

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke merupakan penyakit yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan kerusakan pada peredaran darah otak dalam satu pembuluh darah atau lebih. Stroke akan mengganggu atau mengurangi pasokan oksigen yang umumnya dapat menimbulkan kerusakan serius atau nekrosis pada jaringan otak. (Kowalak, Jenifer P. ,2011).

Stroke adalah kelainan fungsi pada otak yang terjadi secara mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi kapan saja dan pada siapa saja. Stroke sering menjadi penyebab cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak. (Mutaqin,2010)

Stroke merupakan penyakit yang secara umum dapat menyebabkan disabilitas fisik, termasuk di dalamnya adalah gangguan komunikasi atau berbahasa. Afasia merupakan gangguan yang diakibatkan oleh kerusakan pada bagian otak yang bertanggung jawab untuk bahasa, afasia terjadi secara tiba-tiba, seringkali setelah stroke atau cedera kepala. Afasia meliputi gangguan bicara, ekspresi dan pemahaman bahasa (Sheet,2015)

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

2013). Stroke ialah suatu keadaan yang dapat mengakibatkan seseorang mengalami kematian dan kelumpuhan, hal tersebut terjadi karena adanya gangguan perdarahan di otak yang menyebabkan kematian jaringan otak (Batticaca, 2009 dalam Arief. 2015). Penyumbatan dan ruptur yang terjadi akibat pembuluh darah yang membawa oksigen dan darah yang dapat menyebabkan terjadinya stroke, oleh karena itu timbulnya kekurangan oksigen menyebabkan fungsi control gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi (American Heart Association [AHA] (Purnamawati, 2018)

2.1.2 Klasifikasi Stroke

a. Stroke Non Hemoragik (Stroke Iskemik)

Stroke iskemik ialah tipe yang paling umum terjadi (87%) hasil penelitian dari *Center fo Disease Control and Prevention* (2017). Stroke iskemik adalah penyumbatan atau pembekuan darah yang terjadi pada otak (*Heart and Stroke Fondation,2019*). Sumbatan atau bekuan darah menjadi penyebab terjadinya stroke penyempitan beberapa arteri yang mengarah ke otak atau embolus (kotoran) yang terlepas dari arteri ekstrakarnial (arteri yang berada di luar tengkorak) atau jantung dapat disebut sebagai stroke iskemik atau infrak otak. Orang yang sudah berusia lanjut 65 tahun keatas penyumbatan atau penyempitan dapat disebabkan oleh atreosklerosis (mengerasnya arteri). Emboli sering terjadi pada orang yang mengidap penyakit jantung (misalnya denyut jantung yang tidak teratur, denyut jantung yang cepat, penyakit kutub jantung dll), denyut jantung yang tidak teratur (misalnya fibrasi atrium)

menyebabkan bekuan darah dari jantung dan terjadi (stroke kardioembolik). Stroke iskemik terjadi di hemisfer otak, meskipun sebagian juga terjadi di serebelum (otak kecil) atau batang otak, stroke iskemik bersifat ringan apabila terjadi di hemisfer, stroke ini asimtomatik (tidak bergejala, dan terjadi di sepertiga pasien usia lanjut) hanya menimbulkan kelemahan, kecanggungan atau masalah daya ingat. Namun pada stroke ringan berulang atau ganda dapat menimbulkan cacat berat, demensia dan penurunan kognitif (Irfan, 2012).

Berdasarkan patogenesisnya stroke iskemik dibagi menjadi dua yaitu stroke embolik dan stroke trombotik. Stroke embolik terjadi ketika okulasi arteri oleh embolu yang terbentuk di luar bagian otak, sumber embolus yang menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokard atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta (Corwin E, 2010). Sedangkan stroke trombotik diakibatkan oleh okulasi aliran darah yang rata-rata dikarenakan oleh aterosklerosis berat sebelum terjadi stroke trombotik biasanya penderita mengalami salah satu atau lebih serangan iskemik sementara (*transient ischemic attack*, TIA). TIA sendiri merupakan gangguan pembuluh darah otak yang menyebabkan timbulnya defisit neurologis akut yang berlangsung kurang kurang dari 24 jam. (Irfan, 2012).

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan perdarahan ke dalam jaringan otak (yang disebut hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) atau

ke dalam ruang subaraknoid yang merupakan ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (hemoragia subaraknoid). Stroke hemoragik adalah jenis stroke yang paling mematikan, tetapi relative hanya menyusun sebagian kecil total stroke, 10-5% untuk pperdarahan intraserebrum dan 5% untuk kejadian perdarahan subaraknoid (Irfan, 2012). kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat (Wijaya & Putri, 2013)

2.1.3 Etiologi

Stroke iskemik disebabkan oleh adanya gumpalan yang dapat menyumbat pembuluh darah di otak sehingga menimbulkan hilangnya suplai darah ke bagian otak (Heart and Stroke Fondation, 2019). Stroke iskemik disebabkan oleh sumbatan pembuluh darah pada 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). Stroke iskemik disebabkan oleh terjadinya trombosis atau embolis yang mengenai pembuluh darah di otak dan mengakibatkan obstruksi

aliran darah ke bagian otak yang mengenai satu atau lebih pembuluh darah di otak (Juwita, 2018). 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).

Stroke hemoragik (pendarahan) disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah dan mengalirkan darah ke otak dan area extravaskular yang terletak di antara kranium (Juwita, 2018) Stroke hemoragik 6 hingga 7% terjadi akibat adanya perdarahan subaraknoid (subarachnoid hemorrhage), yang mana perdarahan masuk ke ruang subaraknoid yang biasanya berasal dari pecahan aneurisma otak atau AVM (malformasi arteriovenosa). Faktor resiko dari penyakit stroke hemoragik berupa hipertensi, merokok alkohol. Dan peredaran darah subaraknoid bisa berakibat pada kematian atau koma. Pada aneurisma otak, dinding pembuluh darah melemah dan bisa terjadi kongenital atau akibat cedera otak yang meregangkan dan merobek lapisan tengah dinding arteri (Terry & Weaver, 2013).

Tanda dan gejala yang muncul tergantung dengan daerah otak yang terkena. Misal :

- 1) Lobus parietal, fungsinya yaitu untuk sensasi somatik, kesadaran menempatkan posisi.

- 2) Lobus temporal, fungsinya yaitu untuk mempengaruhi indra dan memori
- 3) Lobus oksipital, fungsinya yaitu untuk penglihatan
- 4) Lobus frontal, fungsinya untuk mempengaruhi mental, emosi, fungsi fisik, intelektual. Stroke dapat mempengaruhi fungsi tubuh.

Adapun beberapa gangguanyang dialami pasien yaitu :

- 1) Pengaruh teradap status mental: tidak sadar
- 2) Pengaruh secara fisik: paralise, disfagia, gangguansentuhan dan sensasi, gangguan penglihatan, hemiplegi (lumpuh tubuh sebelah).
- 3) Pengaruh terhadap komunikasi: afasia (kehilangan bahasa), disartria (bicara tidak jelas).

2.1.4 Faktor Resiko

Faktor resiko iyalah salah satu cara pengendalian resiko atau penyebab terjadinya kecacatan strike. Faktor resiko dibagi menjadi beberapa kelompok meliputi *modifiable, nonmodifiable, dan potentially modifiable* (Dipiro *et al.*, 2017). Faktor risiko stroke meliputi atrial fibrilasi, hipertensi, dan diabetes mellitus. (Zeng *et al.*, 2012).

1. Faktor Resiko *Non-Modifiable* (tidak dapat dimodifikasi)

Faktor resiko Non-Modifiable meliputi usia, jenis kelamin dan faktor genetik (Dipiro *et al.*, 2017).

A. Usia

Faktor risiko usia rata-rata stroke menyerang saat seseorang pada fase masa usia lanjut dan produktif ditunjukkan pada hasil persentase suatu profil usia 65 tahun yaitu 33,5%

(PERDOSSI, 2011). Prevalensi stroke yang telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan disebutkan gejala stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia, tertinggi pada usia ≥ 75 tahun dengan persentase diagnosis 43,1% dan diagnosis disertai gejala 57,0% (RISKESDAS, 2013).

B. Jenis kelamin

Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin sesuai diagnosis ataupun diagnosis beserta gejala oleh tenaga kesehatan diperoleh persentase yang mirip antara laki-laki dan wanita namun wanita tetap mendominasi lebih tinggi (RISKESDAS, 2013).

C. Faktor genetik/keturunan

Sebagian besar penderita stroke memiliki faktor riwayat stroke dalam keluarganya. Keturunan dari penderita stroke dapat menyebabkan perubahan penanda aterosklerosis awal, yaitu proses terjadinya penimbunan zat lemak dibawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke. Beberapa penelitian yang telah dilakukan menegaskan bahwa stroke dalam keluarga mencerminkan suatu hubungan antara faktor genetik dengan tidak berfungsinya lapisan dinding pembuluh darah dalam arteri koronaria (Farida & Amalia, 2009). Pada faktor genetik dapat diberikan skrining dan konseling baik kepada keluarga penderita stroke maupun penderita stroke yang di karenakan faktor genetik. (PERDOSSI, 2011).

2. Faktor Resiko *Modifiable Well Documented* (dapat dimodifikasi dengan dokumentasi yang baik)

Faktor resiko ini meliputi merokok, hipertensi, kardiovasekuler, diabetes dan obesitas. (Dipiro *et al.*, 2017).

A. Merokok

Merokok tidak dianjurkan oleh pasien stroke dan harus dihentikan baik oleh perokok aktif maupun pasif, hal ini dikarenakan hasil data epidemiologi menunjukkan perokok aktif dan pasif memiliki dampak peningkatan terhadap terjadinya stroke (PERDOSSI, 2011). Rokok mengandung nikotin sehingga membuat jantung harus bekerja keras karena frekuensi denyut jantung dan tekanan darah meningkat (Indarwati, Sari, & Dewi, 2008). Pada perokok akan timbul plaque pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan terjadi penumpukan pada arterosklerosis dan kemudian berakibat pada stroke (Wijaya & Putri, 2013).

B. Hipertensi

Hipertensi adalah faktor resiko baik untuk orangtua maupun orang dewasa (Irfan, 2012). Hipertensi atau memiliki tekanan darah tinggi apabila tekanan sistolik melebihi dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg (PERKI, 2015).

Hipertensi yang merusak pembuluh darah di otak dapat menjadi penyebab terjadinya resiko stroke dan terjadinya kerusakan di otak berbanding lurus dengan resiko peningkatan derajat tekanan (Katzung, 2015). Dari beberapa faktor resiko yang

memiliki potensi tinggi terjadi strok adalah Hipertensi. (Dipiro et al., 2017). Lebih lanjut, penelitian di New Zeland menunjukkan hanya 42,7% dari seluruh populasi penderita stroke yang mengetahui bahwa hipertensi adalah sebagai faktor risiko stroke (Bay et al., 2015). Pengetahuan pasien yang rendah tentang faktor risiko menjadi penyebab tidak taatnya pasien terhadap pengobatan (Hafsteinsdóttir, Vergunst, Lindeman, & Schuurmans, 2011). Selain itu, kurang pengetahuan tentang tanda peringatan stroke juga menyebabkan pasien terlambat mencari pertolongan ketika mendapat serangan stroke.

C. Diabetes

Diabetes adalah tingginya kadar gula yang tidak normal dalam tubuh manusia. Diabetes menjadi salah satu faktor resiko stroke hemoragik dengan presentase hasil penelitian sebesar 57,4% (Darotin, 2017). Pada penderita diabetes akan mengalami vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi aterosklerosis, terjadinya aterosklerosis menyebabkan emboli dan kemudian terjadilah sumbatan dan terjadi iskemia, iskemia dapat menimbulkan perfusi otak menurun sehingga terjadi stroke. (Wijaya & Putri, 2013)

D. Penyakit kardiovasekuler

Penyakit jantung, seperti fibrilasi atrial (jenis gangguan irama jantung), penyakit jantung reumatik, jantung koroner dan orang yang melakukan pemasangan katub jantung buatan akan

meningkatkan resiko terjadinya penyakit stroke, pada fibrilasi atrium dapat menyebabkan penurunan CO², sehingga perfusi darah ke otak menurun, dan otak mengalami kekurangan oksigen dan terjadilah stroke(Wijaya & Putri, 2013)

E. Obesitas

Obesitas merupakan salah satu pemicu atau faktor risiko penyebab stroke hemoragik yang memiliki persentase 67,3%. Hasil ini jika dibandingkan dengan seseorang yang memiliki berat badan normal memiliki hasil persentase yang jauh berbeda yaitu 32,7%. Sehingga, faktor obesitas dapat menjadi pemicu terjadinya stroke hemoragik selain itu obesitas juga dapat dikatakan sebagai faktor prediktor dominan yang digunakan untuk memprediksi terjadinya kematian pada stroke hemoragik (Darotin, 2017)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Stroke menimbulkan efek yang bergantung pada bagaimana otak yang terluka dan seberapa parah bagian otak yang terluka, stroke yang parah dapat menimbulkan kematian yang mendadak (World Health Organization, 2015). Stroke merupakan suatu penyakit yang diakibatkan oleh trauma neurologik akut yang bermanifestasi sebagai perdarahan atau infark otak. Manifestasi klinik pada penderita infark otak awalnya ditandai dengan pucat,substansi grisea menjadi terkongesti yang ditandai dengan vasodilatasi pembuluh darah dalam beberapa jam atau beberapa hari, serta dapat mengalami distensi dan perdarahan patekai kecil (Harisson, 2015).

Gejala stroke ditandai dengan badan terasa lemas secara tiba-tiba atau mati rasa pada sebagian wajah, lengan atau kaki dan paling sering terjadi pada separuh bagian tubuh. selain itu juga ditandai dengan rasa bingung, gangguan berbicara, gangguan pemahaman pengucapan, gangguan pada penglihatan salah satu atau keduanya, gangguan pada berjalan, pusing, kehilangan keseimbangan tubuh, rasa sakit pada kepala yang tidak diketahui penyebabnya hingga pingsan (World Health Organization, 2015). Perbedaan yang timbul antara pasien stroke iskemik dan hemoragik yaitu stroke iskemik tidak disertai sakit kepala dan gejalanya tidak menyakitkan sedangkan stroke hemoragik gejalanya lebih parah dari stroke iskemik (Dipiro et al., 2017)

Manifestasi klinis stroke menurut Mansjoer (2014) adalah :

1. Defisit lapang penglihatan

a. Homonymous hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan). Tidak menyadari objek ditempat kehilangan penglihatan, mengakibatkan salah satu sisi tubuh kesulitan menilai jarak.

b. Kesulitan penglihatan perifer

Kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari obyek atau batas obyek.

c. Diplopia

Penglihatan ganda.

2. Defisit motorik

a. Hemiparase

Kelemahan pada wajah, lengan dan pada kaki. Paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan)

b. Ataksia

1) Berjalan tidak tegak

2) Disastria /Kesulitan membentuk dalam kata.

3) Disfagia /Kesulitan dalam menelan.

3. Defisit verbal

a. Afasia ekspresif

Tidak mampu membentuk kata yang mampu dipahami, mungkin dapat bicara namun dalam respon kata tunggal.

b. Afasia reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal.

c. Afasia global

Kombinasi dari afasia reseptif dan afasia ekspresif.

4. Defisit kognitif

Kehilangan memori jangka pendek dan jangka panjang, kerusakan untuk berkonsentrasi, penurunan lapang perhatian, perubahan penilaian.

5. Defisit emosional

Pada penderita stroke akan kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, perasaan isolasi

2.1.6 Patofisiologi

Otak sangat bergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Apabila aliran darah yang menuju ke otak terhambat karena adanya trombus dan embolus maka mulai terjadi kekurangan oksigen jaringan otak. Kekurangan oksigen selama satu menit dapat mengarah pada gejala penyebab nekrosis mikroskopik neuron-neuron, area nekrosis tersebut disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya akibat iskemia (karena hipotensi atau henti jantung) atau hipoksia dikarenakan akibat proses anemia dan kesukaran bernafas. Stroke akibat embolus dapat berakibat dari bekuan darah, udara, ateroma, plak, fragmen lemak, abnormalitas vaskuler, aneurisma serabut dapat mengakibatkan ruptur sehingga menyebabkan hemorragi, apabila etiologi stroke adalah hemorragi maka faktor pencetusnya ialah hipertensi (Wijaya & Putri, 2013).

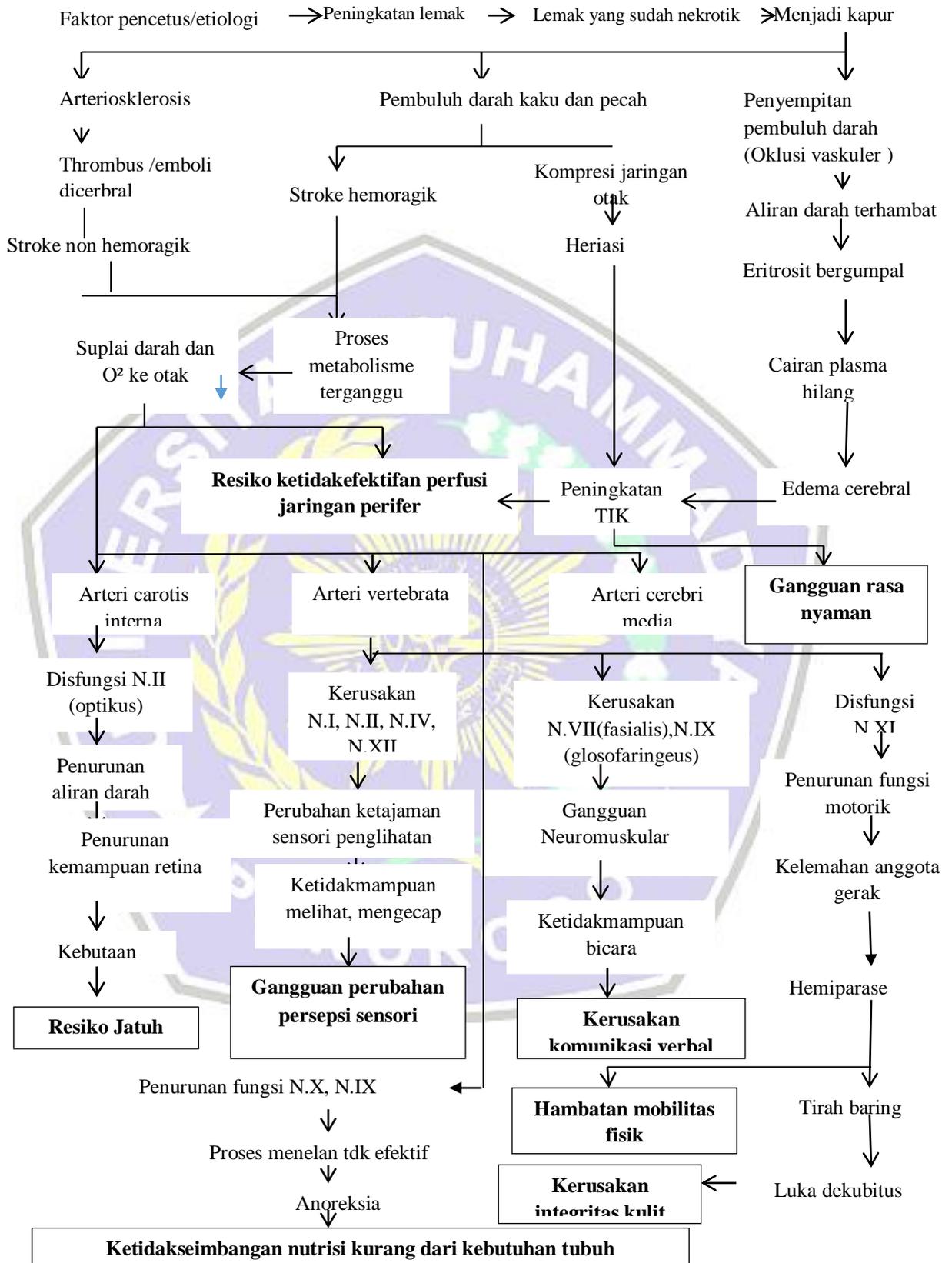
Pada stroke trombotik maka otak mengalami iskemia dan infark sulit untuk ditentukan. Ada kemungkinan stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak mana yang terkena dan luasnya saat terkena. (Wijaya & Putri, 2013). Bila terjadi kerusakan pada bagian otak kiri,

maka akan terjadi gangguan pada fungsi bicara, berbahasa dan matematika (Farida & Amalia, 2009).

Apabila pada arteri serebri media tersumbat di dekat percabangan kortikal (pada cabang arteri) dapat menimbulkan afasia berat yang mengenai hemisfer serebri domain bahasa (Mutaqin, 2011).

Lesi (perdarahan, infark dan tumor) yang terjadi pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area wernicke) penyebab afasia reseptif, yaitu klien tidak dapat memnuhi bahasa lisan dan tertulis, kelainan ini dapat dicurigai apabila klien tidak bisa memahamis setiap perintah atau pertanyaan yang di ajukan. lesi yang terjadi pada area fasikulus arkuatus yang menghubungkan area broca dapat mengakibatkan afasia konduktif, yaitu klien tidak mengulangi kalimat-kalimat dan sulit menyebutkan nama benda namun dapat mengikuti perintah. Lesi yang terjadi pada posterior girus frontalis inferior (broca) merupakan afasia eksprektif, yaitu klien dapat mengerti terhadap apa yang dia dengar namun tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar (Mutaqin, 2011).

2.1.7 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Stroke (Wijaya, 2015)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Stroke

Pemeriksaan penunjang adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan untuk memperkuat diagnosis. Pemeriksaan penunjang ini digunakan untuk mengetahui secara pasti stroke dan subtipe nya, untuk mengidentifikasi penyebab utamanya dan penyakit penyerta, selain itu juga dapat untuk menentukan strategi pemilihan terapi dan memantau kemajuan dalam pengobatan (Bakhtiar, 2016).

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 serebrum (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 (EKG)

Untuk mengetahui keadaan jantung dimana jantung berperan dalam menyuplai darah ke otak. Dapat membantu mengidentifikasi penyebab

penybab kardiak apabila stroke emboli dicurigai terjadi (Hartono, 2010).

5. Elektro Encephalo Grafi (EEG)

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

6. Angiografi serebral

Pada serebral angiografi membantu secara spesifik penyebab stroke seperti perdarahan atau obstruksi arteri, memperlihatkan secara tepat letak oklusi atau rupture. (Wijaya & Putri, 2013)

7. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah lengkap fungsi ginjal, pemeriksaan elektrolit, lipid, kadar glukos, trigliserida dan kolersterol dilakukan untuk menegakan diagnose(Hartono, 2010).

8. Pemeriksaan foto thorax

Memperlihatkan keadaan jantung apakah terdapat pembesaran pada ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda dari hipertensi kronis pada penderita stroke, untuk mengambarakan perubahan pada kelnjar lempeng pincal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas (Doengoes, 2000) (Wijaya & Putri, 2013).

9. Pemeriksaan GCS *Glasgow Coma Scale*

Tingkat kesadaran merupakan pemeriksaan neurologis yang digunakan untuk menilai secara komperhensif pasien sakit kritis.dan memberikan informasi proganosis. Proganosis digunakan untuk mempermudah penanganan pasien agar menjaadi optimal. Skala koma yang ideal

seharusnya bersifat lincer atau memiliki bobot yang sama bagi setiap komponen, mengukur yang seharusnya diukur, valid atau menghasilkan nilai yang sama pada pemeriksaan berulang dan mudah digunakan. salah satu skala koma yang digunakan dikenal dengan GSC (Dewi R, 2016). Pembagian tingkat kesadaran menurut Hartanto dibagi menjadi 4 jika berdasarkan total satuan angka yaitu compos mentis (15), somnolen (12-14), sopor (8-11), dan koma (3-7) (Hartanto, 2019).

2.1.9 Penatalaksanaan Stroke

Penatalaksanaan terapi pada pasien stroke dilakukan untuk mengurangi kerusakan neurologik lebih lanjut, menurunkan angka kematian dan ketidakmampuan gerak (immobility) serta mencegah terjadinya stroke yang berulang (Handayani, 2018).

Menurut Tarwoto (2013) penatalaksanaan stroke terbagi atas :

1. Penatalaksanaan umum

a. Pada fase akut

1) Terapi cairan

stroke sangat beresiko terjadi dehidrasi akibat penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. terapi cairan ini digunakan untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. The american heart association telah menganjurkan normal saline 50ml/jam selama jam-jam pertama terserang stroke iskemik akut. Setelah stroke hemodinamik stabil maka terapi cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Setelah fase akut stroek,

larutan rumatan bisa diberikan untuk memelihara hemoestasis elektrolit, khususnya kalium dan natrium.

2) Terapi oksigen

Pada pasien yang mengalami stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak, sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurasi hipoksia dan mempertahankan metabolisme otak. Pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil dari pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.

3) Penatalaksanaan untuk peningkatan tekanan intra kranial (TIK).

Peningkatan pada TIK disebabkan oleh adanya edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, control atau pengendalian tekanan darah

- 4) Monitor fungsi pernafasan : analisa gas darah
- 5) Monitor jantung dan tanda-tanda vital dengan pemeriksaan EKG
- 6) Evaluasi status cairan dan elektrolit
- 7) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan
- 8) Pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
- 9) Pemberian antikoagulan untuk mencegah emboli paru dan tromboflebitis
- 10) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan reflex

b. Fase rehabilitasi

Pertahankan nutrisi yang adekuat, program manajemen bladder dan bowel, memertahankan keseimbangan tubuh dengan rentang gerak sendi (ROM), pertahankan integritas kulit, pertahankan komunikias yang efektif, pemenuhan kebutuhan sehari-hari

c. Pembedahan

Dilakukan apabila perdarahan serebrum diameter lebih dari 50 ml untuk dikompresi atau pemasangan pintasan vertikuloperitoneal apabila ada hidosefalus obstruksi akut.

d. Terapi obat

- 1) Anthihipertensi :katopil, antagonis kalsium
- 2) Antikolvusan: fenitoin
- 3) Diuretic: manitol 20%, furosmid

e. Pemeriksaan Saraf Kranial

1. Saraf I (olfaktorius) Teknik pemeriksaan dimulai dengan mata klien ditutup dan pada saat yang sama satu lubang hidung ditutup, klien diminta membedakan zat aromatis lemah seperti vanili, cologne dan cengkeh (Mutaqin, 2011).
2. Saraf II (optikus) Pemeriksaan saraf optikus meliputi tes ketajaman penglihatan, tes lapang pandang dan tes fundus (Mutaqin, 2011).
3. Saraf III (okulomotor), IV (troklearis), VI (abdusen) Pemeriksaan saraf okulomotor, troklearis dan abdusen meliputi pemeriksaan fungsi dan reaksi pupil, observasi bentuk dan ukuran pupil,

perbandingan pupil kanan dan kiri, pemeriksaan refleks pupil, pemeriksaan gerakan bolamata volunter dan involunter (Mutaqin, 2011).

4. Saraf V (trigeminus) Pemeriksaan fungsi saraf trigeminus meliputi pemeriksaan fungsi motorik saraf trigeminus, pemeriksaan fungsi saraf sensorik trigeminus dan pemeriksaan refleks trigeminal (Mutaqin, 2011). 34

5. Saraf VII (fasialis) adalah dengan menginspeksi adanya asimetri wajah, kemudian lakukan tes kekuatan otot dengan meminta klien memandang keatas dan mengerutkan dahi, selanjutnya klien disuruh menutup kedua matanya dengan kuat dan bandingkan seberapa dalam bulu mata terbenam dan kemudian mencoba memaksa kedua mata klien untuk terbuka (Mutaqin, 2011).

6. Saraf VIII (vestibulokoklearis/saraf akustikus) Perawat dapat memeriksa fungsi vestibular dimulai dengan mengkaji adanya keluhan pusing, gangguan pendengaran. Pemeriksaan vestibular dapat dengan pemeriksaan pendengaran dengan garputala (Mutaqin, 2011)

7. Saraf IX dan X (glosofaringeus dan vagus) Langkah pertama evaluasi saraf glosofaringeus dan vagus adalah pemeriksaan palatum mole. Palatum mole harus simetris dan tidak boleh miring kesatu sisi. Kalau klien mengucapkan “ah”, palatum mole harus terangkat secara simetris. Reflek menelan diperiksa dengan

memperhatikan reaksi wajah klien waktu minum segelas air (Mutaqin, 2011).

8. Saraf XI (asesorius) Fungsi saraf asesorius dapat dinilai dengan memperhatikan adanya atrofi sternokleidomastoideus dan trapezius dan dengan menilai kekuatan otot tersebut. Untuk menguji 35 kekuatan otot sternokleidomastoideus, klien diminta untuk memutar kepala ke arah satu bahu dan berusaha melawan usaha pemeriksa untuk menggerakkan kepala ke arah bahu yang berlawanan. Kekuatan otot sternokleidomastoideus pada sisi yang berlawanan dapat dievaluasi dengan mengulang tes ini pada sisi yang berlawanan (Mutaqin, 2011).

9. Saraf XII (hipoglosus) Pada pemeriksaan klien disuruh menjulurkan lidahnya yang mana yang akan berdeviasi kearah sisi yang lemah (terkena) jika terdapat lesi upper atau lower motor neuron unilateral. Lesi upper motor neuron dari saraf hipoglosus biasanya bilateral dan menyebabkan imobil dan kecil. Kombinasi lesi upper motor neuron bilateral dari saraf IX,X, XII disebut kelumpuhan pseudobulber. Lesi lower motor neuron dari saraf XII menyebabkan fasikulasi atrofi dan kelumpuhan serta disartria jika lesinya bilateral (Mutaqin, 2011).

2.2 Konsep Gangguan Komunikasi Verbal

2.2.1 Definisi

Gangguan komunikasi verbal merupakan penurunan, perlambatan ketidakmampuan untuk menerima, memproses mengirim dan menggunakan simbol (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Gangguan komunikasi verbal merupakan penurunan, perlambatan, atau ketidakmampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan atau menggunakan sistem simbol (PPNI, 2016).

2.2.2 Klasifikasi

Beberapa macam gangguan komunikasi sebagai berikut:

1. Disartia (dysartia)

Disartia adalah keadaan dimana melemahnya otot pada muka, lidah dan juga tengorokan yang membuat kesulitan saat berbicara. Walaupun penderita memahami bahasa verbal, cedera di salah satu pusat pengendalian bahasa di bagian otak sangat berdampak pada komunikasi verbal. beberapa gejala yang umumnya dirasakan oleh penderita disartria adalah:

- a) Suara serak atau sengau
- b) Nada bicara monoton
- c) Irama berbicara yang tidak biasa
- d) Berbicara terlalu cepat atau berbicara dengan lambat
- e) Tidak mampu berbicara dengan volume keras, atau malah berbicara dengan volume terlalu pelan.
- f) Bicara cadel

- g) Kesulitan menggerakkan lidah atau otot-otot wajah
- h) Kesulitan menelan (disfagia), yang bisa menyebabkan air liur keluar secara tidak terkontrol

Gangguan bahasa diakibatkan oleh kerusakan pada cuping temporal atau pariental otak sebelah kiri (Indah, 2017).

2. Afasia

Afasia merupakan gangguan dalam berbahasa. Dalam hal ini pasien menunjukkan gangguan dalam berbicara secara spontan, pemahaman, repetisi (mengulang) dan menulis (Lumbantobing, 2011). 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 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 ketidak mampuan 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.

b. Afasia ekspresif atau sensorik

Apabila yang terkena adalah pusat pengendalian bahasa diisi 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). Pada kelainan ini ditandai dengan sulitnya untuk menyusun pikiran dan perasaan. Bicara lisan tidak lancar terputus-putus dan sering kali ucapannya tidak dimengerti oleh orang lain. Seorang yang menderita kelainan ini mengerti rangsangan yang diterima tetapi kesulitan untuk mengucapkan. Seseorang yang menderita afasia kesulitan untuk menjawab dan hanya menunjukan barang atau arah yang di tuju.

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.

2.2.3 Etiologi

Gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke dapat terjadi apabila stroke menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, karena pada otak kiri berfungsi untuk menganalisis, pikiran logis, konsep dan

memahami bahasa (Sofwan,2010). Afasia dapat timbul akibat cedera otak di area Broca, dan Wernicke dan jalur yang menghubungkan keduanya, kedua area ini terletak di hemisfer kiri otak dan pada hemisferkiri merupakan tempat kemampuan berbahasa.

2.2.4 Manifestasi klinis

Beberapa perilaku dan defisit komunikasi tertentu yang merupakan ciri khas dari afasia :

1. Gangguan ekspresi verbal.
2. Preseveration
3. Gangguan pemahaman pendengaran.
4. Paraphasia.(kesalahan keluaran berbahasa yang ditandai dengan produksi suku kata,kata atau frasa yang tidak diinginkan selama upaya berbicara)
5. Kesalahan atau tata bahasa.
6. Gangguan berbicara.
7. Gangguan membaca ability.
8. Kesulitan mengulang kata.
9. Gangguan kemampuan menulis.
10. Kesulitan menggunakan atau memahami gerakan.

(Shiple & Mcfee, 2016).

2.2.5 Penatalaksanaan

Dalam penatalaksanaan utama stroke dengan masalah perawatan hambatan komunikasi verbal (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018) dapat dilakukan dengan memberikan promosi komunikasi

:Defisit bicara, dalam penatalaksanaan stroke dengan masalah perawatan defisit komunikasi dilakukan dengan memberikan tindakan :

A. Observasi:

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

B. Komunikasi Terapeutik

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, den pergarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan dan sambil menghindari terlakan, gunakan komunikasi tertulis, dia meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
4. Ulangi apa yang disampaikan pasien
5. Berikan dukungan psikologis
6. Gunakan juru bicara, jika perlu

C. Teknik Latihan Vokal AIUEO

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Agus Haryanto, Setyawan, & Bayu Kusuma (2014) menunjukkan adanya pengaruh dari terapi AIUEO terhadap kemampuan untuk bicara pada penderita stroke dengan afasia motorik. Kemampuan bicara mengalami peningkatan pada minggu ke tiga setelah diberikan terapi AIUEO dan akan bermakan atau mengalami peningkatan kemampuan dalam berbicara pada hari ke 5 sampai dengan ke 7 Penenelitu ini menjelaskan bahwa pemberian terapi ini dilakukan dua kali sehari dalam seminggu.f. Prosedur Latihan Menurut Lutfie (2012),

prosedur latihan pada terapi vokal adalah sebagai berikut :

1. Berdiri didepan cermin atau duduk jika berdiri dirasa membuat lelah
2. Ucapkan (keluarkan suara) vokal a, i, u, e, o dengan suara yang keras
Latihan ini membiasakan agar lidah tidak kelu
3. Jika bosan dengan cara ini, bacalah koran atau majalah dengan suara keras

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan yang melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien untuk mengetahui permasalahan yang ada. Data pengkajian mencakup biopsikososial spiritual atau data yang berhubungan dengan masalah pasien serta data tentang faktor-faktor yang mempengaruhi data pasien. Dalam pengumpulan data perangkat atau format yang dimiliki

dapat disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Pada penelitian ini sumber data yang dibutuhkan adalah sumber data utama yaitu dari pasien dan sumber data sekunder dari keluarga atau perawat ruangan (Hidayat, 2012). Pengkajian dilakukan 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

Keluhan utama datang ke rumah sakit dengan : 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 penyakit

a. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan sekarang merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dibawa ke rumah sakit. .

Biasanya terjadi nyeri pada 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

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

Adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat dari generasi keluarga terdahulu (Muttaqin, 2011).

4. 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.

Tabel 2.1 Pemeriksaan GCS

a) Membuka mata (*eye*)

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NILAI
1	Membuka mata secara spontan	4
2	Membuka mata dengan stimulus suara (panggilan)	3
3	Membuka mata dengan stimulus nyeri	2
4	Tidak ada respon	1

b) Pemeriksaan Verbal (V)

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NILAI
1	Respon verbal tepat atau spontan	5
2	Percakapan membingungkan	4
3	Berbicara tetapi tidak berarti	3
4	Mengerang atau tidak mampu mengucapkan kata	2
	Tidak ada respon	1

c) Pemeriksaann motorik (M)

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NILAI
1	Mampu melakukan sesuai perintah	6
2	Diberikan rangsangan tetapi pergerakan normal	5
3	Diberikan rangsangan lengan langsung fleksi (mengangkat lengan ke dalam)	4

	dan kaki sama ada pergerakan fleksi ke dalam	
4	Diberikan rangsangan tetapi fleksi pelan-pelan (mengangkat kedalam tapi pelan)	3
5	Diberikan rangsangan langsung ekstensi (mengangkat lengan keluar)	2
6	Dipanggil, diberi rangsangan tidak ada respon	1

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 :

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

Konjungtiva anemis, pupil isokor, sklera ikterus, mata tampak cowong. 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

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 tidak 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, ada atau tidaknya pembesaran tiroid, pembesaran vena jugularis.

7) Pemeriksaa thorax :

I : bentuk dada simetris tidak ada retraksi

P: vokal fremitus simetris

P : sonor

A: suara nafas ronchi

Jantung :

I :ICS tidak tampak

P :tidak ada pembesaran jantung, ICS teraba di ICS V

P: redup

P:reguler

8) Abdomen

I : Melihat bentuk perut simetris atau tidak

A :bising usus 18x/mnt

P: ada atau tidaknya nyeri tekan,

P: tympani.

9) Genetalia

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

10) Ekstremitas

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

Tabel 2.2 Pemeriksaan Ekstremitas

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NILAI
1	Mampu menggerakkan persendian dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh	5
2	Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang	4
3	Hanya mampu melawakan gaya gravitasi	3
4	Tidak mampu melawan gaya garvitasi (gerakan paisf)	2
5	Kontraksi otot tidak dapat di palpasi tanpa gerakan persendian	1
6	Tidak ada kontraksi otot	0

11) 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

1. Saraf (olfaktorius) Teknik pemeriksaan dimulai dengan mata klien ditutup dan pada saat yang sama satu lubang hidung ditutup, klien diminta membedakan zat aromatis lemah seperti vanili, cologne dan cengkeh (Mutaqin, 2011).
3. Saraf II (optikus) Pemeriksaan saraf optikus meliputi tes ketajaman penglihatan, tes lapang pandang dan tes fundus (Mutaqin, 2011).
4. Saraf III (okulomotor), IV (troklearis), VI (abdusen) Pemeriksaan saraf okulomotor, troklearis dan abdusen meliputi pemeriksaan fungsi dan reaksi pupil, observasi bentuk dan ukuran pupil, perbandingan pupil kanan dan kiri, pemeriksaan refleks pupil, pemeriksaan gerakan bolamata volunter dan involunter (Mutaqin, 2011).
5. Saraf V (trigeminus) Pemeriksaan fungsi saraf trigeminus meliputi pemeriksaan fungsi motorik saraf trigeminus, pemeriksaan fungsi saraf sensorik trigeminus dan pemeriksaan refleks trigeminal (Mutaqin, 2011). 34
6. Saraf VII (fasialis) adalah dengan menginspeksi adanya asimetri wajah, kemudian lakukan tes kekuatan otot dengan meminta klien memandang keatas dan mengerutkan dahi, selanjutnya klien disuruh menutup kedua matanya dengan kuat dan bandingkan seberapa dalam bulu mata terbenam dan kemudian mencoba memaksa kedua mata klien untuk terbuka (Mutaqin, 2011).

7. Saraf VIII (vestibulokoklearis/saraf akustikus) Perawat dapat memeriksa fungsi vestibular dimulai dengan mengkaji adanya keluhan pusing, gangguan pendengaran. Pemeriksaan vestibular dapat dengan pemeriksaan pendengaran dengan garputala (Mutaqin, 2011)
8. Saraf IX dan X (glosofaringeus dan vagus) Langkah pertama evaluasi saraf glosofaringeus dan vagus adalah pemeriksaan palatum mole. Palatum mole harus simetris dan tidak boleh miring kesatu sisi. Kalau klien mengucapkan “ah”, palatum mole harus terangkat secara simetris. Reflek menelan diperiksa dengan memperhatikan reaksi wajah klien waktu minum segelas air (Mutaqin, 2011).
9. Saraf XI (asesorius) Fungsi saraf asesorius dapat dinilai dengan memperhatikan adanya atrofi sternokleidomastoideus dan trapezius dan dengan menilai kekuatan otot tersebut. Untuk menguji 35 kekuatan otot sternokleidomastoideus, klien diminta untuk memutar kepala ke arah satu bahu dan berusaha melawan usaha pemeriksa untuk menggerakkan kepala ke arah bahu yang berlawanan. Kekuatan otot sternokleidomastoideus pada sisi yang berlawanan dapat dievaluasi dengan mengulang tes ini pada sisi yang berlawanan (Mutaqin, 2011).
10. Saraf XII (hipoglosus) Pada pemeriksaan klien disuruh menjulurkan lidahnya yang mana yang akan berdeviasi kearah sisi yang lemah (terkena) jika terdapat lesi upper atau lower motor

neuron unilateral. Lesi upper motor neuron dari saraf hipoglossus biasanya bilateral dan menyebabkan imobil dan kecil. Kombinasi lesi upper motor neuron bilateral dari saraf IX, X, XII disebut kelumpuhan pseudobulber. Lesi lower motor neuron dari saraf XII menyebabkan fasikulasi atrofi dan kelumpuhan serta disartria jika lesinya bilateral (Mutaqin, 2011).

1. Pemeriksaan fungsi serebral

Pemeriksaan fungsi serebral pada pasien stroke dilakukan dengan :

Pemeriksaan tingkat kesadaran kesadaran merupakan keadaan sadar terhadap diri sendiri dan lingkungannya. Keadaan sadar adalah keadaan terjaga dan waspada dimana penderita akan bereaksi sepenuhnya serta adekuat terhadap rangsangan visual, sensibel dan auditori.

Pemeriksaan yang dilakukan pada pasien stroke :

- a) Composmentis keadaan sadar penuh
- b) Apatis keadaan acuh tak acuh
- c) Derilium merupakan tingkat kesadaran rendah, salah persepsi dan kacau
- d) Somnolen sadar tetapi seperti orang mengantung
- e) Soportidak ada respon tetapi apabila ada respon kuat sadar
- f) Semi koma yaitu tidak ada respon terhadap rangsangan verbal
- g) Koma yaitu saat diberikan stimulus atau rangsangan tidak bereaksi, pupil diberikan cahaya tidak merespon.

2.3.2 Diagnosis

Diagnosa keperawatan merupakan sebuah label singkat yang menggambarkan kondisi klien. Yang berisi tentang pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan, masalah aktual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan untuk menentukan intervensi keperawatan yang berguna untuk mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah kesehatan pada klien (wilkinson, 2012) Diagnosa berfokus pada gangguan komunikasi verbal yang merupakan penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan menggunakan simbol (PPNI, 2016). Pada studi kasus ini peneliti mengambil satu diagnosa yang muncul pada penderita stroke yaitu :

1. Hambatan Komunikasi verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular.

2.3.3 Perencanaan

Dalam menentukan rencana tindakan terdapat beberapa intruksi tindakan keperawatan yang merupakan salah satu bentuk tindakan yang merupakan bentuk tindakan perawat dan pengobatan dimana perawat mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan kepada pasien. Perawat dan pengobatan dirancang untuk membantu pencapaian satu atau lebih tujuan sehingga dapat mengurangi, mencegah dan menghilangkan masalah yang diderita pasien (Hidayat, 2012). 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 2.3 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 	<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,frustasi, 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:

<p>informasi, 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</p>		<p>menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)</p> <p>2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misalnya: berdiri di depan pasien, dan pergarkan dengan seksama, 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>
---	--	---

5. Osteoarthritis 6. Osteomalasia 7. Keganasan		Edukasi: 1. Anjurkan berbicara perlahan. 2. Anjurkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis, yang berhubungan dengan kemampuan berbicara. Kolaborasi: 1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
--	--	--

2.3.4 Implementasi

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

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi yang dilakukan pada pasien dilakukan untuk mengukur tentang kemampuan pasien dalam

berkomunikasi. Dalam perumusan evaluasi keperawatan menggunakan SOAP, yaitu:

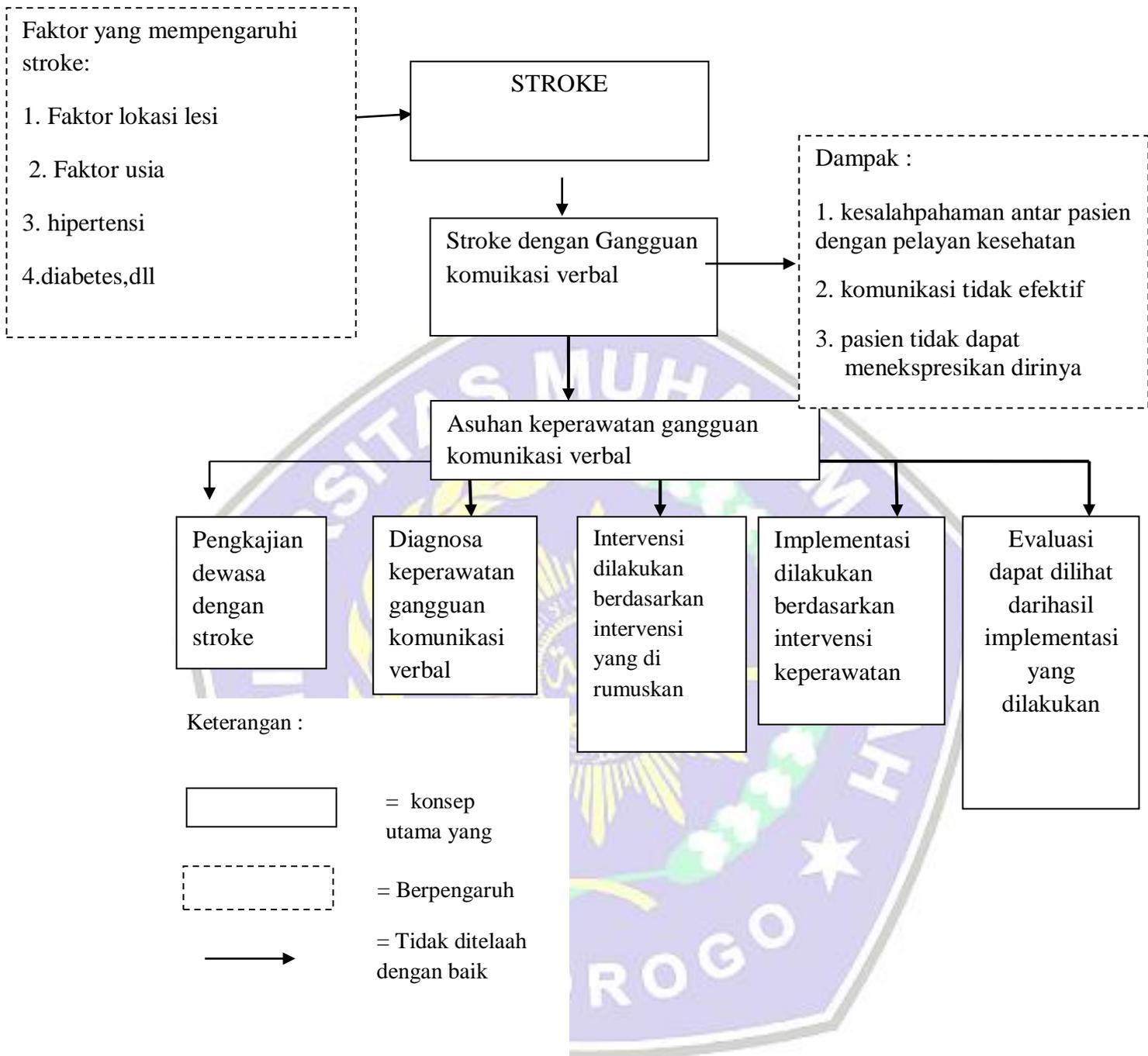
1. S (Subjektif) merupakan data berupa keluhan pasien,
2. O (Objektif) merupakan hasil dari pemeriksaan,
3. A (Analisa Data) merupakan pembandingan data dengan teori,
4. P (Perencanaan) merupakan tindakan selanjutnya yang akan dilakukan oleh perawat (Hidayat, 2012).

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

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



2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.2 Hubungan Antar Konsep Pasien Stroke dengan Gngangguan Komunikasi Verbal

ANALISA JURNAL STUDI

LITERATUR

Tabel 2.4 Analisa Jurnal

NO	Tema Penelitian	Nama peneliti	Jumlah responden	Metode dan jenis penelitian	Tujuan penelitian	Hasil penelitian	Kesimpulan
1.	Terapi AIUEO terhadap kemampuan berbicara (AFASIA MOTORIK) PADA PASIEN STROKE	Penelitian menurut Ni Made Dwi Yunica, Putu Indah Sintya Dewi, Mochamad Heri, Ni Kadek Erika Widiari. (2019) Kata Kunci: Kemampuan Berbicara, Terapi AIUEO	Dalam penelitian ini besar sampel penelitian sebanyak 28 responden.	Desain yang digunakan dalam penelitian ini yaitu one group pre-test dan post-test, dimana objek yang akan diteliti sebelum diberikan perlakuan dilakukan pre-test terlebih dahulu dan setelah diberikan	Tujuan dari penelitian ini yaitu menganalisis pengaruh terapi aiueo terhadap kemampuan berbicara (afasia motorik) pada pasien stroke	Hasil penelitian didapatkan hasil data nilai rata-rata pre 3,61 dan nilai rata-rata post 5,21. Hasil uji menggunakan uji Paired t-test didapatkan nilai $p (0,000) < \alpha (0,05)$. Simpulan, ada pengaruh terapi AIUEO terhadap kemamp	Hasil uji yang dilakukan dengan menggunakan uji paired t-test menunjukkan terdapat pengaruh pemberian terapi AIUEO terhadap kemampuan berbicara (afasia motorik) pada pasien stroke di RSUD Kertha Usada.

				perlakuan atau intervensi akan dilakukan post-test		uan berbicara (afasia motorik) pada pasien stroke di RSUD Kertha Usada.	
2.	Perbedaan 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 (2017) Kata Kunci : Terapi AIUEO, <i>Melodic Intonation Therapy</i> , Stroke, Kemampuan berbicara, Afasia Motorik	Jumlah sampel pada penelitian ini yaitu sebanyak 16 responden	Penelitian ini menggunakan quasi experiment dengan desain penelitian time series design dengan teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling. Intervensi dilakukan 2 kali sehari selama 5	Tujuan penelitian ini untuk mengetahui perbedaan efektifitas terapi AIUEO dan <i>melodic intonation therapy</i> terhadap waktu kemampuan berbicara pada pasien stroke dengan afasia motorik di RS Panti Wilasa Citarum Semarang.	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 <i>Melodic Intonation Therapy</i> hari ke-5. Peningkatan waktu kemampuan berbicara	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

				hari		a dapat dilihat hari ke-3 dengan rerata skor kemampuan berbicara terapi AIUEO yaitu 16,62 sedangkan rerata skor kemampuan berbicara <i>Melodic Intonation Therapy</i> yaitu 14,38.	dapat dijadikan intervensi keperawatan mandiri dalam meningkatkan kemampuan berbicara pasien stroke dengan afasia motoric
3.	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 .	Dalam penelitian ini besar sampel penelitian yang dilakukan selama satu bulan yaitu sebanyak 21 respon	Desain penelitian yang digunakan adalah pra eksperimen dengan pendekatan one group pre-post test design.	Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh untuk mengidentifikasi pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke yang mengalami	Hasil analisis uji statistik dengan menggunakan Paired T Test didapatkan p value 0,000 ($p < 0,05$) yang berarti ada pengaruh terapi	Ada pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke yang mengalami afasia motorik peningkatan dapat dilihat pada hari

	g	(2014) Kata kunci : Afasia Motorik , Stroke, Terapi AIUEO	den		i afasia motorik.	AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke yang mengalami afasia motorik. Rekomendasi hasil penelitian ini adalah agar terapi AIUEO dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan dalam melatih pasien untuk meningkatkan kemampuan bicara.	ke 3 setelah diberi terapi AIUEO dan menjadi bermakna dalam meningkatkan kemampuan pada hari ke 5 sampai ke 7.
4.	Efektifitas terapi AIUEO dan terapi <i>The Token Test</i>	Penelitian menurut : Ita Sofiatun, Sri Puguh	Sampe l yang diambil sebanyak 40 respon	Desain penelitian yang digunakan adalah true	Tujuan dari penelitian untuk mengetahui efektifitas	Hasil uji statistik Mann Whitney diperoleh nilai p-value 0,000 (<	Dapat disimpulkan bahwa lebih efektif terapi AIUEO terhadap

	terhadap kemampuan berbicara pasien stroke yang mengalami afasia motorik di RS Mardi Rahayu Kudus	Kristiyawati, S. Eko Ch. Purnomo (2016) Kata kunci : Stroke, Terapi AIUEO, Terapi <i>The Token Test</i> , Peningkatan Kemampuan Bicara.	den	eksperiment selama 3 hari dengan perlakuan 1 kali sehari terapi wicara AIUEO dan <i>The Token Test</i> .	dari terapi AIUEO dan terapi <i>The Token Test</i> terhadap kemampuan berbicara pada pasien stroke iskemik yang mengalami afasia motorik di RS Mardi Rahayu Kudus	0,05), sedangkan nilai z hitung $-0,88 >$ nilai z tabel 0,21.	peningkatan kemampuan berbicara pasien stroke dengan afasia motorik daripada terapi <i>The Token Test</i> .
5.	Pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke yang mengalami afasia motorik	Penelitian menurut : Afniyar Wahyu, Liza Wati, Murad Fajri (2019) Kata kunci Kemampuan Bicara, Stroke	Dalam penelitian ini jumlah sampling sebanyak 18 responden dalam waktu satu bulan.	Penelitian ini merupakan penelitian quasi experimental dengan menggunakan nonequivalen control group design dipilih satu kelompok	Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke yang mengalami afasia motorik di RSUD	Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna kemampuan fungsional komunikasi antara kelompok kontrol	Simpulan, adanya pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke dengan afasia motorik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di

		Afasia Motorik, Terapi AIUEO		k, selanjutnya dari satu kelompok tersebut yang setengah diberi perlakuan terapi AIUEO selama 1 bulan dan setengah lagi tidak. Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah purposive sampling	Raja Ahmad Thabib Tanjungpinang.	dan perlakuan dengan nilai $p < 0,05$ ($p = 0,007$ pada $\alpha = 0,05$) dengan menggunakan uji statistik wilcoxon test.	RSUD Ahmad Thabib Tanjungpinang.
--	--	------------------------------	--	---	----------------------------------	--	----------------------------------