

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.S DENGAN STROKE
NON HEMORAGIK DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS KAMBANG
2018**



Oleh :

RISNAHAYANI

1714401145

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN PERINTIS
PADANG
2018**

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : RISNAHAYANI
NIM : 1714401145
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Stroke Non
Hemoragik di Wilayah Kerja Puskesmas Kambang 2018

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan dewan penguji Program Studi D III Keperawatan STIKES Perintis Padang

Padang Juli 2018

Pembimbing

Ns.Vera Sesrianty, M.Kep

NIK. 1440 0102 1109 9052

Mengetahui,

Ka.Prodi DIII Keperawatan
STIKES Perintis Padang

Ns. Endra Amalia, S.Kep M.Kep
NIK1420 1231 0699 3012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : RISNAHAYANI
NIM : 1714401145
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Stroke Non
Hemoragik di Wilayah Kerja Puskesmas Kambang

Karya Tulis Ilmiah telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji studi kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKES Perintis Padang.

Dewan Penguji

Penguji I

Ns. Dia Resti DND. M.Kep
NIK 1420 1080 2861 1071

Penguji II

Ns.Vera Sesrianty, M.Kep
NIK 1440 0102 1109 9052

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayah-Nya kepada kita semua, sehingga berkat karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan tugas akhir karya ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik pada Ny.S di Wilayah Kerja Puskesmas Kambang Tahun 2018”**. Dalam penyusunan tugas ini penulis tidak lupa mengucapkan terima kasih banyak pada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan tugas akhir karya ilmiah ini sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan ini. Tidak lupa juga kami ucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Ketua STIKES Perintis Padang Yendrizal Jafri, S.Kp. M.Biomed
2. Ibu Ns. Endra Amalia M.Kep KA Prodi DIII Keperawatan Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
3. Pembimbing Akademik Ns.Vera Sesrianty, M.Kep yang telah banyak memberi masukan dan dorongan semangat serta meluangkan waktu untuk memberikan petunjuk dalam pembuatan tugas ini
4. Ibu Kepala Puskesmas Kambang Elza Sumitra, SKM beserta staf yang telah memberi izin dinas di Puskesmas Kambang.
5. Bapak/Ibu petugas di Puskesmas Kambang, yang telah memberikan banyak ilmu dan membimbing selama menjalani praktek.

Tiada gading yang tidak retak, demikian pula dengan penulisan karya ilmiah ini, penulis menyadari bahwa tugas ini masih jauh dari kesempurnaan. penulis akan sangat berterima kasih dan menerima dengan senang hati masukan,

kritik dan saran dari pembaca untuk menyempurnakan tugas karya ilmiah ini.
Harapan penulis semoga tugas ini bermanfaat bagi kita semua dan semoga amal
kebaikan kita semua dibalas oleh Allah SWT amin.

Padang, Juli 2018

RISNAHAYANI

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.S DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS KAMBANG
2018
(Risnahayani,2018,100 Halaman)**

ABSTRAK

Latar Belakang: Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang di akibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak. Data yang ditemukan di Puskesmas Kambang meningkat tiap tahunnya,Tahun 2017 ditemukan kasus stroke 36 orang

Metode: Penulis menggunakan metode Deskripsi, adapun sampelnya adalah Klien S, Data ini diperoleh dengan cara yaitu: wawancara, pemeriksaan,observasi,memperoleh catatan dan laporan diagnostik, bekerja sama dengan tim medis dan keluarga.

Hasil: Setelah Dilakukan Tindakan Keperawatan selama 3 kali pertemuan diagnosa yang muncul yaitu: Ketidakefektifan perpusi jaringan selebral, Hambatan mobilitas fisik, nyeri akut. Dalam implementasi sebagian besar telah sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan.

Kesimpulan: Kerjasama antar tim kesehatan, pasien dan keluarga sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien, sehingga masalah keperawatan pasien mengenai Ketidakefektifan perpusi jaringan selebral, Hambatan mobilitas fisik, nyeri akut dapat dilaksanakan dengan baik dan sebagian masalah dapat teratasi sebagian

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.S DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS KAMBANG
2018
(Risnahayani,2018,100 Halaman)**

ABSTRAK

Backgrounds: Stroke is a loss of brain function caused by the cessation of blood supply to the brain. The data found in the Kambang Health center increases every year. In 2017 found 36 cases of stroke.

Method: the author uses the description method. As for the sample, the client is S. This data is obtained by means of interviews, examinations, observations, obtaining diagnostic records and collaborate with medical and family teams.

Results: after nursing action for three meetings, the diagnosis that arises is the ineffectiveness of the cerebral tissue perfusion, physical mobility barriers, acute pain, in implementation most of them are in accordance with the planned action plan

Conclusion: Cooperation between health teams, patients and families is necessary for the success of nursing care in patients, so that the patient's nursing problem regarding the ineffectiveness of the cerebral tissue distribution, physical mobility barriers, acute pain can be carried out properly and some problems can be partially resolved

DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
COVER	i
LEMBARAN PERSERTUJAN	ii
LEMBARAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK (Bahasa Indonesia)	vi
ABSTRAK (Bahasa Inggris)	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	5
1.2.1 Tujuan Umum.....	5
1.2.2 Tujuan Khusus.....	5
1.2 Manfaat	
1.3.1 Bagian Teoritis.....	6
1.3.2 Bagi praktik.....	7
1.3.3 Bagi Tempat Penelitian.....	7
BAB II TINJUAN TEORITIS	
2.1 Konsep Dasar.....	6
2.1.1 Pengertian	6
2.1.2 Anatomi.....	7
2.1.3 Etiologi.....	16
2.1.4 Patopisiologi.....	17
2.1.5 Manifestasi klinis.....	20
2.1.6 Komplikasi.....	20
2.1.7 Penatalaksanaan.....	21
2.2 Asuhan Keperawatan.....	24
2.1.1 Pengkajian.....	24

2.1.2	Diagnosa Keperawatan.....	27
2.1.3	Perencanaan/Intervensi.....	27
2.1.4	Pelaksanaan/Implementasi.....	30
2.1.5	Evaluasi.....	31
BAB III LAPORAN KASUS		
3.1	Pengkajian.....	44
3.2	Diagnosa.....	58
3.3	Intervensi.....	59
3.4	Implementasi.....	64
3.5	Evaluasi.....	64
BAB IV		
4.1	Pengkajian.....	82
4.2	Pembahasan Diagnosa Keperawatan.....	85
4.3	Intervensi.....	89
4.4	Implementasi.....	92
4.5	Evaluasi.....	95
BAB V PEMBAHASAN		
5.1	Kesimpulan.....	97
5.2	Saran.....	99
DAFTAR PUSTAKA		

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Pensyarafan.....	49
Tabel 1.2 Data Biologis.....	51
Tabel 1.3 Analisa Data.....	56
Tabel 1.4 Intervensi Keperawatan.....	59
Tabel 1.5 Implementasi dan evaluasi Keperawatan.....	64

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Dokumentasi Asuhan Keperawatan
- Lampiran 2 : Lembar Konsultasi
- Lampiran 3 : Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 4 : Surat Keterangan Pengambilan Data

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LatarBelakang

Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja(Mutaqqin, 2008)

Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang di akibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak (Baughman, C Diane.dkk, 2000). Menurut europen stroke initiative (2003), Stroke atau serangan otak (brain attack) adalah deficit neurologis mendadak susunan saraf pusat yang di sebabkan oleh peristiwa 2 iskhemik atau hemoragik. Sehingga stroke di bedakan menjadi dua macam yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik.

Pada stroke non hemoragik suplai darah kebagian otak terganggu akibat aterosklerosis atau bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah. Sedangkan pada stroke hemoragik, pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah normal dan menyebabkan darah merembes pada area otak dan menimbulkan kerusakan. Stroke non hemoragik, penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Misalnya suatu ateroma (endapanlemak) bisa terbentuk di dalam arterikarotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil.

Stroke menyerang dengan tiba-tiba. Orang yang menderita stroke sering tidak menyadari bahwa dia terkena stroke. Tiba-tiba saja, penderita merasakan dan mengalami kelainan seperti lumpuh pada sebagian sisi tubuhnya, bicara pelo, pandangan kabur, dan lain sebagainya tergantung bagian otak yang mana yang terkena. Dulu memang penyakit ini di derita oleh orang tua terutama yang berusia 60 tahun keatas, karena usia juga merupakan salah satu factor risiko terkena penyakit jantung dan stroke. Namun sekarang ini ada kecenderungan juga diderita oleh pasien di bawah usia 40 tahun.(Niken, 2012)

Penyakit stroke sebenarnya sudah tidak asing lagi bagi sebagian besar masyarakat. Hal ini diakibatkan oleh cukup tingginya insidensi (jumlah kasus baru) kasus stroke yang terjadi di masyarakat. Insidens stroke setiap tahun 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke. Sekitar lima juta menderita kelumpuhanpermanen. Dikawasan Asia tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke (WHO, 2010).

Badan Kesehatan Dunia memprediksi bahwa kematian stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih 6.000.000 pada tahun 2010 da 8.000.000 di tahun 2030. Amerika Serikat mencatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke. Tahun 2010 Amerika Serikat telah meghabiskan 73,7 US untuk membiayai tanggungan medis dan rehabilitasi akibat stroke (Siti.2015)

Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), diikuti DIY (10,3%). Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%). DIY (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil. Prevalensi penyakit Stroke pada kelompok yang didiagnosis cenderung meningkat seiring bertambahnya umur, tertinggi ≥ 75 tahun laki-laki (43,1%) dan perempuan (67,0%) (Riskesdes, 2013). Sedang prevalensi stroke non hemoragik pada tahun 2009 sebesar 0,09%, mengalami penurunan bila dibandingkan prevalensi tahun 2008 sebesar 0,11%. Prevalensi tertinggi adalah di Kota Surakarta sebesar 0,75%. Di Indonesia, setiap 1000 orang, delapan orang diantaranya terkena stroke (Depkes, 2011). Angka kejadian Stroke di Sumatera Barat meningkat tiap tahunnya, angka kejadian stroke di Pesisir Selatan tahun 2017 adalah 300 Orang, sedangkan tahun 2018 adalah sekitar 316 orang sedangkan angka kejadian Stroke di Puskesmas Kambang tahun 2015 adalah 41 orang, sedangkan tahun 2016 adalah 39 orang dan tahun 2017 adalah 36 orang, sedangkan data yang di temukan di Bulan April penyakit Stroke di puskesmas Kambang adalah 7 orang, Bulan Mei 7 orang, dan Juni 7 orang.

Berdasarkan penelitian Belah Lintang multi senter di 28 rumah sakit di Indonesia dengan subyek sebanyak 2065 orang pada tahun didapatkan gejala dan tanda klinis stroke non hemoragik yaitu gangguan motorik (90,5%), nyeri kepala,

gangguan visual, disartria, tidak sadar, gangguan sensorik, muntah, vertigo, tidak sadar, kejang, gangguan keseimbangan, disfasia, bruit dan migren. Sesuai dengan data yang ada terlihat jika hampir seluruh penderita penyakit stroke memiliki gangguan motorik. Walaupun terkadang terdapat pasien stroke yang tidak ditemukan gejala gangguan motorik (Steven, 2008).

Prognosis stroke dipengaruhi oleh sifat dan tingkat keparahan deficit neurologis yang dihasilkan. Usia pasien, penyebab stroke, gangguan medis yang terjadi bersamaan juga mempengaruhi prognosis. Secara keseluruhan, kurang dari 80% pasien dengan stroke bertahan selama paling sedikit 1 bulan, dan didapatkan tingkat kelangsungan hidup dalam 10 tahun sekitar 35%. Pasien yang selamat dari periode akut, sekitar satu setengah sampai dua pertiga kembali fungsi independen, sementara sekitar 15% memerlukan perawatan institusional. Di Indonesia, diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke, dan sekitar 25% atau 125.000 orang meninggal dan sisanya mengalami cacat ringan atau berat. Sebanyak 28,5% penderita stroke meninggal dunia, sisanya menderita kelumpuhan sebagian maupun total. Hanya 15% saja yang dapat sembuh total dari serangan stroke dan kecacatan (Yastroki, 2012).

Cara mengatasi masalah ini diperlukan strategi penanggulangan stroke yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative dengan menggunakan sistem asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan. Aspek promotif antara lain seperti tindakan penyuluhan tentang stroke, penyebab dan tanda gejala. Untuk tindakan preventif yaitu bisa

dilakukan dengan menyarankan kepada masyarakat supaya merupakan pola hidup sehat dan rajin cek tekanan darah. Tindakan kuratif yaitu penanganan stroke yang cepat, tepat dan akurat di rumah sakit yang maksimal dan untuk tindakan rehabilitasi yaitu pemulihan aktivitas pasca stroke yang bisa berkolaborasi dengan terapis(Siti, 2015).

Berdasarkan masalah perlu diberikan asuhan keperawatan yang tepat untuk mencegah terjadinya stroke berulang.

1.2. Tujuan

a. Tujuan umum

Melakukan dan menerapkan Asuhan Keperawatan Ny.”S” dengan Stroke Non Hemoragik di Wilayah Kerja Puskesmas Kambang tahun 2018.

b. Tujuan khusus

1. Memahami konsep asuhan keperawatan pada pasien stroke meliputi, defenisi, etiologi, patopisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang, pelaksanaan,dan asuhan keperawatan
2. Melakukan pengkajian pada Ny.S dengan Stroke Non Hemoragik di Puskesmas Kambang tahun 2018
3. Merumuskan diagnose keperawatan pada Ny.S dengan stroke Non Hemoragik di Puskesmas Kambang tahun 2018

4. Menyusun intervensi keperawatan pada Ny.S dengan stroke Non Hemoragik di Puskesmas Kambang tahun 2018
5. Melakukan implementasi keperawatan pada Ny.S dengan stroke Non Hemoragik di Puskesmas Kambang tahun 2018
6. Melakukan Evaluasi keperawatan pada Ny.S dengan stroke Non Hemoragik di Puskesmas Kambang tahun 2018
7. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan stroke Non Hemoragik di Puskesmas Kambang tahun 2018

1.3. Manfaat

a. Mamfaat Bagi Penulis

dapat menambah wawasan asuhan keperawatan terutama dalam penyakit stroke Non hemoragik

b. Manfaat teoritis

Menambah wawasan ilmu pengetahuan perawat tentang Stroke Non Hemoragik.

b. Manfaat praktis

1. Profesi keperawatan

Pengembangan dan sebagai masukan guna meningkatkan profesionalisme dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik sehingga tercipta mutu pelayanan keperawatan yang berkualitas.

2. Bagi instansi Pendidikan

a) STIKES Peritis Padang

1) Dosen prodi keperawatan

Bahan referensi dan bahan pertimbangan bagi tenaga pendidik tentang asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik guna meningkatkan mutu dan kualitas pendidikan di Prodi DIII Keperawatan STIKES Peritis Padang

2) Mahasiswa keperawatan

Bahan referensi bagi mahasiswa keperawatan, sehingga mahasiswa dapat memperoleh gambaran tentang asuhan keperawatan padapasien Stroke Non Hemoragik.

3. Bagi Tempat Peneliti

Bahan referensi dan bahan pertimbangan bagi tenaga kesehatan tentang asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik guna meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kambang

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1. Pengertian Stroke

Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin, 2008). Sedangkan menurut Smuster (2009)

stroke adalah kehilangan fungsi otak diakibatkan oleh berhentinya suplai darah sebagian otak, biasanya merupakan kulminasi penyakit serebrovaskuler selama beberapa tahun. Stroke merupakan sindrom klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita usia 45-80 tahun, umumnya laki-laki sedikit lebih sering terkena daripada perempuan (Rasyid, 2008).

Stroke hemoragik adalah stroke yang terjadi karena pembuluh darah di otak pecah sehingga timbul iskemik dan hipoksia di hilir. Penyebab stroke hemoragi antara lain: hipertensi, pecahnya aneurisma, malformasi arteri venosa. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun (Artiani, 2009).

Stroke non hemoragik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Muttaqin, 2008).

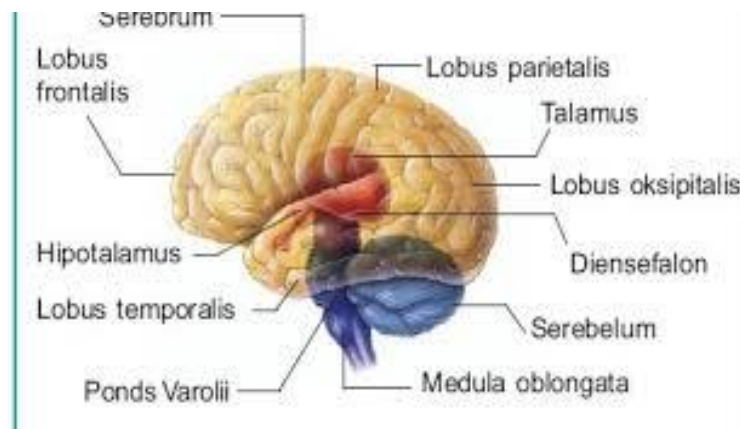
2.1.2 Anatomi Fisiologi Otak

Anatomi fisiologi otak menurut Syaifudin (2006) yaitu :

a. Otak

Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat pengontrol semua alat tubuh yang terdiri atas: serebrum, cerebellum, dan batang otak.

Gambar 1 : Anatomi otak



Sumber: Muttaqin (2008).

1) Serebrum

Merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur, mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Pada otak besar ditemukan empat lobus: lobus frontal, parietal, temporal, dan oksipital.

2) Cerebellum

Terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan diatas medulla oblongata.

3) Batang otak

- a) Diensefalon, merupakan bagian batang otak paling atas terdapat diantara serebelum dengan mesensefalon. Fungsi diensefalon adalah untuk mengecilkan pembuluh darah, membantu proses persarafan, mengontrol kegiatan reflek, dan membantu kerja jantung.
- b) Mesensefalon, atap dari mesensefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol keatas. Pons varoli, merupakan penghubung mesensefalon, pons varoli dan serebelum.
- c) Medulla oblongata merupakan bagian otak paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Selain itu masih ada lagi beberapa bagian dalam menjalankan fungsi otak antara lain :

(1) Meningen Adalah selaput yang membungkus otak dan sumsum tulang belakang, melindungi struktur saraf halus yang membawa pembuluh darah dan cairan sekresi (cairan serebrospinalis), memperkecil benturan atau getaran yang terdiri dari tiga lapisan.

(a) Durameter: selaput keras pembungkus otak yang berasal dari jaringan ikat tebal dan kuat.

(b) Arakhroid: merupakan selaput halus yang memisahkan durameter dengan piameter membentuk sebuah kantong atau balon berisi cairan otak yang meliputi seluruh susunan saraf sentral.

(c) Piameter: merupakan selaput tipis yang terdapat pada permukaan jaringan otak.

(2) Sistem ventrikel

Terdiri dari beberapa rongga dalam otak yang berhubungan dengan satu sama lainnya ke dalam rongga itu, menghasilkan cairan serebrospinal.

(3) Cairan serebrospinal

Adalah hasil sekresi pleksus koroid. Cairan ini bersifat alkali bening mirip plasma. Cairan ini saluran oleh pleksus koroid ke dalam ventrikel yang ada dalam otak, kemudian cairan masuk ke dalam

kanalis sumsum tulang belakang dan ke dalam ruang subaraknoid melalui ventrikularis.

b. Medula spinalis

Merupakan bagian susunan saraf pusat yang terletak di dalam kanalis vertebralis bersama ganglion radiks posterior yang terdapat pada setiap foramen intervertebralis terletak berpasangan kiri dan kanan. Dalam medulla spinalis keluar 31 pasang saraf, terdiri dari: servikal 8 pasang, torakal 12 pasang, lumbal 5 pasang, sakral 5 pasang dan koksigial 1 pasang.

c. Saraf Perifer

Saraf perifer terdiri dari saraf somatik dan saraf otonom. Saraf somatik adalah susunan saraf yang mempunyai peranan spesifik untuk mengatur aktivitas otot sadar atau serat lintang. Sedangkan saraf otonom adalah saraf - saraf yang bekerjanya tidak dapat disadari dan bekerja secara otomatis.

2.1.3. Klasifikasi Stroke

Gangguan peredaran darah otak atau stroke menurut Muttaqin (2008) diklasifikasikan menjadi :

a. Stroke hemoragik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak

tertentu. Biasanya terjadi saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa terjadi saat istirahat. Kesadaran klien biasanya menurun. Perdarahan otak dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Perdarahan intracranial

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak membentuk masa yang menekan jaringan otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, talamus, pons, dan serebelum.

2) Pendarahan subaraknoid.

Pendarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang sub struktur mengakibatkan nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemi sensorik, afasia, dan lain-lain). Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, merenggangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak juga

mengakibatkan pendarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Pendarahan subaraknoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia dan lain-lain).

b. Stroke non hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi pendarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.

2.1.4. Etiologi Stroke

Etiologi Stroke menurut Muttaqin (2008) adalah :

a. Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edem dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis sering kali

memburuk pada 48 jam setelah trombosis. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan trombosis otak :

- 1) Ateroklerosis
- 2) Hiperkoagulasi pada polisitemia
- 3) Arterisis (radang pada arteri)
- 4) Emboli

b. Hemoragi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga infark otak, odema dan mungkin herniasi otak.

c. Hipoksis umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah :

- 1) Hipertensi yang parah
- 2) Henti jantung-paru
- 3) Curah jantung turun akibat aritmia

d. Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah

- 1) Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subaraknoid
- 2) Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren

2.1.5. Patofisiologis

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerotik sering/ cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat berasal dari plak atherosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan; iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark

itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial menyebabkan herniasi otak. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia cerebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Muttaqin, 2008).

2.1.7. Manifestasi Klinis Stroke

Manifestasi klinis stroke menurut Mansjoer (2014) adalah :

a. Defisit Lapang Penglihatan

1) Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan).

Tidak menyadari orang atau obyek ditempat kehilangan, penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.

2) Kesulitan penglihatan perifer Kesulitan penglihatan pada malam hari, tidak menyadari obyek atau batas obyek.

3) Diplopia Penglihatan ganda

b. Defisit Motorik

1) Hemiparese

Kelemahan wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama. Paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan)

2) Ataksia

a) Berjalan tidak mantap, tegak.

b) Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.

3) Disartria

Kesulitan membentuk dalam kata.

4) Disfagia

Kesulitan dalam menelan.

d. Defisit Verbal

1) Afasia Ekspresif

Tidak mampu membentuk kata yang mampu dipahami, mungkin mampu bicara dalam respon kata tunggal.

2) Afasia Reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal.

3) Afasia Global

Kombinasi baik afasia ekspresif dan afasia reseptif

e. Defisit Kognitif

Pada penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrae buruk, perubahan penilaian.

f. Defisit Emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, perasaan isolasi.

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita stroke menurut Tarwoto (2007) adalah sebagai berikut:

a. Head CT Scan

Tanpa kontras dapat membedakan stroke iskemik, perdarahan intraserebral dan perdarahan subarakhnoid. Pemeriksaan ini sudah harus dilakukan sebelum terapi spesifik diberikan.

b. Elektro Kardografi (EKG)

Sangat perlu karena insiden penyakit jantung seperti: atrial fibrilasi, MCI (myocard infark) cukup tinggi pada pasienpasien stroke.

c. Ultrasonografi Doppler

Doppler ekstra maupun intrakranial dapat menentukan adanya stenosis atau oklusi, keadaan kolateral atau rekanalisasi. Juga dapat dimintakan pemeriksaan ultrasound khususnya (echocardiatic) misalnya: transthoracic

atau transoespagheal jika untuk mencari sumber thrombus sebagai etiologi stroke.

d. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan darah rutin

a) Darah perifer lengkap dan hitung petelet

b) INR, APTT

c) Serum elektrolit

d) Gula darah

e) CRP dan LED

f) Fungsi hati dan fungsi ginjal

2) Pemeriksaan khusus atau indikasi:

a) Protein C, S, AT III

b) Cardioplin antibodies

c) Hemocystein

d) Vasculitis-screnning (ANA, Lupus AC)

e) CSF

2.1.9. Pemeriksaan Fisik

Pada pasien stroke diperlukan pemeriksaan lain seperti tingkat kesadaran, kekuatan otot, tonus otot, pemeriksaan radiologi, dan laboratorium Rasyid (2008).

Pada pemeriksaan tingkat kesadaran dilakukan pemeriksaan yang dikenal sebagai Glasgow Coma Scale untuk mengamati pembukaan kelopak mata, kemampuan bicara, dan tanggap motorik (gerakan). Pemeriksaan tingkat kesadaran adalah dengan pemeriksaan yang dikenal sebagai Glasgow Coma Skale (GCS) menurut Tarwoto (2007) yaitu sebagai berikut:

a. Membuka Mata

- Membuka spontan : 4
- Membuka dengan perintah : 3
- Membuka mata dengan rangsang nyeri : 2
- Tidak mampu membuka mata : 1

b. Kemampuan Bicara

- Orientasi dan pengertian baik : 5
- Pembicaraan yang kacau : 4
- Pembicaraan yang tidak pantas dan kasar : 3
- Dapat bersuara, merintih : 2
- Tidak bersuara : 1

d. Tanggapan Motorik

- Menanggapi perintah : 6
- Reaksi gerakan lokal terhadap rangsang : 5
- Reaksi menghindar terhadap rangsang nyeri : 4
- Tanggapan fleksi abnormal : 3
- Tanggapan ekstensi abnormal : 2

Tidak ada gerakan : 1

Sedangkan untuk pemeriksaan kekuatan otot adalah sebagai berikut:

0 : Tidak ada kontraksi otot

1 : Terjadi kontraksi otot tanpa gerakan nyata

2 : Pasien hanya mampu menggeserkan tangan atau kaki

3 : Mampu angkat tangan, tidak mampu menahan gravitasi

4 : Tidak mampu menahan tangan pemeriksa

5 : Kekuatan penuh

Fungsi saraf kranial menurut Smeltzer (2006) adalah sebagai berikut:

a. Saraf Olfaktorius (N I) : Sensasi terhadap bau-bauan

b. Saraf Optikus (N II) : Ketajaman penglihatan dan lapang pandang

c. Saraf Okulomotorius (N III) : Mengatur gerakan kelopak mata, kontriksi otot pada pupil dan otot siliaris dengan mengontrol akomodasi pupil.

d. Saraf Toklear (N IV) : Gerakan ocular menyebabkan ketidakmampuan melihat ke bawah dan ke samping.

e. Saraf Trigemini (N V) : Sensasi wajah

f. Saraf Abduksen (N VI) : Mengatur gerakan-gerakan mata

- g. Saraf Fasial (N VII) : Gerakan otot wajah, ekspresi wajah, sekresi air mata dan ludah
- h. Saraf Vestibulokoklear (N VIII): Keseimbangan dan pendengaran
- i. Saraf Glosofaringeus (N IX) : Reflek gangguan faringeal atau menelan
- j. Saraf Vagus (N X) : Kontraksi faring, gerakan simetris dan pita suara gerakan simetris pallatum mole, gerakan dan sekresi visem torakal dan abdominal
- k. Saraf Aksesorius Spinal (N XI) : Gerakan otot stemokleidomastoid dan trapezius
- l. Saraf Hipoglosus (N XII): Gerakan lidah.

2.1.10. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

- 1) vasolidator meningkatkan aliran darah selebral (ADS) secara percobaan tetapi maknanya pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan
- 2) Dapat diberikan histamin, aminopilin, asetazolamid, papaverin intra arterial
- 3) Anti agregasi trombosit seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi trombosis yang terjadi sesudah ulserasi arteroma
- 4) pengobatan pembedahan tujuan utamanya memperbaiki aliran darah selebral
- 5) Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut
- 6) Ligasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Tujuan intervensi adalah berusaha menstabilkan tanda-tanda vital dengan melakukan tindakan sebagai berikut (Muttaqin, 2008) :

- a. Mempertahankan saluran nafas yang paten yaitu lakukan pengisapan lendir yang sering, oksigenasi, kalau perlu lakukan trakeostomi, membantu pernafasan.
- b. Mengendalikan tekanan darah berdasarkan kondisi pasien, termasuk untuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi.
- c. Berusaha menentukan dan memperbaiki aritmia jantung.
- d. Menempatkan pasien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin pasien harus dirubah posisi tiap 2 jam dan dilakukan latihan-latihan gerak pasif.
- e. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK
- f. Dengan meninggikan kepala 15-30 menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan,
- g. Pengobatan Konservatif
 - 1) Vasodilator meningkatkan aliran darah serebral (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya: pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan.
 - 2) Dapat diberikan histamin, aminophilin, asetazolamid, papaverin intra arterial.

- 3) Anti agregasi thrombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sesudah ulserasi arteroma.
 - 4) Anti koagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya/ memberatnya trombosis atau emboli di tempat lain di sistem kardiovaskuler.
- h. Pengobatan Pembedahan yang bertujuan utama adalah memperbaiki aliran darah serebral :
- 1) Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
 - 2) Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh pasien TIA.
 - 3) Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut
 - 4) Ujasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma

2.1.11. Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Setyanegara (2008) :

a. Komplikasi Dini (0- 48 jam pertama)

- 1) Edema serebri: defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial, herniasi, dan akhirnya akan menimbulkan kematian.
- 2) Infark miokard: penyebab kematian mendadak pada stroke

stadium awal.

b. Komplikasi Jangka Pendek (1-14 hari/7-14 hari pertama)

- 1) Pneumonia: akibat immobilisasi lama.
- 2) Infark miokard
- 3) Emboli paru: cenderung terjadi 7-14 hari pasca stroke, seringkali pada saat penderita mulai mobilisasi.
- 4) Stroke rekuren: dapat terjadi pada setiap saat.

c. Komplikasi Jangka Panjang

Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskuler lain: penyakit vaskuler perifer. Komplikasi yang terjadi pada pasien stroke, yaitu:

- 1) Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi.
- 2) Penurunan darah serebral
- 3) Embolisme serebral

Komplikasi stroke menurut (Tarwoto, 2007) adalah :

- 1) Hipertensi
- 2) Kejang
- 3) Peningkatan Tekanan Intrakranial (Tik)
- 4) Kontraktur
- 5) Tonus Otot Abnormal

6) Malnutrisi

7) Aspirasi

2.2. Asuhan Keperawatan

Proses Keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, manentukan diagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhankeperawatan yang telah diberikan dengan berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan pada setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan (Hidayat, 2007).

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan mengumpulkan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui permasalahan yang ada (Reeder, 2011).

Pengkajian pada pasien stroke menurut Smelzer, (2006) meliputi:

- a. Identitas klien
Berupaname,umur,alamat,jenis kelamin dll
- b. Alasan Masuk
- c. Riwayat kesehatan dahulu dan sekarang
- d. Riwayat kesehatan keluarga
- e. Pemeriksaan fisik

Kesadaran, TTV, Kepala, leher, thorak, kekuatan otot, intergumen, persyarafan

f. Data psikologis

Berupa data non verbal, data verbal, emosi, persepsi penyakit, konsep diri, adaptasi, mekanisme pertahanan diri.

g. Data sosial

Pola komunikasi, orang yang dapat memberi rasa nyaman, orang yang paling berharga pada pasien, hubungan dengan keluarga dan masyarakat

h. Data penunjang

i. Data pengobatan

Defisit Lapang Penglihatan

1) Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan).

Tidak menyadari orang atau obyek ditempat kehilangan, penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.

2) Kesulitan penglihatan perifer

Kesulitan penglihatan pada malam hari, tidak menyadari obyek atau batas obyek.

3) Diplopia

Penglihatan ganda

b. Defisit Motorik

1) Hemiparese

Kelemahan wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama. Paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan)

2) Ataksia

Berjalan tidak mantap, tegak. Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.

3) Disatria

Kesulitan membentuk dalam kata.

4) Disfagia

Kesulitan dalam menelan.

c. Defisit Verbal

1) Afasia Ekspresif

Tidak mampu membentuk kata yang mampu dipahami, mungkin mampu bicara dalam respon kata tunggal.

2) Afasia Reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal.

3) Afasia Global

Kombinasi baik afasia ekspresif dan afasia reseptif.

d. Defisit Kognitif

Pada penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, perubahan penilaian.

e. Defisit Emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, perasaan isolasi.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan yang muncul

Diagnosa keperawatan adalah sebuah label singkat yang menggambarkan kondisi pasien. Berisi tentang pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan, masalah aktual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya (Wilkinson, 2012).

Diagnosa keperawatan yang muncul menurut Mutaqqin (2008) yang sudah disesuaikan dengan NANDA (2015) pada pasien stroke, yaitu :

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan penyumbatan aliran arteri dan vena.
- b. Risiko kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan faktor mekanik (imobilitas fisik).
- c. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (penurunan sirkulasi ke otak, sistem muskuloskeletal lemah).
- d. Defisit perawatan diri : hygiene, mandi atau toileting yang berhubungan dengan kelemahan fisik.
- e. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan faktor fisiologis (disfungsi neuromuskular)
- f. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

- g. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmapuan makan

2.2.3. Perencanaan atau Intervensi

Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan yang membutuhkan berbagai pengetahuan dan keterampilan seperti pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan pasien, nilai dan kepercayaan pasien, batasan praktik keperawatan, peran-peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan dan bekerja sama dengan tingkat kesehatan lain (Reeder, 2011). Rencana tindakan pada pasien stroke menurut Nursing Outcome Classification (2015) dan Nursing Intervention Clasification (2015) adalah :

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan penyumbatan aliran arteri dan vena

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan penyumbatan aliran arteri dan vena	perfusi jaringan (serebral) Tekanan intrakranial Tekanan darah sistolik Tekanan darah diastolik Sakit kepala	Intervensi: manajemen edema serebral 1) Observasi keadaan umum dan tingkat kesadaran pasien 2) Monitor tanda-tanda vital

	Penurunan tingkat kesadaran	3) Dorong keluarga/orang penting untuk bicara kepada pasien 4) Berikan obat diuretik osmotik
--	-----------------------------	---

b. Risiko kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan faktor mekanik (imobilitas fisik).

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Risiko kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan faktor mekanik (imobilitas fisik).	Tujuan : NOC integritas jaringan : kulit & membrane mukosa 1. Suhu kulit 2. Perfusi jaringan 3. Pertumbuhan rambut padakulit 4. Integritas kulit	Intervensi : Manajemen tekanan 1) Berikan pakaian yang tidak ketat. 2) Letakkan bantalan busa polyurethane dengan cara yang tepat 3) Monitor mobilitas dan aktivitas pasien 4) Gunakan alat pengkajian risiko yang ada untuk memonitor faktor risiko pasien

		(misalnya, skalabraden)
--	--	-------------------------

c. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (penurunan sirkulasi ke otak, sistem muskuloskeletal lemah)

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (penurunan sirkulasi ke otak, sistem muskuloskeletal lemah)	<p>NOC : fungsi sensori</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. presepsi stimulasi kulit 2. ketajaman pendengaran 3. presepsi posisi kepala 4. presepsi posisi tubuh 5. perbedaan bau 6. Perbedaan rasa 7. Perbedaan ketajaman 	<p>Intervensi: peningkatan komunikasi: kurang bicara</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, volume dan diksi 2) Monitor proses kognitif dan fisiologi terkait dengan kemampuan bicara 3) Instruksikan pada pasien untuk bicara pelan 4) Kolaborasi bersama keluarga dan ahli terapis bahas patologis untuk mengembangkan rencana agar bisa berkomunikasi

		secara efektif 5) Ijinkan pasien untuk sering mendengar suara pembicaraan dengan cara tepat
--	--	--

d. Defisit perawatan diri : hygiene, mandi atau toileting yang berhubungan dengan kelemahan fisik

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Defisit perawatan diri : hygiene, mandi atau toileting yang berhubungan dengan kelemahan fisik	NOC: Status perawatan diri: 1. Mandi sendiri 2. Berpakaian sendiri 3. Menyiapkan makanan dan minuman untuk makan 4. Makan sendiri	Intervensi : bantuan memodifikasi diri 1) Puji alasan klien untuk berubah 2) Bantu pasien untuk mengidentifikasi tujuan spesifik untuk berubah 3) Bantu pasien dalam mengidentifikasi perilaku sasaran yang perlu dirubah serta untuk mencapai tujuan

		<p>yang diinginkan</p> <p>4) Jelaskan pada pasien mengenai fungsi dari tanda dan pemicu yang menyebabkan terjadinya perilaku</p> <p>5) Dorong pasien untuk memasang perilaku yang diinginkan dengan stimuli/ penanda yang ada</p>
--	--	---

e. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan faktor fisiologis (disfungsi neuromuskular)

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan faktor fisiologis (disfungsi neuromuskular)	<p>NOC: Status Pernapasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi pernapasan 2. Irama pernapasan 3. Kedalaman inspirasi 	<p>Intervensi :Monitor Pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas. 2) Catat pergerakan dada,

	<p>4. Suara auskultasi nafas</p> <p>5. Kepatenan jalan nafas</p> <p>6. Volume tidal</p> <p>7. Pencapaian tingkat insentif spirometri</p> <p>8. Kapasitas vital</p> <p>9. Saaturasi oksigen</p> <p>10. Tes faal paru</p>	<p>ketidaksimetrisan, penggunaan otot bantu pernafasan, dan retraksi otot supraclavicular.</p> <p>3) Monitor suara nafas tambahan</p> <p>4) Monitor pola nafas.</p> <p>5) Monitor saturasi oksigen.</p> <p>6) Monitor keluhan pasien tentang sesak nafas, termasuk kegiatan yang meningkatkan keluhan.</p>
--	---	--

f. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>Tujuan :</p> <p>NOC: Ambulasi</p> <p>1. Menopang berat badan</p> <p>2. Berjalan dengan</p>	<p>Intervensi : Pengaturan Posisi Neurologis</p> <p>1) Berikan posisi yang terapeutik</p> <p>2) Jangan berikan tekanan pada</p>

	langkah efektif	bagian tubuh yang terganggu.
	3. Berjalan dengan pelan	3) Topang leher dengan tepat.
	4. Berjalan dengan kecepatan sedang	4) Pertahankan posisi yang tepat saat mengatur posisi pasien.
	5. Berjalan menaiki tangga	5) Berikan tempat tidur yang tepat(tidak terlalu keras dan empuk)
	6. Berjalan menuruni tangga	6) Monitor kemampuan pasien saat terpasang penopang.
	7. Berjalan menanjak	7) Monitor keutuhan kulit di bawah korset.
	8. Berjalan menurun	8) Lakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas yang terganggu.
	9. Berjalan mengelilingi kamar	9) Ajarkan anggota keluarga untuk mengatur posisi pasien dan melakukan ROM dengan tepat

g. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmapuan makan

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmapuan makan	Tujuan : NOC Status Nutrisi 1. Asupan gizi 2. Asupan makanan 3. Asupan cairan 4. Energy 5. Resiko berat badan 6. hidrasi	Intervensi 1) menganjurkan makan yang tidak banyak garam 2) menganjurkan makan yang mengandung protein tinggi 3) menganjurkan makanan yang lunak 4) menghindari makanan yang mengandung lemak tinggi

2.2.4 Implementasi

Pelaksanaan adalah realisasi dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik (Nursalam, 2006). Jenis – jenis tindakan pada tahap pelaksanaan adalah :

a. Secara mandiri (independent)

Adalah tindakan yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya dan menanggapi reaksi karena adanya stressor.

b. Saling ketergantungan (interdependent)

Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerja sama tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter, fisioterapi, dan lain- lain.

c. Rujukan/ketergantungan (dependent)

Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dan profesi lainnya diantaranya dokter, psikiater, ahli gizi dan sebagainya.

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk mengukur respons pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan (Reeder, 2011). Perawat melaksanakan evaluasi sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dan terdapat 3 kemungkinan hasil, menurut Hidayat, A.(2007) yaitu:

a. Tujuan tercapai

Apabila pasien telah menunjukkan perubahan dan kemajuan yg sesuai dengan kriteria yang telah di tetapkan.

b. Tujuan tercapai sebagian

Jika tujuan tidak tercapai secara keseluruhan sehingga masih perlu dicari berbagai masalah atau penyebabnya.

c. Tujuan tidak tercapai

Jika pasien tidak menunjukkan suatu perubahan ke arah kemajuan sebagaimana dengan kriteria yang diharapkan.

BAB III
TINJAUAN TEORITIS

3.1. Pengkajian

3.1.1. IdentitasKlien

Nama/Inisial	: Ny.S
Umur	: 54 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status	: Kawin
Agama	: Islam
Pekerjaan	: PNS
Pendidikan	: SGO
Alamat	: Padang Marapalam
Penanggung Jawab	
Nama	: Tn.B
Umur	: 55 Tahun
Hubungan Keluarga	: Suami
Pekerjaan	: Nelayan

3.1.2. Alasan Masuk

3.1.3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengeluh anggota gerak kirinya mengalami kelemahan, bicaranya menjadi pelo, wajah terasa kaku, bibir mencong kekiri, wajah terlihat melorot, klien juga mengatakan aktivitas klien dibantu oleh keluarga. klien merasa sedikit pusing dan sakit kepala, klien terlihat meringis, klien tampak lemah, klien mengatakan sulit melakukan aktivitas sendiri sehingga dibantu oleh keluarga

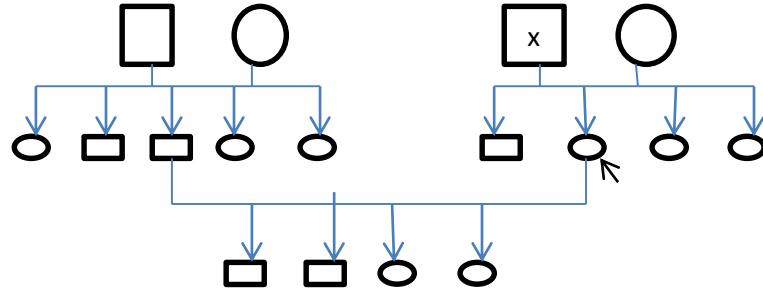
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien masuk rumah sakit + 3 tahun yang lalu dengan keluhan mengalami kelumpuhan anggota gerak sebelah kiri, bibir sulit untuk digerakkan, klien mengalami penurunan kesadaran, serta mengalami hipertensi. Keluarga klien mengatakan bahwa Ny.S tidak pernah mempunyai riwayat penyakit stroke sebelumnya. Namun keluarga klien mengatakan bahwa Ny.S memiliki riwayat Hipertensi + 15 Tahun yang lalu tapi tidak dikontrol.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga klien yang mengalami penyakit yang sama dengan klien.

Genogram



Keterangan:

- : Laki laki
- : Perempuan
- X : Meninggal
- ↖ : Klien
- : Hubungan Keluarga

3.1.4. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Compos Mentis

BB/TB : 55 Kg/158 cm

Tanda Vital : TD : 140/80 mmHg

Nadi: 80x/menit

Suhu : 36,5 Calsius

RR : 20x/menit

a. Kepala

- 1) Rambut : Rambut berwarna hitam beruban, kulit kepala cukup bersih, rambut tampak kusut dan lembab.
- 2) Mata : Matasimetris, skela tidak ikterik, konjungtiva anemis, pupil isokor, penglihatan sedikit kabur
- 3) Telinga : Simetris, tidak ada serumen yang keluar, tidak terdapat nyeri tekan dan benjolan
- 4) Hidung : Simetris, tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan
- 5) Mulut dan gigi : Tidak terdapat sariawan, gigitak cukup bersih, bibir tidak pecah, beberapa gigiada yang sudah copot

b. Leher

Trakea posisi digaris tengah, tidak teraba pembesaran kelenjer limpe

c. Thorak

1) Paru-paru

I : Pengembangan paru simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas

P : Taktil permitus sama antara kanan dan kiri

P : Sonor

A : Ronki (-), wheezing(-),gurgling(-)

2) Jantung

I : Ictus Cordis tidak tampak

P : Ictus Cordis teraba di RIC V

P : Pekak

A : BJ I-II regular, gallop (-)

d. Abdomen

I : Tampak Datar

A : Bising usus 20x/menit

P : Nyeri tekan (-)

P : Timpani

e. Punggung

Tidak ada keluhan

f. Ekstremitas

Atas : Kesemutan tidak ada, tidak edema, tidak nyeri, ekstremitas kiri terasa lemah, dan susah untuk bergerak

Bawah : Kesemutan tidak ada, tidak edema, tidak nyeri, ekstremitas kiri bawah terasa lemah, dan susah untuk bergerak

g. Genitalia

Tidak ada pembengkakan, dalam batas normal, kebersihan baik

h. Kekuatan Otot

555 | 333
 ————
 555 | 333

i. Integumen

Warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, capillary refill < 2 detik, decubitus tidak ada

j. Persyarafan

Saraf Cranial	Pemeriksaan	Hasil
Nervus I (Olfactorius)	Hidung Kanan	Baik, bias mencium bau
	Hidung Kiri	Baik, bias mencium bau
Nervus II (Opticus)	Mata Kanan dan kiri	Ketajaman penglihatan baik, lapang pandang baik, melihat warna baik
Nervus III (Okulomotoris)	Mata Kanan	Pupil, baik, isokor, reflek cahaya(+) Reflek (+)
	Mata kiri	
	Nistagmus	
Nervus IV	Mata kanan dan kiri	Pergerakan bola mata keatas dan

(Trochlearis)		kebawah baik
Nervus V (Trigeminus)	Membuka mulut, menguyah dan menggigit	Membuka leher, mampu menggerakkan, dan mampu menggigit
Nervus VI (Abducens)	Mata kanan dan kiri	Pergerakan mata lateral baik
Nervus VII (Facial)	Motoric mengenyitkan kening dan tersenyum	Mampu mengenyitkan kening pada kedua sisi wajah tapi sisi sebelah kiri tertinggal, sedangkan mulut sebelah kanan bisa di angkat sementara sebelah kiri tertinggal
Nervus VIII (Vestibulocochlearis)	Telinga kanan dan kiri	Dengan suara bisikan tidak terlalu jelas
Nervus IX (Glossopharyngeus)	Stimulasi pada tonsil pada paring	Reflek faring mengilang
Nervus X (Vagus)	Menelan dan bicara	Tidak mampu menelan ludah dengan baik dan bicara agak pelo
Nervus XI (Accessory)	Mengangkat bahu dan menoleh melawan tahanan	Mampu mengangkat bahu kanan namun yang kiri susah, mampu menoleh kedua arah
Nervus XII	Menjulurkan lidah,	Tidak terjulur, agak pendek

(hypeglosus)	menggerakkan lidah dari kanan ke kiri, mendorong kepipinya	kearah kanan, mampu menggerakkan dengan baik pada kedua arah
--------------	--	--

3.1.5. Data Biologis

Aktivitas	Sehat	Sakit
Makanan dan minuman		
Makan		
Menu	Nasi,sayur,lauk	Nasi,sayur,lauk
Porsi	1porisi	½ porsi
Makanan kesukaan	Gulai Ikan	Tidak Ada
Pantangan	Tidak Ada	Banyak Garam
Cemilan	Tidak Ada	Tidak Ada
Minum		
Jumlah	2 liter	1 liter
Minuman Kesukaan	Tidak Ada	Tidak Ada
Pantangan	Tidak Ada	Minum kopi
Eliminasi		
BAB		
Frekuensi	1x sehari	1x sehari
Warna	Kuning	Kuning

Bau	Khas	Khas
Konsistensi	Padat	Lembek
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
BAK		
Frekuensi	+1500	+1200
Warna	Kuning	Kuning
Bau	Pesing	Pesing
Konsistensi	Cair	Cair
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
Istirahat dan tidur		
Waktu tidur	21.00-05.00 WIB	21.00-03.00 WIB
Lama tidur	+ 10 Jam	- 10 Jam
Waktu bangun	Pagi hari	Tengah malam
Hal yang mempermudah bangun	terdengarAzan	Terdengar azan
Kesulitan tidur	Tidak Ada	Tirah baring tidak baik
Personal Hygiene		
Mandi	2x sehari	2x sehari
Cuci rambut	1x sehari	2x seminggu
Gosok gigi	2x sehari	2x sehari

Potong kuku	+ 2x seminggu	+ 1x sebulan
Rekreasi		
Hobby	Membersihkan rumah	Tidak Ada
Minat khusus	Tidak ada	Tidak Ada
Penggunaan waktu senggang	Membersihkan rumah	Membaca Al-Quran
Ketergantungan		
Merokok	Tidak Ada	Tidak Ada
Minuman	Tidak Ada	Tidak Ada
Obat-obatan	Tidak ada	Obat hipertensi

3.1.6. Riwayat Alergi

Klien Tidak ada riwayat alergi makanan maupun alergi obat-obatan

3.1.7. Data Psikologis

a. Prilaku Non Verbal

Sangat tenang, terlihat meringis

b. Prilaku Verbal

1) Cara menjawab : sedikit agak susah, agak pelo

2) Cara memberi Informasi : dibantu dengan isyarat

c. Emosi

Stabil

d. Persepsi Penyakit

Klien merasa penyakitnya susah untuk disembuhkan

e. Konsep Diri

Klien menerima kondisi fisiknya yang sedang sakit

f. Adaptasi

Klien menerima keadaannya saat ini

g. Mekanisme pertahanan Diri

Baik

3.1.8. Data Sosial

a. Pola Komunikasi

Pola komunikasi dua arah

b. Orang yang dapat memberi rasa nyaman

Klien sangat merasa nyaman berada diantara keluarga dan tetangganya

c. Orang yang paling berharga bagi pasien

Keluarga

d. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Baik

3.1.9. Data Spiritual

a. Keyakinan

Klien memeluk agama islam

b. ketaatan beribadah

Klien shalat 5x sehari

c. Keyakinan terhadap penyembuhan

klien merasasakitnya sulit disembuhkan

3.1.10. Data Penunjang

a. Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik

b. Pemeriksaan Diagnosis :

3.1.11. Data Pengobatan

Catopril 2x 25 mg (Kalau tekanan darah naik)

3.1.12 Analisa Data

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bicara pelo, klien mengatakan susah menggerakkan ekstremitas kiri• Klien mengatakan sakit kepala skala nyeri 5• Klien mengatakan kepalanya sedikit pusing <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bicara pelo• Kelemahan anggota gerak kiri	<p>Ketidak Efektifan Perfusi Jaringan Cerebral</p>	<p>Suplai darah dan O₂ ke otak menurun</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat meringis • Klien tampak lemah • TD: 140/80 mmHg,Nadi:80x/l,suhu:36,5C,RR:20x/i 		
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ekstremitas kiri sulit untuk digerakkan • Klien mengatakan sulit melakukan aktivitas sehingga diantu oleh keluarga <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemah • Ambulasi Nilainya 3 (cukup terganggu) • Pergerakan Nilainya 2 (Sangat terganggu) <p>Kekuatan otot ekstremitas kiri nilainya 333 (Nervus VII/Facial)</p>	<p>Hambatan</p> <p>Mobilitas Fisik</p>	<p>Defisit</p> <p>motoric gerakan inkoordinasi karena terdapat gangguan pada sereelum</p>
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kepala klien sakit • Klien mengatakan pusing 	<p>Nyeri Akut</p>	<p>Agen Injury</p> <p>Biologis</p>

DO:		
<ul style="list-style-type: none">• Skala nyeri 5• Klien tampak meringis• Klien tampak lemah• TD:140/80 <p>mmHg,N:80x/I,S:36,5C,RR:20x/i</p>		

3.2. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidak Efektifan Perfusi Jaringan Seleral b/d suplai darah dan O2 keotak menurun
2. Hamatan mobilitas fisik b/d deficit motoric gerak inkoordinasi karena terdapat gangguan pada selerum
3. Nyeri Akut b/d Agen injury biologis

BAB IV

PEMBAHASAN

Pembahasan dalam bab ini dimulai dari pengkajian sampai dengan pendokumentasian. Sehingga dapat diketahui adanya kesenjangan antara teori dengan pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan dalam kasus nyata. Selain itu juga dapat diketahui adanya faktor penghambat dan pendukung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan Ny. "S" dengan stroke non hemoragik.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian kepada pasien dengan menggunakan pendekatan kepada klien, keluarga dan tenaga kesehatan. Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 Juni 2018, dengan menggunakan metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi baik perawatan maupun medis. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, penulis menemukan adanya perbedaan antara data yang muncul menurut teori dan pada kasus nyata. Pengkajian pada Ny. "S" didapatkan data, pasien sulit berbicara, bicara pelo, dengan kesadaran *compos mentis*. Ketika dikaji pasien merasakan nyeri dikepala ataupun pusing dikepala. Keadaan umum pasien baik dengan hasil GCS normal yaitu total 15. Komunikasi verbal kurang baik, , bicara pelo, ada gangguan pada ekstremitas kiri susah digerakkan. Pasien tidak terpasang 110 Naso Gastric Tube (NGT) dan tidak terpasang Dower Cateter (DC).

a. Dari hasil pengkajian Ny.”S” data yang muncul sesuai teori Smeltzer, (2006) adalah :

1. Defisit verbal

Defisit verbal yaitu ketidakmampuan dalam menyusun kata-kata atau kalimat yang dapat dipahami oleh orang lain Smeltzer, (2006) Pasien tidak mengalami gangguan dalam berkomunikasi. Saat diajak ngobrol pasien tidak dapat menjawab dengan baik, bicara pelo. Pada pasien Ny.”S” mengalami gangguan komunikasi verbal karena ada tumpukan cairan pada lobus temporal yang berfungsi untuk mengatur respon bicara, karena area itu tertutup maka pasien mengalami gangguan pada pembentukan kata-kata.

2. Defisit motoric

Defisit motorik yaitu ketidakmampuan dalam menggerakkan ekstremitas bagian atas dan bawah diakibatkan kelemahan atau kelumpuhan Smeltzer, (2006) Kelemahan atau kelumpuhan terjadi karena ada pembuluh darah yang pecah sehingga terjadi penumpukan cairan pada otak mengakibatkan sirkulasi darah ke otak terganggu dan menyebabkan hipoksia otak. Terjadinya hipoksia di otak akan mempengaruhi fungsi lobus- lobus otak, salah satunya adalah lobus parietal yang berfungsi untuk mengatur gerakan. Saat dilakukan

pengkajian pasien sudah mengalami kelemahan ekstremitas kiri, dengan kekuatan otot 3.

b. Data yang muncul pada teori Smeltzer (2006) tetapi pada kasus Ny.”S“ tidak ditemukan yaitu :

1. Defisit kognitif.

Defisit kognitif yaitu ketidakmampuan mengingat jangka pendek dan jangka panjang, penurunan perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi dan perubahan penilaian (Smeltzer, 2006). Gangguan kognitif pada pasien stroke terjadi jika perdarahan atau penumpukan cairan di otak mengenai lobus frontal yang salah satu fungsinya untuk kemampuan kognitif dan daya ingat (memori). Data ini muncul tidak muncul di pasien, dibuktikan dengan saat pengkajian pasien dapat mengingat dengan baik.

2. Defisit lapang pandang

Defisit lapang pandang adalah kesulitan atau ketidakmampuan dalam menyadari obyek, penglihatan di malam hari dan penglihatan ganda (Smeltzer, 2006). Pasien Ny.”S” tidak mengalami kehilangan lapang pandang, penglihatan ganda atau kesulitan melihat di malam hari, hal ini disebabkan oedema yang terjadi pada serebral tidak mengenai lobus oksipital yang mempengaruhi syaraf optikus (penglihatan)

c. Data yang muncul pada Ny."S" tetapi tidak ada dalam teori Smeltzer, (2006) yaitu :

1. Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial sebagai potensial, awitan atau yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (NANDA, 2015). Diagnosa ini muncul karena Pasien mengeluh nyeri pada kepala, skala ringan 5, nyeri kadang, datang pada saat tiduran miring kanan/kiri, rasanya cekot-cekot .

Faktor pendukung yang penulis dapatkan selama pengkajian pasien kooperatif dalam menyampaikan masalahnya dan mau diajak bekerja sama. Faktor penghambat yaitu keterbatasan pengetahuan dari penulis mengenai asuhan keperawatan stroke non hemoragik. Untuk pemecahan masalah yaitu dengan menambah pengetahuan dari berbagai literatur yang membahas tentang stroke non hemoragik dan sistem persarafan.

4.2. Pembahasan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori yang ada menurut (Muttaqin, 2008) yang sudah disesuaikan dengan NANDA (2015) untuk kasus pasien stroke non hemoragik terdapat delapan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul. Setelah dilakukan pengumpulan

data pada Ny.”S” dan dilakukan analisa, penulis menemukan ada tiga diagnosa keperawatan yang muncul, 2 diagnosa keperawatan sesuai teori dan 1 diagnosa keperawatan tidak sesuai teori.

a. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.”S“ dan sesuai dengan teori Muttaqin (2008) yang sesuai dengan NANDA (2015) yaitu:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penyumbatan aliran arteri dan vena.

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral adalah penurunan oksigen yang mengakibatkan kegagalan pengiriman nutrisi ke jaringan serebral pada tingkat kapiler (NANDA, 2015). Diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral muncul karena adanya infark pada capsula interna di bagian kanan, sehingga perfusi jaringan yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat menjadi terganggu. Ini dibuktikan dengan hasil CT-scan : infark capsula interna dextra, atrophy cerebry, odema cerebri, tidak terdapat perdarahan.

2. Hambatan Mobilitas Fisik b/d deficit motoric gerakan inkoordinasi karena terdapat gangguan pada selerum

Defisit motorik yaitu ketidakmampuan dalam menggerakkan ekstremitas bagian atas dan bawah diakibatkan kelemahan atau kelumpuhan NANDA, (2015) Kelemahan atau kelumpuhan terjadi karena ada pembuluh darah yang pecah sehingga terjadi penumpukan cairan pada otak mengakibatkan sirkulasi darah ke otak terganggu dan menyebabkan hipoksia otak.

Terjadinya hipoksia di otak akan mempengaruhi fungsi lobus- lobus otak, salah satunya adalah lobus parietal yang berfungsi untuk mengatur gerakan. Ini dibuktikan dengan melihat kekuatan otot menurun.

b. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.”S” yang muncul tetapi tidak sesuai teori Mutaqqin (2008) yang sudah disesuaikan dengan NANDA (2015) adalah

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologis.

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial sebagai potensial, awitan atau yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (NANDA, 2015). Diagnosa ini muncul karena Pasien mengeluh nyeri pada leher, skala ringan 3, nyeri kadang, datang pada saat tiduran miring 115 kanan/kiri,rasanya cekot-cekot . Data inilah yang mendukung penulis mengangkat diagnose keperawatan nyeri akut.

c. Dignosa keperawatan yang ada pada teori Mutaqqin (2008) yang sudah disesuaikan dengan NANDA (2015), tetapi tidak muncul pada Ny.”S” :

1. Risiko kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan faktor mekanik (imobilitas fisik).

Resiko integritas kulit adalah rentan mengalami kerusakan epidermis dan/atau dermis yang dapat mengganggu kesehatan (NANDA, 2015).

Biasanya Bagian-bagian tubuh yang menonjol seperti Pantat, tulang skapula, dan tumit beresiko tinggi terjadi luka. Diagnosa ini tidak muncul pada pasien karena saat dilakukan pengkajian pasien bisa mobilisasi dengan mandiri dan ditandai kulit pasien bersih tidak ada luka terutama di tukang skapula dan pantat.

2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan faktor fisiologis (disfungsi neuromuskular).

Pertukaran udara inspirasi dan ekspirasi tidak adekuat (NANDA, 2015).

Pada pasien Stroke ketidakefektifan pola nafas terjadi karena adanya defisit penurunan neurologi yaitu penurunan kesadaran yang mengakibatkan pasien bedrest total, terjadi penurunan kemampuan batuk, dan akhirnya akan terjadi penumpukan sekret. Diagnosa ini tidak muncul pada pasien Ny."S" dikarenakan saat dilakukan pengkajian pasien tidak mengalami penurunan kesadaran. Selain itu dibuktikan RR= 20 kali/menit, keadaan pernafasan baik. Pasien tidak menggunakan bantuan oksigen.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmapuan makan .

Ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (NANDA, 2015). Penurunan nutrisi pada pasien Stroke terjadi karena adanya gangguan pada nervus vagus yang berfungsi untuk mengetahui adakah gangguan di kontraksi laring dan gerakan simetris pallatum mole. Diagnosa ini tidak muncul di pasien karena pasien tidak ada gangguan

nervus vagus ditandai status nutrisi pasien baik. Saat dilakukan pemeriksaan nervus, nervus Vagus tidak ada kesulitan dalam menelan.

4. Defisit perawatan diri : hygiene, mandi atau toileting yang berhubungan dengan kelemahan fisik

Defisit perawatan diri adalah hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas hygiene, mandi dan toileting secara mandiri (NANDA, 2015). Defisit perawatan diri pada pasien Stroke terjadi karena adanya gangguan mobilitas menurun. Diagnosa ini tidak muncul di pasien karena pasien tidak ada gangguan pada mobilitas pasien yang ditandai dengan pasien mampu makan, minum, toileting, berpakaian, secara mandiri.

4.3. Intervensi (Perencanaan)

Pada tahap perencanaan Asuhan Keperawatan Ny “S” dengan Stroke Non Hemoragik di Wilayah Kerja Puskesmas Kambang, penulis menggunakan hierarki maslow yaitu dengan melihat kebutuhan dasar manusia. Pada penentuan penulis menggunakan batasan waktu yang jelas, hal ini dimaksudkan untuk memudahkan kapan evaluasi proses dan hasil akan dilakukan. Pada kasus Ny “S” penulis menentukan semua rencana tindakan, hal ini dimaksudkan agar dalam pelaksanaan tindakan jelas tujuannya. Adapun prioritas masalah dalam studi kasus ini adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan suplai darah dan O₂ ke otak menurun, Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan deficit motoric gerakan inkoordinasi karena terdapat gangguan pada selerum, nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis. Tujuan ditulis

terdiri atas subyek, predikat kriteria, dan kondisi kriteria yang ditulis berupa kriteria waktu maupun kriteria hasil sehingga mudah dicapai pada waktu evaluasi. Rencana keperawatan untuk masing-masing diagnosa pada kasus ini disusun mengacu pada masalah atau respon utama pasien dengan tidak mengesampingkan perkembangan keadaan pasien.

a. Perencanaan keperawatan yang muncul pada Tn.”R “ dan sesuai dengan teori Muttaqin (2008) yang sesuai dengan (NIC & NOC, 2015) terdapat 2 diagnosa yaitu

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d suplai darah dan O₂ ke otak menurun

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan dapat efektif yang ditandai dengan kriteria hasil: NOC : Perfusion (serebral) adalah Tekanan sistol dan diastol dalam rentang normal 90/60-120/80, Tidak terjadi peningkatan TIK (mual, muntah, pusing), Tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran dan keadaan umum. Intervensinya: NIC: Manajemen edema serebral adalah Observasi keadaan umum dan tingkat kesadaran pasien, Monitor tanda-tanda vital, Berikan edukasi jika adanya peningkatan TIK (mual, muntah, pusing) ,Berikan obat diuretik osmotik

2. Hambatan Mobilitas Fisik b/d deficit motoric gerakan inkoordinasi karena terdapat gangguan pada selerum

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hambatan mobilisasi dapat teratasi yang ditandai dengan kriteria hasil, NOC : Hamatan moilitas Fisik, Aktivitas Klien Meningkat, Kemampuan Ambulasi meningkat, kemampuan mobilisasi meningkat, ditandai dengan kekuatan ototnya baik, intervensinya adalah NIC: Hamatan mobilitas fisik, Berikan posisi yang terapeutik , Jangan berikan tekanan pada bagian tubuh yang terganggu. Topang leher dengan tepat. Pertahankan posisi yang tepat saat mengatur posisi pasien. Berikan tempat tidur yang tepat (tidak terlalu keras dan empuk) Monitor kemampuan pasien saat terpasang penopang. Monitor keutuhan kulit di bawah korset. Lakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas yang terganggu. Ajarkan anggota keluarga untuk mengatur posisi pasien dan melakukan ROM dengan tepat

- b. Perencanaan keperawatan yang muncul pada Ny.”S” yang muncul tetapi tidak sesuai teori Mutaqqin (2008) yang sudah disesuaikan dengan (NIC & NOC 2015) terdapat 1 diagnosa yaitu :

1. Nyeriakut b/d agen injury biologis

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, nyeri berkurang dengan kreteria hasil : NOC : Kontrol nyeri. Sedangkan

Intervensinya adalah NIC : Manajemen nyeri adalah Kaji nyeri secara komperhensif meliputi,lokasi, karakteristik durasi, frekuensi Observasi non verbaldari ketidaknyamanan. Ajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam),Berikan neuro protection

4.4 Implementasi

Pembahasan Pelaksanaan Asuhan keperawatan pada Ny.”S” dengan Stroke Non Hemoragik di Wilayah Kerja Puskesmas Kambang dilaksanakan selama 3 hari lebih 5 jam. Waktu pelaksanaan asuhan keperawatan ini tidak sesuai dengan criteria waktu atau target dalam perencanaan asuhan keperawatan yang telah diprogramkan oleh penulis yaitu mulai dari tanggal 03 Juni 2016 sampai 07 Juni 2016. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini sesuai dengan rencana. Pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan realisasi dari rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan penulis menyesuaikan kondisi pasien, sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas Kambang, juga bekerjasama dengan pasien,dan keluarga dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini sehingga dapat melaksanakan sesuai target yang direncanakan. Pasien kooperatif, alat tersedia lengkap, keluarga pasien antusias mengikuti saran perawat, bekerjasama dengan tim medis dalam perawatan

a. Pelaksanaan yang muncul pada Ny.S dan sesuai dengan teori Muttaqin (2008) yang sesuai dengan (NIC & NOC, 2015) terdapat 2 diagnosa yaitu:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d suplai darah dan O₂ ke otak menurun

Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan dari diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral semua tindakan dapat dilaksanakan sesuai rencana yaitu selama 3 hari lebih 5 jam. Semua rencana yang dapat dilaksanakan yaitu: Observasi keadaan umum dan tingkat kesadaran pasien, Monitor tanda-tanda vital, Berikan edukasi jika adanya peningkatan TIK (mual, muntah, pusing), Berikan obat. Pelaksanaan dapat berjalan sesuai dengan rencana yang telah disusun, dalam hal ini terdapat factor pendukung yaitu pasien mampu memperbaiki tingkat kesadaran, keadaan umum meningkat, dan tidak terjadi tanda peningkatan TIK.

2. Hambatan Mobilitas Fisik b/d deficit motoric gerakan inkoordinasi karena terdapat gangguan pada selerum

Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan dari diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral semua tindakan dapat dilaksanakan sesuai rencana yaitu selama 3 hari lebih 5 jam. Semua rencana yang dapat dilaksanakan yaitu Hamatan mobilitas fisik, Berikan posisi yang terapeutik , Jangan berikan tekanan pada bagian tubuh yang terganggu. Topang leher dengan tepat. Pertahankan posisi

yang tepat saat mengatur posisi pasien. Berikan tempat tidur yang tepat (tidak terlalu keras dan empuk) Monitor kemampuan pasien saat terpasang penopang. Monitor keutuhan kulit di bawah korset. Lakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas yang terganggu. Ajarkan anggota keluarga untuk mengatur posisi pasien dan melakukan ROM dengan tepat

b. Pelaksanaan keperawatan yang muncul pada Ny. "S" yang muncul tetapi tidak sesuai teori Mutaqqin (2008) yang sudah disesuaikan dengan (NIC & NOC 2015) terdapat 1 diagnosa yaitu

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologis

Pelaksanaan rencana tindakan dari diagnose nyeri akut dapat dilaksanakan dalam waktu 3 hari lebih 5 jam, karena pasien kooperatif dalam pelaksanaan tindakan. Rencana yang dilaksanakan yaitu : Kaji nyeri secara komprehensif meliputi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, Observasi non verbal dari ketidaknyamanan, Ajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam), Kolaborasi pemberian Pelaksanaan dapat berjalan sesuai dengan rencana yang telah disusun.

4.5 Evaluasi

Berdasarkan pada pelaksanaan yang telah dilakukan, dari 3 diagnosa, didapatkan evaluasi hasil yaitu 1 diagnosa yang tercapai sebagian dan 2 diagnosa yang tercapai.

a. Diagnosa keperawatan yang tercapai sebagian terdapat 1 yaitu :

1. Hambatan Mobilitas Fisik b/d deficit motoric gerakan inkoordinasi karena terdapat gangguan pada selerum

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam tidak sesuai pada perencanaan yaitu pada saat dilakuan evaluasi hasil tujuan tercapai sebagian yaitu Aktivitas Klien Meningkat, Kemampuan Ambulasi meningkat, kemampuan mobilisasi meningkat, kekuatan ototnya belum membaik. Kriteria hasil pada ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri dan vena pada Ny "S" telah tercapai sebagian sesuai dengan indicator. Dibuktikan dengan indicator pengkajian awal 3, target 5, pencapaian 4. Tujuan yang belum tercapai ditandai dengan : pasien belum mampu melakukan mobilisasi dengan baik hal ini ditandai dengan kemampuan otot klien belum membaik.

b. Diagnosa keperawatan yang tercapai terdapat 2 yaitu :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d suplai darah dan O₂ ke otak menurun

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam sesuai pada perencanaan yaitu pada saat dilakukan evaluasi hasil tujuan tercapai yaitu Perfusi jaringan (serebral) adalah Tekanan sistol dan diastol dalam rentan normal 90/60-120/80, Tidak terjadi peningkatan TIK (mual, muntah, pusing), Tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran dan keadaan umum. Kriteria hasil Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral pada Ny "S" telah tercapai sesuai dengan indikator, tujuan tercapai ditandai dengan Perfusi jaringan (serebral) adalah Tekanan sistol dan diastol dalam rentan normal 90/60-120/80, Tidak terjadi peningkatan TIK (mual, muntah, pusing), Tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran dan keadaan umum

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologis

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam sesuai pada perencanaan yaitu pada saat dilakukan evaluasi hasil tujuan tercapai yaitu control nyeri baik. Kriteria hasil nyeri pada Ny."S" telah tercapai sesuai indikator, tujuan tercapai ditandai dengan klien berhasil menghilangkan nyeri.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Selama melakukan asuhan keperawatan pada Ny."S" dengan Stroke Non Hemoragi di Wilayah Kerja Puskesmas Kambang dari tanggal 03 Juli 2018 sampai dengan 07 Juli 2018, penulis mendapatkan pengalaman yang nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik, yang dimulai dari pengkajian, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian keperawatan.

a. Hasil Pengkajian yang dilakukan

Pengkajian pada Ny."S" dengan Stroke Non Hemoragik difokuskan pada pemeriksaan Neurologi, *Glascow Coma Skale* (GCS) dan kekuatan otot. Dan diperoleh data bahwa ditemukan kelemahan pada anggota gerak ekstremitas kiri. Sertaditemukan wajah mencongke kiri, bicara pelo, klien tampak meringis.

b. Hasil Diagnosa yang Ditemukan

Tahap penegakan diagnosa keperawatan dapat penulis simpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang ada dalam teori tidak semuanya muncul didalam kasus Ny."S" hal ini sangat tergantung pada kondisi pasien, penyebab kejadian, tanda dan gejala yang muncul, serta support sistem yang

berpengaruh pada pasien. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien ada 3 sesuai dengan pasien, 2 diagnosis sesuai teori yaitu Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dan hambatan mobilitas . 1 diagnosa yang tidak sesuai dengan teori yaitu nyeri akut

c. Intervensi

Perencanaan ditetapkan dengan merumuskan subjek, predikat, kriteria adalah SMART (*specific, measurable, achievable, realistic dan time limited*). Perencanaan untuk setiap diagnosa serta disesuaikan dengan 131 kebutuhan pasien, kondisi pasien, menyesuaikan dengan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit. Perencanaan sesuai teori.

d. Implementasi

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dengan beberapa modifikasi sesuai dengan kondisi pasien dan kondisi di rumah klien. Di samping itu penulis juga melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain yakni dokter, ahli gizi, dan keluarga dalam melaksanakan implementasinya. Implementasi dilakukan seharusnya 3 x 24 jam tetapi dilakukan 3 hari lebih 5 jam.

e. Evaluasi

Evaluasi hasil yang waktunya disesuaikan dengan perencanaan tujuan. Diagnosa keperawatan yang tercapai tujuannya yaitu ketidakefektifan

perpusi selebral berhubungan dengan suplai darah dan o₂ ke otak menurun dan nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologis. Diagnosa tercapai sebagian yaitu Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan deficit motoric gerakan inkoordinasi karena terdapat gangguan pada mobilisasi.

Pendokumentasian yang dilakukan selama 1 hari lebih 5 jam, dengan menggunakan SOAP (subyektif, obyektif, analisa, dan perencanaan) dan evaluasi dilakukan setiap berkunjung. Pendokumentasian yang dilakukan belum optimal dan masih bersifat rutinitas saja. Berdasarkan uraian diatas dapat diidentifikasi faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny."S" dengan Stroke Non Hemoragik di Wilayah Kerja Puskesmas Kambang adalah adanya kerjasama yang baik antara keluarga pasien, pasien, dan team kesehatan , dan tersedianya sarana prasarana yang memadai. Faktor penghambatnya adalah terbatasnya kemampuan dan keterampilan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini. Serta literatur yang kurang sehingga penulis mengalami kesulitan dalam melihat teori.

5.2 Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan Ny."S" dengan Sroke Non Hemoragik di Wilayah Kerja Puskesmas Kambang ada beberapa saran yang dapat penulis sampaikan, yaitu:

a. Profesi keperawatan

Meningkatkan profesionalitas dalam bekerja, dan memperbaharui pengetahuan tentang Stroke Non Hemoragik agar tindakan yang dilakukan tidak hanya rutinitas.

b. Institusi pendidikan Stikes Perintis Padang

1. Dosen Prodi keperawatan

Institusi pendidikan sebagai penyelenggara pendidikan, hendaknya menambah literatur tentang Stroke Non Hemoragik seperti buku Ilmu Penyakit Syaraf (pengarang Mutaqqin), yang ada di perpustakaan, dengan literatur yang masih tergolong terbitan baru, sehingga peserta didik tidak kesulitan saat mencari literatur.

2. Mahasiswa keperawatan

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa keperawatan yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu dan teknologi terkini.

c. Institusi Puskesmas Kambang

Meningkatkan standar prosedur operasional dalam pemberian pelayanan terhadap pasien dengan Stroke Non Hemoragik. Meningkatkan pengetahuan perawat yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu dan teknologi terkini. Mempertahankan kerja sama yang baik antara perawat dan pasien, agar dapat segera diketahui kebutuhan pasien baik kebutuhan fisik dan maupun kebutuhan psikis.

DAFTAR PUSTAKA

- Artiani, Ria. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*, Jakarta, EGC.
- Hidayat A. 2007. *Keperawatan Medikal Bedah Buku Saku Untuk Brunner dan Sudarth*. Jakarta: EGC)
- Hidayat, A.A.A. 2007. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika Harsono. 2008. *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Jogjakarta : Gadjah Mada University Press.
- Mutaqqin A. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam, 2006, *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*, Jakarta : Salemba Medika
- Potter & Perry. 2006. *Fundamental Keperawatan :Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4 vol 1*. Jakarta: EGC)
- Rasyid. 2007. *Buku ajar Untuk Mahasiswa Keperawatan*, Edisi 3. Jakarta :ECG Yayasan Stroke Indonesia. *Stroke Non Hemoragik*. Jakarta. 2011.
- Rini Nur'aeni y.2017. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah ketidakefektifan Ferfusi Jaringan Celebral di Ruang Kenanga RSUD. Dr. Soedirman Kebumen*.Stikes Gombong
- Satyanegara. 2008. *Ilmu Bedah Saraf Edisi Ketiga*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Siti Nur Hartini.2015.*Asuhan Keperawatan Tn.R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Anggrek 2 Irna 1 RSUP.Dr Sardijito Yogyakarta*.Stikes Wirahusada Yogyakarta
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 vol 3*. Jakarta: EGC)
- Syaifuddin. 2006. *Anatomi Fisiologi: Untuk Mahasiswa Keperawatan*, Edisi 3. Jakarta :EGC.
- Tarwoto .2007. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Sagungseto. Jakarta

World Health Organization, 2012. *WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEP wise Approach to Stroke Surveillance*. World Health Organization.

Wilkinson. 2012. *Nursing Diagnosis Handbook With NIC Intervention and NOC Outcomes*. Jakarta : EGC.

CURICULUM VITAE

Data Pribadi

Nama : RISNAHAYANI
Tempat/Tanggal Lahir : Kambang/30-01-1969
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Pasar Kambang Kec.Lengayang Kab.PESSEL
No Hp : 081267711404

Latar Belakang Pendidikan

Pendidikan SD 02 Kambang 1976-1982
Pendidikan SMP Negeri 2 Lubuk Linggau 1982-1985
Pendidikan SPK PEMDA Lubuk Linggau 1985-1988

Riwayat Organisasi

Anggota PPNI Mulai dari 2003-Sekarang

Pengalaman Kerja

Diangkat Tahun 1990 menjadi pegawai negeri di Puskesmas Kambang sampai Sekarang

Padang, 8 Agustus 2018

RISNAHAYANI