

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke Non Hemoragik

1. Definisi stroke non hemoragik

Stroke non-hemoragik adalah penyakit otak yang disebabkan oleh iskemia, thrombosis, emboli dan stenosis yang menyebabkan penghentian atau penyumbatan aliran darah otak sehingga menghambat akses otak ke oksigen yang cukup (Delia Azzahra, 2023).

Sekitar 80% kasus stroke diklasifikasikan sebagai Stroke Non Hemoragik. Stroke Non Hemoragik dapat terjadi ketika arteri yang memasok darah ke otak mengalami penyempitan atau obstruksi yang mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke otak. Akibatnya, otak kekurangan pasokan oksigen yang memadai, menghambat kemampuannya untuk melakukan operasi fisiologisnya (Pustaka & Keperawatan, n.d.).

Stroke Non Hemoragik merupakan kecelakaan serebrovaskular akibat penyumbatan pembuluh darah yang menghambat aliran darah ke otak, penderitanya umum ini mempengaruhi sekitar 83% pasien stroke. Stroke Non Hemoragik mencakup tiga kategori yang berbeda yaitu Stroke Trombotik, Stroke Embolik, dan Hipoperfusi Sistematis (Suhandini dkk., n.d.).

2. Etiologi stroke non hemoragik

Stroke Non-Hemoragik dikaitkan dengan terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah di dalam otak, yang timbul dari trombosis atau

emboli. Hal ini menghasilkan pengurangan pasokan glukosa dan oksigen ke otak, yang menyebabkan kematian sel dan jaringan. Selain itu, faktor risiko yang dapat berkontribusi pada perkembangan Stroke, khususnya faktor risiko yang dapat dimodifikasi, meliputi hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, peningkatan kadar kolesterol, obesitas, gaya hidup yang tidak banyak bergerak, konsumsi alkohol berlebihan, dan merokok. Di sisi lain, faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, jenis kelamin, ras, dan genetika (Darmawan dkk., 2023).

Menurut Pangaribuan (2021) stroke non hemoragik biasanya diakibatkan oleh trombosis dan emboli cerebral.

a. Trombosis cerebral

Trombosit ini terjadi pada pembuluh darah vena yang mengalami hambatan sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menyebabkan edema dan penyumbatan disekitarnya. Kondisi yang dapat menyebabkan trombosit otak:

- 1) Aterosklerosis/arteriosklerosis adalah pengerasan pembuluh darah vena dan menurunnya susunan atau kelenturan pembuluh darah vena.
- 2) Hiperkoagulasi pada polisitemia adalah darah menjadi lebih kental, peningkatan konsistensi peningkatan hematokrit dapat memperlambat aliran darah otak
- 3) Arteritis (memburuknya arteri)

b. Emboli

Emboli serebral adalah penyumbatan pembuluh darah otak oleh darah, lemak, dan udara. Biasanya, emboli dimulai dari bekuan darah di

jantung, 11% di antaranya memisahkan dan menyumbat sistem vena serebral. Emboli terjadi dengan cepat dan efek sampingnya terjadi dalam waktu kurang dari 10-30 detik.

3. Klasifikasi stroke non hemoragik

Stroke iskemik (non hemoragik) Pemblokiran pembuluh darah mengakibatkan penghentian sebagian atau seluruh sirkulasi darah ke otak. Sebanyak 80% dari semua kasus stroke adalah stroke yang disebabkan oleh iskemia. Stroke iskemik memiliki dua jenis yang berbeda menurut Asmara dkk (2022), yaitu:

- a. Stroke trombotik: Proses pembentukan trombus hingga membentuk bekuan darah. Infark serebral muncul dari penyumbatan lumen pembuluh darah otak karena penebalan trombus yang berkepanjangan, yang mengakibatkan aliran darah tidak teratur. Pengurangan sirkulasi darah ini menyebabkan iskemia. Trombosis serebral adalah penghambat aliran darah yang bermanifestasi selama oklusi satu atau lebih pembuluh darah di dekatnya.
- b. Stroke emboli: Infark iskemik dapat terjadi sebagai konsekuensi dari emboli yang berasal dari lesi ateromatosa yang terletak di pembuluh yang lebih distal. Gumpalan kecil memiliki kemampuan untuk melepaskan diri dari trombi yang lebih besar dan diangkut ke lokasi lain dalam aliran darah. Setelah embolus tiba di arteri yang terlalu sempit untuk memungkinkan lewatnya dan kemudian menjadi terhambat, aliran darah fragmen distal akan berhenti, yang berpuncak pada infark jaringan otak distal karena nutrisi dan

oksigen yang tidak mencukupi. Emboli merupakan 32% dari etiologi di balik stroke non-hemoragik.

4. Patofisiologi stroke non hemoragik

Menurut Fanning (2014) dalam Haryono & Utami (2019), stroke non- hemoragik terjadi karena adanya penyumbatan akibat penimbunan lemak atau kolesterol yang meningkat dalam darah, disebabkan oleh oklusi pembuluh darah di otak yang cepat dan mendadak sehingga mengganggu aliran darah. Kematian sel pada otak terjadi karena menurunnya asupan oksigen akibat emboli dan thrombus seperti aterosklerosis. Penumpukan plak dan lemak di pembuluh darah dapat menghambat aliran darah ke otak. Hal ini menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan merusak jaringan saraf di sekitarnya melalui siklus hipoksia dan anoksik. Emboli terjadi ketika bekuan darah pecah dari luar otak dan menyumbat pembuluh darah di dalam otak. Pasien penyakit jantung akan mengalami pembentukan bekuan darah atau gumpalan darah di dalam bilik jantung. Saat jantung memompa, gumpalan darah dapat memasuki aliran darah, menghalangi aliran darah ke sel-sel otak dan dapat mengurangi penyerapan nutrisi dan oksigen, yang dapat menyebabkan kematian sel. Kerusakan neurologis akibat Stroke Non Hemoragik juga dapat menyebabkan gangguan, yang menyebabkan pengerasan pembuluh darah dan vasospasme. Rusaknya jaringan otak karena terhambatnya atau tersumbatnya aliran darah menyebabkan jaringan kehilangan oksigen dan glukosa, yang pada akhirnya menyebabkan nekrosis pada sel otak. Ketika pembuluh darah di otak tersumbat dan aliran darah ke

otak terhambat, maka suplai darah dan oksigen ke otak berkurang, sehingga menyebabkan penurunan fungsi motorik, kehilangan fungsi tonus otot fasial, dan terdapat lesi serebral sehingga terjadi afasia yang memungkinkan pasien tidak mampu menggerakkan otot-otot untuk bicara.

Kelainan neuromuskular yang timbul dari lesi akibat iskemik di daerah Broca menyebabkan gangguan komunikasi verbal pada pasien Stroke Non Hemoragik (Astriani dkk., 2019). Penderita afasia atau gangguan berbicara akan mengalami kegagalan dalam verbalisasi. Pengucapan adalah cara paling umum untuk mengubah rongga supraglottal. Pergantian ruangan pada daerah laring terjadi dengan cara menaikkan dan menurunkan laring, yang akan mengatur seberapa besar transmisi udara melalui rongga mulut dan hidung melalui katup velofaringeal dan mengubah letak mandibula atau rahang bawah dan lidah, Yanti (Astriani dkk., 2019). Proses diatas yang akan menghasilkan bunyi dasar dalam berbicara. Area Broca terletak di girus frontalis superior pada lobus frontalis yang berperan sebagai area motorik bicara berhubungan dengan motorik bicara yang mengontrol otot-otot penting untuk artikulasi bicara (Astriani dkk., 2019). Hal ini mengakibatkan kegagalan dalam pengucapan sehingga menimbulkan gangguan komunikasi verbal (Astriani dkk., 2019).

5. Tanda dan gejala stroke non hemoragik

Menurut Darmawan dkk (2023), gejala dan tanda stroke sering muncul secara tiba-tiba dan cepat. Oleh karena itu penting mengenali tanda-tanda atau gejala stroke. Beberapa gejala stroke antara lain sebagai berikut.

- a. Nyeri otak yang tak terduga dan tak tertahankan
- b. Tipiness, yaitu kecenderungan objek di sekitarnya terasa berbahaya saat berubah posisi atau umumnya dibarengi dengan rasa mual dan muntah-muntah.
- c. Kekacauan, melemahnya arah spasial, sementara atau individual
- d. Penglihatan kabur atau berkurangnya ketajaman penglihatan, baik pada satu mata maupun kedua mata.
- e. Tiba-tiba kesulitan berbicara, mulut tampak tertarik ke samping atau "perot"
- f. Hilangnya keseimbangan, keadaan genting, atau terjatuh
- g. Disfungsi atau menggigil pada sebagian tubuh
- h. Kelemahan otot disebagian tubuh

Mengingat efek samping dan tanda-tanda serta waktu terjadinya serangan, tingkat kerusakan jaringan otak dan jenis stroke dapat dievaluasi, secara spesifik:

- a. Menggigil atau jaringan urat yang mengecil di tubuh bagian kanan yang menunjukkan adanya gangguan otak sebelah kiri
- b. Hilangnya balance yang menunjukkan pengaruh mengganggu yang terjadi pada titik keseimbangan, termasuk otak kecil. Stroke yang dialami ketika pasien sedang beristirahat atau tertidur pada biasanya merupakan stroke iskemik. Efek samping muncul perlahan dan kewaspadaan lazim baik, kecuali jika iskemia muncul disebabkan penyumbatan embolus yang dimulai dari jantung maka efek samping akan terasa yang kemudian tiba-tiba dan sering dibarengi migrain.

6. Faktor risiko stroke non hemoragik

Faktor resiko kejadian jenis stroke, faktor utama penyebab stroke adalah hipertensi, selain itu juga faktor resiko lainnya adalah merokok, diabetes melitus dan dispidemia sehingga mengakibatkan stroke iskemik dan stroke hemoragik, berdasarkan hal tersebut sehingga perlunya memberikan pengetahuan mengenai faktor stroke untuk menurunkan angka kejadian stroke Faktor risiko stroke dapat dikategorikan: faktor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, diet dan aktivitas, sedangkan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia jenis kelamin, dan ras atau etnik. Ada dua faktor resiko yang mempengaruhi stroke non hemoragik diantaranya faktor resiko yang dapat dikontrol dan faktor resiko yang tidak dapat dikontrol (Utama & Nainggolan, 2022)

Faktor resiko 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 pembiluh 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 kelainankelainan 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.

7. Pemeriksaan penunjang stroke non hemoragik

Hal ini perlu dilakukan agar memastikan indikasi yang dihadapi, dimulainya gejala yang dialami, serta respons pasien terhadap gejalanya. Di antara pemeriksaan potensial yang mampu dilakukan,, salah satu metode tersebut memerlukan pemeriksaan fisik yang menggabungkan penilaian tekanan darah dan detak jantung, di samping pemeriksaan bruit yang dilakukan pada arteri karotis untuk mendeteksi adanya aterosklerosis (Darmawan dkk., 2023)

Menurut Delia Azzahra (2023), Penilaian yang bisa dikerjakan adalah penilaian klinis dengan anamnesis dan evaluasi fisik yang terdiri dari:

- a. Riwayat sakit sebelumnya seperti tekanan darah tinggi, DM, penyakit ginjal, penyakit jantung koroner, disritmia, serta cedera kepala.
- b. Latar belakang penyakit dengan hubungan sedarah seperti tekanan darah tinggi, penyakit jantung koroner serta DM

- c. Evaluasi contoh tindakan, misalnya kesulitan bergerak, berkurangnya potensi penglihatan, terhambatnya tonus otot serta melemahnya kemampuan kewaspadaan
- d. Sosialisasinya terdiri dari penyakit tekanan darah tinggi, disritmia, jantung, dan gangguan ginjal berkelanjutan
- e. Evaluasi desain makan serta minum meliputi berkurangnya rasa ingin makan, rasa tidak enak pada perut, naik-turun dalam tahap intens, hilangnya sensasi rasa di lidah serta melemahnya kemampuan menelan
- f. Penilaian neurosensori seperti sinkop atau kehilangan kesadaran, pusing, nyeri otak, kemampuan melihat menjadi kabur, gangguan sentuhan kontralateral, afasia mesin serta respons pupil yang kurang konsisten
- g. Kenyamanan pasien terdiri dari nyeri otak dengan berbagai ketakutan dan kecemasan
- h. Kolaborasi sosial mencakup permasalahan wacana dan kegagalan penyampaian.

8. Penatalaksanaan stroke non hemoragik

Upaya untuk memusatkan perhatian pada ketahanan yang tenang dan menghindari komplikasi lebih lanjut. Pertimbangan yang berhasil menonjolkan evaluasi neurologis tanpa henti, bantuan pernafasan, pemeriksaan tanda-tanda yang sangat diperlukan secara konsisten, penempatan tubuh yang hati-hati untuk mencegah keinginan dan kontraktur, pengamatan Teliti mengenai kadar kedudukan cairan dan elektrolit, status diet pasien dan menyadari ciri yang harus dilakukan pasien selama bekerja.

omong kosong karena aktivitas ini akan meningkatkan ketegangan intrakranial (Kowalak, Welsh & Mayer, 2017). Seperti yang ditunjukkan oleh Wijaya dan Putri (2013), penatalaksanaan stroke dipisahkan menjadi umum, klinis dan unik/kebingungan para eksekutif terdiri dari :

a. Penatalaksanaan umum

- 1) Letak daerah kepala serta dada 20 - 30 derajat, letak dekubitus menyamping jika disertai gerakan naik-turun dan progresif jika hemodinamik stabil.
- 2) Bebaskan jalur penerbangan dan upayakan ventilasi yang memadai, jika diperlukan beri oksigen 1 hingga 2 liter per menit.
- 3) Kosongkan kandung kemih secara menyeluruh menggunakan kateter.
- 4) Kendalikan tekanan peredaran darah serta jaga agar terus normal
- 5) Tingkat panas dalam wajib terus dijaga
- 6) Nutrisi peroral sebaiknya digunakan setelah tes kemampuan menelan yang baik, dan jika terjadi masalah menelan atau menurunnya fungsi dalam menelan. tingkat kesadaran, pendirian NGT disarankan
- 7) Perakitan dan restorasi dini jika tidak ada kontraindikasi

b. Penatalaksanaan medis

- 1) Trombolitik (streptokinase)
- 2) Anti platelet/anti trombolitik (asetosol, ticlopidin, cilostazol, dipiradamol)
- 3) Antikoagulan (heparin)
- 4) Antagonis serotonin (niftidrofuryl)
- 5) Antagonis calcium (nomodipin, piracetam)

- c. Penatalaksanaan khusus/komplikasi
 - 1) Penatalaksanaan factor risiko seperti anti hipertensi, anti hiperglikemia dan anti hiperurisemia.
 - 2) Atasi kejang (antikonvulsan)
 - 3) Atasi tekanan intrakranial yang meninggi (manitpl, gliserol, furosemide, intubasi, steroid, dll)
 - 4) Atasi dekompresi (kraniotomi)

B. Konsep Gangguan Komunikasi Verbal

1. Definisi gangguan komunikasi verbal

komunikasi verbal merupakan penurunan, kelambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan menggunakan sistem symbol dengan ditandai tidak ada kontak mata, tidak dapat bicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal, kesulitan menyusun kalimat, kesulitan memahami pola komunikasi yang biasa, kesulitan menggunakan ekspresi tubuh, kesulitan menggunakan ekspresi wajah, disorientasi orang, ruang, dan waktu, defisit visual parsial, bicara pelo, dan bicara dengan kesulitan (Prasetya & 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, 2018).

2. Etiologi gangguan komunikasi verbal

Penyebab dari Gangguan Komunikasi Verbal menurut Tim Pokja

SDKI DPP PPNI (2018) 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. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuain budaya, Bahasa asing)

3. Tanda dan gejala gangguan komunikasi verbal

Tanda dan gejala gangguan komunikasi verbal dikelompokkan menjadi 2 kategori menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) sebagai berikut.

- 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

Gejala dan tanda minor objektif pada gangguan komunikasi verbal yaitu berupa 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, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang, ruang, waktu, defisit penglihatan dan delusi

4. Faktor resiko gangguan komunikasi verbal

Faktor yang mempengaruhi gangguan komunikasi verbal ada dua menurut Prasetia & Susanto (2022) yaitu:

a. Usia

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

Faktor yang mempengaruhi gangguan komunikasi verbal pada pasien Stroke Non Hemoragik adalah lokasi lesi dan usia (Gofir, 2021). Risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia, dan terdapat risiko gangguan komunikasi verbal ketika bagian otak yang bertanggung jawab atas fungsi otot dan saraf bahasa terpengaruh. Lokasi lesi juga mempengaruhi berbagai gangguan komunikasi verbal. Pasien dengan gangguan komunikasi verbal mengalami gangguan pada otak kiri, akibat lesi di daerah Broca maka pasien menderita afasia motorik (Gofir, 2021).

5. Patofisiologi gangguan komunikasi verbal

Kelainan neuromuskular yang timbul dari lesi akibat iskemik di daerah Broca menyebabkan gangguan komunikasi verbal pada pasien Stroke Non Hemoragik (Astriani dkk., 2019). Area Broca terletak di girus frontalis superior pada lobus frontalis yang berperan sebagai area motorik bicara berhubungan dengan motorik bicara yang mengontrol otot-otot penting untuk artikulasi bicara (Astriani dkk., 2019). Hal ini mengakibatkan kegagalan dalam pengucapan sehingga menimbulkan gangguan komunikasi verbal (Astriani dkk., 2019). Kerusakan komunikasi verbal yang biasa diderita oleh klien stroke, yaitu aphasia (gangguan bahasa). Dampak dari gangguan komunikasi verbal adalah kesulitan dalam berbicara, menulis, dan sulit memahami perkataan orang lain. Kondisi ini menyebabkan penderita sulit dalam mengungkapkan keinginannya, sulit berkomunikasi dengan orang lain, terkucilkan di dalam keluarga, teman, dan lingkungan.

Hal ini, sering kali membuat penderita merasa stress hingga depresi dengan keadaanya. Oleh karena itu, diperlukan penatalaksanaan terapi wicara pada penderita stroke dengan kesulitan bicara untuk membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari (Wiratmoko, 2022).

C. Konsep Terapi Vokal AIUEO

1. Definisi terapi vokal AIUEO

Terapi Vokal AIUEO merupakan sebuah terapi atau tindakan pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien Stroke dengan gangguan dalam hal berkomunikasi, menelan, ataupun gangguan berbahasa bicara. Terapi ini adalah yang paling mudah serta praktis untuk diterapkan pada pasien stroke karena tidak membutuhkan alat atau media apapun, dan terapi ini juga tidak menimbulkan kerugian apapun. Keuntungan dari terapi A,I,U,E,O adalah lebih mudah bagi pasien untuk meniru pembentukan vokal, gerakan bibir, lidah maupun rahang dibandingkan dengan perawatan lainnya. Strategi yang digunakan dalam terapi ini adalah teknik peniruan dimana setiap pergerakan organ bicara yang diciptakan ataupun dihasilkan oleh perawat diikuti oleh pasien (Rahman, 2023).

2. Tujuan terapi vokal AIUEO

Tujuan dari Terapi Vokal AIUEO pada pasien Stroke Non Hemoragik adalah untuk meningkatkan komunikasi sehingga orang lain dapat memahami Anda. Individu dengan gangguan bahasa, seperti penderita gangguan komunikasi verbal, mungkin kesulitan untuk

menyampaikan maknanya dengan jelas. Diruangan dibentuk kembali melalui prosedur yang disebut artikulasi. Dengan menambah atau mengurangi jumlah laring pada suatu area tertentu, dapat mengontrol jumlah aliran udara melalui ridge mulut dan hidung melalui katup velofaringeal, serta mengubah posisi relative mandibula (rahang bawah) dan rahang bawah. rahang atas. Ini adalah langkah-langkah yang akan mengarah pada kelinci percakapan yang mendasar (Amersha, 2022).

- a. Memperbaiki dan meningkatkan kemampuan komunikasi baik dari segi bahasa maupun bicara
- b. Meningkatkan kemampuan menelan
- c. Membantu klien dalam berkomunikasi verbal. Terapi “AIUEO” merupakan terapi yang bertujuan untuk memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain dengan cara menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mengucapkan kata- kata

3. Manfaat terapi vokal AIUEO

Menurut Kurnilawati (2022), manfaat terapi vocal AIUEO adalah sebagai berikut:

- a. Berikan bantuan kepada pasien dalam makan melalui mengunyah dan menelan
- b. Bantu klien meningkatkan ekspresi lisan mereka

4. Prosedur terapi vokal AIUEO

Latihan pembentukan huruf vokal terjadi getaran selaput suara dengan nafas keluar mulut tanpa mendengar halangan. Dalam sistem

fonem Bahasa Indonesia, vokal terdiri dari A, I, U, E, O. Pasien stroke yang mengalami gangguan bicara dan komunikasi, salah satunya dapat ditangani dengan cara terapi AIUEO untuk menggerakkan lidah, bibir, otot wajah dan mengucapkan kata-kata. Dalam pembentukan vokal yang perlu diperhatikan adalah letak dan bentuk lidah, bibir, rahang dan langit-langit lembut

Menurut Inayati (2021) prosedur latihan pada terapi vokal adalah sebagai berikut:

- a. Berdiri didepan cermin atau duduk jika berdiri dirasa membuat lelah.
- b. Ucapkan huruf vokl A, I, U, E, O dengan suara yang keras. Latihan ini membiasakan agar lidah tidak kaku.
- c. Jika bosan dengan cara ini, bacalah koran atau majalah.

Menurut Kurnilawati (2022) prosedur latihan pada terapi vokal adalah sebagai berikut:

1. Atur posisi pasien duduk atau dalam keadaan nyaman dan jangan berbaring.
2. Wajah pasien diposisikan menghadap ke depan ke arah terapis
3. Kedua tangan pasien masing-masing berada di samping kiri dan kanan.
4. Ajarkan pasien kembungkan kedua bibir dengan rapat, kemudian kembungkan salah satu pipi dengan udara, tahan selama 5 detik dan kemudian keluarkan. Lakukan secara bergantian pada sisi yang lainnya.
5. Sebelumnya pasien dianjurkan untuk julurkan lidah sejauh mungkin, kemudian cobalah untuk menyentuh dagu dan coba pula untuk menyentuh hidung

6. Pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf "A" dan huruf "A" dengan keadaan mulut dan keadaan mulut terbuka
7. Selanjutnya pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf "I" dengan keadaan mulut gigi dirapatkan dan bibir dibuka
8. Kemudian pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf "U" dengan keadaan mulut mencucu ke depan bibir atas dan depan tidak rapat
9. Selanjutnya pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf "E" dengan keadaan pipi, mulut dan bibir seperti tersenyum
10. Setelah itu pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf "O" dengan keadaan mulut dan bibir mencucu ke keadaan mulut dan bibir mencucu ke depan.
11. Kemudian tanyakan respon pasien dan kembalikan kembalikan pasien keposisi pasien ke posisi semula atau posisi nyaman

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari kerangka kerja keperawatan untuk mengetahui berbagai masalah pada pasien dengan cara mengumpulkan data atau mendapatkan data yang tepat dari pasien. Sistem pengumpulan data dilakukan dengan cara berbicara, terutama melalui korespondensi untuk mendapatkan respon dari pasien, penegasan dengan penglihatan atau penglihatan langsung, dan penilaian asli dengan metode audit, palpasi, perkusi, dan auskultasi (Hidayat, 2021)

Selain itu, ada empat belas (14) jenis subkategori informasi yang harus dievaluasi meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi atau cairan, eliminasi, aktivitas atau latihan, neurosensori, reproduksi atau seksualitas, nyeri atau kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan atau perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan atau pembelajaran, interaksi sosial, dan keamanan atau proyeksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

Gangguan komunikasi verbal termasuk dalam subkategori interaksi sosial. Pengkajian yang difokuskan pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal meliputi:

a. Identitas Pasien

Identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, status perkawinan, waktu masuk rumah sakit, nomor registrasi dan diagnosis medis.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang muncul pada pasien stroke non hemoragik yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan anamnesis yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan yang timbul dari keluhan utama diantaranya adanya keluhan mendadak pada saat melakukan aktivitas dan timbulnya gejala kelumpuhan separuh badan.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu digunakan untuk mendukung permasalahan pasien pada saat ini seperti riwayat penyakit jantung yang dapat menyebabkan terjadinya stroke non hemoragik.

e. Pemenuhan pola kebutuhan dasar

Pola kebutuhan dasar menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) terdapat 14 pola kebutuhan dasar. Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan masalah gangguan komunikasi verbal, focus pengkajian untuk pola kebutuhan dasar adalah kebutuhan tentang interaksi sosial sebagai berikut :

- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Subjektif (tidak tersedia)
 - b) Objektif
 - (1) Tidak mampu berbicara atau mendengar
 - (2) Menunjukkan respon tidak sesuai
- 2) Gejala dan tanda minor
 - a) Subjektif (tidak tersedia)
 - b) Objektif

Gejala dan tanda minor objektif pada gangguan komunikasi verbal yaitu berupa 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, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang, ruang, waktu, defisit penglihatan dan delusi

f. Pemeriksaan fisik

- 1) Status penampilan kesehatan: biasanya masalahnya adalah kekurangan yang sebenarnya.
- 2) Tingkat kesadaran : compos mentis, apatis, delirium, somnolens, sopor koma serta Koma
- 3) Tanda-tanda vital
 - a) Tekanan Darah : hipertensi (karena konsistensi darah yang meluas oleh glukosa sehingga menyebabkan ketegangan yang meluas pada dinding pembuluh darah dan bahaya perkembangan plak pada pembuluh darah)
 - b) Frekuensi Nadi: takikardia (tidak adanya energi sel dengan tujuan agar jantung membayar kembali untuk meningkatkan pengangkutan).
 - c) Frekuensi Pernapasan: takipnea (pada ketoasidosis)
 - d) Tingkat panas tubuh : demam (pada pasien dengan kebingungan kontaminasi pada cedera atau pada jaringan yang berbeda), hipotermia (pada pasien yang tidak memiliki penyakit atau pembusukan metabolik karena penurunan yang luar biasa pada masukan suplemen).

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem (B1-B6) dengan focus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

g. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada Stroke Non Hemoragik, meliputi ;

- 1) Ct scan : memperlihatkan adanya edema dan hematoma, Ct scan tanpa kontras dapat membedakan sytroke hemoragik dan stroke non hemoragik.

- 2) MRI (Magnetic Resonance Imaging) : menunjukkan daerah yang mengalami infark
- 3) Sinar X tengkorak : menggambarkan perubahan kelenjar lempang pineal.
- 4) EEG (Elektroensefalografi) : memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan, evaluasi klinis terhadap reaksi klien terhadap kondisi medis atau proses kehidupan yang nyata atau potensial. Kesimpulan keperawatan berarti mengenali reaksi individu, keluarga, dan area lokal terhadap keadaan yang berhubungan dengan kesejahteraan. Ada dua jenis analisis keperawatan, yaitu penentuan negatif yang spesifik termasuk analisis asli dan kesimpulan bahaya dan temuan positif, penilaian positif. diagnosis positif ini menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat dan optimal. Siklus indikatif adalah interaksi yang tepat yang terdiri dari tiga fase, khususnya pemeriksaan informasi, pembuktian pembeda masalah, dan rencana kesimpulan. Penentuan keperawatan memiliki dua bagian utama, yaitu nama masalah atau temuan dan penanda kesimpulan yang terdiri dari penyebab, tanda/efek samping, dan variabel peluang. Dalam analisis nyata, penanda gejala terdiri dari penyebab dan tanda/efek samping, sedangkan dalam analisis risiko hanya terdapat faktor peluang

Diagnosis keperawatan yang diambil dalam masalah ini adalah gangguan komunikasi verbal. Gangguan komunikasi verbal menurut SDKI adalah penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk

menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol. Gejala dan tanda mayor gangguan komunikasi verbal meliputi data Subjektif (tidak tersedia) dan data Objektif meliputi : Tidak mampu berbicara atau mendengar dan Menunjukkan respon tidak sesuai. Gejala dan tanda minor gangguan komunikasi verbal meliputi data Subjektif (tidak tersedia) dan data Objektif meliputi : 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, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang, ruang, waktu, defisit penglihatan dan delusi. Gangguan Komunikasi Verbal termasuk jenis diagnosis keperawatan negatif aktual. Diagnosis negative actual menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit sehingga penegakkan diagnosis ini akan mengarah ke pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

3. Rencana keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis keperawatan dilanjutkan dengan membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan dan rencana tindakan keperawatan. Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan

diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan.

Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan). Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label (nama luaran keperawatan berupa katakata kunci informasi luaran), ekspektasi (penilaian terhadap hasil yang diharapkan seperti meningkat, menurun, atau membaik), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur, dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan tentang makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

a. Tujuan dan kriteria hasil

Tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal dengan mengambil luaran keperawatan komunikasi verbal menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) adalah : komunikasi verbal, definisi : kemampuan menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol. Ekspetasi : meningkat. Kriteria hasil : Kemampuan berbicara meningkat, Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat, Pelo menurun dan Pemahaman komunikasi membaik

b. Intervensi keperawatan

Intervensi yang dapat digunakan pada diagnosis keperawatan gangguan Komunikasi verbal sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu standar intervensi yang direkomendasikan pada pasien dengan gangguan komunikasi verbal yaitu pada intervensi utama; promosi komunikasi : deficit bicara, promosi komunikasi : defisit pendengaran dan promosi komunikasi: defisit visual serta intervensi pendukung gangguan komunikasi verbal yaitu terapi validasi. focus intervensi keperawatan yaitu label promosi komunikasi : defisit bicara (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan

yang dihadapi menuju status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Komponen yang terdapat di implementasi keperawatan yaitu observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan klien, factor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna untuk mengetahui tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Pada tahap ini perawat membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dan kenyataan yang ada pada klien . Evaluasi keperawatan pasien dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP, yakni Subjektif (segala bentuk pernyataan atau keluhan klien), Objektif (data yang didapat dari hasil pengamatan, penilaian dan pemeriksaan), Assessment (tujuan dan masalah tercapai/teratasi, Sebagian tercapai/teratasi, tidak tercapai/teratasi) dan Planning Hasil yang diharapkan yaitu: kemampuan berbicara membaik, pelo menurun dan pemahaman komunikasi membaik. kemampuan berbicara meningkat, pelo menurun dan pemahaman komunikasi membaik.