

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke Non Hemoragik

2.1.1 Definisi Stroke Non Hemoragik

Stroke merupakan gangguan suplai darah di otak yang secara mendadak sebagai akibat oklusi pembuluh darah sebagian maupun total, atau akibat pecahnya pembuluh darah otak. Gangguan pada aliran darah di dalam otak dapat mengurangi suplai oksigen, glukosa, dan nutrisi lain yang disuplai oleh pembuluh darah yang terkena dan mengakibatkan gangguan pada sejumlah fungsi otak (Hartono, 2010).

Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang timbul secara mendadak, yang disebabkan oleh terjadinya gangguan peredaran darah otak dan dapat terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Stroke merupakan penyakit yang paling serius dan sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lainnya sebagai akibat gangguan fungsi otak (Mutaqin, 2011).

Stroke merupakan gangguan fungsi syaraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah didalam otak yang timbul secara mendadak, dan dalam beberapa detik atau bahkan secara tepat dalam beberapa jam yang berlangsung lebih dari 24 jam sesuai dengan daerah yang terganggu (Irfan, 2012).

Stroke atau serangan otak merupakan suatu bentuk kerusakan neurologis yang disebabkan oleh sumbatan darah yang abnormal ke otak. Dua tipe stroke yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (Weaver & Terry, 2013).

Stroke non hemoragik merupakan stroke yang disebabkan karena gangguan peredaran darah otak berupa sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan (AHA, 2015).

2.1.2 Klasifikasi Stroke Non Hemoragik

Pada keadaan normal, aliran darah ke otak adalah 58 ml/100 gram jaringan otak pada setiap menit. Bila turun sampai 18ml/100 gram jaringan otak setiap menit maka aktivitas neuron pada otak akan terhenti tetapi struktur sel masih baik, sehingga gejala klinis masih reversible (Setyopranoto, 2011).

Perjalanan klinis pasien dengan stroke non hemoragik akan sebanding dengan tingkat penurunan aliran darah ke otak. Perjalanan klinis dapat diklasifikasikan menjadi 4, yaitu:

1. *Transienst Ischemic Attack* (TIA)

Merupakan gangguan pembuluh darah otak yang menyebabkan defisit neurologis akut yang berlangsung kurang dari 24 jam. Stroke tidak akan meninggalkan gejala sehingga pasien tidak terlihat pernah mengalami serangan stroke. Tetapi dengan adanya TIA merupakan suatu peringatan akan terjadinya serangan stroke selanjutnya sehingga tidak boleh diabaikan begitu saja (Irfan, 2012).

2. *Reversible Ischemic Neurological Deficit* (RIND)

Kondisi RIND hampir sama dengan TIA, hanya saja perbedaan berlangsung lebih lama, yaitu dengan maksimal 7 hari. RIND juga tidak meninggalkan gejala sisa (Irfan,2012).

3. *Complete Stroke*

Merupakan gangguan pembuluh darah otak yang menyebabkan defisit neurologis akut yang berlangsung lebih dari 24 jam. Stroke ini akan meninggalkan gejala sisa stroke (Irfan, 2012).

4. *Stroke in Evolution* (Progressive Stroke)

Stroke ini merupakan jenis yang terberat dan sulit di tentukan kemungkinan yang akan terjadi. Hal ini disebabkan kondisi pasien yang cenderung labil, berubah-ubah, dan dapat mengarah ke kondisi yang lebih buruk (Irfan, 2012).

2.1.3 **Etiologi Stroke Non Hemoragik**

Stroke yang disebabkan oleh sumbatan pembuluh darah otak yang disebabkan oleh tumpukan thrombus akibat timbunan lemak (plak) didalam pembuluh darah arteri karotis, pembuluh darah sedang arteri serebri atau pembuluh darah kecil. Plak dapat menyebabkan dinding dalam pembuluh darah tebal dan kasar, sehingga aliran darah tidak lancar. Tetapi plak tidak langsung terbentuk pada pembuluh darah organ lain yang kemudian plak tersebut lepas dan tersangkut di pembuluh darah otak. Terjadinya penyumbatan ini biasanya diawali dengan luka kecil dalam pembuluh darah yang bisa disebabkan oleh situasi tekanan darah tinggi, merokok, atau makanan yang mengandung kolesterol (Farida, 2009).

Sebagian stroke non hemoragik terjadi pada hemisfer otak, meskipun sebagian terjadi di otak kecil atau batang otak. Beberapa stroke non hemoragik di hemisfer tampaknya bersifat ringan (sekitar 20% dari semua stroke non hemoragik) stroke ini tidak bergejala, hal ini terjadi pada sekitar sepertiga pasien yang berusia lanjut atau hanya menimbulkan kelemahan ringan atau masalah daya ingat. Namun stroke ringan ganda dan berulang dapat menimbulkan cacat berat, penurunan kognitif dan dimensi (Irfan, 2012). Biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari (Wijaya & Putri, 2013).

Stroke non hemoragik dapat terjadi akibat penurunan atau berhentinya sirkulasi darah sehingga sel-sel tidak mendapatkan substrat yang dibutuhkan. Efek iskemia yang cukup cepat terjadi karena otak kekurangan kebutuhan glukosa (energi yang utama) dan memiliki kemampuan melakukan metabolisme anaerob (Sid Shah, 2010).

Hampir 85% stroke disebabkan oleh, sumbatan bekuan darah, penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang mengarah ke otak, atau embolus (kotoran) yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakranial (arteri yang berada di luar tengkorak). Ini disebut sebagai stroke iskemik. Pada orang berusia lanjut lebih dari 65 tahun, penyumbatan atau penyempitan dapat disebabkan oleh aterosklerosis (mengerasnya arteri).

Hal inilah yang banyak terjadi pada stroke iskemik. Emboli cenderung terjadi pada orang yang mengidap penyakit jantung (misalnya denyut jantung yang cepat, tidak teratur, penyakit katub jantung, dan sebagainya) secara seperempat dari penyakit stroke iskemik dapat

disebabkan oleh emboli, biasanya dari jantung umumnya terbentuk akibat denyut jantung yang tidak teratur (misalnya fibrilasi atrium), kelainan katup jantung (termasuk katub buatan dan kerusakan katub akibat penyakit rematik jantung), infeksi di dalam jantung (di kenal sebagai endocarditis) dan pembedahan jantung.

Penyebab lain seperti gangguan darah, peradangan dan infeksi merupakan penyebab sekitar 5-10% kasus stroke iskemik, dan menjadi penyebab sering pada orang yang berusia muda. Namun, penyebab pastinya dari sebagian stroke iskemik tetap tidak diketahui meskipun telah dilakukan pemeriksaan yang mendalam.

Stroke iskemik disebabkan oleh penyumbatan suplai darah dari ekstrakranial atau thrombosis di intrakranial, dan bisa juga disebabkan oleh berkurangnya aliran darah ke otak. Pada setiap proses yang mengganggu aliran darah ke otak dapat menyebabkan kematian sel-sel otak (Rahmawati, 2009).

2.1.4 Faktor Resiko Stroke Non Hemoragik

1. Hipertensi

Tekanan darah terdiri menjadi dua komponen: sistolik dan diastolik. Bila tekanan sistolik diatas 160 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg, maka tekanan darah tinggi harus diwaspadai. berlebih jika hipertensi telah berjalan selama bertahun-tahun.

Hipertensi merupakan faktor resiko yang utama. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan

menimbulkan perdarahan, dan ini sangat fatal karena akan terjadinya interupsi aliran darah ke bagian distal disamping itu, darah menuju ke organ tubuh akan tertimbun sehingga akan menimbulkan tekanan intrakranial yang meningkat sedangkan menyempitnya pembuluh darah otak akan menimbulkan terganggunya aliran darah ke otak dan sel sel akan mengalami kematian (Utami, 2009).

2. Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus akan mengakibatkan menebalnya dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar. Penebalan ini akan berakibat terjadinya penyempitan pada pembuluh darah sehingga akan mengganggu aliran darah serebral, dan dapat mengakibatkan terjadinya iskemia dan infark. Banyak penderita stroke yang mengidap diabetes mellitus. Beberapa penderita tidak menyadari bahwa dirinya sedang menderita diabetes mellitus, setelah mengalami serangan stroke akan dapat terdeteksi melalui pemeriksaan laboratorium. Diabetes mellitus mungkin sudah terjadi lama karena tidak menimbulkan gejala pada pasien sehingga merasa sehat sehat saja. Setelah diabetes mellitus menyerang organ-organ yang lain misalnya pembuluh darah, retina, dan saraf tepi baru disadari jika mengalami penyakit diabetes mellitus selama ini (Utami, 2009).

3. Penyakit Jantung

Berbagai penyakit jantung merupakan factor resiko terjadinya stroke, seperti penyakit jantung rematik, penyakit jantung koroner, gangguan irama jantung. Penyakit-penyakit diatas umumnya akan

melepas gumpalan darah atau sel-sel atau jaringan yang telah mati ke dalam aliran darah menuju otak (Utami, 2009).

4. Gangguan aliran darah sepiintas

Berbagai faktor resiko stroke yang ada pada seseorang, dapat mengakibatkan gangguan aliran darah otak sepiintas, yang akan menimbulkan gejala-gejala sementara (kurang dari 24 jam) gejala yang bervariasi tergantung daerah mana yang mengalami gangguan vaskularisasi. Gejala yang sering muncul, seperti: hemiparesis, disartia, kelumpuhan otot-otot mulut maupun pipi merot, kebutaan mendadak, hemiparestasi, dan afasia. Makin sering seseorang mengalami serangan sepiintas ini maka akan semakin besar pula kemungkinan terkena serangan serangan stroke (Utami, 2009).

5. Hiperkolesterolemi

Meningkatnya kadar kolesterol dalam darah, terutama LDL (low density lipoprotein), merupakan faktor resiko penting terjadinya aterosklerosis. Peningkatan kadar lemak darah merupakan masalah pada masyarakat yang modern. Peningkatan kadar lemak darah merupakan cerminan dari tingginya asupan lemak dalam makanan (Utami, 2009).

6. Infeksi

Tuberculosis, malaria, leptospirosis dan infeksi cacing merupakan factor resiko terjadinya serangan stroke. Di Indonesia penyakit infeksi masih menduduki rangking pertama (Utami, 2009).

7. Obesitas

Obesitas masih menjadi perdebatan apakah obesitas merupakan resiko yang kuat atau tidak. Tetapi yang jelas obesitas merupakan faktor resiko penyakit jantung. Terdapat saling keterkaitan antara berat badan, peningkatan tekanan darah, peningkatan kolesterol darah, diabetes tidak tergantung dan tingkat aktivitas fisik yang rendah (Utami, 2009).

8. Merokok

Merokok meningkatkan resiko stroke empat kali lipat, hal ini berlaku untuk semua jenis rokok, sigaret, pipa, atau cerutu. Merokok dapat meningkatkan konsentrasi fibrinogen, peningkatan ini akan mempermudah terjadinya penebalan dinding pembuluh darah juga peningkatan viskositas darah. Disamping itu rokok merupakan faktor resiko utama terjadinya penyakit jantung koroner (Utami, 2009).

9. Kelainan Pembuluh Darah Otak

Pada umumnya kelainan pembuluh darah otak bersifat bawaan atau karena infeksi dan ruda paksa. Pembuluh darah yang abnormal dapat pecah, robek maupun mengganggu aliran darah spontan sehingga akan menimbulkan perdarahan otak atau infark (Utami, 2009).

10. Lain-lain

Faktor lain yang berupa faktor resiko stroke menurut Nurhidayat, (2013) antara lain:

- a. Lanjut usia: proses degenerasi akan selalu mengiringi proses menua, termasuk pembuluh darah otak.
- b. Penyakit paru paru menahun terutama asma bronchial.

- c. Penyakit darah tertentu: polistema dapat menghambat aliran darah ke otak, leukimia dapat mengakibatkan perdarahan otak.

2.1.5 Manifestasi Klinis Stroke Non Hemoragik

Manifestasi klinis stroke bergantung pada daerah yang terkena, fungsi otak dikendalikan oleh bagian otak yang terkena, keparahan kerusakan serta ukuran daerah otak yang terkena selain bergantung pula pada derajat sirkulasi kolateral (Hartono, 2009).

Menurut Oktavianus (2014) manifestasi klinis penyakit stroke iskemik sebagai berikut. Tanda dan gejala yang sering muncul pada stroke iskemik sebagai berikut:

1. *Transient Ischemic Attack (TIA)*

Timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam, dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Serangan bisa muncul lagi dalam wujud yang sama, dengan memperberat atau malah menetap.

2. *Reversible Ischemic Neurologic (RIND)*

Gejala yang ditimbulkan lebih dari 24 jam.

3. *Progressing stroke* atau *stroke inevolution*

Gejala makin lama semakin berat (progresif) yang disebabkan oleh gangguan aliran darah makin lama makin berat.

4. Sudah menetap atau permanen.

Stroke dapat mempengaruhi fungsi tubuh. Adapun beberapa gangguan yang dialami pasien yaitu:

- a. Pengaruh terhadap status mental: tidak sadar, confuse.

- b. Pengaruh secara fisik: paralise, disfagia, gangguan sentuhan dansensasi, gangguan penglihatan, hemiplegic (lumpuh tubuh sebelah).
- c. Pengaruh terhadap komunikasi: afasia (kehilangan bahasa), disartia (bicara tidak jelas).

Manifestasi yang timbul dapat berbagai macam tergantung dari berat ringannya lesi dan juga topisnya. Manifestasi klinis stroke non hemoragik secara umum yaitu: (Masayu, 2014)

1. Gangguan Motorik
2. Gangguan Sensorik
3. Gangguan Kognitif, Memori dan Atensi
 - a. Gangguan cara menyelesaikan suatu masalah
4. Gangguan Kemampuan Fungsional

Gangguan dalam beraktifitas sehari-hari seperti mandi, makan, ke toilet dan berpakaian.

2.1.6 Patofisiologi Stroke Non Hemoragik

Otak sangat bergantung pada oksigen dan tidak memiliki cadangan oksigen. Jika aliran darah kesetiap bagian otak terhambat karena thrombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia (karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia karena akibat proses anemia dan kesukaran untuk bernafas. Stroke karena

embolus dapat berakibatkan dari bekuan darah, udara, palque, ateroma fragmen lemak. Abnormalitas vaskuler, aneurisma serabut dapat terjadi rupture dan dapat menyebabkan hemorrhagi (Wijaya & Putri, 2013).

Pada stroke thrombosis atau metabolik maka otak akan mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena (Wijaya & Putri, 2013). Bila terjadi kerusakan pada otak kiri, maka akan terjadi gangguan dalam hal fungsi berbicara, berbahasa, dan matematika (Farida & Amalia, 2009).

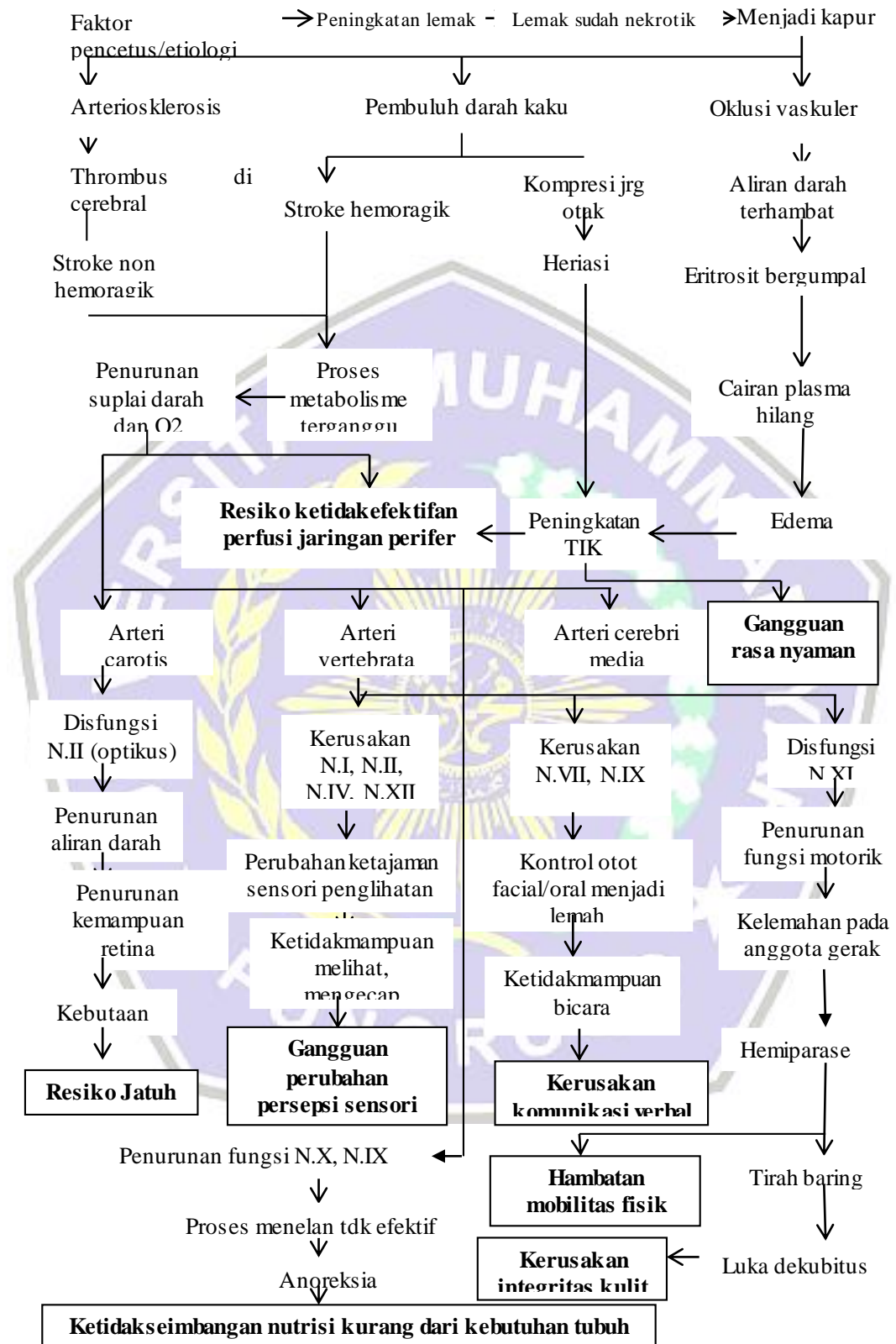
Akibat penurunan *Cerebral Blood Flow* (CBF) regional suatu daerah otak terisolasi dari jangkauan aliran darah, yang menangkut O₂ dan glukosa yang sangat diperlukan untuk metabolisme oksidatif serebral. Daerah yang terisolasi itu tidak berfungsi lagi dan karena itulah timbullah manifestasi defisit neurologik yang biasanya berupa hemiparalisis, hemihipestia, hemiparestia yang biasa juga disertai defisit fungsi seperti afasia (Mardjono & Sidharta, 2014).

Apabila arteri serebri media tersumbat didekat percabangan kortikal utamanya (pada cabang arteri) dapat menimbulkan afasia berat bila terkena hemisfer serebri dominan bahasa (Mutaqin, 2011). Lesi (infark, perdarahan, tumor) pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area wernicke) menyebabkan afasia reseptif, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan dan tertulis, kelainan ini dicurigai bila klien

tidak bisa memahami setiap perintah dan pertanyaan yang diajukan. Lesi pada area fasikulus arkuatus yang menghubungkan area wernicke dengan area broca mengakibatkan afasia konduktif, yaitu klien tidak bisa mengulangi kalimat-kalimat dan sulit menyebutkan nama-nama benda tetapi dapat mengikuti perintah. Lesi pada bagian posterior girus frontalis superior (broca) disebut dengan afasia eksprektif, yaitu klien mampu mengerti terhadap apa yang di dengar tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat, bicaranya tidak lancar (Mutaqin, 2011).



2.1.7 Pathway Stroke Non Hemoragik



Gambar 2.1 Pathway Stroke (Wijaya, 2015)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Stroke Non Hemoragik

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk memastikan jenis serangan stroke, letak sumbatan atau penyempitan pembuluh darah, letak perdarahan, serta luas jaringan otak yang mengalami kerusakan (Indarwati, Sari & Dewi, 2008).

1. CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark (Wijaya & Putri, 2013).

2. Pemeriksaan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Pemeriksaan MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik (Oktavius, 2014). MRI mempunyai banyak keunggulan dibanding CT-Scan dalam mengevaluasi penyakit stroke, MRI lebih sensitive mendeteksi infark, terutama yang berlokasi dibatang otak dan sereblum (Farida & Amalia, 2009).

3. Pemeriksaan *Magnetic Resonance Angiography* (MRA)

Merupakan metode non-insiatif yang memperlihatkan arteri karotis dan sirkulasi serebral serta dapat menunjukkan adanya oklusi (Hartono, 2010).

4. Elektrokardiografi

Untuk mengetahui keadaan jantung dimana jantung berperan dalam menyuplai darah ke otak.

5. Elektro Encephalo Grafi

Elektro Encephalo Grafi mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak menunjukkan area lokasi secara spesifik.

6. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui keadaan darah. Kekentalan darah, jumlah sel darah, penggumpalan trombosit, yang abnormal, dan mekanisme pembekuan darah.

7. Angiografi serebral

Pada serebral angiografi membantu secara spesifik penyebab stroke seperti perdarahan atau obstruksi arteri, memperlihatkan secara tepat letak oklusi atau rupture.

2.1.9 Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik

Terapi bertujuan untuk meningkatkan perfusi darah ke otak. Membantu lisis pembekuan darah di otak dan mencegah thrombosis lanjutan, melindungi jaringan otak yang masih aktif, dan mencegah cedera thrombosis lanjutan.

1. Terapi Farmakologis

Beberapa terapi secara farmakologis untuk stroke non hemoragik:

a. Aspirin

Aspirin dapat mencegah berulangnya stroke pada pasien stroke iskemik. Untuk mendapatkan khasiat yang maksimal, diberikan aspirin dosis tinggi sebesar 1000-1300 mg perhari, untuk dosis rendah sebesar 40-300 mg perhari, kurang berkhasiat untuk mencegah kambuhnya stroke.

b. Tiklopidin.

Tiklopidin bekerja mencegah stroke kambuh pada pasien pasca stroke. Obat ini memiliki efek samping yang berpengaruh

pada lambung dan terjadinya diare. Penderita stroke yang diberikan tiklopidin harus dipantau secara teratur dengan menghitung sel darah putih.

c. Antikoagulan.

Obat antikoagulan yang sering diberikan pada pasien stroke yaitu jenis heparin dan coumarin. Efek samping yang timbul yaitu perdarahan dan berkurangnya jumlah keping darah yang cenderung membentuk bekuan darah.

d. Trombolitik.

Terapi dengan obat trombolitik untuk stroke iskemik merupakan terapi yang berbahaya jika tidak dilakukan dengan seksama. Hasil yang paling ditunjukkan jika pengobatan dilakukan dalam waktu 90 menit setelah terjadi serangan stroke disertai observasi ketat.

2. Terapi non Farmakologis

Terapi non farmakologis pada stroke non hemoragik adalah rehabilitasi. Rehabilitasi merupakan untuk membantu pemulihan pasca stroke, yang bertujuan untuk memperbaiki motorik, sensorik dan fungsi lain yang terganggu. Tujuan lain adalah untuk adaptasi mental dan sosial penderita stroke, sehingga hubungan interpersonal menjadi normal dan penderita stroke kembali melakukan aktivitas sehari-hari. Dan berikut contoh aktivitas terapi:

a. Mengatur posisi

Pastikan bahwa tubuh berada pada posisi yang tepat. Pasien akan juga disarankan untuk mengubah posisi untuk memastikan bahwa otot-otot dan tulang sendi tidak kaku dan penderita tidak bertambah sakit.

b. Aktivitas fungsional

Apabila otot sudah sangat kuat, gerakan gerakan akan digabungkan dengan aktivitas seperti duduk, berdiri, jalan dan lain-lain.

c. Keseimbangan

Keseimbangan merupakan hal penting untuk bergerak dengan mudah dan aman dalam melakukan suatu gabungan aktivitas pada saat bersamaan.

d. Menelan

Sebagian dari mereka yang pernah mengalami stroke mempunyai kesulitan untuk menelan. Bila hal ini terjadi dapat meningkatkan resiko terhadap infeksi pernafasan.

e. Terapi berbicara

Terapi ini dapat membantu penderita untuk mengenal kata-kata, mengkoordinasikan otot untuk berbicara, atau mencari cara komunikasi yang lain.

f. Adaptasi

Adaptasi dapat mempermudah berbagai aktivitas yang dilakukan, seperti berjalan, makan (Farida, 2009).

g. Fisioterapi

Kegunaan metode fisioterapi yang digunakan untuk menangani kondisi stroke stadium akut bertujuan untuk:

- 1) Mencegah komplikasi pada fungsi paru akibat tirah baring yang terlalu lama.
- 2) Menghambat spastisitas, pola sinergis ketika ada peningkatan tonus.
- 3) Mengurangi oedema pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah sisi sakit.
- 4) Merangsang timbulnya tonus ke arah normal, pola gerak dan koordinasi gerak.
- 5) Meningkatkan kemampuan aktivitas fungsional.
(Farida & Amalia, 2009).

h. Hidroterapi

Kolam hidroterapi digunakan untuk merehabilitasi gangguan saraf motorik pasien pasca stroke. Kolam hidroterapi berisi air hangat yang membuat tubuh bisa bergerak lancar, memperlancar peredaran darah dengan melebarnya pembuluh darah, dan memberikan ketenangan.

2.1.10 Komplikasi Stroke Non Hemoragik

Stroke dapat menyebabkan cacat sementara atau permanen tergantung pada bagian otak yang terdampak. Komplikasi yang terjadi antara lain:

1. Kelumpuhan atau hilangnya gerakan otot. Penderita stroke bisa menjadi lumpuh di salah satu sisi tubuh atau kehilangan kendali atas otot-otot tertentu.
2. Kesulitan berbicara atau menelan. Stroke dapat mempengaruhi kontrol otot yang ada di mulut dan tenggorokan, sehingga sulit bagi penderita untuk berbicara dengan jelas (disartria), menelan (disfagia), dan mengalami kesulitan dengan bahasa (afasia), termasuk bicara, membaca maupun menulis.
3. Kesulitan berpikir. Penderita stroke sering mengalami kesulitan berpikir, dan memahami konsep.
4. Rasa sakit. Nyeri yang dirasakan dibagian tubuh yang terkena stroke.
5. Peningkatan TIK.
6. Kontraktur.
7. Disritmia jantung.
8. Mal nutrisi.

2.2 Konsep Hambatan Komunikasi Verbal

2.2.1 Definisi

Secara umum, seperempat dari semua pasien stroke mengalami gangguan komunikasi yang berhubungan dengan mendengar, berbicara, membaca, menulis dan bahkan bahasa isyarat dan gerak tangan. Ketidakberdayaan penderita stroke ini akan sangat membingungkan orang yang merawatnya (Farida & Amalia, 2009).

Hambatan komunikasi verbal adalah penurunan, perlambatan, ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan atau menggunakan simbol (Herdman & Kamitsuru, 2015).

2.2.2 Klasifikasi

Beberapa macam gangguan komunikasi sebagai berikut:

1. Disartia (dysartia)

Disartia merupakan keadaan melemahnya otot-otot muka, lidah, dan tenggorokan yang membuat kesulitan berbicara. Walaupun penderita memahami bahasa verbal maupun tulisan. Cedera di salah satu pusat pengendalian bahasa di otak memang sangat berdampak pada komunikasi verbal. Gangguan bahasa itu biasanya diakibatkan oleh kerusakan pada cuping temporal atau pariental otak sebelah kiri (Indah, 2017).

2. Afasia

Afasia adalah gangguan berbahasa. Dalam hal ini pasien menunjukkan gangguan dalam berbicara spontan, pemahaman, menamai, repetisi (mengulang) membaca, dan menulis (Lumbantobing, 2011). Secara garis besar afasia dibagi menjadi ketidakmampuan ekspresif atau afasia motorik dan ketidakmampuan reseptif atau afasia sensorik (Indah, 2017). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Purnomo, Sangkey, & Damopili (2016) kasus afasia lebih banyak disebabkan oleh stroke non hemoragik.

Beberapa bentuk afasia menurut Smeltzer & Bare (2008), Rasyid (2007), Lumbantobing (2011):

a) Afasia ekspresif atau sensorik

Bila yang terkena adalah pusat pengendalian bahasa di sisi yang dominan, yang disebut daerah broca, maka cacat yang timbul dapat berupa afasia ekspresif, yaitu kesulitan untuk menyampaikan pikiran melalui kata-kata maupun tulisan. Seringkali, kata-kata yang terpikir dapat terucapkan, tetapi susunan gramatiknya membingungkan (Farida & Amalia, 2009). Kelainan ini ditandai dengan kesulitan dalam menyusun fikiran, perasaan, dan kemauan untuk menjadi symbol yang bermakna untuk dimengerti orang lain. Bicara lisan tidak lancar, terputus-putus dan sering ucapannya tidak dimengerti orang lain. Pasien sering mengucapkan kata-kata benda dan kerja, biasanya tanpa tata bahasa. Seorang dengan kelainan ini mengerti dan dapat menginterpretasikan rangsangan yang diterima, tetapi untuk mengucapkannya mengalami kesulitan. Seorang afasia dewasa kesulitan menjawab hanya dengan menunjukkan barang atau arah. Jenis afasia ini juga dapat dialami dalam menuangkan ke tulisan.

b) Afasia reseptif atau motorik

Apabila yang terkena adalah pusat pengendalian bahasa dibelakang otak, yang disebut daerah wernicke, maka cacat yang timbul adalah afasia reseptif atau sensorik. Pasien ini ditandai

dengan ketidakmampuan memahami bahasa lisan dan apabila ia menjawab iapun tidak mengerti apakah jawabannya. Pasien tidak mampu memahami kata yang diucapkannya, dan tidak mampu mengetahui kata yang diucapkannya, apakah benar atau salah. Seorang dewasa yang terkenan afasia ini akan kesulitan menyebutkan kata buku yang ada di hadapannya ditunjukkan kata buku. Pengulangan (repetisi) terganggu berat. Pasien jenis seperti ini akan mengalami kesulitan untuk mengerti bahasa lisan maupun tulisan (Farida & Amalia, 2009).

c) Afasia global

Merupakan bentuk afasia yang paling berat. Afasia global disebabkan oleh kerusakan beberapa di bagian atau semua daerah yang terkait dengan fungsi bahasa. Pasien afasia global kehilangan hampir seluruh kemampuan bahasanya. Keadaan ini ditandai dengan tidak adanya lagi bahasa spontan atau beberapa kata saja yang diucapkan secara berulang-ulang atau itu-itu saja. Misal: “iia, iia, iia”. Komprehensi menghilang atau sangat terbatas, misalnya hanya dapat mengenal namanya saja atau satu dua patah kata. Repetisi (mengulang) juga sama berat gangguannya seperti bicara spontan. Mereka tidak dapat mengerti bahasa bahkan tidak dapat menggunakannya untuk menyampaikan pikirannya ke orang lain (Farida & Amalia, 2009).

2.2.3 Etiologi

Afasia paling sering disebabkan oleh stroke. Stroke yang menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, kemungkinan akan terjadi gangguan bicara atau afasia, karena otak kiri berfungsi untuk menganalisis, pikiran logis, konsep, dan memahami bahasa (Sofwan, 2010). Afasia adalah suatu tanda klinis dan bukan penyakit. Afasia dapat timbul karena cedera otak yang mengatur kemampuan bahasa yaitu area Broca, dan area Wernicke dan jalur yang menghubungkan keduanya. Kedua area ini biasanya terletak pada hemisfer kiri otak dan pada kebanyakan orang bagian hemisfer kiri merupakan tempat kemampuan berbahasa diatur (Kirshner, 2009). Etiologi lainnya termasuk kecelakaan, tumor, infeksi, toksisitas, dan metabolik dan gangguan nutrisi yang mempengaruhi fungsi otak (Shiple & McAfee, 2016).

2.2.4 Manifestasi klinis

Meskipun ada variasi dari salah satu klien afasia ke klien lainnya, ada perilaku dan defisit komunikasi tertentu yang merupakan ciri khas dari afasia:

1. Gangguan pemahaman pendengaran.
2. Gangguan ekspresi verbal.
3. Paraphasia.
4. Preseveration.
5. Kesalahan tata bahasa.

6. Non fasih bicara atau pidato lancar tidak bermakna.
 7. Gangguan berbicara.
 8. Kesulitan dalam mengulang kata.
 9. Gangguan membaca ability.
 10. Gangguan kemampuan menulis, mungkin bingung karena kehilangan penggunaan tangan kanan (dominan karena hemiparesis).
 11. Dalam klien bilingual, gangguan unik antara dua bahasa.
 12. Kesulitan menggunakan atau memahami gerakan.
- (Shipley & Mcfee, 2016).

2.2.5 Teknik Pengkajian

Perawat harus mampu membina dan menjalin komunikasi yang baik kepada pasien maupun orang terdekat atau yang berpengaruh terhadap pasien. Perawat harus mampu memahami kebatasan kemampuan bahasa pasien dalam hal mendengar maupun menangkap pesan. Adapun teknik yang dapat dilakukan oleh seorang perawat ketika berkomunikasi dengan pasien yang memiliki gangguan komunikasi verbal, antara lain:

1. Perhatikan mimik sekaligus gerakan bibir.
2. Perjelas pesan yang hendak disampaikan pasien dengan mengulangnya kembali.
3. Berikan batasan yang jelas terkait topik pembicaraan yang hendak dikomunikasikan.
4. Pastikan untuk menciptakan suasana yang rileks dan nyaman kepada pasien saat melakukan komunikasi.

5. Apabila dibutuhkan gunakan bahasa tulisan atau simbol (Farida & Amalia, 2009).

2.2.6 Penatalaksanaan

Hasil dari penatalaksanaan afasia dipengaruhi penyebab dari kerusakan otak yang menimbulkan afasia, juga tingkat kesehatan dari afasia. Umumnya dilakukan terapi wicara untuk membantu afasia. Terapi ini bertujuan untuk membantu seseorang untuk menggunakan kemampuan berbahasanya, mengembalikan kemampuan berbahasanya dan mempelajari cara lain untuk berkomunikasi misalnya dengan menunjuk, gambar, menggunakan alat bantu elektronik).

1. *Nursing Interventions Classification (NIC)*

NIC : Peningkatan komunikasi : Kurang bicara

- a. Monitor kecepatan bicara, tekanan dan kuantitas.
- b. Gunakan penerjemah, jika diperlukan.
- c. Beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan.
- d. Konsultasikan dengan kebutuhan terapi wicara.
- e. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan mengulangi.
- f. Berdiri didepan pasien.
- g. Gunakan kartu baca: kertas, pensil, bahasa tubuh.
- h. Beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang menggunakan alat bantu bicara.
- i. Berikan pujian positif.

j. Anjurkan ekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat).

2. Terapi rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan salah satu terapi yang utama untuk membantu pemulihan pasien pasca stroke. Rehabilitasi bertujuan untuk memperbaiki fungsi motorik, sensorik, bicara, dan fungsi lainnya yang terganggu (Farida & Amalia, 2009).

3. Terapi wicara

Penanganan yang paling efektif saat ini untuk mengobati afasia adalah dengan melakukan latihan wicara (Kirshner, 2009, Media Indonesia, 2010). Tujuan dari latihan wicara adalah mengembalikan kemampuan dalam berkomunikasi yang akurat. Meliputi percakapan, membaca, menulis, mengoreksi kata. Tujuan spesifik meliputi: kejelasan dalam ucapan, kemampuan mengerti dalam kata-kata sederhana, kemampuan mengeluarkan kata-kata yang jelas dan dapat dimengerti.

4. Terapi cermin

Perawat dapat melakukan intervensi lain yaitu dengan menggunakan terapi cermin. Menurut Bastian (2011), pasien stroke yang sering mengalami gangguan bicara dan komunikasi dapat ditangani dengan salah satunya dengan latihan di depan cermin untuk latihan gerak bibir, lidah, mengucapkan kata-kata. Penelitian tentang terapi cermin dengan subjek pada posisi setengah duduk pada tempat tidur, subjek mengamati pantulan dari kaki yang non paretic sewaktu

memfleksikan dan mengekstensikan pergelangan kaki pada kecepatan tertentu dibawah pengawasan tetapi tanpa tambahan umpan balik secara verbal. Peneliti dapat menyimpulkan bahwa pasien stroke yang berlatih dengan terapi cermin selama 3-4 minggu mempunyai peningkatan.

5. Bentuk terapi afasia

Menurut Tarigan (2009), beberapa bentuk-bentuk terapi untuk afasia yang paling sering digunakan, adalah:

a. Terapi kognitif Linguistik

Terapi ini menekankan pada komponen emosional bahasa. Contoh, beberapa latihan akan menginterpretasikan karakteristik dari suara nada emosi yang berbeda-beda. Latihan seperti ini akan membantu pasien mempraktekkan komprehensif tetap focus pada pemahaman komponen emosi dari bahasa.

b. Program Stimulus

Terapi ini menggunakan modalitas sensori, misalnya gambar-gambar dan musik. Terapi ini dikenalkan dengan tingkat yang mudah ke tingkat yang sulit.

c. Stimulation- Facilitation Therapy

Terapi afasia lebih lebih focus pada semantic (arti) dan sintaksis (susunan kalimat) dari bahasa. Stimulus yang digunakan selama terapi adalah stimulus audio. Prinsipnya untuk meningkatkan kemampuan berbahasa lebih baik jika dilakukannya secara pengulangan.

d. *PACE* (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness)

Terapi ini bentuk terapi pragmatic yang paling terkenal. Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan berkomunikasi dengan menggunakan percakapan sebagai alat didalamnya. Pasien akan terlibat percakapan dengan terapis, untuk menstimulasi komunikasi secara spontan, jenis terapi ini menggunakan lukisan, gambar, serta benda-benda visual.

2.2.7 Konsep Terapi AIUEO

Terapi wicara merupakan suatu proses rehabilitasi pada penderita gangguan komunikasi sehingga pasien penderita gangguan komunikasi dapat berinteraksi kembali tanpa menggunakan alat atau media yang digunakan, terapi ini dapat dilakukan oleh perawat sebagai intervensi keperawatan, karena perawat berada 24 jam dengan pasien dengan lingkungannya secara baik dan tidak mengalami gangguan psikososial (Rodiyah, 2012). Terapi wicara merupakan tindakan yang diberikan kepada individu yang mengalami gangguan komunikasi, gangguan bahasa, dan gangguan menelan.

Terapi wicara, sering disebut terapi AIUEO merupakan terapi untuk membantu seseorang menguasai komunikasi dengan cara lebih baik. Terapi wicara membantu penderita stroke untuk mengunyah, berbicara, maupun mengerti kembali kata-kata (Farida & Amalia, 2009). Terapi ini dapat membantu penderita stroke untuk mengenal kata-kata, mengkoordinasikan otot untuk berbicara, atau mencari cara komunikasi yang lain (Farida & Amalia, 2009).

Pengaruh terapi wicara pada pasien terhadap kemampuan bicara pasien stroke dengan afasia motorik. Kemampuan bicara mengalami peningkatan hari ke 3 setelah diberikan terapi AIUEO. Terapi ini dilakukan dalam 2 kali sehari dalam 7 hari. Hal ini dalam memberikan treatment dengan sesering mungkin meningkatkan bicara.

a. Tujuan latihan vokal A-I-U-E-O pada klien stroke yaitu:

1. Penderita stroke yang mengalami kesulitan bicara akan diberikan terapi wicara AIUEO yang bertujuan untuk memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami orang lain dengan cara menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mengucapkan kata-kata (Wardhana, 2011).
2. Meningkatkan kemampuan komunikasi baik dari segi bahasa maupun bicara, yang dilakukan melalui saraf kranial V, VII, IX, X, dan XII.
3. Meningkatkan kemampuan menelan yang mana melalui rangsangan saraf cranial V, VII, IX, X, dan XII.

b. Teknik latihan vocal pada klien stroke yaitu:

Latihan dalam pembentukan huruf vocal dapat terjadi getaran selaput suara dengan nafas yang keluar mulut tanpa mendengar halangan. Dalam system fonem bahasa Indonesia, vocal yang terdiri dari A, I, U, E, O. Dalam pembentukan vocal yang penting diperhatikan adalah letak, bentuk lidah, bibir, rahang (Gunawan, 2010). Pasien stroke yang mengalami gangguan bicara dan komunikasi, salah satunya dapat ditangani dengan cara terapi AIUEO yang bertujuan untuk menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mampu mengucapkan kata-kata (Wiwit, 2010).

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep yang akan diterapkan dalam praktik keperawatan. Hal ini dapat disebut suatu pendekatan untuk memecahkan suatu masalah yang memerlukan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan klien, maupun keluarga. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan yaitu pengkajian (*Assesment*), diagnosa, perencanaan (*intervensi*), implementasi (*implementation*), dan evaluasi (*evaluation*) (Sunaryo, dkk, 2016).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai informasi untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi suatu kesehatan klien (Nursalam, 2008). Pengkajian pada pasien dengan hambatan komunikasi verbal pada kurangnya health promotion tentang aktivitas pasien stroke dengan hambatan komunikasi verbal dapat menyebabkan pola hubungan yang yang terganggu. Pengkajian dapat terdiri dari:

1. Identitas Klien

Pengkajian terdiri dari nama, tanggal lahir, alamat, pendidikan terakhir, agama, pekerjaan, suku bangsa, tanggal MRS, nomor register, dan diagnosa medis. Biodata dapat difokuskan pada umur, karena usia diatas 55 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya serangan stroke. Jenis

kelamin laki-laki lebih tinggi 30% dibandingkan dengan wanita (Padhila, 2012).

2. Keluhan utama

Pada kasus biasanya pasien datang ke rumah sakit dengan keluhan: penurunan kesadaran disertai dengan kelumpuhan dan keluhan sakit kepala hebat disertai dengan gangguan berbicara dan mulut merot ke kanan, kelemahan anggota gerak baik sebagian maupun seluruh tubuh. (Padila, 2012).

3. Riwayat sekarang

a. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak pada saat klien melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar selain gejala kelumpuhan separuh badan dan gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak respon (Muttaqin, 2011).

b. Riwayat penyakit dahulu

Perlu dikaji adanya riwayat diabetes mellitus, hipertensi, kelainan jantung, karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas fungsi pembuluh darah otak menjadi menurun (Padila, 2012).

c. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat dari generasi keluarga terdahulu

(Muttaqin, 2011). Riwayat keturunan juga mempengaruhi untuk terkena stroke, karena secara genetik terdapat peningkatan resiko jantung dan stroke bila ada penderita dari keluarga dengan hubungan darah langsung.

d. Riwayat pekerjaan

Menanyakan situasi tempat klien bekerja dan lingkungannya. Kebiasaan sosial dengan menanyakan pola kehidupan misalnya minuman alkohol, atau obat-obat tertentu. Dan menanyakan tentang kebiasaan merokok, sudah berapa lama, berapa batang perhari, dan apa jenis rokoknya (Muttaqin, 2011).

4. Riwayat Psikososial

Peranan pasien dalam keluarga, status emosi, interaksi social terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan, dan kegiatan ibadah pasien.

5. Akitivitas sehari-hari

a. Nutrisi

Makanan sehari-hari yang sering dikonsumsi oleh pasien. Apakah makanan yang mengandung lemak, misalnya : garam, santan, gorengan. Biasanya terjadi gangguan nutrisi karena adanya gangguan menelan pada pasien stroke yang menyebabkan penurunan berat badan. Minum apakah pasien mengkonsumsi obat atau minuman beralkohol.

b. Eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urin yang terjadi akibat penurunan peristaltik.

c. Aktivitas dan latihan

Biasanya tidak dapat beraktivitas karena mengalami kelemahan otot, hemiplegia atau kelumpuhan. Aktivitas pasien biasanya dibantu oleh keluarga.

d. Istirahat

Biasanya pasien mengalami susah tidur karena adanya nyeri otot.

6. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara berurutan, baik secara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik lebih akurat jika dilakukan dengan cara head to toe (dimulai dari ujung kepala sampai ujung kaki) dan sistem tubuh (Tarwoto, 2013).

a. Keadaan umum

Klien yang mengalami gangguan kelemahan otot umumnya lemah, berat badan klien turun, adakah gangguan penyakit karena malnutrisi.

b. Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran samnolen, apatis, spoor, sporos coma, awal terserang stroke dengan GCS <2. Sedangkan pada saat pemulihan pasca stroke biasanya memiliki tingkat kesadaran lateragi dan compos metis dengan GCS 13-15.

c. Tanda-tanda vital

- 1) Tekanan darah pasien stroke hemoragik biasanya memiliki darah tinggi dengan tekanan systole >140 dan diastole >80
- 2) Nadi : nadi biasanya normal sama dengan pasien penyakit yang lain.

- 3) Pernafasan: Pasien stroke biasanya mengalami gangguan pada bersihan jalan nafas.
- 4) Suhu: biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan pasien stroke.

d. Pemeriksaan *Head to toe* :

1) Pemeriksaan kepala dan muka :

Umumnya kepala dan wajah berbentuk simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan N.V (trigeminal) biasanya pasien dapat menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien yang koma, ketika kornea mata diusap dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Pada N.VII (fasialis) biasanya alis simetris, dapat mengangkat alis, mengembungkan pipi dan pada saat pasien mengembungkan pipi tidak simetris tergantung lokasi dimana otot yang lemah dan saat pasien diminta untuk mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

2) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, kelopak mata. pada pemeriksaan N.II (okulomotorius) biasanya pasien reflek untuk berkedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. N.IV (troklearis) biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan pemeriksa keatas dan kebawah. N.VI (abduksen) biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan pemeriksa ke kiri dan ke kanan.

3) Hidung

Berbentuk simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung. Pada N.I (olfaktorius) kadang pasien ada yang bisa menyebutkan bau-bauan yang diberikan perawat kepada pasien dan ada juga yang tidak menyebutkan bau-bauan tersebut, ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda.

4) Mulut dan gigi

Biasanya pasien dengan apatis, spoor, spoors coma hingga koma akan mengalami bau mulut, gigi kotor, dan mukosa bibir kering dan pucat. Pada pemeriksaan N.VII (fasialis) biasanya lidah mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris. Pada N.IX (glosofariengeal) biasanya ovule yang terangkat tidak simetris, merot ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan.

5) Telinga

Umumnya daun telinga kiri dan kanan sejajar. Pada N.VIII (akustikus) pasien kurang bisa mendengar gesekan jari dari perawat tergantung dimana letak kelemahan.

6) Leher

Biasanya keadaan leher normal, bentuk leher normal, ada atau tidaknya pembesaran tiroid, pembesaran vena jugularis.

7) Abdomen

Melihat bentuk perut, ada atau tidaknya nyeri tekan, keadaan bising usus, kembung atau tidak. Biasanya tidak ada gangguan pada abdomen.

8) Genetalia

Kebersihan genetalia, ada atau tidaknya nyeri tekan, terdapat hemoroid atau tidak. Biasanya tidak ada gangguan pada genetalia.

9) Ekstremitas

Keadaan rentang gerak biasanya terbatas, tremor, ada atau tidaknya nyeri tekan, menggunakan alat bantu atau tidak, biasanya mengalami penurunan otot (skala 1-5).

0: Lumpuh.

1: Ada kontraksi.

2: Melawan gravitasi dengan sokongan.

3: Melawan gravitasi tapi tidak ada lawanan.

4: Melawan gravitasi dengan tahanan sedikit.

5: Melawan gravitasi dengan tahanan penuh.

10) Integumen

Warna kulit berwarna sawo matang, putih, atau pucat, kulit kering atau lembab, terdapat lesi atau tidak, CRT <2 detik, keadaan turgor.

e. Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan syaraf kranial menurut (Judha, M., Rahil, H.N,2011)

- 1) Olfaktorius (N.I): Untuk menguji saraf penciuman dengan menggunakan bahan-bahan yang tidak merangsang seperti kopi, tembakau, parfum atau rempah-rempah. Letakkan salah satu bahan tersebut di depan salah satu lubang hidung orang tersebut sementara lubang hidung yang lain kita tutup dan pasien menutup

matanya. Kemudian pasien diminta untuk memberitahu saat mulai tercium baunya bahan tersebut dan kalau mungkin mengidentifikasi bahan yang dicitumnya. Hasil pemeriksaan normal mampu membedakan zat aromatis lemah.

- 2) Optikus (N.II): Ada enam pemeriksaan yang harus dilakukan yaitu penglihatan sentral, kartu snellen, penglihatan perifer, refleks pupil, fundus kopi dan tes warna. Untuk penglihatan sentral dengan menggabungkan antara jari tangan, pandangan mata dan gerakan tangan. Kartu snellen yaitu kartu memerlukan jarak enam meter antara pasien dengan tabel, jika ruangan tidak cukup luas bisa diakali dengan cermin. Penglihatan perifer dengan obyek yang digunakan (2 jari pemeriksa atau ballpoint) di gerakan mulai dari lapang pandangan kanan dan ke kiri, atas dan bawah dimana mata lain dalam keadaan tertutup dan mata yang diperiksa harus menatap lurus dan tidak menoleh ke objek tersebut. Refleks pupil dengan menggunakan senter kecil, arahkan sinar sinar dari samping (sehingga pasien memfokus pada cahaya dan tidak berakomodasi) ke arah satu pupil untuk melihat reaksinya. Fundus kopi dengan menggunakan alat oftalmoskop, mengikuti perjalanan vena retinalis yang besar ke arah diskus, dan tes warna dengan menggunakan buku Ishi Hara's Test untuk melihat kelemahan seseorang dalam melihat warna, biasanya terdapat gangguan penglihatan.

- 3) Okulomotoris (N.III): Meliputi gerakan pupil dan gerakan bola mata. Mengangkat kelopak mata ke atas, konstriksi pupil, dan sebagian besar gerakan ekstra okular.
- 4) Troklearis (N.IV): Meliputi gerakan mata ke bawah dan ke dalam.
- 5) Trigemius (N.V): Mempunyai tiga bagian sensori yang mengontrol sensori pada wajah dan kornea serta bagian motorik mengontrol otot mengunyah.
- 6) Abdusen (N.VI) : Merupakan syaraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari saraf motorik. Fungsinya untuk melakukan gerakan abduksi mata.
- 7) Fasialis (N.VII) : Pemeriksaan dilakukan saat pasien diam dan atas perintah (tes kekuatan otot) saat pasien diam diperhatikan asimetri wajah. Mengontrol ekspresi dan simetris wajah.
- 8) Vestibul kokhlearis (N.VIII) : Pengujian dengan gesekan jari, detik arloji dan audiogram. Mengontrol pendengaran dan keseimbangan.
- 9) Glasofaringeus (N.IX) : Menyentuh dengan lembut, bagian belakang faring pada setiap sisi dengan spacula. Refleks menelan dan muntah.
- 10) Vagus (N.X) : Inspeksi dengan senter perhatikan apakah terdapat gerakan uvula. Mempersarafi faring, laring dan langit lunak.
- 11) Aksesorius (N.XI) : Pemeriksaan dengan cara meminta pasien mengangkat bahunya dan kemudian rabalah massa otot dan menekan ke bawah kemudian pasien disuruh memutar kepalanya

dengan melawan tahanan (tangan pemeriksa). Mengontrol pergerakan kepala dan bahu.

- 12) Hipoglosus (N.XII) : Pemeriksaan dengan inspeksi dalam keadaan diam didasar mulut, tentukan adanya artrofi dan fasikulasi. Mengontrol gerak lidah.

2.3.2 Diagnosis

Setelah data terkumpul dan kemudian dianalisis, lalu ditegakkan suatu diagnosa, tahap diagnosa keperawatan memungkinkan perawat menganalisis dan mensintesis data, diagnosa didapatkan dari penilaian klinik tentang respon individu, keluarga, maupun komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial (Allen, Etal, 2010).

Setelah penulis melakukan analisa data didapatkan diagnosa utama yang sering muncul menurut SDKI (2018) yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kelemahan anggota gerak, penurunan fungsi otot facial atau oral.

2.3.3 Perencanaan

SIKI (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia) mendefinisikan intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan oleh pengetahuan dan penelitian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang di harapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.1 Intervensi pada Pasien Stroke dengan Hambatan Komunikasi Verbal

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Hambatan komunikasi verbal</p> <p>Definisi: penurunan, kelambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan atau menggunakan sistem simbol.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan sirkulasi serebral. 2. Gangguan neuromaskuler. 3. Gangguan pendengaran. 4. Gangguan musculoskeletal. 5. Kelainan palatum. 6. Hambatan fisik (Mis: terpasang trakeostomi, intubasi, krikotiroidektomi). 7. Hambatan individu (Mis: ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi). 8. Hambatan psikologis (Mis: gangguan psikotik, gangguan konsep harga diri rendah, gangguan emosi). 9. Hambatan lingkungan (Mis: ketidakcukupan informasi, 	<p>SLKI</p> <p>Status hambatan komunikasi verbal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara meningkat. 2. Kontak mata meningkat. 3. Afasia menurun. 4. Disfasia menurun. 5. Disartria menurun. 6. Pelo menurun. 7. Pemahaman komunikasi membaik. 	<p>SIKI</p> <p>Promosi komunikasi defisit bicara</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalnya: memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, frustrasi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik <p>Komunikasi Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan metode komunikasi alternatif (misalnya: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misalnya: berdiri di depan pasien, dan pergarkan dengan seksama,

<p>ketiadaan orang dekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing).</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif: 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar. 2. Menunjukkan respon tidak sesuai.</p> <p>Gejala dan Tanda Minor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif: 1. Afasia. 2. Disfasia. 3. Apraksia. 4. Disleksia. 5. Disartria. 6. Afonia. 7. Dislalia. 8. Pelo. 9. Gagap. 10. Tidak ada kontak mata. 11. Sulit memahami komunikasi. 12. Sulit mempertahankan komunikasi. 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah.</p> <p>Kondisi Klinis terkait 1. Stroke 2. Cidera medulla spinalis 3. Trauma 4. Fraktur 5. Osteoarthritis</p>		<p>tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan dan sambil menghindari terlakan, gunakan komunikasi tertulis, dia meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</p> <p>3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>4. Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>5. Berikan dukungan psikologis</p> <p>6. Gunakan juru bicara, jika perlu</p> <p>Edukasi: 1. Anjurkan berbicara perlahan. 2. Anjurkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis, yang berhubungan dengan kemampuan berbicara.</p> <p>Kolaborasi: 1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
---	--	--

6. Osteomalasia		
7. Keganasan		

Sumber: TIM POKJA DPP, (2018)



Tabel 2.2 Analisa Jurnal

No	Tema Penelitian	Nama Peneliti	Jumlah Responden	Metode dan Jenis Penelitian	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Kesimpulan
1.	Pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pada pasien stroke yang mengalami afasia motorik di RSUD Tugurejo Semarang	Penelitian menurut Ghoffar Dwi Agus Haryanto, Dody Setyawan, Muslim Argo Bayu Kusuma. Kata kunci : Afasia Motorik, Stroke, Terapi AIUEO.	Dalam penelitian ini besar sampel penelitian yang dilakukan selama satu bulan yaitu sebanyak 21 responden.	Desain penelitian yang digunakan adalah pra eksperimen dengan pendekatan one group pre-post test design.	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh untuk mengidentifikasi pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke yang mengalami afasia motorik.	Hasil analisis uji statistik dengan menggunakan Paired T Test didapatkan p value 0,000 ($p < 0,05$) yang berarti ada pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke yang mengalami afasia motorik. Rekomendasi hasil penelitian ini adalah agar terapi AIUEO dapat digunakan	Ada pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke yang mengalami afasia motorik.

						sebagai intervensi keperawatan dalam melatih pasien untuk meningkatkan kemampuan bicara.	
2.	Efektifitas terapi AIUEO dan terapi <i>The Token Test</i> terhadap kemampuan berbicara pasien stroke yang mengalami afasia motorik di RS Mardi Rahayu Kudus	Penelitian menurut: Ita Sofiatun, Sri Puguh Kristiyawati, S. Eko Ch. Purnomo Kata kunci : Stroke, Terapi AIUEO, Terapi <i>The Token Test</i> , Peningkatan Kemampuan Bicara.	Sampel yang diambil sebanyak 40 responden	Desain penelitian yang digunakan adalah true exsperiment selama 3 hari dengan perlakuan 1 kali sehari terapi wicara AIUEO dan <i>The Token Test</i> .	Tujuan dari penelitian untuk mengetahui efektifitas terapi AIUEO dan terapi <i>The Token Ttest</i> terhadap kemampuan berbicara pasien stroke iskemik yang mengalami afasia motorik di RS Mardi Rahayu Kudus.	Pada penelitian ini Hasil uji statistik Mann Whitney diperoleh nilai p-value 0,000 (< 0,05), sedangkan nilai z hitung -0,88 > nilai z tabel 0,21.	Dapat disimpulkan efektifitas terapi AIUEO terhadap kemampuan berbicara pasien stroke dengan afasia motorik. Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai program pemulihan pasien stroke yang mengalami

							gangguan bicara pada afasia motorik serta sebagai bahan masukan dalam proses pendidikan ilmu keperawatan dan sebagai acuan dalam penelitian selanjutnya.
3.	Efektivitas terapi AIUEO dan <i>Melodic Intonation Therapy</i> (MIT) terhadap waktu kemampuan bicara pada pasien stroke dengan afasia motorik di RS Panti Wilasa Citarum Semarang	Penelitian menurut : Lia Wahyu Prihatin , Sri Puguh Kristiyawati, M. Syamsul Arief SN Kata Kunci : Terapi AIUEO, <i>Melodic Intonation</i>	Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 16 responden	Penelitian ini menggunakan quasi experiment dengan desain penelitian time series design dengan teknik pengambilan sampel menggunakan total	Untuk mengetahui perbedaan efektifitas terapi AIUEO dan melodic intonation therapy terhadap waktu kemampuan berbicara pada pasien stroke dengan afasia motorik di RS Panti Wilasa	Hasil uji unpaired t test sesudah terapi hari ke-5 didapatkan nilai $p = 0,004$ artinya ada perbedaan yang bermakna antara sesudah terapi AIUEO hari ke-5 dan sesudah	Terapi AIUEO lebih efektif terhadap waktu kemampuan berbicara pada pasien stroke dengan afasia motorik di RS Panti Wilasa Citarum Semarang. Rekomendasi hasil penelitian ini adalah agar terapi AIUEO

		<p><i>Therapy, Stroke, Kemampuan berbicara, Afasia Motorik</i></p>	<p>sampling. Intervensi dilakukan 2 kali sehari selama 5 hari.</p>	<p>Citarum Semarang.</p>	<p><i>Melodic Intonation Therapy</i> hari ke-5. Peningkatan waktu kemampuan berbicara dapat dilihat hari ke-3 dengan rerata skore kemampuan berbicara terapi AIUEO yaitu 16,62 sedangkan rerata skore kemampuan berbicara <i>Melodic Intonation Therapy</i> yaitu 14,38.</p>	<p>dapat dijadikan intervensi keperawatan mandiri dalam meningkatkan kemampuan berbicara pasien stroke dengan afasia motorik.</p>
--	--	--	--	--------------------------	--	---

Terapi wicara atau terapi AIUEO diartikan sebagai suatu ilmu yang mempelajari tentang gangguan bahasa, wicara dan suara yang bertujuan untuk digunakan sebagai landasan membuat diagnosis dan landasan. Terapi wicara dalam penanganan pada pasien stroke non hemoragik adalah membantu memaksimalkan fungsi menelan, bahasa dan bicara pasien.

Banyak Kandungan Isi dari ayat Al Qur'an yang mengisyaratkan tentang pengobatan karena Al Qur'an itu sendiri diturunkan sebagai penawar dan Rahmat bagi orang-orang yang mukmin.

1. Q.S. al-Maidah ayat 90-91

وَالْمَيْسِرِ وَالْأَنْصَابِ وَالْأَزْلَامِ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ
لَعَلَّكُمْ تَفْلِحُونَ

Arab latin: Yā ayyuhalladziina aamanuu innamal khamru wal maisiru wal anṣābu wal azlaamu rijsu min 'amalisy syaiṭāni fajtanibūhu la'allakum tuflihūn

Artinya: Hai orang-orang yang beriman, sesungguhnya (meminum) khamar, berjudi, (berkorban untuk) berhala, mengundi nasib dengan panah, adalah termasuk perbuatan syaitan. Maka jauhilah perbuatan-perbuatan itu agar kamu mendapat keberuntungan.

ذَكَرَ اللَّهُ تَمَّا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمْ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَنْ
وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ

Arab latin: Innamaa yuriidusy syaitaanu ay yuqi'a bainakumul 'adaawata wal-bagdhaa`a fil khamri wal maisiri wa yaşuddakum 'an dzikrillaahi wa 'anish shalaati fa hal antum muntahun

Artinya: Sesungguhnya syaitan itu bermaksud hendak menimbulkan permusuhan dan kebencian di antara kamu lantaran (meminum) khamar dan berjudi itu, dan menghalangi kamu dari mengingat Allah dan sembahyang; maka berhentilah kamu (dari mengerjakan pekerjaan itu).

2. QS. Yunus (10) : 57

لِّلْمُؤْمِنِينَ يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ

Arab-Latin: Yā ayyuhan-nāsu qad jā`atukum mau'izatun mir rabbikum wa syifā`ul limā fiş-şuduri wa hudaw wa rahmatul lil-mu`minīn

Artinya : " Hai manusia , telah datang kepadamu kitab yang berisi pelajaran dari Tuhanmu dan sebagai obat penyembuh jiwa, sebagai petunjuk dan rahmat bagi orang-orang yang beriman".

3. QS. Al Isra (17) : 82

وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ ۖ وَلَا يَرْبُدُّ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا

Arab-Latin: Wa nunazzilu minal-qur`āni mā huwa syifā`uw wa rahmatul lil-mu`minīna wa lā yazīduz-zālimīna illā khasārā

Artinya : " Dan kami menurunkan Al Qur'an sebagai penawar dan Rahmat untuk orang-orang yang mu'min".

2.3.4 Implementasi

Setelah perencanaan asuhan keperawatan tersusun, pada tahap selanjutnya adalah implementasi. Implementasi merupakan pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Wahyuni, 2016). Implementasi adalah pelaksanaan rencana keperawatan yang dilakukan oleh seorang perawat dan klien (Dermawan, 2012). Intervensi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Intervensi keperawatan mencakup:

1. Perawatan langsung

Yaitu penanganan yang dilaksanakan setelah berinteraksi dengan klien. Misal klien menerima intervensi langsung berupa pemberian obat, pemasangan infus intravena dan konseling saat berduka.

2. Perawatan tidak langsung

Yaitu penanganan yang dilakukan tanpa adanya klien, namun tetap representative untuk klien. Misal pengaturan lingkungan klien.

Dalam implementasi tindakan keperawatan memerlukan beberapa pertimbangan, antara lain:

1. Individualitas klien, dengan mengkomunikasikan makna dasar dari suatu implementasi keperawatan yang dilakukan.
2. Melibatkan klien dengan pertimbangan energy yang dimiliki, penyakitnya, hakikat stressor, keadaan psiko-sosio-kultural, terhadap pengertian terhadap penyakit dan intervensi.
3. Pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.

4. Mempertahankan kondisi tubuh agar penyakit tidak menjadi lebih parah serta upaya peningkatan kesehatan.
5. Upaya rasa aman dan bantuan kepada klien dalam memenuhi kebutuhannya.
6. Penampilan perawat yang bijaksana dari segala kegiatan yang dilakukan pada klien.

Beberapa pedoman dalam pelaksanaan implementasi keperawatan (Kozier et al. 1995 dalam Dermawan, 2012) sebagai berikut:

1. Berdasarkan respon klien.
2. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standart pelayanan professional, hukum dan ode etik keperawatan.
3. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia.
4. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan.
5. Mengerti dengan jelas pesan-pesan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan.
6. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan klien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (*self care*).
7. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan.
8. Dapat menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi klien.
9. Memberikan pendidikan dukungan dan bantuan.
10. Bersifat holistic.
11. Kerjasama dengan profesi lain.

12. Melakukan dokumentasi.

Pedoman implementasi meliputi sebagai berikut:

1. Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana.

Validasi menentukan apakah rencana masih relevan, masalah mendesak, berdasar pada rasional yang baik dan diindividualisasikan. Perawat memastikan bahwa tindakan yang sedang diimplementasikan, baik oleh klien, perawat atau yang lain, berorientasi pada tujuan dan hasil. Tindakan selama implementasikan diarahkan untuk mencapai tujuan.

2. Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien dilingkungan yang sesuai.

Perawat harus kompeten dan mampu melaksanakan keterampilan ini secara efisien guna menjalankan rencana. Kesadaran diri dan kekuatan serta keterbatasan perawat menunjang pemberian asuhan yang kompeten dan efisien sekaligus memerankan peran keperawatan profesional.

3. Keamanan fisik dan psikologis klien dilindungi.

Selama melakukan implementasi, keamanan fisik dan psikologis dipastikan dengan mempersiapkan klien secara adekuat, melakukan asuhan keperawatan dengan terampil dan efisien, menerapkan prinsip yang baik, mengindividualisasikan tindakan dan mendukung klien selama tindakan tersebut.

4. Dokumentasi tindakan dan respon klien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan.

Dokumentasi dalam catatan perawatan kesehatan terdiri dari deskripsi tindakan yang diimplementasikan dan respon klien terhadap tindakan yang dilakukan. Tindakan yang tidak diimplementasikan juga dicatat dan disertai alasan. Dokumentasi rencana asuhan untuk meningkatkan kesinambungan asuhan dan untuk mencatat perkembangan klien guna mencapai criteria hasil (Dermawan, 2012).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & walid, 2009). Tujuan evaluasi ini untuk melihat perkembangan klien untuk mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan apakah bisa teratasi, teratasi sebagian, ataupun belum teratasi (Wahyuni, 2016). Menurut Dermawan, 2012 terdapat langkah-langkah penting dalam pencatatan evaluasi yang harus dilakukan:

1. Pengumpulan data dan pembentukan pernyataan kesimpulan.
2. Kepekaan terhadap kemampuan klien untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.

3. Kesadaran faktor lingkungan, sosial dan dukungan keluarga.
4. Melaksanakan tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan.

Pengukuran pencapaian tujuan meliputi:

1. Kognitif : meliputi pengetahuan klien terhadap penyakitnya, mengontrol gejala, pengobatan, diet, aktivitas, persediaan alat, resiko komplikasi, gejala yang harus dilaporkan, pencegahan, pengukuran dan lain-lainnya.
 - a. Interview : *Recall knowledge* (mengingat), komprehensif (menyatakan informasi dengan kata-kata klien sendiri), dan aplikasi fakta (menanyakan tindakan apa yang akan klien ambil terkait dengan status kesehatannya).
 - b. Kertas dan pensil.
2. Afektif : meliputi tukar menukar perasaan, cemas yang berkurang, kemauan berkomunikasi dan sebagainya.
 - a. Observasi secara langsung.
 - b. Feedback dari staf kesehatan lainnya.
3. Psikomotor : observasi secara langsung apa yang telah dilakukan oleh klien.
4. Perubahan fungsi tubuh dan gejala.

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi dan memantau perkembangan klien digunakan komponen SOAP yaitu:

1. S : Data Subyektif

Perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan dikeluhkan dan dikemukakan pasien.

2. O : Data Obyektif

Perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

3. A : Analisis

Penelitian dari kedua jenis data (baik subyektif maupun obyektif) apakah berkembang ke arah perbaikan atau kemunduran.

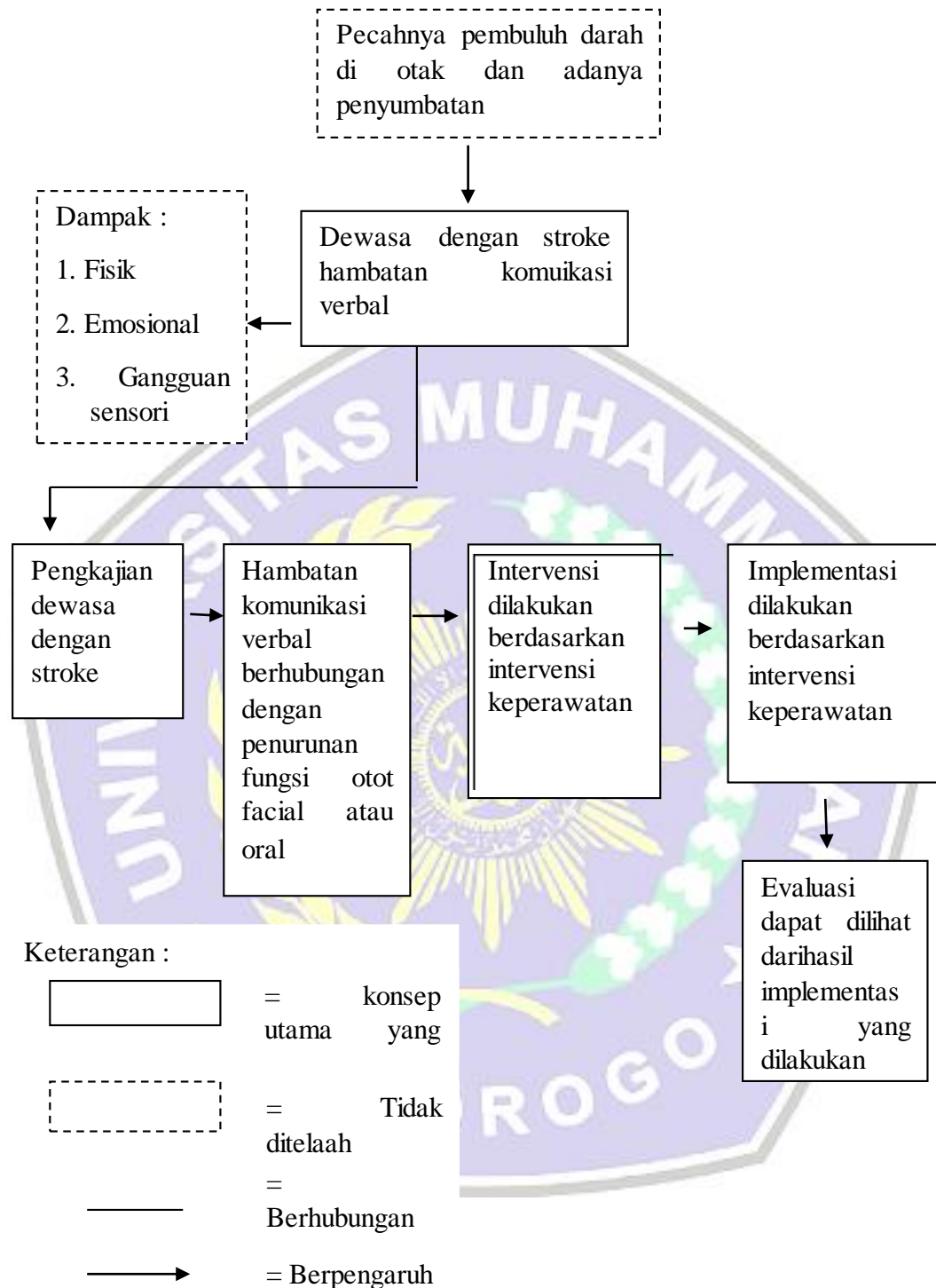
4. P : Perencanaan

Rencana penanganan pasien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

Hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan ada tiga yaitu:

1. Berhasil jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standart yang telah ditetapkan di tujuan.
2. Berhasil sebagian jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian criteria yang telah ditentukan dalam pernyataan tujuan.
3. Belum tercapai jika klien hanya menunjukkan sedikit atau tidak mampu sama sekali menunjukkan perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta timbul masalah baru (Bararah & Jauhar, 2013).

2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.2 Hubungan Antar Konsep Stroke Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Komunikasi Verbal.