol> </li> <li>7 Hubungkan tiap-tiap letak sandapan tersebut dengan electrode yang sesuai</li> <li>8 Sebelum merekam lead, buatlah rekaman kalibrasi</li> <li>9 Setelah selesai merekam, bersihkan lead dan tubuh pasien dari sisa-sisa jely, kembalikan electrode dan alat EKG ke tempatnya.</li> </ol> <p>Perhatian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Selama proses merekam sebaiknya pasien rileks dan tidak bergerak</li> <li>2 Kedua ekstermitas bawah tidak boleh saling menempel</li> </ol>
------------------------	---



<b>EVALUASI</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1 Mencuci tangan</li><li>2 Bereskan peralatan</li><li>3 Salam terapeutik</li></ol>
<b>DOKUMENTASI</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1 Tanggal dan jam pembuatan</li><li>2 Nama, umur, dan no, register pasien</li><li>3 Tempelkan hasil rekaman di dokumen pasien</li></ol>