

BAB II

KONSEP DASAR MEDIK

A. Pengertian

Stroke Non Hemoragik (SNH) adalah stroke yang terjadi akibat adanya sumbatan atau pembekuan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan trombus atau gumpalan darah pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti. Stroke Non Hemoragik (stroke infark) merupakan iskemia atau emboli dan trombosis serebral, yang terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari (Mardiana et al., 2021).

Stroke Non Hemoragik (SNH) terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak, yang disebabkan karena terjadinya sumbatan atau penyempitan pembuluh darah atau bisa juga terjadi karena pecahnya pembuluh darah (Suwaryo et al., 2021).

Berdasarkan 2 literatur di atas dapat disimpulkan bahwa Stroke Non Hemoragik (SNH) merupakan stroke yang terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah atau gangguan suplai darah pada otak terhenti yang terjadi secara tiba-tiba.

B. Presipitasi dan Predisposisi

Faktor presipitasi dan predisposisi pada Stroke Non Hemoragik (SNH) menurut (Anwairi, 2020) yaitu:

1. Faktor Presipitasi

Stroke dapat disebabkan oleh arteri yang tersumbat atau bocor (stroke iskemik) dan dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Beberapa orang mungkin mengalami gangguan sementara aliran darah ke otak (*transient ischemic attack* atau *TIA*) yang tidak menyebabkan kerusakan permanen.

2. Faktor Predisposisi

a. Faktor resiko gaya hidup

- 1) Kelebihan berat badan atau obesitas
- 2) Minum-minuman alkohol
- 3) Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain dan metamfetamin

b. Faktor resiko medis

- 1) Memiliki tekanan darah tinggi lebih dari 130/80 mmHg
- 2) Merokok atau terpapar asap rokok bebas
- 3) Kolesterol tinggi
- 4) Diabetes
- 5) Apnea tidur obstruktif
- 6) Penyakit kardiovaskular, termasuk gagal jantung, infeksi jantung atau irama jantung yang tidak normal
- 7) Riwayat pribadi atau keluarga terkait stroke, serangan jantung, atau serangan iskemik transien

C. Patofisiologi

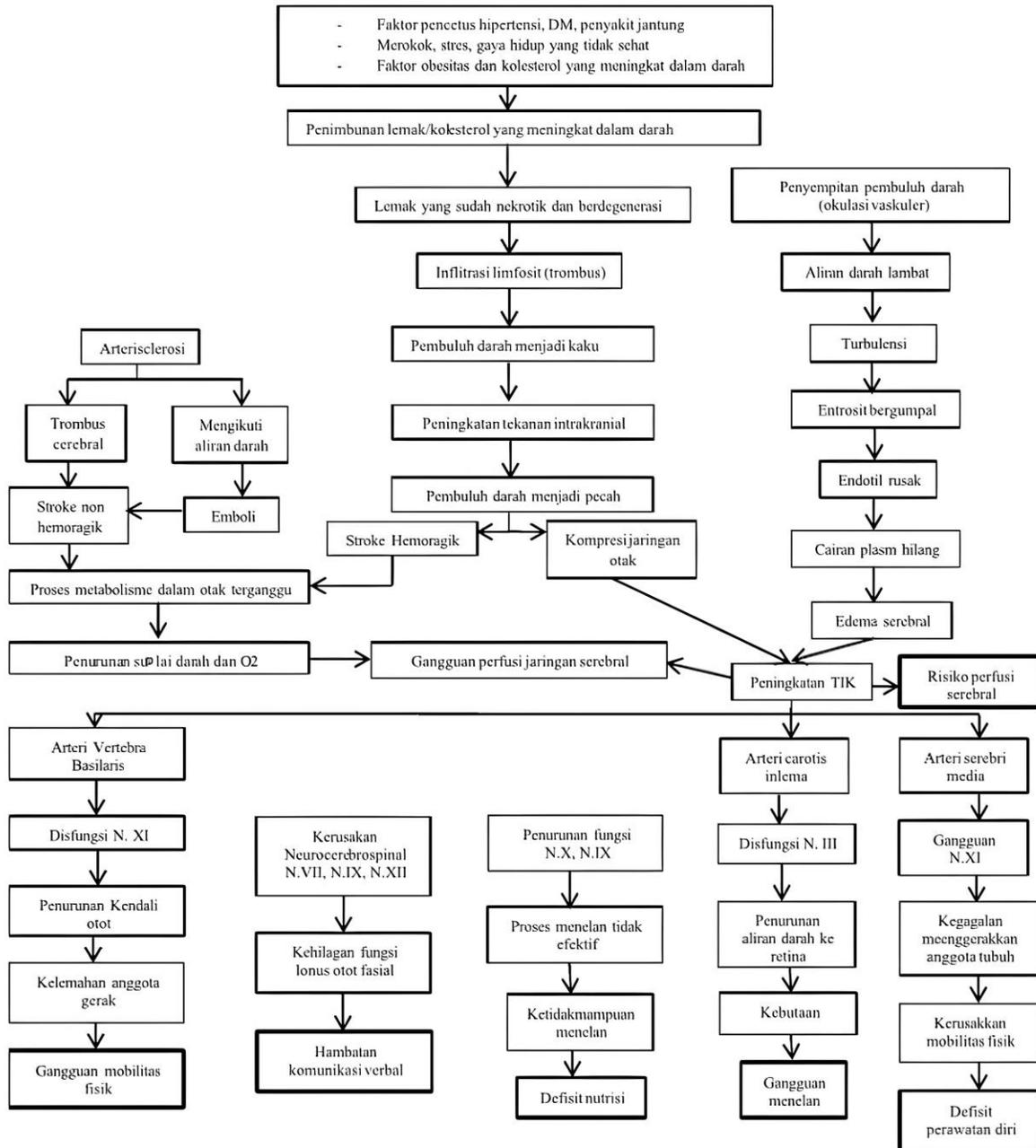
Patologi utama stroke non hemoragik yaitu hipertensi, aterosklerosis yang mengarah ke penyakit arteri koroner, dislipidemia, penyakit jantung, dan hiperlipidemia. Stroke penyumbatan disebabkan oleh okulasi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60 sampai 90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang biasa terjadi didalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi otak.

Okulasi akut pada pembuluh darah otak membuat daerah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti adalah daerah atau bagian otak yang memiliki aliran darah kurang dari 10 cc/100 g jaringan otak tiap menit. Kerusakan jaringan otak akibat oklusi atau tersumbatnya aliran darah adalah suatu proses biomolekuler yang bersifat cepat dan progresif pada tingkat seluler, proses ini disebut dengan kaskade iskemia (*ischemic cascade*). Setelah aliran darah terganggu, jaringan menjadi kekurangan oksigen dan glukosa yang menjadi sumber utama energi untuk menjalankan proses potensi membran.

Kekurangan energi ini membuat daerah yang kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan metabolisme anaerob.

Metabolisme anaerob ini merangsang pelepasan senyawa glutamat. Glutamat bekerja pada reseptor di sel-sel saraf, menghasilkan influks natrium dan kalsium. Influks natrium membuat jumlah cairan intraseluler meningkat dan pada akhirnya menyebabkan edema pada jaringan. Influks kalsium merangsang pelepasan enzim proteolisis (protease, lipase, nuklease) yang memecah protein, lemak dan struktur sel. Influks kalsium juga dapat menyebabkan kegagalan mitokondria, suatu organel membran yang berfungsi mengatur metabolisme sel. Kegagalan-kegagalan tersebut yang membuat sel otak pada akhirnya mati atau nekrosis (Haryono, 2019).

D. Pathway



Gambar 2. 1 Pathway stroke non hemoragik
Sumber: (Haryono, 2019)

E. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis Stroke Non Hemoragik (SNH) tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral menurut (Elsi Rahmadani, 2019) dan (Haryono, 2019) sebagai berikut:

1. Kesulitan berbicara dan kebingungan

Kesulitan untuk mengucapkan kata-kata dan/atau mengalami kesulitan memahami ucapan.

2. Kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, lengan, atau kaki

Penderita stroke bisa mengalami mati rasa tiba-tiba, kelemahan atau kelumpuhan di wajah, lengan atau kaki. Hal ini sering terjadi di satu sisi tubuh

3. Kesulitan melihat dalam satu atau kedua mata

Penderita stroke akan mengalami gangguan penglihatan, seperti pandangan kabur atau hitam di satu atau kedua mata.

4. Sakit kepala

Sakit kepala yang tiba-tiba dan parah, yang mungkin disertai dengan muntah, pusing, atau perubahan kesadaran, mungkin menunjukkan seseorang mengalami stroke.

5. Kesulitan berjalan

Penderita stroke mungkin tersandung atau mengalami pusing mendadak, kehilangan keseimbangan, atau kehilangan koordinasi.

6. Penurunan kesadaran

Penderita stroke akan mengalami penurunan kesadaran konfusi, delirium, latergi, stupor, atau koma.

7. Gangguan penglihatan

8. Diplopia (melihat dua bayangan dalam satu objek)

9. Ataksia (gangguan keseimbangan)

10. Muntah

F. Pemeriksaan Diagnostik

Ada beberapa tes yang perlu dilakukan untuk menentukan risiko stroke menurut (Haryono, 2019) adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui gejala apa yang dialami, kapan gejala mulai dirasakan, dan reaksi pasien terhadap gejala tersebut.
2. Tes darah. Pasien harus menjalani serangkaian tes darah agar tim perawatan mengetahui seberapa cepat gumpalan darah berkembang, apakah gula darah tinggi atau rendah secara abnormal, apakah zat kimia darah tidak seimbang, atau apakah pasien mengalami infeksi.
3. Pemeriksaan *CT scan*. *CT scan* menggunakan serangkaian sinar-X untuk membuat gambar detail dari otak. *CT scan* dapat menunjukkan perdarahan, tumor, stroke, dan kondisi lainnya.
4. Pencitraan resonansi magnetik (MRI). MRI menggunakan gelombang radio dan magnet yang kuat untuk menciptakan tampilan rinci otak.

MRI dapat mendeteksi jaringan otak yang rusak oleh stroke iskemik dan pendarahan otak.

5. USG karotis. Dalam tes ini, gelombang suara menciptakan gambar terperinci dari bagian dalam arteri karotis di leher.
6. Angiogram serebral. Dalam tes ini, dokter memasukan tabung tipis (kateter) melalui sayatan kecil (biasanya di pangkal paha), melalui arteri utama dan ke arteri carotid atau vertebral.
7. Ekokardiogram (EKG). Ekokardiogram (EKG) menggunakan gelombang suara untuk membuat gambar detail dari jantung. Ekokardiogram dapat menemukan sumber gumpalan di jantung yang mungkin telah berpindah dari jantung ke otak dan menyebabkan stroke.

G. Komplikasi

Pasien stroke yang mengalami kelemahan otot dan tidak segera mendapatkan penanganan yang tepat dapat menimbulkan komplikasi (Rahmawati, 2022), diantaranya yaitu :

1. Kelumpuhan atau kehilangan gerakan otot
2. Kesulitan berbicara atau menelan
3. Kehilangan memori atau kesulitan berpikir
4. Masalah emosional
5. Rasa sakit nyeri, mati rasa, atau sensasi aneh lainnya dapat terjadi dibagian tubuh yang terkena stroke

H. Penatalaksanaan

Ada dua jenis penatalaksanaan pada pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) secara medis dan asuhan keperawatan yaitu:

1. Penatalaksanaan Medis

Peran fisioterapi dalam stroke non hemoragik adalah melakukan pemberian intervensi sesuai dengan kebutuhan kondisi pasien. Saat pemberian tindakan, proses ini memerlukan manajemen dan pemeriksaan yang akurat untuk mengidentifikasi serta menetapkan tujuan agar maksimal. Pemberian terapi ini juga ditopang dan didukung dengan pengetahuan yang seksama dari individu pasien. Penanganan ini terdiri dari tujuan jangka pendek dan jangka Panjang. Tujuan jangka pendek adalah untuk memperbaiki koordinasi pasien, melatih keseimbangan duduk dan berdiri, menurunkan nyeri otot, serta meningkatkan kekuatan otot pasien. Jangka panjangnya adalah mengembalikan fungsi gerak ekstremitas atas dan bawah pasien guna optimalisasi *activity daily living* (ADL), agar pasien dapat kembali beraktivitas normal (P. E. Aditya et al., 2022).

2. Penatalaksanaan Asuhan Keperawatan

Dengan tingginya angka kejadian stroke dan banyaknya masalah keperawatan yang ditimbulkan serta komplikasinya, maka diperlukan peran perawat sebagai *care giver* dalam memberikan asuhan keperawatan (Di & Dadi, 2020). Intervensi utama yang dilakukan pada

pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik yaitu pengkajian dengan dukungan ambulasi dan mobilisasi. Dalam hal lain diperlukan peran perawat sebagai pemberi informasi, edukasi dan keterampilan yang dibutuhkan oleh pasien sehingga kualitas hidup pasien stroke dapat lebih meningkat (Miming, 2020).

I. Asuhan Keperawatan

A. Pengkaiian

Pengkajian pada pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) menurut (Budi, 2023) sebagai berikut:

- a. Identitas pasien
- b. Riwayat kesehatan
 - 1) Cari tahu riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, dan obesitas.
 - 2) Tanyakan apakah ada anggota keluarga klien yang menderita atau mengalami penyakit seperti hipertensi, diabetes mellitus, atau penyakit jantung
 - 3) Tanyakan apakah klien merasakan sakit kepala, mual muntah bahkan mengalami kejang sampai tidak sadarkan diri, kelumpuhan separuh badan dan gangguan fungsi otak
- c. Pemeriksaan fisik
 - 1) Rambut

Kebersihan rambut dan kulit kepala

2) Mata

Kebutaan atau kehilangan daya ingat

3) Hidung

Simetris kanan dan kiri, kemungkinan adanya gangguan

4) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, kaku kuduk

5) Dada

I : simetris kiri dan kanan

P : premitus

P : sonor

A : ronchi

6) Abdomen

I : perut asites

P : hepart dan lien tidak teraba

P : thympani

A : bising usus (+)

7) Genito urinaria

Dekontaminasi, anuria

8) Ekstremitas

Kelemahan atau kelumpuhan

d. Pemeriksaan fisik sistem neurologis

1) Tingkat kesadaran

a) Kualitatif

Pemeriksaan fungsi mental keseluruhan dan derajat kewaspadaan.

Tabel 2.1 Tabel Pengkajian Teori Tingkat Kesadaran Kualitatif

Fungsi Mental	Tingkat Kesadaran
CMC	Klien sadar akan dirinya dan punya orientasi penuh
APATIS	Klien sadar namun tampak lesu dan mengantuk
LATERGIE	Kesadaran menurun, klien tampak lesu dan mengantuk
DELIRIUM	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor seperti gaduh gelisah
SOMNOLEN	Klien selalu mengantuk, ingin tidur
KOMA	Kesadaran yang hilang sama sekali

b) Kuantitatif

Dengan menggunakan *Glascow Coma Scale (GCS)*

Tabel 2.2 Tabel Pengkajian Teori Tingkat Kesadaran Kuantitatif

Respon Buka Mata	Nilai
• Sontan	4
• Terhadap rangsangan bicara	3
• Terhadap rangsangan nyeri	2
• Tidak ada tanggapan	1
Tanggapan Verbal	
• Sesuai/berorientasi	5
• Bingung/kacau	4
• Kata-kata yang tidak berhubungan	3
• Suara tidak dapat dimengerti	2
• Tidak ada	1
Tanggapan Motorik	

• Sesuai perintah	6
• Gerakan setempat	5
• Tanggapan motorik fleksor	4
• Fleksi abnormal	3
• Tanggapan motorik ekstensor	2
• Tidak ada	1

2) Pemeriksaan Nervus Cranialis

- a) Test Nervus I (*Olfactory*), tes pemeriksaan fungsi penciuman.
- b) Test Nervus II (*Optikus*), fungsi aktivitas dan lapang pandang.
- c) Test Nervus III, IV, VI (*Oculomotorius, Trochlear, dan Abduces*), fungsi koordinasi gerakan mata dan pupil mata.
- d) Tes Nervus V (*Trigeminus*), tes fungsi sensasi pada reflek kornea dan fungsi motorik pada pemeriksaan otot temporal dan masseter.
- e) Tes Nervus VII (*Facialis*), tes fungsi sensasi pada bagian terior lidah terhadap asam, manis, asin dan fungsi motoric pada ekspresi wajah untuk tersenyum, mengerutkan dahi dan menutup mata.
- f) Tes Nervus VIII (*Acustikus*), tes fungsi sensori cochlear (mengkaji pendengaran) dan fungsi sensoris vestibultor (mengkaji keseimbangan).

- g) Tes Nervus IX (*Glossopharingeal*) dan Nervus X (*Vagus*), nervus IX mempersarafi pengecap pada 1/3 posterior lidah tapi bagian ini sulit dites, sedangkan nervus X mempersarafi organ *visceral* dan *thoracal*, pergerakan ovula, palatum lunak, sensasi pharynx, tonsil dan plantum lunak.
- h) Tes Nervus XI (*Accessorius*), minta klien menoleh kesamping melawan tahanan.
- i) Tes Nervus XII (*Hypoglossus*), mengkaji gerakan lidah saat bicara dan menelan.

3) Menilai kekuatan otot

Kaji cara berjalan dan keseimbangan. Observasi cara berjalan, kemudahan berjalan, dan koordinasi gerakan tubuh-tangan-kaki. Periksa tonus otot dan kekuatannya. Kekuatan otot dinyatakan dengan menggunakan angka dari 0-5.

4) Pemeriksaan refleks

Pemeriksaan refleks biasanya dilakukan paling akhir. Klien dalam posisi duduk atau posisi tidur jika kondisi tidak memungkinkan. Evaluasi respon klien dengan menggunakan skala 0-4.

Tabel 2.3 Tabel Pengkajian Teori Pemeriksaan Refleks

Skala	Respons
0	Tidak ada respons
1	Berkurang (+)

Skala	Respons
2	Normal (++)
3	Lebih dari normal (++++)
4	Hiperaktif (++++)

a) Refleks fisiologis

(1) Reflek tendon

(a) Refleks patella

Pasien berbaring terlentang lutut diangkat keatas fleksi kurang lebih 30°. Tendon patella ditengah-tengah dipukul dengan *reflex hammer*.

(b) Refleks bisep

Lengan difleksikan terhadap siku dengan sudut 90° supinasi dan lengan bawah ditopang diatas meja periksa.

(c) Refleks trisep

Lengan bawah disemifleksiksn, lalu tendon bisep dipukul dengan *reflex hammer* pada jarak 1-2 cm diatas olekronon.

(d) Refleks achilles

Kaki ditempatkan pada posisi dorso fleksi untuk memudahkan pemeriksaan.

(2) Refleks patologis

(a) Babinski

b) Rangsangan meningeal

Untuk mengetahui rangsangan selaput otak dilakukan pemeriksaan:

- (1) Kaku kuduk, Ketika leher ditebuk secara pasif terdapat tahanan.
- (2) Tanda brudzunkzi I, letangan satu tangan pemeriksa di bawah kepala klien dan tangan lain di dada klien untuk mencegah badan tidak terangkat.

Merupakan refleks penting untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit tractus kortikospital. Tes ini dilakukan dengan menggores kuat-kuat bagian lateral telapak kaki bagian, mulai dari tumit ke arah jari kelingking dan kemudian melintasi bagian jantung kaki.

- (3) Tanda brudzinski II, tanda Brudzinski II positif (+) bila fleksi kanan pada sendi panggul secara pasif akan diikuti oleh fleksi tungkai lainnya.
- (4) Tanda kernig, fleksi tungkai atas tegak lurus, lalu minta klien mencoba meluruskan tungkai bawah pada sendi lutut normal.
- (5) Tanda lasegue, fleksi sendi paha dengan sendi lutut yang lurus akan menimbulkan nyeri sepanjang *misciadicus*.

e. Data penunjang

1) Laboratorium

- a) Hematologi
- b) Kimia klinik

2) Radiologi

- a) *CT scan* untuk mengetahui adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.
- b) MRI untuk mengetahui daerah yang mengalami infark dan hemoragik.
- c) Sinar X tengkorak untuk menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada Stroke Non Hemoragik (SNH) adalah:

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan cedera kepala
2. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
4. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan

5. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
6. Gangguan Menelan berhubungan dengan serebrovaskular

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Stroke Non Hemoragik (SNH) menurut (PPNI, 2017) sebagai berikut:

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka risiko perfusi serebral tidak efektif dapat meningkat dengan kriteria hasil : Perfusi serebral (L.020144) 1) Tingkat kesadaran meningkat (5) 2) Tekanan intra kranial (TIK) menurun (5) 3) Tidak ada tanda-tanda pasien gelisah (5) 4) TTV membaik (5)	Manajemen peningkatan intrakranial (I.06194) Observasi Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) Monitor tanda peningkatan tekanan intrakranial (TIK) Monitor status pernafasan pasien Monitor intake dan output pasien Terapeutik Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Berikan posisi semi fowler Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat diuretik osmosis

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
2	Defisit Nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka defisit nutrisi dapat membaik dengan kriteria hasil : Status Nutrisi (L.03030) 1) Porsi makan dihabiskan/meningkat (5) 2) Berat badan membaik (5) 3) Frekuensi makan membaik (5) 4) Nafsu makan membaik (5) 5) Bising usus membaik (5) 6) Membrane mukosa membaik (5)	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi Identifikasi status nutrisi Monitor asupan makanan Terapeutik Berikan makanan Edukasi Ajarkan diet sesuai yang diprogramkan Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit yang tepat
3	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka mobilitas fisik dapat meningkat dengan kriteria hasil : Mobilitas Fisik (L.05042) 1) Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2) Kekuatan otot meningkat (5) 3) Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4) Kelemahan fisik menurun (5)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya Identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi Anjurkan untuk melakukan pergerakan secara perlahan Ajarkan mobilisasi sederhana

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
4	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka defisit perawatan diri dapat meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Perawatan Diri (L.11103)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemampuan mandi meningkat (5) 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) 3) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5) 4) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 5) Minat melakukan perawatan diri (5) 	<p>Dukungan Perawatan Diri (L.11348)</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>Monitor tingkat kemandirian</p> <p>Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <p>Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, berhias, dan makan)</p> <p>Siapkan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
5	Gangguan Komunikasi Verbal	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka komunikasi verbal dapat meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Komunikasi Verbal (L.13118)</p>	<p>Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I. 13492)</p> <p>Observasi</p> <p>Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>Monitor proses kognitif, anatomis,</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
		1) Kemampuan berbicara meningkat (5) 2) Kemampuan mendengar meningkat (5) 3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5) 4) Kontak mata meningkat (5)	dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan Ulangi apa yang disampaikan pasien Berikan dukungan psikologis Edukasi Anjurkan berbicara perlahan Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Edukasi Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
6	Gangguan Menelan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka gangguan menelan dapat membaik dengan kriteria hasil : Status menelan (L.06052)	Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum Observasi Identifikasi diet yang dianjurkan Monitor kemampuan menelan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
		<ol style="list-style-type: none"> 1) Mempertahankan makanan di mulut meningkat (5) 2) Reflek menelan meningkat (5) 3) Kemampuan mengosongkan mulut meningkat (5) 4) Kemampuan mengunyah meningkat (5) 5) Usaha menelan (5) 6) Pembentukan bolus meningkat (5) 	<p>Monitor status hidrasi pasien</p> <p>Terapeutik</p> <p>Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan</p> <p>Atur posisi nyaman untuk makan/minum</p> <p>Lakukan oral hygiene sebelum makan</p> <p>Letakan makanan di sisi mata yang sehat</p> <p>Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan</p> <p>Edukasi</p> <p>Jelaskan porsi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesik, antiemetik)</p>