

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke Non Hemoragik Dengan Gamgguan Menelan

1. Pengertian gangguan menelan pada stroke non hemoragik

Gangguan menelan merupakan kondisi sulit menelan, yang dapat di sebabkan oleh berbagai hal. Mulai dari saraf atau otot-otot mulut, tenggorokan, kerongkongan. Gangguan menelan dapat ditemukan dengan pasien stroke non hemoragik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Stroke non hemoragik merupakan sindroma klinis sebagai akibat dari gangguan vaskuler (Brunner & Suddarth, 2015). Gangguan menelan pada stroke non hemoragik adalah suatu kondisi dimana seseorang tidak mampu untuk menelan atau tidak biasa makan secara mandiri. Gangguan menelan dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti gangguan selebrovaskular, gangguan saraf kranialis, paralisis serebral, akalasia, abnormalitas laring, defek laring, defek nasal, defek rongga nasofaring, defek krakea dan prematulitas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2. Etiologi gangguan menelan pada stroke non hemoragik

Penyebab gangguan menelan yaitu salah satunya gangguan saraf kranialis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Kerusakan saraf otak, nervus hipoglosus (nervus kranial XII), nervus glosofaringeus (nervus kranial IX) atau nervus trigeminus (nervus kranial V) bisa 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 menelan tidak terjadi sama sekali, kegagalan glottis untuk menutup,

sehingga makanan tidak jatuh ke esofagus, melainkan jatuh ke paru, dan kegagalan palatum mole dan uvula untuk menutup nares posterior sehingga makanan masuk ke hidung selama menelan (Guyton & Hall, 2016).

3. Faktor yang mempengaruhi gangguan menelan

a. Faktor usia

Penelitian sebelumnya di RSUP Dr.Kariadi periode tahun 2012-2013 didapatkan 7 penderita gangguan menelan yang melakukan pemeriksaa FEES, 5 penderita laki-laki (71%) dan 2 penderita perempuan (29%), dengan rentang usia \leq 40 tahun 0 penderita (0%), 40-60 tahun 3 penderita (43%) dan \geq 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 (Nayoan, 2017).

b. Faktor loksi 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 (Achmad et al., 2017).

4. Patofisiologi gangguan menelan pada stroke non hemoragik

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak yang secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus. Trombus atau emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal sehingga menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah distal pada daerah korteks terutama area parietalis, area tersebut terletak di gyrus prasentralis.

Kemudian di gyrus parietalis terbagi menjadi posterior dan anterior. Area posterior termasuk area broadman 4 mulai dari bawah kearah superior adalah struktur yang berperan dalam proses menelan, lidah, rahang, bibir, laring akibat adanya sumbatan pembuluh darah akan menyebabkan otak mengalami kekurangan nutrisi penting seperti oksigen dan glukosa, sehingga daerah pusat yang diperdarahi oleh pembuluh darah tersebut akan mengalami iskemik. Sehingga jaringan otak yang tidak mendapatkan aliran darah akan menyebabkan hipoksia sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis anaerob lalu asidosis

akan mengakibatkan natrium, klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat.

Kemudian kalsium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membrane sel lalu mengkerut menyebabkan mengalami tekan perfusi jaringan jika hal ini berlanjut terus menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark. Akibat infark pada mendulla oblongata yang mengandung saraf XII dan XI menyebabkan menurunnya implus pada saraf hipoglossus dan glosfaringeus sehingga menyebabkan gangguan menelan (Guyton & Hall, 2016).

5. Tanda dan gejala gangguan menelan pada stroke non hemoragik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), tanda merupakan data objektif yang di peroleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan prosedur diagnostic, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang di peroleh dari hasil anamnesis. Menurut PPNI (2016), dari data mayor pasien yang mengalami mengeluh sulit menelan secara subjektif akan menolak makan, nyeri epigastrik, mengeluh bangun di malam hari, sedangkan jika dilihat dari data objektif 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.

B. Teori Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hmoragik dengan Gangguan Menelan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data (informasi subjektif dan objektif) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis.

Terdapat dua jenis pengkajian yaitu pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Pengkajian skrining adalah langkah awal pengumpulan data, dan mungkin yang paling mudah untuk diselesaikan. Pengkajian mendalam yaitu menilai informasi yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menentukan normal atau abnormal atau jika itu merupakan risiko (kerentanan) maka perlu pertimbangan dalam kaitannya dengan diagnosis yang berfokus-masalah atau risiko. Pengkajian skrining dilakukan untuk menentukan apabila keadaan tersebut normal atau abnormal, jika beberapa data ditafsirkan abnormal maka akan dilakukan pengkajian mendalam untuk mendapatkan diagnose yang akurat (NANDA International Nursing Diagnosis, 2018)

Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) klasifikasi diagnosis keperawatan dibagi menjadi 5 kategori yaitu fisiologi, psikologi, perilaku, relasional, lingkungan dan 14 jenis subkategori yaitu respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, keamanan dan proteksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Pengkajian pada pasien stroke non hemoragik menggunakan pengkajian mendalam mengenai gangguan menelan. Pengkajian dilakukan sesuai dengan gejala dan tanda mayor gangguan menelan yaitu dilihat dari data subjektif pasien mengeluh sulit menelan, sedangkan dilihat dari data objektifnya pasien batuk sebelum menelan, batuk setelah makan dan minum, tersedak, makanan tertinggal di ronggo mulut.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Terdapat dua jenis diagnosis keperawatan yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan diagnosis promosi kesehatan.

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya dan indikator diagnostik yang terdiri atas penyebab (*etiology*), tanda (*sign*)/gejala (*symptom*) dan faktor risiko. Proses penegakan diagnosis (*diagnostic process*) merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis.

Masalah keperawatan dalam penelitian ini adalah gangguan menelan. Gangguan menelan merupakan fungsi menelan abnormal akibat deficit struktur atau fungsi oral, faring atau esophagus. Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) 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 permatunitas. 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 Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan yang difokuskan pada penelitian ini adalah Gangguan menelan berhubungan dengan (b.d) gangguan neuromuskular dibuktikan dengan (d.d) pasien sulit mengunyah, batuk sebelum menelan, tersedak, gelisah. Kondisi klinis terkait gangguan menelan adalah penyakit stroke (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Perencanaan keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis dilanjutkan dengan perencanaan dan aktivitas keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan serta mencegah masalah keperawatan klien. Dalam tahap perencanaan keperawatan terdiri dari dua rumusan utama yaitu rumusan luaran keperawatan dan rumusan intervensi keperawatan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Luaran (*Outcome*) Keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif dan luaran negative. Luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki. Sedangkan luaran negative menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Adapun komponen luaran keperawatan diantaranya label (nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran), ekspektasi (terdiri dari ekspektasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi). Penulisan kriteria hasil dapat dilakukan dengan dua metode yaitu menggunakan metode pendokumentasian manual/tertulis maka setiap kriteria hasil perlu dituliskan angka atau nilai yang diharapkan untuk tercapai, sedangkan jika menggunakan metode pendokumentasian berbasis komputer, maka setiap kriteria

hasil ditetapkan dalam bentuk skor dengan skala 1 s.d. 5. Pemilihan luaran keperawatan tetap harus didasarkan pada penilaian klinis dengan mempertimbangkan kondisi pasien, keluarga, kelompok, atau komunitas (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Perencanaan keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan. Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi mengenai intervensi keperawatan. Label terdiri atas satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas dari intervensi keperawatan.

Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Perencanaan keperawatan pasien dengan gangguan menelan yaitu menggunakan intervensi utama. Intervensi utama terdiri dari label :

Tabel 1
Perencanaan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik
Dengan Gangguan Menelan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan
1	2	3
Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan gangguan menelan teratasi dengan kriteria hasil : SLKI Label :	SIKI Label : Dukungan perawatan diri : makan atau minum Observasi a. Identifikasi diet yang di anjurkan

1	2	3
ditandai dengan pasien sulit mengunyah, batuk sebelum menelan, tersedak, gelisah	Status menelan a. Memepertahan makanan di mulut b. Kemampuan mengunyah c. Usaha menelan	b. Monitor kemampuan menelan c. Monitor status hidrasi pasien Terapeutik a. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan c. Atur posisi yang nyaman untuk makan dan minum d. Berikan banantuan saat makan dan minum e. Motivasi untuk makan di ruangan makan Edukasi a. Jelaskan posisis makananan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jaum jam b. Kolaborasi pemberian obat

(Sumber : PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019 dan PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018).

4. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Menurut (Kozier, ERB, Berman, & Snyder, 2010) proses implementasi keperawatan terbagi menjadi lima yaitu mengkaji kembali klien, , mengimplementasikan intervensi keperawatan, melakukan supervisi terhadap asuhan yang didelegasikan dan mendokumentasikan tindakan keperawatan. Agar berhasil mengimplementasikan rencana asuhan, perawat memerlukan

keterampilan kognitif, interpersonal dan teknis. Kerjasama yang baik antar pasien atau keluarga pasien sangat diperlukan untuk membuat kondisi pasien membaik.

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Kozier et al., (2010) 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 pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, pasien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment).

Format yang digunakan dalam tahap evaluasi menurut Hidayat (2012) yaitu format SOAP yang terdiri dari :

- a. *Subjective*, yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan yang diberikan. Pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan gangguan menelan diharapkan pasien mampu untuk menelan makanan.
- b. *Objective*, yaitu informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan. Pada pasien gangguan menelan dengan indikator evaluasi menurut PPNI (2019), yaitu kemampuan menelan pasien meningkat.
- c. *Assesment*, yaitu membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil. Kemudian ditarik kesimpulan dari tiga kemungkinan simpulan, yaitu :

- 1) Tujuan tercapai, yaitu respon pasien yang menunjukkan perubahan dan kemajuan yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.
 - 2) Tujuan tercapai sebagian, yaitu respon pasien yang menunjukkan masih dalam kondisi terdapat masalah.
 - 3) Tujuan tidak tercapai, yaitu respon pasien tidak menunjukkan adanya perubahan kearah kemajuan.
- d. *Planning*, yaitu rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.