

**PENGARUH LATIHAN MENELAN TERHADAP KEMAMPUAN MENELAN
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN *DISFAGIA*
BERDASARKAN *GUGGING SWALLOWING SCREEN* (GUSS)
DI RUANG UNIT STROKE RS PROVINSI
KALIMANTAN TIMUR**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2020

**PENGARUH LATIHAN MENELAN TERHADAP KEMAMPUAN MENELAN
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN *DISFAGIA*
BERDASARKAN *GUGGING SWALLOWING SCREEN* (GUSS)
DI RUANG UNIT STROKE RSUD Dr. KANUJOSO
DJATIWIBOWO BALIKPAPAN**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Keperawatan
(S.Kep)



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2020**

LEMBAR PERSETUJUAN
PENGARUH LATIHAN MENELAN TERHADAP KEMAMPUAN MENELAN
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN *DISFAGIA*
BERDASARKAN *GUGGING SWALLOWING SCREEN* (GUSS)
DI RUANG UNIT STROKE RSUD Dr. KANUJOSO
DJATIWIBOWO BALIKPAPAN

SKRIPSI

Di susun Oleh :

SYARIFAH YULIA RACHMAWATI

NIM : B21827908801

Skripsi ini Telah Disetujui

Tanggal Juli 2020



Pembimbing I

Pembimbing II

Ns. Siti Kholifah, S.Kep
NIK : 113072.89.13.039

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep, M.Kep, Sp K.MB
NIK : 113072.88.16.088

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep, M.Kep, Sp K.MB
NIK : 113072.88.16.088

LEMBAR PENGESAHAN

**PENGARUH LATIHAN MENELAN TERHADAP KEMAMPUAN MENELAN
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN DISFAGIA
BERDASARKAN *GUGGING SWALLOWING SCREEN* (GUSS)
DI RUANG UNIT STROKE**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

**SYARIFAH YULIA RACHMAWATI
NIM : B21827908801**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji
Pada Tanggal 27 Juli 2020

Penguji I,

Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep
NIK : 113072.86.14.071

Penguji II,

Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep, M.Kep
NIK. 113072.82.09.006

Penguji III,

Ns. Siti Kholifah, S.Kep, M.Kep
NIK : 113072.89.13.039

Mengesahkan
Ketua ITKES Wiyata Husada Samarinda

Mengetahui,
Ketua Program Studi

Dr. Eka Ananta Sidharta, CA, CFrA
NIDN. 0021077202

Ns.Kiki,S.Kep,M.Kep,Sp K.MB
NIK : 113072.88.16.088

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Syarifah Yulia Rachmawati
NIM : B21827908801
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : Pengaruh Latihan Menelan Terhadap Kemampuan Menelan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Disfagia Berdasarkan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)* Di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar



Samarinda, Juli 2020

Yang membuat pernyataan

Syarifah Yulia Rachmawati
B21827908801

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah *Subhanahu Wa Ta'ala*, karena berkat Rahmat dan BimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Pengaruh Latihan Menelan Terhadap Kemampuan Menelan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan *Disfagia* Berdasarkan *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) Di Ruang Unit Stroke RR Provinsi Kalimantan Timur”. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk melakukan penelitian pada program studi Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak dr. Edy Iskandar, Sp.PD, FINASIM, MARS selaku direktur RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
3. Bapak Dr. Eka Ananta Sidharta, CA, CfrA selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Ibu Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep, M.Kep, Sp K.MB selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan, sekaligus sebagai Dosen Pembimbing II yang begitu antusias menyisihkan tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan proposal hingga skripsi.
5. Ibu Ns. Siti Kholifah, S.Kep, selaku Dosen pembimbing I. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan untuk saya.
6. Ibu Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep, M.Kep, selaku dosen Penguji II. Terima kasih atas masukkan, kritik dan saran demi terlaksananya penelitian saya.

7. Bapak Ns. Edy Mulyono, S.Pd, S.Kep, M.Kep selaku dosen Penguji I saat ujian proposal. Terima Kasih atas pengetahuan *Soft Skill* yang bapak ajarkan kepada saya.
8. Bapak Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep selaku dosen Penguji I saat Ujian Hasil.
9. Kedua Orang Tua saya tersayang, terima kasih atas doa dan perhatian yang tak mampu terbalaskan sepanjang masa.
10. Semua teman – teman di ruang Unit Stroke RSKD, terima kasih sudah berkenan bertukar jadwal dinas demi kelancaran perkuliahan saya.
11. Semua teman – teman di kelas Reguler Transfer (RSKD) Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda, “We are The BEST Next NERS”.
12. Dan semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, semoga Allah *Subhanahu Wa Ta’ala* berkenan membalas kebaikan kita semua dan skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu. *Aamiin Allahuma Aamiin.*



Samarinda, Juli 2020

Peneliti

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Syarifah Yulia Rachmawati

Nim : B21827908801

Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda atas hasil saya yang berjudul :

“Pengaruh Latihan Menelan Terhadap Kemampuan Menelan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan *Disfagia* Berdasarkan *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) Di Ruang Unit Stroke RS Provinsi Kalimantan Timur”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, Juli 2020

Yang menyatakan

(Syarifah Yulia Rachmawati)

**PENGARUH LATIHAN MENELAN TERHADAP KEMAMPUAN MENELAN
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN *DISFAGIA*
BERDASARKAN *GUGGING SWALLOWING SCREEN* (GUSS)
DI RUANG UNIT STROKE RS PROVINSI
KALIMANTAN TIMUR**

Syarifah Yulia Rachmawati¹, Siti Kholifah², Kiki Hardiansyah Safitri³

ABSTRAK

Latar Belakang: Stroke merupakan penyebab lumpuh sebagian atau menyeluruh secara mendadak, stroke dapat pula menyebabkan terjadinya *disfagia* (gangguan menelan). Prevalensi disfagia di Indonesia paling banyak diatas usia 50 tahun yakni sekitar 7 – 22 %. Disfagia dapat mengakibatkan terjadinya malnutrisi, pneumonia aspirasi, bertambahnya jumlah hari rawat (*length of stay*), dan kematian. Latihan menelan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan *disfagia* bertujuan untuk mempertahankan asupan nutrisi yang adekuat dan memaksimalkan proteksi jalan napas. **Tujuan:** Menganalisis pengaruh latihan menelan terhadap kemampuan menelan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan *disfagia* berdasarkan *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) di ruang Unit Stroke Rumah Sakit. **Metode:** Design penelitian *quasi experimental* dengan rancangan *one group pre and post-test without control*. Teknik sampel berdasarkan pada pasien Stroke Non Hemoragik yang mengalami *disfagia* dengan skor GUSS 2 – 10 berjumlah 8 sampel. Latihan dilakukan dengan teknik postural dan latihan vokal AIUEO, sehari 3 kali selama 5 hari. **Hasil:** Hasil analisa menggunakan nilai uji *paired sample t-test* dengan nilai rata-rata sebelum latihan 6,63 dan sesudah latihan 13,50 dengan nilai beda mean keduanya 6,875 dengan nilai perbedaan 8,992-4,758 menunjukkan nilai $p= 0,000$ ($t -7,680$). **Kesimpulan:** Ada pengaruh latihan menelan terhadap kemampuan menelan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan disfagia. **Saran:** Latihan menelan yang diterapkan pada pasien Stroke Non Hemoragik dapat meningkatkan kemampuan menelan pasien dan mencegah terjadinya aspirasi.

Kata Kunci : Stroke, Disfagia, Latihan Menelan, Score GUSS

ABSTRACT

Background: Stroke causes immediately parted or full paralyses, which can also cause dysphagia (swallowing disorder). Dysphagia Prevalence occurs mostly to those above 50 around 7 – 22 % in Indonesia. Dysphagia can lead to malnutrition, pneumonia aspiration, longer length of stay in hospital, and mortality. Swallowing practices in non haemorrhagic stroke patients with dysphagia was aimed at maintaining adequate nutrition intake, to maximize air intake in breathing and to maximize breathing organs protection. **Purpose:** to analyze the effect of swallowing practices on the ability to swallow in patients with non-hemorrhagic stroke patients with dysphagia based on the Gugging Swallowing Screen (GUSS) in hospital stroke unit. **Method:** This study used quasi experimental design with one group pre and post-test without the control group. Samples were taken from the non-haemorrhagic stroke patients who had experienced dysphagia measured by GUSS scores 2 – 10 with 8 patients in total. Practices were conducted using postural techniques and the AIUEO vowel pronouncing practices three (3) times a day in a 5-day duration. **Results:** Anlysis using the paired sample t-test showed 6.63 before practices and 13.5 after practices with the mean difference of 6,875. The difference of 8,992-4,758 showed p value = 0,000 ($t -7,680$). **Conclusions:** There was an effect of swallowing practices on the ability to swallow in the non-haemorrhagic stroke patients experiencing dysphagia. **Suggestions:** swallowing practices employed to non-hemorrhagic stroke patients can affect their ability to swallow and to prevent them from aspiration.

Keywords: Stroke, Dyphagia, Swallowing Practices, GUSS Score

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

² Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

³ Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
E. Penelitian Terkait	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Stroke	9
B. Konsep Teori Disfagia	11
1. Pengertian	11
2. Saraf Kranial Menelan	12
C. Konsep Teori Skrining Disfagia	13
1. Bagian 1 : Tes Menelan Tidak Langsung	13
2. Bagian 2 : Tes Menelan Langsung.....	14
D. Konsep Teori Latihan Menelan.....	16
E. Konsep Teori Keperawatan.....	21
F. Hipotesis Penelitian	28

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian	30
B. Kerangka Konsep Penelitian.....	30
C. Populasi dan Sampel	30
D. Variabel Penelitian dan definisi Operasional	32
E. Tempat dan Waktu Penelitian	33
F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian.....	34
G. Uji Instrumen	35
H. Prosedur Pengumpulan Data.....	35
I. Analisa Data.....	36
J. Etika Penelitian	39

K. Alur Penelitian	41
--------------------------	----

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

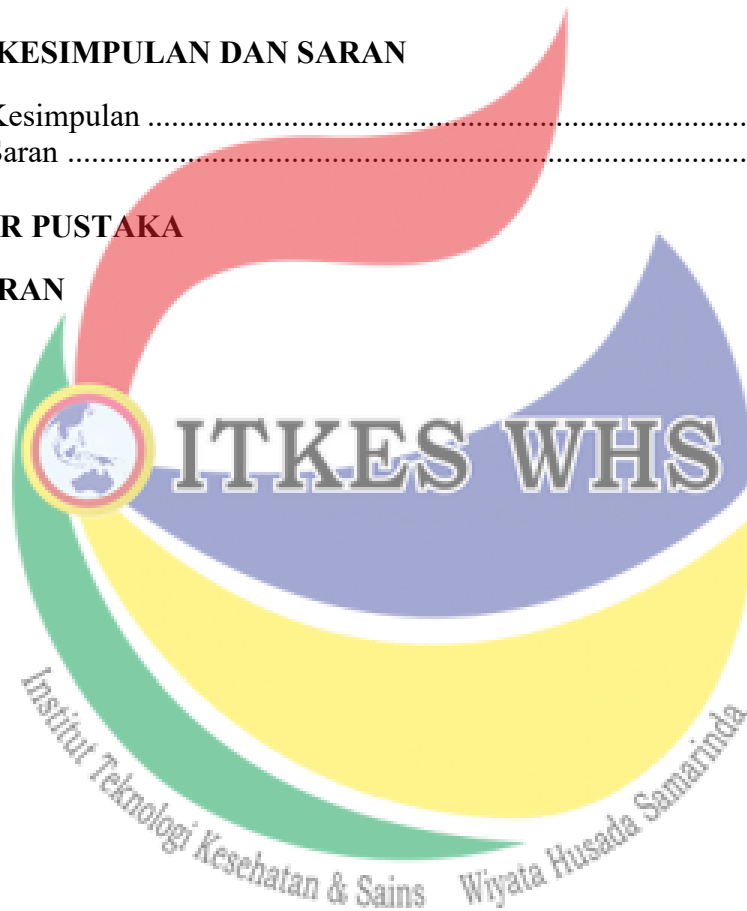
A. Hasil Penelitian	42
1. Gambaran Umum lokasi Penelitian.....	42
2. Analisa Univariat.....	43
3. Analisa Bivariat.....	46
B. Pembahasan	46
C. Keterbatasan Penelitian.....	57

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	58
B. Saran	58

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tes Menelan Tidak Langsung	14
Tabel 2.2	Tes Menelan Langsung	15
Tabel 2.3	Interpretasi Hasil Skrining <i>GUSS</i>	16
Tabel 3.1	Definisi Operasional Penelitian.....	33
Tabel 3.2	Uji Normalitas	38
Tabel 3.3	Analisa Univariat.....	38
Tabel 3.4	Analisa Bivariat.....	39
Tabel 4.1	Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik jenis kelamin penderita stroke	44
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik Umur penderita stroke	44
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik hasil CT Scan Kepala penderita stroke.....	45
Tabel 4.4	Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik kemampuan menelan pada pasien SNH dengan <i>disfagia</i> sebelum dilakukan latihan menelan berdasarkan <i>score GUSS</i>	45
Tabel 4.5	Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik kemampuan menelan pada pasien SNH dengan <i>disfagia</i> setelah dilakukan latihan menelan berdasarkan <i>score GUSS</i>	46
Tabel 4.6	Distribusi pengaruh latihan menelan dengan kemampuan menelan pada pasien <i>Stroke Non Hemoragik</i> berdasarkan <i>score GUSS</i>	46

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Manusia sebagai sistem adaptif	22
Skema 2.2	Proses Adaptasi Pasien Stroke berdasarkan Teori Adaptasi Roy..	24
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	30
Skema 3.2	Alur Penelitan	41



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Surat Ijin Permohonan Studi Pendahuluan
Lampiran 2	: Surat Permohonan Izin Penelitian
Lampiran 3	: Kuesioner Studi Pendahuluan
Lampiran 4	: Surat Persetujuan Menjadi Rsponden
Lampiran 5	: Lembar Observasi
Lampiran 6	: Prosedur Pelaksanaan Latihan Menelan
Lampiran 7	: Uji Hasil
Lampiran 8	: Master Tabel
Lampiran 9	: Foto Kegiatan



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab utama *disabilitas neurological*, selain kelemahan (lumpuh sebagian atau menyeluruh) secara mendadak, stroke dapat pula menyebabkan terjadinya *disfagia* (gangguan menelan). Sekitar 15 juta orang menderita stroke yang pertama kali setiap tahun, dengan sepertiga dari kasus ini atau sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian. Presentase kematian dini karena stroke naik menjadi 94% pada orang dibawah usia 70 tahun (*World Health Organization, 2015*). Pada tahun 2018 di Indonesia didapati peningkatan data pasien stroke sebanyak 10,9% dibandingkan data pasien stroke pada tahun 2013 yang berjumlah 7% dari 1000 orang (*Riskesdas, 2018*). Data yang di peroleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2016 menyatakan bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 di Kota Samarinda setelah penyakit jantung, hipertensi, dan lansia dengan persentase 13,2% dari 460 kasus (*Dinkes Kaltim, 2016*) (*Nurwati & M.Dirdjo, 2017*).

Jumlah pasien stroke berdasarkan data Buku Register ruang Unit Stroke RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada bulan September sampai dengan bulan November 2019, berjumlah 262 pasien, dimana 45 pasien mengalami gangguan menelan dan terpasang *Naso Gastric Tube (NGT)*, dan didapatkan sebanyak 7 pasien keluar rumah sakit menggunakan *Naso Gastric Tube (NGT)*, sedangkan data yang didapat dari Unit Rekam Medik RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada tahun 2019 didapatkan 2 pasien stroke meninggal akibat dari komplikasi *disfagia*, yaitu aspirasi.

Penelitian yang dirangkum dalam *World Stroke Academy Learning Moduls* tahun 2012, prevalensi *disfagia* pada penderita stroke berkisar antara 29 - 67% pada keseluruhan penderita stroke. Prevalensi *disfagia* di Indonesia paling banyak diatas usia 50 tahun yakni sekitar 7 – 22 %

(Nayoan, 2017). *Disfagia* dapat mengakibatkan terjadinya *malnutrisi*, *dehidrasi*, infeksi saluran napas, *pneumonia aspirasi*, bertambahnya jumlah hari rawat inap (*length of stay*), dan bahkan kematian. Penanganan *disfagia* bertujuan untuk mempertahankan asupan nutrisi yang adekuat dan memaksimalkan proteksi jalan napas. (Pandaleke, Sengkey, & Angliadi, 2014).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada bulan Januari 2020 tentang pengetahuan perawat terhadap skrining dan intervensi latihan menelan pada pasien stroke dengan *disfagia*, didapatkan hasil bahwa dari 15 perawat, hanya 9 perawat yang mengetahui tentang skrining dan intervensi latihan menelan pada pasien stroke dengan *disfagia*. Sedangkan 6 perawat lainnya pernah mendengar namun belum mengetahui secara rinci tentang skrining dan intervensi latihan menelan pada pasien stroke dengan *disfagia*. Hasil wawancara juga tidak ditemukan adanya Standar Prosedur Operasional (SPO) skrining menelan khusus pasien *disfagia* di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Skrining yang dilakukan selama ini hanya melalui pengamatan langsung oleh perawat yang ada di ruangan tersebut terhadap respon menelan pasien saat akan memberikan diet atau obat per oral. Latihan mengunyah dan menelan secara terstruktur belum secara intensif dilakukan, sehingga perkembangan kemampuan menelan belum terukur dengan baik. Penanganan pasien stroke dengan *disfagia* di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dilakukan oleh terapi wicara dan perawat yang telah mengikuti pelatihan asuhan keperawatan stroke, namun belum secara intensif dan terstruktur dilakukan karena keterbatasan tenaga.

Penelitian yang pernah dilakukan terkait *disfagia* pada pasien stroke antara lain oleh Afrida, pada tahun 2018 yang melakukan penelitian mengenai efek latihan menelan terhadap *disfagia* pada pasien stroke,

dimana latihan menelan yang dilakukan adalah teknik *maneuver* menelan, dilakukan 3 kali sehari selama seminggu. Penelitian ini diterbitkan oleh *Indonesian Contemporary Nursing Journal (vol 2, hal 13-20)* dengan hasil ada pengaruh positif dari latihan menelan pada pasien stroke yang mengalami *disfagia*. (Afrida, 2018). Hwan-Hee Kim dan Ji-Su Park pada tahun 2019 juga melakukan penelitian dengan judul *Efficacy of Modified Chin Tuck Against Resistance Exercise using Hand – Free Device for Dysphagia in Stroke Survivors*, pada penelitian ini, intervensi yang dilakukan adalah dengan menahan dagu ketika membuka mulut selama 30 detik, diulang sebanyak 30 kali, setiap hari selama 5 hari, dan didapatkan hasil bahwa latihan *Modified Chin Tuck Against Resistance (mCTAR)* dapat mengurangi risiko terjadinya *aspirasi* pada pasien *disfagia* (Kim & Park, 2019).

Penelitian lain di tahun yang sama dilakukan oleh Dewi Siyamti, dkk; yang mana penelitian dilakukan untuk mengetahui pengaruh *akupresur* dan *shaker exercise* terhadap kemampuan menelan pasien stroke akut dengan *disfagia*. Latihan yang dilakukan adalah dengan pengaturan posisi, *oral care*, *akupresure*, dan *shaker exercise*, selama 5 hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kemampuan menelan pada pasien stroke setelah dilakukan intervensi *akupresur* dan *shaker exercise* (Siyamti, Pudjonarko, & Mardiyono, 2019). Penelitian terkait instrument penilaian *disfagia* dengan menggunakan skrining *GUSS* yang dilakukan oleh Samia El Said pada tahun 2017 mendapatkan hasil bahwa skrining *GUSS* adalah skrining sederhana, valid, dan dapat diandalkan untuk mendeteksi *disfagia* pada fase akut karena memiliki sensitivitas 100%, spesifisitas 69%, dan nilai prediksi negatif 100%. Alat ini sangat mudah, cepat, dan sesuai untuk menilai tingkat keparahan *disfagia* (Said Bassiouny, 2017). Penelitian terbaru yang dilakukan oleh Oliviera, 2019, yang berjudul *Dysphagia screening tools for acute stroke patients available for nurses: A systematic review* didapatkan hasil bahwa dari semua alat skrining yang tersedia,

skrining *GUSS* adalah alat skrining yang cocok untuk perawat dalam praktik klinis (Oliveira, Da Mota, Freitas, & Ferreira, 2019)

Berdasarkan uraian diatas, perawat dituntut untuk mampu melaksanakan latihan menelan pada pasien *disfagia*, sehingga dapat mengurangi risiko komplikasi yang mungkin terjadi, lama hari perawatan menjadi lebih singkat dan biaya yang ditanggung pasien menjadi lebih minimal. Perawat juga wajib memberikan edukasi pada pasien dan keluarga pasien mengenai teknik – teknik latihan menelan secara optimal dalam rangka mempersiapkan perawatan mandiri saat di rumah. Oleh karena itu penulis tertarik menganalisis bagaimana “Pengaruh Latihan Menelan Terhadap Kemampuan Menelan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan *Disfagia* Berdasarkan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*?” di Ruang Stroke Unit RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

B. Rumusan masalah

Stroke dapat mengakibatkan *disabilitas neurological*, umumnya adalah kelemahan pada ekstrimitas, namun disamping itu pula dapat terjadi gangguan pada fungsi menelan. Prevalensi kejadian *disfagia* pada pasien Stroke Non Hemoragik di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan cukup signifikan, masih ditemukan pasien yang pulang dengan *Naso Gastric Tube (NGT)*, bahkan terjadi kematian akibat aspirasi. Hal ini dikarenakan belum efektifnya pelaksanaan skrining dan latihan menelan secara intensif pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan *disfagia*. Berbagai studi yang berkaitan dengan *disfagia* pada pasien stroke telah banyak dilakukan di beberapa rumah sakit dan lembaga penelitian, dan rata – rata didapatkan peningkatan kemampuan menelan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan *disfagia* setelah dilakukan latihan menelan, sedangkan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan belum pernah dilakukan penelitian serupa.

Rumusan masalah untuk penelitian ini adalah apakah ada “Pengaruh Latihan Menelan Terhadap Kemampuan Menelan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan *Disfagia* Berdasarkan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*” di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh latihan menelan terhadap kemampuan menelan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan *disfagia* berdasarkan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)* di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi kemampuan menelan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan *disfagia* sebelum dilakukan latihan menelan berdasarkan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*.
- b. Teridentifikasi kemampuan menelan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan *disfagia* setelah dilakukan latihan menelan berdasarkan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*.
- c. Dianalisa perbedaan kemampuan menelan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan *disfagia* sebelum dan setelah dilakukan latihan menelan.

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi bagi ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan untuk pengembangan penelitian dalam praktek keperawatan mengenai pengaruh latihan menelan terhadap kemampuan menelan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan *disfagia* berdasarkan skrining *GUSS*.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pembuatan panduan tatalaksana *disfagia* pada pasien stroke, khususnya Stroke Non Hemoragik di rumah sakit, terutama di Ruang Unit Stroke.

b. Bagi Perawat

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber pengetahuan dan bahan edukasi kepada pasien Stroke Non Hemoragik dengan *disfagia* khususnya yang dirawat di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

c. Bagi Responden

Penelitian ini diharapkan dapat mencegah terjadinya komplikasi (*pneumonia aspirasi*) dan infeksi yang didapat di rumah sakit / *Healthcare Associated Infections (HAIs)*, dan dapat menekan lama waktu perawatan (*length of stay*) sehingga biaya yang dikeluarkan pasien pun akan berkurang.

E. Penelitian Terkait

Penelitian serupa yang sebelumnya pernah dilakukan dengan tujuan yang sama untuk mengetahui kemampuan menelan dari pasien stroke diantaranya :

- a. Penelitian yang dilakukan oleh Afrida pada tahun 2018 dengan judul *Effect of Ingesting Training Towards Dysphagia in Stroke*, dilakukan dengan metode *pre experimental* dengan rancangan *one group pre – post test design*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *convenience sampling* dengan jumlah responden 20 pasien stroke dengan *disfagia* . Latihan menelan dilakukan sebanyak 3 kali dalam sehari dalam satu minggu yang status menelannya diobservasi pada hari pertama sebelum diberikan perlakuan dan dihari ketujuh setelah perlakuan

latihan menelan. Hasil akhir menunjukkan bahwa ada pengaruh latihan menelan pada pasien stroke dengan *disfagia* dengan hasil $p < 0,001$. Persamaan pada penelitian ini yaitu metode yang digunakan dan teknik pengambilan sampel. Perbedaan pada penelitian yang dilakukan sebelumnya, terletak pada sampel yang diambil yaitu seluruh pasien stroke (hemoragik dan non hemoragik), teknik latihan menelan juga tidak dijabarkan pada penelitian sebelumnya. Penelitian ini menggunakan latihan vokal, teknik postural, *maneuvers* menelan, terbatas hanya pada pasien stroke non hemoragik saja.

- b. Penelitian yang dilakukan oleh Afrida pada tahun 2018 disempurnakan lagi pada tahun 2019 dengan judul Penatalaksanaan Latihan Menelan pada Pasien Stroke dengan *Disfagia*, dilakukan dengan metode *pre experimental* dengan rancangan *one group pre – post test design*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *convenience sampling* dengan jumlah responden lebih sedikit yaitu 10 pasien stroke dengan *disfagia*. Frekuensi latihan yang diberikan masih sama yaitu sebanyak 3 kali sehari selama 1 minggu dan dievaluasi di hari ketujuh setelah intervensi, namun kali ini, pasien stoke dengan *disfagia* dikelompokkan berdasarkan derajat gangguannya. Hasil akhir menunjukkan bahwa ada pengaruh penatalaksanaan latihan menelan pada pasien stroke dengan *disfagia* dengan melihat perbandingan status fungsi menelan pasien stroke sebelum dan setelah dilakukan latihan menelan dengan hasil $p=0,005$. Perbedaan pada penelitian ini terletak pada pengelompokan pasien *disfagia*, dalam penelitian ini, semua pasien *disfagia* yang memenuhi kriteria inklusi dijadikan sampel dalam penelitian tanpa melihat derajat gangguannya.
- c. Artikel yang diterbitkan oleh *Journal Biomedik (JBM)* yang ditulis oleh Pandaleke, Jenny J.C pada tahun 2014 dengan judul Rehabilitasi Medik pada Penderita *Disfagia* menjelaskan bawah ada beberapa penanganan rehabilitasi pada penderita *disfagia* diantaranya adalah teknik postural, modifikasi diet, *swallowing maneuver*, teknik *oral*

sensory awareness, stimulasi elektrik, dan *shaker exercises*. Penelitian ini menggunakan teknik postural dan *maneuver* menelan dengan tambahan latihan vokal berdasarkan buku Fisioterapi Bagi Insan Stroke yang ditulis oleh Irfan, M pada tahun 2010 di Yogyakarta.

- d. Penelitian yang dilakukan oleh Isabel de Jesus Oliveira dan Liliana Andreia Meves da Monta pada tahun 2019 tentang *Dysphagia Screening Tools for Acute Stroke Patients Available for Nurses*, dengan cara mereview 377 artikel tentang alat ukur *disfagia*. Dari semua alat ukur yang tersedia, *Gugging Swallowing Screen (GUSS)* adalah alat skrining yang cocok digunakan oleh perawat dalam praktik klinis. Penelitian ini menggunakan skrining *GUSS* untuk mengevaluasi hasil dari pemberian intervensi latihan menelan.

Pasien stroke yang mengalami *disfagia* rentan terjadi *aspirasi*, bahkan kematian sehingga dibutuhkan intervensi yang intensif seperti latihan menelan. Berdasarkan data dan uraian penelitian diatas maka menjadi tantangan bagi perawat untuk memiliki pengetahuan mengenai *disfagia* pada pasien stroke dan mampu melakukan skrining pada pasien stroke, khususnya pada pasien Stroke Non Hemoragik yang mengalami *disfagia*.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah suatu penyakit *defisit neurologis* akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan dapat menimbulkan cacat atau kematian. *World Health Organization (WHO)* menyatakan bahwa stroke adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global dengan gejala - gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler (Islamiati, 2018).

2. Klasifikasi Stroke

a. Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik paling banyak disebabkan oleh adanya *ruptur arteriosklerotik* dan hipertensi pembuluh darah, yang bisa menyebabkan perdarahan didalam jaringan otak (Black & Hawks, 2014).

b. Stroke Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik terjadi ketika suplai darah ke bagian dari otak terganggu atau tersumbat total. Iskemia biasanya terjadi karena *trombosis* atau *embolik*. Stroke Non Hemoragik yang terjadi karena *trombosis* lebih sering terjadi dibandingkan dengan *embolik* (Black & Hawks, 2014).

3. Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko terjadinya stroke secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu, faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi (AHA, 2015).

a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor-faktor tersebut terdiri atas faktor genetik dan ras, usia, jenis kelamin, dan riwayat stroke sebelumnya. Seseorang yang pernah mengalami serangan stroke yang dikenal dengan *Transient Ischemic Attack (TIA)* berisiko tinggi mengalami stroke, *American Heart and Stroke Association* menyebutkan bahwa 15% kejadian stroke ditandai oleh serangan *TIA* terlebih dahulu (*American Heart Association & American Stroke Association, 2015*).

b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

Faktor risiko yang dapat diubah adalah obesitas (kegemukan), hipertensi, *hiperlipidemia*, kebiasaan merokok, penyalahgunaan alkohol dan obat, dan pola hidup tidak sehat (WHO, 2015).

4. Patofisiologi Stroke

Otak kita sangat sensitif terhadap kondisi penurunan dan hilangnya suplai darah. *Hipoksia* dapat menyebabkan iskemik serebral karena otak tidak bisa menggunakan *metabolisme anaerobik* jika terjadi kekurangan oksigen dan glukosa (Black & Hawks, 2014). Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi di mana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk *Sirkulus Willisii*. Adanya gangguan pada peredaran darah otak dapat mengakibatkan cedera pada otak (Smeltzer & Bare, 2012).

5. Manifestasi Klinis Stroke

a. *Stroke Non-Haemorrhagic (SNH)*

Gejala utamanya adalah timbulnya *defisit neurologis*. Secara mendadak/subakut, didahului gejala *prodromal*, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun kecuali bila *embolus* cukup besar (Alchuriyah & Wahjuni, 2016).

b. Stroke Hemorrhagic (SH), terbagi menjadi :

Mempunyai gejala *prodromal* yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan ini sering kali pada siang hari, saat aktifitas atau emosi/marah. Sifat nyeri kepala yang hebat sekali. Mual muntah sering terdapat pada permulaan serangan. Kesadaran biasanya cepat menurun dan cepat masuk koma (65% terjadi kurang dari 1/2 jam, 23% antara 1/2 - 2 jam, dan 12% terjadi setelah 2 jam – 19 hari) (Alchuriyah & Wahjuni, 2016).

6. Penatalaksanaan Stroke

a. Fase akut

Fase akut stroke berakhir 48 sampai 72 jam. Pasien yang koma pada saat masuk dipertimbangkan memiliki prognosis buruk. Sebaliknya pasien sadar penuh mempunyai prognosis yang lebih dapat diharapkan. Prioritas dalam fase akut ini adalah mempertahankan jalan nafas dan ventilasi yang baik (Smeltzer dan Bare, 2012).

b. Fase rehabilitasi

Fase rehabilitasi stroke adalah fase pemulihan pada kondisi sebelum stroke. Program pada fase ini bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fungsional pasien stroke, sehingga mampu mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari dengan adekuat (Smeltzer dan Bare, 2012).

B. Konsep Teori Disfagia

1. Pengertian Disfagia

Disfagia berasal dari bahasa Yunani yaitu *dys* yang artinya sulit dan *phagein* yang artinya memakan. *Disfagia* adalah *disfungsi* atau gangguan fungsi menelan dimana cairan dan/atau makanan tidak dapat mengalir secara optimal dari bibir ke perut (Said Bassiouny, 2017) yang dapat mengakibatkan terjadinya malnutrisi, dehidrasi,

infeksi saluran napas, bertambahnya jumlah hari rawat inap, dan bahkan kematian (Pandaleke, Sengkey, & Angliadi, 2014).

2. Saraf Kranial Menelan

Pada dasarnya terdapat 12 pasang inti saraf kranial di batang otak, masing – masing berada di sisi kiri dan kanan. Inti saraf kranial I – IV terletak di *midbrain*, V – VIII terletak di *pons*, IX – XII terletak di *medulla*. Batang otak secara *konvensional* diyakini menjadi pusat menelan yang terletak di *rostral* batang otak (Groher, 2010). Berikut ini deskripsi singkat mengenai masing – masing saraf kranial yang terlibat untuk menelan :

a. Saraf Kranial V (*Trigeminus*)

Saraf kranial V (*Trigeminus*) bertanggung jawab untuk sensasi umum pada wajah, sensasi umum pada 2/3 anterior lidah, dan bertanggung jawab untuk suplai motoris ke *muskulus* yang terlibat dalam *mastikasi* (Granell, et al, 2012).

b. Saraf Kranial VII (*Facialis*)

Saraf kranial VII (*facialis*) bertanggung jawab untuk fungsi motorik pada wajah, khususnya bagian bawah yang terlibat dalam mempertahankan makanan atau minuman didalam *kavitas* oral selama proses *preparasi oral*, dan bertanggung jawab untuk sensasi rasa pada 2/3 anterior lidah (Granell, et al, 2012).

c. Saraf Kranial IX (*Glossopharyngeus*)

Saraf kranial IX (*Glossopharyngeus*) bertanggung jawab untuk suplai motoris ke *muskulus konstriktor faringeal* dan bertanggung jawab untuk sensasi 1/3 posterior lidah (Granell, et al, 2012).

d. Saraf Kranial X (*Vagus*)

Saraf kranial X (*vagus*) bertanggung jawab untuk fungsi motoris langit – langit lunak, *faring*, *laring*, *esophagus*, dan bertanggung jawab untuk sensasi umum pada *laring*. Inti saraf kranial X terletak di *medulla*, baik *medulla* kiri maupun *medulla*

kanan (Granell, et al, 2012). Saraf *vagus* juga bertanggung jawab atas refleks muntah (dan refleks batuk ketika saluran telinga distimulasi) dan menstimulasi gerak *peristaltik* pada saluran pencernaan (Hisham, 2019).

e. Saraf Kranial XII (*Hypoglossus*)

Saraf kranial XII (*hypoglossus*) bertanggung jawab untuk mengontrol sebagian besar *muskulus intrinsic* dan *ekstrinsik* yang terlibat dalam *motilitas* lidah (Granell, et al, 2012).

Disfagia dapat terjadi karena adanya stroke di area *kortikal*, *subkortikal*, atau di batang otak, dan hal ini pada akhirnya akan menyebabkan komplikasi yang berpotensi serius, seperti *aspirasi pneumonia*, *malnutrisi*, dan dehidrasi.

C. Konsep Teori Skrining *Disfagia*

Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke (2018) menekankan bahwa harus dilakukannya deteksi dini *disfagia* menggunakan alat skrining yang valid, sebelum pasien diberikan intake per oral. Pada tahun 2007, Michaela Trapl et al memperkenalkan sebuah alat skrining non instrument yang dapat mengidentifikasi pasien stroke dengan *disfagia* dan risiko *aspirasi*. Alat skrining ini dikenal dengan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*.

Selain untuk mengidentifikasi adanya gangguan menelan pada pasien stroke, skrining *GUSS* digunakan juga untuk meminimalkan risiko *aspirasi*, oleh karenanya skrining *GUSS* memiliki tahapan prosedur pemeriksaan yang dimulai dari fase *semisolid*, *liquid*, dan *solid* (Trapl et al., 2007b). Skrining *GUSS* terdiri dari 2 bagian :

1. Bagian 1, penilaian awal : Tes Menelan Tidak Langsung

Tes menelan dimulai dengan menelan air dalam jumlah minimal (1 cc). Volume ini sangat mirip dengan menelan ludah. Pasien yang tidak dapat memproduksi air liur yang cukup karena mulut kering dapat diberikan semprotan air sebagai gantinya. Pada bagian ini,

kewaspadaan pasien, kemampuan batuk, dan menelan air liur dinilai (Trapl et al., 2007).

Tabel 2.1 Tes Menelan Tidak Langsung

	Ya	Tidak
Kewaspadaan (Pasien sadar minimal 15 menit)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Batuk dan atau Berdehem (Batuk yang disengaja, atau pasien berdehem dua kali)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Menelan air liur		
- Menelan dengan baik	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
- Ngiler	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- Perubahan suara	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Jumlah		
	1-4 : pemeriksaan lebih lanjut	
	5 : tes menelan langsung	

Sumber : American Stroke Association, 2007; Trapl. M, et.al, 2017

2. Bagian 2 : Tes Menelan Langsung

Tes menelan langsung terdiri dari 3 fase yang dilakukan secara berurutan, dimulai dengan tekstur semipadat, kemudian cair, dan akhirnya konsistensi padat.

a) Percobaan Menelan dengan tekstur Semipadat

Gunakan air putih yang diberi pengental, bisa juga menggunakan pudding yang semipadat. Anjurkan pasien mengkonsumsi 1/3 – 1/2 sendok teh di awal percobaan menelan, kemudian dilanjutkan 5 sendok teh lagi. Amati respon menelan pasien dengan cermat disetiap sendok suapan. Hentikan tes menelan jika terdapat 1 dari 4 tanda *aspirasi (deglutisi*, batuk, liur, dan perubahan suara) positif (Trapl et al., 2007)

b) Percobaan Menelan dengan tekstur Cair

Dimulai dengan 3 cc air menggunakan sendok, amati kemampuan menelan pasien dengan seksama saat menelan jumlah pertama. Ketika menelan berhasil, tes dilanjutkan dengan peningkatan jumlah bertahap dimulai dari 5 cc, 10 cc, dan 20 cc

air. Tes menelan air sebanyak 50 cc adalah tahap akhir pada fase ini. Pasien harus minum 50 cc secepat yang dia bisa (Trapl et al., 2007)

c) Percobaan Menelan dengan tekstur Padat

Sepotong kecil roti kering adalah *bolus* pertama di awal subtes ini. Pengujian diulang 5 kali. Sepuluh detik ditetapkan sebagai batas waktu untuk *bolus* padat kecil, termasuk fase persiapan oral (Trapl et al., 2007)

Tabel 2.2 Tes Menelan Langsung

Pemeriksaan Bertahap →	1 →	2 →	3
	Semi Padat *	Cair **	Padat ***
Proses Menelan			
- Tidak dapat menelan	0 □	0 □	0 □
- Menelan tertunda (> 2 detik, bahan padat > 10 detik)	1 □	1 □	1 □
- Menelan dengan baik	2 □	2 □	2 □
Batuk (tidak disengaja) (sebelum, selama, setelah menelan; sampai 3 menit kemudian)			
- Ya	0 □	0 □	0 □
- Tidak	1 □	1 □	1 □
Ngiler			
- Ya	0 □	0 □	0 □
- Tidak	1 □	1 □	1 □
Perubahan Suara (suara diperhatikan sebelum dan sesudah menelan, kata "oh")			
- Ya	0 □	0 □	0 □
- Tidak	1 □	1 □	1 □
Jumlah			
	1-4 : pemeriksaan lebih lanjut ke "cair"	1-4 : pemeriksaan lebih lanjut ke "padat"	1-4 : pemeriksaan lebih lanjut ke "NORMAL"
JUMLAH (Latihan Tidak Langsung dan Langsung)	 (20)	

Sumber : American Stroke Association, 2007; Trapl. M, et.al, 2017

Tabel 2.3 Interpretasi Hasil Skrining *GUSS*

Jumlah	Kriteria Keparahan <i>Disfagia</i>	Risiko Aspirasi
20	Tidak ada <i>disfagia</i> atau <i>disfagia</i> ringan	Risiko <i>aspirasi</i> minimal
15 - 19	<i>Disfagia</i> Ringan	Risiko rendah terjadi <i>aspirasi</i>
10 - 14	<i>Disfagia</i> Moderat	Risiko sedang terjadi <i>aspirasi</i>
0 - 9	<i>Disfagia</i> Berat	Risiko tinggi operasi

Sumber : American Stroke Association, 2007; Trapl. M, et.al,2017

D. Konsep Teori Latihan Menelan

Menelan adalah fungsi dasar yang dibutuhkan untuk kehidupan. Makan dan minum tidak hanya dibutuhkan untuk kelangsungan hidup, tetapi juga kebutuhan sosial. Oleh karenanya tujuan latihan menelan adalah untuk mencegah *aspirasi* pneumonia, mengoptimalkan *hidrasi* dan nutrisi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien stroke sebagai manusia yang bermasyarakat. Secara garis besar, latihan menelan yang dilakukan dibagi menjadi dua pendekatan, yakni kompensasi dan restorasi (Taruna. R, 2015).

1. Pendekatan Kompensasi

Pendekatan kompensasi merupakan sebuah teknik yang digunakan untuk mencegah *aspirasi*, mengoptimalkan *hidrasi* dan nutrisi tanpa meningkatkan fungsi motoris dan sensoris menelan yang terganggu. Adapun metode yang digunakan pada pendekatan kompensasi yakni :

a. Penyesuaian *Postural* / Teknik *Postural*

Metode penyesuaian *postural* didesain untuk mengubah kecepatan dan aliran arah *bolus*, seringkali dengan tujuan untuk melindungi saluran nafas untuk memfasilitasi menelan yang aman. Metode penyesuaian *postural* tidak menormalkan gangguan motoris, melainkan mengkompensasi gerakan motoris. Berikut adalah beberapa metode penyesuaian *postural* yang dapat digunakan :

1) *Chin Down / Head Flexion*

Sebuah metode yang didesain untuk pasien yang mengalami keterlambatan menelan fase *faringeal* dimana terjadi penurunan kemampuan *retraksi* dasar lidah, dan penurunan kemampuan *elevasi laring*. Pasien diinstruksikan menunduk dan kemudian menelan. Pada saat menunduk, usahakan untuk melakukan *palpasi* pada *laring* untuk mengetahui apakah *laring* sudah *elevasi* dan kembali pada posisi istirahat.

2) *Head Rotation / Turn*

Sebuah metode yang didesain untuk mengalirkan *bolus* ke sisi yang lebih kuat atau normal. Pasien diinstruksikan memutar kepala ke sisi yang lemah dari *faringeal* atau *laringeal*, kemudian pasien diminta untuk menelan. Pada saat memutar kepala, usahakan untuk melakukan *palpasi* pada *laring* untuk mengetahui apakah *laring* sudah *elevasi* dan kembali pada posisi istirahat.

3) *Lateral Head Tilt*

Sebuah metode yang didesain untuk pasien yang mengalami paresis pada *unilateral oral* dan *faringeal* (sisi yang sama). Pasien diinstruksikan memiringkan kepala ke sisi yang lebih kuat atau normal dari *oral* dan *faring*, kemudian pasien diminta untuk menelan. Pada saat memiringkan kepala, usahakan untuk melakukan *palpasi* pada *laring* untuk mengetahui apakah *laring* sudah *elevasi* dan kembali pada posisi istirahat.

b. *Swallow Maneuvers*

1) *Supraglottic Swallow & Super-Supraglottic Swallow Maneuver*

Pada *supraglottic swallow*, pasien diinstruksikan untuk *inhalasi* dan menahan nafas, kemudian menelan sambil terus

menahan nafas, dan batuk segera setelah menelan. Pada *super-supraglottic swallow maneuver*, pasien diinstruksikan untuk *inhalasi* dan menahan nafas dengan sangat erat, kemudian menelan sambil terus menahan nafas, dan batuk segera setelah menelan. Diketahui bahwa batuk secara *volunteri* dapat membersihkan *residu* di daerah *faring*. Menahan nafas pada kedua metode di atas bertujuan agar *plika vokalis adduksi* secara *volunteri* untuk mencegah *bolus* masuk ke saluran pernafasan.

2) *Effortful Swallow Maneuver*

Sebuah metode yang didesain untuk meningkatkan *retraksi* dasar lidah dan tekanan pada *bolus* selama melewati *faring* sehingga dapat membersihkan residu di *valleculae*. Pasien diinstruksikan menelan seperti biasa, namun dengan upaya atau kekuatan yang lebih dari biasanya.

3) *Mendhelsohn Maneuver*

Sebuah metode yang didesain untuk meningkatkan durasi pembukaan atau *relaksasi sfingter esophagus* atas. Pasien diinstruksikan untuk menelan seperti biasa dan ketika *laring* sudah *elevasi* dan mencapai titik akhir, pelatih menahan tulang rawan tiroid sebelum *laring* kembali pada posisi istirahat.

2. Pendekatan *Restorasi*

Pendekatan *restorasi* merupakan sebuah teknik yang bertujuan untuk mengoptimalkan fungsi sensoris-motoris menelan yang terganggu. Pada saat tidak menelan, *sfingter esophagus* atas berkontraksi (menutup) berguna untuk mencegah refluks. Sebaliknya, pada saat menelan (saat *laring elevasi*), *sfingter esophagus* atas relaksasi (terbuka). *Elevasi laring* memainkan peran penting dalam pembukaan *sfingter esophagus* atas (*muskulus krikofaringeal*). Jika *elevasi laring* adekuat, pada saat *laring elevasi*, *muskulus*

krikofaringeus akan diinhibisi oleh saraf kranial *vagus*. Inhibisi tersebut menyebabkan *muskulus krikofaringeus* relaksasi dan memungkinkan *bolus* untuk masuk ke esophagus.

Terdapat beberapa metode yang didesain untuk meningkatkan elevasi *laring*, yakni latihan vokal A-I-U-E-O, *Jaw Opening Exercise*, *Shaker Exercise*, *Neuromuscular Electrical Stimulation (NMES)*, *Thermal Tactile Oral Stimulation (TTOS)*, dan *Masako Maneuver*.

a. Latihan Vokal A-I-U-E-O

Latihan ini selain bertujuan untuk meningkatkan kemampuan komunikasi, dapat pula meningkatkan kemampuan menelan melalui rangsangan saraf kranial V, VII, IX, X, dan XII yang berperan pada organ lidah yang mengatur proses menelan. Proses latihan vokal A-I-U-E-O, ketika pasien mengucapkan A-I-U-E-O sesuai prosedur, maka ada impuls yang dikirim ke otak untuk proses menelan yaitu di nukleus *traktus solitarius* dan nukleus *ambigus* dengan *formatio retikularis* akan mengaktifkan motoneuron kranial, yaitu impuls aferen *N. Trigemini*, *N. Glossofaringeus*, dan *N. Vagus*, akibat impuls aferennya yaitu ada rangsangan pada otot-otot di wajah, mulut, bibir, dan lidah, serta kelenjar air liur sehingga ada respon untuk mengunyah, menelan, maupun refleks pada organ *laring* dan *epiglotis* (Farhan, 2018).

b. *Jaw Opening Exercise*

Metode ini didesain untuk meningkatkan kemampuan elevasi *laring*. Pada pelaksanaannya, *jaw opening exercises* dilakukan 2 set dalam sehari. 1 set membutuhkan 4 kali pengulangan. Pasien diminta untuk membuka mulut semaksimal mungkin dan tahan selama 10 detik, kemudian istirahat selama 10 detik. Perlu diketahui bahwa jika pada pelaksanaan pasien tidak mampu membuka mulut semaksimal mungkin, hal ini akan menyebabkan *gradasi kontraksi* otot tidak terlalu adekuat. Lakukan *resistensi* ketika pasien mencoba untuk membuka mulut. Hal ini

akan menyebabkan *gradasi kontraksi* otot menjadi lebih adekuat meskipun pasien tidak dapat membuka mulut selebar mungkin.

c. *Shaker Exercises*

Metode ini didesain untuk meningkatkan kemampuan *elevasi laring*. Pada pelaksanaannya, terdapat dua bagian :

- 1) Pasien diinstruksikan berbaring di tempat tidur tanpa bantal. Kemudian pasien diinstruksikan melakukan gerakan *isotonik* dan menahannya selama satu menit. Pasien harus tetap menjaga bahu posisi dan bahu harus tetap menempel di tempat tidur.
- 2) Pasien diinstruksikan baring di tempat tidur tanpa bantal. Kemudian diinstruksikan melakukan gerakan *isotonik* dan *isometrik* secara perlahan sebanyak 30 kali.

d. *Neuromuscular Electrical Stimulation (NMES)*

Sebuah metode yang didesain menggunakan elektroda untuk memberikan stimulasi listrik ke kelompok *muskulus suprahyoid* sehingga menyebabkan kontraksi otot dengan *depolarisasi* serabut saraf di area target.

e. *Thermal Tactile Oral Stimulation (TTOS)*

Sebuah metode yang didesain untuk menangani pasien *disfagia neurogenic* terutama jika disebabkan oleh *defisit sensoris*. Pasien diinstruksikan membuka mulut dan melatih mengusap lidah dengan memberikan sedikit tekanan sebanyak 5 kali dengan menggunakan kaca *laring* yang telah didinginkan. Hal ini menyebabkan pengiriman *neuron aferen* ke batang otak (sebagai kode), sehingga memicu *inisiasi reflex* menelan.

f. *Masako Maneuver*

Metode ini didesain untuk meningkatkan gerakan dinding *posterior faringeal*. Kontak dasar lidah dengan dinding *posterior faring* penting untuk menekan *bolus* melewati *faring*. Pada pelaksanaannya, pasien diinstruksikan untuk menahan ujung lidah dengan cara menggigit secara lembut sambil menelan *saliva*.

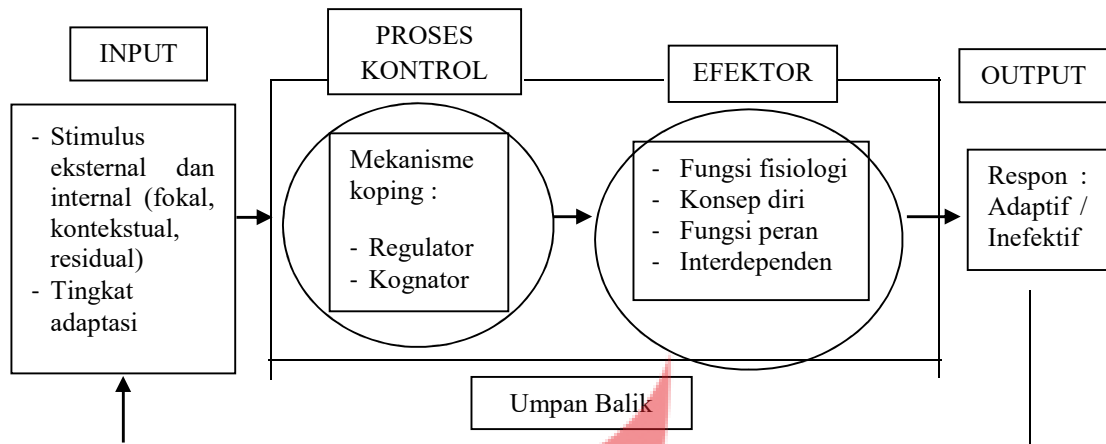
E. Konsep Teori Keperawatan

1. Teori Adaptasi Roy

Teori adaptasi Roy pertama kali dikembangkan oleh Sister Callista Roy pada tahun 1964 – 1966 dan baru dioperasionalkan pada tahun 1968 (Hidayati, 2019). Teori adaptasi Roy mengatakan bahwa manusia merupakan sistem adaptif yang mempunyai kemampuan beradaptasi terhadap kompleksitas masalah sepanjang hidupnya (Dharma, 2018). Tingkat adaptasi seseorang adalah suatu titik yang berubah secara terus menerus, dibangun dari *stimulus* fokal, *kontekstual*, dan *residual*, yang mewakili standar seseorang terhadap suatu rentang stimuli dimana satu orang dapat berespon dengan respon adaptif yang biasa (Alligood, 2017). *Stimulus* yang membentuk tingkat adaptasi adalah sebagai berikut :

- a) *Stimulus fokal* yaitu *stimulus* internal atau eksternal yang mempengaruhi individu dengan segera.
- b) *Stimulus kontekstual* yaitu *stimulus* lain yang muncul pada suatu situasi yang turut menjadi akibat dari *stimulus* fokal.
- c) *Stimulus residual* adalah faktor lingkungan dari dalam ataupun bukan dari dalam sistem manusia yang dampaknya tidak jelas dalam situasi tertentu.

Manusia mengalami *stimulus* lingkungan secara terus menerus. Pada akhirnya, manusia memberikan respon dan adaptasi pun terjadi. Respon ini dapat berupa respon adaptif ataupun respon inefektif. Tingkat adaptasi ditentukan oleh kombinasi *stimulus* fokal, *kontekstual*, dan *residual*. Adaptasi terjadi jika seseorang berespon secara positif terhadap perubahan lingkungan. Keperawatan memiliki tujuan yang unik untuk membantu upaya adaptasi seseorang dengan mengelola lingkungannya. Hasilnya adalah pencapaian tingkat kesejahteraan optimal seseorang (Alligood, 2017). Skema berikut menggambarkan teori adaptasi Roy :



Skema 2.1 Manusia sebagai sistem adaptif

Menurut Roy manusia merupakan sistem adaptif yang mempunyai kemampuan beradaptasi terhadap masalah sepanjang kehidupannya. Manusia sebagai sistem adaptif selalu mendapat input berupa *stimulus* internal dan eksternal. *Stimulus* internal adalah *stimulus* yang berasal dari dalam diri, sedangkan *stimulus* eksternal berasal dari lingkungan disekitar manusia. Mekanisme koping individu dalam model Roy terdiri dari dua subsistem, yaitu subsistem *regulator* dan subsistem *kognator*. Subsistem *regulator* adalah proses koping utama yang melibatkan fungsi tubuh dalam bereaksi terhadap berbagai *stimulus*. Sedangkan subsistem *kognator* adalah proses koping yang melibatkan empat saluran kognitif-emosi, yaitu persepsi dan proses informasi, pembelajaran, penilaian, dan emosi (Dharma, 2018).

Persepsi adalah proses dari *kognator* yang merupakan *interpretasi* dari suatu *stimulus*. Respon yang mengikuti suatu persepsi adalah umpan balik bagi *kognator* maupun *regulator*. Respon terhadap *stimulus* dilakukan melalui empat mode adaptif berikut :

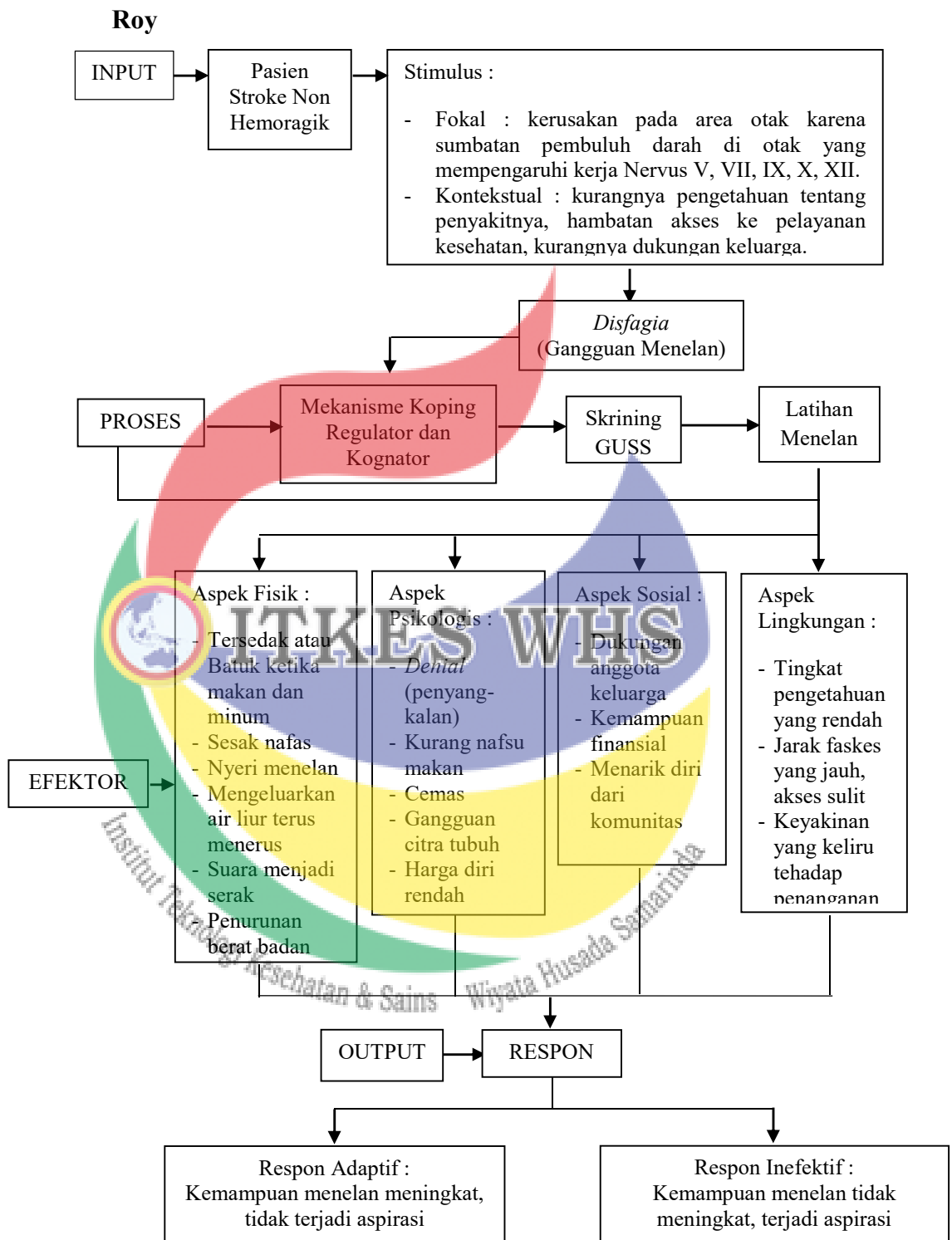
- a) *Mode adaptif fisiologis-fisik*, berhubungan dengan proses fisik dan kimia yang terlibat dalam aktivitas organisme hidup, meliputi oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, proteksi,

penginderaan, cairan dan elektrolit, fungsi persarafan dan fungsi endokrin (Dharma, 2018).

- b) *Mode adaptif konsep diri-identitas kelompok*, merupakan kumpulan kepercayaan dan perasaan tentang diri sendiri pada waktu tertentu yang terbentuk dari persepsi internal dan persepsi dari reaksi orang lain, meliputi fisik diri (sensasi tubuh, citra tubuh, serta status sehat dan sakit) dan personal diri (ideal diri, moral-etik-spiritual diri).
- c) *Mode adaptif fungsi peran*, berfokus pada peran seseorang di masyarakat, baik secara primer, sekunder, dan tersier, bagaimana seseorang dengan posisi tertentu berperilaku terhadap orang lain dengan posisinya masing – masing.
- d) *Mode adaptif interdependensi*, berfokus pada hubungan yang erat dari orang – orang (secara individu maupun kolektif) dan tujuan, struktur, serta perkembangan mereka. Komponen yang paling penting dari mode *interdependensi* ini adalah orang terdekat dari individu tersebut (Alligood, 2017).

Hasil akhir dari proses adaptasi adalah respon individu yang adaptif atau respon yang tidak efektif/inefektif. Respon adaptif menunjukkan bahwa individu mampu mempertahankan integritasnya sehingga mampu mencapai tujuan yang diinginkan. Sedangkan respon tidak efektif menunjukkan proses adaptasi yang tidak adekuat sehingga individu tidak mampu beradaptasi secara efektif (Dharma, 2018).

2. Proses Adaptasi Pasien Paska Stroke berdasarkan Teori Adaptasi Roy



Skema 2.2 Proses Adaptasi Pasien Stroke berdasarkan Teori Adaptasi Roy

Berikut penjelasan proses pasien paska stroke beradaptasi berdasarkan teori adaptasi Roy :

- 1) Pasien paska stroke mengalami gejala-gejala yang diakibatkan oleh kerusakan pada area otak yang terjadi karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Kerusakan sel otak yang mengatur fungsi motorik dan sensorik organ tubuh menyebabkan pasien mengalami berbagai *disabilitas* fisik, salah satunya yaitu *disfagia* (gangguan menelan). *Disabilitas* fisik yang berlangsung lama merupakan *stimulus* fokal bagi pasien. *Stimulus kontekstual* pada pasien paska stroke meliputi ketidakjelasan tentang penyakitnya, ketidakpuasan terhadap sistem pelayanan kesehatan, dan hambatan akses ke pelayanan kesehatan. Selain itu, kurang dukungan dari keluarga juga merupakan kondisi yang memperberat *stimulus* fokal yang dihadapi pasien. *Stimulus* lainnya seperti pengalaman sakit dan pola koping dimasa lalu digolongkan sebagai *stimulus residual* (Dharma, 2018).
- 2) Pasien paska stroke sebagai sistem adaptif mempunyai proses kontrol atau mekanisme koping terhadap *stimulus*. Mekanisme koping pasien paska stroke dipengaruhi oleh :
 - a) Menerima dan mengolah informasi yang didapat tentang diagnosis dan prognosis penyakit stroke.
 - b) Persepsi terhadap kondisi *disabilitas* dan gangguan beraktivitas yang sedang dialaminya.
 - c) Penilaian tentang diri secara umum dan kondisi *disabilitas* yang dialaminya.
 - d) Kemampuan mengontrol dan pengendalian emosi terhadap berbagai *stimulus* paska stroke (Dharma, 2018).

3) Mekanisme coping terhadap *stimulus* akan menghasilkan respon perilaku adaptasi paska stroke. Berikut ini empat respon adaptasi sebagai hasil dari mekanisme coping yang digunakan pasien :

a) Respon adaptasi fisiologis

Respon adaptasi fisiologis berupa kemampuan untuk menjalankan aktivitas rutin dan berfungsi secara optimal. Respon adaptasi ini didukung oleh proses fisiologis dan kimia yang terjadi di dalam tubuh pasien. Respon adaptasi fisiologis dikatakan efektif ketika pasien mampu mencapai integritas fisiologis yaitu pemenuhan kebutuhan fisiologis tubuh secara memadai. Terpenuhinya kebutuhan fisiologis tubuh memungkinkan pasien mencapai fungsi fisiologis yang optimal.

Respon perilaku adaptasi fisiologis yang efektif ditunjukkan oleh :

- (1) Pasien mampu memenuhi kebutuhan dasar sehari – hari secara mandiri atau dengan bantuan minimal meskipun dengan keterbatasan fisik.
- (2) Pasien mampu menggunakan segala sumber daya yang masih dimilikinya seperti separuh anggota gerak yang masih berfungsi, bantuan alat untuk berjalan dan bantuan keluarga agar tubuhnya berfungsi seperti semula.

b) Respon adaptasi konsep diri

Respon adaptasi konsep diri adalah respon yang ditunjukkan pasien berupa pandangan terhadap kondisi fisiknya mencakup perubahan bentuk tubuh, status kesehatan dan penampilan tubuh serta pandangan terhadap personal diri mencakup ideal diri dan harga diri.

Respon perilaku mode konsep diri yang efektif pada pasien paska stroke ditunjukkan oleh :

- (1) Pandangan positif pasien yaitu dengan cara menerima keadaan yang sedang dialaminya dan berusaha untuk melakukan kegiatan rutin dengan keterbatasan fisik.
- (2) Pandangan positif terhadap perubahan bentuk tubuh paska stroke. Pasien tidak merasa malu berhubungan dengan orang lain dengan adanya perubahan bentuk tubuh.
- (3) Keyakinan pasien bahwa dirinya masih mampu berfungsi dengan keterbatasan fisik paska stroke.
- (4) Tidak mengalami masalah psikologis seperti cemas dan depresi paska stroke

c) Respon adaptasi fungsi peran

Respon adaptasi fungsi peran berhubungan dengan peran yang dimiliki pasien berupa peran dalam pekerjaan, peran di masyarakat maupun peran di keluarga. Respon perilaku fungsi peran yang efektif pada pasien paska stroke ditunjukkan oleh :

- (1) Pasien masih bekerja dengan keterbatasan fisik paska stroke. Jika terjadi perubahan dalam kualitas pekerjaan akibat keterbatasan fisik, maka tidak merubah peran dalam pekerjaan. Jika keterbatasan fisik tidak memungkinkan pasien untuk kembali bekerja seperti semula, maka pasien masih dapat menjalankan peran barunya dirumah.
- (2) Mengikuti kegiatan sosial kemasyarakatan seperti biasanya tanpa terkendala dengan keterbatasan fisik paska stroke.
- (3) Menjalankan aktivitas rutin seperti berolah raga dan rekreasi (Dharma, 2018).

d) Respon adaptasi *interdependen*

Respon adaptasi *interdependen* merupakan respon adaptasi yang ditunjukkan dengan kedekatan hubungan antara pasien dengan keluarga atau temannya. Pasien yang memiliki respon adaptasi *interdependen* yang efektif akan merasakan keseimbangan dan kenyamanan dalam hubungan yang saling mendukung dan memberi satu sama lain.

Respon adaptasi *interdependen* yang efektif pada pasien paska stroke ditunjukkan oleh :

- (1) Kebersamaan yang tetap terjalin dengan keluarga dan teman.
- (2) Saling memberiknan dukungan, kasih sayang dan perhatian antara pasien dan keluarga atau teman.
- (3) Merasa diterima dalam keluarga meskipun dalam kondisi keterbatasan fisik dan berbagai perubahan paska stroke.

Tujuan akhir dari intervensi keperawatan adalah tercapainya perilaku adaptif pasien. Pasien yang mampu menunjukkan respon adaptasi secara efektif terhadap *stimulus*, akan mencapai kualitas hidup yang optimal (Dharma, 2018).

F. HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, oleh karena itu rumusan masalah penelitian biasanya disusun dalam bentuk pertanyaan. Dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan faktor-faktor empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data (Sugiyono, 2017). Uji hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini adalah *uji t berpasangan*.

Hipotesis dapat dinyatakan dalam dua bentuk, yaitu :

1. Hipotesis Alternatif (H_0)

Merupakan hipotesis yang menyatakan hubungan atau pengaruh antar variabel sama dengan nol, atau dengan kata lain tidak terdapat perbedaan, hubungan atau pengaruh antar variabel. Hipotesis alternatif pada penelitian ini yaitu tidak ada pengaruh latihan menelan terhadap kemampuan menelan pada pasien stroke non hemoragik dengan disfagia.

2. Hipotesis Kerja (H_a)

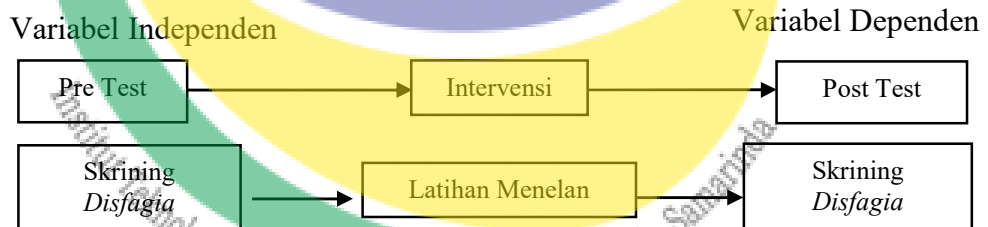
Merupakan hipotesis yang menyatakan adanya perbedaan, hubungan atau pengaruh antar variabel tidak sama dengan nol. Atau dengan kata lain terdapat perbedaan, hubungan atau pengaruh antar variabel (merupakan kebalikan dari hipotesis H_0). Hipotesis kerja pada penelitian ini yaitu ada pengaruh latihan menelan terhadap kemampuan menelan pada pasien stroke non hemoragik dengan disfagia.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Metode penelitian adalah suatu cara yang digunakan dalam pelaksanaan sebuah penelitian. Metode penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu (Sugiyono, 2018). Penelitian ini merupakan penelitian *kuantitatif* dengan menggunakan metode *quasy experimental design*. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *one group pre and post-test without control* dimana pada rancangan ini melibatkan satu kelompok yang dilakukan *pre-test* sebelum diberi intervensi dan kemudian dilakukan *post-test* setelah diberi intervensi. Dengan demikian hasil perlakuan dapat diketahui lebih akurat, karena ditentukan dengan membandingkan nilai *pre-test* dan nilai *post-test*.

B. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

Variable penelitian :
 Arah Hubungan : \longrightarrow

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya

(Sugiyono, 2018). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien Stroke Non Hemoragik yang mengalami *disfagia* di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dan pada bulan September, Oktober dan November 2019 yang berjumlah 45 pasien.

2. Sample

Sampel adalah bagian atau jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2018). Sampel dalam penelitian ini diambil dengan menggunakan rumus analitik numerik berpasangan 2 kelompok menurut Dahlan, M. S. (2018), dimana :

$$n_1 = n_2 = \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)S}{x_1 - x_2} \right]^2$$

n = besar sample

$Z\alpha$ = kesalahan tipe 1, yaitu 5% = 1,64

$Z\beta$ = kesalahan tipe 2, yaitu 15% = 1,28

S = simpang baku gabungan (dari Afrida, 2018)

$x_1 - x_2$ = selisih minimal yang dianggap bermakna

Penelitian ini menggunakan selisih simpang baku dari penelitian yang dilakukan oleh Afrida (2018) dengan judul "*Affect of Ingesting Training Towards Dysphagia in Stroke' Patients*" yaitu senilai 4,2 dengan selisih minimal yang dianggap bermakna senilai 4,66.

Sehingga, $n_1 = n_2 = \left[\frac{(1,64 + 1,28) 4,2}{4,66} \right]^2 = 6,9 = 7$ sampel.

Besar sampel yang diambil pada penelitian ini adalah sebesar 7 sampel dan untuk mencegah *drop out* maka jumlah sampel ditambah 10% dari jumlah sampel dengan perhitungan :

$$n = \frac{n}{1 - f} = \frac{7}{1 - 10\%} = \frac{7}{0,9} = 7,7 = 8 \text{ sampel}$$

Adapun kriteria sampel penelitian adalah sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2016). Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini :

- 1) Semua pasien Stroke Non Hemoragik, baik serangan pertama atau berulang yang mengalami *disfagia*.
- 2) Pasien Stroke Non Hemoragik yang terpasang *Naso Gastric Tube (NGT)*.
- 3) Pasien dengan tanda vital stabil.
- 4) Pasien yang bersedia menjadi responden.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi (Nursalam, 2016). Adapun kriteria eksklusi pada penelitian ini :

- 1) Pasien Stroke Non Hemoragik dengan tingkat kesadaran *Sonnolen, Apatis, Sopor, Coma*.
- 2) Pasien Stroke Non Hemoragik dengan gangguan *kognitif*.
- 3) Pasien Stroke Non Hemoragik yang tidak kooperatif / gelisah.
- 4) Pasien Stroke Non Hemoragik yang terpasang *Naso Gastric Tube (NGT)* dengan residu > 200cc.

c. Teknik sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*, dimana semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria inklusi berdasarkan hasil skrining *GUSS*, dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi.

D. Varibel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh

informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2018). Terdapat dua variabel dalam penelitian ini, yaitu Variabel *Independen* dan Variabel *Dependen*. Dalam Bahasa Indonesia, variabel *independen* sering disebut variabel bebas. Pengertian variabel *independen* (bebas) menurut Sugiyono (2018) adalah merupakan variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab timbulnya variabel *Dependen* (terikat). Variabel *independen* dalam penelitian ini adalah latihan menelan.

Sedangkan variabel *dependen* dalam Bahasa Indonesia sering disebut sebagai variabel terikat. Pengertian variabel *dependen* (terikat) menurut Sugiyono (2018) adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel *dependen* dalam penelitian ini adalah pasien Stroke Non Hemoragik dengan *disfagia*.

2. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independent Latihan Menelan	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk melatih kemampuan menelan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan <i>disfagia</i> .	Standar Prosedur Operasional		
Dependent Kemampuan Menelan	Kemampuan pasien dalam menelan berdasarkan skrining <i>GUSS</i>	Skrining <i>Gugging Swallowing Screen (GUSS)</i>	Skor 2-19	Interval

E. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian telah dilakukan di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Waktu

Penelitian telah dilakukan pada bulan Maret – Juni 2020.

Penelitian dilakukan pada masa pandemic Covid-19 di Indonesia.

F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

1. Sumber Data

a. Data Primer

Dalam penelitian ini, data primer diperoleh langsung dari responden dengan melakukan skrining *disfagia* menggunakan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*.

b. Data Sekunder

Dalam penelitian ini, data sekunder diperoleh dari unit Rekam Medis RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, Rekam Medis pasien, buku register ruang Unit Stroke, dan buku laporan perawat jaga.

2. Instrumen Penelitian

a. Lembar Observasi Latihan Menelan

Lembar Observasi yang digunakan peneliti dalam penelitian ini menggunakan Standar Prosedur Operasional yang dibuat secara terstruktur, berisi teknik-teknik dalam latihan menelan, seperti : teknik latihan vokal A-I-U-E-O, teknik postural (*chin down/chin tuck, chin up, head rotation, head tilt*), dan teknik maneuver menelan (*effortfull swallow*)

b. Lembar Skrining Kemampuan Menelan berdasarkan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*

Skrining *Gugging Swallowing Screen (GUSS)* dilakukan dalam dua fase, yaitu tidak langsung dan langsung, dimana pada fase langsung terdiri dari 3 sub tes yang harus dikerjakan secara runtun. Pasien harus dapat menyelesaikan seluruh sub tes untuk meraih 5 poin di setiap sub tes. Nilai tertinggi yaitu 20 poin menandakan bahwa kemampuan menelan normal tanpa risiko *aspirasi*.

G. Uji Instrumen

Sebelum instrumen digunakan, dilakukan uji coba terlebih dahulu yaitu dengan Uji Validitas dan Uji Reliabilitas.

1. Uji Validitas

Penelitian ini menggunakan instrumen skrining *Gugging Swallowing Screen (GUSS)* yang telah dilakukan uji validitas oleh Dr. Ebru Umay (2019) dalam jurnal yang diterbitkan oleh *European Geriatric Medicine* dengan judul *The GUSS test as a good indicator to evaluate dysphagia in healthy older people: a multicenter reliability and validity study*.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas terhadap instrumen skrining *Gugging Swallowing Screen (GUSS)* yang dilakukan oleh Dr. Ebru Umay (2019) didapatkan hasil *cronbach's alpha*, interval kepercayaan 95% (CI) dari empat puluh lima peserta yang dinilai oleh dua penilai *independen* dalam waktu 2 jam.

H. Prosedur Pengumpulan Data

1. Prosedur Administratif

- a. Peneliti meminta surat pengantar ke bagian umum di ITKes Wiyata Husada Samarinda untuk melakukan studi pendahuluan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- c. Mengajukan surat permohonan ijin penelitian dari ITKes Wiyata Husada Samarinda ke bagian diklat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan untuk diteruskan ke Direktur RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- d. Melaksanakan penelitian dengan terlebih dahulu meminta ijin melakukan penelitian pada Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Prosedur teknis

- a. Peneliti datang ke ruang Unit Stroke.
- b. Berkoordinasi dengan Kepala Ruangan atau Perawat jaga yang sedang bertugas untuk melihat pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
- c. Peneliti mendatangi pasien, memperkenalkan diri, dan menjelaskan tujuan dari penelitian serta intervensi yang akan dilakukan.
- d. Peneliti meminta kesediaan calon responden untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan mengisi *informed consent*.
- e. Peneliti mengobservasi dan melakukan skrining fungsi menelan menggunakan instrument *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*.
- f. Peneliti melakukan intervensi latihan menelan dengan teknik latihan vokal A-I-U-E-O, teknik postural (*chin down/chin tuck, chin up, head rotation, head tilt*), dan teknik *maneuver* menelan (*effortfull swallow*), sebanyak 3x sehari, 1/2 jam sebelum jam makan pasien.
- g. Setelah melakukan intervensi, sebelum pasien keluar rumah sakit, peneliti kembali melakukan skrining fungsi menelan menggunakan instrument *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*.
- h. Langkah selanjutnya yang dilakukan oleh peneliti adalah mengolah data.

I. Analisa Data

1. Pengolahan Data

a. Alat Pengumpul Data

Alat yang digunakan dalam mengumpulkan data pada penelitian ini yaitu dengan skrining *Gugging Swallowing Screen (GUSS)* untuk mengetahui fungsi menelan pada pasien stroke dengan *disfagia* sebelum dan sesudah diberikan intervensi.

b. Teknik Pengumpulan Data

Setelah data terkumpul, langkah selanjutnya adalah melakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut :

1) Editing

Proses editing adalah upaya yang dilakukan peneliti untuk memeriksa kembali data yang sudah diperoleh.

2) Koding

Koding adalah proses pemberian kode numerik (angka) pada data – data yang bersifat kategorik.

3) Tabulating

Proses tabulasi data adalah usaha penyajian data dengan bentuk tabel. Pengolahan data yang berbentuk tabel ini dapat berbentuk tabel distribusi frekuensi maupun dapat berbentuk tabel silang. Peneliti melakukan tabulating data dengan cara menghitung rerata dari masing-masing variabel.

2. Analisa Data

Analisis Data adalah suatu proses atau upaya untuk mengolah data menjadi informasi baru sehingga karakteristik data menjadi lebih mudah dipahami dan berguna untuk solusi masalah, terutama yang terkait dengan penelitian (A. Gumelar, 2019). Penelitian ini menggunakan analisa *univariat* dan *bivariat*, dimana data yang telah dikumpulkan melalui observasi, lembar skrining *GUSS*, dan pelaksanaan latihan menelan akan diolah menjadi analisa *univariat* dan *bivariat*.

a. Uji Normalitas

Penyajian data dan uji hipotesis bergantung pada normal tidaknya data. Untuk mengetahui apakah distribusi data mempunyai distribusi normal atau tidak secara analitis, digunakan Uji *Kolmogorov-Smirnov* atau *Shapiro-Wilk*. Uji *Kolmogorov-Smirnov* direkomendasikan untuk sampel yang besar (lebih dari 50)

sedangkan *Shapiro-Wilk* untuk sampel yang sedikit (kurang atau sama dengan dari 50) (Dahlan, 2018).

Tabel 3.2 Uji Normalitas RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo

Shapiro Wilk	
Data	Sig.
GUSSPre	0.435
GUSSPost	0.413

Hasil uji normalitas menggunakan uji Shapiro wilk diketahui nilai sig untuk data GUSSPre 0,435 dan GUSSPost 0,413. Nilai hasil uji dari kedua kelompok data lebih besar dari 0,05 sehingga data terdistribusi normal

b. Analisis Univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk menerangkan karakteristik masing-masing variabel, baik variabel bebas maupun terikat. Dengan melihat distribusi frekuensi masing-masing variable. Data yang dinilai dalam penelitian ini adalah mean (rata-rata) dan median, sedangkan ukuran sebaran (variasi) yang digunakan adalah range, standar deviasi, minimal dan maksimal.

Tabel 3.3 Analisa Univariat

Variabel	Analisa Data	
	Skala	Uji Univariat
Skrining GUSS	Interval	Mean, Median, Modus, Standar Deviasi 95% CI

c. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Pengaruh latihan menelan terhadap kemampuan menelan pasien Stroke Non Hemoragik dengan disfagia di Ruang Stroke Unit, dikarenakan hasil uji normalitas ditemukan sebaran data normal, maka uji statistik ini menggunakan Uji T berpasangan (*paired t test*). Skrining *GUSS* dilakukan berulang sebanyak 2 kali yaitu saat hari pertama perawatan (pre) dan saat hari terakhir

perawatan (post), dimana rata – rata jumlah hari perawatan adalah 5 hari. Latihan menelan dilakukan sebanyak 3 kali sehari di waktu-waktu makan pasien. Kemudian karena data terdistribusi normal maka uji yang digunakan adalah uji T Berpasangan

Tabel 3.3 Analisa Bivariat

Variabel	Analisa Data	
	Skala	Uji Bivariat
Skrining GUSS (sebelum dan sesudah intervensi)	Interval	Uji T Berpasangan

J. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan (Hidayat, 2014). Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut :

1. *Informed Consent* (Persetujuan)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui apa yang akan dilakukan terhadap dirinya, dan apa dampaknya. Pada penelitian ini tidak ada responden yang menolak untuk diteliti.

2. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Kerahasiaan responden akan tetap terjaga, maka peneliti tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar skrining. Peneliti hanya menuliskan kode atau inisial nama pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-

masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

4. *Respect for Justice an Inclusiveness* (Keadilan dan Inklusivitas atau Keterbukaan)

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran dan kehati-hatian. Untuk itu lingkungan penelitian perlu dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan yakni dengan menjelaskan prosedur penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan gender, agama, etnis, dan lain sebagainya (Hidayat, 2014)

5. *Balancing Harms and Benefits* (Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang Ditimbulkan)

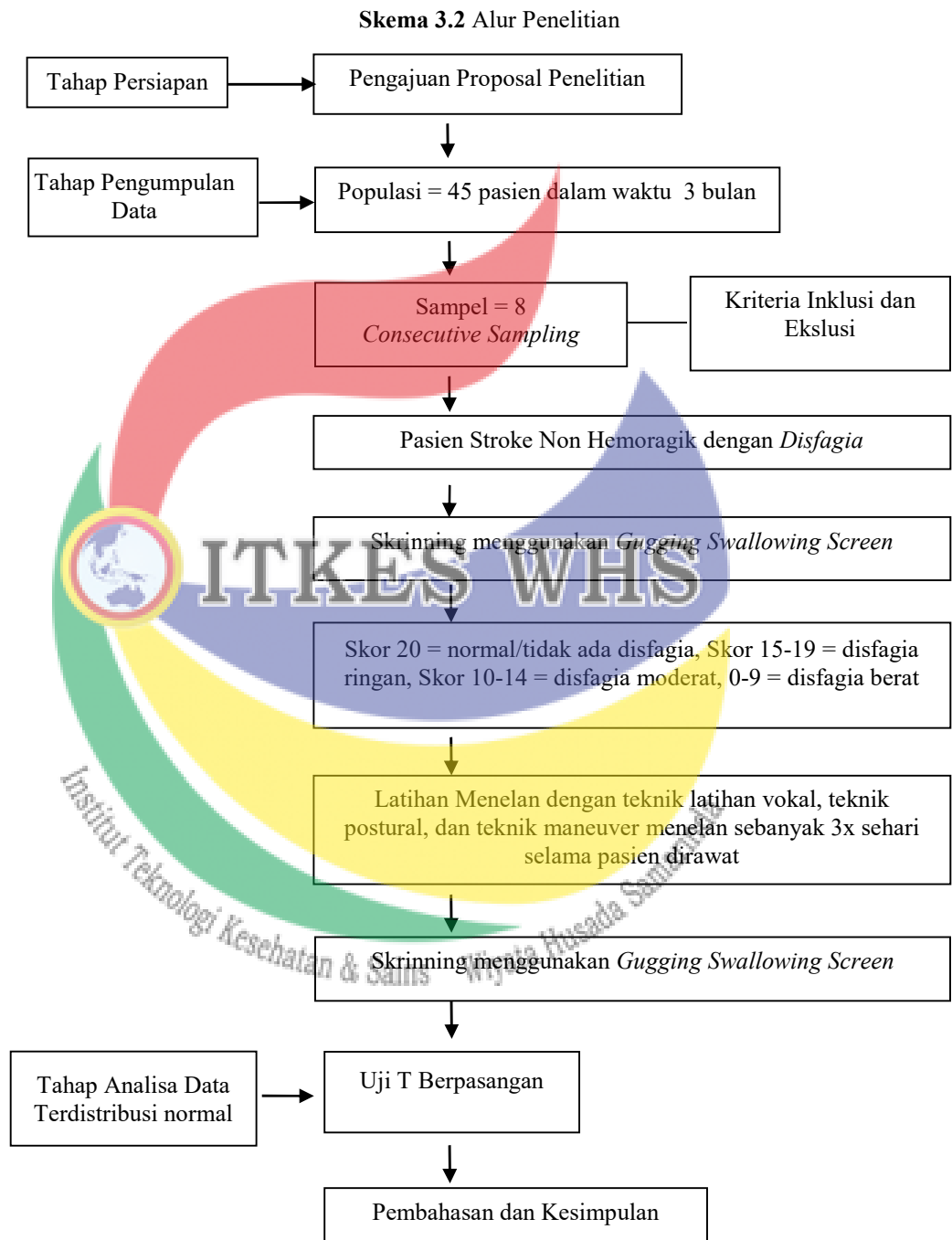
Dalam penelitian ini peneliti hanya mengerjakan sesuatu yang baik tanpa merugikan responden. Jika responden, menolak untuk berpartisipasi dalam pengisian kuesioner, peneliti tidak akan memaksa atau menyinggung. Peneliti juga akan memastikan bahwa tidak membahayakan responden yang mau berpartisipasi dengan diberikan *informed consent*. Bilamana responden tidak mau berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini maka peneliti harus menghargai keputusan responden tersebut.

6. *Justice* (Keadilan)

Penelitian ini dilakukan untuk menjunjung tinggi keadilan manusia dengan menghargai hak atau memberikan perlakuan secara adil.

K. Alur Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dalam tiga tahapan yang terdiri dari tahap persiapan, tahap pengumpulan data, dan tahap analisa data.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan adalah rumah sakit umum yang ada di kota Balikpapan. Rumah Sakit ini merupakan rumah sakit rujukan yang memiliki fasilitas dan dokter yang memadai. Tunjangan alat kesehatan, karyawan yang profesional dan pemeriksaan yang lengkap. Rumah sakit ini juga sudah terakreditasi dengan akreditasi paripurna dari snars.

Pelayanan di rumah sakit ini bervariasi dengan dukungan dokter yang profesional. Terdapat layanan yang hampir lengkap dan jumlah tempat rawat inap yang memadai. Pelayanan rawat jalan meliputi Poliklinik Gigi, Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Spesialis Anak, Spesialis Bedah (Bedah Umum, Bedah Mulut, Bedah Anak, Bedah Orthopedi, Bedah Saraf, Bedah Digestif dan Bedah Plastik), Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah, Spesialis Mata, Spesialis THT, Spesialis Paru, Spesialis Urologi, Spesialis Onkologi, Spesialis Saraf, Spesialis Penyakit Kulit dan Kelamin, Spesialis Kejiwaan, Klinik Tumbuh Kembang, Klinik Rheumatologi, Klinik VCT. Pelayanan Rawat Inap Pasien meliputi Perawatan Intensif (ICU / ICCU / PICU / NICU), dan Stroke Unit. Perawatan Umum terdiri dari Ruang Perawatan Kelas VIP, Ruang Perawatan Kelas I, II dan III.

Ruang Stroke Unit di bentuk pada bulan Juni 2011, atas gagasan dari dr.Hendra Gunawan, SpS selaku PJ ruangan saat itu. Berada di bawah Instalasi Rawat Inap, ruang Stroke yang pada awal pembukaan terdiri dari 2 bed intermediate dan 8 bed ruang biasa, saat ini kapasitas bertambah menjadi 12 bed intermediate dan 4 bed ruang biasa, dan disediakan pula 2 bed ruang VIP. Mengingat jumlah pasien Stroke yg terus meningkat. Pada

tahun 2015, setelah dr.Hendra Gunawan, SpS pensiun, posisi PJ Stroke Unit digantikan oleh dr.Linda Widiyari, SpS sampai saat ini.

Pada kondisi pandemi Covid-19 yang terjadi saat peneliti melakukan penelitian, memberikan dampak yang sangat besar terhadap jumlah pasien stroke yang dirawat di ruang stroke. Pasien dianjurkan untuk tidak berkunjung ke Rumah Sakit jika hanya memiliki gejala sakit ringan. Terkhusus pasien stroke yang dirawat inap, penerapan protokol kesehatan yang ketat dilakukan dengan melakukan Rapid test SAR-COV, dan pasien dianjurkan untuk selalu menggunakan masker selama di rawat.

Penelitian dilakukan di ruang Stroke Unit Rumah Sakit Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan. Adapun sampel yang digunakan yaitu sebanyak 8 orang dengan memberikan perlakuan kepada responden.

2. Analisa univariat

Analisa univariat ini menjelaskan secara deskriptif mengenai variabel-variabel penelitian yang terdiri dari karakteristik responden dan mengenai hasil pengumpulan data sesuai dengan variabel penelitian.

a. Karakteristik Responden

1) Jenis Kelamin

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik jenis kelamin penderita stroke di unit stroke Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No	Jenis Kelamin	f	%
1	Laki – Laki	4	50
2	Perempuan	4	50
Jumlah		8	100

Berdasarkan tabel 4.1 karakteristik responden pada kelompok jenis kelamin menunjukkan bahwa dari 8 responden, didapatkan masing masing berjenis kelamin laki – laki dan perempuan dengan jumlah 4 orang (50%).

2) Umur

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik Umur penderita stroke di unit stroke Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

	Mean	Median	Modus	Min	Max
Umur (Tahun)	66,6	55,5	48	48	71

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 8 responden, didapatkan umur rata – rata responden 66 tahun 6 bulan, umur termuda 48 tahun dan umur tertua 71 tahun.

3) Hasil CT Scan Kepala tanpa Kontras

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik hasil CT Scan Kepala penderita stroke di unit stroke Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No	Diagnosa	f	%
1.	Infark Lacunar Cerebri Sinistra	1	12,5
2.	Infark Cerebri Bilateral	1	12,5
3.	Infark Lobus Frontoparietal Sinistra	1	12,5
4.	Infark Ganglia Basal Sinistra	1	12,5
5.	Infark Thalamus Sinistra	1	12,5
6.	Infark Lobus Occipital Sinistra	1	12,5
7.	Infark Lacunar Capsula Interna Sinistra	1	12,5
8.	Infark Cerebellum Sinistra	1	12,5
Jumlah		8	100

Berdasarkan tabel 4.3 karakteristik responden pada kelompok diagnosa menunjukkan bahwa dari 8 responden, didapatkan masing masing memiliki hasil ct scan yang berbeda – beda. Namun terdapat persamaan lokasi infark pada Cerebri yaitu Cerebri Sinistra, hal ini dikarenakan letak Nervus yang mengatur fungsi menelan dan bicara bermuara di Cerebral Sinistra.

- b. Kemampuan menelan pada pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan *disfagia* sebelum dilakukan latihan menelan berdasarkan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik kemampuan menelan pada pasien SNH dengan *disfagia* sebelum dilakukan latihan menelan berdasarkan *score GUSS* di unit stroke Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Pre	Mean	Median	Std Def	Min	Max
Score GUSS	6,63	7,5	3,623	2	12

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa tingkat kemampuan responden dengan score GUSS sebelum dilakukan latihan menelan dari 8 responden, didapatkan score rata – rata kemampuan menelan responden 6,63 yaitu terjadi disfagia berat, score terendah 2 (disfagia berat) dan score tertinggi 12 (disfagia moderat).

- c. Kemampuan menelan pada pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan *disfagia* setelah dilakukan latihan menelan berdasarkan *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik kemampuan menelan pada pasien SNH dengan *disfagia* setelah dilakukan latihan menelan berdasarkan *score GUSS* di unit stroke Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Post	Mean	Median	Std Def	Min	Max
Score GUSS	13,50	13,5	3,251	10	19

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa tingkat kemampuan responden dengan score GUSS setelah dilakukan latihan menelan dari 8 responden, didapatkan score rata – rata kemampuan menelan responden 13,50 yaitu terjadi disfagia moderat, score terendah 10 (disfagia moderat) dan score tertinggi 19 (disfagia ringan).

3. Analisa Bivariat

Tabel 4.6 Distribusi pengaruh latihan menelan dengan kemampuan menelan pada pasien *Stroke Non Hemoragik* berdasarkan *score GUSS* di unit stroke Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

	Mean	Beda Mean	95% Confidence Interval of the Difference		Nilai t	Sig (2-tailed)
			Lower	Upper		
GUSS Pre	6,63	-6,875	-8,992	-4,758	-7,680	0,000*
GUSS Post	13,50					

* Uji *Paired Sample T-Test*

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa nilai score rata-rata kemampuan menelan sebelum diberikan latihan menelan 6,63 dan sesudah diberikan latihan menelan 13,50 dengan nilai beda mean keduanya 6,875 dengan nilai perbedaan (*95% Confidence Interval of the Difference*) 8,992-4,758.

Uji statistik *paired samples t-test* menunjukkan nilai $p = 0,000 < \alpha = 0,05$, hal ini menunjukkan ada perbedaan kemampuan menelan pre latihan dan post latihan menelan. Artinya ada peningkatan kemampuan menelan pasien stroke setelah dilakukan latihan menelan.

Nilai T hitung pada table 4.6 adalah 7,680 lebih besar dari nilai t table 2,306. Hal ini menjelaskan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima. Ada pengaruh latihan menelan terhadap kemampuan menelan pada pasien stroke non hemoragik dengan *disfagia*. Kesimpulan dari uji statistik diatas adalah ada pengaruh latihan menelan terhadap kemampuan menelan pada pasien stroke non hemoragik dengan *disfagia* yaitu dengan nilai rata-rata mean pre 6,63 dan mean post 13,50

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Hasil analisis karakteristik dari 8 responden pada tabel 4.1 dan tabel 4.2 penelitian ini, menggambarkan distribusi frekuensi dari seluruh reponden berada pada rentang umur 48 – 71 tahun dengan rata – rata pada umur 66 tahun 6 bulan dengan masing masing berjumlah yang sama berdasarkan jenis kelamin. Jenis kelamin dan Umur adalah variabel

confounding terhadap status fungsi menelan responden. Dimana pada penelitian ini tidak dapat memberikan perbedaan yang signifikan terhadap kemampuan menelan pasien.

Pada penelitian ini juga ditemukan hasil pemeriksaan CT scan yang menjadi diagnosa responden. Dimana setiap pasien mengalami kerusakan otak bagian kiri dengan letak yang berbeda - beda. Namun penyebabnya rata – rata akibat kurangnya pasokan darah pada otak bagian kiri, dimana pada area tersebut terdapat nervus yang mengatur fungsi menelan. Diagnosa tersebut adalah sebagai berikut : Infark Lacunar Cerebri Sinistra, Infar Cerebri Bilateral, Infark Lobus Frontoparietal Sinistra, Infark Ganglia Basal Sinistra, Infark Thalamus Sinistra, Infark Lobus Occipital Sinistra, Infark Lacunar Capsula Interna Sinistra, dan Infark Cerebellum Sinistra.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh MG Enny Mulyatsih (2019) di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo dan RSUP Fatmawati Jakarta. Peneliti menjelaskan bahwa rata – rata pasien stroke berada pada rentang umur 46 – 79 tahun. Hal ini menjelaskan bahwa kelompok yang beresiko tinggi terjadinya stroke pada rentang usia dewasa akhir hingga lansia. Namun dalam penelitiannya juga menjelaskan bahwa usia muda juga memiliki resiko terkena stroke akibat dari pola hidup yang salah, penyakit bawaan dll. Distribusi pada data tersebut sesuai dengan gambaran dan profil stroke Indonesia yang menyatakan bahwa penderita stroke terbanyak di Indonesia berusia antara 45 – 65 tahun yaitu 54,2 % dari kejadian stroke (rasyid et.al 2017).

Penelitian yang dilakukan Dharmawati (2014) di ruang rawat inap neurologi RSUD Abdoel Moeloek menunjukkan hasil bahwa berdasarkan kelompok usia rata rata berada pada rentang usia yaitu usia 15 -75 tahun. Penelitian ini sesuai dengan penelitian dari RISKESDAS tahun 2007 tentang stroke dan YASTROKI tahun 2012 tentang stroke, dimana keduanya menyatakan bahwa prevalensi stroke pada kelompok usia di atas

40 tahun lebih tinggi daripada prevalensi stroke pada kelompok usia di bawah 40 tahun.

Menurut asumsi peneliti, bahwa mengalami stroke tidak memandang umur seseorang, usia muda akan berisiko mengalami stroke akibat pola hidup yang salah sejak dini dan penyakit bawaan. Pada rentang umur diatas 40 tahun resiko mengalami stroke lebih tinggi. Selanjutnya umur dan jenis kelamin dalam kemampuan menelan pasien stroke tidak bisa dijadikan acuan dalam mengukur kemampuan menelan.

2. Kemampuan Menelan Sebelum Dilakukan Latihan Menelan Menggunakan Score GUSS

Disfagia adalah *disfungsi* atau gangguan fungsi menelan dimana cairan dan/atau makanan tidak dapat mengalir secara optimal dari bibir ke perut (Said Bassiouny, 2017) yang dapat mengakibatkan terjadinya malnutrisi, dehidrasi, infeksi saluran napas, bertambahnya jumlah hari rawat inap, dan bahkan kematian (Pandaleke, Sengkey, & Angliadi, 2014). Kemampuan menelan seseorang terganggu karena adanya gangguan pada syaraf kranial V, VII, IX, X dan XII yang merupakan sayaraf yang mengatur pada bagian wajah terkhusus pada saat mengkonsumsi makanan / minuman.

Skrining GUSS adalah satu cara penilain sederhana kemampuan menelan pada pasien – pasien stroke. Kemampuan menelan dengan skrining GUSS terbagi atas 4 kategori yaitu kategori disfagia berat dengan resiko tinggi aspirasi score 0 – 9, kategori disfagia moderat dengan resiko sedang terjadi aspirasi score 10 - 14, kategori disfagia dengan resiko rendah terjadi aspirasi score 15 – 19 dan kategori tidak ada disfagia dengan resiko aspirasi minimal score 20.

Penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat kemampuan responden dengan skrining GUSS sebelum dilakukan latihan menelan dari semua responden, didapatkan score rata – rata kemampuan menelan responden adalah 6 dalam rentang score 0 - 9 kategori disfagia berat dengan resiko tinggi aspirasi. Kemudian didapatkan responden dengan score kemampuan

menelan terendah adalah 2 (kategori disfagia berat dengan resiko tinggi aspirasi) dan responden dengan kemampuan menelan score tertinggi adalah 12 (kategori disfagia moderat dengan resiko sedang terjadi aspirasi). Pada penelitian ini faktor umur tidak menjadi patokan keparahan tingkat menelan pasien. Dimana terdapat data yang menggambarkan pasien yang tertua dengan umur 72 tahun memiliki kemampuan menelan 12 yaitu terjadi disfagia moderat atau bisa dikatakan sedang. Sedangkan kemampuan menelan terendah dengan score 2 yaitu disfagia berat terdapat pada pasien dengan rentang umur 59 - 60 tahun.

Sampel 1 adalah laki – laki usia 50 tahun diagnose Infark Lacunar Cerebri Sinistra nilai kemampuan menelan sebelum dilakukan latihan menelan adalah 9 masuk dalam kategori disfagia berat dengan resiko tinggi aspirasi. Sampel ke 2 adalah laki – laki umur 60 tahun diagnose Infark Cerebri Bilateral dengan nilai kemampuan menelan sebelum latihan menelan adalah 2 masuk dalam kategori disfagia berat dengan resiko tinggi aspirasi. Sampel ke 3 adalah perempuan umur 59 tahun diagnose Infark Lobus Frontoparietal Sinistra dengan nilai kemampuan menelan sebelum latihan menelan adalah 2 masuk dalam kategori disfagia berat dengan resiko tinggi aspirasi. Sampel ke 4 adalah laki - laki umur 71 tahun diagnose Infark Ganglia Basal Sinistra dengan nilai kemampuan menelan sebelum latihan menelan adalah 12 masuk dalam kategori disfagia moderat dengan resiko sedang terjadi aspirasi. Sampel ke 5 adalah perempuan umur 54 tahun diagnose Infark Thalamus Sinistra dengan nilai kemampuan menelan sebelum latihan menelan adalah 8 masuk dalam kategori disfagia berat dengan resiko tinggi aspirasi. Sampel ke 6 adalah laki - laki umur 56 tahun diagnose Infark Lobus Occipital Sinistra dengan nilai kemampuan menelan sebelum latihan menelan adalah 7 masuk dalam kategori disfagia berat dengan resiko tinggi aspirasi. Sampel ke 7 adalah perempuan umur 55 tahun diagnose Infark Lacunar Capsula Interna Sinistra dengan nilai kemampuan menelan sebelum latihan menelan adalah 9 masuk dalam kategori disfagia berat dengan resiko tinggi aspirasi. Sampel ke 8 adalah

perempuan umur 48 tahun diagnose Infark Cerebellum Sinistrad engan nilai kemampuan menelan sebelum latihan menelan adalah 4 masuk dalam kategori disfagia berat dengan resiko tinggi aspirasi.

Kemampuan menelan sebelum menelan ini murni dari keadaan pasien yang belum dilakukan intervensi apapun. Dari wawancara terhadap keluarga. Rata rata pasien susah untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya sejak terkena stroke. Oleh karena itu keluarga berinisiatif membawa kerumah sakit untuk penanganan, kemudian dengan adanya penelitian ini keluarga mengatakan sangat bersyukur karena nantinya dirumah, mereka mampu melakukan sendiri terapi menelan yang diperagakan oleh peneliti. Selama dirawatpun, keluarga pasien antusias melatih pasien menelan diluar jadwal dan kontrak waktu yang sudah disepakati antara pasien dan peneliti. Tentunya dibawah pengawasan perawat yang sedang berdinass saat itu. Hal ini menyebabkan peningkatan skor yang signifikan saat pasien diizinkan pulang oleh dokter.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bayu dkk (2016) di unit stroke dr. Harjono Ponorogo. Pada penelitiannya menjelaskan bahwa rata – rata kemampuan menelan dengan score GUSS pada pasien yang belum dilakukan latihan menelan adalah 1,94 (2) masuk dalam kategori disfagia berat. Dalam penejelasannya bahwa rata rata pasien dengan stroke berulang akan mengalami penurunan kemampuan menelan secara drastis dimana jika dipaksa untuk mengkonsumsi makanan resiko aspirasi akan sangat besar atau bahkan bisa mengganggu jalan nafas akibat masuknya benda dalam saluran pernafasan.

Penelitian yang dilakukan oleh Afrida (2017) juga mendapatkan hasil yang sama dengan penelitian ini. Pada penelitiannya juga menggambarkan derajat disfagia pasien yang berada pada derajat 1 dan 2. Derajat satu termasuk dalam kategori disfagia berat yang artinya resiko tinggi terjadinya aspirasi. Kemudian derajat dua dalam kategori disfagia moderat yang artinya resiko sedang terjadinya aspirasi. Selain tingkat

disfagia, penelitiannya juga menggambarkan bahwa semua pasien mengalami kemampuan menelan yang tidak normal.

Menurut asumsi peneliti kemampuan menelan seseorang terganggu karena adanya gangguan pada syaraf kranial V, VII, IX, X dan XII yang merupakan syaraf yang mengatur pada bagian wajah terkhusus pada saat mengkonsumsi makanan / minuman. Hal ini bisa terjadi akibat banyak faktor seperti pola hidup, obesitas, penyakit penyerta lain dll. Kemampuan rata – rata pasien saat ditemukan sebelum dilakukan intervensi terlihat sangat susah untuk menelan. Kemampuan ini akan sangat drastis menurun pada pasien yang telah mengalami stroke berulang.

3. Kemampuan Menelan Setelah Dilakukan Latihan Menelan Menggunakan Score GUSS

Penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat kemampuan responden dengan skrining GUSS setelah dilakukan latihan menelan dari 8 responden, didapatkan score rata – rata kemampuan menelan responden 13 terjadi disfagia moderat, score terendah 10 (disfagia moderat) dan score tertinggi 19 (disfagia ringan). Pada data tersebut terlihat peningkatan kemampuan menelan dari semua responden. Peningkatannya pun hingga mencapai score 19 yang dimana hampir mencapai tidak terjadi disfagia atau normal. Kemampuan ini diambil dari data responden yang setelah dilakukan latihan sebanyak 11 kali latihan selama 5 hari. Dari wawancara peneliti terhadap keluarga responden dan perawat yang berdinis saat peneliti tidak berada di tempat, didapatkan bahwa responden melakukan latihan sederhana secara mandiri diluar jadwal dan kontrak waktu yang telah disepakati responden dan peneliti. Namun hal tersebut tidak diperhitungkan karena latihan yang dilakukan tidak sesuai SOP yang digunakan peneliti yang dimana pasien hanya melakukan latihan beberapa bagian saja.

Keberhasilan peningkatan kemampuan menelan pada responden yang paling berhasil dari semua responden terdapat pada latihan menelan semi padat menuju cair. Pada latihan ini status proses menelan, batuk,

ngiler dan perubahan suara mengalami peningkatan kearah yang lebih baik. Dimana ditemukan dari semua responden terdapat 7 responden yang mengalami peningkatan kemampuan menelan. Hal demikian terjadi akibat dari usaha pasien untuk latihan dan mampu menelan makanan tanpa tersedak ataupun pulang menggunakan NGT. Selain usaha pasien, dukungan keluarga menjadi hal yang sangat mendorong pasien untuk berusaha. Kemudian 1 pasien yang tidak mengalami peningkatan pada latihan menelan pada bahan makanan cair karena pasien tersebut masih sering tersedak ketika dilakukan latihan menelan makanan berbahan cair. Dimana jika kemampuan pasien pada tahap sebelumnya masih belum baik maka tidak akan dilanjutkan ketahap selanjutnya. Namun pada hari terakhir pemberian latihan 1 pasien tersebut sudah mengalami peningkatan dalam hal kemampuan menelan semi padat sehingga pasien dapat lanjut ketahap selanjutnya. Namun waktu penelitian telah berakhir maka peneliti mengajarkan ke pasien latihan menelan kemudian selanjutnya untuk dilakukan sendiri dengan dampingan keluarga, dan pasien pulang dengan tetap menggunakan NGT. Keluarga harus tetap mendampingi karena bisa saja pasien mengalami tersedak sehingga jika terjadi demikian keluarga bisa memberikan tindakan pertolongan pertama.

Berdasarkan sampel ditemukan data kemampuan menelan setiap responden berbeda. Sampel 1 adalah laki – laki usia 50 tahun diagnose Infark Lacunar Cerebri Sinistra nilai kemampuan menelan setelah dilakukan latihan menelan adalah 17 masuk dalam kategori disfagia ringan dengan resiko rendah aspirasi. Peningkatan kemampuan menelan pada sampel pertama ini mulai meningkat pada latihan ke 5 dimana mendapatkan nilai kemampuan menelan berdasarkan GUSS yaitu 13 masuk dalam kategori disfagia moderat dengan resiko sedang aspirasi kemudian meningkat setiap hari hingga penenlitian ini selesai. Sampel ke 2 adalah laki – laki umur 60 tahun diagnose Infark Cerebri Bilateral dengan nilai kemampuan menelan setelah latihan menelan adalah 10 masuk dalam kategori disfagia moderat dengan resiko sedang aspirasi.

Peningkatan kemampuan menelan pada responden ini mulai meningkat pada latihan ke 2 dimana meningkat menjadi nilai 3 namun hanya sebatas nilai tidak meningkatkan kategori kemampuan menelan responden. Sampel ke 3 adalah perempuan umur 59 tahun diagnose Infark Lobus Frontoparietal Sinistra dengan nilai kemampuan menelan setelah latihan menelan adalah 11 masuk dalam kategori disfagia moderat dengan resiko sedang aspirasi. Pada responden ini peningkatan kemampuan menelan setelah melakukan latihan pertama namun hanya dalam sebatas angka saja. Tidak memberikan perubahan kategori kemampuan menelan. Sampel ke 4 adalah laki - laki umur 71 tahun diagnose Infark Ganglia Basal Sinistra dengan nilai kemampuan menelan setelah latihan menelan adalah 14 masuk dalam kategori disfagia moderat dengan resiko sedang terjadi aspirasi. Pada responden ini peningkatan kemampuan menelan tidak terlalu signifikan dimana kemampuan menelan responden ini baru meningkat saat selesai penelitian sehingga hal tersebut tidak dimasukkan sebagai penilaian. Hal ini Sampel ke 5 adalah perempuan umur 54 tahun diagnose Infark Thalamus Sinistra dengan nilai kemampuan menelan setelah latihan menelan adalah 13 masuk dalam kategori disfagia moderat dengan resiko sedang aspirasi. Pada responden ini peningkatan kemampuan menelan mulai pada latihan menelan yang ke 3. Sampel ke 6 adalah laki - laki umur 56 tahun diagnose Infark Lobus Occipital Sinistra dengan nilai kemampuan menelan setelah latihan menelan adalah 14 masuk dalam kategori disfagia moderat dengan resiko sedang aspirasi. Pada reponden ini peningkatan kemampuan menelan terlihat pada latihan ke 3. Sampel ke 7 adalah perempuan umur 55 tahun diagnose Infark Lacunar Capsula Interna Sinistra dengan nilai kemampuan menelan setelah latihan menelan adalah 19 masuk dalam kategori disfagia ringan dengan resiko rendah aspirasi. Pada responden ini peningkatan kemampuan menelan mulai pada latihan pertama dimana pada responden ini dukungan keluarga dan kemauan yang kuat pada pasien memberikan kelancaran dan hasil yang baik. Sampel ke 8 adalah perempuan umur 48

tahun diagnose Infark Cerebellum Sinistrad engan nilai kemampuan menelan setelah latihan menelan adalah 10 masuk dalam kategori disfagia moderat dengan resiko sedang aspirasi. Pada responden ini kemampuan menelan meningkat mulai pada latihan ke 4.

Menurut Canadian Cancer Society (2014), rehabilitasi menelan, beberapa orang mungkin perlu belajar untuk menelan dengan cara yang baru setelah pengobatan, kolaborasi dengan terapi wicara sangat diperlukan untuk mempertimbangkan teknik rehabilitasi menelan yang berbeda dan menyarankan salah satu yang paling membantu untuk masalah menelan. Contoh dari teknik ahli terapi wicara yang direkomendasikan diantaranya latihan teknik Chin-Tuck.

Penelitian ini juga sejalan dengan yang dilakukan oleh Afrida (2017) di RSUD Haji Makassar. Penelitian ini menggambarkan jenis stroke yang menjadi sampel adalah SH dan SNH. Kemudian kemampuan menelan pasien dari kedua jenis stroke digambarkan ada peningkatan dari tidak normal menjadi normal. Pada penelitian ini tidak menggambarkan secara rinci tingkat kemampuan menelan. Hanya meneliti pada normal atau tidaknya kemampuan menelan pasien stroke baik hemoragik maupun non hemoragik. Penelitian yang dilakukan Ratna (2014) di Rumah Sakit Islam Cempaka Putih Jakarta juga mendapatkan hasil yang sama. Metode latihan menelan yang digunakan dalam penelitiannya adalah *chin tuck*. Pada penelitiannya menggambarkan ada peningkatan kemampuan menelan pasien yang telah diberikan latihan menelan dengan metode tersebut. *Chin-Tuck* adalah menyelipkan dagu kearah dada saat menelan, ini membantu mencegah makanan dan cairan keluar dari jalan nafas.

Menurut asumsi peneliti kemampuan menelan setelah dilakukan penelitian sudah seharusnya meningkat. Karena mendasari dari semua hal yang diberikan perlakuan akan mengalami perubahan. Perubahan ini tergantung dari cara, materi dan keefektifan metode yang kita berikan. Pada saat pemberian latihan menelan ditemukan pasien yang memiliki respon

cepat dalam latihan adalah pasien yang memiliki dukungan yang positif dari keluarga dan senang terhadap metode yang diberikan kepadanya.

4. Pengaruh Latihan Menelan Dengan Kemampuan Menggunakan Score GUSS

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa nilai score rata-rata kemampuan menelan sebelum dan sesudah diberikan latihan menelan dengan nilai mean 6,875 dengan nilai perbedaan (*95% Confidence Interval of the Difference*) 8,992-4,758.

Setelah dilakukan Uji statistik *paired samples test* dilihat dari nilai probabilitasnya ditemukan hasil ada perbedaan nilai kemampuan menelan sebelum latihan dan setelah latihan menelan menggunakan GUSS. Selanjutnya berdasarkan nilai T hitung dan T table didapatkan hasil ada pengaruh latihan menelan terhadap kemampuan menelan pada pasien stroke non hemoragik dengan disfagia yaitu dengan nilai rata-rata mean pre 6,63 dan mean post 13,5. Latihan menelan akan berpengaruh secara signifikan bila didukung dengan faktor lain seperti nutrisi yang cukup, kemampuan pasien yang tinggi dan dukungan keluarga yang positif. Pada penelitian ini juga menunjukkan bahwa umur kurang dari 60 tahun keefektifan latihan menelan sangat berpengaruh dibandingkan umur diatas 60 tahun.

Secara garis besar peningkatan kemampuan menelan sangat berpengaruh dilihat dari hasil rata – rata kemampuan menelan sebelum dan sesudah latihan. Sebelum menunjukkan rata – rata score GUSS 6,6 dan sesudah latihan menunjukkan score GUSS 13,5 artinya ada peningkatan score rata – rata 5,9. Kemudian peningkatan kemampuan menelan rata – rata meningkat setelah dilakukan latihan ke 3.

Kemampuan menelan secara keseluruhan mengalami peningkatan dimana semua responden mampu melaksanakan latihan yang diberikan. Namun kemampuan menelan setiap pasien berbeda – beda satu dengan yang lainnya. Seperti yang dijelaskan sebelumnya bahwa variable usia menjadi variable yang mempengaruhi kemampuan ini. Pada akhir

penelitian ditemukan 1 pasien hanya sampai pada latihan menelan tahap semi padat, 7 orang mencapai tahap bahan makanan cair dan dari 7 orang tersebut ada 2 pasien yang mampu ke tahap padat.

Penelitian ini juga sejalan dengan yang dilakukan oleh dewi siyamti (2019) di RSUD Unggaran. Penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh latihan menelan metode *Shaker exercise* terhadap kemampuan menelan pasien stroke. Peningkatan kemampuan menelan pasien mulai meningkat secara signifikan pada hari ke empat. Pada penelitian ini juga menjelaskan perbandingan antara latihan menelan standar Rumah Sakit dengan latihan gabungan antara metode akupresur dengan *Shaker Exercise*. Menggunakan gabungan metode tersebut terjadi peningkatan lebih signifikan dari pada metode biasa.

Penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Enny Mulyatsih (2009) dimana menunjukkan hasil terdapat perbedaan bermakna, terjadi peningkatan rerata status fungsi menelan pada kelompok perlakuan antara sebelum dan sesudah dilakukan latihan menelan selama 6 hari. Tujuan utama latihan menelan pada pasien stroke adalah menurunkan resiko aspirasi, meningkatkan kemampuan makan dan menelan, serta mengoptimalkan status nutrisi.

Menurut asumsi peneliti bahwa kemampuan menelan dapat ditingkatkan melalui beberapa metode. Metode - metode yang kita terapkan akan sangat efektif bila keadaan pasien mendukung dan kooperatif dalam menjalani latihan yang diberikan. Selanjutnya dukungan keluarga yang memberikan kesan positif terhadap perlakuan yang kita berikan kepada pasien juga memberikan nilai positif dalam peningkatan kemampuan menelan ini. Selain itu, keterampilan petugas dalam memberikan penjelasan, kemampuan membangun komunikasi efektif melalui pembinaan hubungan saling percaya, dan disiplin waktu kontrak latihan yang telah ditetapkan juga mempengaruhi keberhasilan latihan yang dilakukan.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini masih terdapat berbagai kelemahan dan kekurangan. Peneliti berupaya semaksimal mungkin dengan berbagai usaha untuk membuat hasil penelitian ini menjadi sempurna. Peneliti menyadari bahwa keterbatasan penelitian ini, yaitu:

1. Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan berulang – ulang sehingga harus memerlukan waktu berlebih pada setiap responden sehingga tindakan intervensi tidak dilakukan secara bersamaan. Perlakuan diberikan terkadang berbeda waktu.

2. Sample Penelitian

Penelitian melibatkan 8 responden pasien dengan SNH yang sedang menjalankan perawatan di Rumah Sakit. Dari sejumlah responden beberapa terkadang susah untuk dikunjungi akibat dari waktu istirahat yang dilakukan pasien.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Hasil penelitian pada kemampuan menelan pasien dengan *Stroke Non Hemoragik* sebelum dilakukan latihan menelan rata – rata dalam kategori disfagia berat dengan nilai mean 6,6
2. Hasil penelitian pada kemampuan menelan pasien dengan *Stroke Non Hemoragik* setelah dilakukan latihan menelan rata – rata dalam kategori disfagia moderat atau sedang dengan nilai mean 13,5
3. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh latihan menelan terhadap kemampuan menelan pada pasien stroke non hemoragik dengan disfagia dengan nilai uji *paired sample T-test* 0,00

B. Saran

1. Bagi Pasien

Diharapkan responden lebih mengetahui tentang pentingnya setiap proses latihan yang telah ditetapkan. Sehingga akan menciptakan kepatuhan dan keberhasilan dalam meningkatkan kemampuan menelan.

2. Bagi Instansi Pendidikan Keperawatan

Diharapkan instansi pendidikan dapat menjadikan buku-buku tentang komplikasi Stroke Non Hemoragik yang bisa dijadikan sumber referensi bagi para mahasiswa keperawatan untuk lebih memahami dan menjadikan para mahasiswanya sebagai calon perawat yang terupdate dalam hal ilmu terbaru.

3. Bagi Rumah Sakit

Bagi rumah sakit diharapkan agar hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan *literatur* untuk selanjutnya disarankan kepada manajemen agar dapat diterapkan latihan menelan pada setiap pasien stroke yang mengalami gangguan menelan. Kemudian mendorong peningkatan mutu untuk memberikan pelatihan dalam penatalaksanaan pasien stroke terkhusus memenuhi kemampuan menelan pasien



DAFTAR PUSTAKA

- Afrida, A. (2018). *Effect of Ingesting Training Towards Dysphagia in Stroke' Patients in Haji Hospital and Makassar City Hospital*. Indonesian Contemporary Nursing Journal (ICON Journal), 2(1), 13. <https://doi.org/10.20956/icon.v2i1.3580>
- Alchuriyah, S., & Wahjuni, C. U. (2016). *Faktor Risiko Kejadian Stroke Usia Muda Pada Pasien Rumah Sakit Brawijaya Surabaya*, 4(1), 62–73. <https://doi.org/10.20473/jbe.v4i1.62-73>
- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka* (8th ed.; A. Yani & K. Ibrahim, Eds.). Singapore: Elsevier.
- American Heart Association & American Stroke Association. (2015). *Heart Disease and Stroke Statistics – At-a-Glance Heart Disease , Stroke and other Cardiovascular Diseases Heart Disease , Stroke and Cardiovascular Disease Risk Factors*. (1), 7–10.
- Ardiansyah, Gumelar. (2019). *Pengertian Analisis Data*. Retrieved from <https://guruakuntansi.co.id/analisis-data/>
- Asri, I. J., & Hidayat, R. (2019). *Screening Dysphagia Dengan Instrument Standardized Swallowing Assessment Pada Pasien Dengan Gangguan Neurologi*. Journal of Islamic Nursing, 4(2), 39.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan* (8th ed.; A. Susila, F. Ganiajri, P. P. Lestari, & R. W. A. Sari, eds.). Singapore : Elsevier.
- Dahlan, M. Sopiudin. (2018). *Langkah-langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : CV Sagung Seto
- Darman (2015). *Metode Penelitian : Jenis dan Sumber Data*. Retrieved from <http://theorymethod.blogspot.com/2015/12/jenis-dan-sumber-data.html>
- Dharma, K. K. (2018). *Pemberdayaan Keluarga untuk Mengoptimalkan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke* (1st ed.). Retrieved from <http://books.google.co.id>
- Farhan, Z. (2018). *Pengaruh Latihan Vokal terhadap Perubahan Kemampuan Menelan pada Pasien Stroke Infark di Ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut Tahun 2015*. 1(1), 43–55.

- Fatin, N. (2018). *Pengertian Tabulasi dan Bentuknya*. Retrieved from <http://seputarpengertian.blogspot.com/2018/12/pengertian-tabulasi-dan-bentuknya.html>
- Granell, J., Garrido, L., Millas, T., & Gutierrez-Fonseca, R. (2012). *Management of Oropharyngeal Dysphagia in Laryngeal and Hypopharyngeal Cancer* (A. Castro, ed.). <https://doi.org/10.1155/2012/157630>
- Groher, M. E., & Crary, M. A. (2010). *Dysphagia : Clinical Management in Adults and Children*. Retrieved from <http://books.google.co.id>
- Hidayat, A. (2014). *Penjelasan Lengkap Hipotesis Penelitian*. Retrieved January 29, 2020, from <https://www.statistikian.com/2012/10/hipotesis.html>
- Hidayati, R. (2019). *Aplikasi Teori Adaptasi Roy Pada Pasien dengan End Stage Renal Disease (ESRD)*. *Journal Scientific Soluterm*, 2(1), 30–40.
- Hisham, S. (2019). *Anatomi Saraf Vagus*. Retrieved from <https://hisham.id/fungsi-saraf-vagus.html>
- Irfan, Muhammad. (2010). *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Islamiati, D. (2018). *Stroke Iskemik*. Jakarta : Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah
- Kim, H. H., & Park, J. S. (2019). *Efficacy of modified chin tuck against resistance exercise using hand-free device for dysphagia in stroke survivors: A randomised controlled trial*. *Journal of Oral Rehabilitation*, 46(11), 1042–1046. <https://doi.org/10.1111/joor.12837>
- Medline Plus. (2018) *Stroke Also Called : Brain Attack, CVA*. Available from : <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/stroke.html>
- Nurafif, A.H dan Kusuma. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta : MediAction.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Ed. 4. Jakarta: Salemba Medika
- Nurwati, & M.Dirdjo, M. (2017). *Inovasi Pemberian Mobilisasi Dini Terhadap Peningkatan Kekuatan Fungsional Pada Pasien Stroke Non Hemoragik*. Analisis Praktik Klinik Keperawatan. Retrieved from <https://dspace.umkt.ac.id/handle/463.2017/341>
- Oliveira, I. D. J., Da Mota, L. A. N., Freitas, S. V., & Ferreira, P. L. (2019). *Dysphagia screening tools for acute stroke patients available for nurses:*

- A systematic review*. *Nursing Practice Today*, 6(3), 103–115.
<https://doi.org/10.18502/npt.v6i3.1253>
- Pandaleke, J. J. C., Sengkey, L. S., & Angliadi, E. (2014). *Rehabilitasi Medik Pada Penderita Disfagia*. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, 6(3), 157–164.
<https://doi.org/10.35790/jbm.6.3.2014.6321>
- Program Studi Dokter dan Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. (2018). *Diskusi Topik Stroke Iskemik* [internet]. Jakarta : Kepanitraan Klinik Neurologi Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah dalam
https://www.academia.edu/38192830/DT_Stroke_Iskemik_desy
- Riskesdas, K. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)*. *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 1–200.
<https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Said Bassiouny, S. El. (2017). *Assessment of Dysphagia in Acute Stroke Patients by the Gugging Swallowing screen*. *Global Journal of Otolaryngology*, 9(4), 80–87. <https://doi.org/10.19080/gjo.2017.09.555766>
- Savira, A., Zulfikar, A., & Hafidz, M. (2015). *Cranium and Neck*. Retrieved from https://www.academia.edu/30441427/Makalah_sarah
- Schoenberg, M. R., & Scott, J. G. (2011). *The Little Black Book of Neuropsychology. A Syndrome-Based Approach*. Retrieved from <http://books.google.co.id>
- Siyamti, D., Pudjonarko, D., & Mardiyono. (2019). *Pengaruh Akupresur Dan Shaker Exercise Terhadap Kemampuan Menelan Pasien Stroke Akut Dengan Disfagia*. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 142. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8. Jakarta : EGC
- Steele, C. M., Alsanei, W. A., Ayanikalath, S., Barbon, C. E. A., Chen, J., Cichero, J. A. Y., Wang, H. (2015). *The Influence of Food Texture and Liquid Consistency Modification on Swallowing Physiology and Function: A Systematic Review*. *Dysphagia*, 30(1), 2–26.
<https://doi.org/10.1007/s00455-014-9578-x>
- Sugiyono, Prof. Dr. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Suliyanto. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Retrieved from http://eprints.peradaban.ac.id/108/1/Pelatihan_Metode_Penelitian_Prof.Suliyanto.pdf.

- Taruna, R. (2015). *Disfagia Paska Stroke* (1st ed.; Boneka Lilin, ed.). Yogyakarta: Harfeey.
- Trapl, M. (2017). *Instruction On How To Use The Gugging Swallowing Screen (GUSS)*. 1–18.
<https://gussgroupinternational.files.wordpress.com/2018/07/guss-instruction.pdf>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007a). *Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients The Gugging Swallowing Screen*. 2948–2952.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- Trapl, M., Y. Teuschl, K. Matz, A. Dachenhausen, and M. Brainin. 2017. *Overestimating the Risk of Aspiration in Acute Stroke*. *European Journal of Neurology*. 24 (6): e34–e34. doi:10.1111/ene.13298.
- Umay, E., Eyigor, S., Karahan, A. Y., Gezer, I. A., Kurkcu, A., Keskin, D., ... Calik, Y. (2019). *The GUSS test as a good indicator to evaluate dysphagia in healthy older people: a multicenter reliability and validity study*. *European Geriatric Medicine*, 10(6), 879–887.
<https://doi.org/10.1007/s41999-019-00249-2>
- World Health Organization (WHO). (2015). *Health Topics: Stroke, Cerebrovascular Accident*. Available from :
http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Data Pribadi

1. Nama Lengkap : Syarifah Yulia Rachmawati
2. Tempat dan Tanggal Lahir : Balikpapan, 17 Juli 1981
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Warga Negara : Indonesia
6. Alamat : Perumahan HER mandiri 1 Blok H2 No.20
Kel. Sepinggian Baru, Balikpapan
7. Nomor Telepon : 082251017707
8. Email : yuliawati1707@gmail.com

- II. Pendidikan Formal :** SD Patra Dharma 2 Balikpapan tahun 1993
SMP Patra Dharma 1 Balikpapan tahun 1996
SMAN 5 Balikpapan tahun 1999
POLTEKKES KEMENKES KALSEL 2002

- III. Pendidikan Non Formal :**
Pelatihan Asuhan Keperawatan Stroke tahun 2012

IV. Riwayat Pengalaman Kerja :

- Perawat Pelaksana RS Haji Darjad Samarinda : 2003 – 2004
- Perawat Pelaksana RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan
Ruang Flamboyan C tahun 2004 – 2006
Ruang Flamboyan A tahun 2006 – 2011
Ruang Stroke Unit tahun 2011 – sekarang
- Perawat Supervisor RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan : 2016-2017

Lampiran 1

Surat Ijin Permohonan Studi Pendahuluan



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO
JL. MT. Haryono No. 656 Tlp. 0542 873901 (Hunting) Fax. 0542 873836
BALIKPAPAN

Balikpapan, 02 Desember 2019

No. : 423/ 3530 /RSKD Kepada
Lamp : 1 lembar Yth : STIEKES Wiyata Husada
Prihal : Ijin Permohonan Studi Pendahuluan Di -
Samarinda

Menjawab surat saudara Nomor : 22149/STIEKES-WHS tanggal 22 November 2019 tentang Permohonan Studi Pendahuluan Penelitian di lingkungan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, atas terlampir.

Pada Prinsipnya kami menyetujui bahwa nama yang bersangkutan terlampir melakukan penelitian di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan ketentuan mengikuti dan mentaati peraturan yang berlaku.


Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.



dr. Eddy Kusnandar, Sp. PD, FINASIM, MARS
Pemeriksa Tk. I
NIP. 19650528 199707 1 001

Lampiran 2

Surat Permohonan Izin Penelitian

**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/1/2018

itkeswhs
itkeswhs
www.itkeswhs.ac.id
info@itkeswhs.ac.id

Jl. Kadrie Denng No. 77 Samarinda - Kalimantan Timur, Telp/Fax (0541) 7272431

Nomor : 449/ITKES-WHSL.T/2020
Lampiran :
Hal : Permohonan Izin Penelitian

17 Maret 2020

Kepada Yth
Direktur RSUD Dr. Kanadjoso Djatiwibowo Balikpapan
Cq. Deklit RSUD Dr. Kanadjoso Djatiwibowo Balikpapan

di Tempat

Yang terhormat,

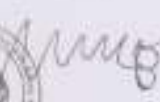

Sebelum kami dan saya Allah SWT selalu memohon Ridho dan Hidayah-Nya kepada Bapak/Ibu.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyelesaian karya tulis ilmiah/thesis, maka kami mohon kepada Bapak/Ibu agar dapat memberikan izin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah:

Nama	SYARIFAH YULIA RACHMAWATI
NIM	021827908801
Semester	III
Program Studi	Ilmu Keperawatan
Jenis Penelitian	Pengaruh Latihan Menelan terhadap Kemampuan menelan pada pasien stroke Non Hemoragik dengan Disfagia ditinjau dari gugging swallowing Screen (Guss) di ruang rawat inpatient stroke

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.



Dr. Siti Soranta Sidharta, CA, CFA
NIDN: 9021077202

Hold The Future Now

Lampiran 3

KUESIONER STUDI PENDAHULUAN TENTANG
PENGARUH LATIHAN MENELAN TERHADAP KEMAMPUAN MENELAN
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN *DISFAGIA*
BERDASARKAN *GUGGING SWALLOWING SCREEN* (GUSS)

DATA RESPONDEN :

1. USIA / JENIS KELAMIN :
2. PENDIDIKAN TERAKHIR :
3. MASA KERJA DI UNIT STROKE :

PERTANYAAN :

1. APA YANG ANDA KETAHUI TENTANG *DISFAGIA* (GANGGUAN MENELAN) PADA PASIEN STROKE?
.....
.....
2. KOMPLIKASI APA YANG BISA TERJADI PADA PASIEN STROKE DENGAN *DISFAGIA*?
.....
.....
3. BAGAIMANA CARA ANDA MENGETAHUI BAHWA PASIEN ANDA MENGALAMI *DISFAGIA*?
.....
.....
4. PERNAH MENDENGAR TENTANG SKRINING PADA PASIEN STROKE DENGAN *DISFAGIA*? JIKA PERNAH, JELASKAN SKRINING YANG ANDA KETAHUI?
.....
.....
5. APAKAH ANDA PERNAH MELAKUKAN LATIHAN MENELAN PADA PASIEN *DISFAGIA*? JIKA PERNAH, BAGAIMANA CARA MELAKUKANNYA? BERAPA KALI FREKUENSI LATIHANNYA?
.....
.....
6. JIKA TIDAK PERNAH, SIAPA YANG MELAKUKAN LATIHAN MENELAN PADA PASIEN STROKE DENGAN *DISFAGIA* DI RUANGAN ANDA?
.....
.....
7. HASIL (OUTCOME) APA YANG ANDA HARAPKAN DARI PASIEN STROKE YANG ANDA RAWAT?
.....
.....
8. APAKAH ANDA SETUJU JIKA DI RUANG UNIT STROKE DIBUAT PROGRAM LATIHAN MENELAN PADA PASIEN DENGAN *DISFAGIA*? JELASKAN ALASANNYA!
.....
.....
.....
.....

Lampiran 4

**SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

JUDUL PENGARUH LATIHAN MENELAN TERHADAP
PENELITIAN: KEMAMPUAN MENELAN PASIEN STROKE NON
 HEMORAGIK DENGAN *DISFAGIA* BERDASARKAN
 GUGGING SWALLOWING SCREEN (GUSS)
PENELITI : SYARIFAH YULIA RACHMAWATI
NIM : B21827908801

Berdasarkan penjelasan yang telah disampaikan oleh peneliti tentang penelitian yang akan dilaksanakan sesuai judul diatas, saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kemampuan menelan antara sebelum dan sesudah dilakukan latihan menelan. Saya memahami bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan terutama perawatan pasien stroke yang mengalami gangguan menelan (*disfagia*), khususnya di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Kanjoso Djatiwibowo Balikpapan. Saya memahami bahwa risiko yang akan terjadi sangat kecil dan saya berhak untuk menghentikan keikutsertaan saya dalam penelitian ini tanpa mengurangi hak-hak saya dalam mendapatkan perawatan di rumah sakit ini. Saya juga mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya, semua berkas yang mencantumkan identitas subyek penelitian hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan serta hanya peneliti yang tahu kerahasiaan data tersebut. Selanjutnya secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Balikpapan,.....2020

Responden,

Peneliti,

(.....)

(Syarifah Yulia Rachmawati)

Lampiran 5

LEMBAR OBSERVASI

SKRINING GUGGING SWALLOWING SCREEN (GUSS)

NAMA/INITIAL :	HARI/TANGGAL :
USIA :	JAM :
JENIS KELAMIN :	KETERANGAN : <input type="checkbox"/> PRE <input type="checkbox"/> POST

A. LATIHAN MENELAN TIDAK LANGSUNG

	Ya	Tidak
Kewaspadaan (Pasien sadar minimal 15 menit)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Batuk dan atau Berdehem (Batuk yang disengaja, atau pasien berdehem dua kali)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Menelan air liur		
- Menelan dengan baik	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
- Ngiler	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- Perubahan suara	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Jumlah	1-4 : pemeriksaan lebih lanjut 5 : tes menelan langsung	

B. LATIHAN MENELAN LANGSUNG

Pemeriksaan Bertahap →	1 → Semi Padat *	2 → Cair **	3 Padat ***
Proses Menelan			
- Tidak dapat menelan	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
- Menelan tertunda (> 2 detik, bahan padat > 10 detik)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- Menelan dengan baik	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Batuk (tidak disengaja) (sebelum, selama, setelah menelan; sampai 3 menit kemudian)			
- Ya	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
- Tidak	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Ngiler			
- Ya	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
- Tidak	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Perubahan Suara (suara diperhatikan sebelum dan sesudah menelan, kata "oh")			
- Ya	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
- Tidak	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Jumlah	1-4 : pemeriksaan lebih lanjut 5 : lanjut ke "cair"	1-4 : pemeriksaan lebih lanjut 5 : lanjut ke "padat"	1-4 : pemeriksaan lebih lanjut 5 : NORMAL
JUMLAH (Latihan Tidak Langsung dan Langsung) (20)		

C. INTERPRETASI

Jumlah	Kriteria Keparahan Disfagia	Risiko Aspirasi
20	Tidak ada disfagia atau disfagia ringan	Risiko aspirasi minimal
15 - 19	Disfagia Ringan	Risiko rendah terjadi aspirasi
10 - 14	Disfagia Moderat	Risiko sedang terjadi aspirasi
0 - 9	Disfagia Berat	Risiko tinggi operasi

Lampiran 6

PROSEDUR PELAKSANAAN LATIHAN MENELAN

PENGERTIAN	Latihan Menelan adalah suatu kegiatan melatih organ menelan, yang dilakukan secara berulang – ulang dan terstruktur
TUJUAN	Untuk meningkatkan kemampuan otot rahang dalam mengunyah dan menggerakkan makanan, meningkatkan respons gerak mulut, dan merangsang saraf yang memicu refleks menelan.
PROSEDUR	<p>TAHAP PERSIAPAN :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan salam 2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Periksa tanda vital sebelum tindakan 4. Posisikan pasien duduk 60° (minimal 45°) <p>TAHAP KERJA :</p> <p>A. LATIHAN VOKAL A-I-U-E-O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk julurkan lidah sejauh mungkin, kemudian cobalah gerakkan lidah ke atas, ke bawah, ke kanan, dan ke kiri. 2. Anjurkan pasien menutup bibir dengan rapat, kemudian kembungkan salah satu pipi dengan udara, tahan selama 5 detik dan kemudian keluarkan. Lakukan secara bergantian pada sisi yang lainnya. 3. Anjurkan pasien untuk mengucapkan huruf "A" dengan keadaan mulut terbuka. 4. Anjurkan pasien untuk mengucapkan huruf "I" dengan keadaan mulut gigi dirapatkan dan bibir dibuka 5. Anjurkan pasien untuk mengucapkan huruf "U" dengan keadaan mulut mencucu ke depan, bibir atas dan bawah tidak rapat. 6. Anjurkan pasien untuk mengucapkan huruf "E" dengan keadaan pipi, mulut dan bibir seperti tersenyum. 7. Anjurkan pasien untuk mengucapkan huruf "O" dengan keadaan mulut dan bibir mencucu ke depan
	<p>B. TEKNIK POSTURAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CHIN DOWN / HEAD FLEXION <ol style="list-style-type: none"> a. Instruksikan pasien menunduk dan kemudian menelan. b. Lakukan palpasi pada laring untuk mengetahui apakah laring berada pada posisi istirahat. c. Tahan selama 5 detik, kemudian kembalikan kepala ke posisi semula 2. HEAD ROTATION <ol style="list-style-type: none"> a. Instruksikan pasien memutar kepala ke sisi yang lemah b. Anjurkan untuk menelan c. Tahan selama 5 detik, kemudian kembalikan kepala ke posisi semula. 3. LATERAL HEAD TILT <ol style="list-style-type: none"> a. Instruksikan pasien memutar kepala ke sisi yang kuat b. Anjurkan untuk menelan. c. Tahan selama 5 detik, kemudian kembalikan kepala ke posisi semula. <p>C. SWALLOW MANEUVERS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SUPRAGLOTTIC SWALLOW MANEUVER <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan pasien menarik nafas dalam dan tahan 1 detik. b. Anjurkan menelan dengan cepat dan batuk segera setelah menelan. 2. EFFORTFUL SWALLOW MANEUVER <ol style="list-style-type: none"> a. Instruksikan pasien untuk menelan seperti biasa tetapi dengan kekuatan yang lebih dari biasanya.

	<p>3. MENDELSON MANEUVER</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Intruksikan pasien untuk menelan seperti biasa b. Petugas menahan tulang rawan tiroid ketika laring sudah elevasi c. Intruksikan pasien untuk menahan nafas 5 detik, dan menelan seperti biasa
EVALUASI	Lakukan Skrinning menggunakan Gugging Swallowing Screen (GUSS)



Lampiran 7

UJI NORMALITAS

```
GET
FILE='E:\skripsi\yulia\data hasil benar.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
EXAMINE VARIABLES=GUSSPre GUSSPost
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF HISTOGRAM NPLOT
/COMPARE GROUPS
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
```

Explore

Output Created	8-AUG-2020 23:06:09
Comments	
Input	<p>E:\skripsi\yulia\data hasil benar.sav</p> <p>DataSet1</p> <p><none></p> <p><none></p> <p><none></p> <p>8</p>
Missing Value Handling	<p>User-defined missing values for dependent variables are treated as missing.</p>
Cases Used	<p>Statistics are based on cases with no missing values for any dependent variable or factor used.</p>
Syntax	<pre>EXAMINE VARIABLES=GUSSPre GUSSPost /PLOT BOXPLOT STEMLEAF HISTOGRAM NPLOT /COMPARE GROUPS /STATISTICS DESCRIPTIVES /CINTERVAL 95 /MISSING LISTWISE /NOTOTAL.</pre>

Resources	Processor Time	00:00:09.02
	Elapsed Time	00:00:06.49

[DataSet1] E:\New folder\skripsi\sudah ujian yulia\data hasil benar.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
GUSSPre	8	100.0%	0	0.0%	8	100.0%
GUSSPost	8	100.0%	0	0.0%	8	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
GUSSPre	Mean	6.63	1.281
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	3.60	
	Upper Bound	9.65	
	5% Trimmed Mean	6.58	
	Median	7.50	
	Variance	13.125	
	Std. Deviation	3.623	
	Minimum	2	
	Maximum	12	
	Range	10	
	Interquartile Range	7	
	Skewness	-.125	.752
	Kurtosis	-1.189	1.481
GUSSPost	Mean	13.50	1.150
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	10.78	
	Upper Bound	16.22	
	5% Trimmed Mean	13.39	
	Median	13.50	
Variance	10.571		
Std. Deviation	3.251		
Minimum	10		

Maximum	19	
Range	9	
Interquartile Range	6	
Skewness	.598	.752
Kurtosis	-.591	1.481

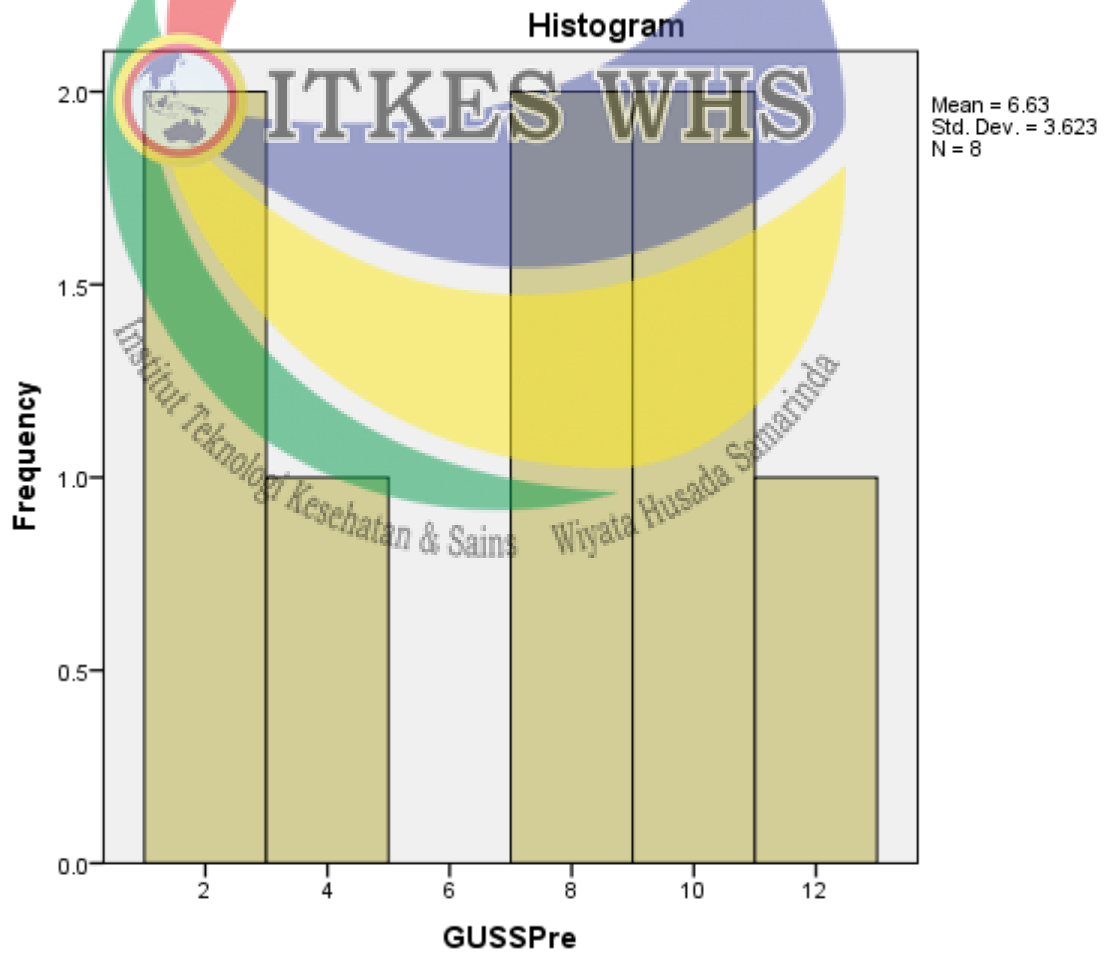
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
GUSSPre	.166	8	.200*	.921	8	.435
GUSSPost	.189	8	.200*	.918	8	.413

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

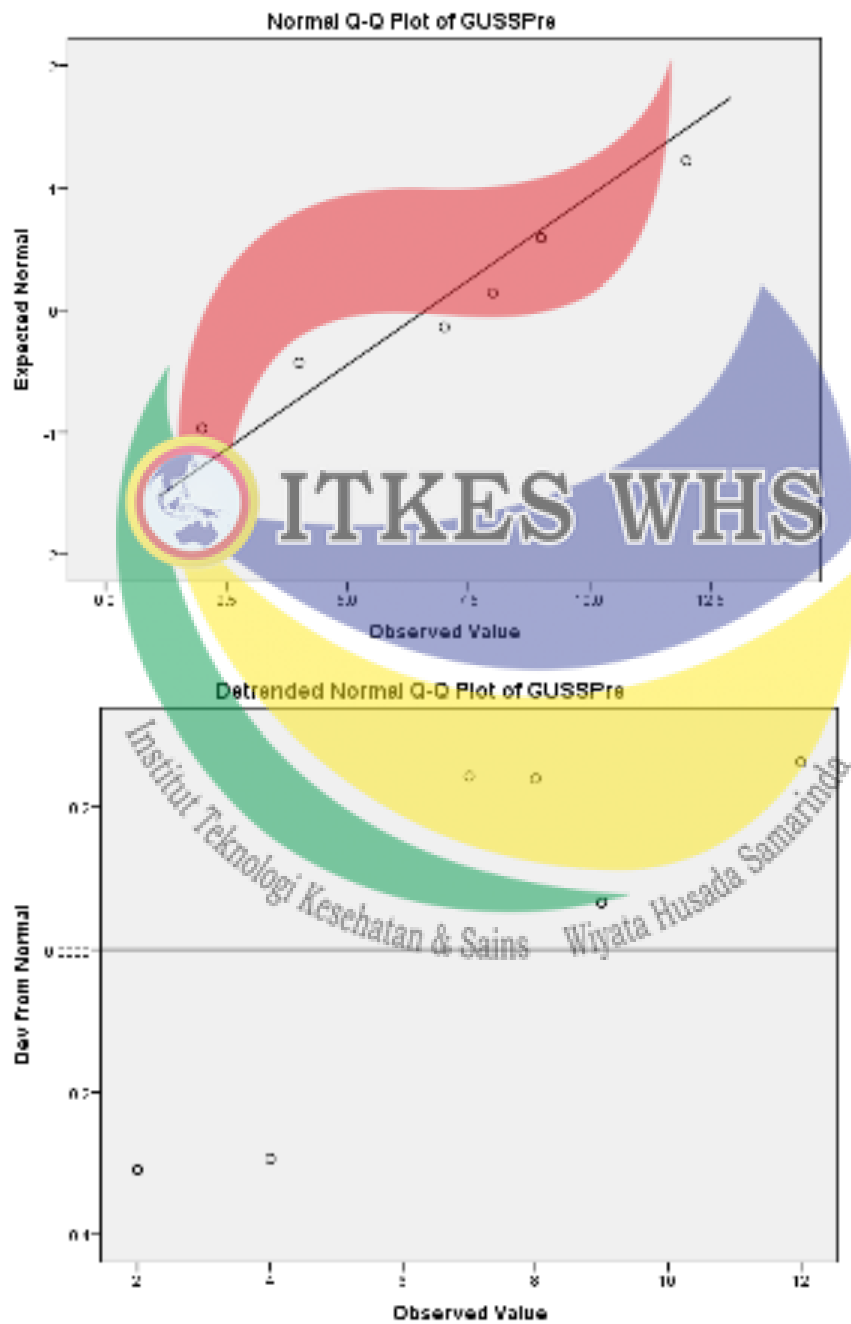
GUSSPre

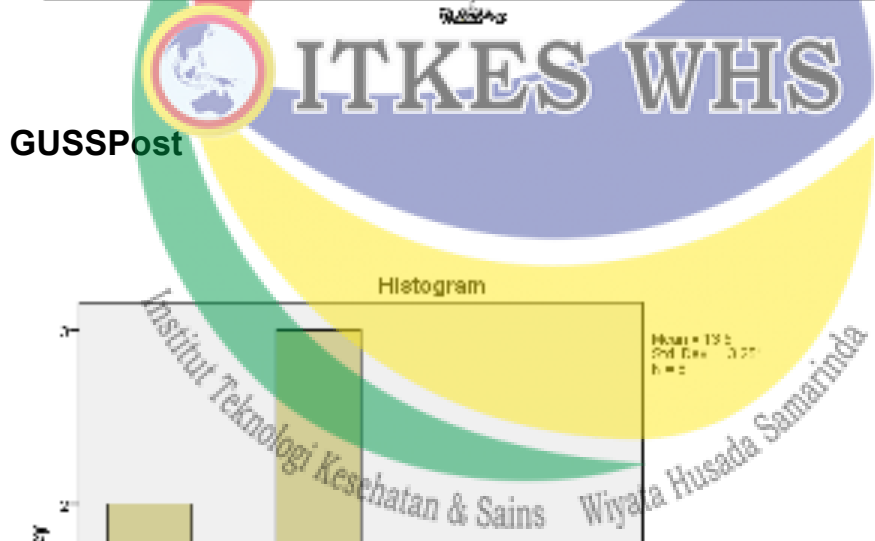
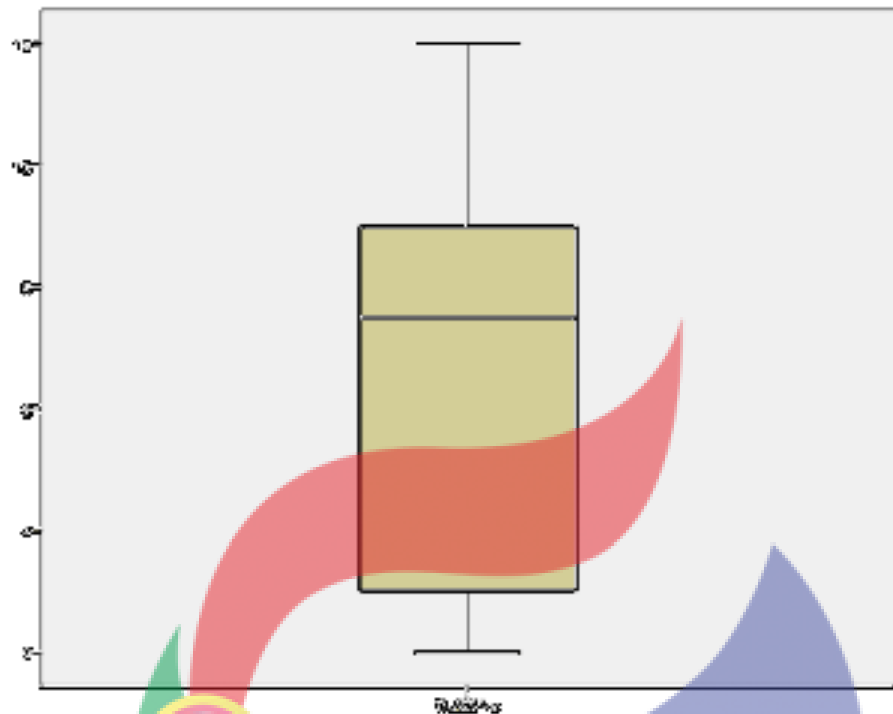


GUSSPre Stem-and-Leaf Plot

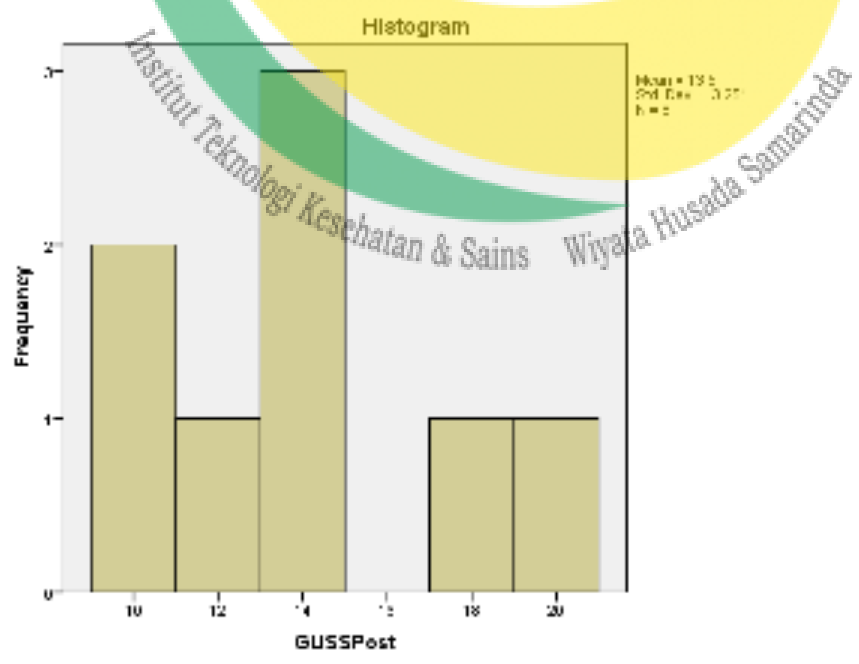
Frequency	Stem &	Leaf
3.00	0 .	224
4.00	0 .	7899
1.00	1 .	2

Stem width: 10
 Each leaf: 1 case(s)





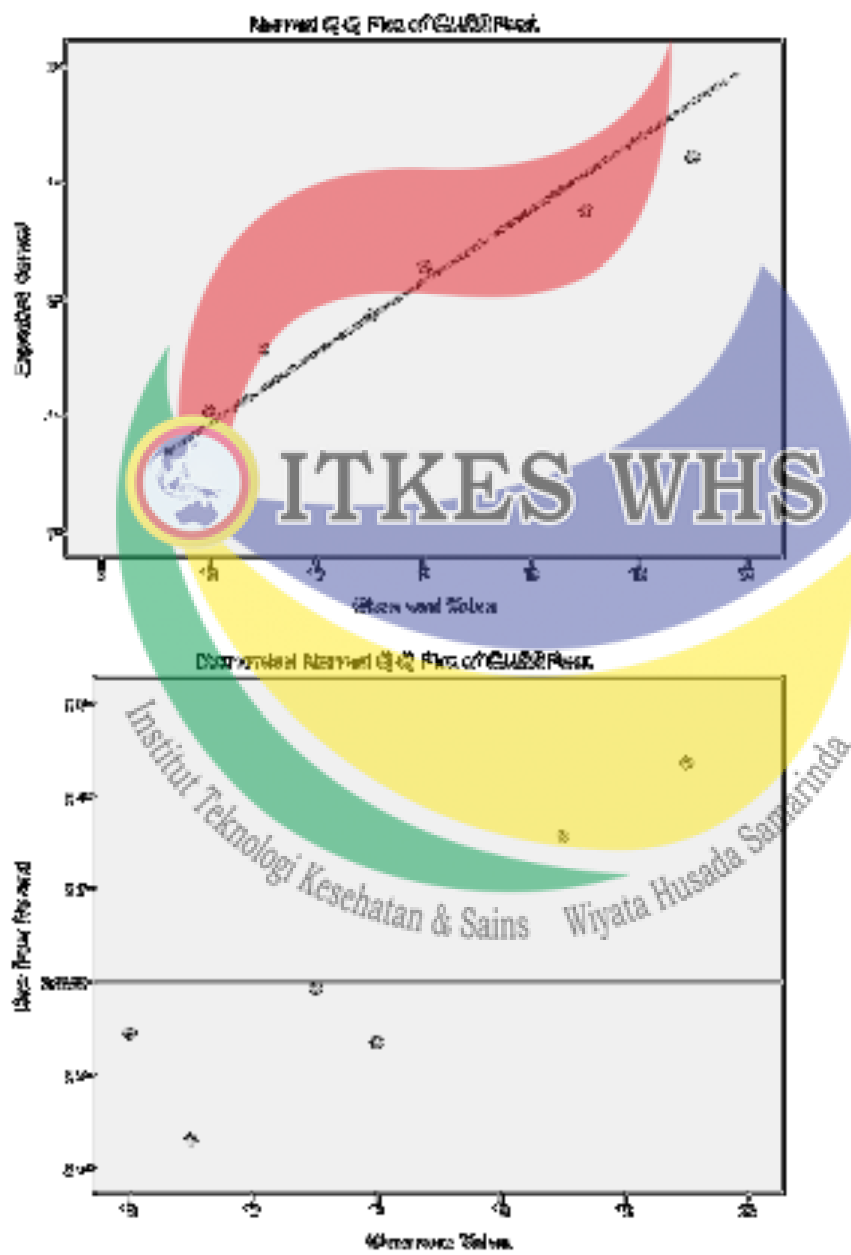
GUSSPost



GUSSPost Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
6.00	1 . 001344
2.00	1 . 79

Stem width: 10
 Each leaf: 1 case(s)



Uji Hasil

```
SAVE OUTFILE='E:\skripsi\syarifah yulia rachmawati \hasil\uji hasil benar.sav'
/COMPRESSED.
FREQUENCIES VARIABLES=JK
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Notes	
Output Created	15-JUN-2020 08:28:03
Comments	
Input	Data Active Dataset Filter Weight Split File N of Rows in Working Data File
Missing Value Handling	Definition of Missing Cases Used
Syntax	User-defined missing values are treated as missing. Statistics are based on all cases with valid data. FREQUENCIES VARIABLES=JK /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time Elapsed Time
	8 00:00:00,02 00:00:00,02

[DataSet2] E:\skripsi\syarifah yulia rachmawati \hasil\uji hasil benar.sav

Statistics

JK

	Valid	8
N	Missing	0

JK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki laki	4	50,0	50,0	50,0
	perempuan	4	50,0	50,0	100,0
Total		8	100,0	100,0	

```
FREQUENCIES VARIABLES=Usia GUSSPre GUSSPost
/NTILES=4
```

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
 /ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

		Notes
Output Created		15-JUN-2020 08:28:57
Comments		
Input	Data	E:\skripsi\syarifah yulia rachmawati hasil\uji hasil benar.sav
	Active Dataset	DataSet2
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
Missing Value Handling	N of Rows in Working Data File	8
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
Syntax	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
		FREQUENCIES
		VARIABLES=Usia GUSSPre GUSSPost
		/NTILES=4
		/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,05

[DataSet2] E:\skripsi\syarifah yulia rachmawati\hasil\uji hasil benar.sav

		Usia	GUSSPre	GUSSPost
N	Valid	8	8	8
	Missing	0	0	0
Mean		56,63	6,63	13,50
Median		55,50	7,50	13,50
Mode		48 ^a	2 ^a	10 ^a
Std. Deviation		7,090	3,623	3,251
Minimum		48	2	10
Maximum		71	12	19
Percentiles	25	51,00	2,50	10,25
	50	55,50	7,50	13,50
	75	59,75	9,00	16,25

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

		Usia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	48	1	12,5	12,5	12,5
	50	1	12,5	12,5	25,0
	54	1	12,5	12,5	37,5
	55	1	12,5	12,5	50,0
	56	1	12,5	12,5	62,5
	59	1	12,5	12,5	75,0
	60	1	12,5	12,5	87,5
	71	1	12,5	12,5	100,0
Total		8	100,0	100,0	

		GUSSPre			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	25,0	25,0	25,0
	4	1	12,5	12,5	37,5
	7	1	12,5	12,5	50,0
	8	1	12,5	12,5	62,5
	9	2	25,0	25,0	87,5
	12	1	12,5	12,5	100,0
Total		8	100,0	100,0	

GUSSPost

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
10	2	25,0	25,0	25,0
11	1	12,5	12,5	37,5
13	1	12,5	12,5	50,0
Valid 14	2	25,0	25,0	75,0
17	1	12,5	12,5	87,5
19	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

T-TEST PAIRS=GUSSPre WITH GUSSPost (PAIRED)
 /CRITERIA=CI(.9500)
 /MISSING=ANALYSIS.

T-Test

Notes	
Output Created	15-JUN-2020 08:29:41
Comments	E:\skripsi\syarifah yulia rachmawati \hasil\uji hasil benar.sav
Input	Data Active Dataset DataSet2 Filter <none> Weight <none> Split File <none> N of Rows in Working Data File 8 Definition of Missing User defined missing values are treated as missing.
Missing Value Handling	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax	T-TEST PAIRS=GUSSPre WITH GUSSPost (PAIRED) /CRITERIA=CI(.9500) /MISSING=ANALYSIS.
Resources	Processor Time 00:00:00,00 Elapsed Time 00:00:00,01

[DataSet2] E:\skripsi\syarifah yulia rachmawati \hasil\uji hasil benar.sav

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	GUSSPre	6,63	8	3,623	1,281
	GUSSPost	13,50	8	3,251	1,150

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	GUSSPre & GUSSPost	8	,734	,038

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval				
					of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	GUSSPre - GUSSPost	-6,875	2,532	,895	-8,992	-4,758	-7,680	7	,000



Lampiran 8

MASTER TABEL

NR	JENIS KELAMIN	USIA	PRE	POST
1	1	50	9	17
2	1	60	2	10
3	2	59	2	11
4	1	71	12	14
5	2	54	8	13
6	1	56	7	14
7	2	55	9	19
8	2	48	4	10

Ket :

Jenis Kelamin

1 : Laki Laki

2 : Perempuan



Lampiran 9

FOTO KEGIATAN





ITKES WHS

