

**ANALISIS PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN
STROKE NON HEMORAGIK DENGAN LATIHAN MENELAN
TERHADAP STATUS FUNGSI MENELAN DI RUANG UNIT
STROKE RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2015**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DI SUSUN OLEH :

AISYAH, S.Kep

1411308250045

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2015**

Analisis Praktek Klinik Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Latihan Menelan Terhadap Status Fungsi Menelan di Ruang Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Aisyah¹, Siti Khoirah M²

INTISARI

Stroke adalah serangan otak yang timbul secara mendadak dimana terjadi gangguan fungsi otak sebagian atau menyeluruh sebagai akibat dari gangguan aliran darah oleh karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah tertentu di otak, sehingga menyebabkan sel-sel otak kekurangan darah, oksigen atau zat-zat makanan dan akhirnya dapat terjadi kematian sel-sel tersebut dalam waktu relative singkat. Berbagai masalah dapat timbul pada pasien stroke salah satu masalah kesehatan yang timbul adalah gangguan menelan atau disfagia. Disfagia adalah kesulitan dalam menelan cairan dan atau makanan yang disebabkan karena adanya gangguan pada proses menelan. Pada penanganan gangguan menelan dibutuhkan kerja sama beberapa ahli diantaranya dokter, perawat dan ahli terapi dan ahli gizi. Intervensi yang dianjurkan pada kasus stroke dengan disfagia mencakup modifikasi diet, maneuver kompensatori, serta latihan menelan atau *swallowing therapy*. Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada klien dengan diagnose medis Stroke Non Hemoragik di ruang unit stroke RSUD abdul wahab Syahranie Samarinda dengan pendekatan kosep Keperawatan. Dari hasil analisa kasus didapatkan hasil bahwa fungsi menelan pasien klien berangsur-angsur membaik.

Kata Kunci: Stroke, Disfagia, latihan menelan.

¹ Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

*Analysis of the Nursing Clinical Practice in Patients Non Haemorrhagic Stroke Of Swallowing
Therapy to Swallowing Functional States in the Stroke Unit Abdul Wahab Sjahranie
Samarinda 2015*

Aisyah¹, Siti Khoirah M²

ABSTRACT

stroke is a brain attack that arise suddenly which happen to impaired brain function partially or thoroughly as a result of impaired blood flow due to a blockage or rupture of a blood vessel, causing were certain brain cells lack oxygen, blood or food substances and can eventually occurred the death of the cells within a relatively short time. A variety of problems can arise on stroke patients one of the health problems that arise is a disorder of swallowing or dysphagia. Dysphagia is difficulty in swallowing food or liquid and is caused due to an interruption in the process of swallowing. Swallowing disorders on handling required the cooperation of several experts including doctors, nurses and therapists and nutritionists. Interventions that are recommended in the case of stroke with dysphagia include diet modification, kompensatori, and maneuver exercises in swallowing or swallowing therapy. Scientific works of the end of the Ners is aiming to do the analysis of case-run on the client with a medical diagnose Stroke Non Hemoragik in stroke unit of the hospital abdul wahab Syahranie Samarinda with an approach to concepts of nursing. Case analysis of the results obtained as a result of that function the patient swallows the client gradually improved.

Keyword: Stroke, Disfagia, Swallowing Therapy.

¹ Bachelor in nursing student STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Lecturer nursing science program of STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan satu masalah paling serius dalam kehidupan modern saat ini. Badan kesehatan dunia memprediksikan bahwa kematian stroke meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030. Yayasan stroke Indonesia menyebutkan, angka kejadian stroke menurut data dasar rumah sakit 63,52 per 100.000 penduduk usia di atas 65 tahun, sedangkan jumlah penderita yang meninggal didunia lebih dari 125.000 jiwa (Ratna, 2011).

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke dapat didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) ataupun perdarahan (stroke hemoragik) (Junaidi, 2011). Menurut Hickey (1997), stroke adalah suatu keadaan terputusnya atau terhentinya aliran darah ke otak secara tiba-tiba, yang mengakibatkan kerusakan dan gangguan fungsi pergerakan, perasaan, memori, perabaan, dan bicara, yang bersifat sementara atau menetap. Laporan data unit stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada bulan November 2014 sampai dengan bulan Juli 2015, jumlah kasus stroke non hemoragik sebanyak 146 kasus, sedangkan jumlah kasus stroke hemoragik sebanyak 115 kasus.

Berbagai masalah dapat timbul pada pasien stroke salah satu masalah kesehatan yang timbul adalah gangguan menelan atau disfagia. Gangguan ini menyerang sekitar sepertiga hingga duapertiga pasien stroke fase akut, dan dapat menjadi penyebab terjadinya dehidrasi, malnutrisi, aspirasi, dan infeksi paru. Menurut Lees, Sharpe, dan Edwards (2006), kejadian disfagia pada tiga hari pertama pasca stroke dihubungkan dengan lima hingga sepuluh kali lipat meningkatnya risiko infeksi paru dalam minggu pertama pasca stroke.

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

Ditemukan sekitar 27% pasien stroke fase akut mengalami disfagia, atau sekitar 40% bila dihitung termasuk pasien stroke yang mengalami penurunan tingkat kesadaran, kondisi terminal, atau telah mengalami disfagia sebelumnya. Sebagian besar pasien stroke berat memiliki indikasi adanya disfagia, seperti penurunan kesadaran, ketergantungan dalam melakukan aktifitas sehari-hari, mengalami disartria, disfasia ekspresif, mendapat terapi anti depresan, memiliki masa lama rawat di rumah sakit lebih lama, serta

masih memerlukan perawatan lebih lanjut di rumah setelah pulang dari rumah sakit (Westergren, Hallberg & Ohlsson, 1999).

Pasien disfagia seringkali tidak ditangani secara tepat. Akibatnya intake nutrisi dan cairan tidak adekuat sehingga pasien dapat mengalami dehidrasi dan malnutrisi. Dampak lain yang membahayakan adalah terjadinya aspirasi pneumonia, yang dapat menyebabkan infeksi paru atau bahkan kematian, sehingga lama rawat pasien di rumah sakit menjadi memanjang dan biaya rawat juga meningkat (Mulyatsih, 2009).

Pada penanganan gangguan menelan dibutuhkan kerja sama beberapa ahli diantaranya dokter, perawat dan ahli terapi dan ahli gizi. Menurut Palmer, Drennan, dan Baba 2000 dalam mulyatsih 2009, penanganan disfagia ditujukan pada menurunkan risiko aspirasi, meningkatkan kemampuan makan dan menelan, serta mengoptimalkan status nutrisi. Intervensi yang dianjurkan pada kasus stroke dengan disfagia mencakup modifikasi diet, maneuver 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.

Terdapat penelitian terkait yang membahas mengenai pengaruh latihan menelan terhadap status fungsi menelan pasien disfagia. Menurut penelitian Mulyatsih (2009) menunjukkan adanya perbedaan status fungsi menelan antara sebelum dan setelah latihan menelan, rata-rata mean status fungsi menelan anantara sebelum dan setelah dilakukan latihan menelan pada

kelompok perlakuan lebih tinggi secara signifikan dibandingkan kelompok kontrol (p value= 0,02). Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa latihan menelan dapat meningkatkan status fungsi menelan pasien stroke dengan disfagia.

Berdasarkan dari penjelasan diatas maka penulis tertarik melakukan analisis terapi menelan pada pasien stroke dengan disfagia untuk meningkatkan status fungsi menelan pasien.

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 atau *swallowing therapy*, 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 di pelayanan intensif adalah pelaksanaan skrining disfagia. Penulis ingin memfokuskan analisis pada intervensi tindakan *swallowing therapy* studi kasus pada klien Stroke Non Hemoragik untuk meningkatkan status fungsi menelan di ruang Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

Rumusan masalah pada KIAN ini adalah “Bagaimanakah gambaran Analisis Praktek Klinik Keperawatan terhadap kasus kelolaan pada klien dengan diagnose medis Stroke Non Hemoragik di ruang unit stroke RSUD Abdul Wahab Syahranie Samarinda?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada klien dengan diagnose medis Stroke Non Hemoragik di ruang unit stroke RSUD abdul wahab Syahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik dengan pendekatan proses Keperawatan.
- b. Menganalisis intervensi *Swallowing Therapy* dalam melatih fungsi menelan pada klien dengan diagnosa 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 dilahan rumah sakit khususnya di ruang Unit Stroke 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 penulis dalam melakukan analisa pada pasien stroke khususnya pada pasien stroke yang mengalami disfagia sehingga dapat 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 *Swallowing Therapy*.

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

rapat 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 Stroke

1. Pengertian

Istilah *stroke* atau penyakit serebrovaskular mengacu kepada setiap gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau berhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak. Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum. Istilah yang masih lama dan masih sering digunakan adalah *cerebrovaskular accident (CVA)* (Price, 2006).

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (deficit neurologik) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke dapat didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) ataupun perdarahan (stroke hemoragik) (Junaidi, 2011).

Stroke adalah serangan otak yang timbul secara mendadak di mana terjadi gangguan fungsi otak sebagian atau menyeluruh sebagai akibat dari gangguan aliran darah oleh karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah tertentu di otak, sehingga menyebabkan sel-sel otak kekurangan darah, oksigen atau zat-zat makanan dan akhirnya dapat terjadi kematian sel-sel tersebut dalam waktu relative singkat (Dourman, 2013).

2. Klasifikasi stroke

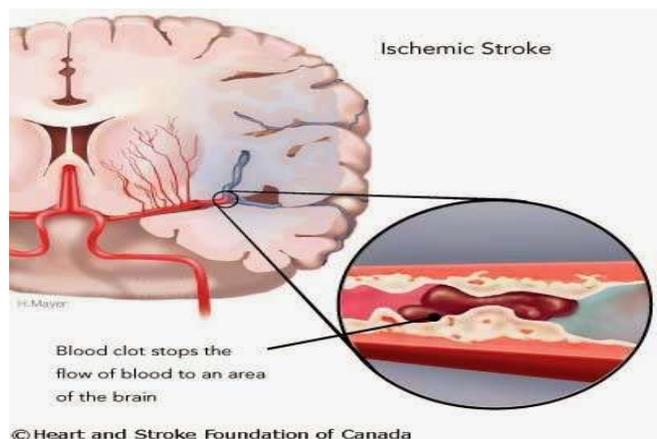
Menurut Sustiani dalam Hernanta (2013) stroke di klasifikasikan ada dua macam yaitu :

a. Stroke Non-Hemoragik

Stroke ini disebabkan oleh faktor-faktor berikut :

- 1) Menumpuknya lemak pada pembuluh darah yang menyebabkan mulai terjadinya pembekuan darah.
- 2) Benda asing dalam pembuluh darah jantung
- 3) Adanya lubang pada pembuluh darah sehingga darah yang keluar yang mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang

Menurut Junaidi (2011) stroke iskemik merupakan aliran darah ke otak terhenti karena *aterosklerosis* atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah, melalui proses *aterosklerosis*. Stroke iskemik terjadi akibat thrombus (bekuan darah di arteri serebri) atau embolus (bekuan darah yang berjalan ke otak dari tempat lain ditubuh (Corwin, 2009).



Gambar 2.1 stroke iskemik

Menurut Juanidi (2011) Menyatakan stroke iskemik/ stroke non hemoragik memiliki beberapa klasifikasi seperti :

- 1) *Transient Ischemic Attack (TIA)* : serangan stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- 2) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)* : gejala neurologis yang akan menghilang antara > 24 jam samapai dengan 21 hari.
- 3) *Progressing Stroke* atau *Stroke in evolution* : kelainan atau *deficit neurologic* berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat.
- 4) Stroke komplit : kelainan neurologis sudah lengkap menetap dan tidak berkembang lagi.

b. Stoke hemoragik

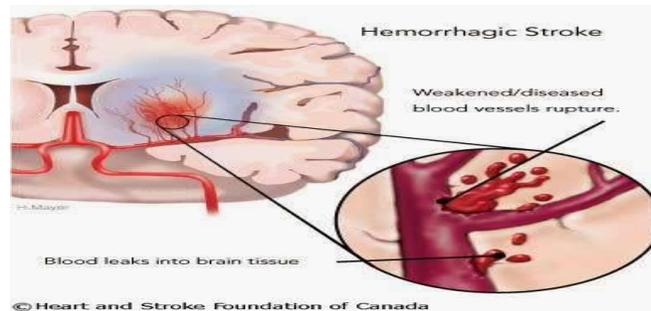
Stroke ini disebabkan kerana salah satu pembuluh darah di otak bocor atau pecah sehingga darah mengisi ruang sel-sel otak. Menurut Muttaqin (2008) stroke hemoragik merupakan perdarahan serebri dan mungkin perdarahan subarachnoid disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejaidiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat, dan kesadaran klien umumnya menurun. Stroke hemoragik dibagi menjadi dua yaitu :

1) Stroke Hemoragik Intraserebrum

Perdarahan intraserebrum kedalam jaringan otak akibat cedera vaskuler yang dipicu oleh hipertensi dan ruptur salah satu dari banyak arteri kecil yang menembus jauh kedalam jaringan otak

2) Stroke Hemoragik Subarachnoid

Perdarahan subarachnoid yang disebabkan kerana rupture aneurisme vaskuler dan trauma kepala. Perdarahan terjadi secara massif dan ekstrasvasasi ke dalam ruang subarachnoid (Lewis et al, 2007).



Gambar 2.2 Stroke hemoragik

3. Manifestasi klinik

a. Defisit Motorik

Defisit motorik adalah efek yang paling jelas ditimbulkan oleh stroke, berupa *hemiparesis* (kelemahan) dan *hemiplegik* (kelumpuhan). Hal tersebut disebabkan karena gangguan neuron pada jalur pyramidal. Karakteristiknya adalah kehilangan control gerakan volunteer (*akinesi*), gangguan integrasi gerakan, keterbatasan tonus otot, dan keterbatasan reflex. Terjadi *hiporefleksia* yang berubah secara cepat menjadi hiperefleksia pada kebanyakan pasien terhadap gerakan motorik. Karena neuron atas melintas, gangguan control motor volunteer pada salah satu sisi tubuh menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak, terjadi

hemiplegia atau *paralisis* pada salah satu sisi karena lesi pada sisi otak yang berlawanan dan *hemiparesis* (kelemahan pada sisi tubuh yang lain).

b. Komunikasi

Hemisfer kiri dominan dalam keterampilan berbahasa, ketidakmampuan berbahasa termasuk ekspresi, penulisan serta pengucapan kata. Pasien mengalami afasia dan disfasia. Stroke yang mempengaruhi area Werknicke menyebabkan *receptive aphasia*, sedangkan pada area Broca menyebabkan *expressive aphasia*. Pasien stroke juga mengalami disatria, gangguan pada otot bicara yang mempengaruhi cara berbicara seperti pengucapan dan artikulasi.

c. Afek

Pasien yang mengalami stroke sulit untuk mengontrol emosinya. Respon emosi berlebihan dan tidak terduga. Perasaan depresi dihubungkan dengan perubahan *body image* dan kehilangan fungsi, pasien juga terkadang frustrasi karena gangguan mobilitas dan ketidakmampuan berkomunikasi dengan baik.

d. Fungsi intelektual

Kemampuan memori dan berpendapat menurun, gangguan pada otak kiri menyebabkan gangguan memori bahasa, pasien sangat berhati-hati dalam membuat keputusan. Sedangkan gangguan pada otak kanan, lebih cenderung impulsif dan bergerak cepat.

e. Perubahan spasial persepsi

Stroke pada sisi sebelah kanan otak, sering mengakibatkan masalah pada spasial persepsi orientasi, meskipun juga terjadi pada belahan otak sebelah kiri. Masalah spasial perceptual dibagi dalam empat kategori diantaranya: (1) Persepsi pasien yang tidak tepat terhadap diri dan penyakitnya, hal ini berkaitan dengan gangguan lobus parietal. Pasien mungkin mengingkari penyakitnya dan bagian tubuh lainnya; (2) Persepsi pasien yang salah terhadap tempat/ruang, pasien mengabaikan semua input dari sisi yang terkena. Hal ini diperburuk dengan homonymus hemianopsia, dimana terjadi kebutaan yang sama pada kedua mata, setengah lapang pandang, pasien juga sulit berorientasi spasial terhadap jarak; (3) Agnosia, ketidakmampuan mengenali objek melalui penglihatan, sentuhan ataupun pendengaran; (4) Apraksia, ketidakmampuan mengikuti perintah dalam gerakan.

f. Eliminasi

Sebagian besar masalah eliminasi urin dan feses terjadi sementara. Jika yang terkena stroke hanya pada satu hemisfer di otak, prognosis fungsi kandung kemih dan voluntter urin. Pada awalnya pasien mungkin mengalami frekuensi, urgensi, dan inkontinensia. Meskipun control motorik usus tidak mengalami masalah, tetapi pasien sering mengalami konstipasi, hal tersebut lebih dihubungkan pada imobilitas, kelemahan otot abdomen, dehidrasi dan mengurangi respon untuk reflek defekasi (Lewis et al, 2007).

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

b. Gejala akibat penyumbatan arteri serebri anterior.

- 1) *Hemiparesis kontralateral* dengan kelumpuhan tungkai lebih menonjol.
- 2) Gangguan mental.
- 3) Gangguan sensibilitas pada tungkai yang lumpuh.
- 4) Ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air.
- 5) Bisa terjadi kejang-kejang.

c. Gejala akibat penyumbatan arteri serebri media

- 1) Bila sumbatan di pangkal arteri, terjadi kelumpuhan yang lebih ringan. Bila tidak di pangkal maka lengan lebih menonjol.
- 2) Gangguan saraf perasa pada satu sisi tubuh.
- 3) Hilangnya kemampuan dalam berbahasa (*aphasia*)

- d. Gejala akibat penyumbatan sistem vertebrobasilar
- 1) Kelumpuhan di satu sampai keempat ekstremitas.
 - 2) Meningkatnya refleks tendon.
 - 3) Gangguan dalam koordinasi gerakan tubuh.
 - 4) Gejala-gejala serebrum seperti gemetar pada tangan (*tremor*), kepala berputar (*vertigo*).
 - 5) Ketidakmampuan untuk menelan (*disfagia*).
 - 6) Gangguan motoris pada lidah, mulut, rahang dan pita suara sehingga pasien sulit bicara (*disatria*).
 - 7) Kehilangan kesadaran sepiantas (*sinkop*), penurunan kesadaran secara lengkap (*strupor*), koma, pusing, gangguan daya ingat, kehilangan daya ingat terhadap lingkungan (*disorientasi*)
 - 8) Gangguan penglihatan, seperti penglihatan ganda (*diplopia*), gerakan arah bola mata yang tidak dikehendaki (*nistagmus*), penurunan kelopak mata (*ptosis*), kurangnya daya gerak mata, kebutaan setengah lapang pandang pada belahan kanan atau kiri kedua mata (*hemianopia homonim*).
 - 9) Gangguan pendengaran.
 - 10) Rasa kaku di wajah, 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.

4. Penyebab Stroke Non Hemoragik

a. Ateroma

Pada stroke iskemik, penyumbatan bisa terjadi disepanjang jalur arteri yang menuju otak. Misalnya suatu *atheroma* (endapan lemak) bisa terbentuk didalam arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap arteri karotis jalur utama memberikan darah kesebagian besar otak.

b. Emboli

Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Arteri karotis dan arteri vertebralis beserta percabangannya bisa juga tersumbat karena adanya bekuan darah berasal dari tempat lain, misalnya dari jantung atau katupnya.

c. Infeksi

Stroke juga bisa terjadi bila suatu peradangan atau infeksi menyebabkan menyempitnya pembuluh darah yang menuju ke otak. Selain peradangan umum oleh bakteri, peradangan juga bisa asam urat yang berlebih dalam darah.

d. Obat-obatan

Obat-obatan dapat menyebabkan stroke, seperti kokain, amfetamin, epineprin, adrenalin dan sebagainya dengan jalan mempersempit diameter pembuluh darah di otak dan menyebabkan stroke (Junaidi, 2011).

5. Faktor risiko terjadinya stroke

a. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi

1) Usia

Risiko terkena stroke meningkat sejak usia 45 tahun. Setiap penambahan usia tiga tahun akan meningkatkan risiko stroke sebesar 11-20%. Dari semua stroke, orang yang berusia lebih dari 65 tahun memiliki risiko paling tinggi yaitu 71%, sedangkan 25% terjadi pada orang yang berusia 65-45 tahun, dan 4% terjadi pada orang berusia <45 tahun.

2) Jenis kelamin

Laki-laki memiliki risiko lebih besar untuk terkena stroke dibanding perempuan.

3) Ras

Dari berbagai penelitian, ditemukan bahwa ras kulit putih memiliki peluang yang lebih besar terkena stroke dibanding ras kulit putih.

4) Riwayat keluarga (orang tua, saudara) yang pernah mengalami stroke pada usia muda maka yang bersangkutan beresiko tinggi terkena stroke

b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

1) Merokok

merokok meningkatkan risiko terkena stroke empat kali lipat, merokok menyebabkan penyempitan dan pergeseran arteri di seluruh tubuh, sehingga mendorong terjadinya aterosklerosis,

mengurangi aliran darah, meningkatkan pembentukan dan pertumbuhan aneurisma intrakranium.

2) Alkoholisme

Alkoholisme dapat meningkatkan tekanan darah sehingga meningkatkan resiko stroke, terutama stroke hemoragik beberapa kali lipat.

3) Hipertensi

Tekanan darah yang meningkat secara perlahan merusak dinding pembuluh darah dengan memperkeras arteri dan mendorong terbentuknya bekuan darah dan aneurisme yang akan menyebabkan stroke. Orang yang menderita hipertensi memiliki resiko tujuh kali lebih besar mengalami stroke dibandingkan orang yang normal.

4) Inaktivitas fisik

Orang yang kurang aktifitas secara fisik memiliki hamper 50% peningkatan risiko terkena stroke dibandingkan dengan yang aktif. Inaktivitas fisik menyebabkan peningkatan berat badan dan tekanan darah, menyebabkan timbulnya aterosklerosis.

5) Penyakit jantung

Embolus yang terbentuk di jantung karena penyakit jantung, terlepas dan mengalir ke otak, bekuan darah tersebut menyumbat arteri dan menimbulkan stroke iskemik. Fibrilasi atrium yang tidak diobati meningkatkan resiko stroke empat hingga tujuh kali lipat.

6) Kadar kolesterol tinggi

Kadar kolesterol yang tinggi meningkatkan risiko aterosklerosis dan penyakit jantung coroner. Keadaan ini meningkatkan sekitar 20% risiko stroke iskemik atau TIA.

7) Diabetes mellitus

Penderita DM berpotensi mengalami stroke karena 2 alasan, yaitu terjadinya peningkatan viskositas darah sehingga memperlambat aliran darah khususnya serebral dan adanya kelainan microvaskuler sehingga berdampak juga terhadap kelainan yang terjadi pada pembuluh darah serebral.

8) Kontrasepsi oral

kontrasepsi oral kombinasi meningkatkan risiko stroke iskemik, terutama pada wanita perokok yang berusia lebih dari 30 tahun. Kontrasepsi kombinasi tekanan darah, menyebabkan darah lebih kental dan lebih mudah membentuk bekuan/gumpalan.

9) Obesitas

Pada obesitas dapat terjadi hipertensi dan peningkatan kadar kolesterol sehingga dapat mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah, salah satunya pembuluh darah otak.

6. Patosiologi

a. Stroke Iskemik

Otak merupakan organ tubuh yang paling aktif melakukan metabolisme. Walaupun bobotnya hanya 2 % dari berat tubuh. Akan tetapi otak membutuhkan suplai darah sebanyak 15% - 20% dari total

cardiac output (CO). Otak sangat bergantung dengan oksigen dan glukosa dalam melakukan metabolisme. Stroke iskemia terjadi karena adanya keterbatasan atau redahnya aliran darah menuju bagian tertentu dari otak. Trombosis dan emboli merupakan dua hal yang menyebabkan terjadi hipoperfusi otak. Menurut Rayid (2007) Apabila aliran darah menurun akan terjadi gangguan fungsi neuron dan berangsur terjadi iskemia yang menetap manakal aliran darah kurang dari 18ml/18 mg/menit.

Proses terjadinya stroke iskemik diawali proses pembentukan flak *aterosklerosis* melalui mekanisme *aterosklerosis* pada dinding pembuluh darah. *Aterosklerosis* dimulai dengan adanya luka pada sel endotel pembuluh darah, yaitu lapisan dalam pembuluh darah yang bersentuhan langsung dengan darah dan zat dalam darah. Permukaan sel endotel yang semula licin akan menjadi tidak licin Karena flak.

Akibantnya semakin menebalnya plak maka fibrous kolagen sub endotel akan robek. Plak yang terbentuk akan menjadi matang dan dapat pecah lalu mengikuti aliran darah yang akan menyebabkan emboli menyumbat aliran darah sehingga terjadi gangguan suplai oksigen (iskemia) baik dipembuluh darah jantung maupun otak.

Karena tumpukkan plak pada dinding arteri semakin banyak membuat lapisan bawah garis pelindung arteri semakin banyak membuat perlahan-lahan mulai menebal dan jumlah sel otot bertambah. Setelah beberapa waktu, jaringan penghubung yang menutupi daerah itu berubah menjadi jaringan parut (*Scerosis*).

Jaringan parut tersebut akan mengurangi elastisitas dinding pembuluh darah sehingga mudah pecah. Akibatnya mulai terjadi penempelan daerah parut oleh sel-sel darah yang tertumpuk pada permukaan lapisan arteri yang robek dan semakin lama semakin banyak tumpukan terbentuk sehingga menimbulkan penyempitan arteri, lalu terjadi penyumbatan total. Apabila aterosklerosis terjadi dalam arteri otot jantung maka akan timbul kekurangan pasokan oksigen akut sehingga terjadi serangan jantung, Apabila ini terjadi pada arteri otak maka terjadi serangan stroke (iskemik / non perdarahan) (Junaidi, 2011).

b. Stroke hemoragik

Stroke Perdarahan disebabkan oleh perdarahan suatu arteri serebralis yang disebut hemoragik. Darah yang keluar dari pembuluh darah dapat masuk ke dalam jaringan otak, sehingga terjadi hematoma. Hematoma ini menyebabkan timbulnya Tekanan Tinggi Intra Kranial (TTIK). Keadaan tersebut terjadi pada perubahan intracranial. Perdarahan intrakranial meliputi perdarahan di parenkim otak dan perdarahan subarachnoid. Insidens perdarahan intrakranial kurang lebih 20 % adalah stroke hemoragik, dimana masing-masing 10% adalah perdarahan subarachnoid dan perdarahan intraserebral (Caplan, 2000).

Perdarahan intraserebral biasanya timbul karena pecahnya mikroaneurisma (Berry aneurysm) akibat hipertensi maligna. Hal ini paling sering terjadi di daerah subkortikal, serebelum, dan batang

otak. Hipertensi kronik menyebabkan pembuluh arteriola berdiameter 100 – 400 mikrometer mengalami perubahan patologi pada dinding pembuluh darah tersebut berupa lipohialinosis, nekrosis fibrinoid serta timbulnya aneurisma tipe Bouchard. Pada kebanyakan pasien, peningkatan tekanan darah yang tiba-tiba menyebabkan rupturnya penetrating arteri yang kecil. Keluarnya darah dari pembuluh darah kecil membuat efek penekanan pada arteriole dan pembuluh kapiler yang akhirnya membuat pembuluh ini pecah juga. Hal ini mengakibatkan volume perdarahan semakin besar (Caplan, 2000).

Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya lebih tertekan lagi. Gejala neurologik timbul karena ekstrasvasi darah ke jaringan otak yang menyebabkan nekrosis (Caplan, 2000).

Perdarahan subarachnoid (PSA) terjadi akibat pembuluh darah disekitar permukaan otak pecah, sehingga terjadi ekstrasvasi darah ke ruang subarachnoid. Perdarahan subarachnoid umumnya disebabkan oleh rupturnya aneurisma sakular atau perdarahan dari arteriovenous malformation (AVM).

7. Komplikasi

a. Stroke non hemoragik

Menurut Corwin (2009) menyatakan komplikasi yang ditimbulkan dari stroke iskemik sebagai berikut :

- 1) *Cidera vaskuler serebral (CVS)* mayor pada bagian otak yang mengontrol respons pernafasan atau kardiovaskuler dapat meninggal. Destruksi area ekspresif atau reseptif pada otak akibat hipoksia dapat menyebabkan kesulitan komunikasi. Hipoksia pada area motorik otak dapat menyebabkan paresis. Perubahan emosional dapat terjadi pada kerusakan korteks yang mencakup system limbik.
- 2) *Hematoma intraserebral* dapat disebabkan oleh pecahnya aneurisma atau stroke hemoragik yang menyebabkan cidera otak sekunder ketika tekanan intracranial meningkat.

b. *Stoke hemoragik*

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral, dan luasnya area cedera antara lain (Brunner dan Suddarth, 2002):

- 1) Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigen darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenisasi jaringan.
- 2) 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.

- 3) Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Distritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan menghentikan thrombus local. Selain itu, disritmia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki.

8. Pemeriksaan penunjang stroke

Iskandar dalam (Hernanta, 2013) pemeriksaan radiologi dapat berupa:

- a. CT Scan, untuk membedakan antara stroke non hemoragik dan stroke hemoragik
- b. Angiography, untuk melihat gambaran pembuluh darah yang patologis
- c. Elektro (EEG), untuk melihat area yang spesifik dari lesi otak
- d. MRI, untuk mengetahui adanya perdarahan
- e. Brainplan, untuk mengetahui adanya infark hemoragik, hematoma, dan malformasi dari arteri dan vena
- f. Dopler Ultrasonography, untuk mengetahui ukuran dan kecepatan aliran darah yang melalui pembuluh darah
- g. Skull Roentgenogram, untuk mengetahui klasifikasi intra kranial
- h. Digital subtraction Angiography, untuk mengetahui adanya aklusi atau penyempitan pembuluh darah terutama kolusi arteri karotif.

- i. B. Mode Ultrasound, untuk mengukur tekanan darah melalui pembuluh darah leher.

9. Penatalaksanaan Stroke

Perawat mempunyai peran utama atau *core* dalam tim stroke, sehingga perawat yang bertugas di unit stroke harus memiliki pengetahuan dan ketrampilan merawat pasien stroke, yang diperoleh melalui pendidikan khusus yang terprogram dan terstruktur, yang dibuktikan dengan sertifikat. Peran utama perawat dalam tim stroke mencakup peran sebagai pemberi layanan asuhan keperawatan atau *provider*, pendidik atau *educator*, penasihat atau *consellor* bagi pasien dan keluarga, fasilitator, dan peran sebagai peneliti atau *researcher*. Peran perawat sebagai peneliti sangat diperlukan untuk peningkatan mutu asuhan keperawatan, karena semua rencana tindakan keperawatan atau intervensi keperawatan seharusnya didasarkan pada hasil penelitian secara ilmiah atau *based evidence practice* (Mulyatsih, 2009)

Penatalaksanaan yang biasa diterapkan untuk menghadapi kasus stroke antara lain sebagai berikut.

a. Fase akut

Menurut Smeltzer & Bare (2008) penatalaksanaan klien stroke dalam keadaan akut perlu diperhatikan faktor-faktor sebagai berikut:

- 1) Tempatkan pasien pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.

- 2) Intubasi endotrakheal dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke masif, karena henti pernafasan biasanya merupakan faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini.
- 3) Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia) yang mungkin berkaitan dengan kehilangan reflex jalan nafas, imobilitas, atau hipoventilasi.
- 4) Periksa jantung terhadap adanya abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda gagal jantung kongesif.

b. Konservatif

1) Medikamentosa

- a) Thrombolytic therapy, untuk memperbaiki aliran darah dan mencegah kematian sel pada stroke iskemik untuk pengobatan 24 jam pertama seperti t-PA dan Proact-I.
- b) Platelet inhibition/anticoagulant therapy diberikan pada 24 jam kedua setelah pemberian thrombolitik therapy untuk mencegah
- c) terbentuknya kembali kloting seperti heparin dan warfarin. Anti agregasi thrombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sesudah ulserasi alteroma dan untuk pengobatan hipertermia.
- d) Analgetik, untuk mengurangi nyeri hebat di kepala stroke hemorhagik.
- e) Anti hipertensi untuk menurunkan tekanan darah secara bertahap dan vasopressor untuk meningkatkan tekanan darah setelah tindakan clipping pada aneurysma.

f) Manitol yang berfungsi anti edema apabila TIK meningkat

2) Rehabilitasi

Program rehabilitasi dilakukan setelah 12-24 jam stroke terjadi untuk mengurangi keterbatasan dan mengoptimalkan kemampuan yang ada. Rehabilitasi yang dilakukan untuk pasien post stroke membutuhkan waktu yang lama sehingga perlu adanya suatu tim yang melibatkan pasien, keluarga dan perawat atau tenaga kesehatan lainnya untuk meningkatkan fungsi yang optimal melalui fasilitas kesehatan baik melalui unit rawat jalan atau kunjungan rumah. Sasaran utama program rehabilitasi adalah perbaikan mobilitas, menghindari nyeri bahu, pencapaian perawatan diri, mendapatkan kontrol kandung kemih, perbaikan proses pikir, pencapaian beberapa bentuk komunikasi, pemeliharaan integritas kulit, perbaikan fungsi keluarga dan tidak adanya komplikasi (Smeltzer & Bare, 2008).

c. Operatif

Tujuan utama dari tindakan operatif adalah untuk memperbaiki aliran darah serebral. Prosedur operatif yang dapat dilakukan antara lain:

- 1) Endarterektomi karotis (CEA) membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
- 2) Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh pasien TIA.
- 3) Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut

- 4) Ligasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma.
- 5) Craniektomi, lobektomi, clipping untuk mengatasi perdarahan pada troke haemorhagik.

B. Disfagia

1. Pengertian

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, acapkali 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 dalam).

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).

2. Fisiologi proses menelan

Proses menelan merupakan suatu sistem kerja neurologik yang sinkron, berurutan, terkoordinasi, simetris, semiotomatis, unik dan spesifik bagi setiap individu (Smithard, 2002 dalam Mulyatsih 2009).

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 aktifitas 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 epiglottis, 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 esopagus. 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 esophagus 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 kardia yang rileksasi.

3. Klasifikasi disfagia

Berdasarkan penyebabnya, disfagia secara umum dibagi atas disfagia mekanik, disfagia motorik, disfagia oleh gangguan emosi.

a. Disfagia Mekanik

Penyebab utama disfagia mekanik adalah sumbatan lumen esofagus oleh massa tumor dan benda asing. Penyebab lain adalah akibat peradangan mukosa esofagus, serta akibat penekanan lumen esofagus dari luar, misalnya oleh pembesaran kelenjar timus, kelenjar tiroid,

kelenjar getah bening di mediastinum, pembesaran jantung, dan elongasi aorta.

b. Disfagia Motorik

Keluhan disfagia motorik disebabkan oleh kelainan neuromuscular yang berperan dalam proses menelan. Lesi di pusat menelan di batang otak, kelainan saraf otak nervus V, n.VII, n.IX, n.X dan n.XII, kelumpuhan otot faring dan lidah serta gangguan peristaltik esofagus dapat menyebabkan disfagia.

c. Disfagia Emosional

Keluhan disfagia dapat juga timbul karena terdapat gangguan emosi, atau tekanan jiwa yang berat. Kelainan ini disebut globus histerikus.

Disfagia juga dapat diklasifikasikan dalam 3 tipe menurut tempat prosesnya :

a. *Oral dysphagia*

Disebabkan karena menurunnya kekuatan dan atau tidak normalnya koordinasi pada otot-otot pada mulut dan lidah yang menyebabkan pasien tidak dapat mengumpulkan dan memposisikan makanan dalam mulut untuk disiapkan untuk ditelan.

b. *Pharyngeal dysphagia*

Fungsi persarafan dan koordinasi otot sudah memburuk yang dapat menghambat proses menelan atau reflek menelan tidak baik sehingga dapat terjadi aspirasi atau masuknya material makanan ke dalam saluran pernafasan.

c. *Oesophageal dysphagia*

Disebabkan karena kerusakan atau penurunan fungsi pada esophagus atau sfingter esophagus pada lambung yang biasanya karena gangguan refluk gastro-esofagal atau penyempitan lumen oleh karena massa atau tumor di daerah oesofagus dan sekitarnya (Widiyanto, 2015).

4. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada pasien stroke yang mengalami disfagia antara lain : kelemahan otot wajah, menurunnya gerakan lidah, menurunnya reflek batuk, menurunnya reflek muntah, suara serak, disatria (gangguan artikulasi kata), berkurangnya sensitifitas di mulut atau wajah, batuk atau tersedak ketika makan atau minum, tersisa makanan di mulut, membutuhkan waktu lama saat makan, mengiler (*drooling*). Bila disfagia tidak segera ditangani dapat berlanjut menjadi : dehidrasi, malnutrisi, berat badan menurun, menurunnya tingkat kesadaran.

5. Penyebab

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).

Disfagi 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 disfagi dapat disebabkan oleh berkurangnya, tidak adanya, atau terganggunya peristaltik atau disfungsi sfingter bagian atas atau bawah. Gangguan disfagi yang sering menimbulkan disfagi adalah akalasia, scleroderma, dan spasme esophagus difus (Price, 2006).

6. Patofisiologi

Akibat stroke sel neuron mengalami nekrosis atau kematian jaringan, sehingga mengalami gangguan fungsi. Gangguan fungsi yang terjadi bergantung pada besarnya lesi dan lokasi lesi. Pada stroke akut, pasien dapat mengalami gangguan menelan yang diakibatkan oleh edema otak, gangguan tingkat kesadaran atau diaschisis dan biasanya bersifat *reversible*. Tetapi bila lesi terjadi di daerah batang otak, kemungkinan pasien akan mengalami disfagia permanen. Beberapa gangguan yang bisa terjadi adalah sebagai berikut : Fase oral : gangguan koordinasi bibir, lidah dan mandibular, kelemahan pada pangkal lidah, penurunan tingkat kesadaran, gangguan fungsi leher. Fase faringeal : disfungsi palatum mole dan faring superior, kelemahan muskulus kontraktur faring, gangguan relaksasi muskulus krikofaring. Fase esophagus : kelainan dinding esophagus, kelemahan peristaltik esophagus. Pada pasien stroke gangguan yang paling sering terjadi adalah fase faringeal dan fase esophagus (Rasyid, 2007 dalam Ismansyah, 2008).

7. Pemeriksaan Penunjang untuk Menegakkan Diagnosa Disfagia

Disfagia dapat didiagnosa melalui beberapa pemeriksaan fungsi menelan baik secara invasif maupun non invasif (Crary & Groher, 1999 dalam Mulyatsih, 2009). Pemeriksaan invasif sebaiknya dilakukan hanya pada pasien yang dicurigai mengalami gangguan menelan. Berikut ini beberapa pemeriksaan tersebut:

- a. *Videofluoroscopy Swallowing Study* (VFSS)
- b. Tes yang paling sering digunakan adalah *Videofluoroscopy Swallowing Study* (VFSS), yang juga dikenal dengan istilah *Modified Barium Swallow* (MBS). Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan penunjang baku emas untuk mendiagnosa disfagia (Massey & Jedlicka, 2002 dalam Mulyatsih, 2009).
- c. *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing* (FEES)
FEES merupakan teknik pemeriksaan visualisasi langsung struktur nasofaring, laringofaring, dan hipofaring. Selama pemeriksaan pasien diberikan berbagai macam konsistensi makanan dan dilakukan evaluasi terhadap adanya residu, kebocoran makanan ke faring sebelum menelan (*preswallowing leakage*), penetrasi serta aspirasi.
- d. *Transnasal Esophagoscopy*, sesuai untuk kasus divertikula esophagus atau tumor.
- e. *Ultrasonography*, untuk mengevaluasi gerak jaringan lunak selama fase oral dan faringeal.
- f. *Electromyography*, lebih sering digunakan untuk penelitian mengevaluasi fungsi mioelektrik.

8. Penanganan disfagia Keperawatan

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, maneuver 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. Aktifitas 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) 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, maneuver, 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 maneuver yang bertujuan untuk meng-eliminir 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.

9. Komplikasi

Disfagia adalah kondisi yang kompleks yang memiliki pengaruh besar pada kehidupan pasien. Pasien yang mengalami disfagia masalah yang sering ditemukan adalah kehilangan nafsu makan serta penurunan berat badan yang diakibatkan oleh asupan nutrisi yang berkurang. Dalam manajemen gizi pada pasien yang mengalami disfagia harus lebih diperhatikan lagi tentang cara penyediaan makanan bergizi yang sesuai dengan kebutuhan tubuh pasien agar komplikasi seperti terjadinya aspirasi dapat dihindari (Collier, 2009).

Menurut World Stroke Academy (2012) Ada tiga komplikasi mayor pada gangguan menelan, yaitu :

a. Aspirasi

Aspirasi terjadi ketika makanan atau cairan atau saliva masuk ke dalam saluran pernafasan setelah level pita suara. Manifestasi klinisnya berupa batuk, perasaan seperti tercekik (choking), dan kesulitan bernafas. Pada penderita stroke kadang keadaan aspirasi tidak tampak menunjukkan tanda dan gejala (*Silent Aspirasi*), maka perlu suatu pemeriksaan FEES.

b. Pneumonia Aspirasi

Keadaan infeksi paru-paru oleh karena aspirasi. Kejadian kebanyakan pada usia diatas 65 tahun, stroke dengan gangguan bicara, kelumpuhan yang parah, gangguan kognitif, dan gangguan menelan.

Manifestasi klinisnya berupa : Panas, produksi secret yang berlebihan atau suara ronchi, sesak nafas sampai dengan gangguan irama nafas, Kualitas Analisa Gas Darah yang jelek, penurunan kesadaran. Diagnosa dapat ditegakkan dengan x-ray pada thorax dan sputum kultur untuk penentuan antibiotic yang tepat

c. Malnutrisi

Keadaan terganggunya kualitas status gizi pasien karena kurangnya asupan nutrisi. Tingkat insidensi pada pasien stroke yang dirawat di Rumah Sakit kisaran 8,2 – 49%. Manifestasi Klinis: kehilangan berat badan dan indeks masa tubuh, nilai abnormal hasil laborat yang menggambarkan biokimia tubuh (: albumin, elektrolit, dll), lithargi, dan kesulitan konsentrasi.

d. Dehidrasi

Keadaan kurangnya volume cairan tubuh secara keseluruhan.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan data yang sengaja dilakukan secara sistematis untuk menentukan keadaan kesehatan pasien sekarang dan masa lalu dan untuk mengevaluasi pola koping pasien sekarang dan masa lalu (Carpenito, 1997).

Pengkajian keperawatan pada pasien stroke meliputi; Identitas klien, riwayat perjalanan penyakit atau kesehatan sebelum sakit, kebiasaan atau gaya hidup sebelum sakit, serta pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan fisik mencakup kondisi fisik pasien secara umum

dan status neurologik, yang meliputi; a) Tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan, dan temperatur; b). Tingkat kesadaran/ *Glasgow Coma Scale* (GCS); c). Pupil: ukuran, bentuk, dan reaksi terhadap cahaya; d). Fungsi serebral umum: orientasi, atensi, konsentrasi, memori, retensi, kalkulasi, similaritas, keputusan, dan berpikir abstrak; . e). Fungsi serebral khusus: kemampuan bicara dan berbahasa, kemampuan mengenal objek secara visual, audio, dan perabaan, serta kemampuan melakukan sesuatu ide secara benar dan tepat; f). Fungsi saraf kranial I-XII; g). Fungsi serebelum: tes keseimbangan dan koordinasi otot; h). Fungsi motorik: ukuran otot, tonus otot, kekuatan otot, gerakan involunter dan gait; i). Fungsi sensorik; j). Faktor psikososial: respon terhadap penyakit, tersedianya sistem pendukung atau *support system*, pekerjaan, peran dan tanggung jawab dalam keluarga dan masyarakat, serta pengambil keputusan dalam keluarga (Mulyatsih, 2009).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah-masalah kesehatan/proses kehidupan yang actual atau potensial (Nanda, 2005).

Menurut Dongoes (2000) dan Hicjy (1997), diagnosa keperawatan yang sering timbul pada pasien stroke secara umum meliputi :

- a. Risiko/ aktual: tidak efektifnya jalan nafas berhubungan dengan penumpukan *slym* sekunder terhadap penurunan tingkat kesadaran, gangguan menelan atau *disfagia*;

- b. Perubahan perfusi serebral berhubungan dengan iskemik, edema, dan peningkatan tekanan intrakranial;
- c. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan penurunan intake cairan sekunder terhadap penurunan tingkat kesadaran dan disfagia;
- d. Perubahan kebutuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, disfagia;
- e. Gangguan menelan berhubungan dengan kelemahan otot menelan dan menurunnya refleks muntah;
- f. Perubahan eliminasi urin: inkontinensia urin berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, gangguan fungsi kognisi, imobilisasi;
- g. Perubahan eliminasi bowel: konstipasi berhubungan dengan imobilisasi;
- h. Perubahan persepsi sensori: audio, visual, sentuhan berhubungan dengan adanya penurunan fungsi serebral sekunder terhadap kerusakan struktur serebri;
- i. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, hemiparese;
- j. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan kesadaran, afasia;
- k. Kurang mampu merawat diri/ ketergantungan dalam pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, hemiparese, afasia, gangguan persepsi sensori;

1. Respon emosi psikologis secara umum terhadap stroke, termasuk: takut, koping tidak efektif, cemas, isolasi sosial, perubahan konsep diri dan ketidakberdayaan berhubungan dengan defisit neurologis;

3. Perencanaan Keperawatan

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan (Gordon, 1994). Merupakan pedoman tertulis untuk perawatan klien. Rencana perawatan terorganisasi sehingga setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan perawatan yang diberikan. Rencana asuhan keperawatan yang dirumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka panjang (Potter, 1997)

4. Implementasi Keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien.

Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

Tahap 1 : persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

Tahap 2 : intervensi

Focus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan : independen, dependen, dan interdependen.

Tahap 3 : dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

5. Evaluasi

Perencanaan evaluasi memuat criteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah di rumuskan sebelumnya. Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut

a) Proses asuhan keperawatan, berdasarkan criteria/ rencana yang telah disusun.

- b) Hasil tindakan keperawatan ,berdasarkan criteria keberhasilan yang telah di rumuskan dalam rencana evaluasi.

Hasil evaluasi

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

- a) Tujuan tercapai,apabila pasien telah menunjukkan perbaikan/ kemajuan sesuai dengan criteria yang telah di tetapkan.
- b) Tujuan tercapai sebagian,apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu di cari penyebab dan cara mengatasinya.
- c) Tujuan tidak tercapai,apabila pasien tidak menunjukkan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.

Setelah seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada pasien,seluruh tindakannya harus di dokumentasikan dengan benar dalam dokumentasi keperawatan.

6. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Tujuan dalam pendokumentasian yaitu :

a. Komunikasi

Sebagai cara bagi tim kesehatan untuk mengkomunikasikan (menjelaskan) perawatan klien termasuk perawatan individual, edukasi klien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan.

b. Tagihan financial

Dokumentasi dapat menjelaskan sejauhmana lembaga perawatan mendapatkan ganti rugi (reimburse) atas pelayanan yang diberikan bagi klien.

c. Edukasi

Dengan catatan ini peserta didik belajar tentang pola yang harus ditemui dalam berbagai masalah kesehatan dan menjadi mampu untuk mengantisipasi tipe perawatan yang dibutuhkan klien.

d. Pengkajian

Catatan memberikan data yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mendukung diagnose keperawatan dan merencanakan intervensi yang sesuai.

e. Riset

Perawat dapat menggunakan catatan klien selama studi riset untuk mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor tertentu.

f. Audit dan pemantauan

Tinjauan teratur tentang informasi pada catatan klien memberi dasar untuk evaluasi tentang kualitas dan ketepatan perawatan yang diberikan dalam suatu institusi.

g. Dokumentasi legal

Pendokumentasian yang akurat adalah salah satu pertahanan diri terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan. Dokumentasi penting untuk meningkatkan efisiensi dan perawatan klien secara individual. Ada enam penting penting dalam dokumentasi keperawatan yaitu :

1) Dasar factual

Informasi tentang klien dan perawatannya harus berdasarkan fakta yaitu apa yang perawat lihat, dengar dan rasakan.

2) Keakuratan

Catatan klien harus akurat sehingga dokumentasi yang tepat dapat dipertahankan klien. Kelengkapan Informasi yang dimasukkan dalam catatan harus lengkap, mengandung informasi singkat tentang perawatan klien.

3) Keterkinian

Memasukan data secara tepat waktu penting dalam perawatan bersama klien.

4) Organisasi

Perawat mengkomunikasikan informasi dalam format atau urutan yang logis. Contoh catatan secara teratur menggambarkan nyeri klien, pengkajian dan intervensi perawat dan dokter.

5) Kerahasiaan

Informasi yang diberikan oleh seseorang keorang lain dengan kepercayaan dan keyakinan bahwa informasi tersebut tidak akan dibocorkan.

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Hal ini akan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan dan bahan pertimbangan dalam kenaikan jenjang karir/kenaikan pangkat. Selain itu dokumentasi keperawatan juga dapat menggambarkan tentang kinerja seorang perawat. (Potter, 2005)

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian Kasus	46
B. Masalah Keperawatan	63
C. Intervensi Keperawatan	64
D. Intervensi Inovasi	68
E. Implementasi Keperawatan	69
F. Evaluasi	84

BAB IV ANALISIS SITUASI

A. Profil Lahan Praktik	95
B. Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait	96
C. Analisa Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait	98
D. Alternatif Pemecahan Masalah yang dapat dilakukan	100

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis dilaksanakan pada tanggal 21 Agustus 2015 – 31 Agustus 2015. Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian pada kasus Ibu M Berusia 70 tahun dengan diagnose medis penurunan kesadaran ec SNH + Sepsis + AF RVR + DM type II + acute on CKD Keadaan umum klien lemah, kesadaran sopor dengan GCS (E₃, M₄, Terdapat luka decubitus, tidak ada edem. Hasil NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) = >25 (41), artinya Ny. M mengalami deficit Neurologis sangat berat.
2. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus kelolaan adalah Ketidakefektifan Perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan neuromuskuler; Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Imobilisasi fisik; Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler; Resiko ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan faktor resiko Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetic; Gangguan menelan berhubungan dengan masalah neurologic; dan Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
3. Perencanaan intervensi keperawatan ketiga kasus menetapkan tujuan dengan beberapa indikator pencapaian pada masalah keperawatan yang sering muncul pada klien dengan stroke yaitu gangguan menelan

berhubungan dengan masalah neurologis. Adapun indikator tersebut adalah tidak tersedak dan muntah saat makan, menghindari faktor resiko aspirasi, dan mampu mempertahankan makan atau cairan dalam mulut.

4. Implementasi intervensi keperawatan yang telah dilakukan dengan diagnose gangguan menelan berhubungan dengan masalah neurologis adalah melakukan pengkajian status fungsi menelan dengan menggunakan swallowing therapy dan pencegahan aspirasi.
5. Evaluasi yang didapatkan pada kasus Ibu M setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan hasil bahwa Fungsi menelan klien berangsur-angsur membaik dari perawatan hari ke tujuh, delapan dan sebelas, namun pada perawatan hari terakhir kondisi klien menurun sehingga makanan yang mampu diminum melalui oral hanya sedikit dan kembali menggunakan diit susu cair.

B. Saran

1. Institusi Akademik

Institusi akademik sebaiknya banyak menambahkan materi-materi lagi terkait manajemen penanganan stroke sehingga mahasiswa mampu memahami lebih banyak lagi penerapan yang dapat digunakan pada pasien stroke khususnya pada pasien yang mengalami disfagia.

2. Perawat

Dengan memperhatikan besarnya manfaat yang diperoleh pasien diberikan latihan menelan secara benar, Perawat harus lebih banyak memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan secara maksimal dalam

meningkatkan kualitas hidup pasien stroke terutama yang mengalami disfagia.

3. Mahasiswa

Mahasiswa harus lebih banyak lagi mempelajari mengenai kelainan-kelainan atau tindakan-tindakan kolaborasi yang bisa diterapkan dalam manajemen stroke, sehingga mahasiswa lebih mahir dalam pelaksanaannya dan juga mahasiswa harus lebih banyak belajar dan mencari referensi lebih banyak baik dari buku maupun jurnal penelitian terbaru mengenai tarpi menelan.

DAFTAR PUSTAKA

Aini dan Purwaningsih, 2013. *Pengaruh alih baring terhadap kejasian decubitus pada pasien stroke yang mengalami hemiparese di ruang yudistira di RSUD Semarang.*

Arsyad, E.S dkk. 2008 Disfagia. In: Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Kepala & Leher. Sixth ed. Jakarta: Balai Penerbit FK UI

Corwin, Elizabeth J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi.* Jakarta : EGC

Dourman, K. 2013. *Waspadai Stroke usia muda.* Jakarta: Cerdas Sehat

Dochterman, J.M dan Bulechek. G.N. 2004. *Nursing Intervention Classification (NIC) fourth edition.* Mosby.

Esther, Chang. 2010. *Patofisiologi Aplikasi pada Praktek Keperawatan.* Jakarta : EGC.

Junaidi, I. 2011. *Stroke Waspadai Ancamannya.* Yogyakarta: Penerbit Andi

Heather, H.T. 2012. *Diagnosis Keperawatan: definisi dan klasifikasi 2012-2014.* Jakarta: EGC.

Hernanta. 2013. *Ilmu kedokteran lengkap tentang neurosains.* Yogyakarta: D-Medika.

Ismansyah. 2008. *Pengaruh Latihan Mengunyah dan Menelan Terstruktur terhadap kemampuan mengunyah dan Menelan dalam konteks asuhan keperawatan pasien stroke dengan disfagia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.* core.ac.uk/download/pdf/12128744.pdf. diakses pada tanggal 31 Agustus 2015

Lewis. at al. 2007. *Medical Surgical Nyrsing. Assesment and Management of Clinical Problem.* Seventh Edition. Volume 2. St. Louis. Missouri. Mosby. Elsevier INC

Moorhead, S. et al. 2004. *Nursing Outcomes Classification (NOC) fourth edition.* Mosby.

Multarsih, A. 2009. *Pengaruh Latihan Menelan Terhadap Status Fungsi Menelan Pada Pasien Stroke Dengan Disfagia Dalam Konteks Asuhan*

Keperawatan Di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Dan RSUP Fatmawati Jakarta
: Diakses pada tanggal 15 Agustus 2015.

Potter, P.A, & Perry, A.G (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Volume 2. Alih bahasa: Renata Komalasari dkk. Jakarta: EGC.

Price, S.A. 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC

Sudoyo, Aru. 2006. *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Jakarta : Pusat

Widiyanto, W. 2015. *Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke dengan Gangguan Menelan(Dysphagia)*. Inhouse Training Update Perawatan Stroke RS Bethesda : Yogyakarta.