

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG MANAJEMEN PEMBERIAN MAKAN TERHADAP PENINGKATAN PERILAKU PENDERITA STROKE TROMBOTIK AKUT DENGAN GANGGUAN MENELAN DI RUANG SYARAF A DAN UNIT STROKE RSU Dr. SOETOMO SURABAYA

(PENELITIAN *PRE-POST TEST DESIGN*)

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh :

PEPIN NAHARIANI

NIM : 010110251 B

**PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2005

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan tinggi manapun.

Surabaya, 23 Juli 2005

Yang Menyatakan



Pepin Nahariani
(010110251 B)

Telah Diujikan
Pada Tanggal, 29 Juli 2005

Panitia Penguji Skripsi :

Ketua : Harmayetty, S. Kp., M. Kes.

Anggota : 1. Dr. Ratna Anggaeni, Sp. S.

2. Tintin Sukartini, S. Kp., M. Kes.

3. Obet Sugiono, SKM.

Harmayetty

Ratna Anggaeni

Tintin

Obet

Mengetahui :

An. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Pembantu Ketua I



Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)

NIP. 140 238 226

MOTTO

*Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?
(Al-Qur'an Surat Ar-Rahman)*

Give the world the best you have, and it may never be enough

Bersabarlah, dalam kesabaran ada kekuatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Alloh SWT atas rahmat dan karuniaNya sehingga dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG MANAJEMEN PEMBERIAN MAKAN TERHADAP PENINGKATAN PERILAKU PENDERITA STROKE TROMBOTIK AKUT DENGAN GANGGUAN MENELAN DI RSUD Dr. SOETOMO”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep) pada Program S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama dengan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. H.M.S., Wiyadi, dr., Sp. THT, selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Progran Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Eddy Soewandojo, dr., Sp. PD., KTI, selaku ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan Progran Studi S1 Ilmu Keperawatan.
3. H. Slamet R Yuwono, dr., DTMH, MARS, selaku Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan fasilitas tempat penelitian di RSUD Dr. Soetomo kepada penulis.
4. Dr. Nursalam M. Nurs (Hons)., selaku Pembantu Ketua I Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Dr. Ratna Anggraeni, dr., Sp. S., selaku pembimbing Ketua, yang dengan sabar telah memberikan banyak arahan dan dukungan dalam penyusunan skripsi.
6. Ibu Tintin Sukartini S. Kp., M. Kes., selaku Pembimbing II, yang telah memberikan banyak penjelasan dan arahan dalam pembuatan skripsi ini.

7. Bapak Obet Sugiono, SKM., selaku Pembimbing III, yang memberikan arahan dan dukungan untuk menyempurnakan skripsi ini.
8. Bapak Ibunda, serta Mas Yoyok, Mbak Ika, Adik Ria, Adik Andi yang dengan sabar telah mendukung penulis dalam meraih cita-cita.
9. Bapak Widonarko, Ibu Bantianingsih sekeluarga, yang telah banyak membantu dan mengajari arti hidup dalam kehidupan penulis.
10. Seluruh staf Perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan, Rental MDM, semua temanku A1 dan semua pihak yang telah membantu terselesainya skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan arahan dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan, oleh karena itu penulis berharap adanya kritik dan saran yang membangun guna memperbaiki dan menyempurnakan hasil penelitian. Penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Surabaya, 22 Juli 2005.

Penulis

ABSTRACT**THE INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION ABOUT FEEDING MANAGEMENT ON BEHAVIOR IMPROVEMENT IN PATIENTS WITH ACUTE THROMBOTIC STROKE WITH SWALLOWING DISORDER**

A Pre Experimental Study at Neurologic Room and Stroke Unit, Dr. Soetomo Hospital, Surabaya

By: Pepin Nahariani

Health behavior has an important role in supporting treatment procedure to acute thrombotic stroke patients with swallowing disorder. Swallowing disorder has higher of complication risk to pneumonic aspiration, dehydration and malnutrition. Therefore it needs feeding management. Behavior improvement can be achieved through health education. The objective of this study was to analyze the influence of health education about feeding management on behavior improvement in patients with acute thrombotic stroke with swallowing disorder at Neurologic room and Stroke unit, Dr Soetomo Hospital, Surabaya.

This study used pre-experimental (One group pre and post-test) design. Population was all patients where stay at Neurologic room and Stroke unit and were involved according inclusion criteria. Samples were taken using purposive sampling, with total sample 10 respondents. Dependent variable of the study was acute thrombotic stroke patients with swallowing disorder which include knowledge, affective and psichomotor. Independent variable was health education. Instruments used were questionnaire and observation to patients. Then, data were analyzed using Wilcoxon signed rank test, with significance value $\alpha < 0,05$.

Result revealed that there different between the knowledge, affective and psichomotor before and after health education intervention which showed with level of knowlwdge was $p=0.005$, the affective level was $p=0.003$, and the psichomotor level was $p=0.008$. This indicated that there influence of of health education about feeding management on behavior improvement and the most influence was affective behaviour because the emosional, culture, and believing was dominant factor which make closed behavior.

Conclusively, it is apparent that health education has influence on the behavior improvement of acute thrombotic stroke patients with swallowing disorder. So it suggested that patients, family, and health care providers play their role in feeding management. Improvement in standard procedure will support health education program to further improve behavior in patients with swallowing disorder.

Keyword : *Health education, health behavior and swallowing disorder patients.*

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
PENGESAHAN.....	iii
PENETAPAN PANITIA.....	iv
MOTTO.....	v
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vi
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Pendidikan Kesehatan.....	7
2.2 Perilaku Kesehatan.....	13
2.3 Penyakit Stroke.....	19
2.3.1 Definisi stroke.....	19
2.3.2 Klasifikasi stroke.....	20
2.3.3 Epidemiologi.....	20
2.3.4 Patofisiologi.....	21
2.3.5 Manifestasi klinik.....	22
2.3.4 Pengkajian dan penatalaksanaan.....	24
2.4 Proses Menelan.....	24
2.5 Gangguan Menelan.....	25
2.6 Manajemen Pemberian Makan Untuk Gangguan Menelan.....	30
2.5.1 Prosedur tindakan.....	30
2.5.2 Diet untuk penderita gangguan menelan.....	34
2.4.3 Kriteria keberhasilan.....	35
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....	36
3.1 Kerangka Konseptual.....	36
3.2 Hipotesis Penelitian.....	38

BAB 4 METODA PENELITIAN	39
4.1 Desain Penelitian.....	39
4.2 Kerangka Kerja.....	40
4.3 Populasi, sampel, dan teknik sampling.....	41
4.3.1 Populasi.....	41
4.3.2 Sampel.....	41
4.3.3 Teknik sampling.....	42
4.4 Variabel penelitian.....	43
4.4.1 Variabel Independen.....	43
4.4.2 Variabel Dependen.....	43
4.5 Definisi Operasional.....	43
4.6 Identifikasi Pengumpulan Dan Pengolahan Data.....	45
4.6.1 Instrumen Penelitian.....	45
4.6.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	45
4.6.3 Prosedur Pengumpulan dan pengolahan Data.....	44
4.6.4 Analisis Data.....	46
4.7 Etik Penelitian.....	46
4.8 Keterbatasan.....	47
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	48
5.1 Hasil Penelitian.....	48
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	48
5.1.2 Data Umum.....	49
5.1.3 Data Khusus.....	51
5.2 Pembahasan.....	54
5.2.1Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan penderit.....	54
5.2.2Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap sikap penderita.....	56
5.2.3Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tindakan penderita.....	58
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	60
6.1 Kesimpulan.....	60
6.2 Saran.....	61
DAFTAR PUSTAKA	62
LAMPIRAN	64

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1: Penderita stroke dengan angka kejadian kematian, angka kekambuhan, gangguan menelan berdasarkan hasil penelitian Mann G (1999) di USA.....	27
Tabel 2.2: Penderita stroke dengan faktor prognosis dari infeksi paru pada penderita gangguan menelan berdasarkan hasil penelitian Mann G (1999) di USA.....	27
Tabel 2.3: Penderita stroke dengan faktor prognosis untuk gangguan menelan, infeksi paru atau aspirasi berdasarkan hasil penelitian Mann G (1999) di USA.....	27
Tabel 4.1: Definisi Operasional Pengaruh Pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap peningkatan perilaku penderita stroke trombotik akut di ruang Syaraf A dan Unit Stroke RSUD Dr. Soetomo.....	44
Tabel5.1: Pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan.....	51
Tabel5.2: Sikap sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan.....	52
Tabel5.3: Tindakan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan.....	53

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema2.1: Hubungan status kesehatan, perilaku, dan pendidikan kesehatan.....	11
Skema3.1:Kerangka konsep perubahan perilaku manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan masalah gangguan menelan di ruang Syaraf A dan Unit Stroke RSUD Dr. Soetomo Surabaya.....	36
Skema 4.1:Kerangka Operasional Pengaruh Pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap peningkatan perilaku penderita stroke trombotik akut di ruang Syaraf A dan Unit Stroke RSUD Dr. Soetomo.	40

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 5.1: Karakteristik responden berdasarkan umur di ruang Syaraf A dan Unit Stroke RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Juni 2005.....	49
Gambar 5.2: Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di ruang Syaraf A dan Unit Stroke RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Juni 2005	50
Gambar 5.4: Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan di ruang Syaraf A dan Unit Stroke RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Juni 2005.....	50
Gambar 5.5: Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di ruang Syaraf A dan Unit Stroke RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Juni 2005.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1: Pernyataan permintaan menjadi responden.....	64
Lampiran 2: Pernyataan persetujuan menjadi responden.....	65
Lampiran 3: Lembar kuesioner	66
Lampiran 4: Lembar observasi	70
Lampiran 5: Satuan Acara Pengajaran.....	71
Lampiran 6: Materi pendidikan kesehatan.....	73
Lampiran 7: Leaflet.....	78
Lampiran 8: Data tabulasi dan uji Wilcoxon signed rank test	80
Lampiran 9: Surat permohonan bantuan fasilitas penelitian dari PSIKFK UNAIR	84
Lampiran 10: Surat izin penelitian dari RSUD Dr. Soetomo	85
Lampiran 11: Surat keterangan telah melaksanakan penelitian dari Litbang RSUD Dr Soetomo Surabaya.....	86

DAFTAR SINGKATAN

BOR	: Bed Occupation Rate
CT Scan	: Computerized Tomografi Scan
CVA	: Cerebrovaskular Accident
CVD	: Cerebrovaskular Disease
LMN	: Lower Motorneuron
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
NGT	: Nasogastrik Tube
PIPI	: Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi
RSU	: Rumah Sakit Umum
SIM	: Sistem Informasi dan Manajemen
TIA	: Transient Ischemic Attack
UMN	: Upper Motorneuron
WHO	: World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. (Notoatmodjo, 2003). Pada penderita stroke dengan gangguan menelan, perilaku positif yang mendukung proses pengobatan sangat diperlukan, terutama yang berhubungan dengan gangguan menelan. (Jackson, 2004). Menurut studi awal di RSUD Dr. Soetomo, dengan menggunakan metoda wawancara (Maret, 2005), terdapat 7 dari 10 penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan belum mengetahui tanda dan gejala aspirasi, diet makan dan pasif terhadap tindakan yang diberikan. Juga didapatkan pelaksanaan pendidikan kesehatan yang sangat kurang dan belum ada protap untuk intervensi gangguan menelan.

Pada bulan Maret 2005 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, jumlah penderita yang dirawat di Syaraf A mencapai 102 penderita dimana 36 penderita meninggal dunia, 31 penderita stroke infark dan 13 penderita stroke hemoragik, 34% mengalami gangguan menelan. Pada bulan April terdapat 140 penderita yang dirawat di ruang Syaraf A, dimana 35 penderita stroke infark dan 17 penderita stroke hemoragik, jumlah kematian 37 penderita. Pada bulan Mei 2005, 122 penderita yang dirawat di ruang Syaraf A, dimana 38 penderita stroke infark dan 15 penderita stroke hemoragik, dengan jumlah kematian 28 penderita. (dikutip dari buku laporan masuk dan pulang penderita di ruang Syaraf A pada bulan

Maret-Mei 2005). Di USA didapatkan pula bahwa penderita stroke berusia lebih dari 65 tahun, 40% sampai 50% atau hampir 200,000 penderita mengalami gangguan menelan. (Gauwitz, 1995). Sedangkan di USA pada tahun 2001 Hillel melaporkan bahwa 29%-64% penderita stroke akut mengalami gangguan menelan. Berdasarkan penelitian Mann G di USA (1999) didapatkan bahwa 117 penderita stroke trombotik akut, dimana 4,27% mengalami kematian, 10,3% terjadi kekambuhan penyakit stroke, 50,4% mengalami gangguan menelan. Nam-Jong Paik (2004) di Thailand melaporkan bahwa 40-70% penderita stroke mengalami gangguan menelan.

Penanganan gangguan menelan yang tidak tepat dapat menyebabkan resiko komplikasi terutama aspirasi pneumoni, dehidrasi dan malnutrisi. Aspirasi merupakan kejadian yang berbahaya, karena dapat menimbulkan kematian mendadak. Penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan, 22,2% mengalami infeksi paru, 4,7% mengalami kematian. Kejadian aspirasi 40% dari jumlah penderita stroke akut. (Gauwitz, 1995). Mann G (1999) melaporkan bahwa faktor prognosis dari infeksi paru disebabkan oleh gangguan menelan, yang berjumlah 50,8% dari penderita. Sedangkan prognosis untuk gangguan menelan, infeksi paru dan aspirasi mengalami penetrasi sebanyak 50,4%, gangguan tonsil oral sebanyak 50,4%, terjadi pada penderita diatas 60 tahun sebanyak 57,3% dan 39,3 terjadi pada laki-laki. Hillel F (2001) melaporkan bahwa terdapat 65% dari penderita gangguan menelan mengalami malnutrisi. Menurut Nam-Jong Paik (2004) menyatakan bahwa dehidrasi juga dapat menjadi faktor resiko pneumonia. 51-73% penderita stroke mengalami gangguan menelan, sebagian besar

mengalami resiko pneumoni. Penderita cenderung mempertahankan penggunaan peralatan NGT (*Nasogastric tube*) karena ketidaktahuan dan ketidakmauan penderita untuk melakukan latihan menelan. Keadaan tersebut dapat memicu terjadinya infeksi, bingung, memperparah kondisi fisik penderita dan memperlambat proses kesembuhan. (Gauwitz, 1995).

Proses perubahan perilaku dipengaruhi oleh banyak faktor yaitu faktor *predisposisi*, meliputi pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan yang dimiliki, sistem nilai yang dianut, tingkat pendidikan dan ekonomi. Faktor pemungkin meliputi ketersediaan sarana, prasarana, dan fasilitas kesehatan yang mendukung peningkatan perilaku penderita untuk proses kesembuhannya. Faktor penguat meliputi faktor sikap dan perilaku petugas kesehatan, keluarga dan masyarakat untuk mendukung peningkatan perilaku penderita. (Notoatmodjo, 2003).

Kemampuan menelan pada penderita stroke memerlukan modifikasi tekstur dari makanan dan minuman, tindakan untuk mencegah terjadinya resiko komplikasi gangguan menelan terutama aspirasi, infeksi pneumoni, malnutrisi, dehidrasi, dan prosedur latihan menelan. Untuk merubah perilaku penderita tersebut diperlukan suatu pendidikan kesehatan berupa penyuluhan dengan menggunakan komunikasi maupun program terapi yang sistematis. Penyuluhan dapat diterapkan dalam berbagai tipe, seperti petunjuk sederhana, daftar prosedur, lembar informasi dan kuesioner. (Jackson, 2004). Pendidikan kesehatan melalui suatu proses belajar diharapkan dapat mendukung peningkatan perilaku kesehatan penderita. Perilaku positif dapat membantu memenuhi kebutuhan nutrisi, tidak

terjadi resiko komplikasi pada gangguan menelan, dan terjadi perbaikan menelan sesuai yang diharapkan, sehingga mempercepat proses kesembuhan. (Capernito, 1997). Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap peningkatan perilaku penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan tentang manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan
2. Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap sikap tentang manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan
3. Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap psikomotor tentang manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan umum :

Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap pengetahuan, sikap, dan psikomotor pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.

Tujuan khusus :

1. Mengidentifikasi pengetahuan tentang manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.
2. Mengidentifikasi sikap tentang manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.
3. Mengidentifikasi psikomotor tentang manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.
4. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap pengetahuan penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.
5. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap sikap penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan
6. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap psikomotor penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan

1.4 Manfaat**1.4.1 Bagi Penderita****Secara teoritis**

1. Memberikan pengetahuan dan pengalaman kepada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.
2. Membantu penderita dalam mencegah kejadian resiko komplikasi gangguan menelan, terutama aspirasi paru.

Secara praktis

- 1 Menambah pengetahuan dan pengalaman perawat tentang perawatan dengan masalah gangguan menelan, sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
- 2 Menambah wawasan pengetahuan dan dapat dipergunakan sebagai acuan untuk penelitian selanjutnya

1.4.2 Pelayanan Kesehatan / Masyarakat

1. Mendukung penurunan tingkat morbiditas dan mortalitas, khususnya pada penderita stroke dengan gangguan menelan.
2. Menurunkan biaya perawatan penderita stroke dan menurunkan lamanya waktu perawatan di Rumah Sakit atau rawat inap.

1.4.3 IPTEK

Memberikan bahan masukan bagi pelayanan kesehatan dalam pembuatan protap perawatan untuk mengembangkan kualitas pelayanan pada penderita stroke trombotik akut dengan masalah gangguan menelan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam tinjauan pustaka ini, akan dibahas mengenai: (1) Pendidikan kesehatan, (2) Perilaku kesehatan, (3) Penyakit Stroke, (4) Proses Menelan, (5) Gangguan menelan, (6) Manajemen pemberian makan untuk gangguan menelan

2.1 Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah komponen program kesehatan dan kedokteran yang terdiri atas upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok maupun masyarakat yang merupakan perubahan cara berfikir, bersikap dan berbuat dengan tujuan membantu pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit, dan promosi hidup sehat. (Suhila, dkk. 2002)

Pendidikan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan proses pemindahan materi dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur. (Notoatmodjo, 2003). Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu penderita baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik. (Suhila, dkk, 2002).

Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa. Dalam mencapai tujuan tersebut, seorang individu, kelompok atau masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar. (Notoatmodjo, 2003).

Pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses, dimana proses tersebut mempunyai masukan (*input*) dan keluaran (*output*). Masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakang. Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subyek belajar tersebut. Didalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain subyek belajar, pengajar (pendidik atau fasilitator), metoda, teknik belajar, alat bantu belajar dan materi atau bahan yang dipelajari. Sedangkan keluaran merupakan hasil belajar itu sendiri, yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subyek belajar. (Notoatmodjo, 2003).

Faktor yang mempengaruhi proses belajar adalah metoda, fasilitas, alat bantu pembelajaran, dan bahan yang akan dipelajari. Adapun prinsip-prinsip pembelajaran meliputi: pengalaman yang telah dimiliki sebelumnya, kepribadian, proses kerjasama dan kolaborasi, tanggung jawab, proses evolusi, dan proses emosional dan intelektual. Menurut Notoatmodjo, 2003 menyatakan bahwa ciri dari kegiatan belajar adalah kegiatan yang menghasilkan perubahan baru pada diri individu, berlangsung relatif lama dan perubahan tersebut karena usaha bukan karena proses pematangan. Menurut teori belajar sosial dan tiruan dari NE. Miller menyatakan bahwa prinsip-prinsip belajar terdiri dari dorongan, isyarat, tingkah laku balas dan ganjaran (*reward*). Dalam proses belajar dipengaruhi oleh empat faktor utama yaitu materi, lingkungan yang meliputi fisik dan lingkungan sosial, *instrumental* belajar dan individu subyek belajar yang meliputi kondisi fisik dan psikologis misalnya intelegensi, daya tangkap, pengamatan, motivasi dan

sebagainya. Prinsip dari belajar meliputi komponen pengalaman, proses *intelegensi* dan emosi, serta proses kolaborasi dan kerjasama.

Menurut Suhila, dkk (2002). Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain:

1. Sasaran pendidikan kesehatan, meliputi:
 - a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu
 - b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok
 - c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat
2. Tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan
 - a. Pendidikan kesehatan di sekolah, dengan sasaran murid, yang pelaksanaannya diimplementasikan dalam UKS.
 - b. Pendidikan kesehatan di pusat pelayanan kesehatan, dilakukan di puskesmas, rumah sakit umum atau khusus, dengan sasaran penderita dan keluarga.
 - c. Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan
3. Tingkat pelayanan kesehatan.

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan dalam lima tingkat pencegahan: (1)Promosi kesehatan, (2)Perlindungan khusus, (3)Diagnosa dini dan pengobatan segera, (4)Pembatasan cacat, (5)Rehabilitasi

Secara operasional, tujuan pendidikan kesehatan diperinci oleh Wong (1974), Tafal (1984), yang dikutip oleh Suhila, dkk (2002) sebagai berikut:

1. Agar penderita memiliki tanggung jawab yang lebih besar terhadap kesehatan, keselamatan lingkungan, dan masyarakat.

2. Agar orang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah perkembangan penyakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat yang disebabkan penyakit.
3. Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang keberadaan dan perubahan sistem dan cara memanfaatkannya dengan efisien dan efektif.
4. Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada pusat pelayanan kesehatan yang formal.

Menurut Notoadmodjo (2003) Pendidikan kesehatan dalam merubah perilaku melalui proses perubahan akan dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya:

1. Faktor *Predisposisi* atau pencetus

Faktor pencetus mencakup: pengetahuan, sikap, tradisi, kepercayaan, tingkat pendidikan, tingkat sosial-budaya, sistem nilai yang dianut masyarakat terhadap kesehatan.

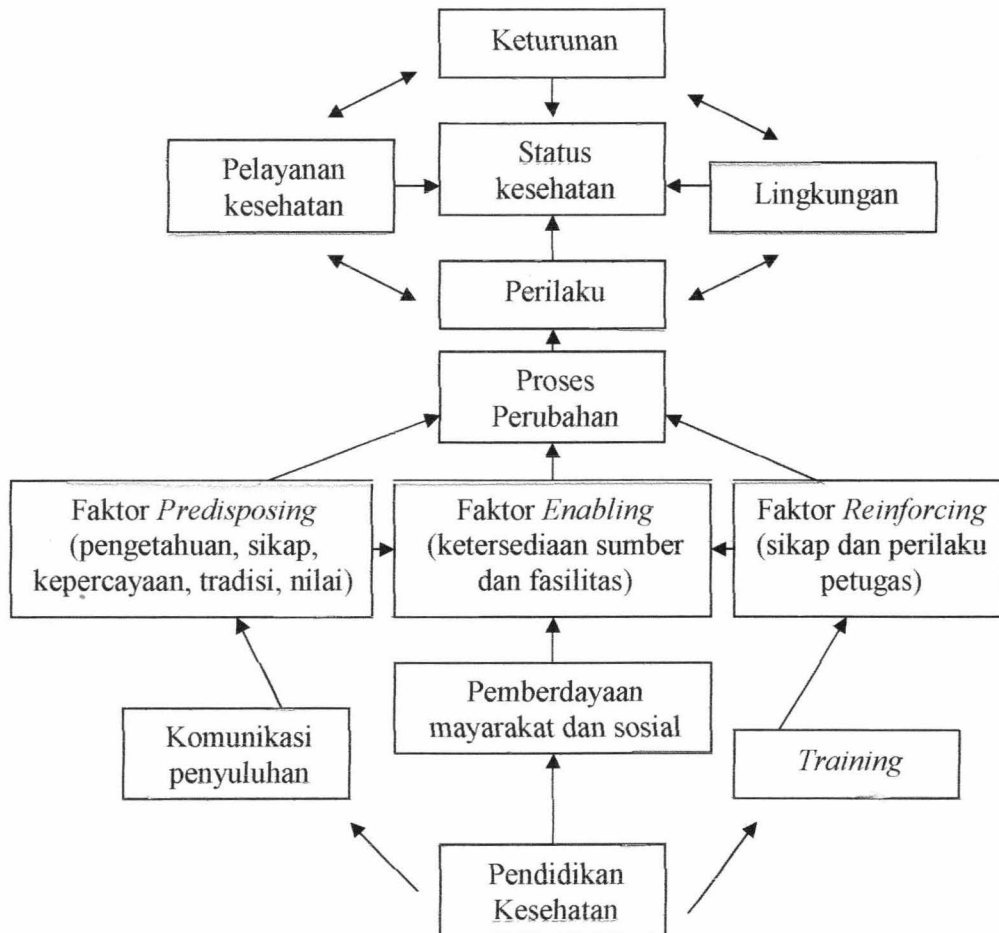
2. Faktor *Enabling* atau Pemungkin

Faktor pemungkin menyangkut ketersediaan sarana dan prasarana dalam merubah perilaku penderita yang meliputi fasilitas kesehatan bagi penderita, misalnya: air bersih, tempat pembuangan sampah, ketersediaan makanan bergizi. Fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik.

3. Faktor *Reinforcing* atau Penguat

Faktor penguat menyangkut sikap dan perilaku pendukung kesehatan, seperti tenaga kesehatan, tokoh masyarakat, tokoh agama. (Notoatmodjo 2003).

Konsep Bloom, yang menjelaskan bahwa derajat kesehatan itu dipengaruhi oleh 4 faktor utama yaitu: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan, maka pendidikan kesehatan adalah sebuah intervensi terhadap faktor perilaku (konsep Green) dan kedua konsep tersebut dapat diilustrasikan dalam hubungan status kesehatan, perilaku, dan pendidikan kesehatan.



Skema 2.1: Hubungan status kesehatan, perilaku, dan pendidikan kesehatan.

Untuk mencapai hasil yang optimal, maka harus menggunakan cara yang tepat, materi juga harus disesuaikan dengan sasaran, demikian juga alat bantu pendidikan perlu disesuaikan. Untuk sasaran kelompok metodenya harus berbeda dengan sasaran massa dan sasaran individual.

Metoda pendidikan individual dapat dibagi menjadi: 1) bimbingan dan penyuluhan, 2) wawancara. Sedangkan metoda pendidikan kelompok dibagi menjadi : 1) kelompok besar dengan metoda pendekatan ceramah dan seminar, 2) kelompok kecil dengan metoda pendekatan diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, kelompok kecil-kecil, bermain peran dan permainan simulasi, 3) Metoda pendidikan massa. (Notoadmodjo, 2003).

Alat bantu yang digunakan dalam pendidikan kesehatan berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu dalam proses pendidikan pengajaran. Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip, bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu, maka semakin banyak dan semakin jelas pengertian atau pengetahuan yang diperoleh serta mempermudah persepsi.

Media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi : 1) Media cetak yang meliputi booklet, leaflet, flyer, flip chart, poster serta rubrik atau tulisan pada surat kabar mengenai masalah kesehatan, 2) Media elektronik yang meliputi televisi, radio, video, slide serta fil strip, 3) Media papan atau bill board.

2.2 Perilaku Kesehatan

2.2.1 Definisi perilaku kesehatan

Perilaku adalah semua kegiatan manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun diamati dari pihak luar. Skinner (1938) merumuskan perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus dari luar. Perilaku kesehatan adalah respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. (Notoatmodjo, 2003).

Batasan perilaku terdiri dari 3 aspek, yaitu: a) Perilaku pemeliharaan kesehatan. Meliputi: perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari sakit; perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang telah mencapai keadaan sehat; peningkatan gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat meningkatkan kesehatan seseorang, hal ini tergantung perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut. b) perilaku pencarian dan penggunaan sistem dan fasilitas pelayanan kesehatan. c) perilaku kesehatan lingkungan, meliputi perilaku hidup sehat, perilaku sakit, perilaku peran sakit.

Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua yaitu faktor internal, merupakan karakteristik orang yang bersangkutan, seperti tingkat kecerdasan, tingkat emosional dan jenis kelamin. Dan faktor eksternal yaitu lingkungan, baik fisik, sosial, budaya, politik. Faktor lingkungan sering mewarnai perilaku seseorang.

Benyamin Bloom (1908) membagi perilaku seseorang menjadi tiga domain, yaitu:

1. *Kognitif* atau pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

Penelitian Rogers yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu:

1. *Awareness*, keadaan orang yang sadar terhadap arti mengetahui stimulus terlebih dahulu.
2. *Interest*, keadaan seseorang mulai tertarik pada stimulus.
3. *Evaluation*, mempertimbangkan nilai baik atau buruk dari stimulus untuk pelaku.
4. *Trial*, keadaan seseorang yang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adoption*, subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulus.

Pengetahuan yang dicakup dalam konsep kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

1. *Tahu*, yaitu mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami, diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
3. Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi nyata.
4. Analisis, diartikan sebagai kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti menggambarkan (membuat bagan), memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.
5. Sintesis, menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan bentuk keseluruhan yang baru. Misalnya dapat menyusun teori dari rumusan-rumusan yang telah ada.
6. Evaluasi, ini berkaitan dengan kemampuan dalam mengambil keputusan atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek (Notoatmodjo, 2003).

2. *Affective* atau Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Manifestasi dari sikap tidak dapat dilihat secara langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek. Komponen pokok sikap meliputi a)Kepercayaan, ide, konsep terhadap obyek; b)Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek; c)Kecenderungan untuk bertindak.

Sikap memiliki berbagai tingkatan, meliputi:

1. Menerima, orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
2. Merespon, memberikan jawaban terhadap pertanyaan, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
3. Menghargai, mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
4. Bertanggung jawab, merupakan suatu pilihan dengan segala resiko, merupakan sikap yang paling tinggi. (Notoatmodjo, 2003).

3. *Practice* atau tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan, tapi masih diperlukan faktor pendukung yaitu fasilitas, dan faktor pendukung yaitu keluarga.

Tindakan memiliki berbagai tingkatan, yaitu:

1. Persepsi, mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.
2. Respon terpimpin, dapat dilakukan dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh.
3. Mekanisme, apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah menjadi kebiasaan
4. Adopsi, tindakan yang dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap, yaitu pengetahuan, sikap dan psikomotor. Sebelum seseorang

mengadopsi perilaku, ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut untuk penderita dan keluarganya. (Notoatmodjo, 2003).

Banyak teori tentang Perubahan perilaku, diantaranya sebagai berikut:
(Notoatmodjo, 2003)

1. Teori stimulus organisme

Teori ini menatakan bahwa perubahan perilaku tergantung kualitas rangsang yang berkomunikasi dengan organisme. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari a) Stimulus yang diberikan dapat diterima atau ditolak. b) Apabila stimulus telah mendapatkan perhatian dari organisme, sehingga mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya. c) Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi stimulus yang diterimanya (bersikap). d) Akhirnya dengan dukungan fasilitas dan dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

2. Teori Festinger (*Dissonance theory*)

Teori ini sebenarnya sama dengan konsep *imbalance* (tidak seimbang). *Cognitive dissonance* merupakan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. Hal ini akan menyebabkan perubahan perilaku disebabkan adanya perbedaan jumlah elemen kognitif yang seimbang dengan jumlah elemen kognitif yang tidak seimbang dan sama-sama pentingnya. Hal ini dapat menyebabkan konflik pada diri individu tersebut.

3. Teori fungsi

Teori berdasar pada anggapan bahwa perubahan perilaku individu tergantung kepada kebutuhan. a) Perilaku memiliki fungsi instrumental, b) Perilaku pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya. c) Perilaku berfungsi sebagai penerima obyek dan pemberi arti untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya. d) Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari konsep diri seseorang dan merupakan pencerminan dari hati sanubari.

4. Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*Driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*Resraining forces*). Perilaku itu bisa berubah jika terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut didalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yakni: a) Kekuatan pendorong meningkat, b) Kekuatan penahan menurun, c) Kekuatan pendorong meningkat dan kekuatan penahan menurun. (Notoatmodjo, 2003).

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Dibawah ini diuraikan bentuk-bentuk perubahan perilaku menurut WHO, yaitu:

1. Perubahan alamiah (*Natural Change*) perilaku manusia selalu berubah, sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah.
2. Perubahan terencana (*Planned Change*) perubahan perilaku ini memang direncanakan sendiri oleh subjek.

3. Kesiediaan untuk berubah, (*Readiness to Changes*) menerima inovasi atau perubahan tersebut sehingga perilaku berubah. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda. (Notoatmodjo, 2003).

Berapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga:

1. Menggunakan kekuatan, kekuasaan atau dorongan. Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran sehingga ia berperilaku seperti yang diharapkan.
2. Pemberian informasi, dengan memberikan informasi cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan, cara menghindari penyakit dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.
3. Diskusi partisipasi, cara ini adalah sebagai peningkatan cara kedua yang diatas yang dalam memberikan informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. (Notoatmodjo, 2003).

2.3 Penyakit Stroke

2.3.1 Definisi Stroke

Stroke adalah gangguan fungsi otak, fokal ataupun global, yang terjadi mendadak, berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali bila mengalami tindakan pembedahan atau meninggal dunia sebelum 24 jam) disebabkan oleh kelainan peredaran darah. (WHO, Monica project, 1995). Istilah lain dari stroke adalah *Cerebrovascular Disease (CVD)* atau *Cerebrovascular Accident (CVA)*.

2.3.2 Klasifikasi Stroke

Klasifikasi stroke dapat dibedakan menjadi: Transient ischemic attack (TIA), stroke in-evolution, complete stroke (dibagi lagi menjadi hemoragik dan non-hemoragik). Pembagian klinis lain sebagai variasi klasifikasi diatas adalah 1)Stroke non-hemoragik yang mencakup: TIA, stroke in-volution, stroke trombotik, stroke embolik dan stroke akibat kompresi terhadap arteri oleh proses diluar arteri seperti tumor, abses, granuloma. 2)Stroke hemoragik. (Mahar, M. dan Priguna, S. 2003). Serangan otak sepiintas atau TIA terjadi akibat berkurang atau berhenti aliran darah di otak akibat arteriosclerosis, trombosis, emboli dari jantung, endokarditis leutika, periartiritis tuberkulosa. Trombosis serebri memperlihatkan awitan subakut, penyakit ini hampir selalu dimulai waktu bangun tidur atau waktu istirahat. Stroke Perdarahan, biasanya terjadi karena dinding pembuluh darah robek, dibagi menjadi perdarahan intraserebral yaitu perdarahan didalam otak dan ekstraserebral terjadi di ruangan subaraknoid, yang disebabkan oleh aneurisma dan arterio venous malformation. (Chandra, 1994). Penyakit ini biasa menyerang penderita berusia diatas 45 tahun dan terdapat pula riwayat hipertensi. Gangguan darah ini dapat menyebabkan fungsi otak terganggu, dan bila berat dapat menyebabkan kematian.

2.3.3 Epidemiologi

Di negara industri, stroke merupakan kematian nomor tiga pada kelompok usia lanjut, setelah penyakit kanker dan jantung. Stroke paling banyak menyebabkan kecacatan pada kelompok usia diatas 45 tahun, angka kejadian stroke, meningkat dengan bertambahnya usia. Secara rata-rata dapat dikatakan bahwa insiden stroke adalah 200 per 100.000 penduduk. Bila dipilah menurut

usia, maka angka insiden ini adalah sebagai berikut: pada kelompok 35-44 tahun, insiden 0,2 per seribu, 45-54 tahun, 0,7 per seribu, usia 55-64 tahun, 1,8 per seribu, usia 65-74 tahun, 2,7 per seribu, 76-84 tahun, 10,4 per seribu, usia 85 tahun keatas, 13,9 perseribu. Diperkirakan 400.000 kejadian stroke dalam setiap tahun di USA, lebih dari setengah kelompok ini akibat hipertensi. (Bronstein. et al, 1989 dikutip oleh Lumbantoning, 2001). Hasil penyelidikan pada zaman pra-CT scan mengungkapkan bahwa stroke yang didiagnosa secara klinis dan kemudian diverifikasi oleh autopsi: 2-5% disebabkan oleh emboli, 7-25% disebabkan oleh perdarahan intraserebral primer, 5-10% disebabkan oleh perdarahan subaraknoid, 52-70% disebabkan oleh infark non-embolik, 7-9% tidak diketahui sebabnya, 3% disebabkan oleh neoplasma, dan 6% adalah kasus TIA. Setelah CT scan digunakan secara rutin dalam kasus stroke diketahui bahwa 19% adalah stroke hemoragik dan 81% adalah stroke non-hemoragik.

2.3.4 Patofisiologi

Otak tidak berdiri sendiri dari luar lingkup jantung dan susunan vaskuler; metabolisme otak tidak berdiri sendiri di luar jangkauan unsur-unsur kimia dan seluler darah yang memperdarahi seluruh tubuh, jika integritas tersebut diputuskan sehingga sebagian dari otak berdiri sendiri di luar lingkup kerja organ-organ tubuh sebagai suatu keseluruhan, maka dalam keadaan terisolasi itulah timbul kekacauan dalam ekspresi (gerakan) dan persepsi (sensorik dan fungsi luhur). (Mahar, M. dan Priguna, S. 2003).

Daerah penting pada dasar otak adalah sirkus Willis, yaitu merupakan jaringan pembuluh darah dari arteri serebral. Sirkus Willis memiliki fungsi sebagai sirkulasi kolateral pembuluh darah hemisfer serebral antara sirkulasi karotis dan vertebrobasilier yang akan mengalir diensefalon dan basal ganglia. Apabila sirkulasi serebral terhambat, maka otak akan menerima aliran darah secara adekuat melalui sirkulasi kolateral atau jalan lain melalui *shunting* darah. Namun, hal ini juga akan mempengaruhi perfusi jaringan serebral yang inadkuat. Penurunan aliran darah akan menyebabkan disfungsi jaringan otak. Iskemia menjadi awal gejala sampai menyebabkan hipoksia, anoksia dan hipoglikemia. Proses ini akan menyebabkan kematian neuron, glia dan area yang terlibat dalam sirkulasi. Di samping itu, juga akan menyebabkan gangguan metabolisme dan akan mempengaruhi hemisfer serebral yang berlawanan. Stroke trombotik akut biasanya disebabkan oleh karena arteriosklerosis dinding pembuluh darah. Arteriosklerosis merupakan penyakit degeneratif noninflamasi yang biasanya akan mempengaruhi jaringan darah serebral. Plak adalah hasil dari penumpukan trombosit pada dinding pembuluh darah dan secara bertahap akan menghambat sirkulasi serta mengurangi elastisitas pembuluh darah.

2.3.5 Manifestasi klinik

Manifestasi klinik, pada TIA terjadi defisit neurologi vaskular yang dapat sembuh dalam 24 jam, durasi rata-rata 10 menit gejala menghilang. Jika terjadi lebih dari 24 jam akan mengalami defisit permanen. Gejala yang tampak pada TIA sangat tergantung dari pembuluh darah yang terkena, penderita mengalami kebutaan, hemiplegi, hemianestesia, gangguan bicara, kekacauan mental. Jika terkena vertebrobasilier, terjadi pening, diplopia, semutan, kelainan penglihatan

pada bidang pandang, dan disartria. Trombosis suatu arteri tertentu akan menimbulkan gejala khas bagi penyumbatan arteri tersebut. Trombosis arteri serebellaris posterior inferior akan menimbulkan sindroma Wallenberg, dengan gejala hemiplegi dan hemiterhipestesis alternans, parese N IX, X di sisi ipsilateral, vertigo, ataksia, dan sindroma Horner. (Ngurah, 1994). Stroke hemoragik mempunyai manifestasi klinik terjadi peningkatan intrakranial yang menyebabkan sakit kepala dan muntah-muntah, dan disertai penurunan kesadaran. Gejala ini juga dijumpai pada stroke trombotik. (Mahar, M. dan Priguna, S. 2003). Kerusakan pada bagian posterior temporal (area Wernicke) dan regio girus angular pada hemisfer dominan menyebabkan gangguan berbahasa. Area prefrontal berfungsi pengatur perilaku, khususnya pada situasi sosial dan fisik, serta untuk pemahaman pemikiran. Setiap pemikiran juga selalu melibatkan sebagian besar serebri, thalamus, sistem limbic dan formasio retikularis batang otak. (Ngurah, 1994). Sistem limbik merupakan struktur otak yang terletak di daerah perbatasan antara hipotalamus, korteks serebri. Sistem ini mempunyai fungsi mempunyai fungsi mengatur emosi, perilaku dan niat seseorang. Kemampuan komunikasi juga didominasi oleh sistem ini dan batang otak yaitu berkas otak depan bagian medial (medial forebrain bundle) yang menyebar dari regioseptal dan orbitofrontal kortikal ke bawah melalui hipotalamus menuju ke foramen retikularis. (Guyton, 1991).

2.3.6 Pengkajian dan penatalaksanaan

Pengkajian riwayat kesehatan sangat membantu menentukan masalah penderita, usia, riwayat kejadian, lama kejadian, gejala yang timbul, faktor resiko stroke: riwayat keluarga, hipertensi, atrial fibrilasi kronis, peningkatan serum kolesterol, pengguna rokok. Dalam pemeriksaan diagnostik, CT Scan merupakan *global gold* diagnostik stroke. Skan otak hanya untuk kondisi akut. Lumbang punksi sering digunakan sebelum adanya CT Scan. MRI dilakukan pada stroke vestibrobasilier. Tiga unsur yang paling penting yaitu oksigen, glukosa, dan aliran darah adekuat. (Hudak, 1994).

2.4 Proses Menelan

Proses menelan terdiri dari 4 fase dengan menggunakan syaraf kranial terpilih. (Mett dan Teddy, 1991), yaitu:

1. Fase *preparatory* melibatkan nervi cranial V, VII, XII dan menyebabkan gangguan pada otot wajah, oral, dan lidah.
2. Fase *oral* melibatkan nervi XII. Makanan ditempatkan di rongga mulut, bibir tertutup dan mulai reflek menelan. Lidah menggerakkan makanan dan palatum lunak serta uvula menutup faring. Pada fase ini mengalami gangguan bila persyarafan otot lidah tertumpuk dan menyebabkan resiko terjadi aspirasi.
3. Fase *Pharyngeal* . melibatkan nervi IX, X, dan XI. Makanan melalui celah fossa anterior dan menginervasi reflek menelan. Lidah mencegah makanan berbalik ke rongga mulut dengan meninggikan dan kontraksi palatum lunak. Peristaltik faring dimulai, menyebabkan makanan bergerak ke bawah. Kerusakan terdapat pada ketidakefektifan penutupan dari percabangan hidung, paralise atau kelemahan pada konstriktor faring dan tidak sempurnanya

penutupan epiglottis, sehingga tidak dapat menutup trachea. Ketidakmampuan ini akan menyebabkan tidak adanya reflek menelan dan makanan akan masuk ke saluran nafas sehingga menimbulkan reflek batuk.

4. Fase *Esophageal* melibatkan nervi X. Peristaltik faring menekan makanan ke bawah, laring ke atas dan otot krikofaring relaksasi, makanan mulai bergerak dari faring ke esophagus. Gelombang laring menekan makanan ke bawah esophagus lalu ke lambung. Gangguan ini dapat menyebabkan menutupnya spinkter esophagus dan menurunkan peristaltik esophagus, sehingga makanan juga akan beresiko masuk ke saluran pernafasan. (Gouwitz, 1995).

2.5 Gangguan Menelan

Gangguan menelan merupakan suatu keadaan penurunan dalam kemampuan memasukkan cairan dan makanan padat dari mulut ke lambung akibat kerusakan pada bagian otak yang mengontrol otot untuk menelan. (Capernito, 1997). Pada leher nervus *glossofaringeus* melewati arteri karotis interna dan vena jugularis interna, kemudian berjalan diapit oleh arteria karotis interna dan eksterna disamping larings. Pada tempat ini kemudian bercabang-cabang dan mempersyarafi muskulus *stilofaringeus* dan selaput lendir farings. Cabang lain menyarafi tonsil, selaput lendir bagian belakang palatum mole dan sepertiga bagian belakang lidah.

Nervus *glossofaringeus* merupakan syaraf motorik utama bagi farings, yang memegang peran penting dalam mekanisme menelan. Nervus *glossofaringeus* mempersyarafi otot stilofaringeus yang merupakan levator dari farings. Bersamaan dengan kontraksi otot-otot arkus faringeus, muskulus *stilofaringeus* melaksanakan tugas memindahkan makanan dari mulut ke farings. Bagian lain

dari faring dipersyarafi oleh nervus *vagus*. Disamping tugas motorik, nervus *glossofaringeus* mengurus inervasi sensorik protopik permukaan orofarings dan pengecapan sepertiga bagian belakang lidah, sehingga gangguan pada nervus *glossofaringius* akan menyebabkan gangguan menelan, dan gangguan pengecapan di sekitar orofarings. (Mahar, M. dan Priguna, S. 2003).

Gangguan menelan dapat disebabkan oleh gangguan mekanik di salurn pencernaan. Pada infark serebri yang menimbulkan hemiparesis, gangguan menelan menjadi gejala dini. Secara bertahap penderita hemiparesis dapat belajar untuk menelan tanpa kesulitan. Dalam hal tersebut, kelumpuhan UMN (Upper Motoneuron) pada otot-otot yang dipersyarafi nervus *glossofaringeus* dan *vagus* mendasari gangguan menelan. Jika terdapat kerusakan UMN bilateral, seperti *paralysis pseudobulbar*, menelan makanan merupakan gangguan yang sangat, sehingga makanan harus diberikan melalui selang hidung. Kelumpuhan LMN (Lower Motoneuron) pada otot-otot yang dipersyarafi nervus *glossofaringeus* dan *vagus* dapat disebabkan oleh penekanan di foramen jugulare akibat trombosis vena jugularis sebagai komplikasi mastoiditis. (Mahar M dan Priguna S, 2003).

Berdasarkan Penelitian Mann G menyatakan bahwa angka kematian, nilai kekambuhan penyakit stroke, resiko infeksi yang mencakup 3 kriteria: panas, batuk produktif dengan sputum purulen, pemeriksaan pernafasan yang abnormal, radiograf dada abnormal, hipoksia arteri, isolasi dari kuman patogen yang berhubungan gangguan menelan dan resiko aspirasi pneumoni.

Tabel 2.1: Penderita stroke dengan angka kejadian kematian, angka kekambuhan, gangguan berdasarkan penelitian Mann G (1999) di USA

Kriteria	Kriteria waktu	Jumlah pasien/jumlah total	Prosentase
Kematian	6 bulan	5/117	4,27%
Kekambuhan penyakit stroke	6 bulan	12/117	10,3%
Infeksi paru	6 bulan	26/117	22,2%
Gangguan menelan, infeksi paru / aspirasi	6 bulan	59/117	50,4%

Sumber : Mann G, 1999

Tabel 2.2: Penderita stroke dengan faktor prognosis dari infeksi paru berdasarkan penelitian Mann G (1999) di USA

Faktor prognosis dari infeksi paru	Kriteria waktu	Kontrol rata-rata	Penetapan prosentase
Gangguan/hilangnya reflek menelan	6 bulan	65/128	50,8%

Sumber : Mann G, 1999

Tabel 2.3: Penderita stroke dengan faktor prognosis untuk gangguan menelan, infeksi paru atau aspirasi berdasarkan penelitian Mann G (1999) di USA

Faktor prognosis untuk gangguan menelan, infeksi paru atau aspirasi	Kriteria waktu	Kontrol rata-rata	Prosentase
Penetrasi	6 bulan	59/117	50,4%
Gangguan tonsil oral	6 bulan	59/117	50,4%
Umur > 60 tahun	6 bulan	67/117	57,3%
Laki-laki	6 bulan	46/117	39,3%

Sumber : Mann G, 1999

Gangguan menelan merupakan masalah vital yang harus diperhatikan. Dalam melaksanakan intervensi, diperlukan dukungan dari faktor internal maupun eksternal. Perawatan penderita gangguan menelan diperlukan ketepatan, penjagaan rahasia penderita, pengkajian yang spesifik, perencanaan dan intervensi yang efektif. Juga diperlukan dukungan dari pihak staf perawat, dokter, spesialis diet, ahli radiologi, terapi komunikasi. Apabila terjadi kurangnya koordinasi dari faktor-faktor diatas, dapat memungkinkan perpanjangan proses kesembuhan penderita. (Gauwitz, 1995).

Pemeriksaan untuk mengetahui fungsi menelan dapat dilakukan dengan pemeriksaan "*bed side*" dan *videofluoroscopi*. Pemeriksaan "*bed side*" mempunyai kemampuan untuk mengetahui adanya resiko aspirasi. Evaluasi "*bed side*" dilakukan dengan memeriksa ada atau tidak adanya reflek muntah serta fungsi menelan. Metoda pemeriksaan fungsi menelan dilakukan dalam dua tahap yaitu: 1) Tes fungsi menelan. Tes ini dilakukan dengan memberikan air minum pada penderita, bila penderita menunjukkan gangguan menelan (batuk dan tersedak), pemeriksaan dilanjutkan ke tahap berikutnya. 2) Menilai kemampuan menelan. Penderita diminta menelan dengan tiga macam makanan (cair, semi padat dan padat). Cara pemeriksaan yang terbaik adalah dengan videoflouroskopi. Kontraindikasi dari pemeriksaan ini bila terdapat gangguan pernafasan berat serta penderita tidak bisa bekerja sama. (Leli, M. 2001).

Gangguan menelan dapat menyebabkan resiko komplikasi apabila tidak diperhatikan perawatan dan pengobatan. Komplikasi yang sering timbul adalah aspirasi pneumonia, malnutrisi dan dehidrasi. (Leli, M. 2001).

1. Resiko aspirasi pneumonia.

Resiko aspirasi selalu harus dicegah karena dapat membahayakan saluran pernafasan. Aspirasi sangat sulit dideteksi karena tidak selalu menghasilkan batuk yang produktif dan waktu tidak bisa dipastikan. Adapun tanda dan gejala yang dapat dilihat yaitu takipnea, takikardi, demam, hipoksia, sianosis, ronkhi dan *wheezing*. Terdengar batuk yang keras. Infeksi saluran pernafasan yang biasanya ditandai dengan demam, batuk produktif, suara serak, *wheezing*, ronkhi dan adanya suara tambahan pada pemeriksaan auskultasi dada, terdapat kelainan pada X foto dada serta hipoksemia arterial. (Jackson, 2002).

2. Malnutrisi dan dehidrasi.

Penderita sering terjadi dehidrasi karena asupan yang sedikit. Penderita biasanya malas untuk minum karena ketidaknyamanan yang diakibatkan karena gangguan menelan tersebut. Dehidrasi dapat dikelompokkan yaitu ringan jika cairan hilang 5% dari berat badan, ditandai dengan haus yang sangat, jika tidak dipenuhi kebutuhannya, maka akan bertambah berat. Dehidrasi berat ditandai dengan mata cekung, kulit tidak elastis (bila dicubit, bekas cubitan tidak cepat kembali), yang terlihat di kulit perut. Bila penderita tidak segera dipulihkan maka akan mengalami shock yang dapat menyebabkan kematian. (Republika, 2002).

Nasogastric tube (NGT) merupakan peralatan yang sering diperlukan untuk proses pemberian makan pada penderita gangguan menelan, jika penderita belum bisa mencukupi kebutuhan nutrisi melalui oral. NGT dipakai sampai terjadi

perbaikan fungsi oral secara adekuat. (Hillel F, 2004). Pemasangan NGT sering menimbulkan ketidaknyamanan penderita dan sering menimbulkan komplikasi, sehingga diperlukan perawatan yang efektif. Penempatan NGT yang tidak benar dapat menyebabkan fistula esofagotrakhea, ulserasi gaster, esophageal, dan batuk. (Nam-Jong Paik, 2004). Komplikasi lebih lanjut dapat menyebabkan aspirasi dan diare. (Michael, 1992). Dalam pemasangan NGT mempunyai akibat buruk yaitu pengaruh mekanik dari gangguan sistem neurologi, selang NGT sebagian besar menempati daerah lubang hidung sehingga menyebabkan kesulitan dalam proses menelan, penderita cenderung bernafas menggunakan mulut yang dapat daerah mulut menjadi kering dan resiko aspirasi. (Michael, 1992).

Peralatan suksion harus selalu siap di dekat penderita gangguan menelan. Manfaatnya pada saat emergensi yaitu untuk menghisap cairan atau makanan akibat regurgitasi atau aspirasi paru. (Michael, 1992).

2.6 Manajemen Pemberian Makan Untuk Gangguan Menelan

2.6.1 Prosedur Tindakan

Dalam prosedur proses latihan menelan, diperlukan pengkajian khusus mengenai keadaan penderita. data yang harus diketahui adalah: (Capernito, 1997)

1. Data subyektif: riwayat masalah menelan (awitan dan riwayat regurgitasi nasal, suara serak, tersedak dan batuk), masalah yang berhubungan dengan makanan dan minuman.
2. Kaji faktor yang berhubungan dengan sebab terjadinya gangguan menelan.
3. Data obyektif: penurunan atau hilangnya reflek menelan, batuk, atau reflek hisap. Tidak adanya koordinasi lidah dan terlihat tersedak dan batuk ketika makan atau minum. Juga perlu diperhatikan faktor yang berhubungan dengan

kelemahan otot muka (air liur keluar terus, asimetris, penutupan bibir buruk), kelumpuhan otot lidah (penurunan kekuatan, koordinasi jelek), kesulitan menelan, penurunan produksi saliva, juga diperlukan hasil laboratorium fluoroskopi, foto rontgen dada jika diperlukan.

4. Persiapkan lingkungan yang nyaman dan bersih untuk mendukung proses latihan dan makan penderita.

Adapun intervensi untuk penderita gangguan menelan:

1. Pastikan faktor penyebab terjadinya gangguan menelan.

Gangguan mekanik pada struktur orofaring, paralise atau paresis otot, gangguan kognitif atau kesadaran.

2. Jika penderita menggunakan NGT, observasi letak selang, monitor tanda-tanda vital, auskultasi dada secara rutin, observasi jika nafas dalam, batuk. Untuk selang yang menggunakan balon udara, observasi secara rutin, resiko terjadi dislokasi, ruptur balon, jaga kebersihan mulut dan resiko faringitis, saat latihan menelan maka selang harus dilepas dan apabila selang lepas, penderita tidak boleh memasukkan sendiri. (Donna Z, 1999). Untuk mencegah terjadi resiko komplikasi dapat dilakukan:

- Elevasikan kepala dari tempat tidur 30° selama pemberian makan dan pertahankan posisi tersebut selama satu jam dari waktu pemberian makan.
- Aspirasi selang NGT secara rutin untuk mengetahui penyerapan cairan. Adanya peningkatan sisa makanan, mual, distensi abdominal, rasa tidak nyaman harus cepat ditindaklanjuti. Selang harus diganti dua minggu sekali, pemasangan selang harus bergantian pada lubang yang berbeda, keluarga atau pasien tidak boleh memasang sendiri.

- Kaji kecepatan aliran, gravitasi drip harus lebih rendah daripada bolus.
 - Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit setiap hari. (Michael, 1992).
3. Kurangi faktor penyebab dan penunjang pada penderita dengan:
- a. Rencanakan metoda komunikasi pandangan disamping tempat tidur oleh staf pada penderita dengan masalah gangguan menelan.
 - b. Rencanakan makan ketika penderita istirahat, gunakan alat penghisap tangan selama makan. Hentikan makan jika penderita kelelahan.
 - c. Masukkan makanan dari atas, makanan pertama kali makanan lunak, seperti daging cincang, pisang cair, kentang.
 - d. Masukkan cairan yang kental, seperti susu, juice buah.
 - e. Jika saliva keluar, segera gunakan rangsangan kuat dengan cepat sebelum setiap makan dan pada akhir makan. (Emick Herring, 1990). Dengan menggunakan jari berikan tekanan pendek, cepat dibawah ujung bibir, paling banyak pada tempat yang berpengaruh. Atau gunakan waslap dingin diatas jari untuk menambah rangsangan.
 - f. Jika bolus terkumpul, ajarkan penderita menggunakan lidah untuk memindahkan makanan atau periksa tekanan eksternal dengan jari untuk membantu gerakan bolus. (Emick Herring, 1990).
 - g. Makan dalam jumlah kecil, dapat mencegah tekanan pada gaster.
 - h. Ciptakan suasana santai ketika proses makan.
4. Kurangi kemungkinan aspirasi. (Capernito, 1999).
- a. Sebelum minum, kaji keasadaran penderita, dapat mengontrol batuk, dapat menelan saliva, reflek menelan.
 - b. Berikan alat-alat penghisap yang disesuaikan dan berfungsi dengan baik.

c. Koreksi penderita:

- Duduk tegak 30-90° dikursi atau kaki berjuntai disamping tempat tidur jika mungkin (berikan dukungan atau ganjal dengan bantal jika diperlukan)
- Pertahankan posisi ini selama 10-15 menit sebelum makan dan pertahankan posisi 10-15 menit sesudahnya. Jangan makan minum 1-2 jam sebelum jadwal tidur.
- Fleksikan kepala dengan sudut 45° untuk mempertahankan kepatenan esophagus
- Jika penderita batuk atau tersedak, hentikan proses pemberian makan.
- Kebersihan mulut harus selalu terjaga. Sekret dapat menumpuk di lidah dan palatum, yang mana dapat menimbulkan infeksi jamur dan memperburuk proses menelan. Pemakaian “lemon gliserin swab” kain basah dapat digunakan untuk menghilangkan sekret tersebut. (Leli, M., 2001).

d. Pelihara konsentrasi penderita pada latihan menelan dengan memberikan pengarahannya sampai menyelesaikan proses menelan tiap-tiap mulut penuh

- Ambil nafas
- Gerakkan makanan ketengah lidah
- Angkat dan tekan lidah ke atap mulut
- Pikirkan tentang menelan
- Menelan
- Batuk untuk membersihkan jalan nafas
- Dukung kerja *volunteer* atau sukarelawan.

- e. Mulai dengan jumlah kecil, dan secara perlahan ditambah, penderita mulai belajar mengatasi setiap tahap. (Capernito, 1997).

2.6.2 Diet untuk penderita dengan gangguan menelan

Kriteria makanan yang baik untuk gangguan menelan adalah

- a. Makanan kental untuk pertama kali makan seperti bubur pisang, *juice* tomat.
- b. Berikan cairan kental seperti susu coklat, nectar, es serut
- c. Es batu. (Capernito, 1997).

Diet untuk penderita gangguan menelan: (Carol C, 1995)

- a. Diet lunak, makanan yang mudah dimakan dan dicerna.
- b. Diet mekanik, makanan yang dimasak.
- c. Diet *pureed*, makanan yang diproses dengan blender sampai lembut sehingga penderita tidak perlu mengunyah,
- d. Diet minuman diharapkan minuman yang lembut, seperti susu, pudding.

Carol C, 1995. Diet yang benar untuk mengurangi resiko komplikasi pada pasien gangguan menelan:

- a. Jangan minum minuman asam, jus jeruk karena dapat meningkatkan asam lambung. Jika terjadi aspirasi, dapat menyebabkan korosi pada bronchial, juga dapat meningkatkan tekanan yang beresiko terjadi regurgitasi dan aspirasi.
- b. Hindari makanan beralkohol, karena dapat menghambat kemampuan menelan, mengurangi batuk dan respon muntah.
- c. Jangan makan makanan yang berpartikel/padat, seperti beras, kacang, serta makanan yang mudah hancur seperti roti cake.

Beberapa cara dalam manajemen makan untuk penderita gangguan menelan. (Bogaardt, 2004). Diantaranya adalah:

1. Makanan yang harus dihindari untuk jenis makanan padat yaitu daging yang belum dimasak atau mengandung kolesterol, buah segar, sayuran tidak dimasak, roti yang mudah lengket.
2. Cara untuk memudahkan makan: tempatkan pada sebuah piring kecil, dalam jumlah kecil, dekatkan makanan di dekat penderita. Untuk pemberian makan selanjutnya, pastikan mulut dalam keadaan kosong.

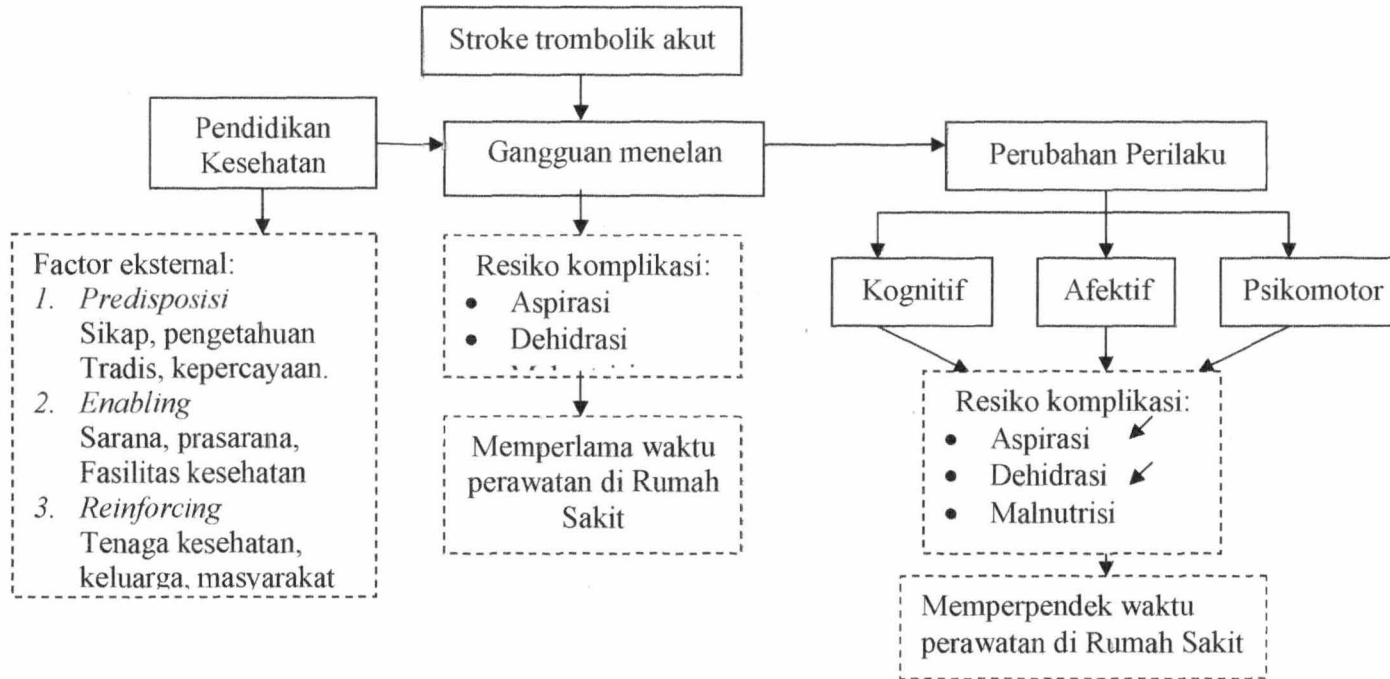
2.1.1 Kriteria keberhasilan

Kriteria yang diharapkan dari intervensi pada masalah gangguan menelan:

1. Penderita menunjukkan kemampuan menelan secara aman.
2. Penderita terbebas dari aspirasi, ditandai dengan frekuensi pernafasan 12-20 kali/menit, tidak ada bunyi nafas tambahan, bunyi nafas normal dan suhu normal. (Swearingen, 2001).

BAB III
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Bagan 3.1 Kerangka konsep peningkatan perilaku manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan masalah gangguan menelan di ruang Syaraf A dan Unit Stroke RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Keterangan :

- Diteliti
- Tidak diteliti

Gangguan menelan pada penderita stroke trombotik akut memiliki resiko komplikasi yaitu aspirasi pneumoni, dehidrasi dan malnutrisi. Penanganan yang tidak baik dapat meningkatkan terjadinya resiko komplikasi sehingga memperparah penyakit. Hal ini bila berlanjut akan menyebabkan semakin bertambahnya waktu perawatan di Rumah Sakit. Pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan untuk penderita stroke trombotik akut dengan masalah gangguan menelan bertujuan untuk merubah perilaku penderita, meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan yang dilakukan penderita untuk kesehatannya. Tujuan akhir dari perubahan perilaku tersebut dapat mencegah resiko komplikasi dari gangguan menelan sehingga diharapkan waktu perawatan penderita menjadi lebih pendek. (Gouwtz, 2001)

Pendidikan kesehatan merupakan faktor yang sangat penting dalam usaha untuk merubah perilaku kesehatan penderita dengan meningkatkan perilaku dalam manajemen pemberian makan. Faktor eksternal yang mempengaruhi adalah faktor *predisposisi* yang meliputi pengetahuan, sikap, tradisi dan kepercayaan yang dianut oleh penderita sebelum mendapatkan intervensi pendidikan kesehatan. faktor *enabling* meliputi sarana, prasarana, fasilitas kesehatan yang mendukung proses pendidikan kesehatan dan faktor *reinforcing* yang meyangkut tenaga kesehatan, keluarga dan masyarakat. (Notoatmodjo, 2003).

3.2 Hipotesa Penelitian

1. Ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap tingkat pengetahuan penderita stroke trombolik akut dengan masalah gangguan menelan.
2. Ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap tingkat sikap penderita stroke trombotik akut dengan masalah gangguan menelan
3. Ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap tingkat psikomotor penderita stroke trombotik akut dengan masalah gangguan menelan.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB IV

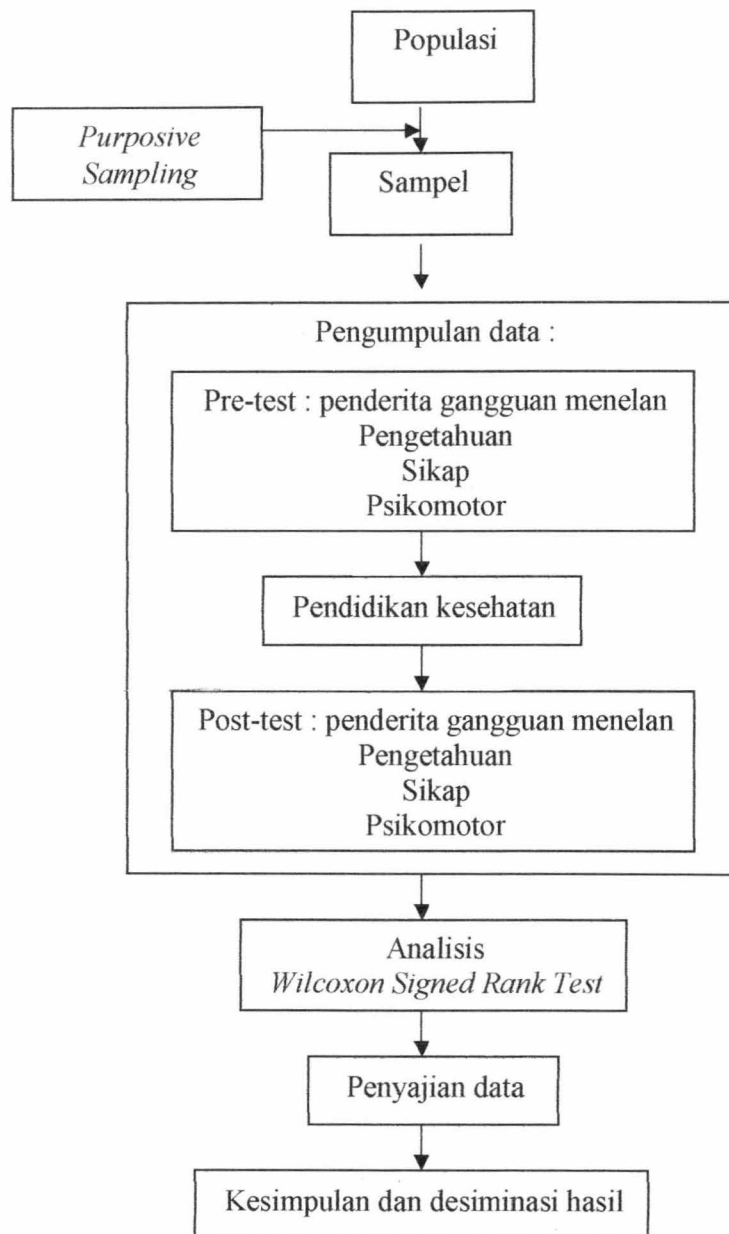
METODA PENELITIAN

Metoda adalah cara memunculkan masalah. Hal yang tercakup dalam metoda penelitian adalah: (1)Desain penelitian, (2)Kerangka kerja, (3)Populasi sampel, dan tehnik sampling, (4)Variabel penelitian, (5)Definisi operasional, (6)Identifikasi pengumpulan dan pengolahan data, (7)Etika penelitian, (8) Keterbatasan.

4.1 Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan desain pre-experimental (*One group pre-post test*). Pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan kepada penderita gangguan menelan dan diikuti dengan pengukuran dengan menggunakan instrumen penilaian kuesioner dan observasi sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Tujuan yang diharapkan dari pendidikan kesehatan tersebut yaitu peningkatan perilaku dalam manajemen pemberian makan.

4.2 Kerangka Kerja



4.3 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah setiap subyek yang memenuhi kriteria penelitian yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi pada penelitian yang akan dilaksanakan ini diambil dari penderita di Ruang syaraf A RSUD Dr. Soetomo. Dari informasi tenaga kesehatan dan buku laporan penderita dari bulan Maret sampai Mei 2005, disebutkan bahwa jumlah populasi penderita stroke di ruang syaraf A RSUD Dr. Soetomo berjumlah 49 penderita rata-rata perbulan.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. (Sugiono, 1999). Populasi penderita stroke pada bulan Maret-Mei 2005 di Ruang syaraf A dan unit stroke RSUD Dr. Soetomo berjumlah 49 penderita, maka dapat dihitung dengan menggunakan rumus:

$$n = \frac{N \cdot Z^2_{\alpha} \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z^2_{\alpha} \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{49(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2(49 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$= 46,5 = 47$$

Keterangan :

n = perkiraan besar sampel

N = perkiraan besar populasi

Z = nilai standar normal untuk $\alpha=0,05$ (1,96)

d = tingkat kesalahan yang dipilih

p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

q = 1-p (100%-p)

Untuk menentukan sampel ditentukan kriteria sampel. Adapun kriteria penelitian yaitu :

Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti, yaitu :

1. Penderita stroke trombotik akut dengan masalah gangguan menelan pada 24 jam masa akut.
2. Penderita memiliki GCS 4,5,6 dan kooperatif dalam pelaksanaan manajemen pemberian makan.
3. Tingkat pendidikan terakhir penderita adalah minimal SD dan maksimal SLTA.
4. Penderita yang bersedia untuk diteliti dengan menandatangani surat persetujuan menjadi responden (*informed consent*).
5. Penderita dapat melakukan latihan menelan jika sudah dapat menunjukkan kemampuan mengkoordinasikan reflek menelan.

4.3.3 Tehnik Sampling

Tehnik sampling adalah proses pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian. (Sugiono, 1999). Pemilihan sampel pada penelitian yang akan dilaksanakan ini dengan cara sampling purposive, yaitu didasarkan pada pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri dan sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. (Notoatmodjo, 2002). Berdasarkan pengambilan tehnik sampling purposive, didapatkan 10 responden.

4.4 Variabel Penelitian

Sugiono (1999) menyatakan bahwa variabel merupakan gejala yang menjadi fokus penelitian untuk diamati. Variabel sebagai atribut dari kelompok obyek yang mempunyai variasi antara satu dengan lainnya dalam kelompok tersebut

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen (bebas) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi penelitian menetapkan dampak pada variabel dependen. Variabel bebas biasanya diamati, diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lain (Nursalam, 2003). Variabel independen pada penelitian yang akan dilaksanakan ini adalah pendidikan kesehatan.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen (tergantung) adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada atau tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2003). Variabel dependen pada penelitian yang akan dilaksanakan ini adalah perilaku penderita dalam manajemen pemberian makan.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan proses pengertian mengenai variabel yang dirumuskan bentuk akurasi, komunikasi dan replikasi untuk observasi dan mengukur secara cermat terhadap suatu obyek penelitian. (Nursalam, 2003). Perumusan definisi operasional pada penelitian ini akan diuraikan dalam tabel sebagai berikut :

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Independen. Pendidikan kesehatan	Proses pembelajaran untuk memperoleh pengalaman mengenai masalah gangguan menelan	Pendidikan kesehatan berisi: 1. Definisi gangguan menelan. 2. Penyebab gangguan menelan. 3. Tanda dan gejala gangguan menelan. 4. Komplikasi yang sering akibat gangguan menelan. 5. Manajemen pemberian makan yang meliputi : - Prosedur latihan menelan - Diet untuk gangguan menelan			-
Dependen Pengetahuan penderita mengenai gangguan menelan dan manajemen pemberian makan.	Kemampuan penderita dalam memahami, menjelaskan gangguan menelan dan manajemen pemberian makan.	1. Definisi gangguan menelan 2. Penyebab gangguan menelan 3. Tanda dan gejala gangguan menelan 4. Resiko komplikasi dari gangguan menelan 5. Manajemen pemberian makan yang meliputi: prosedur latihan menelan dan diet makan	Kuesioner	Ordinal	Setelah didapatkan skor, dikategorikan dalam tiga kelompok : 75-100% = baik 50-74% = sedang 25-49% = kurang baik Kognitif menggunakan kuesioner Benar :4 Salah :0
Sikap penderita terhadap gangguan menelan dan manajemen pemberian makan.	Perilaku penderita dalam menerapkan manajemen pemberian makan dan mengantisipasi terjadinya resiko komplikasi.	1. Cara penerapan latihan menelan dalam kehidupan sehari-hari. 2. Memodifikasi diet makanan 3. Cara penerapan dalam pencegahan aspirasi pneumonia.	Kuesioner	Ordinal	Sikap menggunakan kuesioner, kriteria linkert: Sangat setuju : 4 Setuju : 3 Tidak setuju :2 Sangat tidak setuju :1 = observasi,
Psikomotor penderita terhadap manajemen pemberian makan	Tindakan latihan menelan serta kepatuhan penderita dalam diet untuk gangguan menelan	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedur tindakan: • Kriteria diet makan 	Observasi	Ordinal	Psikomotor Selalu: 4 Sering: 3 Kadang: 2 Tidak pernah: 1

4.6 Identifikasi Pengumpulan Dan Pengolahan Data

4.6.1 Instrumen Penelitian

Pengumpulan data menggunakan lembar kuesioner untuk penilaian pengetahuan dan sikap dan observasi untuk penilaian tindakan responden yang diteliti. Pengukuran instrumen menggunakan skala ordinal untuk mengetahui perbedaan perilaku manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Perhitungan skor dikelompokkan baik bila nilai mencapai 76-100%, sedang 56-75%, dan kurang jika nilai dibawah 55%.

4.6.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang syaraf A dan Unit Stroke RSUD Dr. Soetomo Surabaya mulai tanggal 8 Juni sampai dengan 8 Juli 2005.

4.6.3 Prosedur Pengumpulan Dan Pengolahan Data

Pada penelitian ini, pengumpulan data dilaksanakan dengan observasi dan kuesioner yang dilakukan peneliti pada penderita yang diteliti. Responden adalah penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan. Pada penderita yang diberikan pendidikan kesehatan, sebelumnya penderita diberikan kuesioner dan diobservasi mengenai manajemen pemberian makan selama 2-3 hari atau sebanyak 3 kali observasi dan satu kali kuesioner kemudian diberikan pendidikan kesehatan selama satu kali tatap muka selama 1 jam. Kemudian penderita diminta lagi untuk mengisi kuesioner dan dilakukan observasi mengenai tindakan melakukan manajemen pemberian makan selama kurang lebih satu minggu (lima kali) observasi atau sampai terjadi perubahan perilaku.

4.6.4 Analisis Data

Hasil pengumpulan data pada lembar kuesioner untuk penilaian pengetahuan dan sikap dan observasi untuk penilaian tindakan, kemudian diberikan skor dan diolah meliputi identifikasi masalah penelitian, pengujian masalah dengan menggunakan uji Wilcoxon signed rank test. Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data dengan tahapan: Editing, yaitu untuk melihat kelengkapan data yang diperoleh dan Coding, yaitu proses pemberian kode pada masing-masing jawaban menurut item pada kuesioner dan observasi untuk mengklarifikasi jawaban dari responden. (Arikunto, 2003). Dalam menganalisa data menggunakan metode komputersasi SPSS 11,5 dengan nilai signifikansi $\alpha < 0,05$.

4.7 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, penelitian akan mempertimbangkan prinsip etik penelitian. Oleh karena itu diperlukan rekomendasi dari Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran dan permintaan ijin ke RSU Dr. Soetomo. Juga diperlukan persetujuan dari penderita dengan menekankan pada masalah etik yang meliputi :

1. *Informed Consent*

Informed consent akan diberikan sebelum penelitian dilaksanakan kepada penderita stroke trombotik akut dengan masalah gangguan menelan yang akan diteliti dengan tujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan peneliti. Jika responden menolak diteliti maka peneliti menghargai hak tersebut.

2. Anonimity

Responden tidak mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data untuk menjaga kerahasiaan, tetapi peneliti menggunakan kode pada lembar kuesioner.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil riset hanya terbatas pada kelompok tertentu yang terkait dengan penelitian.

4.8 Keterbatasan.

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian. Dalam penelitian yang akan dilaksanakan ini keterbatasan peneliti antara lain :

1. Penelitian dengan *analisis prepost test experimental* mempunyai kelemahan yaitu temuan peneliti sangat ditentukan oleh karakteristik subyek.
2. Penelitian ini merupakan penelitian yang pertama kali, sehingga masih banyak kekurangan dalam hal prosedur tindakan.
3. Penelitian ini perlu diterapkan di disiplin ilmu kesehatan lain dan di *multicentre* untuk gangguan menelan, sehingga dapat memperkuat hasil kesimpulan penelitian.
4. Penelitian ini mempunyai sampel yang ~~masih terbatasnya~~, sehingga perlu penelitian lebih lanjut.
5. Pada penelitian yang akan dilaksanakan ini instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang memiliki kelemahan untuk tidak diisi dengan jujur.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil dan pembahasan dari pengumpulan data kuesioner dan observasi tentang “Pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap peningkatan perilaku pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan”.

Data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk tabel, grafik dan narasi. Penyajian hasil dibagi dalam 3 bagian yaitu : 1)Gambaran umum lokasi penelitian, 2)Data umum tentang karakteristik responden, yaitu umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, 3)Data khusus meliputi: identifikasi tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan yang dilakukan responden sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

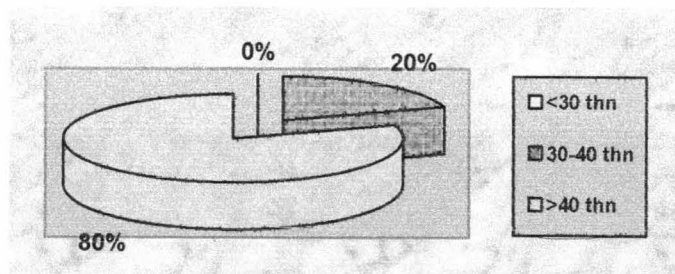
Tempat pengambilan data untuk penelitian ini adalah di ruang Syaraf A dan Stroke Unit RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 8 Juni 2005 sampai 8 Juli 2005. Rumah Sakit ini merupakan Rumah Sakit milik pemerintah Daerah Tingkat I dengan Akreditasi Rumah Sakit tipe A Pendidikan. Ruang Syaraf A dan Stroke Unit RSUD Dr Soetomo secara struktural bertanggung jawab kepada Instalasi Rawat Inap dan secara pelayanan bertanggung jawab kepada Kepala Laboratorium SMF Syaraf. Ruang Syaraf A terletak berbatasan dengan: Ruang Jiwa (timur), Ruang Jiwa Anak (selatan), Ruang Bedah F (barat), tempat

parkir kendaraan (utara), mempunyai 15 tenaga kesehatan, 2 pekerja rumah tangga, 1 ahli gizi, rata-rata jumlah penderita 36 orang, 40 tempat tidur dengan BOR rata-rata 90% dan memberikan pelayanan kesehatan kepada penderita gangguan syaraf dengan jenis kelas 3. Penelitian ini juga dilaksanakan di Stroke Unit yang terletak berbatasan dengan: Ruang Anak (timur), Ruang PIPI (selatan), Gedung Mahasiswa Fakultas Kedokteran (barat), ruang Instalasi SIM (Sistem Informasi dan Manajemen) dan konsultasi (utara), mempunyai 6 tenaga kesehatan, 1 pekerja rumah tangga, 1 ahli gizi, rata-rata jumlah penderita 6 orang, 19 tempat tidur dengan BOR rata-rata 21% dan memberikan pelayanan kesehatan kepada penderita gangguan syaraf dengan jenis kelas 1.

5.1.2 Data Umum

1. Umur responden.

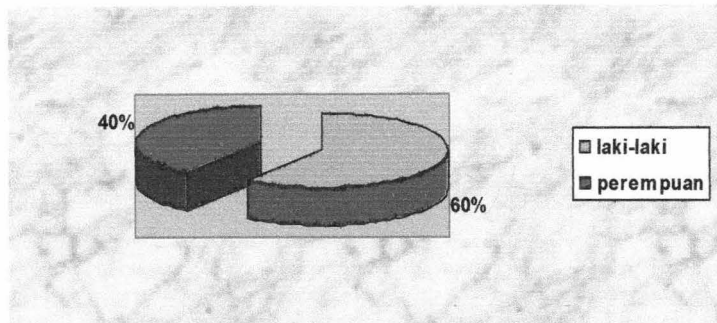
Gambar 5.1: Karakteristik responden berdasarkan umur di ruang Syaraf A dan Unit Stroke RSU Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Juni 2005



Berdasarkan 10 responden didapatkan dengan usia 30-40 tahun 2 responden (20%) dan berusia lebih dari 40 tahun 8 responden (80 %).

2. Jenis kelamin responden

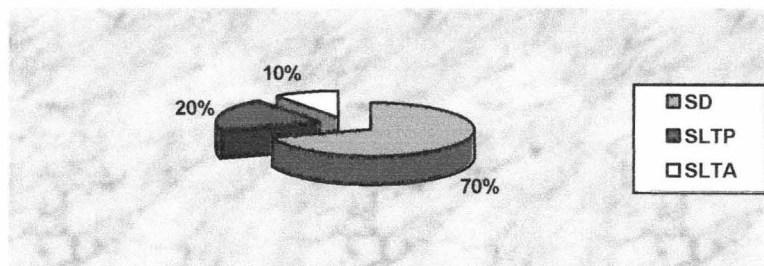
Gambar 5.2: Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di ruang Syaraf A dan Unit Stroke RSUD Dr. Soetomo Surabaya, bulan Juni 2005



Berdasarkan 10 responden didapatkan dengan jenis kelamin laki-laki 6 responden (60%) dan perempuan 4 responden (40%).

3. Pendidikan responden

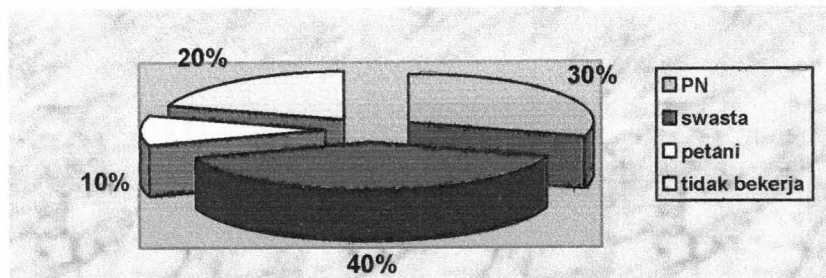
Gambar 5.3: Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan di ruang Syaraf A dan Unit Stroke RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Juni 2005.



Berdasarkan 10 responden didapatkan bahwa responden berpendidikan SD yaitu 7 responden (70%), 2 responden (20%) berpendidikan SLTP dan 1 responden (10%) berpendidikan SLTA.

4. Pekerjaan responden

Gambar 5.3: Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di ruang Syaraf A dan Unit Stroke RSUD Dr Soetomo Surabaya pada bulan Juni 2005



Berdasarkan 10 responden terdapat bahwa dengan 3 responden (30%) mempunyai pekerjaan pegawai negeri, 4 responden (40%) mempunyai pekerjaan wiraswasta/swasta, 1 responden (10%) bekerja sebagai petani dan 2 responden (20%) tidak bekerja.

5.1.3 Data khusus

1. **Tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.**

Tabel 5.1 Pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan.

Kriteria pengetahuan	Pengetahuan			
	Sebelum	Prosentase	Sesudah	Prosentase
Baik	0	0	3	30%
Sedang	4	40%	6	60%
Kurang	6	60%	1	10%
Jumlah	10	100%	10	100%

Nilai signifikansi $p=0.005$, $\alpha < 0.05$
Wilcoxon signed rank test

Dari gambar tabel diatas diketahui 10 responden, sebelum diberikan pendidikan kesehatan, responden mempunyai tingkat pengetahuan sedang 40%, tingkat pengetahuan kurang 60% dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan didapatkan tingkat pengetahuan responden baik 30%, sedang 60% dan kurang 10%.

Hasil pengujian statistik dengan uji Wilcoxon signed rank test dengan nilai signifikansi $p = 0.005$ ($\alpha < 0.05$). Hal ini berarti bahwa ada perbedaan pengetahuan responden sebelum dan sesudah diadakan pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan.

2. Tingkat sikap sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.

Tabel 5.1 Sikap sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan.

Kriteria sikap	Sikap			
	Sebelum	Prosentase	Sesudah	Prosentase
Baik	0	0	3	30%
Sedang	3	30%	6	60%
Kurang	7	70%	1	10%
Jumlah	10	100%	10	100%
Nilai signifikansi $p=0,003$, $\alpha < 0,05$ Wilcoxon signed rank test				

Dari gambar tabel diatas diketahui 10 responden, sebelum diberikan pendidikan kesehatan responden mempunyai tingkat sikap sedang 30% dan tingkat kurang 70%, namun sesudah pendidikan kesehatan didapatkan tingkat sikap responden baik 30%, sedang 60% dan kurang 10%.

Hasil pengujian statistik dengan uji Wilcoxon signed rank test dengan nilai signifikansi $p = 0.003$ ($\alpha < 0,05$). Hal ini berarti bahwa ada perbedaan sikap responden sebelum dan sesudah diadakan pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan.

3. Tingkat tindakan sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan pada penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.

Tabel 5.3 Tindakan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan.

Kriteria tindakan	Tindakan			
	Sebelum	Prosentase	Sesudah	Prosentase
Baik	0	0	4	40%
Sedang	5	50%	4	40%
Kurang	5	50%	2	20%
Jumlah	10	100%	10	100%
Nilai signifikansi $p=0.008$, $\alpha < 0.05$ Wilcoxon signed rank test				

Dari gambar tabel diatas diketahui 10 responden, sebelum diberikan pendidikan kesehatan responden mempunyai tingkat tindakan sedang 50% dan tingkat tindakan kurang 50%. Namun sesudah pendidikan kesehatan didapatkan tingkat tindakan responden baik 40% responden, sedang 40% dan kurang 20% responden.

Hasil pengujian statistik dengan uji Wilcoxon signed rank test dengan nilai signifikansi $p = 0.008$ ($\alpha < 0,05$). Hal ini berarti bahwa ada peningkatan tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah diadakan pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap tingkat pengetahuan. Pengaruh ini dapat dilihat dari nilai sebelum diberikan pendidikan kesehatan responden yaitu mempunyai tingkat pengetahuan sedang 40% dan tingkat pengetahuan kurang 60% dan sesudah pendidikan kesehatan meningkat menjadi tingkat pengetahuan baik 30%, dan tingkat pengetahuan sedang 60%.

Peningkatan pengetahuan yang terjadi pada penderita stroke trombotik akut tersebut mungkin disebabkan: 1) adanya pemberian pendidikan kesehatan. Dalam pelaksanaannya didukung oleh materi pendidikan kesehatan yang sesuai kebutuhan penderita dengan metoda yang sesuai dengan pendidikan responden. Sesuai Notoatmodjo, 2003 menyatakan bahwa pendidikan kesehatan merupakan proses belajar pada individu, kelompok, dan masyarakat dari tidak tahu nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah menjadi mampu mengatasi masalah sendiri. Pengetahuan merupakan domain yang penting untuk terbentuknya sikap dan tindakan. Perilaku yang didasari dengan pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. 2) kesadaran penderita terhadap kesehatan dan motivasi penderita untuk cepat sembuh. Menurut Notoatmodjo, 2003. Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses belajar. Menurut Herawani, 2001 menyatakan bahwa faktor-faktor yang mendukung proses belajar meliputi motivasi, kesiapan pelibatan aktif, umpan

balik dari yang sederhana ke kompleks, pengulangan waktu dan lingkungan. Menurut Widayatun, 1999. Faktor yang mempengaruhi proses belajar adalah kondisi fisik dan mental, ingatan dan berpikir, *intelegensi*, teknik atau cara belajar, saran dan prasarana, efisiensi waktu, bahasa dan budaya, motivasi, bobot dan kepribadian.

Sebaliknya masih terdapat tingkat pengetahuan kurang sebesar 10% responden, hal ini mungkin disebabkan: 1) tingkat pendidikan dari 70% responden adalah dari tingkat SD, 20% tingkat SLTP dan 10% adalah tingkat SLTA. Tingkat pendidikan yang rendah dapat mempengaruhi dalam proses pemahaman dan pengambilan keputusan seseorang. Menurut Notoatmodjo, 1997 menyatakan bahwa pendidikan yang semakin tinggi akan menambah wawasan, daya tangkap dan pemahaman terhadap informasi yang diterima. Selain itu, semakin tinggi pendidikan yang ditempuh, maka semakin banyak tambahan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber dan tentunya hal tersebut akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Bila seseorang memperoleh banyak informasi maka ia cenderung mempunyai pengetahuan yang lebih banyak. 2) tingkat usia 80% responden berusia diatas 40 tahun dan 20% responden berusia 40 tahun. Usia lanjut dalam proses belajar dapat mempengaruhi penurunan dalam kemampuan berperpikir dan menerima informasi yang diberikan. Menurut Herawani, 2001, pendidikan adalah proses menumbuh-kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengajaran, sehingga dalam pendidikan diperlukan pertimbangan umur penderita dalam hubungannya dengan proses belajar. Menurut Notoatmodjo 1997, menyatakan bahwa dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan hidup yaitu semakin tua seseorang semakin

bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin baik hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuan seseorang. 3) kurangnya minat dalam menerima pendidikan kesehatan yang diberikan, Menurut Herawani, 2001, faktor-faktor yang menghambat proses belajar meliputi emosi, kejadian-kejadian psikologis dan rintangan budaya. 4) kondisi responden dan lingkungan yang tidak mendukung pendidikan kesehatan. Menurut Herawani, 2001 menyebutkan bahwa lingkungan belajar yang optimal mendukung proses pembelajaran dengan mengurangi distraksi dan memberikan kenyamanan, baik fisik maupun psikologis.

5.2.2 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat sikap penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap sikap. Pengaruh ini dapat dilihat dari peningkatan nilai dari sebelum pemberian pendidikan kesehatan didapatkan tingkat kurang sebanyak 70%, sedang sebanyak 30% dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dapat meningkat menjadi tingkat sikap sedang 60%, dan tingkat sikap baik 30%.

Perubahan sikap yang terjadi pada responden tentang manajemen pemberian makan mungkin disebabkan: 1) peningkatan pengetahuan tentang manajemen pemberian makan. Menurut Azwar, 2003 menyatakan bahwa sikap terdapat tiga komponen yaitu kognitif, afektif dan konatif. Komponen kognitif merupakan representasi dari apa yang dipercayakan seseorang mengenai nilai yang berlaku, nilai yang benar bagi obyek sikap. 2) kesadaran responden terhadap kesehatannya, didukung motivasi yang tinggi. Menurut Herawani, 2001 menyatakan bahwa motivasi untuk belajar merupakan keinginan untuk belajar

yang dapat mempengaruhi bagaimana seseorang belajar. 3) dukungan sosial, khususnya keluarga dan tenaga kesehatan. Menurut Herawani, 2001, aspek-aspek budaya yang mempengaruhi perilaku sehat meliputi persepsi masyarakat terhadap konsep sehat sakit, kepercayaan, pendidikan, nilai kebudayaan dan norma. Aspek sosial yang perlu diperhatikan dalam pendidikan kesehatan meliputi aspek pragmatis, identifikasi dalam kelompok, solidaritas kelompok, kekuasaan dan pengambilan keputusan, aspek kelas dan masyarakat, dan kepentingan pribadi/kelompok.

Akan tetapi terdapat tingkat sikap dari kurang 10%. Hal ini mungkin disebabkan: 1) pengetahuan responden dan keluarga yang tidak mendukung, 2) tingkat pendidikan yang sebagian besar dari SD, kebudayaan dan keyakinan yang kuat yang menyebabkan resistensi terhadap perubahan dalam kesehatan, 4) persepsi penderita atau keluarga tentang manajemen pemberian makan dan pemasangan NGT yang memerlukan biaya, waktu dan perhatian khusus. Persepsi sangat dipengaruhi oleh pengalaman. Menurut Herawani, 2001 menyatakan bahwa persepsi masyarakat terhadap konsep sehat sakit berbeda-beda. Menurut Notoatmodjo, 1997 menyatakan bahwa pengalaman belajar dalam bekerja yang berkembang memberikan pengetahuan dan ketrampilan profesional serta pengalaman belajar. Selama belajar seseorang akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dan keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kesehatan. 5) peran sakit dan sikap depresi yang dialami penderita sehingga dapat mempengaruhi dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan dan manajemen pemberian makan.

5.2.3 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat tindakan penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan.

Berdasarkan hasil penelitian kami menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap tingkat tindakan. Peningkatan nilai dari sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan tingkat kurang sebanyak 50%, tingkat sedang 50%, dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dapat meningkat menjadi tingkat sedang 40%, dan tingkat baik sebanyak 40%.

Peningkatan psikomotor penderita stroke trombotik akut tersebut mungkin disebabkan: 1) peningkatan pengetahuan dan sikap responden, sehingga hal ini dapat mendukung tindakan dalam berperilaku. Menurut Notoatmodjo, 2003 menyatakan bahwa perubahan perilaku atau adopsi perilaku mengikuti tahap yaitu perubahan, sikap dan dilanjutkan dengan tindakan. Belch dan Wiggin, dikutip oleh Azwar, 2001 menyatakan bahwa bahwa sikap yang diperoleh lewat pengalaman akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap perilaku tersebut. 2) peningkatan psikomotor setelah diberikan contoh dalam pendidikan kesehatan, 3) keinginan responden untuk cepat sehat sehingga dapat menjadikan motivasi dan meningkatkan persepsi yang positif terhadap perbaikan perilaku dalam manajemen pemberian makan. Menurut Herawani, 2001, dalam pendidikan kesehatan terdapat 3 macam situasi belajar yang biasa dihadapi oleh petugas kesehatan yaitu program kebutuhan, program rekombinasi, dan program kelola diri.

Namun masih terdapat tingkat psikomotor kurang sebanyak 20%. Hal ini mungkin disebabkan oleh : 1) situasi dan kondisi yang kurang mendukung yaitu responden sering mengeluh tentang sakitnya, 2) dukungan keluarga yang kurang, faktor ekonomi dan penghasilan yang masih kurang dari kebutuhannya. Menurut Notoatmodjo, 1997 menyatakan bahwa pekerjaan adalah suatu yang dilakukan untuk mencari nafkah. Masyarakat yang sibuk dengan kegiatan sehari-hari akan memiliki waktu sedikit untuk memperoleh informasi. Pendapatan berhubungan erat sekali dengan tingkat kesehatan.

Dari ketiga domain perilaku tampak bahwa sikap menunjukkan pengaruh yang lebih signifikan daripada pengetahuan dan tindakan. Pengaruh ini dilatarbelakangi oleh situasi emosional seseorang, faktor kepercayaan dan kebudayaan yang melekat pada seseorang. (Suhila dkk, 2001). Selain itu sikap merupakan bentukan dari pengetahuan seseorang, yang diperoleh dari pendidikan kesehatan. (Notoatmodjo, 2003). Sedangkan tingkat pengetahuan hanya terbatas pada pengalaman dan informasi yang diperoleh seseorang. Tindakan menunjukkan pengaruh yang paling kecil, hal ini dipengaruhi oleh situasi dan kondisi penderita pada saat latihan serta faktor eksternal yang tidak mendukung dapat menghambat proses latihan, seperti sikap tenaga kesehatan dan keluarga. (Notoatmodjo, 2003).

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap peningkatan perilaku pada penderita stroke trombotik akut dengan masalah gangguan menelan yang telah dilakukan di ruang Syaraf A dan Stroke Unit RSUD Dr. Soetomo pada tanggal 8 Juni sampai dengan 8 Juli 2005 diambil kesimpulan dan saran sebagai berikut.

6.1 Kesimpulan

1. Dari 10 penderita stroke trombotik akut, sebelum pendidikan kesehatan tingkat pengetahuan yaitu 40% responden dengan pengetahuan sedang dan 60% responden dengan pengetahuan kurang. Setelah diberikan pendidikan kesehatan mengalami peningkatan pengetahuan menjadi 30% responden dengan pengetahuan baik, 60% responden dengan pengetahuan sedang dan 10% mempunyai pengetahuan kurang.
2. Sikap penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan sebelum diberikan pendidikan kesehatan yaitu 30% responden mempunyai sikap sedang dan 70% responden mempunyai sikap kurang. Setelah diberikan pendidikan kesehatan mengalami peningkatan sikap menjadi 30% responden dengan sikap baik, sikap sedang 60% responden dan sikap kurang 10% responden.
3. Tindakan penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan sebelum diberikan pendidikan kesehatan yaitu 50% responden mempunyai tindakan sedang dan 50% responden mempunyai tindakan kurang. Setelah diberikan

pendidikan kesehatan mengalami peningkatan menjadi tindakan baik 40% responden, 40% tindakan sedang responden dan tindakan kurang 20% responden.

4. Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan. $p=0.005$ ($\alpha<0.05$).
5. Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan sikap penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan. $p=0.003$ ($\alpha<0.05$).
6. Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan tindakan penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan. $p=0.008$ ($\alpha<0.05$).

6.2 Saran

1. Perlu pendidikan kesehatan terhadap penderita stroke trombotik akut dengan gangguan menelan tentang manajemen pemberian makan selama dirawat dan sebelum pulang dengan berbagai metoda, antara lain ceramah, diskusi dan demonstrasi.
2. Petugas kesehatan hendaknya selalu mencari pemecahan masalah gangguan menelan selain dengan pendidikan kesehatan
3. Pada penelitian ini belum menggunakan uji validitas dan realibilitas pada kuesioner dan masih terbatasnya sampel sehingga pada penelitian lebih lanjut diharapkan untuk menguji validitas dan reabilitas kuesioner serta memperbanyak sampel untuk mendapatkan hasil yang lebih representatif.
4. Berdasarkan besarnya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan perilaku, hendaknya segera ditetapkan protap intervensi dalam pendidikan kesehatan di Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2003). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Seto.
- Capernito, L. (1997). *Diagnosa Keperawatan*. Alih bahasa. Jakarta: EGC
- Capernito, L. (1997). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Alih bahasa. Jakarta: EGC
- Carol, C. (1995). Guarding Against Aspiration Complication. *Nursing*. Edisi 3 vol. 8.
- Donna, C dan Mary, E. (1995). Swallowing: An Assesment Guide. *American Journal of Nursing*.. Edisi ke 90, vol 7.
- Susanty, E. (2003). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Imobilisasi Terhadap Kepatuhan Penderita Hifema*. Skripsi Tidak Dipublikasikan Untuk Gelar Sarjana Keperawatan, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Gauwitz. (1995). How to Protect The Dysphagic Stroke Patient. *American Nursing Journal*. Edisi ke 95, vol 10.
- Guyton, A. (1997). *Buku ajar: Fisiologi kedokteran*. Edisi ke-7. Alih bahasa. Jakarta. EGC.
- Hillel, M. (2001). <http://www.nym.org>. 25 Januari 2005. Rehabilitation Medicine: Diagnosis of disphagia and it's nutritional management for Stroke patients. Jam 14.00 WIB.
- Hudak, G. (2001). *Keperawatan Kritis: Pendekatan holistik*. Alih bahasa. Jakarta, EGC.
- Jackson, W. (2004). <http://www.sign.ac.uk>. 1 Maret 2005. Guideline Issued For Management Of Swallowing Difficulties After Stroke. Jam 12.00 WIB.
- Leli, M. (2001). *Aspek neuro-rehabilitasi pada pseudobulbar palsy*. Tidak dipublikasikan. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Linardi W. (1993). *Stroke: Patofisiologi dan penatalaksanaan*. Lab/UPF Ilmu Penyakit Syaraf. FK Unair/RSU Dr. Soetomo, Surabaya.
- Lumbantobing, S. (2001). *Stroke: Bencana peredaran darah di otak*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.
- Mann, G. (1999). <http://www.eboncall.org>. 1 Maret 2005. Stroke: Dysphagia increased the risk of chest infection. Jam 12.00 WIB.

- Margaret, A., dkk. (1997). Stroke Rehabilitation. *Nursing*. Edisi 27, vol 2.
- Mary, J. (1996). A Road Map For Stroke Recovery. *Register Nursing*. Edisi 60, vol 9.
- Michael, E. (1992). *Dysphagia: diagnostic and mangjement*. Boston, London.
- Ngurah, I. (1991). *Dasar-dasar ilmu penyakit syaraf*. Universitas Airlangga Press. Surabaya.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo. S (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam, 2003. *Konsep Dan Penerapan Metoda Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Medika Salemba.
- <http://www.medscape.com>. 1 Januari 2005. Oropharyngeal Dysphagia in Head and Neck Cancer. From Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center: Goals of Swallowing Rehabilitation. Jam 12.00 WIB.
- Roger, Robert dan Neil, K. (2000). *Komunikasi Interpersonal Dalam Keperawatan*. Alih bahasa. Jakarta: EGC
- Roth. (2001). The National Survey Of Stroke. <Http://www.ncbi.nih.gov.com> Februari 2005. Jam 10.00 WIB.
- Smet. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Alih bahasa. Jakarta: Rasindo
- Sudarwan, D. (2003). *Riset Keperawatan: Sejarah Dan Metodologi*. Jakarta: EGC
- Sugiono. (1999). *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Suhila dkk. (2001). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Swearingen. (1996). *Keperawatan Medikal Bedah*. Alih bahasa. Jakarta: EGC
- Widayatun. (1999). *Ilmu Perilaku*. Jakarta: Sagung Seto.
- Watton. (2003). Dysphagia Diet 5 Levels Difficulty In Swallowing Diet <http://www.gicare.com>. 30 April 2005. Jam 09.00 WIB.

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Bapak/Ibu

Di Ruang syaraf A RSUD Dr. Soetomo

Sehubungan dengan akan dilakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Manajemen Pemberian Makan Terhadap Peningkatan Perilaku Penderita Stroke trombotik akut Dengan Masalah Gangguan Menelan”. Maka yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Pepin Nahariani

NIM : 010110251 B

Status : Mahasiswa PSIK FK Universitas Airlangga

Mohon kesediaan bapak/ibu untuk berkenan menjadi responden penelitian. Identitas dan informasi yang berkaitan dengan bapak/ibu akan dirahasiakan oleh peneliti.

Atas partisipasi dan dukungannya disampaikan terima kasih.

Surabaya, 8 Juni 2005

Hormat saya,

Pepin Nahariani

Catatan:

- Penelitian ini tidak akan memungut biaya sedikitpun dari saudara.
- Apabila kemudian Saudara berkeberatan untuk meneruskan penelitian ini, Saudara diijinkan untuk tidak mengikuti penelitian ini.

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PESERTA PENELITIAN

Saya menyatakan bersedia untuk menjadi peserta / responden penelitian dan telah mengerti maksud dan tujuan dari penelitian dengan judul :

**“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG MANAJEMEN
PEMBERIAN MAKAN TERHADAP PENINGKATAN PERILAKU
PENDERITA STROKE TROMBOTIK AKUT DENGAN MASALAH
GANGGUAN MENELAN”.**

Oleh :

Pepin Nahariani

Demikian secara sadar dan sukarela serta tidak ada unsur paksaan dari siapapun surat persetujuan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 8 Juni 2005

Responden

()

Lampiran 3

LEMBAR KUESIONER**No. Responden** :**Tanggal Pengisian** :

I. IDENTITAS RESPONDEN

Petunjuk pengisian 1:

Kami mohon Bapak Ibu untuk memberikan jawaban yang sejujur-jujurnya. Jawaban akan kami rahasiakan

Umur :

Jenis kelamin :

Agama :

Pendidikan:

Pekerjaan :

II. PENGETAHUAN DALAM MENEJEMEN PEMBERIAN MAKAN PADA PENDERITA STROKE TROMBOTIK AKUT DENGAN MASALAH MENELAN.

Petunjuk pengisian 2:

Tandaialah (X) pada jawaban yang benar

1. Menurut saya gangguan menelan adalah.....

- Gangguan yang harus diperhatikan dan perlu perawatan khusus.
- Gangguan yang biasa, tidak perlu perawatan.
- Gangguan yang tidak akan menyebabkan keluhan lain.
- Tidak tahu

2. Penyebab gangguan menelan adalah akibat dari penyakit.....

- Gangguan atau kelumpuhan syaraf menelan
- Dapat disebabkan dari selain stroke
- Semua benar

- Semua salah
3. Berikut tanda dan gejala gangguan menelan,
- Tersedak saat makan
 - Air liur tidak keluar
 - Makanan keluar dari hidung
 - Panas badan
4. Akibat dari gangguan menelan yang tidak tertangani dengan baik adalah....
- Batuk dengan dahak kuning dan berbau
 - Merasa haus yang sangat
 - Berat badan menurun
 - Tidak tahu
5. Seandainya saya tersedak, maka saya akan
- Menepuk punggung belakang dengan keras
 - Memasukkan ujung jari ke dalam mulut agar terjadi muntah
 - Menggunakan alat penghisap untuk mengambil makanan
 - Tidak tahu
6. Yang dilakukan saat latihan menelan adalah
- Posisi kepala lebih tinggi dan tegak daripada badan dan kaki
 - Memasukkan makanan dari sisi yang tidak lumpuh
 - Membayangkan cara menelan dan mencoba menelan
 - Memperthankan posisi selama 10-15 menit sebelum dan sesudah latihan menelan
7. Yang harus dipenuhi saat latihan menelan adalah.....
- Bisa batuk, melakukan gerak menelan

- Tidak boleh lelah dan suasana harus tenang
- Membersihkan mulut sebelum dan sesudah latihan makan
- Tidak tahu.

8. Jenis makanan yang digunakan untuk pertama kali latihan menelan.....

- Makanan semi padat
- Makanan padat
- Makanan cair
- Tidak tahu

9. Menurut saya jenis makanan yang disarankan untuk mempermudah latihan

menelan

- Makanan yang beraroma dan hangat
- Makanan yang keras
- Minuman asam dan beralkohol
- Tidak tahu

10. Pernyataan yang benar tentang alat selang hidung untuk makan

- Selalu dibersihkan setiap kali makan dan diganti 2 minggu sekali
- Saat latihan harus dilepas
- Boleh memasukkan kembali selang yang lepas ke dalam hidung
- Tidak tahu

III. Sikap dalam menejemen pemberian makan pada penderita post stroke dengan masalah menelan.

SS : Sangat setuju

TD : Tidak setuju

SJ : Setuju

STD : Sangat tidak setuju

No.	Pernyataan	SS	SJ	TD	STD
1.	Saya selalu mempersiapkan diri sebelum latihan menelan	.....	.....	.....	.....
2.	Jika tersedak ketika latihan makan, saya secara langsung memberi tahu kepada perawat	.....	.....	.....	.....
3.	Menurut saya tidak perlu dilakukan pemeriksaan oleh petugas kesehatan sebelum latihan menelan.	.....	.....	.....	.....
4.	Ketika latihan menelan, posisi kepala harus lebih tinggi daripada badan dan kaki.	.....	.....	.....	.....
5.	Makanan yang hangat dan berbau sedap, gurih, manis sangat baik untuk merangsang ludah untuk keluar	.....	.....	.....	.....
6.	Sebelum dan sesudah latihan saya akan membersihkan mulut agar mulut higienis dan nyaman.	.....	.....	.....	.....
7.	Selang untuk pemberian makan melalui hidung boleh dipasang sendiri	.....	.....	.....	.....
8.	Jika selang hidung akan terlepas tidak boleh memasukkan kedalam hidung sendiri tanpa ada petugas kesehatan yang mendampingi	.....	.....	.....	.....
9.	Makanan yang semi padat adalah sangat baik untuk latihan menelan pertama kali.	.....	.....	.....	.....
10.	Suasana gaduh, ramai dapat mengganggu konsentrasi latihan dan dikhawatirkan terjadi tersedak	.....	.....	.....	.....

Lampiran 4

LEMBAR OBSERVASI

No Responden :
 Usia :
 Pendidikan :
 Agama :

No	Latihan menelan	Hari I			
		SLL	SR	JR	TD
1	Persiapan fisik dan mental sebelum latihan				
2	Posisi high-semi Fowler				
3	Latihan menelan				
	a. Tarik nafas				
	b. Berikan makanan pada daerah yang tidak mengalami sakit				
	c. Angkat lidah Ke atap mulut				
	d. Pikirkan tentang menelan				
	e. Menelan				
	f. Batuk untuk membersihkan jalan nafas				
4	Membersihkan mulut setelah menelan				
5	Pertahankan posisi 10-15 menit sesudah dan sebelum latihan menelan				
No	Kriteria diet makanan dan minuman				
1	Jenis makanan : 1. Semi padat 2. Cair 3. Padat				
2	Makanan beraromatik 1. Manis 2. Asin 3. Gurih 4. Hangat				
3	Makanan larangan 1. Asam 2. Alkohol 3. Tidak dimasak 4. Berpartikel				

Catatan :

SLL : Selalu : 4 JR : Jarang : 2
 SR : Sering : 3 TD : Tidak pernah : 1

Lampiran 5

SATUAN ACARA PENGAJARAN

Pokok Bahasan : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Manajemen Pemberian

Makan Terhadap peningkatan perilaku Penderita Stroke

trombotik akut Dengan Masalah Gangguan Menelan

Peserta : Penderita stroke trombotik akut dengan masalah gangguan menelan

Tempat : di Ruang syaraf A RSUD DR Soetomo.

Waktu : 60 menit

A. TUJUAN**1. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM**

Setelah diberikan pendidikan kesehatan diharapkan responden mendapat mengaplikasikan manajemen pemberian makan pada masalah gangguan menelan.

2. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

1. Penderita dapat menjelaskan definisi gangguan menelan.
2. Penderita dapat menyebutkan tanda dan gejala gangguan menelan.
3. Penderita dapat menjelaskan resiko komplikasi dari gangguan menelan.
4. Penderita dapat menjelaskan prosedur tindakan latihan menelan dan diet untuk penderita gangguan menelan.
5. Penderita mampu menerapkan manajemen pemberian makan dalam kehidupan sehari-hari

B. MATERI

1. Definisi gangguan menelan
2. Tanda dan gejala penyakit stroke dan gangguan menelan
3. Komplikasi yang mungkin terjadi pada gangguan menelan
4. Manajemen pemberian makan untuk masalah gangguan menelan

C. KEGIATAN

NO	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA	WAKTU
I.	Pembukaan		5 menit
1.	Memberi salam dan perkenalan diri	Membalas salam	
2.	Menjelaskan maksud pertemuan	Mendengarkan	
3.	Mejelaskan tujuan pembelajaran	Mendengarkan	
II.	PENYAJIAN MATERI		50 menit
1.	Menjelaskan definisi, tanda gejala stroke gangguan menelan	Mendengarkan	
2.	Penyulit dari gangguan menelan	Mendengarkan	
3.	Menjelaskan manajemen pemberian makan pada penderita gangguan menelan :	Mendengarkan	
4.	Prosedur tindakan Diet makan	Mendengarkan & Bertanya	
III.	PENUTUP		5 menit
1.	Melakukan evaluasi singkat	Bertanya	
2.	Menutup pertemuan dan memberi salam	Menjawab salam	

D. EVALUASI

Evaluasi proses dengan cara tanya jawab singkat dan hasilnya akan diberikan kuisener dan dilakukan observasi pada hari selanjutnya.

Lampiran 6

MATERI PENDIDIKAN KESEHATAN**Manajemen Pemberian Makan Pada Penderita Stroke Dengan Gangguan****Menelan****1. Definisi dan tanda gejala gangguan menelan**

Gangguan menelan adalah ketidakmampuan memasukkan cairan dan makanan padat dari mulut ke lambung akibat kerusakan pada bagian otak yang mengontrol otot untuk menelan. Gangguan menelan biasanya menyertai penyakit syaraf atau neuromuskuler, diantaranya adalah Stroke, Miastenia Gravis, Guillain Barre, Parkinson, Amyliotrophic Lateral Sclerosis, Neoplasma. Biasanya penilaian data subyektif: riwayat masalah menelan (awitan dan riwayat regurgitasi nasal, suara serak, tersedak dan batuk), masalah yang berhubungan dengan makanan dan minuman, data obyektif meliputi: penurunan atau hilangnya menelan, batuk, atau reflek hisap. Tidak adanya koordinasi lidah dan terlihat tersedak dan batuk ketika makan atau minum. Juga diperlukan faktor yang berhubungan dengan kelemahan otot muka (air liur keluar terus, asimetris, penutupan bibir buruk), kerusakan penggunaan lidah (penurunan kekuatan, koordinasi jelek), kesulitan menelan, penurunan produksi air liur. Juga diperlukan hasil laboratorium. Faktor penyebab gangguan menelan yaitu gangguan mekanis pada struktur orofaring, paralise atau paresis otot, penurunan kesadaran diri.

I. Komplikasi gangguan menelan

Apabila terjadi gangguan menelan yang akut dan kronis dapat menyebabkan:

- Resiko aspirasi Pneumoni. Tanda dan gejala yang dapat dilihat yaitu takipnea, takikardi, demam, hipoksia, pucat dan ronkhi wheezing. Suara serak, basah. Tanda infeksi paru dapat ditandai dengan demam, batuk produktif, terdapat suara tambahan serta hasil laboratorium yang positif.
- Dehidrasi dan Malnutrisi. Penderita terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan nutrisi dengan nutrisi yang masuk ke tubuh. Hal ini ditandai dengan penurunan berat badan yang terus menerus sehingga berat badan kurang dibawah standart.

2. Manajemen pemberian makan untuk masalah gangguan menelan pada penderita stroke trombotik akut.

Dalam manajemen pemberian makan ini meliputi prosedur tindakan dan program diet makanan untuk penderita stroke trombotik akut dengan masalah gangguan menelan.

a. Prosedur tindakan:

- Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, penderita dalam keadaan rilek, istirahat, tidak capek.
- Penderita sadar, dapat mengontrol batuk, menelan saliva, reflek menelan.
- Penderita mengerti tes pemeriksaan yang dilakukan perawat, mengetahui faktor penyebab dari gangguan menelan.
- Duduk semi/high fowler

Duduk tegak 30-90° dikursi atau kaki terjantai disamping tempat tidur jika mungkin (berikan dukungan/ganjol dengan bantal jika diperlukan).

Pertahankan posisi 10-15 menit sebelum makan dan pertahankan posisi 10-15 menit sesudahnya.

Fleksikan kepala dengan sudut 45° untuk mempertahankan kepatenan esophagus.

➤ Prosedur makan menggunakan peralatan: NGT

Posisikan kepala pada tempat tidur dengan posisi semi/high fowler dengan leher agak fleksi.

Elevasikan kepala dari tempat tidur 30° selama pemberian makan dan pertahankan posisi tersebut selama satu jam dari waktu pemberian makan.

Aspirasi selang NGT secara rutin untuk mengetahui penyerapan cairan karena adanya peningkatan sisa makanan, mual, distensi abdominal, rasa tidak nyaman harus cepat ditindaklanjuti.

Selang harus diganti dua minggu sekali, pemasangan selang harus bergantian pada lubang yang berbeda.

Keluarga atau pasien tidak diperkenankan memasang sendiri dengan didampingi petugas kesehatan.

Kaji kecepatan aliran, gravitasi drip harus lebih rendah daripada bolus.

Jika penderita sering batuk dan saat latihan menelan maka selang harus dilepas.

➤ Latihan reflek menelan, gag, hisap.

Siapkan alat penghisap tangan selama makan. Hentikan makan jika penderita kelelahan.

Masukkan makanan perlahan-lahan, sedikit demi sedikit.

Jika saliva keluar, segera gunakan rangsangan kuat dengan cepat sebelum setiap makan dan pada akhir makan. Jika makanan terkumpul, ajarkan penderita menggunakan lidah untuk memindahkan makanan

Mulai dengan jumlah kecil, dan secara perlahan dan hati-hati

Penderita konsentrasi untuk latihan menelan:

- Ambil nafas
- Gerakkan makanan ketengah lidah
- Angkat lidah ke tap mulut
- Pikirkan tentang menelan
- Menelan
- Batuk untuk membersihkan jalan nafas

Membersihkan mulut setelah latihan

Tempatkan makanan di piring kecil, dekatkan pada penderita.

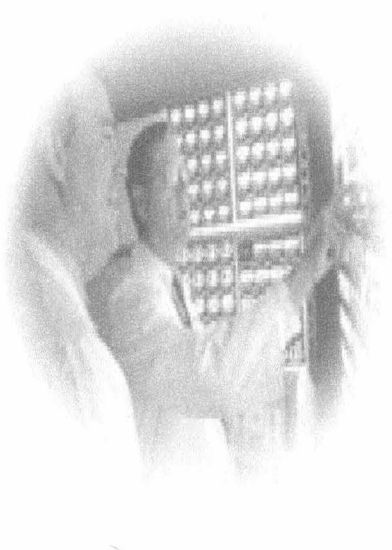
b. Diet untuk penderita dengan gangguan menelan

JENIS CAIRAN DAN KONSISTENSI MAKANAN

- Makanan atau minuman kental (setengah padat) untuk pertama kali makan seperti bubur pisang, tomat.
- Es batu
- Makanan yang mudah dimakan dan dicerna.
- Makanan yang dimasak.

- Makanan yang diproses dengan blender sampai lembut sehingga penderita tidak perlu mengunyah.
- Minuman yang lembut, seperti susu, pudding.
- Berikan makanan yang beraromatik (manis, asin, gurih) untuk pengeluaran air liur
- Jangan minum minuman berasam, jus jeruk karena dapat meningkatkan asam lambung. Jika terjadi aspirasi, hal ini dapat menyebabkan korosif pada batang tenggorokan dan juga dapat meningkatkan tekanan yang beresiko terjadi regurgitasi dan aspirasi.
- Hindari makanan beralkohol. Alkohol dapat menghambat kemampuan menelan, mengurangi batuk dan reflek menelan.
- Jangan makan minum 1-2 jam sebelum jadwal tidur.
- Kurangi berat badan berlebihan, dapat menyebabkan gaster refluk.
- Jangan makan makanan berpartikel, seperti kacang.
- Hindari makanan daging yang belum dimasak dan mengandung banyak kolesterol. Buah segar, sayur tidak dimasak sebaiknya dihindari untuk latihan menelan pertama kali.

Panduan Manajemen Pemberian Makan Untuk Penderita Gangguan Menelan

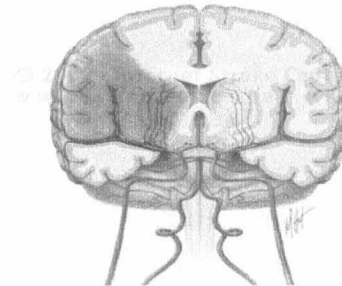


Oleh
Pepin Nahariani
010110251 B
**Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Airlangga
Surabaya**

Gangguan Menelan
Adalah ketidakmampuan memasukkan makanan atau minuman ke dalam mulut.
→ Perlu perawatan khusus.

Penyebab
Kerusakan saraf menelan,
→ Stroke, Myastenia gravis, Amyotrophik lateral sclerosis, dan penyakit saraf lainnya.

Tanda dan Gejala
Jika makan atau minum, makanan kembali lewat hidung, makanan tetap di dalam mulut, lidah sulit digerakkan, suara sengau, tersedak dan batuk.



Penyulit
➤ Tersedak
Makanan masuk ke paru-paru
Bahaya untuk penderita
Tanda : sesak nafas, pucat, detak jantung cepat, nafas terengah-terengah, sampai terjadi demam dan batuk dengan dahak kuning dan berbau.
Penanganan segera

Menepuk punggung belakang
Masukkan ujung jari ke dalam mulut sampai terjadi muntahan.
Hubungi tenaga kesehatan secepatnya.



➤ Kekurangan cairan dan kurang gizi yang parah
Tanda : Rasa haus yang sangat, kulit kering dan keriput, badan lemas, pucat, penurunan berat badan yang cepat

Penanganan
Berikan cairan dan nutrisi dengan menggunakan alat selang hidung. Segera konsultasikan kepada tenaga kesehatan (pemberian infus).

BANTUAN ALAT MAKAN:

Selang hidung
Alat untuk memasukkan makanan menggunakan selang yang dipasang di hidung

Aturan pemakaian:

- Dibersihkan setiap hari, menggunakan air matang terutama setelah pemberian makan
- Diganti 2 minggu sekali dan dipasang pada lubang hidung berlainan.

- Keluarga atau penderita tidak diperkenankan memasang sendiri dan memasukkan selang hidung ketika akan lepas
- Posisi kepala menengadahkan waktu pemberian makan dan dipertahankan selama satu jam.
- Perhatikan jika terjadi mual, perut kembung, rasa tidak enak segera laporkan ke tenaga paramedis.

Langkah pemasangan:

Selang dimasukkan dengan menggunakan jelli → menyentuh dinding kerongkongan, posisi kepala menunduk, → kepala menengadahkan dan penderita melakukan gerak menelan.

MANAJEMEN PEMBERIAN MAKAN

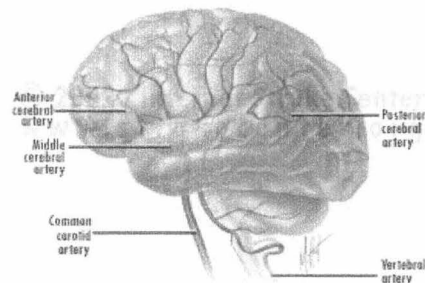
Proses perbaikan menelan melalui pelatihan menelan serta diet yang harus diperhatikan oleh penderita gangguan menelan.

Prosedur latihan menelan

Persiapan penderita:

- Suasana santai, penderita kooperatif dan tidak kecapaian.
- Penderita tenang, sadar, dapat mengontrol batuk, menelan air liur.

- Mengurangi pemberian yang dilakukan perawat.
- Duduk tegak 30-90° dikursi atau kaki terjantai disamping tempat tidur jika mungkin
- Pertahankan posisi 10-15 menit sebelum dan sesudah makan.



Latihan menelan

- Tempatkan makanan di piring kecil, dekatkan pada penderita.
- Siapkan alat penghisap tangan selama makan. .
- Masukkan makanan perlahan-lahan, sedikit demi sedikit.
- Penderita konsentrasi untuk latihan menelan:
 - Ambil nafas
 - Masukkan makanan ditengah lidah
 - Angkat lidah ke atap mulut
 - Pikirkan tentang menelan
 - Menelan
 - Batuk untuk membersihkan jalan nafas
- Membersihkan mulut setelah latihan
- Hentikan makan jika penderita kelelahan

Diet makan

- Kental (setengah padat) untuk pertama kali makan seperti bubur, pisang, tomat.
- Es batu
- Mudah dimakan dan dicerna.
- Diproses dengan blender sampai lembut
- Dimasak.
- Lembut, seperti susu, pudding.
- Beraroma (manis, asin, gurih) untuk pengeluaran air liur



Larangan makan/minum:

- Rasa asam, seperti jus jeruk
- Mengandung alkohol.
- Makan/minum 1-2 jam sebelum jadwal tidur.
- Kurangi berat badan.
- Berpartikel, seperti kacang.
- Daging yang belum dimasak dan mengandung banyak kolesterol.
- Buah segar, sayur yang tidak dimasak sebaiknya dihindari untuk latihan menelan pertama kali.

TABULASI DATA

KARAKTERISTIK DATA UMUM PERILAKU PADA PENDERITA STROKE TROMBOTIK AKUT DENGAN MASALAH GANGGUAN MENELAN DI RUANG SYARAF A DAN STROKE UNIT

No Responden	Karakter umum responden				
	Umur	Jenis kelamin	Agama	Pendidikan	Pekerjaan
1	3	2	1	1	4
2	2	1	1	1	1
3	3	1	1	3	1
4	3	2	1	1	1
5	3	1	1	1	2
6	2	2	1	1	4
7	3	1	1	2	2
8	3	2	1	1	2
9	3	1	1	1	3
10	3	1	1	2	2

No. resp	Pengetahuan						Sikap						Tindakan					
	Skor pre	% pre	Kode pre	Skor post	% post	Kode post	Skor pre	% pre	Kode pre	Skor post	% post	Kode post	Skor pre	% pre	Kode pre	Skor post	% post	Kode post
1	20	50	1	28	70	2	18	45	1	24	60	2	30	39.5	1	46	60.5	1
2	22	55	1	28	70	2	22	55	1	30	75	2	32	42.1	1	40	52.6	2
3	28	70	2	36	90	3	24	60	2	35	87.5	3	40	52.6	2	60	78.9	3
4	18	45	1	22	55	1	16	40	1	20	50	1	34	44.7	1	38	50	1
5	18	45	1	29	72.5	2	20	50	1	28	70	2	34	44.7	1	60	78.9	3
6	22	55	1	28	70	2	20	50	1	28	70	2	30	39.5	1	54	57.9	2
7	24	60	2	33	82.5	3	25	62.5	2	35	87.5	3	45	59.2	2	62	81.6	3
8	18	45	1	30	75	2	20	50	1	30	75	2	40	52.6	2	56	73.7	2
9	23	57.5	2	30	75	2	22	55	1	27	67.5	2	50	65.8	2	60	78.9	3
10	23	57.5	2	33	82.5	3	24	60	2	36	90	3	48	63.2	2	58	76.3	3

Keterangan:

1. Umur responden
 - 1 = < 30 tahun
 - 2 = 30-40 tahun
 - 3 = > 40 tahun
2. Jenis kelamin responden
 - 1 = laki-laki
 - 2 = perempuan
3. Agama responden
 - 1 = Islam
 - 2 = Kristen protestan
 - 3 = Kristen katolik
 - 4 = Hindu
 - 5 = Budha
4. Pendidikan
 - 1 = SD
 - 2 = SMP
 - 3 = SMA
3. Pekerjaan responden
 - 1 = pegawai negeri
 - 2 = swasta
 - 3 = petani
 - 4 = tidak bekerja
4. Skore tingkat pengetahuan, sikap responden
 - 0-22 = kurang
 - 23-30 = sedang
 - 31-40 = baik
5. Skore tingkat tindakan responden
 - 19-38 = kurang
 - 39-57 = sedang
 - 58-76 = baik
6. Kode tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan responden
 - 1 = kurang
 - 2 = sedang
 - 3 = baik

Statistics

		umur responden	jenis kelamin responden	agama responden	pendidikan responden	pekerjaan responden
N	Valid	10	10	10	10	10
	Missing	0	0	0	0	0

requency Table

umur responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30-40th	2	20,0	20,0	20,0
	>40th	8	80,0	80,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

jenis kelamin responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	6	60,0	60,0	60,0
	perempuan	4	40,0	40,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

agama responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	10	100,0	100,0	100,0

pendidikan responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	7	70,0	70,0	70,0
	SLTP	2	20,0	20,0	90,0
	SLTA	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

pekerjaan responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pegawai negeri	3	30,0	30,0	30,0
	swasta	4	40,0	40,0	70,0
	petani	1	10,0	10,0	80,0
	tidak bekerja	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

NPar Tests

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
skor pengetahuan post-test - skor pengetahuan pre-test	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	8 ^b	4,50	36,00
	Ties	2 ^c		
	Total	10		

- a. skor pengetahuan post-test < skor pengetahuan pre-test
- b. skor pengetahuan post-test > skor pengetahuan pre-test
- c. skor pengetahuan pre-test = skor pengetahuan post-test

Test Statistics^b

	skor pengetahuan post-test - skor pengetahuan pre-test
Z	-2,828 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sikap post-test - sikap pre-test	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	9 ^b	5,00	45,00
	Ties	1 ^c		
	Total	10		

- a. sikap post-test < sikap pre-test
- b. sikap post-test > sikap pre-test
- c. sikap pre-test = sikap post-test

Test Statistics^b

	sikap post-test - sikap pre-test
Z	-3,000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks
IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
skor tindakan post-test	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
- skor tindakan pre-test	Positive Ranks	7 ^b	4,00	28,00
	Ties	3 ^c		
	Total	10		

- a. skor tindakan post-test < skor tindakan pre-test
- b. skor tindakan post-test > skor tindakan pre-test
- c. skor tindakan pre-test = skor tindakan post-test

Test Statistics^b

	skor tindakan post-test - skor tindakan pre-test
Z	-2,646 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN

Jl. Mayjen Prof Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131

Telp : (031) 5012496 - 5014067 Fax : 031- 5022472

Surabaya, 29 Mei 2005

Nomor : /J03.1.17/PSIK & DIV PP/
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK - FK Unair

Kepada Yth.

Kepala LITBANG RSU Dr. Soetomo Surabaya

Di

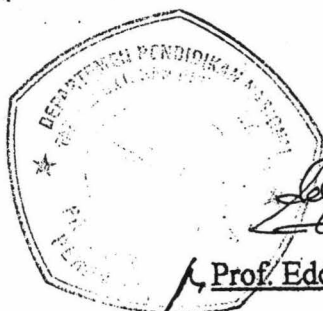
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal penelitian terlampir.

Nama : Pepin Nahariani.....
NIM : 010110251 B.....
Judul Penelitian : Pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap peningkatan perilaku penderita stroke trombotik akut dengan masalah gangguan menelan.....
Tempat : Ruang Syaraf A dan Unit Stroke.....

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Ketua Program Studi

Prof. Eddy Soewandojo, dr., Sp.PD, KTI
NIP.: 130 325 831

Tembusan : Direktur RSU Dr. Soetomo Surabaya.

SKRIPSI

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Manajemen Pemberian Makan... Pepin Nahariani

RUMAH SAKIT UMUM DOKTER SOETOMO
INSTALASI RAWAT INAP MEDIK

JL. MAYJEN PROF.DR.MOESTOPO 6 - TELP. 5501133, 5501125 SURABAYA

NOTA DINAS

Kepada Yth. : Kepala Bidang Penelitian & Pengembangan
Dari : Kepala Instalasi Rawat Inap Medik
Nomor : 110 / YM.IRMED/VI/2005
Tanggal : 7 Juni 2005
Lampiran : -
Perihal : Pertimbangan ijin penelitian
an. Pepin Nahariani

Menindaklanjuti surat dari Kepala Bidang Penelitian & Pengembangan RSU Dr. Soetomo nomor : 070/266/Litb/304/VI/2005 tanggal 03 Juni 2005 perihal pada pokok surat, dengan ini kami tidak berkeberatan memberikan ijin penelitian kepada :

Pepin Nahariani
NIM. 010110251-B


dengan judul tugas akhir

Pengaruh pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian makan terhadap peningkatan perilaku penderita stroke trombolitik akut dengan masalah gangguan menelan diruang saraf A RSU Dr. Soetomo Surabaya

untuk melakukan penelitian di Unit R.Syaraf A/Stroke

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Instalasi Rawat Inap Medik


dr. Winariani K, SpP(K)
NIP . 140 147 114

Tembusan kepada Yth :

- Ka. -Unit R.Syaraf A/Stroke
- Sdri . Pepin Nahariani.
- Arsip.

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOETOMO
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
JL. KARANGMENJANGAN NO. 12 TELP. 5501071 – 5501073 FAX. 5501071
S U R A B A Y A

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070/454/304/Litb/VII/2005

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Supriyanto, SKM, MM
N I P : 140 106 458
Jabatan : Kepala Sub Bidang Litbang Penunjang Medik

Dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : Pepin Nahariani
NIM/NIRM : 010110251 B

telah menyelesaikan penelitian di Irna Medik dan SMF Ilmu Penyakit Saraf
RSU Dr. Soetomo dengan judul :

**“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Manajemen Pemberian Makan Terhadap
Peningkatan Perilaku Penderita Stroke Trombotik Akut Dengan Masalah
Gangguan Menelan Di Ruang Syaraf A dan Unit RSU Dr. Soetomo
Surabaya “**

mulai tanggal 8 Juni s/d 8 Juli 2005

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, 15 Juli 2005

a.n. Kepala Bidang Litbang
Kepala Sub Bid Litbang Penunjang Medik,

