

BAB III
KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian

Pengkajian awal dilakukan pada Senin, 22 November 2021 pukul 10.00 menggunakan format pengkajian kritis di kediaman klien.

1. Identitas Pasien

- a. Nama : Tn. H
- b. Umur : 59 tahun
- c. Jenis kelamin : Laki-laki
- d. Tanggal lahir : 23 Oktober 1962
- e. Agama : islam
- f. Status pernikahan : Menikah
- g. Pendidikan : SMA
- h. Suku : Sunda
- i. Alamat : Jl. Hasan Nafsi Gang. Darussalam No. 68
- j. Diagnosa medis : Stroke Non-Hemoragik + Riwayat DM +
Riwayat HT

2. Riwayat Penyakit

- a. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Pada saat pengkajian pasien mengeluh cara berjalan masih belum normal, sering tersedak saat makan atau minum, merasa makanan tersangkut di tenggorokan.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

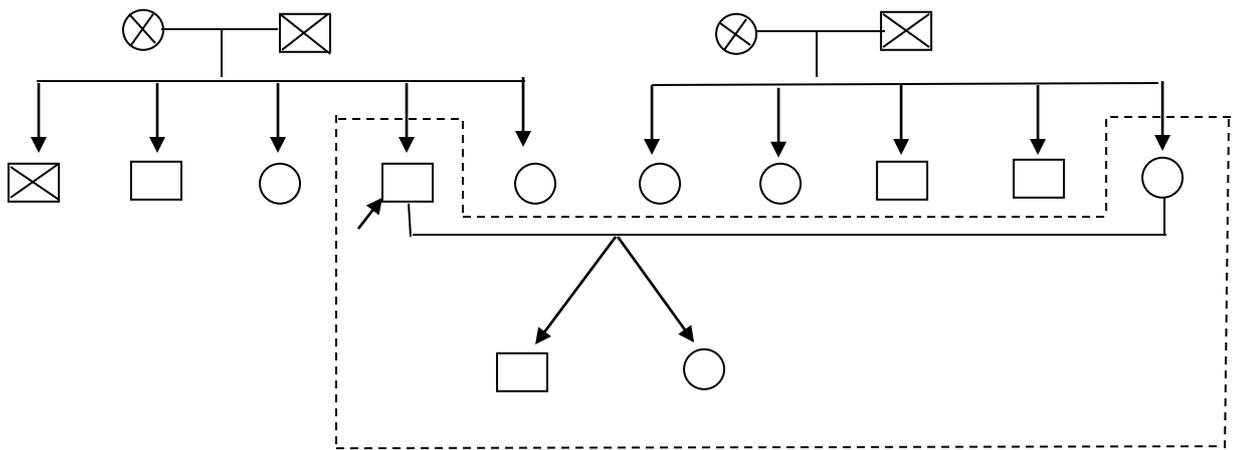
Pasien mengatakan sudah menderita stroke selama kurang lebih 2 tahun lebih, keluhan yang masih terasa hingga saat ini adalah cara berjalan pasien masih belum normal akan tetapi kekuatan kaki dan tangan sudah cukup baik, bicara pasien masih sedikit pelo, pasien juga mengatakan sering tersedak saat makan atau minum, terasa seperti makanan tertahan di tenggorokan. Saat ini sudah 2 tahun 7 bulan sejak serangan kedua.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan mengalami serangan stroke sebanyak 2 kali. Pasien mengalami serangan pertama di bulan maret tahun 2019 saat ingin shalat malam. Pasien mengatakan tiba-tiba anggota tubuhnya yang sebelah kanan terasa kram dan kesemutan, akhirnya pasien dibawa ke Rumah Sakit. Kejadian serupa terjadi lagi pada April 2019.

d. Riwayat Penyakit Keluarga dan Genogram

Pasien mengatakan memiliki penyakit keturunan dari ibunya yaitu diabetes melitus (DM) dan hipertensi. Pasien juga mengatakan memiliki Riwayat asam urat, dan kolesterol.



Bagan 3.1
Genogram

Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

— : Menikah

---- : Tinggal satu rumah

↗ : Pasien

3. Data Khusus

a. Primary Survey

1) *Airway*

Jalan nafas pasien bersih, tidak ada sumbatan seperti sekret, tidak terdapat suara nafas abnormal

2) *Breathing*

Pasien bernafas spontan, pola nafas teratur, tidak ada menggunakan alat bantu nafas, RR: 22 x/menit, suara nafas vesikuler, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada

distraksi dinding dada. Pasien mengatakan sering batuk dan tersedak saat makan maupun minum.

3) *Circulation*

Tidak ada perdarahan, TD: 130/90 mmHg, N: 90 x/menit, MAP: 103 mmHg, CRT < 3 detik, akral teraba hangat, tidak terdapat distensi vena jugularis.

b. Secondary Survey

1) *Breathing*

Pasien bernafas spontan, RR 22 x/menit, pola nafas reguler, suara nafas vesikuler, tidak terpadang O₂ atau alat bantu nafas, ekspansi dada tidak ada, retraksi dinding dada tidak ada, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu nafas.

2) *Brain*

Keadaan sedang, kesadaran compos mentis, GCS 15 E₄ M₆ V₅, pupil isokor, respon cahaya positif, Skor NIHSS Tn.H 7 yang menandakan Tn.H memiliki stroke dengan kategori sedang.

3) *Blood*

- a) Tekanan darah : 130/90 mmHg
- b) Nadi : 90 x/menit
- c) CRT : <3 detik
- d) Akral : Akral hangat
- e) Konjungtiva : Tidak Anemis

4) *Bladder*

- a) Frekuensi BAK : ± 5 kali sehari
- b) Jumlah cairan yang dikonsumsi : makan 3 kali sehari,
minum 2 botol ± 1200 mL/hari

5) *Bowel*

- a) Frekuensi makan : 3 kali sehari
- b) Mulut : mulut lembab
- c) Bising usus : 12 x/menit
- d) Frekuensi BAB : 7-10 hari sekali

6) *Bone*

- a) Refleks Babinski : Ada (2: Normal)
- b) Rangsangan nyeri : Ada
- c) Kelemahan anggota gerak : kelemahan anggota gerak
kanan

- d) Nilai MMT :

4	5
4	5

c. Pengkajian Pola Fungsional (Gordon)

1) Pola Persepsi Kesehatan

Tn. H mengatakan sudah 2 kali mengalami serangan stroke, serangan terjadi secara perlahan diawali dengan rasa seperti kesemutan dan kram, keluarga Tn.H langsung membawa Tn.H ke rumah sakit pada saat itu. Saat ini pasien latihan secara mandiri untuk meningkatkan kekuatan otot kaki dan tangan. Menurut

pasien penyakit yang diderita merupakan cobaan dari tuhan yang harus dihadapi dengan sabar, berdoa, dan terus berusaha.

2) Pola Metabolik-Nutrisi

Tn.H mengatakan frekuensi makan sebelum sakit 3 kali sehari. Setelah sakit pun 3 kali sehari akan tetapi ada beberapa jenis makanan yang pasien hindari seperti makanan yang terlalu manis atau tinggi garam, selain itu durasi makan pasien menjadi lebih lama berkisar antara 30 sampai 45 menit karena kemampuan menelan yang menurun. Posisi pasien saat makan adalah duduk. Jenis makanan yang dimakan pasien sama dengan anggota keluarga yang lain yaitu makanan solid. Pasien juga mengeluh sering tersedak dan batuk pada saat makan dan minum, Tn.H merasa seperti makanan tersangkut di tenggorokan. Berat badan Tn.H menurun yang awalnya 62 kg menjadi 46,5 kg. tinggi badan 157 cm dan lila 27 cm. IMT: 18,9.

3) Pola Eliminasi

Tn.H mengatakan sebelum sakit frekuensi BAB 2 hari sekali, dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan. Setelah sakit frekuensi BAB pasien menjadi menurun yaitu menjadi seminggu sampai 10 hari sekali dengan konsistensi keras warna kecoklatan. Pasien mengatakan mengejan dan lama dikamar mandi saat BAB

Frekuensi BAK pasien sebelum dan sesudah sakit sama, yaitu kurang lebih 5 kali dalam sehari.

4) Pola Aktivitas dan Latihan (indeks ADL barthel, skala morse, NIHSS)

Tn.H mengatakan sebelum sakit pasien berperan sebagai seorang kepala keluarga dengan kegiatan dominan dilakukan diluar rumah. Saat ini pasien sudah pensiun dan berkegiatan di rumah dan di lingkungan sekitar rumah. Selama masa rehabilitasi pasien sempat mengikuti beberapa terapi di rumah sakit maupun di praktek pengobatan alternatif. Sekarang ini pasien latihan secara mandiri di rumah dengan angkat barbel, latihan hand grip, dan jalan-jalan. Keadaan umum pasien saat ini sedang dengan kesadaran compos mentis, nilai GCS 15, untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dilakukan secara mandiri.

Tabel 3.1
Indeks ADL BARTHEL (BAI)

No	Fungsi	Skor	Keterangan	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1	Mengendalikan rangsangan pembuangan tinja	0	Tidak terkendali atau tidak teratur (perlu pencahar)	2	1
		1	Kadang-kadang tidak terkendali (1x seminggu)		
		2	Terkendali teratur		
2	Mengendalikan rangsangan berkemih	0	Tak terkendali ataumemakai kateter	2	2
		1	Kadang-kadang tidak terkendali (1x sehari)		
		2	Mandiri		
3	Kemampuan membersihkan diri	0	membutuhkan pertolongan dari orang lain	1	1
		1	Mandiri		
4	Kemampuan penggunaan toilet	0	Bergantung, butuh pertolongan dari orang lain	2	2
		1	Butuh pertolongan pada beberapa kegiatan		
		2	Mandiri		
5	Kemampuan Makan	0	Tidak mampu	2	2
		1	Membutuhkan pertolongan		
		2	Mandiri		
6	Merubah posisi dari baring ke duduk	0	Tidak mampu	3	3
		1	Butuh bantuan maksimal		
		2	Butuh bantuan minimal		
		3	Mandiri		
7	Kegiatan Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	3	3
		1	Bisa berpindah dengan kursi roda		
		2	Berjalan dengan bantuan satu orang		
		3	Mandiri		
8	Kemampuan memakai baju	0	Bergantung pada orang lain	2	2
		1	Sebagian dibantu		
		2	Mandiri		
9	Kegiatan naik turun tangga	0	Tidak mampu	2	2
		1	Membutuhkan pertolongan		
		2	Mandiri		
10	Kemampuan Mandi	0	Tergantung kepada orang lain	1	1
		1	Mandiri		
Total Skor				20	19

Keterangan total skor BAI:

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan ringan

9-12 : Ketergantungan sedang

0-4 : Ketergantungan total

Tabel 3.2
Skala Jatuh Morse

Item	Skala		Skor
	Tidak Ya	0 25	
1. Riwayat jatuh: baru-baru ini atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak Ya	0 25	0
2. Diagnosa sekunder atau lebih dari satu	Tidak Ya	0 25	25
3. Alat bantu pergerakan <i>Bedrest</i> /dibantu perawat <i>Walker</i> /kruk mebel		0 15 30	0
4. Terapi intra vena	Tidak Ya	0 20	0
5. <i>Gait</i> Normal/ <i>bedrest</i> /immobile Lemah Impair		0 10 20	0
6. Status mental Orientasi terhadap kemampuan diri baik Orientasi tidak realistik		0 15	0
Total skor			25

Tingkat Risiko	Skor	Tindakan
Tidak ada risiko	0-24	Minimal care
Risiko rendah	25-50	Intervensi pencegahan jatuh standar
Risiko tinggi	≥ 51	Intervensi pencegahan jatuh risiko tinggi

Tabel 3.3
National Institute Health Stroke Scale (NIHSS)

No	Item yang dinilai	Kriteria	Skor	Hasil
1.	a. Tingkat kesadaran pasien	Sadar	0	0
		Mengantuk	1	
		Strupor	2	
Koma		3		
b. Respon terhadap suatu Pertanyaan	Menjawab 2 pertanyaan dengan benar	0	0	
	Menjawab 1 pertanyaan dengan benar	1		
	Tidak menjawab pertanyaan	2		
c. Perintah LOC	Melakukan keduanya dengan benar	0	0	
	Melakukan salah satunya dengan benar	1		
	Tidak melakukan satu pun dengan benar	2		
2.	Tatapan terbalik pasien	Normal Kelumpuhan tatapan Sebagian Kelumpuhan tatapan total	0 1 2	0
3.	Lapang penglihatan pasien	Tidak terdapat kehilangan penglihatan	0	1
		Hemianopia Sebagian	1	
		Hemianopia komplit	2	
		Hemianopia bilateral	3	

4.	Paralisis bagian wajah	Normal Paralisis minor Paralisis Sebagian Paralisis lateral	0 1 2 3	1
5.	a. Motorik lengan bagian kanan	Tidak ada penyimpangan Menyimpang, tetapi tidak semuanya menurun Menahan gravitasi tetapi jatuh < 10 detik Tidak adanya upaya melawan gravitasi Tidak adanya Gerakan	0 1 2 3 4	1
	b. Motorik tangan bagian kiri	Tidak ada penyimpangan Menyimpang, tetapi tidak semuanya menurun Menahan gravitasi tetapi jatuh < 10 detik Tidak adanya upaya melawan gravitasi Tidak adanya Gerakan	0 1 2 3 4	0
6.	a. Motorik tungkai bagian kiri	Tidak ada penyimpangan Menyimpang, tetapi tidak semuanya menurun Menahan gravitasi tetapi jatuh < 10 detik Tidak adanya upaya melawan gravitasi Tidak adanya Gerakan	0 1 2 3 4	0
	b. Motorik tungkai bagian kanan	Tidak ada penyimpangan Menyimpang, tetapi tidak semuanya menurun Menahan gravitasi tetapi jatuh < 10 detik Tidak adanya upaya melawan gravitasi Tidak adanya Gerakan	0 1 2 3 4	1
7.	Ataksia ekstremitas	Tidak ada Ada di 1 ekstremitas Ada di 2 ekstremitas	0 1 2	1
8.	Kemampuan Sensorik	Normal Kehilangan ringan hingga sedang Kehilangan berat hingga total	0 1 2	1
9.	Kemampuan Bahasa	Normal Afasia ringan Afasia berat Bisu	0 1 2 3	0
10.	<i>Disartria</i>	Normal Disartria ringan-sedang Disartria berat	0 1 2	1
11.	Kemampuan Perhatian	Tidak terdapat abnormalitas Gangguan ringan Gangguan berat	0 1 2	0
Total				7

Keterangan:

>25 : Sangat berat

14-25 : Berat

5-14 : Sedang

<5 : Ringan (Jojang et al., 2016).

5) Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan sulit untuk tidur malam, tidur malam hanya 4 sampai 5 jam, tetapi pasien tidur cukup lama di siang hari.

6) Pola Persepsi-Kognitif

Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan terasa seperti kebal dan tertahan benda berat namun dapat digerakan dan digunakan untuk beraktivitas.

7) Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

- a) *Body image*: pasien mengatakan mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya, menurutnya apa yang ada dirinya adalah pemberian tuhan.
- b) Ideal diri: pasien berharap dengan selalu berlatih dan berdoa kondisi tubuhnya bisa semakin membaik.
- c) Harga diri: pasien mengatakan hubungan dengan keluarga dan orang sekitar baik, keluarga selalu memberi dukungan kepada pasien.
- d) Peran: dalam keluarga, pasien berperan sebagai kepala keluarga.
- e) Identitas diri: pasien merupakan pensiunan PNS, pasien mengataka menerima dengan keadaan dirinya saat ini.

8) Pola Hubungan Peran

Pasien merupakan seorang kepala keluarga, hubungan pasien dengan anggota keluarga yang lain baik, segala keputusan di dalam keluarga diambil dari hasil musyawarah.

9) Pola Reproduksi-Seksual

Pasien memiliki 2 orang anak dan sudah merasa puas, pasien mengatakan tidak ada rencana untuk mempunyai anak lagi

10) Pola Toleransi Terhadap Stress

Pasien mengatakan cara menghadapi stress adalah dengan berdoa dan terus latihan.

11) Pola Nilai Keyakinan

Pasien meyakini adanya Tuhan, pasien meyakini penyakit yang diderita merupakan cobaan dari Allah dan Allah pula yang menyembuhkan, tugas kita adalah sabar, berdoa, dan berusaha.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum: sedang

2) TTV: TD: 130/90 mmHg, N: 90 x/menit, S: 36⁰C, RR: 22 x/menit,

BB: 46,5 kg, TB: 157 cm, IMT: 18,9.

3) Kesadaran: *Compos Mentis*

4) Kepala

Bentuk kepala *mesocephal*, luka tidak ada, distribusi rambut merata, rambut pendek, warna hitam (disemir).

5) Mata

Tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada edema pada palpebra, pupil isokor, sklera non ikterik, konjungtiva non anemis, reflek cahaya positif.

6) Hidung

Tidak ada gangguan penciuman, tidak ada pernafasan cuping hidung, hidung simetris.

7) Mulut

Tidak ada gangguan perasa, bibir lembab, terdapat gigi berlubang, tidak ada bau mulut, bibir sedikit tidak simetris saat tersenyum atau tertawa.

8) Telinga

Tidak ada gangguan pendengaran, telinga simetris

9) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.

10) Dada

a) Paru-paru

(1) Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pergerakan otot bantu nafas, irama pernafasan teratur, frekuensi pernafasan 22 x/menit.

(2) Palpasi : ekspansi paru simetris, tidak ada nyeri tekan

(3) Perkusi : sonor

(4) Auskultasi : suara nafas vesikuler

b) Jantung

(1) Inspeksi : pulsasi *iktus cordis* tidak ada, CRT < 2 detik, tidak ada sianosis

(2) Palpasi : *iktus cordis* teraba pada ICS 5, akral hangat

(3) Perkusi : tidak dapat dikaji

(4) Auskultasi : tidak terdengar bunyi jantung tambahan

11) Abdomen

a) Inspeksi : tidak terlihat benjolan atau luka, terdapat Gerakan peristaltic usus

b) Palpasi : ada distensi abdomen, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan

c) Perkusi : Timpani

d) Auskultasi: Bising usus 12x/menit

12) Genetalia

Tidak dilakukan pengkajian

13) Integumen

Turgor kulit < 3 detik, akral hangat, tidak ada sianosis.

14) Ekstremitas

a) Tangan kanan : tidak ada luka, tidak ada edema, kekuatan otot 4, ataksia (+)

b) Tangan kiri : tidak ada luka, tidak ada edema, kekuatan otot 5

- c) Kaki kanan : tidak ada luka, tidak ada edema, kekuatan otot 4, ataksia (+)
- d) Kaki kiri : tidak ada luka, tidak ada edema, kekuatan otot 5

15) Neurologi

- a) Saraf Kranial 1 (*Olfaktorius*)

Fungsi penciuman pasien baik, pasien dapat membedakan bau kopi dan minyak aromaterapi

- b) Saraf Kranial 2 (*Optikus*)

(1) Ketajaman penglihatan: pasien dapat membaca dengan jarak 30 cm

(2) Lapang pandang: pasien tidak mampu menyebutkan angka yang diberikan pada lapang pandang kiri bawah.

- c) Saraf Kranial 3 (*Okulomotor*)

Pupil isokor, reflek terhadap cahaya positif

- d) Saraf Kranial 4 (*Troklear*)

Bola mata pasien mampu mengikuti arah benda

- e) Saraf Kranial 5 (*Trigeminus*)

Pasien mampu merasakan sensasi nyeri saat ditusuk jarum dan merasakan sensasi saat disentuh dengan kapas.

- f) Saraf Kranial 6 (*Abdusen*)

Pasien mampu menahan kelopak mata untuk tetap tertutup.

- g) Saraf Kranial 7 (*Fasialis*)

Pasien mampu mengikuti instruksi untuk tersenyum, senyuman sedikit tidak simetris ke kiri, mampu menirukan Gerakan bersiul, mengembungkan pipi, dan menaikkan alis. Tidak ada gangguan perasa pada pasien, pasien mampu membedakan rasa.

h) Saraf Kranial 8 (*Vestibulokoklear*)

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pendengaran. Pasien mampu mendengar suara bisikan saat diperiksa menggunakan kata saya kuat, saya hebat. Pada tahap ini tidak dilakukan pengkajian rinne menggunakan garpu tala.

i) Saraf Kranial 9 (*Glosofaringeal*)

Pasien mampu membuka mulut, mengeluarkan lidah dan mengatakan “A” dengan keras.

j) Saraf Kranial 10 (*Vagus*)

Kemampuan menelan pasien tidak normal dimana pasien hanya mampu menelan 1 kali selama 30 detik saat diperiksa menggunakan Teknik RSST. Cara bicara pasien sedikit pelo tetapi dapat dimengerti.

k) Saraf Kranial 11 (*Aksesorius*)

Pasien mampu menoleh ke kanan dan kiri, pasien mampu mengangkat bahu saat diberi tahanan.

l) Saraf Kranial 12 (*Hipoglosus*)

Pasien mampu mendorong pipi kanan dan kiri menggunakan lidah. Pasien mampu menggerakkan lidah ke

kanan, kiri, dan bawah. Namun kesulitan untuk menggerakkan lidah ke atas.

e. Pemeriksaan Penunjang

1) CT-Scan

Hasil Ct-Scan tanggal 28 Februari 2019

Kesan,

- a) Sinus paranasalis normal
- b) *Lesi hypodens di periventricular lat – corona radiata dextra, infark cerebri dextra, lesi hypodens di subdural frontoparietal bilateral, kronik subdural hematoma*
- c) *Pons, med oblongata* serta serebelum dalam batas normal

2) Laboratorium

Pasien mengatakan terakhir kali melakukan pemeriksaan laboratorium 3 bulan yang lalu, akan tetapi pasien lupa meletakkan hasil pemeriksaan dimana.

f. Terapi

Pasien mengatakan sudah lama tidak mengonsumsi obat-obatan dari dokter, pasien mengatakan hanya mengonsumsi obat herbal yaitu habatusauda 2 kali sehari.

B. Analisis Data

Tabel 3.4
Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cara berjalannya belum normal - Pasien mengatakan bahu dan kaki terasa kebal dan tertahan benda berat - Pasien mengatakan memiliki Riwayat penyakit DM + HT - Pasien mengatakan mengalami serangan stroke sebanyak 2 kali - Pasien mengatakan tidak ada sakit kepala, pusing, atau mual saat ini <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 130/90 mmHg - N: 90 x/menit - RR: 22 x/menit - S: 36°C - Kesadaran: compos mentis - Keadaan umum: sedang - GCS: 15 - Nilai NHSS: 7 (stroke sedang) - Nervus yang terganggu: <ul style="list-style-type: none"> • N.2 (optikus): lapang pandang pasien menurun • N.7 (fasialis): bagiam mulut pasien sedikit tidak simestris ke kiri saat tertawa atau tersenyum • N.10 (vagus): cara bicara pasien sedikit pelo tetapi masih terdengar jelas dan dapat dimengerti, kemampuan menelan menurun dengan nilai RSST 1 kali/30 detik • N.12 (hipoglosus): pasien sulit menggerakkan lidah ke atas - CT-scan (28/2/19): Lesi hypodens di periventricular lat – corona radiata dextra, infark cerebri dextra, lesi hypodens di subdural frontoparietal bilateral, kronik subdural hematoma 	Infark pada jaringan otak	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cara berjalan tidak normal - Pasien mengatakan bagian bahu dan kaku seperti tertahan benda berat - Pasien mengatakan mengalami serangan stroke sebanyak 2 kali <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak berjalan seperti terhentak - Saat berbicara atau menjelaskan sesuatu tangan kiri lebih dominan - MMT: 4,5,4,5 - BAI: 19 (ketergantungan ringan) - Ataksia 1 ekstremitas - CT-scan (28/2/19): Lesi hypodens di periventricular lat – corona radiata dextra, infark cerebri dextra, lesi hypodens di subdural frontoparietal bilateral, kronik subdural hematoma 	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering batuk atau tersedak pada saat makan atau minum - Pasien mengatakan saat makan, makanan terasa seperti tertahan di tenggorokan - Pasien mengatakan makan dengan waktu yang lama berkisar 30 sampai 45 menit <p>DO:</p>	Gangguan Syaraf Kraniaal	Gangguan Menelan (D.0062)

	<ul style="list-style-type: none"> - TD: 130/90 mmHg - N: 90 x/menit - RR: 22 x/menit - S: 36°C - Kualitas suara pasien serak - RSST: 1 x/30 detik 		
4.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan BAB 1 minggu sampai dengan 10 hari sekali - Pasien mengatakan nafsu makan baik, makan 3 kali sehari - Pasien mengatakan durasi saat makan 30-45 menit - Pasien mengatakan konsistensi saat BAB keras. - Pasien mengatakan mengejan dan lama saat BAB - Pasien mengatakan minum kurang lebih 2 botol sehari (1200 ml) <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 130/90 mmHg - N: 90 x/menit - RR: 22 x/menit - S: 36°C - Kemampuan menelan pasien menurun - Gerakan peristaltic usus (+) - Bising usus 12 x/menit - Distensi abdomen (+) 	Penurunan Motilitas Gastrointestinal	Konstipasi (D.0149)
5.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan BB menurun dari 62 kg menjadi 46,5 kg selama sakit - Pasien mengatakan nafsu makan baik, makan 3 kali sehari - Pasien mengatakan BAB 1 minggu sampa 10 hari sekali - Pasien mengatakan sering batuk atau tersedak saat makan atau minum <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB: 46,5 kg - TB: 157 cm - IMT: 18,9 (normal) - Lila: 27 cm - CRT < 3 detik - Bising usus: 12 x/menit - Membrane mukosa lembab - Kekuatan lidah pasien menurun - Kemampuan menelan pasien menurun 	Ketidakmampuan Menelan Makanan (dengan baik)	Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)

C. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark pada jaringan otak
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
3. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan syaraf kraniall
4. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal

5. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

D. Intervensi Keperawatan

**Tabel 3.5
Intervensi Keperawatan**

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d infark pada jaringan otak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi serebral pasien efektif dengan kriteria hasil: ➤ Perfusi serebral (L.02014) - Kesadaran (5) - Tekanan darah sistolik (5) - Tekanan darah diastolic (5) - Reflek saraf (5) ➤ Indikator: 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	➤ Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakraniall (I.09325) 1.1 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (missal: tekanan darah mmeningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 1.2 Monitor MAP 1.3 Monitor status pernafasan ➤ Pemantauan Tanda Vital (I.02060) 1.4 Monitor tekanan darah 1.5 Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 1.6 Monitor pernafasan 1.7 Monitor suu tubuh 1.8 Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) 1.9 Dokumentasikan hasil pemantauan 1.10Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.11Informasikan hasil oemantauan, jika perlu
2.	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien membaik dengan kriteria hasil: ➤ Mobilitas Fisik (L.05042) - Pergerakan ekstremitas (5) - Kekuatan otot (5) - Gerakan tidak terkoordinasi (5) - Gerakan terbatas (5) ➤ Indikator: 1. Menurun/meningkat 2. Cukup menurun/cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup meningkat/cukup menurun 5. Meningkat/menurun	➤ Pemantauan Neurologis (I.06197) 2.1 Monitor tanda-tanda vital 2.2 Monitor irama otot, Gerakan motor, gaya berjalan, dan proprioepsi 2.3 Monitor kekuatan pegangan 2.4 Monitor adanya tremor 2.5 Monitor respon Babinski 2.6 Dokumentasikan hasil pemantauan 2.7 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2.8 Informasikan hasil pemantaun, jika perlu ➤ Teknik latihan penguatan otot (I.05184) 2.9 Identifikasi risiko latihan 2.10Identifikasi jenis dan durasi aktivitas pemanasan/pendinginan 2.11Monitor efektivitas latihan 2.12Lakukan latihan sesuai program yang ditentukan. (ROM aktif)
3.	Gangguan menelan b/d gangguan saraf kraniall (D.0063)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan kemampuan menelan pasien meningkat dengan kriteria hasil: ➤ Status menelan (L.06052) - Reflek menelan (5) - Kemampuan mengunyah (5) - Frekuensi tersedak (5) - Batuk (5) - Kualitas suara (5) ➤ Indikator: 1. Menurun/meningkat/memburuk	➤ Pencegahan Aspirasi (I.01018) 3.1 Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan 3.2 Monitor status pernafasan 3.3 Monitor bunyi nafas 3.4 Anjurkan makan secara perlahan 3.5 Ajarkan strategi mencegah aspirasi 3.6 Ajarkan <i>shaker exercise</i> untuk meningkatkan kemampuan menelan

		2. Cukup menurun/cukup meningkat/cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup meningkat/cukup menurun/cukup membaik 5. Meningkatkan/menurun/membaik	
4.	Konstipasi b/d penurunan motilitas gastrointestinal	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan risiko konstipasi pada pasien berkurang dengan kriteria hasil: ➤ Eliminasi Fekal (L.04033) <ul style="list-style-type: none"> - Mengejan saat defekasi (5) - Nyeri abdomen (5) - Distensi abdomen (5) - Konsistensi feses (5) - Frekuensi defekasi (5) - Peristaltic usus (5) ➤ Indikator: <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan/memburuk 2. Cukup meningkat/cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup menurun/cukup membaik 5. Menurun/membaik 	➤ Pencegahan Konstipasi (I.04160) <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Periksa tanda dan gejala konstipasi 4.2 Periksa pergerakan usus, karakteristik feses 4.3 Anjurkan diet tinggi serat 4.4 Lakukan masase abdomen, jika perlu 4.5 Anjurkan peningkatan asupan cairan
5.	Risiko defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan risiko defisit nutrisi pada pasien berkurang dengan kriteria hasil: ➤ Status nutrisi (L.03030) <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menelan (5) - Berat badan (5) - Indeks massa tubuh (5) - Frekuensi makan (5) - Nafsu makan (5) - Bising usus (5) - Membrane mukosa (5) ➤ Indikator: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun/memburuk 2. Cukup menurun/cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup meningkat/cukup membaik 5. Meningkatkan/membaik 	➤ Manajemen Nutrisi (I.03119) <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi status nutrisi 5.2 Identifikasi intoleransi makanan 5.3 Monitor berat badan 5.4 Identifikasi kebutuhan nutrisi dan jenis nutrient 5.5 Anjurkan posisi duduk 5.6 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5.7 Berikan makanan tinggi kalori dan protein

E. Intervensi Inovasi

1. Meningkatkan kemampuan menelan pada pasien menggunakan Tindakan *shaker exercise*

Intervensi dilakukan untuk kemampuan menelan pasien, latihan yang digunakan adalah *shaker exercise*. Intervensi Latihan *shaker* lebih mudah untuk dilakukan kepada pasien stroke yang mengalami disfagia dan

memiliki sedikit efek samping yang ditimbulkan daripada latihan menelan secara langsung (Tarihoran, 2019). Latihan *shaker* dapat meningkatkan elevasi *hyo laryngeal* dan pembukaan sfingter esofagus atas anteroposterior saat menelan dengan memperkuat otot *suprahyoid*. Kontraksi *tirohyoid*, *mylohyoid*, *geniohyoid*, dan perut anterior otot digastrik memberikan gerakan ke atas dan ke depan dari struktur *hyo laryngeal* selama latihan *shaker*.

Sebelum melakukan *shaker exercise*, dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik untuk melihat adanya toleransi terhadap latihan yang akan dilakukan. Selain itu dilakukan pula pemeriksaan kemampuan menelan menggunakan metode *Repetitive Saliva Swallowing Test (RSST)*. Tes ini dilakukan untuk melihat pasien dalam menelan berulang kali. Pemeriksaan ini dilakukan pada pasien dengan risiko terjadi aspirasi. RSST merupakan metode yang relatif sederhana dan aman untuk dilakukan. Pemeriksaan dilakukan dengan cara memposisikan pasien dalam posisi istirahat, basahi rongga mulut dengan menggunakan air dingin, instruksikan pasien untuk menelan secara berulang dalam 30 detik, jika pasien mampu menelan sebanyak 3 kali atau lebih dalam 30 detik maka dinilai kemampuan menelan dalam batas normal. Penilaian dapat dilakukan dengan cara inspeksi maupun palpasi pada bagian laring (Horiguchi & Suzuki, 2011).

Tabel 3.6
Intervensi Inovasi

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Inovasi
22 November 2021	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial	<p>Sebelum melakukan <i>shaker exercise</i> dilakukan screening disfagia dan pemeriksaan kemampuan pasien dalam menelan menggunakan <i>Massey Bedside Swallowing Screen</i> (MBSS) dan <i>Repetitive Saliva Swallowing Test</i> (RSST).</p> <p>Persiapan alat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Air minum sebanyak 50 ml 2. Sendok 3. Tissue 4. Stopwatch <p>Tahapan intervensi inovasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam terapeutik 2. Kaji keadaan umum pasien 3. Kaji kemampuan menelan pasien dengan RSST 4. Jelaskan tujuan dari dilakukannya <i>shaker exercise</i> 5. Atur posisi pasien dengan posisi supinasi 6. Jaga privasi pasien 7. Instruksikan pasien untuk mengangkat bagian kepala hingga dagu menyentuh dada dan mata menatap ke jari-jari kaki. 8. Instruksi pasien untuk menahan selama 60 detik. 9. Intruksikan pasien untuk menurunkan kepala Kembali keposisi semula secara perlahan, istirahat selama 60 detik (lakukan sebanyak 3 kali) 10. Intruksikan pasien untuk mengangkap kepala Kembali dan menahannya selama satu detik lalu turunkan secara perlahan, ulangi Gerakan yang sama dengan durasi yang sama sebanyak 30 kali. 11. Biarkan pasien untuk rileks dan mengatur nafas sebelum Kembali ke posisi duduk. 12. Evaluasi respon pasien selama dan setelah latihan 13. Monitor adanya intoleransi Gerakan atau durasi selama latihan 14. Baca hamdalamh 15. Rapikan pasien

F. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.7
Implementasi hari ke-1

No	Waktu	Dx	Implementasi	Evaluasi Proses
1.	Selasa, 23 November 2021 Jam 09.00	I	1.1 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (missal: tekanan darah mmeningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun 1.2 Memonitor MAP 1.3 Memonitor status pernafasan 1.4 Memonitor tekanan darah 1.5 Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 1.6 Memonitor pernafasan 1.7 Memonitor suhu tubuh 1.8 Memonitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) 1.9 Mendokumentasikan hasil pemantauan 1.10 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.11 Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu	S: - Pasien mengatakan mengalami serangan stroke sebanyak 2 kali - Pasien mengatakan cara berjalannya belum normal - Pasien mengatakan mampu beraktivitas sendiri tetapi jika beraktivitas berlebih tubuh bagian kanan terasa kebal dan berat - Pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala atau pusing saat ini - Pasien mengatakan tidak ada sesak O: TD: 130/90 mmHg N: 88 x/menit RR: 23 x/menit S: 36,2°C PP: 40 mmHg MAP: 103 mmHg - Pola nafas pasien teratur - Tidak ada pelebaran tekanan nadi - Tidak ada pernafasan cuping hidung dan penggunaan otot bantu nafas - Kesadaran: compos mentis - Keadaan umum: sedang - GCS: 15 - Nilai NHSS: 7 (stroke sedang) - Nervus yang terganggu: <ul style="list-style-type: none"> • N.2 (optikus): lapang pandang pasien menurun • N.7 (fasialis): bagian mulut pasien sedikit tidak simetris ke kiri saat tertawa atau tersenyum • N.10 (vagus): cara bicara pasien sedikit pelo tetapi masih terdengar jelas dan dapat dimengerti, kemampuan menelan menurun dengan nilai RSST 1 kali/30 detik • N.12 (hipoglossus): pasien sulit menggerakkan lidah ke atas CT-scan (28/2/19): Lesi hypodens di periventricular lat – corona radiata dextra, infark cerebri dextra, lesi hypodens di subdural frontoparietal bilateral, kronik subdural hematoma
2.	Selasa, 23 November 2021 Jam 09.45	II	2.1 Memonitor tanda-tanda vital 2.2 Memonitor irama otot, Gerakan motor, gaya berjalan, dan proprioepsi 2.3 Memonitor kekuatan pegangan 2.4 Memonitor adanya tremor 2.5 Memonitor respon Babinski 2.6 Mendokumentasikan hasil pemantauan 2.7 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	S: - Pasien mengatakan cara berjalan belum normal - Pasien mengatakan aktivitas secara mandiri tetapi harus perlahan-lahan O: TD: 130/90 mmHg N: 88 x/menit RR: 23 x/menit S: 36,2°C PP: 40 mmHg

			<p>2.8 Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>2.9 Mengidentifikasi risiko latihan</p> <p>2.10 Mengidentifikasi jenis dan durasi aktivitas pemanasan/pendinginan</p> <p>2.11 Memonitor efektivitas latihan</p> <p>2.12 Melakukan latihan sesuai program yang ditentukan. (memberikan terapi ROM aktif pada pasien)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gaya berjalan tidak normal - Gerakan tidak mulus - Tidak ada tremor - Kekuatan genggam mampu menahan tahanan - Kekuatan otot 4,5,4,5 - Refleks Babinski ada - Pasien mampu mengikuti latihan ROM aktif dari awal sampai akhir. - Pasien kooperatif dan bersedia melakukan ROM aktif
3.	Selasa, 23 November 2021 Jam 11.00	III	<p>3.1 Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan</p> <p>3.2 Memonitor status pernafasan</p> <p>3.3 Memonitor bunyi nafas</p> <p>3.4 Menganjurkan makan secara perlahan</p> <p>3.5 Mengajarkan strategi mencegah aspirasi</p> <p>3.6 Mengajarkan <i>shaker exercise</i> untuk meningkatkan kemampuan menelan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering batuk dan tersedak saat sedang makan atau minum - Pasien mengatakan saat makan terasa seperti makanan tertahan ditenggorokan - Pasien mengatakan butuh waktu lama untuk menghabiskan makanan, 30-45 menit bahkan pernah satu jam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran: compos mentis - Pasien batuk saat minum - RR: 23 x/menit - Irama pernafasan teratur - Suara nafas vesikuler - Kualitas suara serak - RSST: 1 x/30 detik (abnormal) - Pasien kooperatif dan bersedia untuk melakukan <i>shaker exercise</i>.
4.	Selasa, 23 November 2021 Jam 09.20	IV	<p>4.1 Memeriksa tanda dan gejala konstipasi</p> <p>4.2 Memeriksa pergerakan usus, karakteristik feses</p> <p>4.3 Menganjurkan diet tinggi serat</p> <p>4.4 Melakukan masase abdomen, jika perlu</p> <p>4.5 Menganjurkan peningkatan asupan cairan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan BAB 1 minggu sekali - Pasien mengatakan konsistensi BAB keras - Pasien mengatakan mengejan dan lama saat BAB - Pasien mengatakan ada sembelit saat ingin BAB - Pasien mengatakan butuh waktu lama 30-45 menit untuk makan - Pasien mengatakan minum kurang lebih 2 botol (1200 ml) per hari <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada distensi abdomen - Bising usus 12 x/menit - Terlihat Gerakan peristaltic - Kemampuan menelan pasien menurun - Pasien dan keluarga kooperatif dan bersedia diajarkan masasse abdomen
5.	Selasa, 23 November 2021 Jam 09.25	V	<p>5.1 Mengidentifikasi status nutrisi</p> <p>5.2 Mengidentifikasi intoleransi makanan</p> <p>5.3 Memonitor berat badan</p> <p>5.4 Mengidentifikasi kebutuhan nutrisi dan jenis nutrient</p> <p>5.5 Menganjurkan posisi duduk</p> <p>5.6 Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>5.1 Menberikan makanan tinggi kalori dan protein</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan berat badan turun selama sakit dari 62 kg menjadi 46,5 kg - Pasien mengatakan menghindari makanan manis dan makanan tinggi garam - Pasien mengatakan butuh waktu lama untuk menghabiskan makanan - Pasien mengatakan 3 kali sehari seporisi habis <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB: 46,5 kg - TB: 157 cm - IMT: 18,9 (normal) - Lila: 27 cm

				<ul style="list-style-type: none">- CRT < 3 detik- Mukosa lembab- Turgor kulit baik- Bising usus 12 x/menit- Kemampuan menelan pasien menurun- Kekuatan lidah pasien menurun
--	--	--	--	--

Tabel 3.8
Implementasi hari ke-2

No	Waktu	Dx	Implementasi	Evaluasi Proses
1.	Rabu, 24 November 2021 Jam 07.30	I	1.1 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (missal: tekanan darah mmeningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun 1.2 Memonitor MAP 1.3 Memonitor status pernafasan 1.4 Memonitor tekanan darah 1.5 Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 1.6 Memonitor pernafasan 1.7 Memonitor suhu tubuh 1.8 Memonitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) 1.9 Mendokumentasikan hasil pemantauan 1.10 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.11 Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu	S: - Pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala, pusing atau mual saat ini - Pasien mengatakan tidak ada sesak O: TD: 140/90 mmHg N: 92 x/menit RR: 23 x/menit S: 36,1°C PP: 50 mmHg MAP: 106 mmHg - Kesadaran: compos mentis - Tidak ada pelebaran tekanan nadi - Nadi teraba kuat dan teratur - Pernafasan teratur, tidak ada pernafasan cuping hidung atau penggunaan otot bantu nafas - Keadaan umum: sedang - GCS: 15 - Nilai NHSS: 7 (stroke sedang) - Nervus yang terganggu: <ul style="list-style-type: none"> • N.2 (optikus): lapang pandang pasien menurun • N.7 (fasialis): bagian mulut pasien sedikit tidak simetris ke kiri saat tertawa atau tersenyum • N.10 (vagus): cara bicara pasien sedikit pelo tetapi masih terdengar jelas dan dapat dimengerti, kemampuan menelan menurun dengan nilai RSST 1 kali/30 detik • N.12 (hipoglossus): pasien sulit menggerakkan lidah ke atas CT-scan (28/2/19): Lesi hypodens di periventricular lat – corona radiata dextra, infark cerebri dextra, lesi hypodens di subdural frontoparietal bilateral, kronik subdural hematoma
2.	Rabu, 24 November 2021 Jam 09.00	II	2.1 Memonitor tanda-tanda vital 2.2 Memonitor irama otot, Gerakan motor, gaya berjalan, dan proprioepsi 2.3 Memonitor kekuatan pegangan 2.4 Memonitor adanya tremor 2.5 Memonitor respon Babinski 2.6 Mendokumentasikan hasil pemantauan 2.7 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2.8 Menginformasikan hasil pemantaun, jika perlu 2.9 Mengidentifikasi risiko latihan 2.10 Mengidentifikasi jenis dan durasi aktivitas pemanasan/pendinginan 2.11 Memonitor efektivitas latihan 2.12 Melakukan latihan sesuai program yang ditentukan.	S: - Pasien mengatakan cara berjalan belum normal - Pasien mengatakan mampu beraktivitas secara mandiri tetapi harus perlahan-lahan O: TD: 140/90 mmHg N: 92 x/menit RR: 23 x/menit S: 36,1°C PP: 50 mmHg - Gaya berjalan tidak normal - Gerakan tidak mulus - Tidak ada tremor - Kekuatan genggam mampu menahan tahanan - Kekuatan otot 4,5,4,5 - Refleks Babinski ada - Pasien mampu mengikuti latihan ROM aktif dari awal sampai akhir. - Pasien kooperatif

3.	Rabu, 24 November 2021 Jam 08.00	III	<p>3.1 Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan</p> <p>3.2 Memonitor status pernafasan</p> <p>3.3 Memonitor bunyi nafas</p> <p>3.4 Mengajarkan makan secara perlahan</p> <p>3.5 Mengajarkan strategi mencegah aspirasi</p> <p>3.6 Mengajarkan <i>shaker exercise</i> untuk meningkatkan kemampuan menelan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sering batuk dan tersedak saat makan atau minum <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran: compos mentis - Pasien batuk saat minum - RR: 23 x/menit - Irama pernafasan teratur - Suara nafas vesikuler - Suara serak - RSST: 1 x/30 detik (abnormal) - Pasien kooperatif
4.	Rabu, 24 November 2021 Jam 09.30	IV	<p>4.1 Memeriksa tanda dan gejala konstipasi</p> <p>4.2 Memeriksa pergerakan usus, karakteristik feses</p> <p>4.3 Mengajarkan diet tinggi serat</p> <p>4.4 Melakukan masase abdomen, jika perlu</p> <p>4.5 Mengajarkan peningkatan asupan cairan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan hari ini belum ada BAB - Pasien mengatakan makan sayur dan banyak minum air putih - Pasien mengatakan butuh waktu lama untuk makan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ada distensi abdomen - Bising usus 12 x/menit - Kemampuan menelan pasien menurun - Terlihat Gerakan peristaltic - Pasien dan keluarga kooperatif dan bersedia diajarkan masasse abdomen
5.	Rabu, 24 November 2021 Jam 09.40	V	<p>4.1 Mengidentifikasi status nutrisi</p> <p>4.2 Mengidentifikasi intoleransi makanan</p> <p>4.3 Memonitor berat badan</p> <p>4.4 Mengidentifikasi kebutuhan nutrisi dan jenis nutrient</p> <p>4.5 Mengajarkan posisi duduk</p> <p>4.6 Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>4.7 Memberikan makanan tinggi kalori dan protein</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan butuh waktu lama untuk menghabiskan makanan - Pasien mengatakan nafsu makan baik - Pasien makan 3 kali sehari <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB: 46,5 kg - TB: 157 cm - IMT: 18,9 (normal) - Lila: 27 cm - CRT < 3 detik - Mukosa lembab - Turgor kulit baik - Bising usus 12 x/menit

Tabel 3.9
Implementasi hari ke-3

No	Waktu	Dx	Implementasi	Evaluasi Proses
1.	Kamis, 25 November 2021 Jam 08.00	I	1.1 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (missal: tekanan darah mmeningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun 1.2 Memonitor MAP 1.3 Memonitor status pernafasan 1.4 Memonitor tekanan darah 1.5 Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 1.6 Memonitor pernafasan 1.7 Memonitor suhu tubuh 1.8 Memonitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) 1.9 Mendokumentasikan hasil pemantauan 1.10 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.11 Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu	S: - Pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala, pusing, atau mual saat ini - Pasien mengatakan tidak ada sesak O: TD: 120/90 mmHg N: 90 x/menit RR: 22 x/menit S: 36,2°C PP: 30 mmHg MAP: 100 mmHg - Kesadaran: compos mentis - Tidak ada pelebaran tekanan nadi - Nadi teraba kuat dan teratur - Pernafasan teratur, tidak ada pernafasan cuping hidung atau penggunaan otot bantu nafas - Keadaan umum: sedang - GCS: 15 - Nilai NHSS: 7 (stroke sedang) - Nervus yang terganggu: <ul style="list-style-type: none"> • N.2 (optikus): lapang pandang pasien menurun • N.7 (fasialis): bagian mulut pasien sedikit tidak simetris ke kiri saat tertawa atau tersenyum • N.10 (vagus): cara bicara pasien sedikit pelo tetapi masih terdengar jelas dan dapat dimengerti, kemampuan menelan menurun dengan nilai RSST 1 kali/30 detik • N.12 (hipoglossus): pasien sulit menggerakkan lidah ke atas CT-scan (28/2/19): Lesi hypodens di periventricular lat – corona radiata dextra, infark cerebri dextra, lesi hypodens di subdural frontoparietal bilateral, kronik subdural hematoma
2.	Kamis, 25 November 2021 Jam 09.30	II	2.1 Memonitor tanda-tanda vital 2.2 Memonitor irama otot, Gerakan motor, gaya berjalan, dan proprioepsi 2.3 Memonitor kekuatan pegangan 2.4 Memonitor adanya tremor 2.5 Memonitor respon Babinski 2.6 Mendokumentasikan hasil pemantauan 2.7 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2.8 Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu 2.9 Mengidentifikasi risiko latihan 2.10 Mengidentifikasi jenis dan durasi aktivitas pemanasan/pendinginan 2.11 Memonitor efektivitas latihan	S: - Pasien mengatakan cara jalan belum normal - Pasien mengatakan mampu beraktivitas mandiri dengan pelan-pelan O: TD: 120/90 mmHg N: 90 x/menit RR: 22 x/menit S: 36,2°C PP: 30 mmHg - Gaya berjalan tidak normal - Gerakan tidak mulus - Tidak ada tremor - Kekuatan genggaman mampu menahan tahanan - Kekuatan otot 4,5,4,5 - Refleks Babinski ada - Pasien mampu mengikuti latihan ROM aktif dari

			2.12 Melakukan latihan sesuai program yang ditentukan.	awal sampai akhir. - Pasien kooperatif
3.	Kamis, 25 November 2021 Jam 08.30	III	3.1 Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan 3.2 Memonitor status pernafasan 3.3 Memonitor bunyi nafas 3.4 Menganjurkan makan secara perlahan 3.5 Mengajarkan strategi mencegah aspirasi 3.6 Mengajarkan <i>shaker exercise</i> untuk meningkatkan kemampuan menelan	S: - Pasien mengatakan batuk dan tersedak berkurang - Pasien mengatakn urat leher seperti tertarik setelah melakukan <i>shaker exercise</i> O: - Kesadaran: compos mentis - RR: 23 x/menit - Irama pernafasan teratur - Suara nafas vesikuler - Suara serak - RSST: 1 x/30 detik (abnormal) - Pasien kooperatif
4.	Kamis, 25 November 2021 Jam 10.00	IV	4.1 Memeriksa tanda dan gejala konstipasi 4.2 Memeriksa pergerakan usus, karakteristik feses 4.3 Menganjurkan diet tinggi serat 4.4 Melakukan masase abdomen, jika perlu 4.5 Menganjurkan peningkatan asupan cairan	S: - Pasien mengatakan pagi ini BAB - Pasien mengatakan konsistensi keras - Pasien mengatakan sedikit mengejan saat BAB - Pasien mengatakan lama saat BAB O: - Tidak ada distensi abdomen - Bising usus 13 x/menit - Terlihat Gerakan peristaltic - Pasien kooperatif
5.	Kamis, 25 November 2021 Jam 10.10	V	5.1 Mengidentifikasi status nutrisi 5.2 Mengidentifikasi intoleransi makanan 5.3 Memonitor berat badan 5.4 Mengidentifikasi kebutuhan nutrisi dan jenis nutrient 5.5 Menganjurkan posisi duduk 5.6 Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5.7 Memberikan makanan tinggi kalori dan protein	S: - Pasien mengatakan butuh waktu lama untuk menghabiskan makanan - Pasien mengatakan nafsu makan baik - Pasien makan 3 kali sehari O: - BB: 46,5 kg - TB: 157 cm - IMT: 18,9 (normal) - Lila: 27 cm - CRT < 3 detik - Mukosa lembab - Turgor kulit baik - Bising usus 13 x/menit -

Tabel 3.10
Implementasi hari ke-4

No	Waktu	Dx	Implementasi	Evaluasi Proses
1.	Jumat, 26 November 2021 Jam 08.15	III	3.1 Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan 3.2 Memonitor status pernafasan 3.3 Memonitor bunyi nafas 3.4 Menganjurkan makan secara perlahan 3.5 Mengajarkan strategi mencegah aspirasi 3.6 Mengajarkan <i>shaker exercise</i> untuk meningkatkan kemampuan menelan	S: - Pasien mengatakan batuk dan tersedak berkurang - Pasien mengatakn urat leher seperti tertarik setelah melakukan <i>shaker exercise</i> O: - Kesadaran: compos mentis - RR: 22 x/menit - Irama pernafasan teratur - Suara nafas vesikuler - Suara serak - RSST: 2 x/30 detik (abnormal) - Pasien kooperatif

Tabel 3.11
Implementasi hari ke-5

No	Waktu	Dx	Implementasi	Evaluasi Proses
1.	Sabtu, 27 November 2021 Jam 08.10	III	3.1 Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan 3.2 Memonitor status pernafasan 3.3 Memonitor bunyi nafas 3.4 Menganjurkan makan secara perlahan 3.5 Mengajarkan strategi mencegah aspirasi 3.6 Mengajarkan <i>shaker exercise</i> untuk meningkatkan kemampuan menelan	S: - Pasien mengatakan batuk dan tersedak berkurang - Pasien mengatakn urat leher seperti tertarik setelah melakukan <i>shaker exercise</i> O: - Kesadaran: compos mentis - RR: 22 x/menit - Irama pernafasan teratur - Suara nafas vesikuler - Suara serak - RSST: 2 x/30 detik (abnormal) - Pasien kooperatif

Tabel 3.12
Implementasi hari ke-6

No	Waktu	Dx	Implementasi	Evaluasi Proses
1.	Minggu, 28 November 2021 Jam 10.00	III	3.1 Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan 3.2 Memonitor status pernafasan 3.3 Memonitor bunyi nafas 3.4 Menganjurkan makan secara perlahan 3.5 Mengajarkan strategi mencegah aspirasi 3.6 Mengajarkan <i>shaker exercise</i> untuk meningkatkan kemampuan menelan	S: - Pasien mengatakan pagi ini tidak ada batuk atau tersedak saat makan - Pasien mengatakn urat leher seperti tertarik setelah melakukan <i>shaker exercise</i> O: - Kesadaran: compos mentis - RR: 22 x/menit - Irama pernafasan teratur - Suara nafas vesikuler - Suara serak - RSST: 2 x/30 detik (abnormal) - Pasien kooperatif

G. Implementasi Inovasi

1. Meningkatkan kemampuan menelan pada pasien menggunakan Tindakan *shaker exercise*

Intervensi dilakukan untuk kemampuan menelan pasien, latihan yang digunakan adalah *shaker exercise*. Pasien diajarkan untuk melakukan latihan *shaker exercise*. *Shaker exercise* dilakukan sebanyak 3 kali sehari selama 6 hari. *Shaker exercise* dilakukan Bersama peneliti di pagi hari, dan 2 kali berikutnya dilakukan secara mandiri oleh pasien Bersama keluarga. Pasien diberi lembar observasi latihan untuk mencatat waktu dilakukannya latihan. *Shaker exercise* dilakukan dari tanggal 23 November 2021 hingga 28 November 2021.

Tabel 3.13
Implementasi Inovasi

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Inovasi
23-28 November 2021	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial	Tahapan implementasi inovasi <i>shaker exercise</i> : 1. Memberikan salam terapeutik 2. Mengkaji keadaan umum pasien 3. Mengkaji kemampuan menelan pasien dengan RSST 4. Menjelaskan tujuan dari dilakukannya <i>shaker exercise</i> 5. Mengatur posisi pasien dengan posisi supinasi 6. Menjaga privasi pasien 7. Menginstruksikan pasien untuk mengangkat bagian kepala hingga dagu menyentuh dada dan mata menatap ke jari-jari kaki. 8. Menginstruksi pasien untuk menahan selama 60 detik. 9. Menginstruksikan pasien untuk menurunkan kepala Kembali keposisi semula secara perlahan, istirahat selama 60 detik (lakukan sebanyak 3 kali) 10. Menginstruksikan pasien untuk mengangkap kepala Kembali dan menahannya selama satu detik lalu turunkan secara perlahan, ulangi Gerakan yang sama dengan durasi yang sama sebanyak 30 kali. 11. Membiarkan pasien untuk rileks dan mengatur nafas sebelum Kembali ke posisi duduk. 12. Mengevaluasi respon pasien selama dan setelah latihan 13. Memonitor adanya intoleransi Gerakan atau durasi selama latihan 14. Membaca hamdalamh 15. Merapikan pasien

2. Hasil intervensi inovasi pemberian Tindakan *shaker exercise* untuk meningkatkan kemampuan menelan.

Sebelum dilakukan tindakan *shaker exercise* hasil pemeriksaan kemampuan menelan pasien menggunakan metode RSST adalah 1x/30 detik. Pasien mengeluh sering tersedak dan batuk saat makan atau minum, makanan seperti tertahan ditenggorokan, membutuhkan waktu makan yang lama dan kualitas suara pasien serak. Hasil observasi setelah dilakukan *shaker exercise*, hasil pemeriksaan RSST meningkat menjadi 2 x/30 detik di hari ke 4, 5, dan 6. Pasien juga mengatakan frekuensi batuk berkurang saat makan. Bagian leher dan perut terasa kencang atau tertarik setelah rutin melakukan *shaker exercise*.

Tabel 3.14
Hasil Observasi *Shaker exercise*

Hari/Tanggal/Jam	RSST
Selasa, 23 November 2021 Jam	1 x/30 detik
Rabu, 24 November 2021 Jam	1 x/30 detik
Kamis, 25 November 2021 Jam	1 x/30 detik
Jumat, 26 November 2021 Jam	2 x/30 detik
Sabtu, 27 November 2021 Jam	2 x/30 detik
Minggu, 28 November 2021 Jam	2 x/30 detik

H. Evaluasi

Tabel 3.15
Evaluasi

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	TTD															
Kamis, 25 November 2021 Jam 11.20	Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d infark pada jaringan otak	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala, pusing, atau mual saat ini - Pasien mengatakan tidak ada sesak <p>O:</p> <p>TD: 120/90 mmHg N: 90 x/menit RR: 22 x/menit S: 36,2°C PP: 30 mmHg MAP: 100 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran: compos mentis - Tidak ada pelebaran tekanan nadi - Nadi teraba kuat dan teratur - Pernafasan teratur, tidak ada pernafasan cuping hidung atau penggunaan otot bantu nafas - Keadaan umum: sedang - GCS: 15 - Nilai NIHSS: 7 (stroke sedang) - Nervus yang terganggu: <ul style="list-style-type: none"> • N.2 (optikus): lapang pandang pasien menurun • N.7 (fasialis): bagian mulut pasien sedikit tidak simetris ke kiri saat tertawa atau tersenyum • N.10 (vagus): cara bicara pasien sedikit pelo tetapi masih terdengar jelas dan dapat dimengerti, kemampuan menelan menurun dengan nilai RSST 1 kali/30 detik • N.12 (hipoglossus): pasien sulit menggerakkan lidah ke atas <p>CT-scan (28/2/19): Lesi hypodens di periventricular lat – corona radiata dextra, infark cerebri dextra, lesi hypodens di subdural frontoparietal bilateral, kronik subdural hematoma</p> <p>A: Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi</p> <table border="1" data-bbox="571 1429 1198 1641"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>S</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah diastolic</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Reflek saraf</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan intervensi, berikan discharge planning tindakan yang dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien</p> <p>1.4 Monitor tekanan darah</p>	Kriteria Hasil	S	H	Kesadaran	5	5	Tekanan darah sistolik	3	5	Tekanan darah diastolic	3	4	Reflek saraf	3	4	Dinda
Kriteria Hasil	S	H																
Kesadaran	5	5																
Tekanan darah sistolik	3	5																
Tekanan darah diastolic	3	4																
Reflek saraf	3	4																
Kamis, 25 November 2021 Jam 11.25	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cara jalan belum normal - Pasien mengatakan mampu beraktivitas mandiri dengan pelan-pelan <p>O:</p> <p>TD: 120/90 mmHg N: 90 x/menit RR: 22 x/menit S: 36,2°C</p>	Dinda															

		<p>PP: 30 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gaya berjalan tidak normal - Gerakan tidak mulus - Tidak ada tremor - Kekuatan genggamannya mampu menahan tahanan - Kekuatan otot 4,5,4,5 - Refleks Babinski ada - Pasien mampu mengikuti latihan ROM aktif dari awal sampai akhir. - Pasien kooperatif <p>A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>S</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gerakan tidak terkoordinasi</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan intervensi, berikan discharge planning tindakan yang dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien 2.12 Lakukan latihan sesuai program yang ditentukan.</p>	Kriteria Hasil	S	H	Pergerakan ekstremitas	3	4	Kekuatan otot	4	4	Gerakan tidak terkoordinasi	4	4	Gerakan terbatas	4	4							
Kriteria Hasil	S	H																						
Pergerakan ekstremitas	3	4																						
Kekuatan otot	4	4																						
Gerakan tidak terkoordinasi	4	4																						
Gerakan terbatas	4	4																						
Kamis, 25 November 2021 Jam 11.30	Konstipasi b/d penurunan motilitas gastrointestinal	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pagi ini BAB - Pasien mengatakan konsistensi keras - Pasien mengatakan mengejan saat BAB - Pasien mengatakan lama saat BAB <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada distensi abdomen - Bising usus 13 x/menit - Terlihat Gerakan peristaltic - Pasien kooperatif <p>A: Masalah keperawatan risiko konstipasi teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>S</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengejan saat defekasi</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Nyeri abdomen</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Distensi abdomen</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Konsistensi feses</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Peristaltic usus</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan intervensi berikan discharge planning tindakan yang dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien 4.4 Lakukan masase abdomen, jika perlu</p>	Kriteria Hasil	S	H	Mengejan saat defekasi	3	3	Nyeri abdomen	4	5	Distensi abdomen	3	4	Konsistensi feses	3	3	Frekuensi defekasi	3	4	Peristaltic usus	4	4	Dinda
Kriteria Hasil	S	H																						
Mengejan saat defekasi	3	3																						
Nyeri abdomen	4	5																						
Distensi abdomen	3	4																						
Konsistensi feses	3	3																						
Frekuensi defekasi	3	4																						
Peristaltic usus	4	4																						
Kamis, 25 November 2021 Jam 11.35	Risiko defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan butuh waktu lama untuk menghabiskan makanan - Pasien mengatakan nafsu makan baik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB: 46,5 kg - TB: 157 cm - IMT: 18,9 (normal) - Lila: 27 cm - CRT < 3 detik - Mukosa lembab 	Dinda																					

		<ul style="list-style-type: none"> - Turgor kulit baik - Bising usus 13 x/menit <p>A: Masalah keperawatan risiko defisit nutrisi teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Kriteria Hasil</th> <th style="text-align: center;">S</th> <th style="text-align: center;">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan otot menelan</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Berat badan</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Indeks massa tubuh</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi makan</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Bising usus</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Membrane mukosa</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan intervensi</p>	Kriteria Hasil	S	H	Kekuatan otot menelan	3	4	Berat badan	5	5	Indeks massa tubuh	5	5	Frekuensi makan	5	5	Nafsu makan	5	5	Bising usus	4	5	Membrane mukosa	5	5	
Kriteria Hasil	S	H																									
Kekuatan otot menelan	3	4																									
Berat badan	5	5																									
Indeks massa tubuh	5	5																									
Frekuensi makan	5	5																									
Nafsu makan	5	5																									
Bising usus	4	5																									
Membrane mukosa	5	5																									
<p>Minggu, 28 November 2021 Jam 11.00</p>	<p>Gangguan menelan b/d gangguan syaraf kraniall</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pagi ini tidak ada batuk atau tersedak saat makan - Pasien mengatakan urat leher seperti tertarik setelah melakukan <i>shaker exercise</i> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran: compos mentis - RR: 22 x/menit - Irama pernafasan teratur - Suara nafas vesikuler - Suara serak - RSST: 2 x/30 detik (abnormal) - Pasien kooperatif <p>A: masalah keperawatan gangguan menelan teratasi Sebagian</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Kriteria Hasil</th> <th style="text-align: center;">S</th> <th style="text-align: center;">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reflek menelan</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengunyah</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi tersedak</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Batuk</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Kualitas suara</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan intervensi, berikan discharge planning tindakan yang dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien 3.4 Anjurkan makan secara perlahan 3.6 Ajarkan <i>shaker exercise</i> untuk meningkatkan kemampuan menelan</p>	Kriteria Hasil	S	H	Reflek menelan	3	4	Kemampuan mengunyah	4	4	Frekuensi tersedak	3	4	Batuk	3	4	Kualitas suara	4	4	<p>Dinda</p>						
Kriteria Hasil	S	H																									
Reflek menelan	3	4																									
Kemampuan mengunyah	4	4																									
Frekuensi tersedak	3	4																									
Batuk	3	4																									
Kualitas suara	4	4																									