



LAPORAN TUGAS AKHIR
PENERAPAN TERAPI *SHAKER EXERCISE* DALAM MENGATASI
GANGGUAN *DISFAGIA* PADA PASIEN STROKE
DI RSHD KOTA BENGKULU

HELEN MARTINA
202001034

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2023



LAPORAN TUGAS AKHIR
PENERAPAN TERAPI *SHAKER EXERCISE* DALAM MENGATASI
GANGGUAN *DISFAGIA* PADA PASIEN STROKE

DI RSHD KOTA BENGKULU

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program
pendidikan DIII Keperawatan**

HELEN MARTINA
202001034

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2023

V

**HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**PENERAPAN TERAPI *SHAKER EXERCISE* DALAM
MENGATASI GANGGUAN *DISFAGIA* PADA
PASIEN STROKE**

**HELEN MARTINA
NIK: 202001034**

**Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Pada Tanggal 14 September 2023
dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima**

Panitia Penguji

Ketua Penguji

**Hj. Djusmalinar, SKM, M. Kes
NIK. 2008.002**

Anggota Penguji

**1. Ns. Sutri Yani, M.A.N
NIDN. 02.020385.02**

**2. Ns. Nengke Puspita Sari, M.A.N
NIDN. 02.240587.02**

**Mengetahui,
Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Saptabakti**

**Hj. Djusmalinar, SKM, M. Kes
NIK.2008.002**



**SEKOLAH TINGGI
ILMU KESEHATAN
saptabakti**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Helen Martina
NIM : 202001034
Program Studi : D III Keperawatan
Institusi : STIKes Sapta Bakti Bengkulu

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,
Dosen pembimbing

Ns. Nengke Puspita Sari, M.A.N
NIDN/NIK: 0224058702

Bengkulu, 11 September 2023
Pembuat pernyataan



Helen Martina
202001034

**PENERAPAN TERAPI *SHAKER EXERCISE* DALAM MENGATASI
GANGGUAN *DISFAGIA* PADA PASIEN STROKE DI RSUD
HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU**

ABSTRAK

IV halaman awal + 97 halaman inti

Helen Martina, Nengke Puspita Sari

Stroke diakibatkan karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah sehingga menyebabkan gangguan pasokan darah, oksigen dan nutrisi di otak menurun sehingga terjadi kerusakan jaringan otak. Kondisi ini akan mengakibatkan kerusakan sel otak sehingga mengakibatkan seorang penderita akan mengalami hilang kekuatan otot (*hemiplegia*), hingga kelemahan/penurunan kekuatan otot (*hemiparesis*) yang menimbulkan kesulitan menelan (*disfagia*). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui penerapan terapi *shaker exercise* dalam mengatasi gangguan *disfagia* pada pasien stroke. Metodologi penelitian ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dengan rancangan asuhan keperawatan dilakukan selama 7 hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan menelan (*disfagia*) sedang menjadi *disfagia* ringan ditandai dengan pasien mampu menghabiskan porsi makan. Untuk gangguan mobilitas fisik belum teratasi namun pasien sudah mampu melakukan mobilisasi dari posisi tidur ke posisi duduk. Kesimpulan dari studi kasus ini adalah *shaker exercise* berpengaruh terhadap penurunan gangguan menelan pada penderita stroke.

Kata kunci: Stroke, *Shaker Exercise*, *Disfagia*

Daftar Pustaka (2012-2022)

**APPLICATION OF *SHAKER EXERCISE* THERAPY IN OVERCOMING
DYSPHAGIA DISORDERS IN STROKE PATIENTS AT HOSPITALS
HARAPAN AND DOA BENGKULU CITY**

ABSTRACT

IV Homepage + 97 core page

Helen Martina, Nengke Puspita Sari

Stroke is caused by blockage or rupture of blood vessels, causing disruption in the supply of blood, oxygen and nutrients in the brain, resulting in damage to brain tissue. This condition will cause damage to brain cells, resulting in a sufferer experiencing loss of muscle strength (hemiplegia), to weakness/decreased muscle strength (hemiparesis) which causes difficulty swallowing (dysphagia). The aim of this research is to determine the application of shaker exercise therapy in treating dysphagia disorders in stroke patients. The methodology of this research is a descriptive method with a case study approach with a nursing care design carried out over 7 days. The results of the study showed that the swallowing disorder (dysphagia) was moderate to mild dysphagia, characterized by the patient being able to finish his portion of food. Physical mobility disorders have not been resolved, but the patient is able to mobilize from a sleeping position to a sitting position. The conclusion from this case study is that shaker exercise has an effect on reducing swallowing disorders in stroke sufferers.

Keywords: Stroke, *Shaker Exercise*, *Dysphagia*

Bibliography (2012-2022)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir (LTA) ini. Penulisan LTA ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti. Laporan Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Nengke Puspita Sari, M.A.N selaku pembimbing serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Hj. Djusmalinar, SKM, M.Kes selaku Ketua STIKes Sapta Bakti sekaligus Ketua penguji atau penguji I yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk mengikuti pendidikan DIII Keperawatan Stikes Sapta Bakti Bengkulu.
2. Ibu Ns. Novi Lasmadasari, M.Kep selaku wakil Ketua I STIKes Sapta Bakti
3. Ibu Dr. Nur Elly, S. Kp, M.Kes selaku wakil Ketua II STIKes Sapta Bakti
4. Ibu Siska Iskandar, M.A.N sebagai ketua program studi DIII Keperawatan
5. Ibu Ns. Sutri Yani, M.A.N sebagai anggota penguji atau penguji II
6. Segenap Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu khususnya prodi DIII Keperawatan yang telah memberikan beragam ilmu pengetahuan dan pengalaman berharga kepada peneliti
7. Kepada orang tua yang sangat saya cintai Bapak Lipi Hermawan, Heri Gunawansyah dan Ibu Susili Alfawati yang telah berkorban dan mendukung saya sepenuhnya dalam mencapai titik ini, saya ucapkan terima kasih kembali kepada mamak yang telah melalui banyak perjuangan dan rasa sakit demi melihat anaknya terus belajar dan saya berjanji tidak akan membiarkan semua ini sia-sia. Saya ingin melakukan yang terbaik untuk setiap kepercayaan yang diberikan. Saya akan tumbuh untuk menjadi yang terbaik yang saya bisa. Pencapaian ini adalah persembahan istimewa saya untuk mamak dan bapak.

8. Terimakasih kepada diri saya sendiri yang telah kuat dan bertahan diatas pinjakan kaki sendiri dalam menghadapi perjalanan studi, meskipun ditaburi dengan suka duka, canda tawa dan tangis haru.
 9. Kakak dan kakak ipar saya Desy Veronika dan Arlan Afitra yang selalu mendukung dan memberikan masukan dalam setiap hal yang saya tidak ketahui dalam menyelesaikan studi.
 10. Adik-adik dan keponakan tersayang Setri Eka Saputri, Dahni Febriansya, Andhea Fatimatuzahra dan Sonya Enjelia Monica selalu menjadi penyemangat dalam menyelesaikan studi.
 11. Serta teman-teman seperjuangan khususnya teman suka-suka (Devi Ramadhona, Alia Gina Dwika Putri, Anidarlina dan Widiya Ayu Putri) yang selalu membantu baik dalam keadaan susah maupun senang dan berjuang bersama selama 3 tahun untuk mendapatkan gelar Amd, Kep sehingga sampai dititik ini.
 12. Seluruh mahasiswa-mahasiswi jurusan DIII Keperawatan STikes Saptabakti Bengkulu angkatan 2020 dan teman-teman sepembimbingan.
 13. Terima kasih kepada semua pihak yang terlibat dalam pembuatan laporan tugas akhir ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.
- Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas semua segaladukungan dan kebaikan semua pihak yang telah membantu semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Bengkulu, 14 September 2023

Peneliti



Helen Martina

DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Hal
Tabel 2.1	SOP shaker exercise.....	25
Tabel 2.2	Anamnesa pasien stroke	29
Tabel 2.3	Aktivitas sehari-hari	30
Tabel 2.4	Hasil pemeriksaan fisik	31
Tabel 2.5	Hasil pemeriksaan diagnostik klien dengan stroke ...	34
Tabel 2.6	Penatalaksanaan terapi klien dengan stroke	34
Tabel 2.7	Analisa data	35
Tabel 2.8	Intervensi keperawatan	39
Tabel 2.9	State of the art	51
Tabel 2.10	Definisi operasional	54

DAFTAR BAGAN

No	Judul Bagan	Hal
Bagan 2.1	way of cause	21
Bagan 2.2	Kerangka konsep	54
Bagan 2.3	Tahap penelitian	55

DAFTAR GAMBAR

No	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	Anatomi otak.....	9
Gambar 2.2	Anatomi korteks cerebral	11
Gambar 2.3	Stroke hemoragik & stroke non hemoragik....	17
Gambar 2.4	Gerakan shaker exercise	26

DAFTAR SINGKATAN

ASA	:	American Stroke Association
EEG	:	Electro Encephalo Grafi
ES	:	Effortful Swallow
MAV	:	Malformasi Arterial Arterivena
MRI	:	Magnetic Resonansi Imagnie
PIS	:	Perdarahan Intraserebral
PSA	:	Perdarahan Subarakhnoid
RHD	:	Rheumatik Heart Desease
RIND	:	Reversible Ischemic Neurologic Deficit
ROM	:	Range Of Motion
SMT	:	Stimulasi Magnetic Transkranial
TIA	:	Transient Ischemic Attack
TIK	:	Tekanan Intra Kranial
TSE	:	Tongue Strengthening Exercise
TSE	:	Tongue Strengthening Exersice
WHO	:	World Health Organization
WSO	:	World Stroke Organization

DAFTAR ISTILAH

<i>Afasia</i>	: Gangguan yang disebabkan oleh kerusakan pada area otak yang memproduksi dalam memproses bahasa
<i>Angiografi serebral</i>	: Prosedur yang melibatkan pencitraan sinar-X untuk menghasilkan gambar pembuluh darah otak
<i>Anoksia</i>	: Kondisi yang terjadi ketika tubuh atau otak terhenti mendapatkan oksigen
<i>Apraxia</i>	: Gangguan saraf yang menyerang sistem motorik
<i>Arteri karotis</i>	: Dua pembuluh darah arteri di leher yang menyalurkan pasokan darah ke otak
<i>Arteri serebri</i>	: Arteri otak yang paling besar, kompleks dan berperan sangat vital dalam sistem peredaran darah otak
<i>Aspirasi</i>	: Realisasi sebuah fonem yang disertai sebuah hembusan udara
<i>Ataksia</i>	: Gangguan gerakan yang disebabkan oleh masalah pada otak dan sistem keseimbangan dan koordinasi
<i>Aterosklerosis</i>	: Pengerasan atau penyempitan pembuluh darah yang diakibatkan oleh penumpukkan plak kolestrol pada dinding pembuluh darah
<i>Atheroma</i>	: Plak atau zat lemak yang menumpuk di sepanjang lapisan dalam pembuluh darah
<i>Atherosklerosis</i>	: Pengerasan dan penyempitan arteri yang disebabkan oleh plak kolestrol yang melapisi arteri dari waktu ke waktu
<i>Cardiac arrest</i>	: Ketikajantung tiba-tiba berhenti berdetak
<i>Dehidrasi</i>	: Konsisi ketika cairan tubuh yang hilang banyak dari pada yang dikonsumsi
<i>Diaschisis</i>	: Kehilangan atau kekurangan fungsi di daerah sekitar otak terhubung kearea lokal kerusakan
<i>Disfagia</i>	: Kondisi seseorang yang sulit menelan
<i>Emboli</i>	: Penyumbatan pembuluh darah yang disebabkan oleh darah, gelembung udara dan kolestrol
<i>Emboli serebral</i>	: Bekuan darah (trombus) yang dimulai dari jantung atau pembuluhdarah tempat gumpalan berasal dan berhenti di arteri yang mengarah ke atau terletak di dalamotak
<i>Emboli serebral</i>	: Penyumbatan pembuluh darah otak yang disebabkan bekuan darah, lemak atau udarah
<i>Endokarditis</i>	: Infeksi oleh mikroorganismes pada endokardium, yaitu lapisan bagian dalam jantung atau katup

	jantung
<i>Eritrosit</i>	: Kepingan darah yang berbentuk bulat dengan sedikit ceruk di tengahnya, agak mirip donat (sel darah merah)
<i>Faring</i>	: Organ yang membantu jalannya sistem pernapasan dan pencernaan
<i>Hematoma</i>	: Penumpukan darah abnormal di luar pembuluh darah/memar
<i>Hemiparase</i>	: Kondisi ketika salah satu sisi tubuh dari kepala hingga kaki mengalami kelemahan sulit digerakkan
<i>Hemiplagia</i>	: Kondisi kelumpuhan atau hilangnya kemampuan otot untuk bergerak yang terjadi pada salah satu sisi tubuh
<i>Hemoragi serebral</i>	: Pecahnya pembuluh darah pada bagian otak dengan perdarahan dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak
<i>Herniasi</i>	: Kondisi ketika jaringan dan cairan otak bergeser dari posisinya sehingga mendesak areadisekitarnya
<i>Hipertensi</i>	: Tekanan darah yang melebihi batas normal
<i>Infrahoid</i>	: Sekelompok pasangan otot di bagian anterior leher (otot sternohyoid, sternothyoid, thyrohyoid dan omohyoid)
<i>Iskemia</i>	: Suatu keadaan kurangnya aliran darah ke organ tubuh tertentu, yang mengakibatkan organ tersebut kekurangan oksigen
<i>Iskemik</i>	: Kekurangan aliran darah ke jaringan atau organ tubuh akibat gangguan di pembuluh darah.
<i>Isometrik</i>	: Latihan kekuatan dengan mengkontraksikan otot secara statis tanpa menggerakkan sendi tulang
<i>Isotonik</i>	: Latihan dinamis dengan kontraksi otot yang menggunakan beban konstan dan terjadi perubahan panjang otot pada lingkup gerak sendi
<i>Kolesterol</i>	: Metabolit yang mengandung lemak sterol yang ditemukan pada membran sel dan disirkulasikan dalam plasma darah
<i>Korteks cerebral</i>	: Permukaan otak yang terdapat beberapa fisura dan sulkus yang memisahkan lobus yang satu dengan lobus yang lain
<i>Laring</i>	: Saluran pernapasan yang membawa udara menuju ke trakea
<i>Limfosit</i>	: Bagian dari sel darah putih yang diproduksi oleh sumsum tulang
<i>Lobus frontalis</i>	: Bagian otak besar yang terletak dibagian depan otak yang berfungsi kognitif yaitu mengendalikan gerakan tubuh, menilai, merencanakan sesuatu,

	memecahkan masalah
<i>Lobus oksipitalis</i>	: Bagian terkecil dari rangkaian otak besar dan berperan penting dalam kemampuan pengelihatan
<i>Malnutrisi</i>	: Keadaan di mana terjadi kekurangan atau kelebihan asupan energi, protein, zat gizi lain
<i>Myokard infark</i>	: Kematian atau nekrosis jaringan miokard akibat penurunan secara tiba-tiba aliran darah darah arteri koronaria ke jantung atau terjadinya peningkatan kebutuhan oksigen secara tiba-tiba tanpa perfusi arteri koronaria yang cukup
<i>Nekrose</i>	: Kematian baik sel maupun jaringan dalam tubuh manusia
<i>Nervus abducent</i>	: Saraf kranial yang sering mengalami gangguan oleh karena perjalanannya yang panjang di dalam cavum kranial
<i>Nervus aksesorius</i>	: Saraf yang memberikan impuls motoris untuk otot-otot di daerah segitiga posterior dari leher yaitu: sternocleidomastoid and trapezius
<i>Nervus fasialis</i>	: Saraf kranial yang mempersarafi otot ekspresi wajah dan menerima sensorik dari lidah
<i>Nervus glossofaringeus</i>	: Saraf yang mempersarafi faring, tonsil dan lidah serta membawa rangsangan rasa ke otak
<i>Nervus hipoglossus</i>	: Saraf yang berperan dalam memberikan persarafan pada otot-otot lidah
<i>Nervus maksilaris</i>	: Saraf gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung, rongga hidung dan sinus maksilaris
<i>Nervus mandibula</i>	: Saraf otot-otot pengunyah yang mempersarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu
<i>Nervus oftalmikus</i>	: Saraf kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata
<i>Nervus okulomotoris</i>	: Saraf yang mengontrol sebagian besar gerakan mata, konstiksi pupil, dan mempertahankan terbukanya kelopak mata
<i>Nervus olfaktorius</i>	: Saraf sensorik murni (sensorik khusus) berperan untuk menyampaikan impuls saraf yang dapat diinterpretasikan oleh otak sebagai rangsangan atau sensasi suatu bau
<i>Nervus optikus</i>	: Saraf yang membawa rangsang dari retina menuju otak
<i>Nervus troklearis</i>	: Saraf yang terletak di bagian ventral dari gray matter periaqueductal dan berada langsung di bawah kompleks inti okulomotor di tingkat colliculi rendah
<i>Nervus vagus</i>	: Saraf kranial yang berhadapan dengan saraf parasimpatis yang berfungsi dalam mengatur jantung, paru-paru dan saluran pencernaan

<i>Nervus vestibulokoklearis</i>	: Sistem saraf yang mencakup bagian telinga dalam otak yang mengolah informasi sensorik terkait pengendalian keseimbangan tubuh dan pergerakan mata
<i>Neurologik fokal</i>	: Gangguan fungsi bagian tubuh tertentu seperti wajah yang simetris, artikulasi bicara menjadi cadel/pelo, atau tangan dan tungkai menjadi lemah
<i>Neurologik global</i>	: Adanya gangguan pada ARAS (Ascending Reticular Activating System), yang merupakan area otak yang mengatur kesadaran
<i>Plak</i>	: Zat lengket berasal dari campuran lemak, kalsium, kolestrol dan produk buangan lainnya yang menumpuk di dinding arteri
<i>Pneumonia</i>	: Kondisi inflamasi yang terjadi saat seseorang mengalami infeksi pada katung-kantung udara dalam paru-paru
<i>Rupture Serebelum</i>	: Robekan : Bagian otak kecil yang terletak di atas batang otak yang memiliki fungsi utama sebagai pengendali gerak
<i>Serebral Serebrum</i>	: Gangguan yang berhubungan dengan otak : Bagian otak yang paling besar yang berfungsi mengkoordinasi dan memproses fungsi sensorik dan motorik yang diperlukan oleh tubuh
<i>Spasme vaskuler</i>	: Mekanisme awal dari hemostasis yaitu terjadinya penyempitan dari pembuluh darah yang rusak
<i>Subaraknoid</i>	: Perdarahan mendadak di celah antara otak dan membran tengah yang membungkus otak
<i>Suprahyoid</i>	: Empa otot yang terletak di atas tulang hyoid dileher (otot gastrik, stlohyoid, geniohyoid dan mylohyoid)
<i>Thorombosis cerebral</i>	: Gumpalan darah pada vena di otak, sehingga aliran darah terhambat
<i>Thrombus</i>	: Gumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah
<i>Trombosis</i>	: Gangguan kesehatan yang ditandai dengan menggumpalnya darah di dalam pembuluh darah
<i>Tulang hyiod</i>	: Tulang mirip tapal kuda yang terletak disekitar leher antara dagu dan kartilage thyroid
<i>Ultrasonografi doppler</i>	: Tes bersifat non-invatif yang digunakan untuk memperkirakan aliran darah melalui pembuluh darah
<i>Vascular</i>	: Pembuluh darah diluar pembuluh koroner meliputi pembuluh arteri, vena dan limfe

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2019 stroke merupakan suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit *neurologik fokal* (hemiparase, gangguan hemi sensorik, afasi, dan lain-lain) dan *global* (sakit kepala, penurunan kesadaran) yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain *vascular*. Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaringan (Kemenkes RI, 2019).

Stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke non hemoragik (iskemik) dan stroke hemoragik. Stroke non hemoragik (iskemik) merupakan gangguan fungsi sistem saraf pusat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak yang mengakibatkan terjadinya *hemiparase* (Nilasanti, Ni Made dan Dewi Nurviana Suharto, 2022). Sedangkan stroke hemoragik merupakan pecahnya pembuluh darah di otak sehingga mengakibatkan pendarahan ke dalam jaringan otak atau ruang subaraknoid (Black & Hawks, 2016).

Menurut (Smeltzer & Bare, 2013 dalam penelitian Much. Asdi, 2022), Hampir 85% stroke non hemoragik di sebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang mengarah ke otak, atau *embolus* (kotoran) yang terlepas dari jantung atau *arteri ekstra kranial* (arteri yang berada di luar tengkorak). Sedangkan Stroke hemoragik di sebabkan oleh perdarahan ke dalam jaringan otak (disebut *hemoragia intraserebrum* atau *hematom intraserebrum*) atau ke dalam ruang *subaraknoid* yaitu ruang sempit

antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut *hemoragia subaraknoid*).

Stroke memiliki angka kematian dan kecacatan yang tinggi. Di negara maju stroke menjadi penyebab nomor satu admisi pasien ke rumah sakit, dengan proporsi kematian sebanyak 20% dalam 20 hari perawatan. Menurut World Stroke Organization 1 diantara 6 orang di dunia akan mengalami stroke sepanjang hidupnya, sedangkan data American Health Association (AHA) menyebutkan bahwa setiap 40 detik terdapat 1 kasus baru stroke dengan prevelensi 795.000 pasien stroke baru atau berulang terjadi setiap tahunnya dan setiap 4 menit terdapat 1 pasien stroke meninggal dunia (Mutiasari, et al., 2019).

Penyakit tidak menular telah membunuh 41 juta jiwa orang setiap tahunnya atau setara dengan 70% kematian secara global. Salah satu penyakit tidak menular menurut World Health Organization (WHO) adalah penyakit stroke. Stroke menempati urutan kedua penyebab kematian terbanyak di dunia dan menyebabkan 6,2 juta kematian pada tahun 2011 (WHO, 2017).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2020 prevalensi Stroke setiap tahunnya mengalami kenaikan rata-rata 3% per tahun, kematian di Indonesia yang di akibatkan oleh stroke sekitar 10-30%, < 70% pasien mengalami stroke pada umumnya dapat terjadi yaitu kelumpuhan atau kelemahan ekstremitas (*hemiplagia atau hemiparese*), kehilangan rasa separuh badan, gangguan penglihatan, berkurangnya kemampuan kognitif, perubahan emosional seperti cemas dan depresi, aphasia dan disatria, serta kesulitan menelan (*disfagia*) (Kusuma Dharma, Kelana, 2018).

Dari data Rumah Sakit Harapan Dan Doa tahun 2021-2023, Angka kejadian stroke pada Rumah Sakit Harapan Dan Doa mengalami peningkatan dari tahun 2021 yaitu 14 orang penderita stroke mengalami peningkatan ditahun 2022 yaitu 43 orang penderita stroke, tahun 2023 dari januari sampai dengan mei

berjumlah 18 penderita stroke dan 5 diantaranya mengalami *disfagia* (Medical record RSHD Kota Bengkulu 2022).

Kejadian stroke dapat terjadi pada usia lansia maupun usia muda. Namun faktor umur bukanlah penyebab utama kejadian stroke, sehingga perlu faktor lain seperti hipertensi, diabetes, dan penyakit jantung agar faktor usia umur berhubungan dengan kejadian stroke (M. Moh. Adib & Lucia Retnowati, 2019). Penuaan menyebabkan penurunan elastisitas pembuluh darah sehingga meningkatkan risiko aterosklerosis yang merupakan penyebab stroke. Berdasarkan jenis kelamin, laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan sebanyak 11,0% sedangkan perempuan sebanyak 10,9%. Faktor risiko stroke bersifat multifaktorial, pada laki-laki faktor risiko merokok dan alkohol lebih dominan dibandingkan pada perempuan. Sementara itu, wanita pascamenopause memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke karena penurunan produksi hormon estrogen pada wanita (M. Moh. Adib & Lucia Retnowati, 2019).

Dampak stroke pada umumnya sangat beragam seperti gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal bahkan gangguan menelan, tergantung dari bagian otak yang mengalami kerusakan. Jika serangan stroke terjadi pada bagian otak yang berperan penting seperti batang otak yang mengatur pernafasan, maka dapat menimbulkan dampak yang berat salah satunya gangguan menelan. Lesi pada otak dapat menyebabkan gangguan mengunyah dan gangguan transportasi bolus makanan. Lesi otak yang menyebabkan gangguan fungsi kognitif seperti gangguan konsentrasi dan atensi dapat mengganggu proses menelan sehingga dapat mengakibatkan aspirasi. *Stimulasi Magnetic Transkraniial (SMT)* akan didapatkan hasil bahwa otot-otot menelan dipersarafi secara bilateral oleh korteks motorik, namun persarafan tersebut tidak simetris. Kerusakan pada batang otak menyebabkan perubahan sensasi dari mulut, lidah dan pipi, serta gangguan koordinasi menelan yang terdiri dari proses menelan pada *faring elevasi laring*, penutupan *glotis*,

relaksasi *krikofaringeal* dan *esophagus* karena adanya gangguan pada sistem pernafasan vagus. Pasien dengan kesulitan menelan dapat mengalami aspirasi akibat masuknya makanan dan minuman ke saluran pernafasan bahkan dapat mengalami kekurangan gizi atau dehidrasi (Kemenkes RI, 2018).

Sekitar 50-60% pasien stroke dapat mengalami gangguan menelan yang disebabkan oleh gangguan koordinasi otot, kelemahan otot tonus menelan yang dihubungkan dengan gangguan fungsi *hemisfer, nukleus* dari serabut saraf otak yang mempersarafi dari otot-otot pengunyah dan menelan (Kemenkes RI, 2018). Menurut *American Stroke Association* (ASA), kesulitan menelan didapatkan pada sekitar 65% pasien stroke. Pasien yang sebelumnya sudah mengalami stroke berulang ataupun baru mengalami stroke dan lesi *subkortikal bilateral*, dapat terjadi gangguan menelan (*disfagia*) (Rasyid al dkk, 2015).

Disfagia merupakan gangguan mekanik atau obstruksi yang terjadi pada pasien lanjut usia maupun usia dewasa karena gangguan *neurologi* atau *muskuler*. Gangguan menelan dalam jangka waktu lama akan meningkatkan risiko pneumonia, dehidrasi, malnutrisi dan mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke (Siyamti1 Dewi, Pudjonarko Dwi, Mardiyono, 2019). Kesulitan menelan disebabkan oleh gangguan koordinasi otot, kelemahan otot tonus menelan yang dihubungkan dengan gangguan fungsi hemifer, nuklear dari serabut saraf otak yang mempersarafi dan otot-otot pengunyah dan menelan (Rahmanti Ainnur, 2020).

Pasien stroke dengan kesulitan menelan dapat dilakukan beberapa terapi menelan yaitu 1) *compematory technique* (teknik ini mengajarkan pasien untuk mengubah posisi *postural maneuver* dengan mengimbangi kesulitan menelan), 2) *direct swallow therapy* (teknik ini mengajarkan pasien untuk melakukan latihan menelan langsung seperti menggunakan *jelly*), 3) *indirect swallow therapy* (teknik ini mengajarkan pasien untuk menjalani latihan menelan tidak

langsung dalam memperkuat otot yang lemah serta mengatasi kesulitan menelan yaitu seperti *shaker exercise*), dari ke tiga jenis terapi tersebut terapi *indirect swallow therapy* tidak menimbulkan efek samping, lebih mudah di aplikasikan dan ekonomis sedangkan terapi yang lainnya yaitu *direct swallow therapy* terdapat efek samping seperti resiko aspirasi (tersedak), sedangkan *compematory technique* dapat menyebabkan kelelahan (Rahmanti Ainnur, 2020).

Tindakan yang digunakan untuk mengatasi kesulitan menelan pada pasien stroke adalah dengan menggunakan *shaker exercise*. *Shaker Exercise* merupakan suatu rehabilitasi untuk memperkuat otot yang lemah dan mengatasi kesulitan menelan pada otot-otot suprahyoid di leher yang meningkatkan gerakan ke atas dan ke depan dari tulang hyoid dan laring saat menelan kemudian terjadi peningkatan pembukaan sfingter esofagus bagian atas sehingga makanan masuk ke saluran pencernaan bagian bawah (Winandari, Fransisca, 2022). *Shaker Exercise* dilakukan dengan meliputi latihan isometrik dan isotonik. Latihan isometrik dilakukan dengan cara meletakkan bantal dibawah kepala lalu melakukan fleksi kepala yaitu gerakan mengangkat kepala untuk melihat jari-jari kaki dengan tanpa mengangkat bahu selama 60 detik, kemudian dilanjutkan dengan istirahat (kembali ke posisi berbaring) selama 60 detik. Dilanjutkan dengan latihan isotonik dengan cara pasien dianjurkan untuk berbaring di tempat tidur, ganjal kepala dengan bantal dan anjurkan pasien untuk mengangkat kepala sama seperti latihan yang pertama dan melihat ujung kaki sebanyak 30 kali berturut-turut. Dilakukan selama 3 hari sekali dalam 7 hari dan hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan kemampuan menelan pada pasien stroke dengan disfagia setelah dilakukan *shaker exercise* (Winandari, Fransisca dkk, 2022).

Sejalan dengan hasil penelitian (Siyamti Dewi, Mardiyono, Purnomo, 2019) dengan pengaruh akupresur dan *shaker exercise* terhadap kemampuan menelan pasien stroke akut dengan *disfagia*,

sebelum dilakukan intervensi *shaker exercise* didapatkan *disfagia* ringan sebanyak 58% dan *disfagia* sedang 31,3% meningkat setelah dilakukan intervensi yaitu menelan normal sebanyak 43,8% dan *disfagia* ringan 37,4%, sedangkan sisanya 18,7% *disfagia* sedang.

Penelitian selanjutnya juga dilakukan (Rahmanti Ainnur, 2020), bahwa sesudah dilakukan intervensi keperawatan *shaker exercise* dan latihan menelan dengan jelly, subjek I sebelum dilakukan intervensi skore hari pertama 81 resiko *disfagia* rendah, setelah hari keempat dilakukan intervensi skore nilai 86 resiko aspirasi rendah, subjek II sebelum dilakukan intervensi skore 86 resiko rendah, setelah hari keempat dilakukan intervensi skore nilai 91 resiko aspirasi rendah.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik melakukan “Penerapan Terapi *Shaker Exercise* Dalam Mengatasi Gangguan *Disfagia* Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022/2023”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas maka penulis merumuskan masalah penelitian yaitu bagaimanakah penerapan terapi *shaker exercise* dalam mengatasi gangguan *disfagia* pada pasien stroke ?

C. Tujuan

a. Tujuan umum

Telah dilaksanakan penerapan terapi *shaker exercise* dalam mengatasi gangguan *disfagia* pada pasien stroke

b. Tujuan khusus

1. Telah dilakukan pengkajian keperawatan pada klien stroke dengan gangguan *disfagia*
2. Telah ditetapkan diagnosa keperawatan pada klien dengan stroke dengan gangguan *disfagia*

3. Telah disusun bagaimana intervensi keperawatan pada klien stroke dengan gangguan *disfagia*
4. Telah dilakukan implementasi keperawatan pada klien stroke dengan gangguan *disfagia*
5. Telah dilakukan evaluasi keperawatan pada klien stroke dengan gangguan *disfagia*

D. Manfaat Penelitian

1. Tempat penelitian

Hasil yang diperoleh dari penelitian ini dapat memberikan pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang efektifitas terapi *shaker exercise* dalam mengatasi gangguan *disfagia*.

2. Institusi pendidikan

Menambah referensi bagi mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke.

3. Peneliti selanjutnya

Memberikan informasi selanjutnya dan dapat menambah wawasan pengetahuan sehingga akan bermanfaat untuk pengembangan pendidikan selanjutnya serta dapat dijadikan referensi peneliti berikutnya dalam bidang yang sama.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke

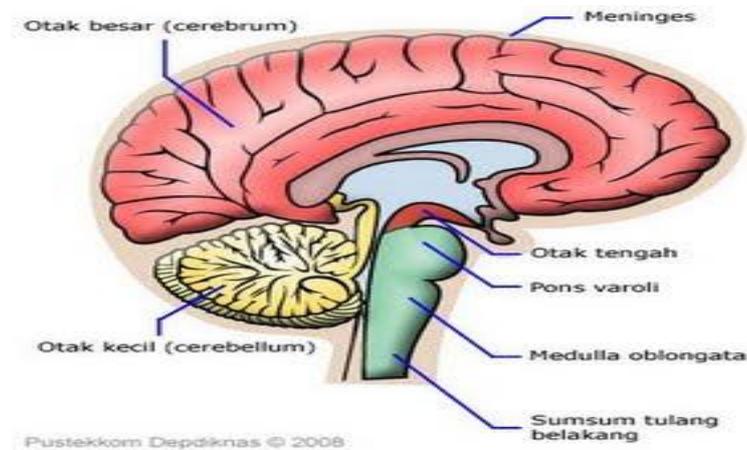
1. Definisi stroke

Stroke Menurut *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* tahun 2021, stroke merupakan keadaan ketika terhentinya pasokan darah ke bagian otak secara cepat atau ketika pecahnya pembuluh darah di otak. Sel-sel otak yang tidak menerima oksigen dan nutrisi dari darah dalam beberapa menit dapat menyebabkan kerusakan otak berkepanjangan, kecacatan jangka panjang atau bahkan kematian.

Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa tanda-tanda penyebab non vaskuler, termasuk didalamnya tanda-tanda perdarahan subaraknoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari, 2019).

Stroke didefinisikan sebagai gangguan suplai darah ke otak yang biasanya disebabkan adanya sumbatan oleh gumpalan darah ataupun pecahnya pembuluh darah sehingga menyebabkan gangguan pasokan darah dengan oksigen dan nutrisi di otak menurun sehingga terjadi kerusakan jaringan otak (Puspitasari, 2020).

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 anatomi otak

1. Otak

Otak merupakan pusat kendali fungsi tubuh yang rumit dengan sekitar 100 miliar sel saraf, walaupun berat total otak hanya sekitar 2,5% dari berat tubuh, 70% oksigen dan nutrisi yang diperlukan tubuh ternyata digunakan oleh otak. Berbeda dengan otak dan jaringan lainnya. Otak tidak mampu menyimpan nutrisi agar bisa berfungsi, otak tergantung dari pasokan aliran darah, yang secara kontinyu membawa oksigen dan nutrisi. Pada dasarnya otak terdiri dari tiga bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu:

a. Otak Besar (*Serebrum*)

Otak Besar merupakan bagian terbesar dan terdepan dari otak manusia. Otak besar mempunyai fungsi dalam mengatur semua aktivitas mental, yang berkaitan dengan kepandaian (intelegensi), ingatan (memori), kesadaran, dan pertimbangan. Otak besar terdiri atas *Lobus Oksipitalis* sebagai pusat pendengaran, dan *Lobus frontalis* yang berfungsi sebagai pusat kepribadian dan pusat komunikasi.

b. Otak Kecil (*Serebelum*)

Mempunyai fungsi utama dalam koordinasi terhadap otot dan tonus otot, keseimbangan dan posisi tubuh. Bila ada rangsangan yang merugikan atau berbahaya maka gerakan

sadar yang normal tidak mungkin dilaksanakan. Otak kecil juga berfungsi mengkoordinasikan gerakan yang halus dan cepat.

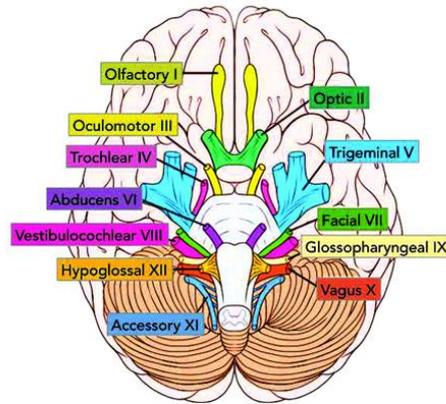
c. Batang Otak

Berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan berbagai fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernafasan dan tekanan darah, batang otak terdiri dari otak tengah, pons dan medulla oblongata. Dalam batang otak terdiri dari saraf dan otot pengunyah yaitu saraf glosfaringeus, saraf vagus, saraf fasialis dan saraf hipoglosus. Sedangkan otot pengunyah terdiri dari otot masseter, temporalis, pterygoid medial dan pterygoid lateral.

d. Sumsum Tulang Belakang

Sumsum tulang belakang merupakan penghubung antara otak dengan seluruh tubuh, mengandung 31 pasang saraf spinal. Kerja sumsum tulang belakang yaitu adanya rangsangan dari reseptor yang dikirimkan oleh neuron sensorik ke sumsum tulang belakang melewati akar dorsal kemudian diolah dan ditanggapi, berikutnya impuls akan diangkut neuron motorik melalui akar ventral ke efektor untuk direspons. Fungsi sumsum tulang belakang yaitu sebagai aktivitas refleks, konduksi impuls sensorik, dan konduksi impuls motorik.

2. Saraf kepala



Gambar 2.2 anatomi korteks cerebral

Saraf kepala terbagi menjadi 12 yaitu:

- a) *Nervus olfaktorius*, saraf pembau yang keluar dari otak dibawa oleh dahi, membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari rongga hidung ke otak.
- b) *Nervus optikus*, Mensarafi bola mata, membawa rangsangan penglihatan ke otak.
- c) *Nervus okulomotoris*, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata), menghantarkan serabut-serabut saraf para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
- d) *Nervus troklearis*, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf penggerak mata.
- e) *Nervus trigeminus*, bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang, fungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar.

Sarafnya yaitu:

- a. *Nervus olfaktorius*: sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata.

- b. *Nervus maksilaris*: sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung, rongga hidung dan sinus maksilaris.
- c. *Nervus mandibula*: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi otot-otot pengunyah. Serabut-serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.
- e. *Nervus abducentis*, sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata.
- f. *Nervus fasialis*, sifatnya majemuk (sensori dan motorik) serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk menghantarkan rasa pengecap.
- g. *Nervus Vestibulokoklearis*, sifatnya sensoris, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.
- h. *Nervus glossofaringeus*, sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan cita rasa ke otak.
- i. *Nervus vagus*, sifatnya majemuk (sensoris dan motoris) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gaster, intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. fungsinya sebagai saraf perasa.
- j. *Nervus aksesorius*, saraf ini mensarafi muskulus sternokleidomastoid dan muskulus trapezium, fungsinya sebagai saraf tambahan.
- k. *Nervus hipoglossus*, saraf ini mensarafi otot-otot lidah, fungsinya sebagai saraf lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyangkai.

3. Etiologi Stroke

a. *Thrombosis Cerebral*

Thrombosis dapat terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan terjadinya iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. *Thrombosis* sering terjadi pada orang tua saat tidur atau bangun tidur. Hal ini karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis dapat memburuk pada 48 jam setelah *thrombosis*. Keadaan yang ini dapat menyebabkan *thrombosis* otak antara lain:

1) *Atherosklerosis*

Atherosklerosis adalah keadaan mengerasnya pembuluh darah dan berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Manifestasi klinis *atherosklerosis* bermacam-macam, diantaranya terjadi melalui mekanisme berikut :

- a) Lumen arteri yang menyempit sehingga akan mengakibatkan berkurangnya pada aliran darah.
- b) Oklusi yang mendadak pada pembuluh darah dikarenakan terjadi *thrombosis*.
- c) Tempat dimana terbentuknya *thrombus*, yang kemudian akan melepaskan kepingan *thrombus* (*embolus*).
- d) Dinding arteri menjadi lemah sehingga akan menyebabkan aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan

2) *Emboli serebral*

Emboli serebral adalah penyumbatan pembuluh darah otak yang disebabkan bekuan darah, lemak atau udara. Pada umumnya emboli bisa berasal dari *thrombus* di jantung yang terlepas kemudian menyumbat sistem arteri serebral.

Emboli tersebut berlangsung cepat serta gejala timbul kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan yang dapat menimbulkan emboli :

- a. Katup-katup jantung rusak yang diakibat *Rheumatik Heart Disease* (RHD).
- b. Serangan jantung (*Myokard infark*)
- c. Fibrilasi atau keadaan aritmia yang akan menyebabkan berbagai bentuk pada pengosongan ventrikel sehingga darah membentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali yang mengeluarkan embolus-embolus kecil.
- d. *Endokarditis* disebabkan oleh bakteri dan non bakteri, yang dapat menyebabkan dengan terbentuknya seperti gumpalan-gumpalan pada endokardium.

3) *Iskemia*

Iskemia adalah penurunan aliran darah ke otak, *Iskemia* terjadi karena konstiksi *atheroma* pada arteri yang menyuplai darah ke otak (Valante et al, 2015).

4) *Hemoragi serebral*

Perdarahan pada intrakarnial atau serebral serta perdarahan dalam ruang *subaraknoid* atau kedalam jaringan otak karena adanya pecah pembuluh darah. Pecahnya pembuluh darah merupakan akibat dari *aterosklerosis* dan *hipertensi* (Esti & Johan, 2020)

Menurut Ningrum, 2020 stroke dapat disebabkan karena faktor berikut ini:

Faktor yang dapat diubah:

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko utama terjadinya stroke. Hipertensi biasanya disebabkan oleh *aterosklerosis*

pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah dan menimbulkan perdarahan.

b. Diabetes melitus

Penyakit diabetes melitus merupakan penyakit yang mengalami vaskuler, sehingga dapat terjadi mikropaskularisasi dan aterosklerosis, terjadinya aterosklerosis menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, kemudian iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

c. Penyakit jantung

Pada penyakit jantung misalnya penyakit embolisme serebral yang berasal dari jantung seperti penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongstif, miocard infark, hipertrifibrilasi ventrikel kiri. Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan karbon monoksida, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen dan akhirnya dapat terjadi stroke. Pada aterosklerosis elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga sehingga terjadi stroke.

d. Obesitas

Pada penderita obesitas biasanya kadar kolesterol tinggi. Dan selain itu kemungkinan memiliki penyakit hipertensi karena terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini merupakan kontribusi pada stroke.

e. Kebiasaan merokok dan minum alkohol

Pada seorang perokok biasanya akan timbul plaque pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan penumpukan aterosklerosis dan akan berakibat pada stroke. Pada alkohol dapat menyebabkan penyakit hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak

aritmia serta kelainan motilitasi pembuluh darah sehingga dapat terjadi emboli selebral.

f. Kolesterol tinggi

Peningkatan kolesterol pada tubuh dapat mengakibatkan aterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat masuk ke otak sehingga menyebabkan perfusi otak menurun.

g. Stress

Stres jika tidak dikontrol dengan baik akan menimbulkan kesan pada tubuh adanya keadaan bahaya sehingga direspon oleh tubuh secara berlebihan.

Faktor yang tidak dapat diubah:

a. Umur

Semakin tua usia maka rentan berisiko terkena stroke, dimana semua tubuh mengalami pemunduran fungsi termasuk pembuluh darah ke otak.

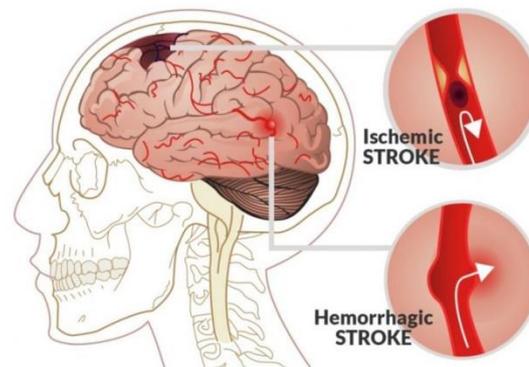
b. Jenis kelamin

Pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibanding wanita, hal tersebut dikarenakan faktor-faktor risiko lebih banyak dilakukan oleh pria, misal merokok dan minum alkohol.

c. Genetik

Keluarga yang pernah mengalami stroke pada usia muda maka yang bersangkutan berisiko tinggi terkena stroke. Cacat pada bentuk pembuluh darah (cadasil) merupakan faktor genetik yang paling berpengaruh dibandingkan faktor risiko stroke yang lain.

4. Klasifikasi Stroke



Gambar 2.3 stroke hemoragik & stroke non hemoragik

Secara garis besar penyakit stroke dibagi dua kelompok besar, yaitu stroke perdarahan stroke (hemoragik) dan stroke non perdarahan atau stroke iskemik karena sumbatan arteri di otak (Iskandar, 2017).

a) Stroke Hemoragik dibagi lagi sebagai berikut :

- 1) Perdarahan subarakhnoid (PSA), Darah yang masuk ke selaput otak.
- 2) Perdarahan intraserebral (PIS), *Intraparenkim* atau *intraventrikel*. Darah yang masuk ke dalam struktur atau jaringan otak.

Stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak, sehingga menimbulkan perdarahan di otak dan merusaknya. Stroke hemoragik biasanya terjadi akibat kecelakaan yang mengalami benturan keras di kepala dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di otak. Stroke hemoragik juga bisa terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi. Pecahnya pembuluh darah ini menyebabkan darah menggenangi jaringan otak di sekitar pembuluh darah yang menjadikan suplai darah terganggu, maka fungsi dari otak juga menurun. Penyebab lain dari stroke hemoragik yaitu adanya

penyumbatan pada dinding pembuluh darah yang rapuh (*aneurisme*), mudah menggelembung, rawan pecah, yang umumnya terjadi pada usia lanjut atau karena faktor keturunan (Arya, 2016).

b) Stroke Non Hemoragik

- 1) *Transient ischemic Attack* (TIA), Serangan stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- 2) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit* (RIND), Gejala neurologis akan menghilang antara >24 jam sampai dengan 21 hari.
- 3) *Progressing stroke* atau *stroke in evolution*, Kelainan atau defisit neurologik berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat.

Stroke non hemoragik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti. Stroke non hemoragik merupakan sebagai kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak kuat dan bukan disebabkan oleh perdarahan. Stroke non hemoragik biasanya disebabkan oleh tertutupnya pembuluh darah otak akibat adanya penumpukan penimbunan lemak (*plak*) dalam pembuluh darah besar (*arteri karotis*), pembuluh darah sedang (*arteri serebri*), atau pembuluh darah kecil.

Stroke non hemoragik merupakan terhentinya sebagian atau keseluruhan aliran darah ke otak akibat tersumbatnya pembuluh darah otak. Stroke non hemoragik yaitu aliran darah ke otak terhenti karena penompokan kolesterol pada dinding pembuluh darah (*aterosklerosis*) atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak.

5. Manifestasi klinis

Menurut PPNI, 2016 manifestasi klinis stroke sebagai berikut:

a. Kelumpuhan wajah dan bagian tubuh

Dalam menggerakkan tubuh otot bekerja sama dengan tulang, saraf, dan jaringan penghubung antara otot saraf dan tulang. Ketika salah satu jaringan mengalami gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan sumbatan atau pecahnya pembuluh darah sehingga menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi ke otak menurun dan akhirnya terjadi penurunan masa otot.

b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Akibat sumbatan pembuluh darah otak mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi berkurang sehingga terjadi penurunan masa otot pada bagian satu anggota tubuh atau lebih yang menyebabkan penderita tidak mampu merasakan sentuhan atau tekanan pada bagian tertentu.

c. *Disfagia* (kesulitan menelan)

Disfagia terjadi karena adanya perubahan masa otot menelan dan mengunyah pada penderita stroke.

d. *Afasia, pelo* dan gagap

Afasia terjadi akibat kerusakan pada otak yang disebabkan penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah pada otak.

e. *Ataksia* (gangguan gerakan tubuh) anggota badan

Ataksia disebabkan karena kerusakan otak, saraf dan otot.

f. Nyeri kepala dan vertigo

Serangan stroke dapat mengganggu sensasi pendengaran dan fungsi vestibular (sebuah sistem yang bertanggung jawab terhadap orientasi tubuh) hal ini menyebabkan penderita mengalami penurunan sensasi dan gangguan perpindahan posisi tubuh akibatnya menimbulkan nyeri kepala dan vertigo.

g. Kelemahan anggota gerak

Kelemahan anggota gerak disebabkan terjadinya disfungsi saraf XI *aksesorius*.

h. *Hematoma*

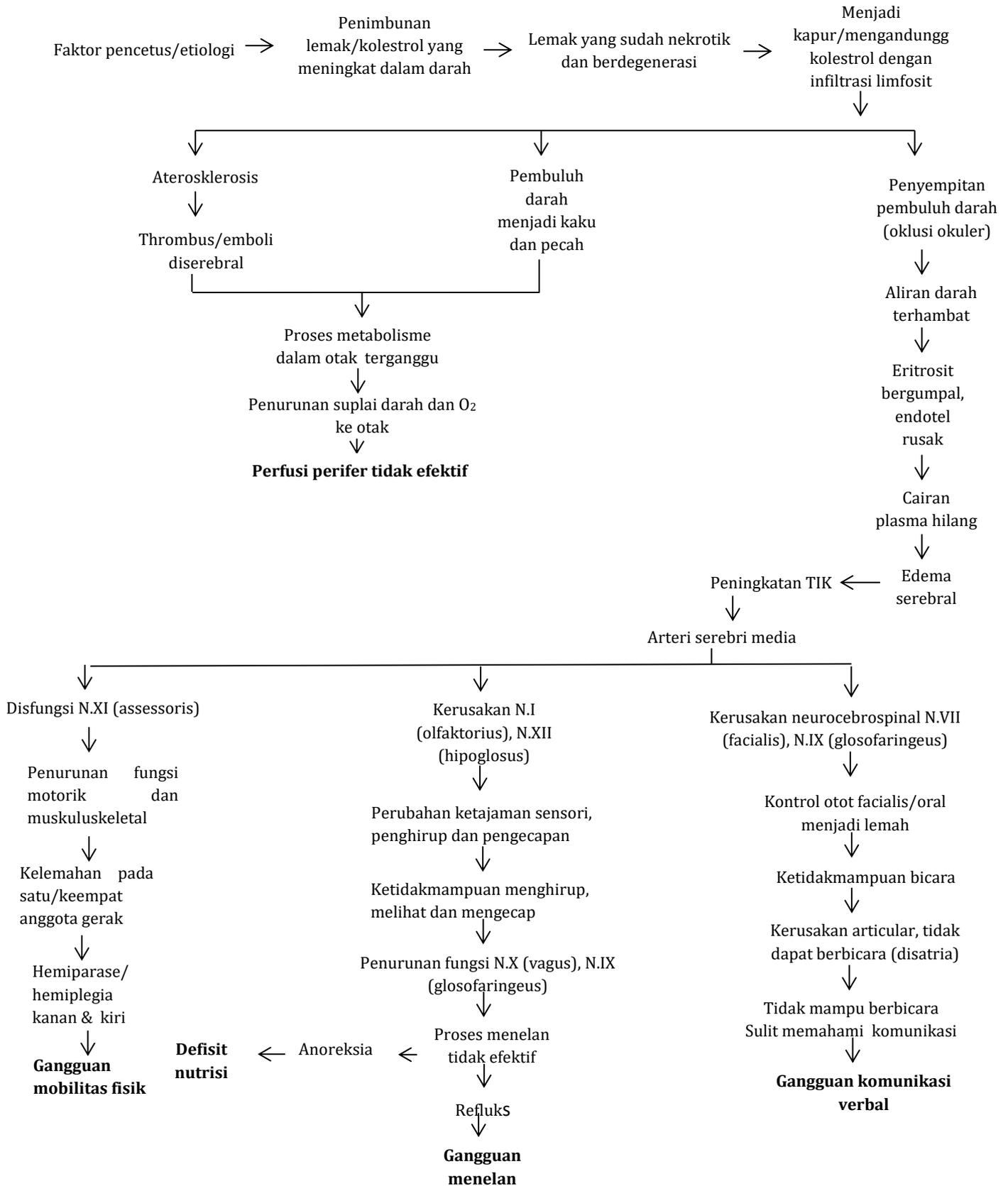
Hematoma adalah kondisi dimana gumpalan tidak normal di luar pembuluh darah, kondisi ini terjadi akibat dinding pembuluh darah arteri, vena, atau kapiler yang mengalami kerusakan akibat sumbatan atau pecahnya pembuluh darah sehingga darah keluar menuju jaringan yang bukan tempatnya.

6. Patofisiologi

Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (*thrombus, emboli*, perdarahan dan *spasme vaskuler*) atau oleh karena gangguan umum (*Hypoksia* karena gangguan paru dan jantung). *Arterosklerosis* sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. *Thrombus* dapat berasal dari *flak arterosklerotik* atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana tempat aliran darah akan mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti trombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit *serebro vaskuler*. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan *irreversible* dapat *anoksia* lebih dari 10 menit. *Anoksia serebral* dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya *cardiac arrest* (Muttaqin, 2012).

7. Way Of Cause (WOC)

Bagan 2.1 Way Of Cause Stroke



8. Pencegahan

Pencegahan yang dapat dilakukan yaitu pengendalian gaya hidup (*lifestyle*) menurut (suiraoaka, I. Putu, 2012) meliputi:

- a. Mempertahankan berat badan normal untuk dewasa dengan perhitungan body massa index 20-25 kg/m²
- b. Mengurangi asupan garam, kurang dari 6 gram garam dapur atau kurang dari 2,4 gram Na⁺/hari
- c. Tidak minum alkohol atau minum alkohol kurang dari 3 unit/hari bagi laki-laki dan kurang dari 2 unit bagi perempuan, olahraga aerobik 30 menit/hari, jalan cepat lebih baik dari pada angka angkat besi.
- d. Makan buah dan sayur, pilih yang segar dan murah harganya – mengurangi konsumsi lemak baik jenuh maupun yang tidak jenuh
- e. Tidak merokok
- f. Tidur/istirahat cukup serta hindari stress
- g. Minum obat secara teratur sesuai anjuran dokter contoh obat antihipertensi
- h. Pemeriksaan rutin perlu pula diperhatikan dan dilaksanakan secara teratur, antara lain pemeriksaan fisik dan tekanan darah, pemeriksaan laboratorium (protein dan darah dalam urin, kreatinin dan elektrolit dalam darah, gula darah terutama dalam keadaan puasa, profil lipid meliputi trigliserida dan kolesterol (LDL dan HDL), serta pemeriksaan eliktrokardiogram.

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita stroke sebagai berikut:

a. *Ultrasonografi Doppler*

Digunakan untuk mendeteksi penyakit *arteriovena* (masalah pada sistem *arteri karotis* (arteri darah atau biasa disebut muncul plak)

b. *Angiografi serebral*

Digunakan untuk membantu menemukan penyebab stroke secara spesifik antara lain seperti peredaran darah atau bisa dikatakan sebagai obstruksi arteri yaitu titik obstruksi atau *rupture*.

c. *Computed Tomography Scan (CT Scan)*

Berfungsi untuk melihat jaringan dan struktur di dalam tubuh melalui berbagai sudut. Digunakan untuk melihat adanya *edema, hematoma, iskemia* dan adanya *infark*.

d. Pemeriksaan lumbal

Berfungsi untuk membuktikan adanya suatu tekanan normal, hemoragik, *Malformasi Arterial Arterivena (MAV)*.

e. Sinar X tengkorak

Digunakan untuk menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas. Klasifikasi karotis interna terdapat pada *thrombosis serebral* dan klasifikasi persial dinding aneurisma pada perdarahan *subaraknoid*.

f. *Electro Encephalo Grafi (EEG)*

Digunakan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark (daerah lesi yang spesifik) sehingga menurunnya implus listrik dalam jaringan otak.

g. *Magnetic Resonansi Imagine (MRI)*

Digunakan untuk menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragi, *Malformasi Arterior Vena (MAV)*.

10. Penatalaksanaan

a. Farmakologi

1) Obat anti-trombosit

untuk mencegah pembentukan gumpalan darah, misalnya aspirin.

2) *Antikoagulan*

Untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi *emboli*, misalnya Heparin, Warfarin

3) Agen trombolitik

Diterapkan pada *infark serebral* yang telah terjadi tidak lebih dari beberapa jam sebelumnya

4) Untuk pasien yang menderita *edema serebral* (pembekakan jaringan otak) yang disebabkan oleh stroke berat, dokter akan meresepkan obat-obatan seperti Manitol dan Gliserol untuk menurunkan tekanan intrakranial.

5) *Citicoline*

Termasuk golongan *neuroprotektif*, untuk pengobatan pada cedera kepala

b. Non farmakologi

1) *Shaker exercise*

a. Definisi

Shaker Exercise adalah suatu rehabilitasi untuk memperkuat otot-otot *suprahyoid* di leher yang meningkatkan gerakan ke atas dan ke depan dari *tulang hyoid* di leher dan laring saat menelan kemudian terjadi peningkatan pembukaan *sphincter esofagus* bagian atas sehingga makanan masuk ke saluran pencernaan bagian bawah (Dewi siyamti, 2019).

Latihan *Shaker exercise* adalah serangkaian latihan mengangkat kepala yang berkelanjutan dan berulang untuk meningkatkan kekuatan aktivitas otot *infrahyoid* dan *suprahyoid* (Sonia Babu & Radish Kumar Balasubramania, 2017).

Shaker exercise adalah salah satu metode *non farmakologi* yang berpotensi memperkuat otot-otot *suprahyoid* dileher saat menelan pada penderita stroke.

b. Jenis

Menurut Harris salim, dkk 2015, jenis terapi menelan pada *shaker exersice* yaitu *indirect swallow therapy*. *Indirect swallow therapy* yaitu teknik mengajarkan pasien untuk menjalani latihan untuk memperkuat otot yang lemah untuk mengatasi kesulitan menelan.

c. Tujuan

Shaker exercise bertujuan dalam suatu rehabilitasi dalam memperkuat otot-otot *suprahyoid* dileher saat menelan, meningkatkan gerakan ke atas dan ke depan dari tulang *hyoid* dan *laring* sehingga terjadi peningkatan asupan oral pada pasien stroke dengan gangguan disfagia.

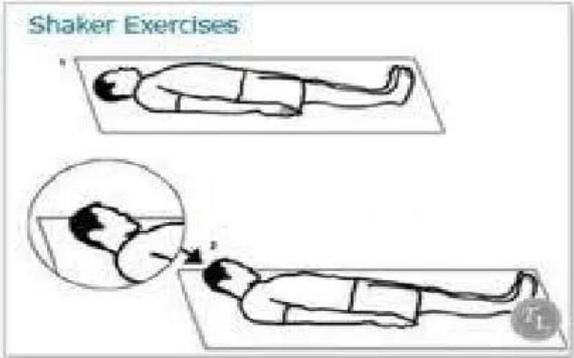
d. Manfaat

Menurut wenandari dkk, 2022, Manfaat *shaker exersice* antara lain meningkatkan kemampuan menelan, mengatasi gangguan menelan, status nutrisi dan menurunkan risiko aspirasi pada pasien stroke.

e. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tabel 2.8 SOP *Shaker Exersice*

Pengertian	<i>Shaker exersice</i> dilakukan untuk memberikan latihan isometrik dan isotonik pada otot menelan
Manfaat	1. Untuk melatih otot menelan 2. Mengembalikan kemampuan menelan
Indikasi	Pasien stroke yang mengalami kesulitan menelan (<i>disfagia</i>)
Kontraindikasi	-
Persiapan Alat	1. Bantal
Tahap prainteraksi	1. Lakukan verifikasi data 2. Cuci tangan 3. Menempatkan alat didekat pasien
Tahap orientasi	1. Beri salam kepada pasien 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan 3. Berikan kesempatan pasien untuk bertanya dan jawab

	<p>seluruh pertanyaan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> Kontrak waktu Tanyakan kesediaan pasien
Tahap kerja	<ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan latihan shaker pada pasien dan keluarga Atur posisi pasien untuk melakukan latihan isometrik terlebih dahulu dengan cara pasien diharuskan berbaring ditempat tidur ganjal kepala dengan bantal dan anjurkan pasien mengangkat kepala tanpa mengangkat bahu (dapat dibantu jika tidak mampu), melihat ujung kaki selama 60 detik dan kemudian menurunkan kepala kembali ke tempat tidur untuk beristirahat selama 60 detik. Setelah beristirahat lakukan latihan isotonik dengan cara pasien dianjurkan untuk berbaring ditempat tidur, ganjal kepala dengan bantal dan anjurkan pasien untuk mengangkat kepala di postur yang sama seperti latihan yang pertama dan melihat ujung kaki sebanyak 30 kali berturut-turut.  <p style="text-align: center;">Gambar 1.3 gerakan <i>shaker exercise</i></p>
Tahap terminasi	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan evaluasi tindakan Melakukan kontrak tindak lanjut

2) *Effortful Swallow (ES)*

Upaya menelan (ES) adalah manuver yang dimaksudkan untuk meningkatkan tekanan pada bolus dengan menelan dan mendorong dengan kekuatan yang cukup untuk memfasilitasi pembersihan. Meskipun ES terutama dikenal karena efek langsungnya, efek jangka panjang dari penerapan ES sebagai program latihan masih belum jelas. Studi ini menyelidiki efek dari rezim latihan ES sistematis 7

minggu pada kekuatan otot terkait menelan pada individu berusia 65 tahun ke atas.

3) *Tongue Strengthening Exercise* (TSE)

Tongue Strengthening Exercise (TSE) atau latihan penguatan lidah adalah latihan terapeutik yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi menelan dengan meningkatkan kekuatan otot lidah.

4) Terapi musik

terapi musik adalah terapi yang menggunakan musik secara terapeutik terhadap fungsi fisik, fisiologis, kognitif dan fungsi sosial. Musik merupakan seni mengatur suara dalam waktu yang berkelanjutan, terpadu dan menggugah komposisi melalui melodi, harmoni, ritme, dan timbre atau warna nada. Tujuan dan manfaat terapi musik Tujuan dan manfaat dari terapi musik yaitu untuk mengembalikan fungsi individu sehingga dapat mencapai kualitas hidup yang lebih baik, melakukan pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi dengan pemberian terapi karena musik dianggap mempunyai kekuatan untuk menyembuhkan (Wigram, 2004 dalam Fitriani, 2016). Jenis musik yang diberikan untuk pasien stroke Jenis musik yang diberikan untuk pasien stroke adalah musik yang lembut dan getaran yang lambat Pengolahan irama yang tepat dapat membantu proses motorik melalui sinkronisasi sensori motorik dengan musik. Salah satu jenis musik yang lembut dan nada yang lambat adalah musik instrumental. Lama pemberian terapi musik Terapis dapat melakukan terapi musik selama kurang lebih 30 menit hingga satu jam tiap hari, namun waktu 10 menit dapat diberikan karena selama waktu 10 menit telah membantu pikiran klien beristirahat. Posisi pasien harus nyaman saat mendengarkan musik, tempo sedikit lebih lambat 60-80 ketukan per menit

dengan irama yang tenang. Salah satu contoh musik instrumental yang memiliki tempo lambat 60-80 ketukan per menit yaitu musik ethnic bali seperti gus teja. Pola sensori musik diorganisir dalam pola irama, tidak hanya membantu pasien untuk berlatih mensinkronkan waktu gerak sesuai ketukan, tetapi juga membantu terapis dalam perencanaan program yang disesuaikan dengan pola gerak pasien.

5) Terapi tirah baring

pasien stroke dengan penurunan fungsi motorik dan *musculoskeletal*, sehingga terjadinya kelemahan anggota gerak yang mengakibatkan terjadinya *hemiparase* yang membuat pasien untuk melakukan tirah baring. Tirah baring yang cukup lama akan menyebabkan tekanan pada daerah yang menonjol. Tekanan yang terus menerus menyebabkan aliran darah menurun, sehingga terjadinya kerusakan integritas kulit yaitu luka tekan (Sumah, 2020). Untuk mengatasi terjadinya kerusakan integritas kulit diperlukan beberapa intervensi keperawatan yaitu posisi lateral 30 derajat dan massage menggunakan virgin coconut oil dan Posisi lateral 30 derajat dilakukan diantara pinggul dan tempat tidur yang disertai bantal pada daerah tonjolan diantara lutut kanan dan lutut kiri, diantara mata kaki, di belakang punggung, serta di bawah kepala (Faridah et al, 2019).

6) *Range Of Motion* (ROM)

ROM merupakan upaya pengobatan yang penatalaksanaannya menggunakan latihan gerak baik secara aktif maupun secara pasif. ROM diberikan untuk mengatasi gangguan fungsi gerak, mencegah komplikasi, mengurangi nyeri dan edema dan melatih aktivitas akibat operasi. ROM diberikan pada bagian yang mudah kontraksi

dan relaksasi sehingga pasien yang telah menjalani operasi fraktur tidak mengalami kekakuan otot. (Hendrik, 2012 dalam jurnal (Risnah, dkk 2019).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistemis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi tentang status kesehatan klien (Sri Wahyuni, 2016). Pengkajian meliputi :

a. Pengkajian Anamnesa

Table 2.1 Anamnesa pasien stroke

No	Anamnesa	Hasil Anamnesa
1.	Identitas klien	a) Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal pengkajin, nomor RM, diagnosa medis. b) Identitas penanggung jawab: nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku, pekerjaan, pendidikan, hubungan dengan klien, no hp.
2.	Keluhan utama	Pada pasien stroke keluhan yang biasanya dialami berupa kelemahan anggota badan kiri atau kanan, kesulitan bicara, sulit menelan, waktu makan lebih lama, tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri.
3.	Riwayat penyakit sekarang	Pasien stroke biasanya mengalami kelemahan anggota badan kiri atau kanan disebabkan darah tinggi
4.	Riwayat penyakit dahulu	Pasien mempunyai riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, riwayat diabetes melitus, penyakit jantung, obesitas, riwayat trauma kepala.
5.	Riwayat penyakit keluarga	Mengkaji keluarga pasien apakah ada anggota keluarga yang lain mengalami penyakit yang sama dengan klien, seperti penyakit hipertensi, diabetes melitus dan penyakit jantung.
6.	Psikologis	Rata-rata penderita stroke tidak menerima keadaanya karena perubahan bentuk tubuh dan penurunan fungsi, oleh sebab itu penderita stroke mengalami konflik emosi dan menjadi beban pikiran pasien.

7. Spiritual	Biasanya pasien melakukan ibadah dimasjid, semenjak mengalami sakit stroke pasien jarang melakukan ibadah, karena keterbatasan gerak.
8. Perilaku yang mempengaruhi	Perilaku yang mempengaruhi kesehatan pada stroke seperti mengkonsumsi garam berlebihan, minum-minuman yang banyak mengandung pemanis buatan dan mengkonsumsi alkohol.

b. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 2.2 aktivitas sehari-hari

No Pola Sehari-Hari	Aktivitas Responden	
	Sebelum Sakit	Setelah Sakit
1. Pola Nutrisi		
Makan:		
a. Jenis	Nasi	Dengan Adanya keluhan kesulitan menelan biasanya klien hanya memakan makanan dalam bentuk yang cair dan sering menolak makan
b. Jumlah	Klien makan teratur 3x sehari	Penurunan porsi makan
c. Waktu	Pagi, siang dan malam	Pagi, siang dan malam
2. Minum		
a. Jenis	Air putih dan mengkonsumsi kopi setiap pagi	Dengan adanya keluhan sulit menelan dan diet yang biasanya dilakukan oleh pasien stroke, pasien hanya dapat meminum minuman berjenis air putih, susu rendah lemak dan jus yang terbuat dari buah dan sayuran.
b. Jumlah	2 liter (delapan gelas)	Kurang dari 2 liter (delapan gelas)
c. Waktu	Biasanya klien minum dengan teratur	Minum tanpa hitungan waktu
3. BAB & BAK	BAB klien lancar 1-2x sehari, konsistensi lembek, tidak ada keluhan dan BAK lancar, tidak ada keluhan, BAK	Pasien terpasang selang kateter dan belum BAB

	sebanyak ± 6-7 x sehari (1000-1400 cc/harinya)	
Istirahat	Tidur malam : 5-6 jam/hari Tidur siang : ± 2 jam/hari	Biasanya pasien mengalami kesulitan untuk istirahat, sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur dan pola tidur berubah.
Personal hygiene	Klien membersihkan diri dengan mandiri tanpa bantuan Mandi 2x sehari	Biasanya pasien mandi hanya sehari 1x dan di waslap dengan air bersih.

c. Pemeriksaan Fisik

Tabel 2.3 Hasil pemeriksaan fisik

No	Observasi	Hasil Observasi (berdasarkan teori)
1.	Keadaan umum	Lemah
	Tingkat kesadaran	Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penrunn kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15
	Tanda-tanda vital	Tekanan darah : 140/80 mmHg Nadi : 78 x/menit Pernafasan : 27x/menit Suhu : 36,0 °C
2.	Sistem pernafasan	
	Inspeksi	Pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas dan peningkatan frekuensi pernafasan.
	Palpasi	Thoraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri.
	Perkusi	Terdapat bunyi sonor
	Auskultasi	Biasanya terdapat bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun
3.	Sistem kardiovaskuler	
	Inspeksi	Tidak terdapat kelainan dada seperti

	kifosis, vossure cardiac dan tidak terdapat jaringan parut pasca operasi jantung, tampak datar dan simetris pada kedua sisi, dan biasanya ictus cordis tidak terlihat.
Palpasi	CRT < 3 detik, tidak ada nyeri tekan dan biasanya ictus cordis tidak teraba, biasanya teraba thrill (getaran karena adanya bising jantung) dengan gradasi 3-4 kali.
Perkusi	Hasil pemeriksaan biasanya batas jantung kiri (left boder of cardiac dillness) terdapat pada lateral kemedial pada sela iga 5, 4 dan 3 dengan ukuran 1-2 cm, batas kanan berada dimedial batas dalam ternum mempunyai lebar <6 cm, tidak terdapat pembesaran pada jantung, tidak terdapat udara atau cairan padat.
Auskultasi	Biasanya terdapat bunyi jantung 1 terdengar tunggal, bunyi jantung 2 terdengar splitting dan tidak terdapat bunyi jantung tambahan.
4. Sistem persyarafan	
Inspeksi	<p>Pemeriksaan 12 sistem saraf kranial:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Saraf I Olfaktorius : Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman. 2) Saraf II Optikus : Disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada pasien dengan hemiplegia kiri. Klien tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. 3) Saraf III, IV dan VI Okulomotoris, Troklearis, abduksen : Jika stroke mengakibatkan pralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit. 4) Saraf V Trigeminus : Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, wajah perot kebagian sisi kanan/kiri, lidah jatuh ke bagian ke sisi kiri/kanan yang mengakibatkan susah menelan, adanya gangguan pada saat mengunyah.

- 5) Saraf VII Fasialis :
Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat dan terdapat gangguan pada saat berbicara, bicara pelo.
- 6) Saraf VIII Akustikus:
Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- 7) Saraf IX dan X Glosofaringeus :
Gangguan menelan dan kesulitan membuka mulut.
- 8) Saraf XI Aksesoris :
Tidak ada trofil otot stenokleidomastoideus dan trapezius.
- 9) Saraf XII Hipoglosus :
Respon lidah tidak baik, klien tidak bisa menggerakkan lidah dari sisi yang satu ke yang lain, terdapat kesulitan menelan.

5. Sistem muskuloskeletal

Pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisis atau hemiparase, serta gangguan pada keseimbangan dan koordinasi akibat hemiparase dan hemiplegia serta mengalami kelemahan otot, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah dan perlu juga di lakukan pengukuran kekuatan otot.

Skala kekuatan otot yaitu :

- a. Nilai 0 : Bila tidak terlihat kontraksi sama sekali.
 - b. Nilai 1 : Bila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan pada sendi.
 - c. Nilai 2 : Bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi.
 - d. Nilai 3 : Bila dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan pemeriksaan.
 - e. Nilai 4 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang.
 - f. Nilai 5 : Bila dapat melawan tekanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh.
-

d. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 2.4 Hasil pemeriksaan diagnostik klien dengan stroke

No	Jenis pemeriksaan	Nilai normal
1.	Hemoglobin	13.2 - 17.3 g/dl
2.	Eritrosit	4.4 - 5.9 juta
3.	Hematokrit	40 - 52 %
4.	Leukosit	3.5 - 11.0 ribu
5.	GDP	82 - 115 mg/dl
6.	G2PP	< 120 mg/dl
7.	HbA1C	4 - 6% (normal)

e. Penatalaksanaan Terapi

Tabel 2.5 Penatalaksanaan terapi klien dengan stroke

No	Nama obat	Cara pemberian	Kegunaan	Dosis
1.	Aspirin	Tablet	Meredakan nyeri, demam, peradangan dan mencegah terbentuk gumpalan darah	300-900 mg/4-6 jam
2.	Heparin	IV	Mengatasi dan mencegah terjadinya gumpalan darah	12 unit /kg BB /jam
3.	Alteplase	IV/IM	Memecah gumpalan darah	50 mg
4.	Manitol	IV	Mengurangi tekanan dalam otak (tekanan intrakranial) dan	0,25-1 gram/kg BB
5.	Citicoline	IV/IM	Mengatasi gangguan memori atau perilaku	500-1000 mg / hari

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial.

Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

a. Analisa data

Tabel 2.6 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Data subjektif: Mayor: - Minor: 1. Parastesia</p> <p>Data objektif: Mayor: 1. Pengisian kapiler > 3detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun</p> <p>Minor: Edema</p>	<p>Aterosklerosis ↓ Thrombus/emboli di serebral ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan suplai darah dan O₂ ke otak ↓ Perfusi perifer tidak efektif</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif</p>
2.	<p>Data subjektif: Mayor: 1. Mengeluh sulit menelan</p> <p>Minor: Oral: - Faring: 1. Menolak makan</p> <p>Esofagus: 1. Nyeri epigastrik</p> <p>Data objektif: Mayor: 1. Batuk sebelum makan 2. Batuk setelah makan atau minum 3. Tersedak 4. Makanan tertinggal dirongga mulut</p> <p>Minor: Oral: 1. Bolus masuk terlalu cepat 2. Refluks nasal 3. Tidak mampu membersihkan rongga mulut 4. Makanan jatuh dari mulut</p>	<p>Penurunan fungsi N.X (vagus), N.IX (glosifaringeus) ↓ Proses menelan tidak efektif ↓ Refluks ↓ Gangguan menelan</p>	<p>Gangguan menelan</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 5. Makanan terdorong keluar dari mulut 6. Sulit mengunyah 7. Muntah sebelum menelan 8. Bolus terbentuk lama 9. Waktu makan lama 10. Porsi makanan tidak habis 11. Mengiler <p>Faring:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Menelan berulang-ulang <p>Esofagus:</p> <p>-</p>		
3.	<p>Data subjektif:</p> <p>Mayor: -</p> <p>Minor:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Nafsu makan menurun <p>Data objektif:</p> <p>Mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal <p>Minor:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 	<p>Penurunan fungsi N.X (vagus), N.IX (glosfaringeus)</p> <p>↓</p> <p>Proses menelan tidak efektif</p> <p>↓</p> <p>Refluks</p> <p>↓</p> <p>Gangguan menelan</p> <p>↓</p> <p>Anoreksia</p> <p>↓</p> <p>Defisit nutrisi</p>	Defisit nutrisi
4.	<p>Data subjektif:</p> <p>Mayor: -</p> <p>Minor: -</p> <p>Data objektif:</p> <p>Mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu berbicara 2. Menunjukkan respon tidak sesuai <p>Minor:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disartria 6. Afonia 7. Disialia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 	<p>Kerusakan neurocerebrospinal N.VII (facialis), N.IX (glosfaringeus)</p> <p>↓</p> <p>Kontrol otot facialis/oral menjadi lemah</p> <p>↓</p> <p>Ketidakmampuan bicara</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan artikular, tidak dapat berbicara (disatria)</p> <p>↓</p> <p>Gangguan komunikasi verbal</p>	Gangguan komunikasi verbal

	12. Sulit mempertahankan komunikasi		
	13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh		
	14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh		
	15. Sulit mengungkapkan kata-kata		
5.	Data subjektif: Mayor: 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Minor: 1. Nyeri saat bergerak	Disfungsi N.XI (asesoris) ↓ Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal ↓ Kelemahan pada satu/keempat anggota gerak ↓ Hemiparase/hemiplegia kanan & kiri ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
	Data objektif: Mayor: 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Minor: 1. Sendi kaku 2. Gerakan terbatas 3. Fisik lemah		

b. Rumusan diagnosa keperawatan

Berdasarkan standardiagnosa keperawatan Indonesia menurut PPNI 2017 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien stroke adalah:

- 1) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan warna kulit pucat, turgor kulit menurun (D.0009)
- 2) Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular ditandai dengan mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, batu setelah makan atau minum, tersedak, refluks nasal, muntah sebelum menelan, sulit mengunyah (D.0063)
- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan nafsu makan menurun, otot pengunyah lemah dan otot menelan lemah (D.0019)
- 4) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu berbicara, afasia, pelo, sulit mempertahankan komunikasi (D.0119)

- 5) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan kekuatan otot menurun, mengeluh sulit menggerakkan sktremitas, rentang gerak ROM, gerakan terbatas (D.0054)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.7 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Standar luar	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan warna kulit pucat (D.0009)	Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam di harapkan Perfusi perifer meningkat (L.02011) Ket. Level: 1. Denyut nadi perifer (meningkat) 2. Warna kulit pucat (menurun) 3. Edema perifer (menurun) 4. Parastesia (menurun) 5. Akral (membaik) 6. Turgor kulit (membaik)	Intervensi keperawatan: Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi: 1) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu,) 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes. Perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik: 1) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3) Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada area yang cedera 4) Lakukan pencegahan infeksi 5) Lakukan hidrasi Edukasi: 1) Anjurkan berhenti merokok 2) Anjurkan berolahraga rutin 3) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu 4) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur

		5) Anjurkan program rehabilitasi vaskular 6) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
2.	<p>Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular ditandai dengan mengeluh sulit menelan (D.0063)</p> <p>Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam diharapkan gangguan menelan membaik (L.06052), fungsi gastroinstansinal (L.03019), fungsi</p> <p>Ket. Level:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan makanan dimulut (meningkat) 2. Reflek menelan (meningkat) 3. Kemampuan mengosongkan mulut (meningkat) 4. Kemampuan mengunyah (meningkat) 5. Usaha menelan (meningkat) 6. Pembentukan bolus (meningkat) 7. Frekuensi tersedak (menurun) 8. Batuk (menurun) 9. Muntah sebelum makan (menurun) 	<p>Intervensi keperawatan: Pencegahan aspirasi (I.01018)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan (dengan menggunakan lembar observasi) 2) Monitor status pernapasan 3) Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum 4) Perilaku residu gaster sebelum memberi asuhan oral <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral 2) Pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar 3) Pertahankan kepatenan jalan napas (mis. Teknik <i>head tilt chin lift, jaw thrust, in line</i>) 4) Melakukan tindakan <i>shaker exercise</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Latihan isometrik <p>Atur posisi pasien untuk melakukan latihan isometrik terlebih dahulu dengan cara pasien diharuskan berbaring ditempat tidur ganjal kepala dengan bantal dan anjurkan pasien mengangkat kepala tanpa mengangkat bahu, melihatujung kaki selama 60 detik dan kemudian menurunkan kepala kembali ke tempat tidur untuk beristirahat selama 60 detik.</p>

			Setelah beristirahat lakukan 2. Latihan isotonik Dengan cara pasien dianjurkan untuk berbaring ditempat tidur, ganjal kepala dengan bantal dan anjurkan pasien untuk mengangkat kepala di postur yang sama seperti latihan yang pertama dan melihat ujung kaki sebanyak 30 kali berturut-turut. Sediakan suction di ruangan 5) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak 6) Berikan obat oral dalam bentuk cair Edukasi: 1) Anjurkan makan secara perlahan 2) Anjurkan strategi mencegah aspirasi 3) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu
3.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan nafsu makan menurun, otot pengunyah dan otot menelan lemah (D.0019)	Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam di harapkan defisit nutrisi membaik (L.03030) Ket. Level: 1. Kekuatan otot pengunyah (meningkat) 2. Kekuatan otot menelan (meningkat) 3. Serum albumin (meningkat) 4. Perasaan cepat kenyang (menurun) 5. Sariawan (menurun) 6. Berat badan (membaik) 7. Nafsu makan (membaik) 8. Bising usus (membaik)	Intervensi Keperawatan: Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi: 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi makanan yang disukai 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6) Monitor asupan makanan 7) Monitor berat badan 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik: 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang

			sesuai
			4) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
			5) Berikan suplemen makanan, jika perlu
			Edukasi:
			1) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
			2) Ajarkan diet yang diprogramkan
			Kolaborasi:
			1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antilemetik), jika perlu
			2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
4.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan tidak mampu berbicara (D.0119)	Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam di harapkan gangguan komunikasi verbal meningkat (L.13118) Ket. Level: 1. Kemampuan berbicara (meningkat) 2. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh (meningkat) 3. Kontak mata (meningkat) 4. Afasia (menurun) 5. Disfasia (menurun) 6. Apraksia (menurun) 7. Disatria (menurun) 8. Afonia (menurun) 9. Dislalia (menurun) 10. Pelo (menurun) 11. Respon perilaku (membaik) 12. Pemahaman komunikasi (membaik)	Intervensi keperawatan : Promosi komunikasi: Defisit bicara (I.13492) Observasi: 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2) Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran dan bahasa) 3) Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara 4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik: 1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer) 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. Berdiri didepan pasien, dengarkan dengan

			<p>seksama. Tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</p> <p>3) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>4) Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>5) Berikan dukungan psikologis</p> <p>6) Gunakan juru bicara, jika perlu</p> <p>Edukasi:</p> <p>1) Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>2) Anjurkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
5.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan kekuatan otot menurun (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam di harapkan gangguan mobilitas fisik meningkat (L.05042)</p> <p>Ket. Level:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas (meningkat) 2. Kekuatan otot (meningkat) 3. Rentang gerak (ROM) (meningkat) 4. Nyeri (menurun) 5. Kaku sendi (menurun) 6. Gerakan terbatas (menurun) 7. Kelemahan fisik (menurun) 	<p>Intervensi keperawatan: Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)

-
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
 - 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi:

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
 - 3) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
-

4. Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan ukuran intervensi keperawatan yang telah diberikan kepada klien terkait dengan dukungan pengelolaan tindakan untuk memperbaiki kondisi pendidikan untuk klien dan keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah yang muncul dikemudian hari

5. Evaluasi

Menurut Nursalam, 2017 evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis:

- a. Evaluasi formatif merupakan evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai
- b. Evaluasi sumatif merupakan evaluasi akhir di mana metode evaluasi ini menggunakan SOAP

C. Konsep Gangguan Menelan (*Disfagia*)

1. Penyebab

dalam buku standar diagnosa keperawatan indonesia (PPNI, 2017) penyebab gangguan menelan adalah:

1. Gangguan serebrovaskular
2. Gangguan saraf kranial
3. Akalasia
4. Abnormalitas laring
5. Abnormalitas orofaring
6. Abnormal jalan nafas atas
7. Defek anatomik kongenital
8. Defek laring
9. Defek nasal
10. Defek rongga nasofaring
11. Defek trakea
12. Refluk gastroesofagus
13. Obstruksi mekanis
14. Prematuritas

2. Tanda Dan Gejala

Gejala tanda mayor

DS:

- 1) Mengeluh sulit menelan

DO:

- 1) Batuk sebelum menelan
- 2) Batuk setelah makan atau minum
- 3) Tersedak
- 4) Makanan tertinggal dirongga mulut

Gejala tanda minor

DS:

- 1) Oral (tidak tersedia)
- 2) Faring
 - a. Menolak makanan
- 3) Esofagus
 - a. Mengeluh bangun di malam hari
 - b. Nyeri epigastrik

DO:

- 1) Oral
 - a. Bolus masuk terlalu cepat
 - b. Refluks nasal
 - c. Tidak mampu membersihkan rongga mulut
 - d. Makanan jauh dari mulut
 - e. Makanan terdorong keluar dari mulut
 - f. Sulit mengunyah
 - g. Muntah sebelum menelan
 - h. Bolu terbentuk lama
 - i. Waktu makan lama
 - j. Porsi makanan tidak habis
 - k. Fase oral abnormal
 - l. Mengiler

- 2) Faring
 - a. Muntah
 - b. Posisi kepala kurang elevasi
 - c. Menelan berulang-ulang
- 3) Esofagus
 - a. Hematemesis
 - b. Gelisah
 - c. Regungitas
 - d. Odinofagia
 - e. Bruksisme

4. Kondisi klinis terkait

- a. Stroke
- b. Distrofi muskuler
- c. Poliomielitis
- d. Cerebral palsy
- e. Penyakit parkinson
- f. *Guillain barre syndrome*
- g. Myastenia gravis
- h. *Amyotropic lateral sclerosis*
- i. Neoplama otak
- j. Paralisis pita suara
- k. Kerusakan saraf kranialis V, VII, IX, X, XI
- l. Esofagitis

5. Patofisiologi

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

2009). *Disfagia* pada pasien stroke dapat disebabkan oleh lesi terjadi di daerah batang otak, kemungkinan pasien akan mengalami *disfagia* yang menetap. Werner (2005 dalam Mulyatsih, 2009) mengemukakan bahwa *disfagia* pada *hemisfer* kiri menyebabkan menurunnya aktifitas motorik di *oral* dan *apraxia*, sedangkan *disfagia* di hemisfer kanan berhubungan dengan terlambatnya refleks menelan, bolus tertahan di faring, sehingga dapat menyebabkan aspirasi.

6. Klasifikasi disfagia

Menurut Pandaleke, et al 2014, *disfagia* diklasifikasikan dalam dua kelompok, yaitu:

1) *Disfagia orofaring*

Disfagia orofaring timbul dari kelainan di rongga mulut, *faring* dan *esofagus* yang disebabkan oleh stroke, penyakit parkinson dan kelainan *neurologis*. Gejala disfagia orofaring yaitu kesulitan menelan, termasuk ketidakmampuan untuk mengenali makanan, kesukaran meletakkan makanan di dalam mulut, ketidakmampuan untuk mengontrol makanan dan air liur di dalam mulut, kesukaran untuk mulai menelan, waktu makan lama, batuk, tersedak saat menelan dan perubahan suara (suara basah).

2) *Disfagia esofagus*

Disfagia esofagus kondisi kesulitan menelan yang disebabkan oleh gangguan neuromuskular lokal atau *lesi obstruktif*. Gejala *disfagia esofagus* yaitu timbul dari kelainan di korpus esofagus, sfingter esofagus bagian bawah atau *kardia gaster*.

7. Komplikasi

Menurut pandaleke, dkk (2012) komplikasi pada gangguan menelan yaitu:

1. *Aspirasi*
2. *Pneumonia*

3. *Malnutrisi*
4. *Dehidrasi*
5. Obstruksi jalan napas, bila bolus berukuran cukup besar yang memasuki jalan napas.
6. Kematian

8. Penilaian *Disfagia*

Pengkajian fungsi menelan berdasarkan tingkat keparahan gangguan menelan dikaji berdasarkan *Swallowing function communication measure* menurut *Amerikan Speech Language Hearing Association* Penilaian berdasarkan manifestasi klinis pasien yang menunjukkan tingkat keparahan *disfagia* (Tarihoran Yusrial, 2019)

- a. *Disfagia* berat : skor 1-3 masih membutuhkan selang makanan untuk mendapat makanan dan cairan dari luar tubuh.
- b. *Disfagia* sedang : skor 4-5
- c. *Disfagia* ringan : skor 6-7

Penjelasan skore *disfagia* yaitu:

- a. Skor 1 yaitu pasien tidak dapat menelan makanan dan minuman tanpa menggunakan *nasogastrik tube*
- b. Skor 2 yaitu pasien masih menggunakan *tube* untuk makan dan minum namun dapat menerima obat tertentu melalui mulut
- c. Skor 3 yaitu pasien dapat makan dan minum melalui *nasogastrik tube* dengan konsistensi cair
- d. Skor 4 yaitu dapat menelan melalui *nasogastrik tube* disertai batasan diet makanan kental
- e. Skor 5 yaitu pasien dapat menelan melalui mulut namun disertai batasan diet makanan lunak
- f. Skor 6 yaitu dapat menelan melalui mulut, pasien hanya sulit mengunyah makanan dan membutuhkan waktu yang lama untuk mengunyah

- g. Skor 7 yaitu pasien dapat menelan dengan baik tanpa ada batasan kemampuan menelan

6. State Of The Art (Peneliti Sebelumnya)

Tabel 2.9 State Of The Art

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Pengaruh Akupresur Dan <i>Shaker Exercise</i> Terhadap Kemampuan Menelan Pasien Stroke Akut Dengan Disfagia	Dewi Siyanti, Dwi Pudjonarko & Mardiyono, 2019	Desain dalam penelitian ini menggunakan desain penelitian <i>experimental design</i> dengan <i>one group pre test-post test</i> .	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata peningkatan kemampuan menelan antara sebelum dengan setelah dilakukan intervensi <i>shaker exercise</i> . <i>Shaker exercise</i> digunakan untuk meningkatkan kemampuan menelan lebih baik dengan <i>p value 0,000</i> .
2.	Efektifitas <i>Shaker Exercise</i> Terhadap Disfagia Pada Pasien Stroke: <i>The Integrative Literature Review</i>	Fransisca Winandari, Tri Wahyuni Ismonoyowati, Candra Trilukita Nugraha, Lolita Elensari Wahyuning & Maria Raphelina, 2022	Desain dalam penelitian ini menggunakan <i>integrative literature review</i>	Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh <i>shaker exercise</i> terhadap kemampuan menelan pada pasien stroke dengan disfagia.
3.	Penerapan <i>Shaker Exersice</i> Dan Latihan Menelan Dengan Jelly Terhadap Kemampuan Menelan Pada Pasien Stroke Di	Ainnur Rahmati & Atika Febri, 2020	Desain dalam penelitian ini menggunakan <i>shaker exersice</i> & latihan menelan dengan jelly	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata peningkatan kemampuan menelan antara sebelum dengan setelah dilakukan <i>shaker exersice</i> & latihan menelan dengan jelly. Subjek I sebelum dilakukan intervensi dengan skor 81 (resiko aspirasi rendah) mengalami peningkatan setelah dilakukan intervensi dengan skor 86 (resiko aspirasi rendah). Subjek II sebelum

RSUD Sunan
Kalijaga Demak

dilakukan intervensi dengan skor 82 (resiko aspirasi rendah) mengalami peningkatan setelah dilakukan intervensi dengan skor 91 (resiko aspirasi rendah).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan penurunan gangguan menelan (*disfagia*).

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah model asuhan keperawatan dimana fokus permasalahannya dijabarkan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan secara komprehensif yaitu dengan cara pengkajian, identifikasi, diagnosa dan masalah aktual, menyusun perencanaan keperawatan, melakukan implementasi, mengevaluasi, serta pemberian asuhan keperawatan secara biologis, psikologis, sosial, dan spiritual melalui intervensi yang diberikan. Sedangkan pendokumentasian menggunakan metode dokumentasi, rekaman arsip, wawancara dan observasi.

B. Subjek penelitian

Subjek dalam studi kasus penelitian ini adalah pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa kota Bengkulu.

1. Kriteria Inklusi:

- a. Pasien stroke dengan gangguan menelan (*disfagia*) ringan-sedang
- b. Pasien yang kooperatif
- c. Pasien berdomisili di kota Bengkulu

2. Kriteria Eksklusi:

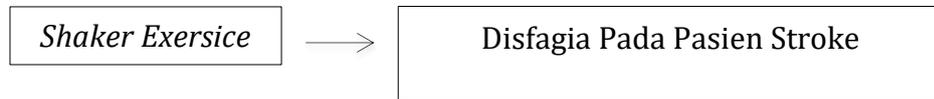
- a. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran yang progresif
- b. Pasien yang tidak bersedia dilanjutkan terapi sebelum penelitian selesai

C. Kerangka Konsep

Bagan 2.2 Kerangka Konsep

Independen

Dependen



D. Definisi Operasional

Tabel 2.10 definisi operasional

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur
1.	<i>Shaker Exercise</i>	Terapi menggerakkan kepala dengan menggunakan 2 tahap yaitu tahap isometrik dan isotonik	SOP	Lembar observasi	1. Sesuai SOP 2. Tidak sesuai SOP
2.	Gangguan menelan (<i>disfagia</i>)	Suatu keadaan kesulitan menelan cairan atau makanan yang disebabkan karena gangguan pada proses menelan.	Swallowing function communication measure	Lembar observasi	1. Disfagia berat : 1-3 2. Disfagia sedang : 4-5 3. Disfagia ringan : 6-7

E. Lokasi Dan Waktu Studi Penelitian

1. Lokasi

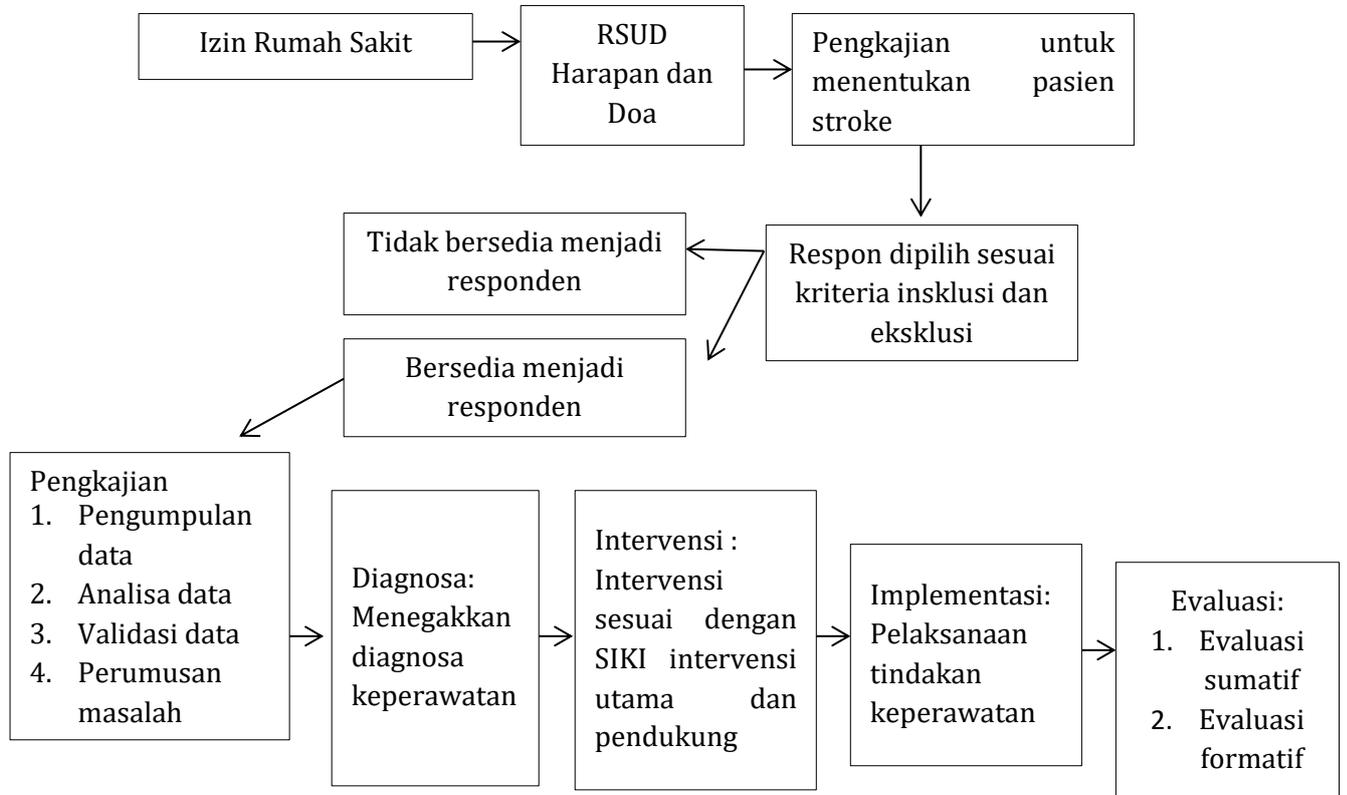
Penelitian dilaksanakan di ruang Mina Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu dan di lanjutkan ke rumah pasien di Pinang Mas Blok 2 No 26, Bentiring Permai Muara Bangka Hulu

2. Waktu

Penelitian dilaksanakan dari tanggal 25 sampai dengan 27 Agustus 2023 di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu di ruang Mina, dilanjutkan Tanggal 28 sampai dengan 31 Agustus 2023 di rumah pasien di Pinang Mas Blok 2 No 26, Bentiring Permai Muara Bangka Hulu pada pagi hari

F. Tahap Penelitian

Bagan 2.3 Tahapan Penelitian



G. Metode Dan Instrument Pengumpulan Data

1. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Merupakan dialog yang dilakukan oleh penulis untuk memperoleh informasi atau data dari responden yaitu menanyakan identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga. Pada pengambilan kasus ini peneliti melakukan wawancara dengan pasien dan perawat guna pengkajian untuk memperoleh data untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Adapun pertanyaan-pertanyaan yang penulis ajukan dalam wawancara yang dilakukan sebagai berikut:

1) Wawancara dengan perawat

Menanyakan identitas, berapa lama kerja di rumah sakit, apakah tindakan komplementer yang dilakukan pada penderita stroke.

2) Wawancara dengan pasien

Menanyakan identitas pasien, keluhan yang dirasakan, riwayat kesehatan, tindakan yang dilakukan untuk mengurangi gangguan menelan (*disfagia*).

b. Observasi Dan Pemeriksaan Fisik

Observasi adalah suatu metode yakni memperlihatkan sesuatu objek dengan menggunakan seluruh alat indra pada penelitian ini observasi dilakukan untuk mendapatkan data penunjang. Pemeriksaan fisik dalam pengkajian keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari pasien. Tujuan dari pemeriksaan fisik ini adalah untuk menentukan status kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah kesehatan, memperoleh data dasar guna menyusun rencana asuhan keperawatan, dan memperoleh hasil evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan.

c. Studi Dokumentasi Dan Format Keperawatan Medical Bedah

Peneliti menggunakan studi dokumentasi dan format asuhan keperawatan medikal bedah berupa hasil pengukuran tekanan darah pada lembar observasi tekanan darah dan pengukuran *disfagia* sebelum dan sesudah dilakukan *shaker exercise*.

2. Instrument pengumpulan data

a. Format pengkajian keperawatan untuk mendapatkan data pasien

b. SOP terapi *shaker exercise*

c. Nursing kit digunakan untuk mengukur tekanan darah (alat-alat yang digunakan tensimeter, stetoskop)

d. Lembar penetapan subjek penelitian berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.

- e. Lembar observasi hasil pengukuran *disfagia* sebelum dan sesudah dilakukan terapi *shaker exercise*.

H. Analisa data

Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisa yang dilakukan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penelitian dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Menurut (Sitoyo & Sodik, 2015) menjabarkan urutan dalam analisa data tersebut sebagai berikut:

1. Pengumpulan data

Teknik ini data dikumpulkan berdasarkan dari wawancara, observasi, serta dokumentasi yang kemudian ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, gambar, maupun teks naratif. Kerahasiaan dari pasien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari pasien.

3. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi.

I. Etika penelitian

1) *Informed consent* (lembar persetujuan)

Responden telah menyetujui informed consent sebelum dilakukan intervensi.

2) *Nonitimy* (tanpa nama)

Untuk menjaga identitas responden penulisan tidak mencantumkan nama responden melainkan hanya inisial nama, kode nomor atau kode atau kode tertentu pada lembar pengumpulan data (format pengkajian, lembar observasi pengukuran *shaker exercise*) yang akan diisi oleh peneliti sehingga identitas responden tidak diketahui oleh publik.

3) *Confidential* (kerahasiaan)

peneliti tidak akan menyebarkan informasi yang diberikan oleh responden dan kerahasiaannya akan dijamin oleh peneliti. Hanya peneliti dan responden yang tahu apa yang akan diteliti, semua data yang diberikan oleh responden akan dijaga kerahasiaannya.