

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Gangguan Komunikasi Verbal Pada Pasien Stroke Non Hemoragik

1. Stroke non hemoragik

Stroke Non Hemoragik merupakan stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian ataupun keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Pudiastuti, 2011).

Menurut Arif Muttaqin (2008), pada tingkat makroskopik stroke non hemoragik sering disebabkan oleh emboli ekstrakranial atau trombosis intrakranial. Menurut Pudiastuti (2011), tanda dan gejala stroke berdasarkan lokasinya di tubuh:

a. Batang otak

Pada batang otak terdapat 12 saraf kranial. Apabila terdapat lesi pada batang otak akan mengakibatkan penurunan kemampuan membau, mengecap, mendengar, dan melihat parsial atau keseluruhan, refleks menurun, ekspresi wajah terganggu, pernapasan dan detak jantung terganggu serta lidah lemah.

b. Bagian sistem saaf pusat

Apabila lokasi lesi pada bagian sistem saraf pusat, akan mengakibatkan kelemahan otot (hemiplegia), kaku, dan menurunnya fungsi sensorik.

c. *Cerebral cortex*

Apabila lokasi lesi terdapat pada *cerebral cortex* akan mengakibatkan aphasia, apraxia, penurunan daya ingat, *hemineglect*, dan kebingungan.

2. Gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke non hemoragik

Kerusakan komunikasi verbal adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak dapat berkomunikasi secara efektif karena adanya faktor – faktor penghambat berupa kecacatan secara fisik maupun mental (Arif Muttaqin, 2008).

Gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke non hemoragik dapat berupa afasia dan disartria. Afasia dapat dibagi dua yaitu afasia motorik dan afasia sensorik.

a. Afasia motorik

Lesi di sekitar daerah Broca mengakibatkan afasia motorik. Afasia motorik terberat apabila pasien sama sekali tidak dapat mengeluarkan kata – kata. Namun demikian, pasien masih mengerti bahasa verbal dan visual. Pada afasia motorik umumnya kemampuan menulis kata – kata tidak terganggu. Tetapi, bisa juga terjadi agrafia (hilangnya kemampuan untuk ekspresi dengan tulisan) (Mahar Mardjono dan Priguna Sidharta, 2006).

b. Afasia sensorik

Afasia sensorik atau afasia perseptif dikenal juga sebagai afasia Wernicke. Kemampuan untuk mengerti bahasa verbal dan visual terganggu atau hilang sama sekali. Tetapi, kemampuan untuk mengucapkan kata – kata dan menulis kata – kata masih ada. Gangguan ini diakibatkan adanya lesi di daerah antara bagian belakang lobus temporalis, lobus oksipitalis dan lobus parietalis. Daerah tersebut dikenal sebagai daerah Wernicke. Apabila daerah itu hancur, maka akan hilang

daya untuk mengerti apa yang dibicarakan dan ditulis. Pasien dapat menulis dan mengucapkan kata – kata, namun tidak mengerti mengenai apa yang ia katakan dan ia tulis (Mahar Mardjono dan Priguna Sidharta, 2006).

c. Disartria (gangguan artikulasi)

Gangguan artikulasi dinamakan disartria. Pada disartria hanya cara mengucapkan kata – kata terganggu tetapi tata bahasanya baik. Pada lesi UMN (*Upper Motor Neuron*) unilateral, sebagai gejala bagian dari hemiparesis dijumpai disartria yang ringan sekali. Dalam hal ini, terbatasnya kebebasan lidah untuk bergerak ke satu sisi merupakan sebab gangguan artikulasi. Disartria UMN berat timbul akibat lesi UMN bilateral. Seperti pada paralisis pseudobulbaris. Dalam hal ini, lidah sukar dikeluarkan dan umumnya kaku untuk digerakkan ke seluruh jurusan (Mahar Mardjono dan Priguna Sidharta, 2006).

Pada disartria LMN (*Lower Motor Neuron*) akan terdengar berbagai macam disartria tergantung pada kelompok otot yang terganggu. Pada pasien dengan paralisis bulbaris terutama lidah yang lumpuh dan cara berbicara dengan lidah yang lumpuh dikenal sebagai “pelo”. Jika palatum mole lumpuh, disartria yang timbul bersifat sengau (Mahar Mardjono dan Priguna Sidharta, 2006).

3. Etiologi gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke non hemoragik

Salah satu penyebab dari gangguan komunikasi verbal adalah gangguan neuromuskuler. Menurut Lauralee Sherwood (2001), iskemik bisa menimbulkan lesi atau kerusakan sel saraf pada daerah primer spesialisasi kortikal, khususnya pada daerah Broca dan Wernicke yang menyebabkan gangguan dalam berbahasa. Daerah Broca yang bertanggung jawab untuk kemampuan berbicara, terletak di lobus frontalis kiri dan berkaitan erat dengan daerah motorik korteks yang

mengontrol otot – otot yang penting untuk artikulasi. Daerah Wernicke, yang terletak di korteks kiri pada pertemuan lobus – lobus parietalis, temporalis, dan oksipitalis berhubungan dengan pemahaman bahasa, baik tertulis maupun lisan. Sehingga, pada pasien stroke non hemoragik dapat terjadi gangguan komunikasi verbal yang disebabkan oleh gangguan neuromuskuler.

4. Faktor yang mempengaruhi gangguan komunikasi verbal

Faktor yang mempengaruhi gangguan komunikasi verbal ada dua yaitu:

a. Usia

Menurut Dody et al., (2014), sebagian besar pasien stroke yaitu pada tahapan usia lansia akhir (56 – 65 tahun). Hal ini disebabkan karena seiring bertambahnya usia proses degenerasi (penuaan) terjadi secara alamiah, sehingga menyebabkan berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah arteri yang mengakibatkan pembuluh darah mengeras dan kaku.

b. Lokasi Lesi

Gangguan komunikasi setiap pasien stroke berbeda – beda tergantung dari lokasi lesi pasien tersebut. Pada pasien yang mengalami gangguan komunikasi verbal berarti terdapat gangguan pada otak sebelah kiri. Apabila terdapat lesi pada daerah Broca maka pasien tersebut mengalami afasia motorik. Jika pasien mengalami afasia sensorik berarti terdapat lesi pada daerah Wernicke dan apabila terdapat lesi pada daerah UMN (*Upper Motor Neuron*), pasien akan mengalami disartria (Mahar Mardjono dan Priguna Sidharta, 2006).

5. Patofisiologis gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke non hemoragik

Semua impuls auditorik disampaikan kepada korteks auditorik primer kedua sisi. Pada hemisferium yang dominan data auditorik itu dikirim ke pusat Wernicke. Pengiriman data dari hemisferium yang tidak dominan ke pusat Wernicke dilaksanakan melalui serabut korpus kalosum. Di pusat Wernicke suara dikenal sebagai simbol bahasa. Kemudian data itu dikirim ke pusat pengertian bahasa. Disanalah simbol bahasa (auditorik) diintegrasikan dengan simbol bahasa visual dan sifat – sifat lain dari bahas. Bahasa lisan dihasilkan oleh kegiatan di pusat pengertian bahasa yang menggalakkan pusat pengenalan kata (Wernicke), yang pada gilirannya mengirimkan pesan kepada pusat Broca (yang menyelenggarakan produksi kata – kata) melalui daerah motorik primer dan melalui lobus frontalis (area motorik suplementer), yang ikut mengatur produksi aktivitas motorik yang tangkas dalam bentuk kata – kata yang jelas (Mahar Mardjono dan Priguna Sidharta, 2006).

Bahasa visual dikembangkan melalui persepsi visual bilateral. Dari korteks visual primer kedua sisi data visual disampaikan kepada korteks visual sekunder di hemisferium yang dominan. Data tersebut dikirim ke pusat Wernicke dan ke pusat pengintegrasian pengertian Bahasa (Mahar Mardjono dan Priguna Sidharta, 2006).

Manifestasi dari lesi diberbagai lokasi pada hemisferium yang dominan adalah “*word deafness*” lesi di pusat Wernicke disebut afasia sensorik. Afasia konduktif (berbahasa verbal terganggu, tetapi masih mengerti lengkap bahasa verbal) lesi di pusat Broca disebut afasia motorik. Afemia (afasia motorik dengan

utuhnya kemampuan untuk mengerti bahasa lisan dan tertulis serta mampu berekspresi dengan tulisan. Lesi di daerah motorik suplemer irama dan lafal bahasa kacau. Lesi di pusat pengertian bahasa mengakibatkan afasia sensorik transkortikal (Mahar Mardjono dan Priguna Sidharta, 2006).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Komunikasi Verbal

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada. Data pengkajian yang dibutuhkan mencakup tentang biopsikososial spiritual atau data yang berhubungan dengan masalah pasien serta data tentang faktor – faktor yang memengaruhi masalah pasien. Dalam pengumpulan data, perangkat atau format yang dimiliki dapat disesuaikan dengan kebutuhan pasien (Hidayat, 2012).

Menurut PPNI (2016), pengkajian pada pasien Stroke Non Hemoragik menggunakan pengkajian mendalam mengenai gangguan komunikasi verbal, dengan kategori relasional dan subkategori interaksi sosial. Pengkajian dilakukan sesuai dengan tanda mayor dan minor gangguan komunikasi verbal yaitu dilihat dari data objektif mayor dan minor. Pada data objektif mayor pasien tidak mampu berbicara, sedangkan pada data objektif minor pasien mengalami afasia, disfasia, apraksia, disartria, pelo, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit menyusun kalimat, dan sulit mengungkapkan kata – kata.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut PPNI (2016), diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa dalam penelitian ini berfokus pada gangguan komunikasi verbal yang merupakan penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan menggunakan simbol (PPNI, 2016). Tanda dan gejala gangguan komunikasi verbal meliputi tanda dan gejala mayor serta minor, yang terdiri dari data subjektif dan data objektif. Penyebab dari gangguan komunikasi verbal diantaranya penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, gangguan muskuloskeletal, dan kelainan palatum (PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan dalam penelitian ini adalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan data objektif mayor pasien tidak mampu berbicara serta pada data objektif minor pasien mengalami afasia, disfasia, apraksia, disartria, pelo, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit menyusun kalimat, dan sulit mengungkapkan kata – kata.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan dilaksanakan setelah menentukan tujuan dan kriteria hasil dengan menentukan rencana tindakan yang akan dilaksanakan dalam mengatasi masalah pasien. Dalam penentuan rencana tindakan, terdapat beberapa

instruksi tindakan keperawatan yang merupakan suatu bentuk tindakan yang menunjukkan perawatan dan pengobatan khusus dimana perawat mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan kepada pasien tertentu. Perawatan dan pengobatan dirancang untuk membantu pencapaian satu atau lebih tujuan perawatan sehingga dapat mengurangi, mencegah, atau menghilangkan masalah pasien (Hidayat, 2012).

a. Tujuan dan kriteria hasil

Menurut DPP PPNI (2019), tujuan dan kriteria hasil untuk masalah gangguan komunikasi verbal mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), adalah sebagai berikut:

Label: Komunikasi verbal adalah kemampuan menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

1) Kriteria hasil

- a) Kemampuan berbicara meningkat
- b) Kontak mata meningkat
- c) Afasia menurun
- d) Disfasia menurun
- e) Apraksia menurun
- f) Disartria menurun
- g) Pelo menurun
- h) Pemahaman komunikasi membaik

b. Intervensi

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi gangguan komunikasi verbal sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Menurut PPNI (2018), standar intervensi yang direkomendasikan yaitu promosi komunikasi: defisit bicara, promosi komunikasi: defisit pendengaran, promosi komunikasi: defisit visual, dukungan kepatuhan program pengobatan, dukungan pengambilan keputusan, dukungan perawatan diri, latihan memori, manajemen demensia, manajemen energi, manajemen lingkungan, manajemen medikasi, perawatan telinga, reduksi ansietas, terapi seni, terapi sentuhan, dan terapi validasi.

Label promosi komunikasi: defisit bicara

Promosi komunikasi: defisit bicara adalah menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara. Tindakan dalam promosi komunikasi: defisit bicara diantaranya:

1) Observasi

- a) Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara
- b) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

2) Terapeutik

- a) Gunakan metode komunikasi alternatif (misalnya, menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
- b) Berikan dukungan psikologis
- c) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misalnya, berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, bicaralah dengan perlahan sambil

menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)

3) Edukasi

Anjurkan berbicara perlahan

4) Kolaborasi

Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan atau tahap pelaksanaan merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan. Dalam hal ini perawat harus mengetahui berbagai hal, diantaranya bahaya fisik dan perlindungan kepada pasien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak – hak pasien tingkat perkembangan pasien. Terdapat dua tindakan dalam tahap pelaksanaan yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Terdapat tindakan yang dapat menanggulangi gangguan komunikasi verbal pada pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan (Hidayat, 2012).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi yang dilakukan pada pasien dilakukan untuk mengukur tentang kemampuan pasien dalam berkomunikasi. Dalam perumusan evaluasi keperawatan menggunakan SOAP, yaitu S (Subjektif) merupakan data berupa keluhan pasien, O (Objektif) merupakan hasil dari pemeriksaan, A (Analisa Data)

merupakan pembandingan data dengan teori, P (Perencanaan) merupakan tindakan selanjutnya yang akan dilakukan oleh perawat (Hidayat, 2012).

Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang direncanakan yaitu:

- a. Kemampuan berbicara meningkat
- b. Kontak mata meningkat
- c. Afasia menurun
- d. Disfasia menurun
- e. Apraksia menurun
- f. Disartria menurun
- g. Pelo menurun
- h. Pemahaman komunikasi membaik