

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN
STROKE NON HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI
LATIHAN MENELAN TERSTRUKTUR PADA PASIEN DISFAGIA DI
RUANG STROKE CENTER AFI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA
Tahun 2018**

Karya Ilmiah Akhir Ners



Di Susun Oleh :

NOVI MARINDA, S.Kep

NIM 17111024120049

**PROGRAM PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN & FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

2018

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik
dengan Intervensi Inovasi Latihan Menelan Terstruktur pada Pasien
Disfagia di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Samarinda Tahun 2018**

Karya Ilmiah Akhir Ners

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners Keperawatan



Di Susun Oleh :

Novi Marinda, S.Kep

NIM 17111024120049

PROGRAM PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN & FARMASI

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN
Analisis Praktik Klinik Keperawatan
Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Intervensi Inovasi
Latihan Menelan Terstruktur Pada Pasien Disfagia
Di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
Tahun 2018

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH :

Novi Marinda, S.Kep

17111024120049

Diseminarkan dan Diujikan

Pada tanggal 23 Juli 2018

Pembimbing



Ns. Joanggi WH, M.Kep

NIDN : 1122018501

Mengetahui,
Koordinator Mata Kuliah Elektif



Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep

NIDN : 1115017703

LEMBAR PERSETUJUAN

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan
Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Intervensi Inovasi
Latihan Menelan Terstruktur Pada Pasien Disfagia
Di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
Tahun 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH :

Novi Marinda, S.Kep

17111024120049

Diseminarkan dan Diujikan

Pada tanggal 23 Juli 2018

Pembimbing



Ns. Joanggi WH, M.Kep

NIDN : 1122018501

**Mengetahui,
Koordinator Mata Kuliah Elektif**



Ns. Siti Khoiroh Muflihatin., M.Kep

NIDN : 1115017703

LEMBAR PENGESAHAN

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik
Dengan Intervensi Inovasi Latihan Menelan Terstruktur
Pada Pasien Disfagia Di Ruang Stroke Center
AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Samarinda Tahun 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH :

Novi Marinda, S.Kep

NIM 17111024120049

Diseminarkan dan Diujikan

Pada tanggal 23 Juli 2018

Penguji I

Ns. Wahyu Oktoviyanti, S.Kep., MM
NIP.197210071995032003

Penguji II

Ns. Siti Khoiroh M., M.Kep
NIDN . 1115017703

Penguji III

Ns. Joanggi WH., M.Kep
NIDN . 1122018501

Mengetahui,

Ketua Program Studi S1 Keperawatan



Ns. Dwi Rahmah, F. M.Kep

NIDN.1119097601

Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Intervensi Inovasi Latihan Menelan Terstruktur pada Pasien Disfagia Di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2018

Novi Marinda¹, Joanggi WH²

INTISARI

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal atau global, munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatic. Salah satu gangguan klinis yang sering ditemukan akibat stroke adalah gangguan menelan atau disfagia. Disfagia adalah kesulitan menelan cairan atau makanan yang disebabkan gangguan pada proses menelan. Intervensi yang dianjurkan pada kasus stroke dengan disfagia mencakup modifikasi diet, manuver kompensatori, serta latihan menelan (*swallowing therapy*). Tehnik menelan *Mendelsohn Maneuver*, juga terbukti mampu meningkatkan durasi pergerakan hioid (jakun) keatas, durasi membukanya sfingter esofagus atas. Karya ilmiah akhir ners ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada klien dengan diagnose medis Stroke Non Hemoragik yang mengalami disfagia di ruang stroke center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan pendekatan konsep keperawatan. Dari hasil analisa kasus didapatkan hasil bahwa kemampuan menelan pasien masih tidak normal karena kondisi klien diperawatan hari terakhir mengalami penurunan sehingga klien tidak kooperatif untuk melakukan latihan menelan terstruktur.

Kata Kunci : Stroke, Disfagia, Latihan Menelan Terstruktur

¹Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

²Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.

Nursing Clinical Practice Analysis in Non Hemorrhagic Stroke Patients with Innovation Intervention Ingesting Training Towards Dysphagia in Stroke Patients in AFI Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Year 2018

Novi Marinda¹, Joanggi WH²

ABSTRACT

Stroke is an organization in the local or global brain, suddenly abrupt, progressive, and fast. Impaired nerve function in stroke caused by non traumatic brain disorder. One of the most common clinical disorders of stroke is swallowing or dysphagia. Dysphagia is a difficulty swallowing fluid or food caused by a disruption in the process of swallowing. Recommended interventions in stroke with dysphagia include dietary modifications, compensatory maneuvers, and swallowing therapy. Mendelsohn Maneuver ingestion techniques, also proven to increase the duration of movement of hioid (Adam's apple) upward, the duration of opening the upper esophageal sphincter. This final paper is aimed at analyzing the case of clients under medical diagnosis of Non Hemorrhagic Stroke suffering from dysphagia in stroke center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda with nursing concept approach. From the results of the case analysis found that the ability to swallow the patient is still not normal because the condition of clients treated last day decreased so that clients are not cooperative to do structured swallowing exercises.

Keywords : Stroke, Dysphagia, Ingesting Exercise

1Mahasiswa Nursing Program Study of Muhammadiyah University of East Kalimantan
2 Lecturer of Nursing Science Program Muhammadiyah University of East Kalimantan.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan di banyak negara. Dilaporkan bahwa di tahun 2013, secara global, terdapat hampir 25.7 juta penderita stroke yang berhasil kembali sehat, 6.5 juta kematian akibat stroke dan 113 juta kecacatan terjadi akibat stroke dan 10.3 juta kasus baru stroke. Mayoritas kejadian stroke yang diobservasi di negara-negara berkembang, diketahui bahwa 75.2% seluruh stroke berkaitan dengan kematian dan 81.0% bermakna adanya kecacatan akibat stroke (Ven ketasubramanian. et all, 2017).

Sample Registration System(SRS) Indonesia tahun 2014, dikutip dari Kemenkes RI (2017), menunjukkan stroke merupakan penyebab kematian utama, yaitu sebesar 21,1% dari seluruh penyebab kematian untuk semua kelompok umur. Prevalensi stroke dari tahun ke tahun meningkat tajam. Jika pada 1990 stroke masih di urutan ketiga setelah penyakit jantung dan kanker, tahun 2010 menjadi urutan pertama penyebab kematian di Indonesia.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2013, prevalensi penderita stroke di Indonesia sebanyak 57,9% , sedangkan prevalensi penderita stroke di Kalimantan Timur adalah sebanyak 7,7 %. Menurut Pusdatin Kemenkes RI (2014), jumlah penderita stroke di Kalimantan Timur tahun 2013 berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebanyak 14.043 pasien dan berdasarkan diagnosis serta gejala sisa sebanyak

26.434 pasien. Menurut data dari Rekam Medik RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda jumlah pasien pada bulan Januari 2018 sampai bulan Juni 2018 yaitu sebanyak 371 pasien, dimana Stroke Non Hemoragik berjumlah 200 pasien dan Stroke Hemoragik berjumlah 171 pasien.

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal dan atau global, munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan syaraf tersebut menimbulkan gejala antara lain: kelumpuhan pada wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, gangguan menelan dan lain-lain (Kemenkes RI, 2013).

Masalah kesehatan yang timbul akibat stroke sangat bervariasi, tergantung pada luasnya daerah otak yang mengalami nekrosis atau kematian jaringan, dan lokasi yang terkena. Salah satu gangguan klinis yang sering ditemukan akibat stroke adalah gangguan menelan atau disfagia (Rasyid & Soertidewi, 2011)

Disfagia adalah kesulitan menelan cairan atau makanan yang disebabkan gangguan pada proses menelan (Rasyid & Soertidewi, 2011).

Gejala gangguan menelan bervariasi dari yang paling ringan seperti rasa tidak nyaman di kerongkongan hingga tidak mampu menelan makanan dan cairan. Tanda dan gejala disfagia lain meliputi tidak mampu menahan air liur, kesulitan mengunyah, makanan tertahan di mulut, memerlukan waktu yang lama saat menelan, batuk, tersedak, suara serak, makanan melekat di

kerongkongan, berat badan menurun, keluar makanan dari hidung dan aspirasi pneumonia.

Pada penanganan gangguan menelan atau disfagia dibutuhkan kerjasama beberapa ahli diantaranya dokter, perawat dan ahli terapi dan ahli gizi. Menurut Palmer, Drennan dan Baba 2000 dalam Mulyatsih 2009, penanganan disfagia di tunjukan pada meneurunkan resiko aspirasi, meningkatkan kemampuan makan dan menelan serta mengoptimalkan status nutrisi. Intervensi yang di anjurkan pada kasus stroke dengan disfagia mencakup modifikasi diet, maneuver kompensatori, serta latihan menelan. Salah satu alasan yang mendasari dilakukannya latihan menelan adalah memberikan stimulus atau rangsangan terhadap reseptor fungsi menelan yang berada di lengkung faring anterior, sehingga diharapkan fisiologi menelan yang normal akan kembali muncul.

Ditemukan sekitar 28-65% pasien yang mengalami disfagia setelah serangan stroke. Setelah dilakukan rehabilitasi selama 14 hari pasca stroke, sekitar 90% pasien dapat melakukan latihan menelan (Smithard, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian oleh Mc Cullough & Kim (2013), didapatkan 18 pasien stroke dengan disfagia dilakukan latihan menelan dengan tehnik *mandelshon maneuver*. Semua pasien mengalami peningkatan status menelan setelah di lakukan latihan menelan selama 1-2 minggu.

Berdasarkan dari penjelasan diatas maka penulis tertarik melakukan analisis teknik latihan menelan terstruktur pada pasien stroke dengan disfagia.

B. Perumusan Masalah

Sekitar 27-40% pasien stroke fase akut mengalami gangguan fungsi menelan atau disfagia. Untuk menilai adanya disfagia pada pasien stroke, perawat dapat melakukan skrining disfagia menggunakan *The Massey Bedside Swallowing Screen (MBS)*. Namun permasalahan di pelayanan adalah masalah disfagia ini masih terabaikan dan jarang menjadi perhatian saat proses pemberian asuhan keperawatan, baik saat pengkajian, intervensi maupun evaluasi. Penanganan keperawatan yang tepat sejak awal, khususnya intervensi keperawatan berupa latihan menelan, akan mampu mencegah komplikasi akibat disfagia, sehingga lama rawat pasien di rumah sakit menjadi menurun dan biaya rawat di rumah sakit juga menjadi lebih efisien.

Salah satu intervensi yang jarang dilakukan oleh perawat dipelayanan intensif adalah pelaksanaan skrining disfagia. Penulis ingin memfokuskan analisis pada intervensi tehnik latihan menelan terstruktur pada klien Stroke Non Hemoragik untuk meningkatkan fungsi menelan pasien dengan disfagia di ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Rumusan masalah pada KIAN ini adalah “Bagaimanakah analisis praktek klinik keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan intervensi inovasi pengaruh tehnik latihan menelan terstruktur terhadap fungsi menelan pada pasien disfagia di ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisis terhadap kasus kelolaan pada klien dengan diagnose medis Stroke Non Hemoragik di ruang stroke centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik dengan pendekatan proses keperawatan
- b. Menganalisis intervensi tehnik latihan menelan terstruktur pada pasien diasfagia dengan diagnose Stroke Non Hemoragik.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi pasien

Dapat menerima asuhan keperawatan yang lebih berkualitas terutama untuk mencegah komplikasi dan mampu memperbaiki kualitas latihan menelan pasien.

b. Bagi perawat

Sebagai bahan masukan berupa intervensi yang bisa diterapkan di lahan rumah sakit khususnya di ruang Stroke centre untuk meningkatkan pengetahuan dalam penanganan pasien stroke yang mengalami disfagia.

c. Bagi tenaga kesehatan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat meningkatkan peran serta perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke untuk berkolaborasi dalam melakukan skrining disfagia pada pasien stroke terhitung 24 jam setelah pasien masuk. Sehingga apabila terdapat hasil disfagia positif pada pasien, maka penanganan akan cepat dilakukan dan tidak menimbulkan komplikasi.

2. Manfaat keilmuan

a. Bagi penulis

Meningkatkan kemampuan penulisan dalam melakukan analisa pada pasien stroke khususnya pada pasien stroke yang mengalami disfagia sehingga dalam menambah wawasan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang lebih baik serta menambah pengetahuan penulis dalam pembuatan karya ilmiah akhir ners.

b. Bagi peneliti

Untuk peneliti selanjutnya dapat dijadikan acuan data guna melakukan penelitian pada klien Stroke Non Hemoragik dengan aplikasi teknik *mandelshon maneuver*.

c. Bagi Rumah Sakit

Memberi masukan untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit dalam intervensi keperawatan berupa latihan menelan pada pasien stroke demi mencegah terjadinya komplikasi lain terjadi pada klien rawat inap di ruang perawatan khususnya pasien yang mengalami gangguan menelan.

d. Bagi Pendidikan

Menjadi bahan tambahan referensi mengenai pengaruh terapi menelan pada pasien stroke untuk meningkatkan fungsi menelan pada pasien sehingga menambah pengetahuan dan meningkatkan kualitas pendidikan di Institusi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori Stroke

1. Pengertian

Stroke merupakan penyebab kecacatan nomor satu dan penyebab kematian nomor dua di dunia. Penyakit ini telah menjadi masalah kesehatan yang mendunia dan semakin penting, dengan kejadian dua pertiga stroke terjadi di negara yang sedang berkembang (Feigin, 2006).

Stroke adalah masalah neurologik primer di Amerika Serikat dan didunia. Meskipun upaya pencegahan telah menimbulkan penurunan pada insidensi dalam beberapa tahun terakhir, stroke adalah peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18 % sampai 37 % untuk stroke serangan pertama dan sebesar 62 % untuk stroke selanjutnya. Terdapat kira-kira 2 juta orang bertahan hidup dari stroke yang mempunyai beberapa kecacatan, dari angka ini 40 % memerlukan bantuan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari.

Menurut *World Health Organization (WHO) Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease (Monica) Project* tahun 1988, Stroke adalah gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun menyeluruh (global) yang berlangsung dengan cepat, lebih dari 24 jam, atau berakhir dengan kematian, tanpa ditemukannya penyebab selain daripada gangguan peredaran darah otak. Perubahan vaskular yang terjadi dapat disebabkan karena kelainan pada jantung sebagai pompa, kelainan

dinding pembuluh darah dan komposisi darah (Caplan,2009, Goldstein,2009, Gonzalez dkk,2011).

2. Klasifikasi

Berdasarkan atas jenisnya, stroke dibagi menjadi :

a. Stroke Iskemik / Non Hemoragik

Stroke iskemik terjadi karena aliran darah ke otak terhenti disebabkan aterosklerosis atau bekuan darah yang telah menyumbat disuatu pembuluh darah.

b. Stroke Hemoragik

Diakibatkan karena pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah normal dan darah menembus ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya(Detty N, 2009).

3. Etiologi

Penyebab stroke menurut *American Heart Association*,di bagi menjadi,yaitu :

a. Thrombosis Serebral

Arterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral.

Tanda –tanda thrombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah awitan yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif atau kejang dan beberapa mengalami awitan yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intraserebral atau embolisme serebral. Secara umum,

thrombosis serebral tidak terjadi dengan tiba –tiba adanya kehilangan bicara sementara, hemiplegia atau parastesia pada setengah tubuh dapat mendahului awitan paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

b. Embolisme Serebral

Abnormalitas patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis infeksi, penyakit jantung rematik, dan infark miokard, serta infeksi pulmonal, adalah tempat –tempat asal emboli. Mungkin saja bahwa pemasangan katup jantung prostetik dapat mencetuskan stroke, karena terdapat peningkatan insidensi embolisme setelah prosedur ini. Resiko stroke setelah pemasangan katup buatan dapat dikurangi dengan terapi antikoagulan pasca operatif. Kegagalan pacu jantung, fibrilasi atrium dan kardioversi untuk fibrilasi atrium adalah kemungkinan penyebab lain dari emboli serebral dan stroke.

Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang –cabangnya, yang merusak sirkulasi serebral. Awitan hemiparesis atau hemiplegia tiba –tiba dengan atau tanpa afasia atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal adalah karakteristik dari embolisme serebral.

c. Iskemia Serebral

Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) terutama karena konstiksi aterosklerotik pada arteri yang menyuplai darah ke otak. Manifestasi paling umum adalah SIS (Serangan Iskemik Sementara).

d. Hemoragi Serebral

Hemoragi dapat terjadi diluar duramater (hemoragi ekstradural atau epidural), di bawah duramater (hemoragi subdural), di ruang subarachnoid (hemoragi subarachnoid) , atau di dalam substansi otak (hemoragi intra serebral).

1) Hemoragi Ekstradural

Hemoragi ekstradural (hemoragi epidural) adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Ini biasanya mengikuti fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengkan atau arteri meningen lain. Pasien harus diatasi dalam beberapa jam cedera untuk mempertahankan hidup.

2) Hemoragi Subdural

Hemoragi subdural (termasuk hemoragi subdural akut) pada dasarnya sama dengan hemoragi epidural, kecuali bahwa hematoma subdural biasanya jembatan vena robek. Karenanya, periode pembentukan hematoma lebih lama (intervalnya jelas lebih lama) dan menyebabkan perdarahan pada otak. Beberapa pasien mungkin mengalami hemoragi subdural kronik tanpa menunjukkan tanda dan gejala.

3) Hemoragi Subarachnoid

Hemoragi subarachnoid (hemoragi yang terjadi di ruang subarachnoid) dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisme pada area

sirkulus willisi dan malformasi arteri, vena congenital pada otak. Arteri di dalam otak dapat menjadi tempat aneurisme.

4) Hemoragi Intraserebral

Hemoragi atau perdarahan di substansi dalam otak paling umum pada pasien dengan hipertensi dan aterosklerosis serebral, karena perubahan degeneratif, karena penyakit ini biasanya menyebabkan ruptur pembuluh darah. Stroke sering terjadi pada kelompok usia 40 sampai 70 tahun. Pada orang yang lebih muda dari 40 tahun, hemoragi intraserebral biasanya disebabkan oleh malformasi arteri-vena, hemangioblastoma, dan trauma juga disebabkan oleh tipe patologi arteri tertentu, adanya tumor otak, dan penggunaan medikasi (antikoagulan oral, amfetamin, dan berbagai obat aditif lainnya).

Perdarahan biasanya arterial dan terjadi terutama sekitar basal ganglia, gambaran klinis prognosis tergantung terutama pada derajat hemoragi dan kerusakan otak. Kadang-kadang, perdarahan merobek dinding ventrikel lateral dan menyebabkan hemoragi intraventrikular yang sering fatal.

Biasanya awitan tiba-tiba, dengan sakit kepala berat. Bila hemoragi membesar, makin jelas deficit neurologis yang terjadi dalam bentuk penurunan kesadaran dan abnormalitas pada tanda vital. Pasien dengan perdarahan luas akan mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran mereka dan dapat menjadi stupor atau tidak responsif sama sekali. Bila perdarahan terbatas atau terjadi bertahap,

mungkin tidak ada efek tekanan yang bermakna. Sebaliknya, deficit total dapat muncul dalam beberapa jam. Penurunan nyata pada kesadaran (stupor / koma) pada fase awal episode perdarahan biasanya mempunyai prognosis yang tidak baik.

Tindakan terhadap hemoragi intraserebral masih kontroversial. Bila hemoragi kecil, pasien diatasi secara konservatif dan simptomatis. Tekanan darah diturunkan secara hati-hati dengan medikasi antihipertensif. Deficit neurologis pada pasien mungkin memburuk bila tekanan darah berkurang terlalu rendah atau terlalu cepat. Bentuk tindakan paling efektif adalah pencegahan penyakit vaskular hipertensif.

4. Resiko dan Pencegahan Stroke

a. Resiko Stroke

- 1) resiko stroke yang tak dapat dimodifikasi yaitu : usia, jenis kelamin, ras atau etnis dan riwayat keluarga
- 2) resiko stroke yang dapat di modifikasi yaitu ; hipertensi, fibrilasi atrium, merokok diabetes, hiperlipidemia, stenosis karotis, riwayat serangan iskemik sepintas dan obesitas.

b. Pencegahan Stroke

Pencegahan stroke adalah kemungkinan pendekatan yang paling baik. Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk pencegahan adalah mengubah resiko (yang dapat di modifikasi) yaitu dengan mengubah gaya hidup dan meningkatkan pengetahuan tentang stroke.

5. Manifestasi Klinis

Stroke menyebabkan berbagai deficit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

a. Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.

Di awal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul biasanya adalah paralisis dan hilang atau menurunnya reflex tendon dalam. Apabila reflex tendon dalam ini muncul kembali (biasanya dalam waktu 48 jam pasca serangan), peningkatan tonus disertai dengan spastisitas (peningkatan tonus otot abnormal) pada ekstremitas yang terkena dapat dilihat.

b. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut :

- 1) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- 2) Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif.
- 3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya) seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

c. Gangguan persepsi

Gangguan persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual –spasial dan kehilangan sensori.

d. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

Bila kerusakan telah terjadi pada lobus frontal, mempelajari kapasitas, memori atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang

perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, kurang motivasi, yang menyebabkan pasien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka. Depresi pada umumnya terjadi dan mungkin diperberat oleh respon alamiah pasien terhadap penyakit katastrofik ini. Masalah psikologik lain juga umumnya terjadi dan dimanifestasikan oleh labilitas emosional, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerjasama.

e. Disfungsi kandung kemih

Setelah serangan stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan ketidakmampuan untuk menggunakan bedpan karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang setelah stroke kandung kemih menjadi atonik, dengan kerusakan sensasi dalam respons terhadap pengisian kandung kemih. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitten dengan tehnik steril. Ketika tonus otot meningkat dan reflex tendon kembali, tonus kandung kemih meningkat dan spasisitas kandung kemih dapat terjadi. Karena indera kesadaran pasien kabur, inkontinensia urinarius menetap atau retensi urinarius mungkin simtomatik karena kerusakan otak bilateral. Inkontinensia ani dan urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologik luas.

6. Penatalaksanaan Pasien Stroke Fase Akut

Pasien yang koma pada saat masuk rumah sakit dipertimbangkan mempunyai prognosis buruk. Sebaliknya, pasien sadar penuh menghadapi hasil yang lebih dapat digarapkan. Fase akut biasanya berakhir 48 jam sampai 72 jam pasca serangan. Dengan mempertahankan jalan napas dan ventilasi adekuat adalah prioritas dalam fase akut ini.

- a. Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.
- b. Intubasi endotrakea dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke massif, karena henti pernapasan biasanya yang mengancam kehidupan pada situasi ini.
- c. Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia), yang mungkin berkaitan dengan kehilangan reflex jalan napas, imobilitas atau hipoverilasi.
- d. Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda gagal jantung kongestif.

7. Penatalaksanaan

Tindakan medis terhadap pasien stroke meliputi diuretic untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral. Antikoagulan dapat diresepkan

untuk mencegah terjadinya atau memberatkan thrombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler. Medikasi anti trombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi.

8. Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera.

a. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenisasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hematokrit pada tingkat yang dapat diterima akan dapat membantu dalam mempertahankan oksigenisasi jaringan.

b. Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah jantung dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral.

Hipertensi atau hipotensi ekstrem perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.

c. Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya

menurunkan aliran darah serebral. Disritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian thrombus local. Selain itu, disritmia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki.

B. Konsep Dasar Teori Stroke Non Hemoragik

1. Klasifikasi Stroke Non Hemoragik

Secara non hemoragik, stroke dapat dibagi berdasarkan manifestasi klinik dan proses patologi (kausal).

a. Berdasarkan manifestasi klinik

1) Serangan Iskemik Sepintas / *Transient Ischemic Attack (TIA)*

Gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak akan menghilang dalam waktu 24 jam.

2) Defisit Neurologik Iskemik Sepintas / *Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND)*.

Gejala neurologik yang timbul akan menghilang dalam waktu lebih lama dari 24 jam, tetapi tidak lebih dari seminggu.

3) Stroke Progresif (*Progressive Stroke / Stroke In Evaluation*)

Gejala neurologik yang makin lama makin berat.

4) Stroke Komplit (*Completed Stroke / Permanent Stroke*)

Kelainan neurologik sudah menetap dan tidak berkembang.

b. Berdasarkan kausa

1) Stroke Trombotik

Stroke trombotik terjadi karena adanya penggumpalan pada pembuluh darah di otak. Trombotik dapat terjadi pada pembuluh darah yang besar dan pembuluh darah yang kecil. Pada pembuluh darah yang besar trombotik terjadi akibat aterosklerosis yang diikuti oleh terbentuknya gumpalan darah yang cepat. Selain itu, trombotik juga diakibatkan oleh tingginya kadar kolesterol jahat atau *Low Density Lipoprotein (LDL)*. Sedangkan pada pembuluh darah kecil, trombotik terjadi karena aliran darah ke pembuluh darah arteri kecil terhalang. Ini terkait dengan hipertensi dan merupakan indikator penyakit aterosklerosis.

2) Stroke Emboli / Non Trombotik

Stroke emboli terjadi karena adanya gumpalan dari jantung atau lapisan lemak yang lepas, sehingga terjadi penyumbatan pembuluh darah yang mengakibatkan darah tidak bisa mengalirkan oksigen dan nutrisi ke otak.

2. Gejala Stroke Non Hemoragik

Gejala stroke non hemoragik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasi tempat gangguan peredaran darah terjadi, maka gejala –gejala tersebut adalah :

a. Gejala akibat penyumbatan arteri karotis interna

1) Buta mendadak (*amaurosis fugax*)

2) Ketidakmampuan untuk berbicara atau mengerti bahasa lisan(*disfasia*), bila gangguan terletak pada sisi yang dominan.

3) Kelumpuhan pada sisi tubuh yang berlawanan (hemiparesis kontralateral) dan dapat disertai *Syndrome Horner* pada sisi sumbatan.

b. Gejala akibat penyumbatan arteri serebri anterior

1) Hemiparesis kontralateral dengan kelumpuhan tungkai yang lebih menonjol.

2) Gangguan mental.

3) Gangguan sensibilitas pada tungkai yang lumpuh.

4) Ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air.

5) Bisa terjadi kejang –kejang.

c. Gangguan akibat penyumbatan arteri serebri media

1) Bila sumbatan dipangkal arteri, terjadi kelumpuhan yang lebih ringan. Bila terjadi dipangkal maka kelumpuhan lengan lebih menonjol.

2) Gangguan saraf perasa pada satu sisi tubuh.

3) Hilangnya kemampuan dalam berbahasa (*afasia*)

d. Gejala akibat penyumbatan sistem vertebrobasilar

1) Kelumpuhan di satu sampai ke empat ekstremitas

2) Meningkatnya refleks tendon

- 3) Gangguan dalam koordinasi gerakan tubuh
 - 4) Gejala –gejala serebelum seperti gemetar pada tangan (tremor), kepala berputar (vertigo)
 - 5) Ketidakmampuan untuk menelan (disfagia)
 - 6) Gangguan motorik pada lidah, mulut, rahang dan pita suara sehingga pasien sulit bicara (disatria)
 - 7) Kehilangan kesadaran sepiintas (sinkop), penurunan kesadaran secara lengkap (stupor), koma, pusing, gangguan daya ingat, kehilangan daya ingat terhadap lingkungan (disorientasi)
 - 8) Gangguan penglihatan, seperti penglihatan ganda (diplopia), gerakan arah bola mata yang tidak di kehendaki (nistagmus), penurunan kelopak mata (ptosis), kurangnya daya gerak mata, kebutaan setengah lapang pandang pada bola mata kiri atau kiri atau kedua mata (hemianopia homonim)
 - 9) Gangguan pendengaran
 - 10) Rasa kaku diwajah, mulut atau lidah
- e. Gejala akibat penyumbatan arteri serebri posterior
- 1) Koma
 - 2) Hemiparesis kontra lateral
 - 3) Ketidakmampuan membaca (aleksia)
 - 4) Kelumpuhan saraf kranialis ketiga
- f. Gejala akibat gangguan fungsi luhur

- 1) *Aphasia* yaitu hilangnya kemampuan dalam berbahasa. *Aphasia* dibagi menjadi dua yaitu ; *Aphasia* motorik adalah ketidakmampuan untuk berbicara, mengeluarkan isi pikiran melalui perkataannya sendiri, sementara kemampuannya untuk mengerti pembicaraan orang lain tetap baik. *Aphasia* sensorik adalah ketidakmampuan untuk mengerti pembicaraan orang lain, namun masih mampu mengeluarkan perkataan dengan lancar, walau sebagian di antaranya tidak memiliki arti, tergantung dari luasnya kerusakan otak.

- 2) *Alexia* adalah hilangnya kemampuan membaca karena kerusakan otak. Dibedakan dari *dyslexia* (yang memang ada secara kongenital), yaitu verbal *alexia* adalah ketidakmampuan membaca kata, tetapi dapat membaca huruf . Lateral *alexia* adalah ketidakmampuan membaca huruf, tetapi masih dapat membaca kata. Jika terjadi ketidakmampuan keduanya maka disebut Global *alexia*.

- 3) *Agraphia* adalah hilangnya kemampuan menulis akibat adanya kerusakan otak.

- 4) *Acalculia* adalah hilangnya kemampuan berhitung dan mengenal angka setelah terjadinya kerusakan otak.

- 5) *Right –Left Disorientation* dan Agnosia jari (*body image*) adalah sejumlah tingkat kemampuan yang sangat kompleks, seperti penamaan, melakukan gerakan yang sesuai dengan perintah atau menirukan gerakan –gerakan tertentu. Kelainan ini sering bersamaan

dengan Agnosia jari (dapat dilihat dari saat disuruh menyebutkan nama jari yang disentuh, sementara penderita tidak boleh melihat jarinya).

6) *Hemi Spatial Neglect* (*Viso Spatial Agnosia*) adalah hilangnya kemampuan melaksanakan bermacam perintah yang berhubungan dengan ruang.

7) *Syndrome Lobus Frontal*, ini berhubungan dengan tingkah laku akibat kerusakan pada kortex motor dan premotor dari hemisphere dominan yang menyebabkan terjadinya gangguan bicara.

8) *Amnesia* adalah gangguan mengingat yang dapat terjadi pada trauma capitis, infeksi virus, stroke, anoxia dan pasca operasi pengangkatan masa di otak.

9) *Dementia* adalah hilangnya fungsi intelektual yang mencakup sejumlah kemampuan.

3. Diagnosis Stroke Non Hemoragik

Diagnosis di dasarkan atas hasil :

a. Penemuan klinis

1) Anamnesis

Terutama terjadinya keluhan / gejala defisit neurologis yang mendadak tanpa trauma kepala dan adanya risiko stroke.

2) Pemeriksaan fisik

Adanya defisit neurologik fokal, ditemukan risiko seperti

hipertensi, kelainan jantung dan kelainan pembuluh darah lainnya

b. Pemeriksaan tambahan / laboratorium

1) Pemeriksaan Neuro –Radiologik

Computerized Tomography Scanning (CT-Scan), sangat membantu diagnosa dan membedakannya dengan perdarahan terutama pada fase akut. Angiografi Serebral (karotis atau vertebral) untuk mendapatkan gambaran yang jelas tentang pembuluh darah yang terganggu, atau bila scan tidak jelas. Pemeriksaan likuor serebrospinalis, seringkali dapat membantu membedakan infark, perdarahan otak, baik perdarahan intraserebral (PIS) maupun perdarahan subarachnoid (PSA).

2) Pemeriksaan lain –lain

Pemeriksaan untuk menemukan risiko, seperti pemeriksaan darah rutin (Hb, hematokrit, leukosit, eritrosit), hitung jenis dan bila perlu gambaran darah. Komponen kimia darah, gas elektrolit dan Elektrokardiografi (EKG).

C. Konsep Dasar Disfagia

1. Pengertian Disfagia

Disfagia adalah kesulitan dalam menelan cairan dan atau makanan yang disebabkan karena adanya gangguan pada proses menelan (Werner, 2005).

Gejala gangguan menelan bervariasi dari yang paling ringan seperti rasa tidak nyaman di kerongkongan hingga tidak mampu menelan makanan dan cairan. Tanda dan gejala disfagia yang lain meliputi mengiler, kesulitan

mengunyah, makanan tertahan di mulut, memerlukan waktu lama saat menelan, batuk, tersedak, suara serak, makanan melekat di kerongkongan, berat badan menurun, rasa panas di dada atau *heart burn*, keluar makanan dari hidung, dan aspirasi pneumonia.

Disfagia diartikan sebagai “perasaan melekat” atau obstruksi pada tempat lewatnya makanan melalui mulut, faring, atau esophagus. Gejala ini harus dibedakan dengan gejala lain yang berhubungan dengan menelan. Kesulitan memulai gerakan menelan terjadi pada kelainan-kelainan fase volunter menelan. Namun demikian setelah dimulai gerakan menelan ini dapat diselesaikan dengan normal. Odinofagia berarti gerakan menelan yang nyeri, seringkali odinofagia dan *disfagia* terjadi secara bersamaan. Globus faringus merupakan perasaan adanya suatu gumpalan yang terperangkap dalam tenggorokan. Arah makanan yang keliru sehingga terjadi regurgitasi nasal dan aspirasi makanan kedalam laring serta paru sewaktu menelan, merupakan ciri khas *disfagia* orofaring (Harrison, 2000).

Penatalaksanaan pasien stroke yang mengalami *disfagia* secara tepat sedini mungkin selain menurunkan risiko aspirasi juga terbukti memperbaiki status gizi, mengoptimalkan program rehabilitasi. Berbagai studi menunjukkan bahwa seringkali pasien stroke dengan *disfagia* belum dikelola secara tepat. Perawat dan *caregiver* sebagai anggota dari tim stroke, dapat dilatih dalam melakukan skrining terhadap adanya gangguan menelan pada pasien stroke. Tim stroke perlu segera melakukan identifikasi terhadap pasien stroke yang kemungkinan mengalami *disfagia*, misalnya stroke hemisfer yang luas,

stroke batang otak, atau pasien yang mengalami penurunan tingkat kesadaran (Smithard, 2014).

2 Etiologi

Disfagia sering disebabkan oleh penyakit otot dan neurologis. Penyakit ini adalah gangguan peredaran darah otak (stroke, penyakit serebrovaskuler), miastenia gravis, distrofi otot, dan poliomyelitis bulbaris. Keadaan ini memicu peningkatan resiko tersedak minuman atau makanan yang tersangkut dalam trakea atau bronkus (Price, 2006). *Disfagia esophageal* mungkin dapat bersifat obstruktif atau disebabkan oleh motorik. Penyebab obstruksi adalah striktura esophagus dan tumor-tumor ekstrinsik atau instrinsik esofagus, yang mengakibatkan penyempitan lumen. Penyebab *disfagia* dapat disebabkan oleh berkurangnya, tidak adanya, atau terganggunya peristaltik atau disfungsi sfingter bagian atas atau bawah. Gangguan yang sering menimbulkan *disfagia* adalah *akalasia*, *scleroderma*, dan spasme esophagus difus (Price, 2006). Harrison (1999) membagi *disfagia* menjadi dua bagian yaitu sebagai berikut:

1. *Disfagia* Mekanis yaitu: 1) luminal penyebab *disfagia* mekanis pada bagian luminal adalah bolus yang besar atau benda asing, 2) penyempitan instrinsik penyempitan instrinsik dapat disebabkan oleh beberapa hal, yaitu: 1) keadaan inflamasi yang menyebabkan pembengkakan seperti stomatitis, faringitis, epiglottis, esofangitis, 2) selaput dan cincin dapat dijumpai pada faring (sindroma pulmer, vinson), esophagus (*congenital*, inflamasi), cincin mukosa esophagus

distal, 3) striktur benigna seperti ditimbulkan oleh bahan kaustik dan pil, inflamasi, iskemia, pasca operasi, *congenital* 4) tumor-tumor malignan, karsinoma primer, karsinoma metastasik, tumor-tumor benigna, leiomioma, limfoma, angioma, polip fibroid inflamatorik, papiloma epitel. 3) kompresi ekstrinsik yaitu Kompresi ekstrinsik dapat disebabkan oleh spondilitis servikalis, osteofit veterbra, abses dan massa retrofaring, tumor pankreas, hematoma dan fibrosis.

2. *Disfagia* Motorik terdiri dari tiga bagian, yaitu: 1) kesulitan dalam memulai reflek menelan adalah kesulitan dalam memulai reflek menelan disebabkan oleh lesi oral dan paralisis lidah, anesthesia orofaring, penurunan produksi saliva, dan lesi pada pusat menelan, 2) kelainan pada otot lurik yaitu kelainan pada otot lurik disebabkan oleh beberapa hal, yaitu: 1) kelemahan otot (paralisis bulbar, neuromuskuler, kelainan otot) 2) kontraksi dengan awitan simultan atau gangguan inhibisi deglutisi (faring dan esophagus, sfingther esophagus bagian atas), 3) kelainan pada otot polos esophagus yaitu Kelainan pada otot polos esofagus dapat disebabkan oleh beberapa hal, yaitu: 1) paralisis otot esophagus yang menyebabkan kontraksi yang lemah, 2) kontraksi dengan awitan simultan atau gangguan inhibisi deglutis, 3) kelainan sfingter esophagus bagian bawah.

3. Manifestasi Klinis *Disfagia*

Manifestasi klinis dari *disfagia* dapat dilihat dengan adanya gangguan

pada neurogenik mengeluh bahwa cairan lebih mungkin menyebabkan tersedak daripada makanan padat atau setengah padat. Batuk dan regurgitasi nasal menunjukkan kelemahan otot-otot palatum atau faring bagian atas. Cemas, bicara lambat, saliva banyak, dan sulit mengunyah. Sedangkan aspirasi sering terjadi pada gangguan neurologik (Squires, 2006). Gejala gangguan menelan bervariasi dari yang paling ringan seperti rasa tidak nyaman di kerongkongan hingga tidak mampu menelan makanan dan cairan. Tanda dan gejala *disfagia* lain meliputi tidak mampu menahan air liur, kesulitan mengunyah, makanan tertahan di mulut, memerlukan waktu lama saat menelan, batuk, tersedak, suara serak, makanan melekat di kerongkongan, berat badan menurun, rasa panas di dada atau *heart burn*, keluar makanan dari hidung, dan aspirasi pneumonia (Finestone & Finestone, 2003).

4. Bentuk *Disfagia* pada Proses Menelan

1. Fase Oral

Kelemahan otot menelan pada fase oral dapat berupa kelemahan otot lidah, buruknya koordinasi bibir, pipi, dan lidah, yang menyebabkan terkumpulnya makanan dalam mulut atau masuknya bolus ke faring sebelum menelan yang dapat menyebabkan aspirasi. Gangguan pada fase oral ini juga dapat berupa gangguan inisiasi menelan oleh karena perubahan status mental dan kognitif, yang berisiko terjadi pengumpulan bolus makanan di rongga mulut dan risiko terjadi aspirasi.

2. Fase Faringeal

Pada fase ini, dapat terjadi disfungsi palatum mole dan faring superior yang menyebabkan makanan atau cairan refluks ke nasofaring. Dapat juga terjadi berkurangnya elevasi laring dan faring sehingga meningkatkan risiko aspirasi. Gangguan lain adalah terjadi kelemahan otot konstriktor faring yang menyebabkan pengumpulan bolus di vlekula dan sinus piriformis yang berisiko terjadi aspirasi, atau dapat juga terjadi gangguan pada otot krikofaring yang akan mengganggu koordinasi proses menelan.

3. Fase Esofagus

Kelainan yang mungkin terjadi pada fase ini adalah kelainan dinding esofagus atau kelemahan peristaltik esofagus.

5. *Disfagia* atau Gangguan Fungsi Menelan pada Pasien Stroke

Akibat stroke, sel neuron mengalami nekrose atau kematian jaringan, sehingga mengalami gangguan fungsi. Gangguan fungsi yang terjadi tergantung pada besarnya lesi dan lokasi lesi. Pada stroke fase akut, pasien dapat mengalami gangguan menelan atau *disfagia*. *Disfagia* adalah kesulitan dalam menelan cairan dan atau makanan yang disebabkan karena adanya gangguan pada proses menelan (Mulyatsih, 2009). *Disfagia* pada pasien stroke dapat disebabkan oleh edema otak, menurunnya tingkat kesadaran, ataupun akibat proses *diaschisis*, yang biasanya bersifat sementara. Tetapi bila lesi terjadi di daerah batang otak, kemungkinan pasien akan mengalami *disfagia* yang menetap.

Werner (2005 dalam Mulyatsih, 2009) mengemukakan bahwa lesi pada hemisfer kiri menyebabkan menurunnya aktifitas motorik di oral dan apraxia, sedangkan lesi di hemisfer kanan berhubungan dengan terlambatnya reflex menelan, bolus tertahan di faring, sehingga dapat menyebabkan aspirasi.

Peneliti lain (Smithards, 2014) mengemukakan, bahwa selama fase akut tidak ada hubungannya antara kejadian aspirasi atau disfagia dengan lokasi stroke dan letak lesi. Stroke akut pada batang otak kemungkinan dapat menyebabkan disfagia dengan atau defisit neurologik yang lain. Hampir 62,5% pasien stroke dengan kelainan pada batang otak mengalami aspirasi, terutama lesi pada medulla atau pons. Risiko aspirasi akan meningkat bila mengenai bilateral, dan biasanya berupa aspirasi yang tersembunyi. Parese saraf kranial X sampai XII dismobilitas dan asimetri faring, laring tidak menutup sempurna, terkumpulnya bolus di vallecula, dan tidak sempurnanya rileksasi atau spasme dari *cricopharyngeal*.

D. Konsep Dasar Menelan

1. Fisiologi Proses Menelan

Proses menelan merupakan suatu sistem kerja neurologik yang sinkron, berurutan, terkoordinasi, simetris, semiotomatis, unik dan spesifik bagi setiap individu (Smithard, 2014). Proses menelan memerlukan beberapa elemen yang meliputi; input sensori dari saraf tepi, koordinasi saraf pusat, dan respon motorik sebagai umpan balik. Proses menelan terdiri atas 3 (tiga) fase, yaitu fase oral, fase faringeal, dan fase esophageal. Pada pasien

stroke, yang sering mengalami gangguan adalah pada fase oral dan fase faringeal (Finestone & Finestone, 2003).

Menurut Smithard (2014), proses menelan terbagi dalam tiga fase berikut:

a. Fase Oral

Fase oral terbagi lagi dalam fase persiapan oral dan fase transport oral. Pada fase persiapan oral, meliputi aktifitas menggigit dan mengunyah makanan, terjadi aktifitas yang terkoordinasi dari gigi, bibir, lidah, mandibula, palatum dan otot maseter. Dengan bantuan saliva yang diproduksi oleh tiga pasang kelenjar saliva, sensasi rasa, suhu, dan sensasi proprioseptif, bahan makanan akan berubah bentuk menjadi bentuk bolus. Selanjutnya pada fase persiapan oral, bolus makanan bergerak ke atas dan ke belakang menyentuh palatum durum, dan dibawa ke belakang ke arah faring oleh lidah. Proses menelan pada fase ini membutuhkan kemampuan bibir untuk menutup secara rapat supaya bolus tidak keluar dari oral. Fase oral ini merupakan aktivitas volunter atau gerakan yang disadari, yang dikontrol oleh korteks serebri melalui traktus kortikobulbar.

b. Fase Faringeal

Fase faringeal merupakan suatu gerakan involenter atau refleks, yaitu berpindahnya bolus dari oral ke esofagus, yang normalnya membutuhkan waktu kurang dari satu detik. Meninggalkan bagian belakang lidah, bolus terhenti sebentar di valleculae, daerah antara lidah dan epiglottis. Kemudian, tergantung ukuran dan konsistensi, melalui

atas atau sekitar epiglotis, melewati laring masuk ke esofagus. Sewaktu bolus makanan memasuki bagian posterior mulut dan faring, bolus menyentuh reseptor menelan pada daerah arkus faring anterior atau *Faucial Pillar*, sehingga pola refleks menelan dimulai secara otomatis. Terjadi rileksasi otot krikofaring dan sfingter membuka sehingga bolus masuk ke esofagus. Pada saat yang hampir bersamaan laring elevasi dan menutup untuk melindungi jalan nafas.

c. Fase Esofagus

Fase esofagus dimulai pada saat bolus melewati sfingter esofagus atas yang rileksasi dan masuk ke dalam lumen esofagus. Fase esofagus merupakan fase akhir dari proses menelan yang dikendalikan oleh batang otak dan pleksus mienterikus. Bolus terdorong secara sekuensial oleh gerak peristaltik yang dimulai dari faring, masuk ke lambung melalui sfingter kardial yang rileksasi.

2. Kontrol Persarafan pada Proses Menelan

Proses menelan memerlukan beberapa elemen: input sensori dari saraf tepi, koordinasi saraf pusat, dan respon motorik sebagai umpan balik. Input sensori dari saraf tepi terutama dari saraf kranial V, VII, IX, X, dan XII. Reseptor sensori memperoleh stimulus dari berbagai macam bentuk rasa, cairan, atau tekanan. Area paling efektif sebagai rangsang menelan adalah arkus faring anterior. Meskipun peran yang pasti sebagai pusat menelan belum jelas, diperkirakan kortikal dan subkortikal mengatur ambang rangsang menelan. Sedangkan pusat menelan di batang otak menerima

input, mengaturnya menjadi respon yang terprogram, dan mengirim respon tersebut melalui saraf tepi untuk aktifitas otot-otot mengunyah dan menelan (Smithard, 2014).

Nervus trigeminus atau nervus kranial V merupakan nervus dengan serabut motorik dan sensorik dengan inti nervus berada di pons. Serabut motoriknya mempersarafi otot-otot untuk mengunyah, termasuk otot temporalis, otot maseter, serta otot pterigoid medial dan lateral. Selain itu, nervus trigeminus juga membantu saraf glosofaringeal mengangkat laring dan menariknya kembali selama fase faringeal. Sedangkan serabut sensoriknya memiliki 3 cabang. Cabang pertama ke arah optalmika, cabang kedua mempersarafi palatum, gigi, bibir atas, dan sulkus gingivibukal. Cabang ketiga mempersarafi lidah, mukosa bukal, dan bibir bawah. Secara umum, serabut sensorik nervus V ini membawa informasi tentang sensasi yang berasal dari wajah, mulut dan mandibula (Smithard, 2014).

Nervus fasialis atau nervus kranial VII merupakan nervus dengan serabut motorik, sensorik, dan parasimpatis. Inti nervus VII ini juga berada di pons. Serabut motoriknya mempersarafi otot-otot bibir, termasuk otot orbikularis oris dan otot zigomatikus, yang berfungsi untuk mencegah makanan keluar dari mulut.

Nervus fasialis juga menginervasi otot-otot businator pada pipi, yang berperan untuk mencegah makanan terkumpul di celah antara gigi dan pipi. Serabut sensoriknya mempersarafi dua pertiga lidah depan untuk mengecap.

Nervus glossofaringeus atau nervus kranial IX mengandung serabut motorik, sensorik, dan saraf otonom. Bersama nervus X menginervasi otot konstriktor faring bagian atas. Inti atau nukleus nervus ini berada di medulla oblongata. Serabut motorik nervus IX ini menginervasi tiga buah kelenjar saliva di mulut. Saliva inilah yang membantu pembentukan makanan menjadi bolus di mulut. Nervus ini juga menginervasi otot stilofaringeus, yang mengangkat laring dan menariknya kembali selama proses menelan fase faringeal. Gerakan laring ini juga membantu rileksasi dan terbukanya otot krikofaringeal. Serabut sensorik nervus glossofaringeus ini menerima seluruh sensasi, termasuk rasa, dari sepertiga lidah bagian belakang (Smithard, 2014).

Nervus vagus atau nervus X mengandung serabut motorik, sensorik dan nervus otonom. Bersama nervus IX menginervasi otot konstriktor faring bagian atas. Bersama nervus XI menginervasi otot intrinsik laring. Nervus ini juga menginervasi otot krikofaringeal dan mengontrol otot-otot yang terlibat selama fase esofageal. Nervus vagus membawa informasi sensasi dari velum, faring bagian posterior, faring bagian inferior, dan laring. Nervus hipoglossus atau nervus XII merupakan nervus motorik tanpa serabut sensorik. Inti nervus ini berada di medula oblongata sama dengan nervus IX dan X. Nervus ini memberikan persarafan pada lidah. Perannya pada proses menelan terutama pada pembentukan bolus dan membawa bolus ke arah faring.

3. Latihan Menelan pada Pasien Stroke dengan Disfagia

Diagnosa keperawatan yang timbul pada pasien stroke dengan *disfagia* menurut NANDA dalam Ignatavicius (2007); Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner (2013); dan Smeltzer & Bare (2002) adalah gangguan menelan sehubungan dengan kelemahan otot menelan dan menurunnya refleks muntah.

Kriteria hasil dari rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah ini adalah tidak ada tanda atau gejala aspirasi, dan pasien memiliki toleransi terhadap makanan atau minuman tanpa tersedak.

Menurut Palmer, Drennan, dan Baba (2000 dalam Mulyatsih, 2009), penanganan disfagia ditujukan untuk menurunkan risiko aspirasi, meningkatkan kemampuan makan dan menelan, serta mengoptimalkan status nutrisi. Intervensi yang dianjurkan pada kasus stroke dengan disfagia mencakup modifikasi diet, manuver kompensatori, serta latihan menelan (*swallowing therapy*).

Latihan mengunyah dan menelan pada pasien stroke akut yang mengalami *disfagia* fase oral (derajat I) dan fase paringeal (derajat II) terbukti berguna dapat memulihkan gejala *disfagia* dan meningkatkan kemampuan menelan. *Disfagia* yang terjadi pada pasien stroke dapat dipulihkan dalam satu minggu perawatan (Wright, 2007).

Beberapa jenis latihan yang direkomendasikan pada pasien stroke yang mengalami *disfagia* antara lain latihan penguatan otot-otot menelan dan latihan menelan. Latihan tersebut bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot mengunyah dan menelan, meningkatkan ruang gerak sendi (ROM) dan

meningkatkan koordinasi dalam mengunyah dan menelan, sedangkan latihan bibir dan lidah berguna untuk meningkatkan kemampuan menahan makanan agar tidak keluar dari mulut serta pengosongan mulut.

Sebagian besar latihan menelan dilakukan sedini mungkin, khususnya latihan menelan menggunakan metode tidak langsung, seperti pengaturan posisi kepala dan posisi badan pada saat pemberian makan, serta menjaga kebersihan mulut atau *oral hygiene*. Sedangkan latihan menelan menggunakan metode langsung dilakukan bila kesadaran pasien komposmentis. Kedua jenis latihan menelan ini sebaiknya dilakukan secara teratur tiga kali sehari pada saat jam makan atau *meal time* selama 12 hari (Mulyatsih, 2009). Hal ini sesuai dengan pernyataan Warlow (2000) yang menyatakan bahwa status fungsi menelan akan membaik pada satu hingga dua minggu pertama pasca stroke.

Menurut Palmer, Drennan, dan Baba (2000 dalam Mulyatsih 2009), penanganan *disfagia* ditujukan untuk menurunkan risiko aspirasi, meningkatkan kemampuan makan dan menelan, serta mengoptimalkan status nutrisi. Intervensi yang dianjurkan pada kasus stroke dengan *disfagia* mencakup modifikasi diet, manuver kompensatori, serta latihan menelan atau *swallowing therapy*. Salah satu alasan yang mendasari dilakukannya latihan menelan adalah memberikan stimulus atau rangsangan terhadap reseptor fungsi menelan yang berada di lengkung faring anterior atau *Faucial Pillar*, sehingga diharapkan fisiologi menelan yang normal akan kembali muncul. Aktivitas latihan menelan lain bertujuan meningkatkan kekuatan otot-otot

mengunyah dan menelan, yang pada akhirnya akan meningkatkan fungsi menelan dan mencegah masuknya makanan atau cairan ke saluran pernafasan.

Mann, Lenius, dan Crary (2007 dalam Mulyatsih 2009) menyatakan, tujuan dari penatalaksanaan pasien *disfagia* adalah memberikan nutrisi yang adekuat pada pasien dengan cara aman dan efisien. Intervensi keperawatan yang dianjurkan hampir sama, yaitu berupa latihan makan dan menelan, manuver, serta strategi untuk fasilitasi makan per oral termasuk rekomendasi metode makan dengan berbagai alternatif. Metode latihan makan diklasifikasikan dalam metode tidak langsung (kompensatori) dan metode langsung. Metode kompensatori adalah suatu strategi atau manuver yang bertujuan untuk mengeliminir gejala *disfagia* tanpa merubah secara langsung fisiologi menelan. Teknik ini termasuk merubah posisi kepala, posisi badan, merubah metode pemberian makan, atau memodifikasi konsistensi makanan atau cairan yang dikonsumsi. Metode tidak langsung atau kompensatori bertujuan meningkatkan kekuatan otot-otot menelan tanpa merubah secara langsung fisiologi menelan. Teknik ini termasuk merubah posisi kepala, posisi badan, merubah metode pemberian makan, atau memodifikasi konsistensi makanan atau cairan yang dikonsumsi. Intervensi merubah posisi kepala antara lain dengan mengatur posisi pasien duduk tegak minimal 70 derajat atau semi fowler dan kepala agak ditekuk kedepan. Dengan posisi kepala seperti ini dilaporkan mampu menurunkan risiko aspirasi, sehingga esofageal lebih membuka dan trakhea menutup. Merubah metode pemberian makan

dapat dilakukan berbagai cara, antara lain; perawat duduk atau berdiri berhadapan wajah pada saat memberikan makan, menciptakan lingkungan tenang, menganjurkan pasien tidak berbicara ketika sedang makan, meletakkan makanan pada sisi mulut yang sehat, menggunakan sendok kecil, dan menghindari penggunaan sedotan (Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner, 2013).

Latihan menelan metode tidak langsung lainnya adalah memodifikasi konsistensi makanan atau cairan yang dikonsumsi pasien, dengan menambahkan pengental cairan atau *thickened liquids*. Penggunaan pengental cairan merupakan satu dari rekomendasi yang paling sering diberikan oleh dokter.

Menurut Logemann (1998) dalam Mills (2008), makanan dalam bentuk cair merupakan risiko tinggi terjadinya aspirasi pneumonia pada pasien *disfagia*. Bahan makanan berbentuk lunak atau cairan kental juga lebih mudah dan aman ditelan dibandingkan bahan berbentuk cair (Smeltzer & Bare, 2002).

Latihan menelan menggunakan metode langsung dirancang untuk merubah fisiologi menelan dan membutuhkan partisipasi langsung dari pasien. Yang termasuk metode ini antara lain; *The Effortful Swallow*, *The Mendelsohn maneuver*, *Expiratory Muscle Strength Training* atau berbagai bentuk stimulasi sensori lain seperti *The Electromyographic Surface Biofeedback* atau *Expiratory Muscle Strength Training* (Hegland, Rosenbek & Sapienza, 2008). Teknik maneuver ini bertujuan meningkatkan fungsi menelan secara fisiologi, sehingga proses menelan pasien menjadi lebih aman.

The Effortful Swallow, merupakan suatu aktivitas yang membutuhkan keterlibatan pasien secara aktif, bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot menelan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *The Effortful Swallow* mampu meningkatkan durasi pergerakan hioid (jakun) keatas, durasi membukanya sfingter esofagus atas, serta meningkatkan amplitudo aktivasi otot menelan pada orang sehat. Caranya adalah menganjurkan pasien menelan dengan kekuatan penuh otot leher dan otot faring sewaktu menelan, dan bila perlu melakukan aktifitas menelan ulang setelah aktifitas menelan yang pertama. *The Mendelsohn Maneuver*, juga terbukti mampu meningkatkan durasi pergerakan hioid (jakun) keatas, durasi membukanya sfingter esofagus atas, serta meningkatkan amplitude aktivasi otot menelan pada orang sehat. Latihan ini dapat dilakukan dengan menganjurkan pasien meletakkan tangannya di kerongkongan (leher) dan merasakan gerakan buah jakun bergerak keatas pada saat menelan. Selanjutnya pasien dianjurkan memegang dan menahan buah jakun agar tidak bergerak selama beberapa detik sewaktu menelan (Hegland, Rosenbek & Sapienza, 2008 dalam Mulyatsih, 2009).

Metode langsung lain yang membutuhkan partisipasi pasien adalah dengan memberikan petunjuk atau arahan kepada pasien baik secara verbal maupun visual tentang cara mengunyah, menelan, dan membersihkan mulut dari sisa makanan atau melakukan *mouth care* (Mann, Lenius & Crary, 2007).

Sebelum pasien berlatih menelan, perawat menganjurkan pasien untuk melakukan latihan pergerakan otot menelan dengan membuka dan menutup mulut sebagai persiapan manipulasi bolus dimulut. Kebersihan mulut harus

dipertahankan dengan melakukan *mouth care* sebelum dan setelah latihan menelan. Selain memberikan rasa nyaman, *mouth care* dapat mencegah terjadi koloni mikroorganisme dimulut dan mampu merangsang produksi tiga buah kelenjar saliva dimulut yang berfungsi mempermudah pembentukan bolus di fase oral (Heckenberg, 2008).

Latihan lidah aktif maupun pasif berguna untuk meningkatkan kemampuan fasilitasi manipulasi bolus dan kemampuan mendorong bolus dari rongga mulut masuk ke esophagus melalui faring. Sedangkan latihan gerakan rahang bermanfaat untuk pergerakan rahang dalam proses mengunyah (Squires, 2006). Latihan mengunyah dan menelan dilakukan sesuai dengan hasil pemeriksaan dan observasi klinis yang ditemukan pada pasien. Pada pasien yang menunjukkan gejala klinis mengiler dan *facial drop* dapat dilakukan latihan bibir untuk memperkuat otot-otot bibir sehingga dapat menahan makanan di dalam mulut agar tidak tumpah serta menahan air liur yang keluar dari mulut (Squires, 2006).

Latihan bibir yang dianjurkan adalah pasien duduk atau berbaring dengan nyaman di tempat tidur, selanjutnya pasien diminta membuka mulut, lebarkan mulut sehingga membentuk huruf "O", kemudian rileks kembali. Pasien diminta tersenyum, menyeringai, tersenyum. Dilanjutkan dengan mengucapkan kata "pa pa pa" atau "ba ba ba" berulang-ulang. Setiap gerakan di atas dilakukan berulang-ulang sampai delapan kali. Untuk pasien yang lidahnya mengalami gangguan pergerakan, kekuatan dan koordinasi dan secara klinis tidak mampu memindahkan makanan dari depan ke belakang

mulut, latihan yang diajarkan kepada pasien adalah menjulurkan lidah kemudian ditahan sampai hitungan kedelapan. Latihan berikutnya yaitu pasien diminta menyentuh bibir atas dan bawah dengan lidah bergantian atas dan bawah. Mendorong lidah ke arah pipi kanan dan kiri secara bergantian sampai pipi terlihat menonjol oleh dorongan lidah. Perawat atau fasilitator menekan lidah dengan sudip lidah kemudian pasien diminta mendorong sudip lidah dengan lidahnya. Selanjutnya pasien diminta untuk mengucapkan “la la la la la”. Semua gerakan di atas berguna untuk meningkatkan gerakan, kekuatan otot dan koordinasi lidah untuk memanipulasi bolus, mendorong bolus dan membersihkan mulut dari sisa makanan (Feigin, 2007).

Pada pasien yang mengalami penurunan pergerakan, kekuatan dan koordinasi rahang bawah, dimana pasien tidak mampu mengunyah makanan. Latihan yang dilakukan adalah buka mulut lebar, tutup/istirahatkan, lakukan berulang-ulang. Selanjutnya gerakkan dagu dari kanan ke kiri dan sebaliknya. Gerakan ini bertujuan untuk meningkatkan koordinasi dan kekuatan mengunyah sehingga membantu proses pembentukan bolus (Squires, 2006).

Pada pasien yang mengalami kelemahan refleks menelan dan batuk dimana pasien tidak mampu batuk, suara serak, dan batuk saat menelan atau sesaat sesudah menelan. Latihan yang perlu diberikan adalah pasien diminta tarik nafas dalam dan hembuskan perlahan-lahan. Selanjutnya tarik nafas dalam lalu ucapkan “ah ah ah” berulang-ulang sambil mengeluarkan nafas. Latihan lain yaitu pasien meniup sedotan dan atau menyanyikan lagu. Latihan-latihan

tersebut berguna untuk meningkatkan kekuatan pernafasan sehingga dapat membantu mencegah aspirasi melalui refleks batuk efektif (Feigin, 2006).

Feigin (2006) menyarankan latihan bibir dan lidah untuk pasien yang mengalami *disfagia* dan gangguan bicara. Setiap gerakan/ latihan ini dilakukan masing-masing 10 kali. Latihannya adalah sebagai berikut: 1) bentuk bibir menjadi seperti huruf “O”; 2) tersenyum; 3) berganti-ganti antara bibir membentuk huruf “O” dan tersenyum sehingga seolah-olah mengucapkan “oo..ee”; 4) buka mulut lebar-lebar, kemudian gerakkan bibir seolah-olah hendak mencium; 5) tutup bibir erat-erat seakan-akan berkata “mmm”; 6) ucapkan kata “ma ma ma ma” secepat mungkin; 7) ucapkan kata “mi mi mi” secepat mungkin 8) katupkan bibir anda rapat-rapat dan gembungkan pipi dengan udara, tahan udara dalam pipi selama lima detik, kemudian keluarkan; 9) coba sentuh dagu dengan ujung lidah; 10) coba sentuh hidung dengan ujung lidah; 11) julurkan lidah anda sejauh mungkin, tahan selama tiga detik, kemudian tariklah kembali ke dalam mulut; 12) sentuh sudut-sudut mulut anda dengan lidah, gerakkan lidah dengan cepat dari kanan ke kiri dan kembali lagi; 13) usapkan lidah mengelilingi bibir; 14) ucapkan suara “ta ta ta” dengan kecepatan yang semakin meningkat; 15) tekankan lidah ke gusi bagian atas kemudian ke gusi bagian bawah; 16) sikatlah gigi menggunakan lidah; dan 17) dorong pipi dengan lidah sekuat mungkin bergantian ke pipi kanan dan kiri. Sedangkan menurut Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner (2013), intervensi keperawatan berdasarkan *Nursing Intervention Classification* (NIC) adalah *aspiration precaution, positioning, dan swallowing therapy*.

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

BAB IV

ANALISA SITUASI

SILAHKAN KUNJUNGI

PERPUSTAKAAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH

KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis di laksanakan pada tanggal 5, 6, 7 9 dan 10 Juli 2018, berdasarkan hasil analisa dan pembahasan pada bab sebelumnya dapat di simpulkan bahwa :

1. Pengkajian keperawatan kasus Tn. S dengan diagnose medis SNH + Dm Type II, keadaan umum klien lemah, tingkat kesadaran somnolen dengan GCS 9, E₃ M₅ V₁. Hasil NIHSS (Nationallnstitute of Health Stroke Scale) = > 25 (30), artinya Tn. S mengalami deficit neurologis sangat berat.
2. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus kelolaan adalah Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan hipertensi, gangguan menelan berhubungan dengan masalah neurologis, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, resiko ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan gangguan status kesehatan fisik, resiko jatuh dengan faktor resiko penurunan kekuatan ekstremitas bawah dan resiko dekubitus dengan faktor resiko imobilitas fisik.
3. Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 5 hari di dapatkan hasil evaluasi dari 5 diagnosa keperawatan yaitu Ketidakefektifan perfusi jaringan otak belum teratasi, gangguan menelan teratasi sebagian, hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian, resiko ketidakstabilan kadar

gula darah belum teratasi, resiko jatuh teratasi sebagian, resiko dekubitus belum teratasi.

4. Hasil evaluasi pada kasus Tn. S selama 5 hari dilakukan tindakan keperawatan di dapatkan hasil bahwa kemampuan menelan klien pada perawatan hari kedua, ketiga dan keempat masih tidak normal dan pada perawatan hari kelima klien mengalami penurunan kesadaran sehingga klien tidak kooperatif, klien tidak bisa mengikuti perintah yang di berikan.

B. Saran

1. Bagi Perawat

- a. Perawat sebaiknya memberikan edukasi kesehatan terkait Stroke non haemorrhagic, pencegahan dan penatalaksanaan kepada pasien dan keluarga. Edukasi yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan mempertimbangkan keadaan saat pasien pulang ke rumah. Pemberian edukasi sebaiknya selama pasien dirawat sehingga dapat dievaluasi.
- b. Perawat juga perlu memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga untuk mematuhi penatalaksanaan untuk penyakit stroke non haemorrhagic
- c. Perawat dapat menerapkan pemberian latihan menelan pada masalah gangguan menelan dimana intervensi ini akan membantu meningkatkan fungsi menelan pasien guna meningkatkan kualitas hidup dan pemenuhan nutrisi penderita stroke yang mengalami disfagia.

2. Bagi Pasien

Pasien dan sebaiknya mengubah gaya hidup lebih sehat, aktifitas fisik yang teratur, pola makan yang teratur, mematuhi program pengobatan, rutin kontrol ke rumah sakit. Melakukan latihan sendiri di rumah pasca pulang dari rumah sakit sangat baik untuk penderita stroke, karena perawatan di rumah biasanya tingkat ketergantungan penderita lebih tinggi daripada di rumah sakit.

3. Bagi Rumah Sakit dan Keluarga dan Masyarakat

Penulis berharap latihan menelan dalam tulisan ini nantinya menjadi salah satu alternatif yang direkomendasikan dan dapat dilaksanakan di ruang perawatan pasien stroke, juga dukungan keluarga yang kuat mampu mempercepat pemulihan pasien stroke, diharapkan keluarga dapat memotivasi penderita stroke untuk rutin melakukan latihan menelan, serta untuk masyarakat guna meningkatkan kualitas hidup pasien stroke dan meminimalkan komplikasi yang terjadi.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar terutama melalui penelitian, mengenai pengaruh latihan menelan pada penderita stroke yang mengalami disfagia.

5. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Sebagai bahan acuan bagi peneliti/penulis selanjutnya dalam mengembangkan latihan menelan pada pasien stroke ataupun pasien dengan penyakit lainnya serta memperhatikan faktor-faktor yang dapat

mempengaruhi peningkatan fungsi menelan pada pasien stroke yang mengalami disfagia, yang dapat menjadi landasan ilmu pengetahuan bagi perawat untuk bisa menerapkan tindakan keperawatan tersebut saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Adamson, J., Beswick, A. & Ebrahim, S., 2004. Is Stroke the Most Common Cause of Disability. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Disease*, 13(4), p. 171 – 177

Caplan L.R. 2009. *Stroke a clinical approach*. 4th edition. Saunders Elsevier. USA.

Dochterman, J.M., Bulechek, G.N. (2004). *Nursing Interventions Classification (NIC) 4 th Edition*. Missouri: Mosby

Feigin, V. L., Lawes, C. M., Bennett, D. A. & Anderson, C. S., 2003. Stroke Epidemiology: a Review of Population - Based Studies of Incidence, Prevalence, and Case - Fatality I n the Late 20th Century. *Lancet Neurology*, Volume 2(1), pp. 43 - 53.

Finestone & Fineston. (2003). *Rehabilitation Medicine: 2. Diagnosis of Dysphagia and Its Nutritional management for Stroke Patients*. Diunduh pada tanggal 08 Mei 2015 pukul 11.05 WIB dari <http://proquest.umi.com>

Harrison, 2000, *Prinsip-Prinsip Ilmu Penyakit Dalam*. Volume 1. Jakarta: EGC

Hegland, K. W., Ashford, J., Frymark, T., McCabe, D. (2009). Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part II – Impact of dysphagia treatment on normal swallow function. Diunduh pada tanggal 22 Januari 2016 pukul 08.10 WIB dari <http://e-resources.perpusnas.go.id>

Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (2010). *Medical - surgical nursing: Patient –centered collaborative care*. Sixth Edition, 1 & 2. Missouri: Saunders Elsevier

Ismansyah. (2008). Pengaruh Latihan Mengunyah dan *Menelan Terstruktur Terhadap Kemampuan Mengunyah dan Menelan Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke dengan Disfagia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. Skripsi diterbitkan. Depok : Fakultas Kedokteran – Universitas Indonesia. Diakses dari [lib.ui.ac.id/ file?file=digital](http://lib.ui.ac.id/file?file=digital) Jakarta: FKUI

Kemenkes Ri. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes Ri

Smeltzer C. Suzzane. 2002. *Buku Ajar Keperawatann Medikal Bedah*. EGC: Jakarta

Smithard DG. (2014). Swallowing Rehabilitation after Stroke. Diunduh pada tanggal 23 Mei 2015 pukul 11.00 WIB dari <http://omicsonline.org> Squires, N. (2006). Dysphagia Management for Progressive Neurological Condition. Diunduh pada tanggal 8 Mei 2015 pukul 10.00 WIB dari <http://proquest.umi.com>

Smithard, David G. (2014). *Swallowing Rehabilitation After Stroke*. Int J Phys Med Rehabil, 2(2), 2-8. Dipetik Oktober 12, 2016, dari <http://dx.doi.org/10.4172/2329-9096.1000191> pukul 16.31 WITA

Venketasubramanian et al 2017 *Stroke Epidemiology in South, East, and South-East Asia: A Review Journal of Stroke*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5647629/> WIB dari <http://www.aafp.org>

Wright, J. (2007). Assessing Dysphagia. Journal of community nursing. (vol.21). Sutton Surey. Diunduh pada tanggal 21 Januari 2016 pukul 21.15 WIB dari <http://proquest.umi.com>