

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teoritis Medis

2.1.1 Definisi

Stroke iskemik adalah gangguan pada fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran ataupun penurunan fungsi neurologi lainnya, yang terjadi lebih dari 24 jam dimana penyebabnya adalah gangguan sirkulasi aliran darah ke otak (Utami, 2018).

Stroke iskemik adalah stroke yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi sereberum. Obstruksi dapat disebabkan oleh bekuan (trombus) yang terbentuk didalam pembuluh darah otak atau pembuluh darah organ distal. Terdapat beragam penyebab stroke trombotik dan embolik primer termasuk aterosklerosis, arteritis, keadaan hiperkoagulasi dan penyakit jantung struktural. Penyebab lain dari stroke iskemik adalah vasospasme yang sering merupakan respons vaskular reaktif terhadap perdarahan ke dalam ruang antara araknoid dan piamente meningen (Yasmara, 2016).

Stroke iskemik atau serangan otak adalah hilangannya fungsi otak secara mendadak akibat terganggunya suplai darah ke bagian otak. Stroke iskemik terjadi akibat suplai darah ke jaringan otak berkurang yang disebabkan karena obstruksi total atau sebagian

pembuluh darah otak di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum (Rizka, 2018).

2.1.2 Faktor Resiko

Menurut Budi (2018), faktor resiko terjadinya stroke iskemik dibagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan atau diubah

- a) Usia

Insiden stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia.

Setelah umur 55 tahun risiko stroke iskemik meningkat 2 kali lipat tiap dekade. Menurut Schutz penderita yang berumur antara 70-79 tahun banyak menderita perdarahan intrakranial.

Hal ini terkait dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah. Pada orang-orang yang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebihan akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh termasuk otak.

- b) Jenis Kelamin

Laki-laki lebih cendrung untuk terkena stroke lebih tinggi dibandingkan wanita, dengan perbandingan 1.3 : 1, kecuali pada usia lanjut laki-laki dan wanita hampir tidak berbeda.

Laki-laki yang berumur 45 tahun bila bertahan hidup sampai 85 tahun kemungkinan terkena stroke 25 %, sedangkan risiko bagi wanita hanya 20 %. Pada laki-laki cenderung terkena stroke

iskemik sedangkan wanita lebih sering menderita perdarahan subarachnoid dan kematiannya 2 kali lebih tinggi dibandingkan laki-laki.

c) Faktor Keturunan

Orang dengan riwayat stroke pada keluarga memiliki risiko lebih besar untuk terkena stroke dibandingkan orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarganya.

d) Ras

Tingkat kejadian stroke di seluruh dunia tertinggi dialami oleh orang Jepang dan Cina. Menurut Broderick, dkk melaporkan orang negro Amerika cenderung berisiko 1,4 kali lebih besar mengalami perdarahan intraserebral (dalam otak) dibandingkan kulit putih. Orang Jepang dan Afrika – Amerika cenderung mengalami stroke perdarahan intrakranial. Sedangkan orang kulit putih cenderung terkena stroke iskemik, akibat sumbatan ekstrakranial lebih banyak.

2) Faktor yang dapat dikendalikan atau di ubah

a) Hipertensi

Hipertensi mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses aterosklerosis. Hipertensi berperan dalam proses aterosklerosis melalui efek penekanan pada sel endotel atau lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pembuluh darah semakin cepat.

b) Penyakit Jantung lainnya

Penyakit jantung seperti jantung coroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi faktor terbesar terjadinya penyakit stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah di tubuh, jika pusat pengaturan darah mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak. Gangguan aliran darah itu dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.

c) Diabetes Melitus

Diabetes mellitus atau kencing manis mempunyai risiko mengalami stroke. Pembuluh darah pada penderita diabetes mellitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

d) Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia adalah kondisi dimana kolesterol dalam darah berlebih. LDL yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi seperti ini lama-kelamaan akan mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah ke otak.

e) Obesitas

Obesitas atau kegemukan dapat meningkatkan kejadian stroke terutama bila disertai dengan dyslipidemia dan atau hipertensi, melalui proses aterosklerosis. Obesitas juga dapat

menyebabkan terjadinya stroke lewat efek snoring atau mendengkur dan sleep apnea, karena terhentinya suplai oksigen secara mendadak di otak.

f) Merokok

Sudah diketahui bahwa merokok tidak baik bagi kesehatan, orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

g) Alkoholik

Alkohol merupakan racun pada otak dan pada tingkat yang tinggi dapat mengakibatkan otak berhenti berfungsi. Alkohol oleh tubuh dipersepsikan sebagai racun. Oleh karenanya tubuh dalam hal ini, hati akan memfokuskan kerjanya untuk menyingkirkan racun (alkohol tersebut). Akibatnya bahan lain yang masuk ke dalam tubuh seperti karbohidrat dan lemak yang bersirkulasi dalam darah harus menunggu giliran sampai proses pembuangan alkohol pada kadar yang normal selesai dilakukan. Akhirnya walaupun kita mengkonsumsi makanan dalam jumlah normal tapi karena tidak diolah maka seolah-olah tubuh kita kelebihan makanan, karena tidak di metabolisme dan

berisiko terkena penyakit kardioserebrovaskuler seperti jantung dan stroke meningkat.

h) Minum Kopi

Kebiasaan minum kopi secara berlebihan dapat merugikan kesehatan karena kafein yang terdapat dalam kopi. Kafein yang berlebihan dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, kadar kolesterol total, dan kolesterol LDL dalam darah tinggi. Hal inilah yang merupakan faktor risiko pada pembentukan plak pada saluran atau lumen pembuluh darah melalui proses aterosklerosis dan dapat menyebabkan penyakit jantung, stroke, dan penyakit kronis lainnya.

i) Stress

Stres jika tidak dikontrol dengan baik akan menimbulkan kesan pada tubuh adanya keadaan bahaya sehingga direspon oleh tubuh secara berlebihan dengan mengeluarkan hormon-hormon yang membuat tubuh waspada seperti kortisol, katekolamin, epinefrin, adrenalin. Dengan dikeluarkannya adrenalin atau hormon kewaspadaan lainnya secara berlebihan akan berefek pada peningkatan tekanan darah dan denyut jantung. Hal ini bila terlalu keras dan sering dapat merusak dinding pembuluh darah dan menyebabkan terjadinya plak. Secara biologis stres dapat mengakibatkan hati memproduksi radikal bebas lebih banyak dalam tubuh, selain itu stres dapat mempengaruhi dan

menurunkan fungsi kekebalan (imunitas) tubuh sehingga rentan terhadap serangan penyakit.

2.1.3 Klasifikasi

Menurut Rizka (2018), klasifikasi stroke iskemik berdasarkan perjalanan klinisnya adalah sebagai berikut :

1) Serangan iskemik sepintas (Trans Iskemik Attack-TIA)

TIA merupakan tampilan peristiwa berupa episode-episode serangan sesaat dari suatu disfungsi serebral fokal akibat gangguan vaskuler, dengan lama serangan sekitar 2-15 menit sampai paling lama 24 jam.

2) Defisit neurologis iskemik sepintas (Reversible Ischemic Neurological Deficits-RIND)

Gejala dan tanda gangguan neurologis yang berlangsung lebih lama dari 24 jam dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu kurang dari tiga minggu).

3) Stroke progresif (Stroke In Envolutional)

Gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu enam jam atau lebih.

4) Stroke komplet (Completed Stroke)

Gejala gangguan neurologis dalam lesi-lesi yang stabil selama periode waktu 18-24 jam, tanpa adanya progresivitas lanjut.

2.1.4 Etiologi

Menurut Utami (2018), penyebab stroke iskemik adalah sebagai berikut :

1) Trombosis Serebral

Trombosis merupakan pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan terganggunya aliran darah ke otak. Hambatan aliran darah ke otak menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen atau hipoksia, kemudian menjadi iskemik dan berakhir pada infark. Trombosis merupakan penyebab stroke yang paling sering, biasanya berkaitan dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis. Faktor lain terjadinya trombosis adalah adanya hipohialinosis, invasi vaskuler oleh tumor, penyakit gangguan pembekuan darah seperti Disseminated Intravascular Coagulasi (DIC) dan Trombotic Trombositopenia Purpura (TTP). Pemberian heparin sangat efektif untuk menghancurkan trombosis.

2) Emboli Serebral

Embolii merupakan benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak. Sumber emboli diantaranya adalah udara, tumor, lemak, dan bakteri. Paling sering terjadi trombosis berasal dari dalam jantung, juga berasal dari plak aterosklerosis sinus karotikus atau arteri karotis interna.

3) Atheroma

Pada stroke iskemik, penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Misalnya suatu atheroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap arteri karotis jalur utama memberikan darah ke sebagian besar otak.

4) Infeksi

Stroke juga bisa terjadi bila suatu peradangan atau infeksi menyebabkan menyempitnya pembuluh darah yang menuju ke otak. Selain peradangan umum oleh bakteri, peradangan juga bisa dipicu oleh asam urat (penyebab reumatik gout) yang berlebih dalam darah.

5) Obat-obatan

Obat-obatan pun dapat menyebabkan stroke, seperti kokain, amfetamin, epinefrin, adrenalin dan sebagainya dengan jalan mempersempit diameter pembuluh darah di otak dan menyebabkan stroke. Fungsi obat-obatan diatas menyebabkan kontraksi arteri sehingga diameternya mengecil.

6) Hipotensi

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa terjadi jika tekanan darah rendahnya berat dan menahun. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami

kehilangan darah yang banyak karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

7) Hipoperfusi Sistemik

Hipoperfusi sistemik disebabkan menurunnya tekanan arteri, misalnya karena cardiac arrest, embolis pulmonal, miokardiak infark, aritmia, syok hipovolemik

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Budi (2018), manifestasi klinis stroke iskemik adalah sebagai berikut :

1) Defisit lapang penglihatan

- a) Homonimus hemianopsi (kehilangan setengah lapang pengihatan)

Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan pengihatan, mengabaikan salah satu dari isi tubuh, kesulitan menilaijarak.

- b) Kehilangan penglihatan perifer

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

- c) Diplopia Penglihatan ganda

2) Defisit Motorik

- a) Hemiparesis

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

b) Ataksia

Berjalan tidak tegak, tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.

c) Disfagia

Kesulitan dalam menelan.

3) Defisit Verbal

a) Afasia ekspresif

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

b) Afasia reseptif

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

c) Afasia global

Kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif.

d) Disartria

Kesulitan dalam membentuk kata.

4) Defisit Kognitif

Penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, dan perubahan penilaian.

5) Defisit Emosional

Penderita akan mengalami kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi,

menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, serta perasaan isolasi.

2.1.6 Patofisiologi

Iskemik pada otak akan mengakibatkan perubahan pada sel neuron otak secara bertahap. Tahap pertama diawali dengan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan sel-sel neuron akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Hal ini menyebabkan kegagalan metabolisme dan penurunan energi yang dihasilkan oleh sel neuron tersebut. Sedangkan pada tahap II, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen tersebut memicu respon inflamasi dan diakhiri dengan kematian sel serta apoptosis terhadapnya. Proses cedera pada susunan saraf pusat ini menyebabkan berbagai hal, antara lain gangguan permeabilitas pada sawar darah otak, kegagalan energi (Utami, 2018).

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai persediaan suplai oksigen. Pada saat terjadi anoksia, sebagaimana pada CVA, metabolisme serebral akan segera mengalami perubahan dan kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam 3-10 menit. Banyak kondisi yang merubah perfusi serebral yang akan menyebabkan hipoksia atau anoksia. Hipoksia pertama kali menimbulkan iskemia. Iskemia dalam waktu singkat (10-15 menit) menyebabkan defisit sementara. Pada stroke trombosis atau metabolik maka otak 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 (Yasmara, 2016).

Bila terjadi kerusakan pada otak kiri, maka akan terjadi gangguan dalam hal fungsi berbicara, berbahasa, dan matematika. Apabila arteri serebral media tersumbat didekat percabangan kortikal utamanya (pada cabang arteri) dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisfer serebral dominan bahasa. Lesi (infark, perdarahan, dan 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 dapat mengulangi kalimat-kalimat dan sulit menyebutkan nama-nama benda tetapi dapat mengikuti perintah. Lesi pada bagian posterior girus frontalis inferoior (broca) disebut dengan afasia eksprektif yaitu klien mampu mengerti terhadap apa yang dia dengar tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat, bicaranya tidak lancar sehingga timbul masalah keperawatan hambatan komunikasi verbal (Yasmara, 2016).

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Yasmara (2016), pemeriksaan diagnostik pada stroke iskemik adalah sebagai berikut :

- 1) Pemeriksaan Laboratorium
 - a) Lumbal pungsi: pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari-hari pertama.
 - b) Analisa gas darah: pH darah di ukur secara langsung memakai pH meter. Suatu keadaan disebut asidosis bila pH di cairan ekstraseluler kurang dari 7,35 dan disebut alkalisasi bila pH lebih dari 7,45
 - c) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg/dL dalam serum dan kemudian berangsurg-angsur turun kembali.
 - d) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.
 - e) Kreatinini kinase (CK): enzim yang dianalisis untuk mendiagnosa infark jantung akut dan merupakan enzim pertama yang meningkatkat. Gangguan serebral juga dihubungkan dengan nilai kadar CK dan CK-MB total abnormal.
 - f) C-Reactive protein (CRP): kadarnya akan meningkat 100x dalam 24-48 jam setelah terjadi luka jaringan

- g) Profil lemak darah: kolesterol serum total yang meningkat di atas 200 mg/ml merupakan prediktor peningkatan risiko stroke atau emboli serebri.
- 2) Angiografi serebral : memperjelas gangguan atau kerusakan pada diskulasi serebral dan merupakan pemeriksaan pilihan utama untuk mengetahui aliran darah serebral secara keseluruhan
- 3) CT scan: mendeteksi abnormalitas struktur
- 4) MRI: menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi infark akibat dari hemoragik
- 5) USG Doppler: untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis)
- 6) EEG: pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak
- 7) Tomografi emisi-positron: memberi data tentang metabolisme serebral dan perubahan pada aliran darah serebral

2.1.8 Penatalaksaan

Menurut Budi (2018), penatalaksaan stroke iskemik dibagi 2 yaitu terapi farmakologis dan terapi non farmakologis penjelasannya sebagai berikut :

- 1) Terapi Farmakologis
 - a) Pengobatan Konservatif
 - (1) Vasodilator meningkatkan aliran darah serebral (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan
 - (2) Dapat diberikan histamin, aminophilin, asetazolamid, papaverin intra arterial
 - (3) Memedikasi antitrombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi. Antiagregasi trombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi trombosis yang terjadi sesudah ulserasi alteroma.
 - (4) Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskular.
 - b) Pengobatan Pembedahan
 - (1) Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
 - (2) Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh klien TIA
 - (3) Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut 4) Ugasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma

- 2) Terapi Nonfarmakologis
 - a) Kendalikan tekanan darah tinggi
 - b) Mengurangi asupan kolesterol dan lemak jenuh
 - c) Tidak merokok
 - d) Kontrol diabetes dan berat badan
 - e) Olahraga teratur dan mengurangi stress
 - f) Konsumsi makanan kaya serat

2.1.9 Komplikasi

Menurut Utami (2018), komplikasi yang terjadi pada klien stroke iskemik terbagi 2 yaitu :

- 1) Komplikasi dini (0-48 jam pertama).
 - a) Edema serebral: defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial, herniasi, dan akhirnya menimbulkan kematian.
 - b) Infark miokard: penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal.
- 2) Komplikasi jangka pendek (1-14 hari pertama)
 - a) Pneumonia: akibat immobilisasi lama
 - b) Infark miokard
 - c) Emboli paru: cenderung terjadi 7-14 hari pasca-stroke, sering kali pada saat penderita mulai mobilisasi.
 - d) Stroke rekuren: dapat terjadi setiap saat

3) Komplikasi jangka panjang

Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskular lain: penyakit vaskular perifer.

2.2 Tinjauan Teoritis Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Utami (2018), pengkajian keperawatan yang dilakukan pada klien stroke iskemik adalah sebagai berikut :

1) Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis. Stroke iskemik (infark atau kematian jaringan). Serangan sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari.

2) Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien masuk rumah sakit adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan atau penurunan kesadaran.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke iskemik biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

6) Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat penyakit keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu

7) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan tatalaksana kesehatan

Pada pasien stroke infark biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral

b) Pola Aktivitas

Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot), gangguan tonus otot (flaksid, spastik), paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran

c) Sirkulasi

Adanya penyakit jantung (misalnya reumatik atau penyakit jantung vaskuler, endokarditis, polisitemia, riwayat hipotensi postural), hipotensi arterial berhubungan dengan embolisme atau malformasi vaskuler, frekuensi nadi dapat bervariasi karena ketidakefektifan fungsi atau keadaan jantung

d) Integritas Ego

Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa, emosi labil, ketidaksiapan untuk makan sendiri dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri

e) Eliminasi

Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urin, anuria, distensi abdomen, bising usus negatif

f) Makanan atau cairan

Nafsu makan hilang, mual-muntah selama fase akut atau peningkatan TIK, kehilangan sensasi (rasa kecap pada lidah, pipi), disfagia, riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah,

kesulitan menelan (gangguan pada reflek palatum dan faringeal)

g) Neurosensori

Adanya sinkop atau pusing , sakit kepala berat, kelemahan, kesemutan, kebas pada sisi terkena seperti mati rasa atau lumpuh, penglihatan menurun : buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda (diplopia), hilangnya rangsangan sensoris kontra lateral (pada sisi tubuh yang berlawanan atau pada ekstremitas dan kadang pada sisi atau lateral satu sisi) pada wajah, gangguan rasa pengecapan dan penciuman, gangguan fungsi kognitif : penurunan memori, kelemahan atau paralise (kontralateral), tidak dapat menggenggam, reflek tendon melemah secara kontralateral, gangguan fungsi bahasa, afasia motorik (kesulitan mengucapkan kata) atau afasia sensorik (kesulitan memahami kata-kata bermakna), kehilangan kemampuan mengenali atau menghayati masuknya sensasi visual, pendengaran, taktil (agnosia seperti gangguan kesadaran terhadap citra diri, kewaspadaan kelainan terhadap bagian yang terkena, gangguan persepsi

h) Nyeri

Sakit kepala dengan intensitas berbeda (karena arteri karotis terkena), tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketergantungan pada otot atau fasia

i) Pernapasan

Merokok, ketidakmampuan menelan, batuk atau hambatan jalan nafas, pernafasan sulit, tidak teratur, suara nafas terdengar atau ronkhi (aspirasi sekresi)

j) Keamanan dan Kenyamanan

(a) Motorik atau sensorik : masalah penglihatan, perubahan persepsi terhadap orientasi tentang tubuh (stroke kanan), kesulitan melihat objek dari sisi kiri, hilangnya kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit

(b) Tidak mampu mengenali objek, warna dan wajah yang pernah dikenali

(c) Gangguan berespon terhadap panas dan dingin, gangguan regulasi tubuh

(d) Tidak mandiri, gangguan dalam memutuskan, perhatian terhadap keamanan sedikit

(e) Tidak sadar atau kurang kesadaran diri

k) Interaksi Sosial

Biasanya akan mengalami kesulitan dalam melakukan sosial dengan lingkungan sekitarnya karena pasien mengalami masalah bicara, tidak mampu berkomunikasi. Biasa dijumpai tanda kecemasan karena ancaman kematian diekspresikan dengan menangis, klien dan keluarga sering bertanya tentang pengobatan dan kesembuhannya.

8) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara, yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.

b) B1 (*Breathing*)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compositus, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

c) B2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan rejatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200mmHg)

d) B3 (*Brain*)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesorii). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

(a) Pengkajian Tingkat Kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

(b) Pengkajian Fungsi Serebral

(1) Status Mental

Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik pasien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental pasien mengalami perubahan

(2) Fungsi Intelektual

Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami brain damage, yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata

(c) Pengkajian Saraf Kranial

(1) Nervus I (Olfaktorius). Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

(2) Nervus II (Optikus). Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial biasanya sering terlihat pada klien hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

- (3) Nervus III (Okulomotoris), IV(Troklearis), dan VI (Abdusen). Pemeriksaan ini diperiksa secara bersamaan, karena saraf ini bekerjasama dalam mengatur otot-otot ekstraokular. Jika akibat stroke menyebabkan paralisis, pada satu sisi okularis biasanya didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit.
- (4) Nervus V (Trigeminus). Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi pterigoideus internus dan eksternus.
- (5) Nervus VII (Fasialis). Pada keadaan stroke biasanya persepsi pengecapan dalam batas normal, namun wajah asimetris, dan otot wajah tertarik kebagian sisi yang sehat.
- (6) Nervus VIII (Vestibulokoklearis/Akustikus). Biasanya tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- (7) Nervus IX (Glosofaringeus) dan X (Vagus). Secara anatomi dan fisiologi berhubungan erat karena glosofaringeus mempunyai bagian sensori yang mengantarkan rangsangan pengecapan, mempersyarafi sinus karotikus dan korpus karotikus, dan mengatur

sensasi faring. Bagian dari faring dipersarafi oleh saraf vagus. Biasanya pada klien stroke mengalami penurunan kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut.

(8) Nervus XI (Aksesoris). Biasanya tidak ada atrofi otot sternokleisomastoideus dan trapezius

(9) Nervus XII (hipoglosus). Biasanya lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi serta indra pengecapan normal.

(d) Pengkajian Sistem Motorik

Biasanya didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparise atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain. Juga biasanya mengalami gangguan keseimbangan dan koordinasi karena hemiplegia dan hemiparese. Pada penilaian dengan menggunakan kekuatan otot, tingkat kekuatan otot pada sisi yang sakit adalah 0.

(e) Pengkajian Refleks

Pada pemerikasaan refleks patologis. Biasanya pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan reflek patologis.

e) B4 (*Bladder*)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidak mampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

f) B5 (*Bowel*)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

g) B6 (*Bone*)

Stroke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah

satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesi atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah morbilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2015) diagnosa keperawatan yang timbul pada klien yang mengalami stroke iskemik adalah sebagai berikut :

- 1) Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara ditandai dengan tidak mampu berbicara, mengalami afasia, disfasia, apraksia, disartria, pelo, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit menyusun kalimat, dan sulit mengungkapkan kata – kata.
- 2) Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan aterosklerosis aortik, embolisme, endokarditi infektif, hipercolesterolemia, hipertensi, koagulopati, neoplasma otak, penyalahgunaan zat, stenosis karotid, tumor otak (misalnya gangguan serebrovaskular, penyakit neurologis, trauma, tumor.

- 3) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik, keterbatasan ROM, gerak lambat
- 4) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan kemampuan mencerna makanan ditandai dengan berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal, bising usus hiperaktif, kelemahan otot untuk mengunyah, ketidakmampuan memakan makanan, kurang minat pada makanan.
- 5) Nyeri berhubungan dengan infark serebral, edema serebral, resistensi pembuluh darah ke otak meningkat ditandai dengan nyeri kepala dan leher, kekakuan otot, skala nyeri di atas rentang normal.
- 6) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit, ekskresi, faktor mekanik, kelembaban, sekresi, gangguan metabolisme, gangguan pigmentasi, gangguan sensasi, gangguan sirkulasi, gangguan turgor kulit, tekanan pada tonjolan tulang.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan NANDA, NIC NOC (2016)

No	Diagnosa Keperawatan	NOC (<i>Nursing Outcome Clasification</i>)	NIC (<i>Nursing Intervention Clasification</i>)
1	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi dapat berjalan dengan baik dengan kriteria hasil:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan pengukuran tanda-tanda vital 2) Monitor frustasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara

	<p>neuromuscular, kerusakan sentral bicara ditandai dengan tidak mampu berbicara, mengalami afasia, disfasia, apraksia, disartria, pelo, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit menyusun kalimat, dan sulit mengungkapkan kata – kata</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Klien dapat mengekspresikan perasaan 2) Memahami maksud dan pembicaraan orang lain 3) Kemampuan berbicara meningkat 4) Kontak mata meningkat 5) Afasia menurun 6) Disfasia menurun 7) Apraksia menurun 8) Disartria menurun 9) Pelo menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 4) Gunakan metode komunikasi alternatif (misalnya, menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 5) Lakukan komunikasi dengan wajar, bahasa jelas, sederhana dan bila perlu diulang 6) Dengarkan dengan tekun jika pasien mulai bicara 7) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misalnya, berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis) 8) Latih otot bicara secara optimal dengan mengajarkan terapi AIUEO untuk menurunkan terjadinya komplikasi lanjutan 9) Libatkan keluarga dalam melatih komunikasi verbal pada pasien 10) Kolaborasi dengan ahli patologi terapi wicara
--	--	--	---

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti yaitu berfokus pada masalah keperawatan hambatan komunikasi verbal dengan melakukan latihan otot bicara secara optimal dengan mengajarkan terapi AIUEO untuk menurunkan terjadinya komplikasi lanjutan. Saat melakukan terapi AIUEO tindakan lain yang akan dilakukan seperti melakukan pengukuran tanda-tanda vital klien dan melibatkan keluarga dalam melatih komunikasi verbal pada pasien.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2016), evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

1) Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif disebut juga sebagai evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif ini penulis menilai klien mengenai perubahan komunikasi verbal yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan terapi AIUEO.

2) Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Subjektif, Objektif, *Assesment*, Perencanaan). Pada evaluasi somatif ini penulis menilai tujuan akhir dari penerapan terapi AIUEO yang penulis lakukan yaitu ada atau tidaknya perubahan komunikasi verbal setelah dilakukan tindakan terapi AIUEO tersebut.

Pada tahap ini penulis melakukan penilaian secara subjektif melalui ungkapan klien dan secara objektif. Evaluasi yang dilakukan sesuai dengan kriteria hasil.

- 1) Klien dapat mengekspresikan perasaan
- 2) Memahami maksud dan pembicaraan orang lain
- 3) Kemampuan berbicara meningkat
- 4) Kontak mata meningkat
- 5) Afasia menurun
- 6) Disafasia menurun
- 7) Apraksia menurun
- 8) Disartria menurun
- 9) Pelo menurun

2.3 Tinjauan Teoritis Hambatan Komunikasi Verbal

2.3.1 Definisi

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

Kerusakan komunikasi verbal adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak dapat berkomunikasi secara efektif karena adanya faktor-faktor penghambat berupa kecacatan secara fisik maupun mental (Ramdani, 2018).

Menurut Nurdiana (2019), gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke non hemoragik dapat berupa afasia dan disartria. Afasia dapat dibagi dua yaitu afasia motorik dan afasia sensorik.

1) Afasia Motorik

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

2) Afasia Sensorik

Afasia sensorik atau afasia perceptif dikenal juga sebagai afasia Wernicke. Kemampuan untuk mengerti bahasa verbal dan visual terganggu atau hilang sama sekali. Tetapi, kemampuan untuk

mengucapkan kata – kata dan menulis kata – kata masih ada. Gangguan ini diakibatkan adanya lesi di daerah antara bagian belakang lobus temporalis, lobus oksipitalis dan lobus parietalis. Daerah tersebut dikenal sebagai daerah Wernicke. Apabila daerah itu hancur, maka akan hilang daya untuk mengerti apa yang dibicarakan dan ditulis. Pasien dapat menulis dan mengucapkan kata – kata, namun tidak mengerti mengenai apa yang ia katakan dan ia tulis

3) Disatria (Gangguan Artikulasi)

Gangguan artikulasi dinamakan disartria. Pada disartria hanya cara mengucapkan kata – kata terganggu tetapi tata bahasanya baik. Pada lesi UMN (*Upper Motor Neuron*) unilateral, sebagai gejala bagian dari hemiparesis dijumpai disartria yang ringan sekali. Dalam hal ini, terbatasnya kebebasan lidah untuk bergerak ke satu sisi merupakan sebab gangguan artikulasi. Disartria UMN berat timbul akibat lesi UMN bilateral. Seperti pada paralisis pseudobulbaris. Dalam hal ini, lidah sukar dikeluarkan dan umumnya kaku untuk digerakkan ke seluruh jurusan. Pada disartria LMN (*Lower Motor Neuron*) akan terdengar berbagai macam disartria tergantung pada kelompok otot yang terganggu. Pada pasien dengan paralisis bulbaris terutama lidah yang lumpuh dan cara berbicara dengan lidah yang lumpuh dikenal sebagai “pelo”. Jika palatum mole lumpuh, disartria yang timbul bersifat sengau

2.3.2 Klasifikasi Hambatan Komunikasi Verbal

Secara garis besar afasia terbagi menjadi ketidakmampuan ekspresif atau afasia motorik dan ketidakmampuan reseptif atau afasia sensorik. Menurut Indah (2017), klasifikasi hambatan komunikasi verbal terdiri dari :

1) Afasia Ekspresif

Bila yang terkena adalah pusat pengendalian bahasa disisi 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 gramatikanya membingungkan.

2) Afasia Reseptif

Apabila yang terkena adalah pusat pengendalian bahasa dibelakang otak, yang disebut daerah wernicke, maka cacat yang timbul adalah afasia reseptif. Pasien jenis ini akan mengalami kesulitan untuk mengerti bahasa lisan dan tulisan. Apa yang diucapkannya sering tidak mempunyai arti

3) Afasia Global

Afasia global disebabkan oleh kerusakan dibeberapa bagian yang terkait dengan fungsi bahasa. Pasien afasia global kehilangan hampir seluruh kemampuan bahasanya. Mereka tidak mengerti bahasa bahkan tidak dapat menggunakananya untuk menyampaikan pikiran.

4) Afasia Anomik

Terjadi bila kerusakan pada otak hanya sedikit. Pengaruhnya sering tidak terlalu kentara meski penderita lupa akan nama-nama orang atau benda-benda dari jenis tertentu

5) Afasia Konduksi

Penderitanya mengalami gangguan dalam menghubungkan antara pengertian bahasa dan ekspresi bahasa. Misalnya penderita diminta mengambil pulpen, dia akan mampu mengenali benda tersebut dan mengambilnya. Tetapi bila diminta melabel nama benda tersebut, perkataan yang muncul bukan pulpen melainkan “tu, tu, tu, tulis”. Demikian juga jika diminta mengambil kursi dan menyebut nama benda yang diambilnya tersebut, maka yang muncul “du, du, duduk”. Kegagalan dalam hal leksikon ini juga disebut afasia nominatif. Penderita dapat berbicara dengan fasih, penyimakan dan menyebutan nama tidak terhambat, hanya mengalami kesulitan dalam pengulangan kalimat. Ini disebabkan cidera pada jarak antara wilayah Broca dan Wernicke

6) Afasia Sensorik

Penderitanya mengalami kehilangan pengertian bahasa lisan dan bahasa tulis. Namun dia masih dapat mengupayakan curah verbal dengan membentuk kata-kata baru yang bisa jadi tidak dipahami oleh dirinya sendiri maupun orang lain. Kata-kata baru tersebut muncul tidak beraturan karena tidak mirip atau sesuai dengan perkataan bahasa apapun. Bahasa baru atau perkataan yang asing

tersebut merupakan neologisme bertolak dari ketidakmampuan memahami apa yang didengar maupun apa yang diucapkannya sendiri. Gangguan ini sangat kompleks karena adanya kerusakan pada leksikortikal yang merupakan kawasan asosiatif antara visual, sensorik, motorik dan pendengaran. Tidak hanya mengalami kesulitan mendengar tapi pengertian dari yang dilihatpun terganggu.

2.3.3 Etiologi Hambatan Komunikasi Verbal Pada Stroke Iskemik

Salah satu penyebab dari gangguan komunikasi verbal adalah gangguan neuromuskuler. Iskemik bisa menimbulkan lesi atau kerusakan sel saraf pada daerah primer spesialisasi kortikal, khususnya pada daerah Broca dan Wernicke yang menyebabkan gangguan dalam berbahasa. Daerah Broca yang bertanggung jawab untuk kemampuan berbicara, terletak di lobus frontalis kiri dan berkaitan erat dengan daerah motorik korteks yang mengontrol otot – otot yang penting untuk artikulasi. Daerah Wernicke, yang terletak di korteks kiri pada pertemuan lobus – lobus parietalis, tempolaris, dan oksipitalis berhubungan dengan pemahaman bahasa, baik tertulis maupun lisani. Sehingga, pada pasien stroke non hemoragik dapat terjadi gangguan komunikasi verbal yang disebabkan oleh gangguan neuromuskuler (Ramdani, 2018).

2.3.4 Manifestasi Klinis Hambatan Komunikasi Verbal

Menurut Shipley & McAfee (2016), meskipun ada variasi dari satu klien apasia 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) Agrammatisme, atau kesalahan tata bahasa
- 6) Non fasih bicara atau pidato lancar tidak bermakna
- 7) Gangguan prosodic features berbicara
- 8) Kesulitan mengulang kata, frasa dan kalimat
- 9) Masalah dengan penamaan dan penemuan kata (anomia)
- 10) Gangguan membaca ability (alexia atau disleksia)
- 11) Gangguan kemampuan menulis (agraphia atau disgrafia; mungkin bingung karena kehilangan penggunaan tanganganan dominan karena hemiparesis)
- 12) Dalam klien bilingual, gangguan unik antara dua bahasa
- 13) Defisit pragmatis
- 14) Kesulitan menggunakan atau memahami gerakan

2.3.5 Faktor Yang Mempengaruhi Hambatan Komunikasi Verbal

Menurut Nurdiana (2019), faktor yang mempengaruhi hambatan komunikasi verbal pada pasien stroke iskemik adalah sebagai berikut :

1) Usia

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

2) Lokasi Lesi

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

2.3.6 Penilaian Komunikasi Verbal Dengan Skala Derby

Skala Derby adalah skala yang dikembangkan untuk digunakan oleh non-suara dan bahasa dan staf kesehatan yangterkait. Skala ini dirancang untuk memberikan ukuran kemampuan komunikasi fungsional pasien yang singkat dan berulang di lingkungan rumah sakit (Erlinda, 2018).

Kemampuan komunikasi fungsional dinilai dengan menilai perilaku komunikatif individu terbaru dalam tiga skala: Ekspresi (E), Pemahaman (U), dan Interaksi (I). Struktur ini dipilih untuk menyederhanakan tiga aspek penting komunikasi, dan ituberdasarkan struktur Glasgow Coma Scale (GCS). Setiap skala (E, U dan I) terdiri dari delapan pernyataan dengan skor yang sesuai (kisaran 0-8, di mana 0 = tidak dapat mengekspresikan kebutuhan, tidak ada bukti pemahaman, atau tidak ada interaksi (Erlinda, 2018).

Penilai diminta untuk menyatakan seberapa sering mereka berkomunikasi dengan orang tersebut dalam seminggu terakhir dengan memilih dari 3 opsi (Sebagian besar hari, beberapa kali satu atau dua kali). Itu dianggap berfungsi karena meminta penilai untuk mengevaluasi keefektifan individu dalam mencapai kegiatan berbasis lingkungan yang bergantung pada ekspresi, pemahaman, dan interaksi. Itu bergantung pada interaksi sehari-hari antara staf dan pasien di rumah sakit, dan memberikan contoh konkret dari situasiuntuk membantu proses pengambilan keputusan (Erlinda, 2018).

2.4 Tinjauan Teoritis Terapi AIUEO

2.4.1 Definisi

Terapi wicara atau terapi AIUEO, merupakan terapi untuk membantu seseorang menguasai komunikasi bicara dengan lebih baik. Terapi ini memfokuskan pada perbaikan cara bicara penderita stroke yang pada umumnya mengalami kehilangan kemampuan bicara akibat

adanya saraf yang mengalami gangguan. Terapi wicara membantu penderita untuk mengunyah, berbicara, maupun mengerti kembali kata-kata (Khotimah, K, & Purnomo, 2016).

2.4.2 Tujuan Terapi AIUEO

Terapi AIUEO bertujuan untuk memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain. Orang yang mengalami gangguan bicara atau afasia akan mengalami kegagalan dalam berartikulasi. Artikulasi merupakan proses penyesuaian ruangan supraglottal. Penyesuaian ruangan didaerah laring terjadi dengan menaikkan dan menurunkan laring, yang akan mengatur jumlah transmisi udara melalui rongga mulut dan ronggahidung melalui katup velofaringeal dan merubah posisi mandibula (rahang bawah) dan lidah. Proses diatas yang akan menghasilkan bunyi dasar dalam berbicara (Ni Made, 2019).

Menurut Khotimah, K, & Purnomo (2016), tujuan dari terapi komunikasi AIUEO adalah sebagai berikut :

- 1) Memperbaiki dan meningkatkan kemampuan komunikasi baik dari segi bahasa maupun bicara, yang mana melalui rangsangan saraf kranial V, VII, IX, X, dan XII.
- 2) Meningkatkan kemampuan menelan yang mana melalui rangsangan saraf kranial V, VII, IX, X, dan XII

2.4.3 Manfaat Terapi AIUEO

Menurut Khotimah, K, & Purnomo (2016), manfaat dari terapi komunikasi AIUEO adalah sebagai berikut :

- 1) Membantu klien dalam mengunyah dan menelan makanan
- 2) Membantu klien dalam berkomunikasi verbal

2.4.4 Indikasi Terapi AIUEO

Latihan vokal diindikasikan untuk penderita stroke yang mengalami gangguan bicara atau berkomunikasi, serta melatih kemampuan mengunyah dan menelan (Farhan & Sulastini, 2018).

2.4.5 Teknik Latihan Vokal Terapi AIUEO Pada Stroke Iskemik

Latihan pembentukan huruf vokal terjadi dari getaran selaput suara dengan nafas keluar mulut tanpa mendengar halangan. Dalam sistem fonem bahasa Indonesia, vokal terdiri dari A, I, U, E, dan O. Dalam pembentukan vokal yang penting diperhatikan adalah letak dan bentuk lidah, bibir, rahang, dan langit langit lembut. Pasien stroke yang mengalami gangguan bicara dan komunikasi, salah satunya dapat ditangani dengan cara terapi AIUEO untuk menggerakkan lidah, bibir, otot wajah dan mengucapkan kata-kata (Farhan & Sulastini, 2018).