

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Stroke Non Hemoragik

1. Stroke non hemoragik/iskemik

Stroke non hemoragik atau stroke iskemik merupakan salah gangguan aliran darah otak yang disebabkan oleh obstruksi akibat bekuan (trombus) yang terbentuk di dalam pembuluh darah otak atau pembuluh darah pada bagian distal. Sumbatan aliran di arteria karotis interna sering merupakan penyebab stroke pada orang berusia lanjut yang sering mengalami pembentukan plak aterosklerotik di pembuluh darah sehingga terjadi penyempitan atau stenosis. Pangkal arteria karotis interna merupakan tempat tersering terbentuknya aterosklerotik (Price, 2005).

Pada sistem vaskularisasi, darah akan terdorong akibat dari gradien tekanan tetapi pada pembuluh darah yang menyempit, aliran darah akan mengalir lebih cepat melalui lumen yang lebih kecil. Semakin cepat aliran darah tersebut maka akan menurunkan gradien tekanan di tempat konstiksi tersebut. Apabila stenosis mencapai suatu tingkat kritis, maka meningkatnya turbulensi di sekitar penyumbatan akan menyebabkan penurunan tajam kecepatan aliran darah (Price, 2005).

Stroke Iskemik merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang, apabila tidak ditangani akan segera berakhir dengan kematian di bagian otak. Stroke ini sering diakibatkan oleh thrombosis akibat plak aterosklerosis arteri otak atau suatu emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak. Jenis

stroke ini merupakan jenis stroke yang paling sering menyerang seseorang sekitar 80% dari semua stroke (Junaidi, 2011).

2. Klasifikasi stroke non hemoragik

Menurut Price, (2005), stroke non hemoragik diklasifikasikan berdasarkan penyebabnya, yaitu :

a. Stroke lakunar

Stroke lakunar terjadi karena penyakit pembuluh halus hipertensif dan menyebabkan sindrom stroke yang biasanya muncul dalam beberapa jam atau kadang-kadang lebih lama. Stroke lakunar merupakan stroke yang terjadi setelah oklusi aterotrombotik atau hialin lipid salah satu dari cabang-cabang penrans sirkulus Willis, arteria serebri media, atau arteria vertebralis dan basilaris (Smith et al., 2001). Thrombosis yang terjadi di dalam pembuluh darah menyebabkan daerah-daerah infark yang kecil, lunak, dan disebut lakuna.

Perubahan-perubahan pada pembuluh darah ini hampir selalu disebabkan oleh disfungsi endotel karena penyakit hipertensi persisten (Smith, 2001). Pasien dengan stroke lakunar umumnya berusia lebih tua, memiliki kadar kolesterol lebih tinggi, dan mengidap diabetes dibandingkan dengan mereka yang mengalami perdarahan intraserebrum (Labovitz, 2001). Terdapat empat sindrom lakunar yang sering ditemukan, yaitu :

- a) Hemiparesis motorik murni akibat infark di kapsula interna posterior
- b) Hemiparesis motorik murni akibat infark pars anterior kapsula interna
- c) Stroke sensorik murni akibat infrak thalamus

d) Hemiparesis ataksik atau disartria serta gerakan tangan atau lengan yang canggung akibat infark pons basal.

b. Stroke trombotik pembuluh besar

Sebagian besar dari stroke ini terjadi saat tidur, pasien relatif mengalami dehidrasi dan dinamika sirkulasi menurun. Stroke ini berkaitan dengan lesi aterosklerotik yang menyebabkan penyempitan atau stenosis di arteria karotis interna atau yang lebih jarang di pangkal arteria serebri media. Pasien ini kemungkinan sudah mengalami beberapa kali serangan transien ischemic attack tipe lakunar sebelumnya.

Aliran pada arteri yang mengalami trombosis parsial adalah defisit perfusi yang dapat terjadi pada reduksi mendadak curah jantung atau tekanan darah sistemik. Penurunan mendadak tekanan tersebut dapat menyebabkan penurunan generalisata cerebral blood flow (CBF), iskemik otak, dan stroke. Penurunan tekanan mungkin sudah dapat menyebabkan gangguan perfusi melalui arteri-arteri yang bergantung pada tekanan perfusi minimal untuk mempertahankan CBF.

c. Stroke embolik

Stroke yang terjadi akibat embolus biasanya menimbulkan defisit neurologik mendadak dengan efek maksimum sejak awitan penyakit, biasanya serangan terjadi pada saat pasien beraktivitas. Trombus mural jantung merupakan sumber tersering infark miokardium, fibrilasi atrium, penyakit katup jantung, katup jantung buatan, dan kardiomiopati iskemik (Smith, 2001). Embolus berasal dari bahan trombotik yang terbentuk di dinding rongga atau katup mitralis.

d. Stroke kriptogenik

Sebagian pasien dapat mengalami oklusi mendadak pembuluh intrakranium besartanpa penyebab yang jelas, disebut stroke kriptogenik. Sumber penyebabnya bisa tersembunyi, bahkan setelah dilakukan pemeriksaan diagnostic dan evaluasi klinis yang ekstensif. Stroke yang tidak dapat diketahui penyebabnya biasanya terjadi pada pasien yangcatatan medisnya tidak dapat dibedakan dengan aterotrombosis.

3. Etiologi

Menurut Smeltzer, 2002 penyebab stroke non hemoragik yaitu:

1. Trombosis (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher)

Stroke terjadi saat trombus menutup pembuluh darah, menghentikan aliran darah ke jaringan otak yang disediakan oleh pembuluh dan menyebabkan kongesti dan radang. Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebral. Tanda dan gejala neurologis seringkali memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

2. Embolisme cerebral

Emboli serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain) merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus

di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

3. Iskemia

Suplai darah ke jaringan tubuh berkurang karena penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah.

B. Gangguan Menelan pada Stroke Non Hemoragik

1. Pengertian gangguan menelan

Gangguan menelan (Disfagia) merupakan fungsi menelan abnormal akibat deficit struktur atau fungsi oral, faring atau esophagus (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Etiologi gangguan menelan

Dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2017) stroke non hemoragik disebabkan oleh ketidakmampuan menelan makanan, fungsi menelan abnormal akibat deficit struktur atau fungsi oral, faring atau esophagus. Terjadinya thrombosis serebral (gumpalan darah yang terbentuk didalam pembuluh otak) mengakibatkan aterosklerosis serebral mengalami pembentukan gumpalan darah diarteri serebral atau bekuan darah terbentuk di jantung atau arteri karotis dileher. Gumpalan darah bisa terangkut hingga pembuluh otak distal dan memblokir aliran darah. Aliran darah yang tidak memadai ke bagian tubuh, yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah dan perdarahan bisa menghalangi jaringan otak menerima nutrisi. Sehingga kerusakan saraf otak nervus hipolokus (nervus kranial XII) bias menyebabkan paralisis bagian-bagian yang bermakna dari mekanisme menelan. Jika mekanisme menelan mengalami paralisis total atau sebagian, gangguan yang

terjadi dapat berupa hilangnya semua tindakan menelan sehingga makanan tidak jatuh ke esophagus, melainkan jatuh ke paru, dan kegagalan palatum mole dan uvula untuk menutup nares posterior sehingga makanan masuk ke hidung selama menelan (Guyton & Hall, 2011).

3. Faktor-faktor yang memengaruhi gangguan menelan

a. Faktor usia

Penelitian sebelumnya di RSUP Dr.Kariadi periode tahun 2012-2013 didapatkan 7 penderita gangguan menelan yang melakukan pemeriksa FEES, 5 penderita laki-laki (71%) dan 2 penderita perempuan (29%), dengan rentang usia ≤ 40 tahun 0 penderita (0%), 40-60 tahun 3 penderita (43%) dan ≥ 60 tahun 4 penderita (57%). Hal tersebut sesuai dengan penelitian kohort di Amerika yang melibatkan 4.038 sampel selama 8 tahun didapatkan pada kelompok usia 0-60 tahun, yang menderita disfagia sebanyak 30,7 % dan angka ini meningkat pada kelompok usia > 60 tahun yakni 37,7 %. Peningkatan usia akan menyebabkan terjadinya berkurangnya elastisitas ligamen-ligamen laring, berkurangnya gigi – geligi, penurunan kemampuan sensoris didaerah faring dan laring (Rony Nayoan, 2017).

b. Factor lokasi lesi

Disfagia pada pasien stroke dapat disebabkan oleh edema otak, menurunnya tingkat kesadaran, ataupun akibat proses diaschisis, yang biasanya bersifat sementara. Tetapi bila lesi terjadi di daerah batang otak, kemungkinan pasien akan mengalami disfagia yang menetap. Werner (2005) mengemukakan bahwa lesi pada hemisfer kiri menyebabkan menurunnya aktifitas motorik di oral dan apraxia, sedangkan lesi di hemisfer kanan berhubungan dengan terlambatnya

refleks menelan, bolus tertahan di faring, sehingga dapat menyebabkan aspirasi. Peneliti lain Smithards (2014) mengemukakan, bahwa selama fase akut tidak ada hubungannya antara kejadian aspirasi atau disfagia dengan lokasi stroke dan letak lesi. Stroke akut pada batang otak kemungkinan dapat menyebabkan disfagia dengan atau defisit neurologik yang lain. Hampir 62,5% pasien stroke dengan kelainan pada batang otak mengalami aspirasi, terutama lesi pada medulla atau pons. Risiko aspirasi akan meningkat bila mengenai bilateral, dan biasanya berupa aspirasi yang tersembunyi. Parese saraf kranial X sampai XII dismobilitas dan asimetri faring, laring tidak menutup sempurna (Saragih, 2016).

4. Patofisiologi gangguan menelan

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 edema otak, menurunnya tingkat kesadaran, ataupun akibat proses diaschisis, yang biasanya bersifat sementara. Tetapi bila lesi terjadi di daerah batang otak, kemungkinan pasien akan mengalami disfagia yang menetap.

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

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

5. Tanda dan gejala

Menurut Standar Diagnosa keperawatan Indonesia (2017) data mayor dan minor untuk masalah gangguan menelan yaitu :

Tabel 1

Tanda Dan Gejala Mayor Minor Gangguan Menelan

Gejala tanda mayor	Objektif
Subjektif	1. Batuk sebelum menelan
1. Mengeluh sulit menelan	2. Batuk setelah makan atau minum
	3. Tersedak
	4. Makanan tertinggal di rongga mulut.
Gejala tanda objektif minor	Objektif
Subjektif	1. Bolus masuk terlalu cepat
Oral	2. Refluks nasal
(tidak tersedia)	3. Tidak mampu membersihkan rongga mulut
	4. Makanan jatuh dari mulut
	5. Makanan terdorong keluar dari mulut
	6. Sulit mengunyah
	7. Muntah sebelum menelan
Faring	
1. Menolak makan	1. Muntah
	2. Posisi kepala kurang elevasi
	3. Menelan berulang-ulang

Esophagus

- | | |
|----------------------------------|----------------|
| 1. Mengeluh bangun di malam hari | 1. Hematemesis |
| 2. Nyeri epigastrik | 2. Gelisah |
| | 3. Regurgitasi |
| | 4. Odinofagi |
| | 5. Bruksisme |

(Sumber : TIM POKJA SDKI DPP PPNI, *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator diagnostic*. 2017)

C. Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan

Menelan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien menurut Lyer et al (1996, dalam Setiadi, 2012). Pada klien dengan gangguan menelan dalam kategori fisiologis dengan subkategori neurosensori, perawat harus mengkaji tanda dan gejala data mayor dan minor yang tercantum dalam buku SDKI (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Dimana diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas situasi yang berkaitan dengan kesehatan (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan dalam masalah ini adalah gangguan menelan. Gangguan menelan merupakan fungsi menelan abnormal akibat deficit struktur

atau fungsi oral, faring atau esophagus. Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017) gangguan menelan termasuk ke dalam sub kategori neurosensori. Penyebab gangguan menelan yaitu gangguan serebrovaskular, gangguan saraf kranialis, paresis serebral, akalasia, abnormalitas laring, abnormalitas faring, anomaly jalan nafas atas, defek anatomic kongenital, defek laring, defek nasal, defek nasofaring, defek trakea, refluks gastroesofagus, obstruksi mekanis dan pematurlitas.

Adapun tanda gejala mayor dari gangguan menelan yaitu secara subjektif mengeluh sulit menelan kemudian secara objektif batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut. Tanda gejala minor dari gangguan menelan secara subjektif menolak makan, nyeri epigastrik, mengeluh bangun di malam hari. Secara objektif bolus masuk terlalu cepat, refluks nasal, tidak mampu membersihkan rongga mulut, makanan jatuh dari mulut, makanan terdorong keluar dari mulut, sulit mengunyah, muntah sebelum menelan, muntah, posisi kepala kurang elevasi, menelan berulang-ulang, hematemesis, gelisah, regurgitasi, odinofagia, bruksisme (Tim SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012). Berikut ini intervensi keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan gangguan menelan.

a. Gangguan menelan (NANDA NIC NOC)

Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi	Rencana keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3
<p>Gangguan menelan berhubungan dengan : kerusakan neuromuskular</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laporan secara verbal <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak mengalami kesulitan dalam menelan - Menelan berulang-ulang - Menelan sedikit demi sedikit - Makanan dikeluarkan dari mulut - Muntah 	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pencegahan aspirasi ❖ Status menelan <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama pasien menunjukkan perbaikan dalam proses menelan dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menunjukkan kemampuan menelan • Menunjukkan kemampuan mengosongkan rongga mulut • Menunjukkan kenyamanan dengan menelan • Peningkatan upaya menelan 	<p>NIC :</p> <p>Aspiration Precautions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks muntah, dan kemampuan menelan - Pantau gerakan lidah klien saat makan - Pantau adanya penutupan bibir saat makan, minum, dan menelan - Pantau hidrasi tubuh (misalnya, asupan, haluaran, turgor kulit dan membran mukosa) - Berikan perawatan mulut jika diperlukan - Berikan atau gunakan alat bantu jika diperlukan - Bantu pasien untuk mengatur posisi kepala fleksi ke depan untuk menyiapkan makanan - Bantu pasien untuk menempatkan makanan di belakang mulut dan bagian yang tidak sakit - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang makanan yang mudah ditelan

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Implementasi adalah rencana tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan dari

kreteria hasil yang dibuat. Tahap pelaksanaan dilakukan setelah rencana tindakan di susun dan di tunjukkan kepada nursing order untuk membantu pasien mencapai tujuan dan kriteria hasil yang dibuat sesuai dengan masalah yang pasien hadapi. Tahap pelaksanaan terdiri atas tindakan mandiri dan kolaborasi yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Agar kondisi pasien cepat membaik diharapkan bekerja sama dengan keluarga pasien dalam melakukan pelaksanaan agar tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah di buat dalam intervensi (Asmadi, 2008).

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Asmadi (2008) evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment).

Tipe pernyataan evaluasi menurut Setiadi (2012) adalah tipe pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir.

a) Pernyataan evaluasi formatif.

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan perawatan.

b) Pernyataan evaluasi sumatif.

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan