

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Stroke Non Hemoragik*

1. Definisi Penyakit *Stroke Non Hemoragik*

Stroke adalah penyakit yang menyerang otak dan tergolong kondisi yang sangat serius karena otak merupakan organ vital yang mengendalikan seluruh fungsi tubuh. Penderita stroke dapat mengalami gangguan fungsi motorik. Stroke, yang dikenal juga sebagai gangguan peredaran darah otak (GPDO), termasuk penyakit neurologis yang sering dijumpai dan memerlukan penanganan yang cepat serta tepat. Penyakit ini ditandai oleh terganggunya aliran darah ke otak dan dapat terjadi pada siapa saja tanpa memandang waktu (Jend & Yani, 2023). *Stroke Non Hemoragik* atau yang bisa disebut dengan *Stroke Iskemik*, merupakan stroke yang terjadi akibat menurunnya fungsi otak yang disebabkan oleh aliran darah ke otak terganggu atau terhenti akibat adanya penyempitan atau penyumbatan pada pembuluh darah. (Putri et al., 2023). Menurut Utomo (2024), *stroke non-hemoragik* juga dapat terjadi akibat oklusi pembuluh darah yang menimbulkan trombosis maupun emboli di otak. Berkurangnya suplai darah ke jaringan otak menyebabkan kondisi iskemia yang berlanjut pada kematian sel, sehingga muncul defisit neurologis.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa stroke iskemik atau stroke non-hemoragik terjadi karena adanya penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah otak yang mengganggu aliran darah serta oksigen ke jaringan otak. Dampaknya adalah terjadinya iskemia yang memicu kematian sel saraf dan menimbulkan

kehilangan fungsi neurologis secara mendadak. Penyebab utama kondisi ini meliputi trombosis dan emboli.

2. Etiologi Penyakit *Stroke Non Hemoragik*

Berdasarkan jenisnya, penyebab stroke terbagi menjadi dua, yaitu *stroke hemoragik* yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah intraserebral, serta *stroke iskemik* yang disebabkan oleh berkurangnya suplai darah ke otak akibat penyempitan atau sumbatan pada pembuluh darah otak (Pratama et al., 2022).

Stroke non-hemoragik dapat disebabkan oleh trombus maupun emboli. Stroke non-hemoragik yang disebabkan oleh trombus terjadi akibat berkurangnya aliran darah pada area tertentu di otak melalui proses penyempitan (stenosis) pembuluh darah. (Fredy et al. 2024).

3. Tanda dan Gejala Penyakit *Stroke Non Hemoragik*

Menurut Saidah dkk. (2020), tanda dan gejala *stroke non hemoragik* meliputi beberapa defisit berikut:

a. Defisit motorik

Ditandai dengan gangguan mobilitas seperti hemiparesis (kelemahan) dan hemiplegi (kelumpuhan). Gangguan ini terjadi akibat kerusakan neuron motorik atas pada traktus piramidal yang menyebabkan hilangnya kontrol gerakan volunter (akinesia). Selain itu, dapat muncul gangguan integrasi gerak, perubahan tonus otot, serta refleks otot. Pada awalnya dapat terjadi hiporefleksia yang kemudian berkembang menjadi hiperrefleksia pada gerakan motorik.

b. Defisit komunikasi

Setelah stroke dapat terjadi afasia maupun disfasia. Afasia reseptif berkaitan dengan kerusakan area Wernicke, sedangkan afasia ekspresif berhubungan dengan area Broca. Penderita juga dapat mengalami disartria, yaitu gangguan pada otot bicara yang memengaruhi artikulasi dan pelafalan. Disfasia ditandai kesulitan menggunakan kata-kata, sementara apraksia menyebabkan pasien tidak mampu melakukan tindakan yang sebelumnya telah dipelajari.

c. Kerusakan afektif

Penderita stroke sering mengalami kesulitan mengendalikan emosi, seperti depresi, frustrasi, respons emosional yang berlebihan atau tidak stabil, perubahan suasana hati, serta penurunan kemampuan menjalankan fungsi sehari-hari.

d. Kerusakan fungsi intelektual

Terjadi penurunan daya ingat (*recall*) dan kemampuan mengekspresikan pendapat, yang berhubungan dengan kerusakan pada hemisfer otak kiri maupun kanan.

e. Gangguan persepsi dan sensori

Persepsi merupakan kemampuan menafsirkan rangsangan sensori, terutama visual. Gangguan persepsi meliputi:

- 1) Ketidakmampuan memahami diri sendiri dan penyakitnya (berkaitan dengan lobus parietal).
- 2) Kesalahan persepsi terhadap tempat dan situasi, termasuk mengabaikan sisi tubuh yang terkena, sering diperberat oleh homonymous hemianopsia (kebutaan lapang pandang yang sama pada kedua mata).

- 3) Agnosia, yaitu ketidakmampuan mengenali objek melalui penglihatan, sentuhan, atau pendengaran.
- 4) Apraksia, yaitu ketidakmampuan mengikuti perintah gerakan atau tidak menyadari perubahan persepsi spasial.
- 5) Gangguan eliminasi, berupa masalah berkemih dan defekasi akibat keterbatasan mobilitas, kelemahan otot abdomen, serta dehidrasi yang menurunkan refleks defekasi.

Tanda-tanda klinis stroke dapat berbeda-beda. Sebagai contoh, stroke iskemik umumnya ditandai dengan penurunan kekuatan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, hilangnya sensasi secara tiba-tiba, bicara pelo atau tidak jelas, gangguan penglihatan, asimetri wajah, gangguan daya ingat, serta nyeri kepala hebat. Kondisi ini juga dapat disertai vertigo. Selain itu, perdarahan intraserebral maupun subaraknoid dapat terjadi dan menimbulkan manifestasi klinis yang mengarah pada *stroke hemoragik* (Aulyra Familah et al., 2024).

4. Patofisiologi *Stroke Non Hemoragik*

Stroke non hemoragik, yang dikenal sebagai stroke akibat sumbatan, terjadi ketika aliran darah ke otak tiba-tiba terganggu karena adanya oklusi pada pembuluh darah. Gangguan suplai darah ini menghentikan pasokan oksigen dan glukosa yang sangat dibutuhkan oleh jaringan otak, sehingga menimbulkan kerusakan jaringan hingga kematian sel-sel otak akibat proses iskemia (Dewi & Fitraneti, 2024).

Otak yang tidak mendapatkan suplai oksigen selama lebih dari 60–90 detik akan mulai mengalami penurunan fungsi secara bermakna. Sekitar 85% kejadian stroke tergolong *stroke non hemoragik*, sedangkan sisanya disebabkan oleh perdarahan di

dalam otak, seperti perdarahan intraserebral. Penyumbatan pada stroke non-hemoragik terjadi melalui dua mekanisme utama, yaitu trombosis dan emboli. Trombosis umumnya berhubungan dengan penumpukan plak aterosklerotik yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah serta menghambat aliran darah, sehingga memicu terjadinya stroke trombotik. Di sisi lain, emboli adalah gumpalan darah yang terbentuk di bagian tubuh lain, umumnya di jantung, seperti pada penderita fibrilasi atrium. Gumpalan ini dapat terlepas, terbawa aliran darah, lalu menyumbat pembuluh darah di otak sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi serebral secara akut. (Widyaningsih & Herawati, 2022).

Penyumbatan yang terjadi secara tiba-tiba pada pembuluh darah otak menyebabkan jaringan otak yang terdampak terbagi menjadi dua area berdasarkan derajat kerusakannya, yaitu zona inti dan zona penumbra.

Zona inti merupakan daerah dengan aliran darah yang sangat rendah (kurang dari 10 cc per 100 gram jaringan per menit) sehingga jaringan di area ini cepat mengalami nekrosis. Sebaliknya, zona penumbra masih memperoleh sedikit suplai darah melalui pembuluh kolateral, dengan aliran sekitar 10–25 cc per 100 gram jaringan per menit, sehingga jaringan pada area ini masih berpotensi untuk diselamatkan atau dipulihkan.

Derajat keparahan gejala neurologis pada *stroke non hemoragik* tidak hanya ditentukan oleh luasnya kerusakan pada zona inti dan zona penumbra, tetapi juga dipengaruhi oleh adanya vasospasme atau kekakuan pembuluh darah akibat sumbatan. Kerusakan jaringan otak berlangsung melalui reaksi biomolekuler yang cepat yang dikenal sebagai kaskade iskemik. Saat aliran darah terganggu, suplai

energi yang berasal dari oksigen dan glukosa menurun sehingga otak beralih ke metabolisme anaerob. Proses metabolisme anaerob ini kemudian merangsang pelepasan glutamat, yaitu neurotransmitter yang berikatan dengan reseptor NMDA (*N-methyl-D-aspartate*) pada sel saraf. Pada stroke embolik, aliran darah ke otak menurun secara tajam sehingga menimbulkan stres seluler yang berat dan berakhir pada kematian sel lebih awal (nekrosis) (Widyaningsih & Herawati, 2022).

5. Faktor Risiko *Stroke Non Hemoragik*

Faktor risiko terjadinya *stroke* terdiri dari beberapa jenis. Penyebab utama *stroke* adalah hipertensi, namun terdapat faktor risiko lain seperti merokok, diabetes melitus, dan dislipidemia yang dapat memicu terjadinya *stroke* iskemik maupun *stroke* hemoragik. Berdasarkan hal tersebut, pemberian edukasi mengenai faktor-faktor risiko *stroke* menjadi penting untuk menurunkan angka kejadian *stroke*. Faktor risiko *stroke* dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu faktor yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor yang dapat dimodifikasi meliputi hipertensi, kebiasaan merokok, pola makan, dan aktivitas fisik. Sementara itu, faktor yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, jenis kelamin, serta ras atau etnis. Pada *stroke non hemoragik*, terdapat dua kelompok faktor risiko yang berpengaruh, yaitu faktor yang dapat dikendalikan dan faktor yang tidak dapat dikendalikan (Utama & Nainggolan, 2022).

Faktor risiko yang dapat di kontrol yaitu :

- a. Memiliki riwayat *stroke*, seseorang yang memiliki riwayat *stroke*, termasuk TIA (*Transient Ischemic Attack*), rentan terserang *stroke* berulang. Seseorang yang

pernah mengalami TIA akan sembilan kali lebih beresiko mengalami *stroke* dibandingkan yang tidak mengalami TIA.

- b. Hipertensi, faktor resiko dengan pertaruhan yang paling signifikan untuk *stroke* iskemik maupun *stroke* perdarahan. Pada keadaan hipertensi, pembuluh darah mendapat tekanan yang cukup besar. Jika proses tekanan berlangsung lama, dapat menyebabkan kelemahan pada dinding pembuluh darah sehingga menjadi rapuh dan mudah pecah. Hipertensi juga dapat menyebabkan arterosklerosis dan penyempitan diameter pembuluh darah sehingga mengganggu aliran darah ke jaringan otak.
- c. Penyakit pada bagian jantung, adanya penyakit jantung, termasuk fibrilasi atrial (salah satu jenis gangguan irama jantung), penyakit jantung koroner, penyakit jantung rematik, dan orang yang melakukan pemasangan katup jantung buatan akan meningkatkan resiko *stroke*. *Stroke* emboli umumnya disebabkan kelainan kelainan jantung tersebut.
- d. Diabetes melitus (DM), seseorang dengan diabetes melitus cenderung mengalami aterosklerosis, hipertensi, kegemukan, dan melemahnya lemak darah. Manusia yang menderita diabetes mellitus akan beresiko dua kali lipat lebih besar dibandingkan dengan orang yang tidak menderita DM.
- e. Hiperkolesterol, mampu menjadi penyebab aterosklerosis yang akan menimbulkan penyakit jantung dan *stroke* itu sendiri.
- f. Merokok, perokok akan lebih mudah terserang *stroke* dibandingkan dengan perokok pasif. Hal ini disebabkan karena kandungan nikotin yang terkandung pada rokok yang membuat organ jantung bekerja dan sangat berpotensi untuk berdenyut lebih cepat dan akan meningkatnya tekanan peredaran darah.

Nikotinpun mampu mengurangi fleksibilitas saluran yang dapat menimbulkan masalah aterosklerosis.

- g. Pola hidup, pola makan lemak berlebih, kurangnya pekerjaan, dan tekanan di rumah dapat menambah peluang terjadinya risiko *stroke*. Seseorang yang memakan makanan berlemak lebih berpotensi obesitas, diabetes melitus, aterosklerosis, dan penyakit jantung. Tekanan di sekitar rumah yang berturut-turut akan memengaruhi jantung dan pembuluh darah, sehingga memiliki potensi untuk meningkatkan risiko *stroke*. Faktor risiko yang tidak mampu dikendalikan. Beberapa faktor risiko *stroke* yang tidak mampu dikontrol atau diubah. Variabel-variabel tersebut antara lain usia, orientasi, ras, dan kualitas/keturunan.

6. Pemeriksaan Penunjang *Stroke Non Hemoragik*

Pemeriksaan penunjang pada pasien *stroke non-hemoragik* dilakukan untuk menegakkan diagnosis, menentukan lokasi kerusakan jaringan otak, serta mengidentifikasi penyebab dan faktor risikonya. Modalitas utama yang digunakan adalah pemeriksaan pencitraan, di mana CT-scan kepala non-kontras menjadi pemeriksaan awal untuk menyingkirkan adanya perdarahan intrakranial dan menilai luas area infark. Sementara itu, MRI otak, khususnya teknik *Diffusion Weighted Imaging* (DWI), memiliki sensitivitas lebih tinggi dalam mendeteksi infark pada fase dini serta mengidentifikasi area penumbra iskemik (Powers et al., 2023). Pemeriksaan vaskular seperti *CT Angiografi* (CTA) dan MR Angiografi (MRA) dimanfaatkan untuk mengetahui adanya oklusi maupun stenosis pembuluh darah serebral serta menentukan kemungkinan tindakan terapi reperfusi (Campbell & Khatri, 2024).

Selain pencitraan, pemeriksaan laboratorium juga berperan penting, meliputi kadar glukosa darah, profil lipid, darah lengkap, fungsi koagulasi, dan fungsi ginjal untuk menilai faktor risiko sekaligus kesiapan pasien sebelum terapi trombolitik diberikan (Smith et al., 2023). Evaluasi jantung melalui elektrokardiografi dan ekokardiografi bertujuan mendeteksi sumber emboli, seperti fibrilasi atrium atau trombus intrakardial (Kleindorfer et al., 2024). Pemeriksaan tambahan seperti USG Doppler karotis dan Transcranial Doppler digunakan untuk menilai aliran darah serebral serta mendeteksi aterosklerosis pada pembuluh darah otak (Naqvi et al., 2025). Dengan demikian, kombinasi berbagai pemeriksaan penunjang tersebut diperlukan untuk menegaskan diagnosis dan menentukan penatalaksanaan *stroke non-hemoragik* secara menyeluruh.

7. Penatalaksanaan *Stroke Non Hemoragik*

Penatalaksanaan *stroke non hemoragik* (stroke iskemik) bertujuan untuk mengembalikan perfusi jaringan otak, mempertahankan fungsi vital, serta mencegah komplikasi dan kecacatan jangka panjang. Penatalaksanaan awal difokuskan pada stabilisasi airway, breathing, dan circulation (ABC), pemberian oksigen bila saturasi kurang dari 94%, pemantauan tanda-tanda vital serta status neurologis secara berkala, pengendalian suhu tubuh dan kadar glukosa darah, serta manajemen cairan dan elektrolit. Selain itu, pencegahan komplikasi seperti aspirasi, trombosis vena dalam, dan dekubitus serta pelaksanaan rehabilitasi dini juga menjadi bagian penting dalam perawatan pasien *stroke* iskemik (Bogenschutz et al., 2025).

Terapi reperfusi merupakan penatalaksanaan utama pada fase akut. Trombolisis intravena menggunakan recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) seperti

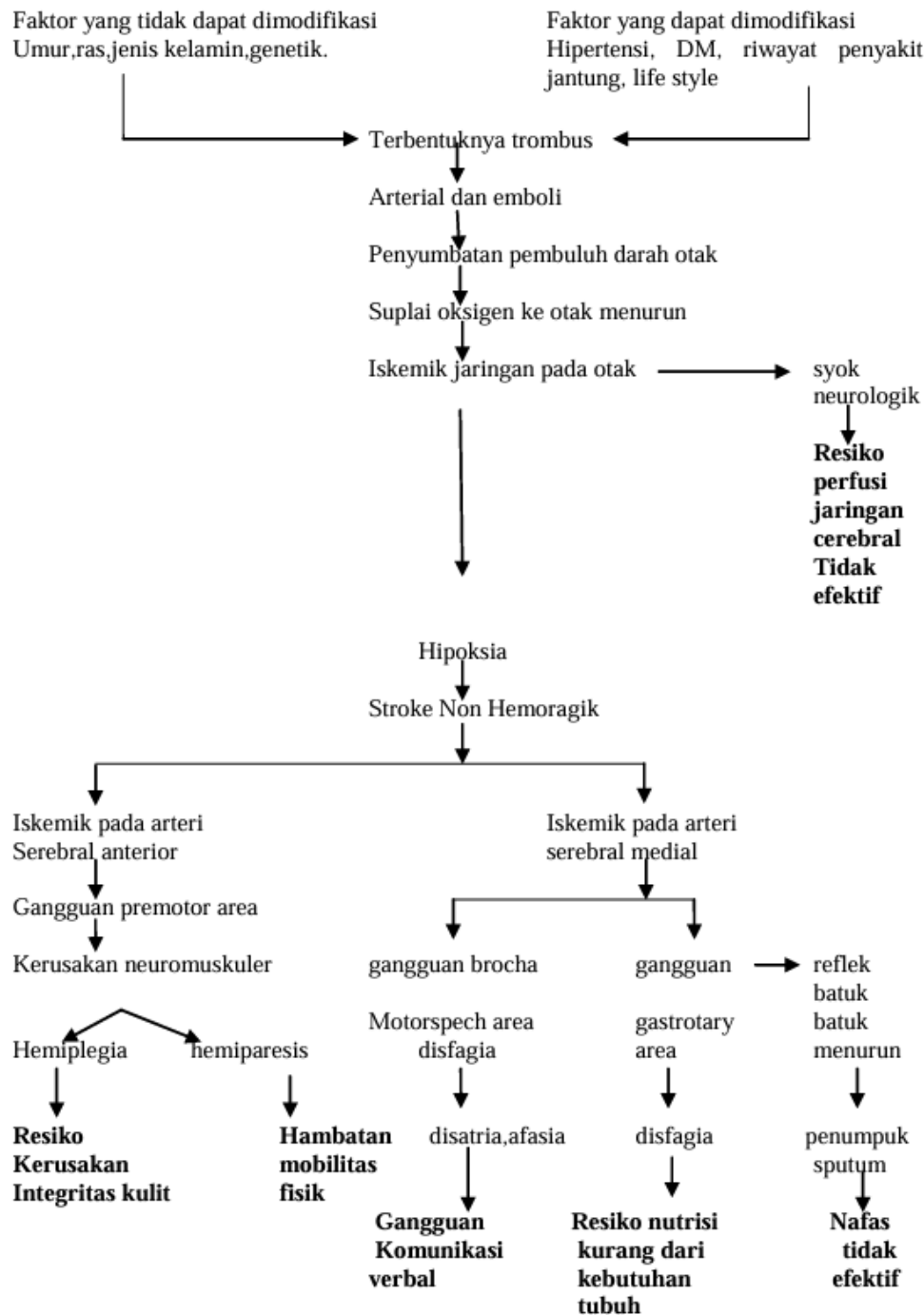
alteplase diberikan dengan dosis 0,6–0,9 mg/kgBB dalam waktu optimal $\leq 4,5$ jam sejak onset gejala untuk melarutkan trombus dan memperbaiki aliran darah serebral. Selain itu, tindakan trombektomi mekanik dilakukan pada pasien dengan oklusi pembuluh darah besar dan dapat dikerjakan hingga 6–24 jam pada pasien terpilih berdasarkan hasil pencitraan. Kedua terapi ini terbukti meningkatkan luaran fungsional dan menurunkan disabilitas pasca stroke (Bogenschutz et al., 2025).

Selanjutnya, terapi antitrombotik seperti pemberian antiplatelet (misalnya aspirin) direkomendasikan dalam 24–48 jam pertama untuk mencegah pembentukan trombus baru, sedangkan terapi antikoagulan diberikan pada stroke iskemik dengan penyebab kardioemboli seperti fibrilasi atrium. Pengendalian tekanan darah juga menjadi bagian penting, khususnya sebelum dan sesudah trombolisis, guna mencegah transformasi hemoragik dan kerusakan jaringan otak lebih lanjut. Selain itu, terapi tambahan seperti statin, kontrol hiperglikemia, serta pemberian obat neuroprotektor digunakan untuk mendukung pemulihan jaringan otak dan mencegah komplikasi sekunder (Journal of Clinical Neuroscience, 2024).

Dengan demikian, penatalaksanaan *stroke non hemoragik* memerlukan pendekatan komprehensif yang meliputi stabilisasi umum, terapi reperfusi, pemberian antitrombotik, pengendalian faktor hemodinamik dan metabolik, serta rehabilitasi dini guna meningkatkan prognosis dan kualitas hidup pasien.

B. Pohon Masalah

Pohon masalah penyakit *stroke non hemoragik* dengan gangguan komunikasi verbal dijelaskan pada Gambar 1.



Sumber: (Fredy et al. 2024)

Gambar 1. Pohon Masalah *Stroke Non Hemoragik*

C. Konsep Dasar Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal Pada Pasien

Stroke Non Hemoragik

1. Definisi Gangguan Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal adalah kondisi menurunnya, melambatnya, atau tidak adanya kemampuan individu untuk menerima, mengolah, menyampaikan, dan menggunakan sistem simbol. Kondisi ini ditandai dengan tidak adanya kontak mata, ketidakmampuan berbicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara lisan, kesulitan menyusun kalimat, serta hambatan dalam memahami pola komunikasi yang umum. Selain itu, individu juga mengalami kesulitan menggunakan bahasa tubuh dan ekspresi wajah, mengalami disorientasi terhadap orang, tempat, dan waktu, defisit visual parsial, bicara pelo, serta berbicara dengan penuh kesulitan (Prasetia & Susanto, 2022).

Gangguan komunikasi verbal menurut SDKI adalah penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem symbol (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Etiologi Gangguan Komunikasi Verbal

Penyebab dari Gangguan Komunikasi Verbal menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) yaitu:

- a. Penurunan sirkulasi serebral
- b. Gangguan neuromuskuler
- c. Gangguan pendengaran
- d. Gangguan muskuluskeletal
- e. Kelainan palatum
- f. Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiriodektomi)

- g. Hambatan individu (mis. Ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
- h. Hambatan psikologis (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- i. Hambatan lingkungan (mis. Ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, Bahasa asing)

3. Tanda dan Gejala Gangguan Komunikasi Verbal

Tanda dan gejala gangguan komunikasi verbal terbagi menjadi tanda gejala mayor dan tanda gejala minor menurut SDKI (2016)

a. Gejala dan tanda mayor:

1) Subjektif

(tidak tersedia)

2) Objektif

a) Tidak mampu berbicara atau mendengar

b) Menunjukkan respon tidak sesuai

b. Gejala dan tanda minor

1) Subjektif

(tidak tersedia)

2) Objektif

a) Afasia

b) Disfasia

c) Apraksia

d) Disleksia

e) Disartria

- f) Afonia
- g) Dislalia
- h) Pelo
- i) Gagap
- j) Tidak ada kontak mata
- k) Sulit memahami komunikasi
- l) Sulit mempertahankan komunikasi
- m) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh

4. Kondisi Klinis Terkait Gangguan Komunikasi Verbal

Tim Pokja SDKI PPNI (2016) menyatakan bahwa gangguan komunikasi verbal dapat disebabkan oleh sejumlah kondisi klinis yaitu:

- a. *Stroke*
- b. Cedera kepala
- c. Trauma wajah
- d. Peningkatan tekanan intrakranial
- e. Hipoksia kronis
- f. Tumor
- g. *Myasthenia gravis*
- h. *Sklerosis multipel*
- i. Distropi muskuler
- j. Penyakit Alzheimer
- k. Kuadriplegia
- l. *Labiopalatoskizis*
- m. Infeksi laring

- n. Fraktur rahang
- o. Skizofrenia
- p. Delusi
- q. Paranoid
- r. Autisme

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang dilakukan melalui pengumpulan data secara sistematis dan berkelanjutan. Kegiatan ini meliputi pengumpulan, pengorganisasian, validasi, analisis, hingga pendokumentasian serta komunikasi data kesehatan pasien. Informasi yang dikaji mencakup aspek fisiologis, psikologis, sosiologis, spiritual serta gaya hidup pasien (Yunike dkk., 2022).

1. Data keperawatan

Tanda dan gejala yang dianggap signifikan dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar. Proses pengelompokan data dapat dilakukan dengan pendekatan induksi yaitu dengan menyusun data untuk membentuk pola atau pendekatan deduktif yang melibatkan penggunaan kategori pola untuk mengelompokkan data sesuai kategori tersebut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Hal yang perlu dikaji pada pasien dengan SNH (*stroke non hemoragik*) yaitu sebagai berikut.

1) Identitas pasien dan penanggung jawab

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, diagnosa medis, dan nomor rekam medis.

2) Keluhan utama

Keluhan utama ini berisikan keluhan yang dialami oleh pasien, lama keluhan, kualitas keluhan, faktor pencetus dan pemberat keluhan, upaya yang telah dilakukan untuk mengurangi keluhan, diagnosa medis serta riwayat kesehatan saat ini.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu

Mencakup riwayat penyakit sebelumnya, alergi, imunisasi, kebiasaan atau pola hidup (seperti merokok dan mengonsumsi alkohol), serta obat-obatan yang sedang digunakan.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Hal – hal yang sangat perlu dikaji meliputi apakah pasien tampak susah berbicara, kehilangan kekuatan tangan dan kaki, susah menelan yang dapat menyebabkan respon verbal lambat. Selain itu, perlu diperhatikan juga apakah terdapat penurunan berat badan secara signifikan.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Berisikan riwayat penyakit keturunan dari keluarga pasien seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, dan juga alergi.

4) Pemeriksaan fisik

Untuk mengumpulkan informasi objektif dan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik dilakukan. Empat metode pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu auskultasi, perkusi, palpasi, dan inspeksi.

5) Pola kebutuhan dasar (Tim Pokja SDKI PPNI,2017)

Berdasarkan SDKI (2016), pola kebutuhan dasar yang perlu dikaji pada pola interaksi sosial pada masalah keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal antara lain:

- a) Apakah pasien tampak tidak mampu berbicara atau mendengar?
 - b) Apakah pasien tampak menunjukkan respon tidak sesuai?
 - c) Apakah pasien tampak afasia?
 - d) Apakah pasien tampak disfasia?
 - e) Apakah pasien tampak apraksia?
 - f) Apakah pasien tampak disleksia?
 - g) Apakah pasien tampak disartria?
 - h) Apakah pasien tampak afonia?
 - i) Apakah pasien tampak dislalia?
 - j) Apakah pasien tampak pelo?
 - k) Apakah pasien tampak gagap?
 - l) Apakah pasien tampak tidak ada kontak mata?
 - m) Apakah pasien tampak sulit memahami komunikasi?
 - n) Apakah pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi?
 - o) Apakah pasien tampak sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh?
- #### 6) Data penunjang

Berisikan riwayat pemeriksaan seperti laboratorium, thoraks, USG, dan lain-lain serta terapi obat yang sudah pernah dijalani pasien.

2. Analisis data

Analisis data masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal (D.0119) akibat *stroke non hemoragik* dijelaskan pada tabel 1.

Tabel 1
Analisis Data Pada Tn. A Dengan Gangguan Komunikasi Verbal Akibat
Stroke Non Hemoragik di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas II Dinas
Kesehatan Kecamatan Denpasar Barat
Tanggal 13 – 16 Februari 2026

No.	Data Keperawatan	Standar/Nilai Normal	Masalah (Problem)
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Gejala dan Tanda Mayor	Komunikasi Verbal	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)
	Subjektif:	Meningkat (L.13118)	
	(tidak tersedia)	1. Kemampuan berbicara	
	Objektif:	meningkat	
	a) Tidak mampu berbicara atau mendengar	2. Kemampuan mendengar	
	b) Menunjukkan respon tidak sesuai	meningkat	
		3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh	
	Gejala dan Tanda Minor	meningkat	
	Subjektif:	4. Kontak mata	
	(tidak tersedia)	meningkat	
	Objektif:	5. Kemampuan memahami komunikasi	
	a) Afasia	meningkat	
	b) Disfasia		
	c) Apraksia		

(1)	(2)	(3)	(4)
	d) Disleksia	6. Afasia menurun	
	e) Disartria	7. Disfasia	
	f) Afonia	menurun	
	g) Dislalia	8. apraksia	
	h) Pelo	menurun	
	i) Gagap	9. disleksia	
	j) Tidak ada kontak mata	menurun	
	k) Sulit memahami komunikasi	10. disatria	
	l) Sulit mempertahankan komunikasi	menurun	
	m) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh	11. afonia menurun	
		12. dislalia menurun	
		13. pelo menurun	
		14. gagap menurun	
		15. respons perilaku	
		membalik	

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017)

3. Analisis masalah

Analisis masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal (D.0119)

akibat *stroke non hemoragik* dijelaskan pada tabel 2.

Tabel 2
Analisis Masalah Data Pada Tn. A Dengan Gangguan Komunikasi Verbal
Akibat Stroke Non Hemoragik di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas II
Dinas Kesehatan Kecamatan Denpasar Barat
Tanggal 13 – 16 Februari 2026

Masalah Keperawatan	Proses Terjadinya Masalah
(1)	(2)
Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	SNH (<i>Stroke Non Hemoragik</i>)
	↓

sumbatan pada pembuluh darah otak



berkurangnya suplai darah ke otak



kerusakan pusat bicara



**Gangguan Komunikasi Verbal
(D.0119)**

Sumber: (Aditya, O. F., & Theresia, S. I. M. 2024)

2. Diagnosis Asuhan Keperawatan

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua, yaitu negatif dan positif. Diagnosis negatif mencakup kondisi sakit atau berisiko sakit, sehingga intervensinya difokuskan pada penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri dari diagnosis aktual dan risiko. Sementara diagnosis positif menunjukkan kondisi sehat dan berfokus pada peningkatan kesehatan yang juga dikenal sebagai diagnosis promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Gangguan Komunikasi Verbal termasuk dalam diagnosis keperawatan aktual. Diagnosis negatif actual dirumuskan melalui tiga komponen yaitu masalah yang berhubungan dengan penyebab yang dibuktikan dengan tanda atau gejala. Diagnosis keperawatan dapat ditegakkan jika tanda dan gejala mayor didapatkan mencapai 80 – 100%. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan dapat dirumuskan sebagai berikut :

Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral dibuktikan dengan tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, Afasia, Disfasia, Apraksia, Disleksia, Disartria, Afonia, Dislalia, Pelo, Gagap, Tidak ada kontak mata, Sulit memahami komunikasi, Sulit mempertahankan komunikasi, Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh.

3. Intervensi Asuhan Keperawatan

Intervensi keperawatan merujuk pada serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat yang didasari pada pengetahuan dan evaluasi klinis untuk mencapai hasil (outcome) yang diharapkan. Tindakan dalam intervensi keperawatan meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Dalam pembuatan proses rencana keperawatan terdapat dua komponen didalamnya, yaitu intervensi keperawatan dan luaran keperawatan. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018) merupakan tolak ukur yang digunakan dalam rancangan pemberian asuhan keperawatan untuk menentukan hasil yang ingin dicapai. Terdapat tiga komponen dari luaran keperawatan yakni label, ekspektasi, dan kriteria hasil. Intervensi keperawatan pada masalah keperawatan keletihan disajikan dalam Tabel 3 berikut ini.

Tabel 3
Intervensi Keperawatan Pada Tn. A Dengan Gangguan Komunikasi Verbal
Akibat Stroke Non Hemoragik di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas II
Dinas Kesehatan Kecamatan Denpasar Barat
Tanggal 13 – 16 Februari 2026

Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
(1)	(2)	(3)	(4)
Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119) berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral dibuktikan dengan tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, Afasia, Disfasia,	Komunikasi Verbal Meningkat (L.13118) Setelah dilakukan tindakan 4 x 30 menit, diharapkan Komunikasi Verbal meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan berbicara meningkat	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) <i>Observasi</i> 1. monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran,	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) <i>Observasi</i> 1. Menentukan jenis dan tingkat keparahan gangguan komunikasi. keparahan hambatan komunikasi.

(1)	(2)	(3)	(4)
Apraksia, Disleksia, Disartria, Afonia, Dislalia, Pelo, Gagap, Tidak ada kontak mata, Sulit memahami komunikasi, Sulit mempertahankan komunikasi, Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh.	2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Kemampuan memahami komunikasi meningkat 6. Afasia menurun 7. Disfasia menurun 8. apraksia menurun 9. disleksia menurun 10. disatria menurun 11. afonia menurun 12. dislalia menurun	dan bahasa) 4. monitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 5. identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <i>Terapeutik</i> 1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip,	2. Mengidentifi kasi penyebab utama (apakah masalah di otak, pendengaran, atau otot). 3. Mencegah hambatan psikologis yang memperburu k kemampuan bicara. 4. Memahami pesan non- verbal sebagai pengganti kata-kata. <i>Terapeutik</i> 1. Memberikan solusi komunikasi instan untuk mengurangi frustrasi.

(1)	(2)	(3)	(4)
	13. pelo menurun	papan komunikasi	2. Memastikan pesan perawat tertangkap
	14. gagap menurun	dengan gambar dan	jelas oleh pasien.
	15. respons perilaku membaik	huruf, isyarat tangan, dan komputer	3. Mengurangi distraksi agar pasien lebih fokus.
		2. sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. Berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari	4. Memvalidasi pemahaman dan memberi rasa dihargai.
			5. Meningkatkan rasa percaya diri pasien untuk mencoba bicara.
			<i>Edukasi</i>
			1. Memberi waktu bagi otak

(1)	(2)	(3)	(4)
		teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien.	dan otot bicara untuk berkoordi nasi. 3. Membant u keluarga memaham i kondisi pasien agar lebih sabar.
		3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalk an bantuan	<i>Kolaborasi</i> 1. Memberik an latihan spesialis untuk pemulihan fungsi bicara secara struktural.
		4. Ulangi apa yang disampaikan pasien	
		5. Berikan dukungan psikologis	
		6. Gunakan juru bicara, <i>jika perlu</i>	
		<i>Edukasi</i> 1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Ajarkan	

(1)	(2)	(3)	(4)
		pasien dan keluarga	
		proses kognitif, anatomis, dan fisiologis	
		yang berhubungan dengan kemampuan berbicara	
		<i>Kolaborasi</i>	
		1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017); (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018); (Tim Pokja SLKI DPP PPNI Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2022).

4. Implementasi Asuhan Keperawatan

Tindakan keperawatan merujuk pada serangkaian aktivitas atau perilaku yang dilakukan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Implementasi keperawatan sangat penting dalam memberikan perawatan pasien berkualitas tinggi. Menerapkan inovasi dan pertumbuhan dalam implementasi keperawatan memungkinkan penggabungan teknologi baru dan praktik terbaik, yang pada akhirnya meningkatkan kualitas layanan keperawatan secara keseluruhan. Akibatnya, pasien menerima layanan keperawatan terbaik,

sementara tenaga keperawatan profesional dapat bekerja secara efisien dalam lanskap medis yang berkembang pesat. (emy et al., 2024)

5. Evaluasi Asuhan Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan yang dilakukan secara berkelanjutan untuk menilai efektivitas rencana keperawatan serta menentukan langkah selanjutnya, apakah melanjutkan, merevisi, atau menghentikan rencana tersebut. Terdapat dua jenis evaluasi keperawatan yaitu evaluasi formatif (proses) dan evaluasi sumatif (hasil). Penentuan apakah masalah telah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi dilakukan dengan membandingkan antara dokumentasi SOAP/SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya (Yunike dkk., 2022).