

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Stroke merupakan penyakit *cerebrovaskuler* yang bisa diakibatkan oleh gangguan pada suplai darah ke otak, baik berupa sumbatan ataupun karena perdarahan yang akan mengakibatkan jaringan otak mengalami kerusakan (Andika, et al., 2023). Serangan stroke yang terjadi secara tiba-tiba dapat terjadi pada penderita dalam waktu beberapa detik atau menit, beberapa jam, bahkan bisa timbul beberapa hari. Serangan ini bisa terjadi akibat dari pecahnya pembuluh darah ke otak atau sumbatan pada pembuluh darah ke otak karena tekanan darah yang melebihi batas normal yaitu 120/80 mmHg. Tekanan darah yang melonjak akan menyebabkan pembuluh darah tersumbat dan menyebabkan suplai darah ke otak terhambat, sehingga oksigen yang dibawa tidak sampai ke sel saraf otak yang mengakibatkan kekurangan oksigen pada otak atau hipoksia (Tempo, 2019).

Stroke merupakan suatu keadaan dimana ditemukannya tanda-tanda klinis yang berkembang pesat berupa defisit neurologis fokal atau global, hal ini dapat menjadi semakin parah dan berlangsung selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain *vascular*. Stroke terjadi akibat dari otak yang tidak mendapatkan suplai darah yang membawa oksigen, sehingga menyebabkan sel-sel mati (Kemenkes, 2023).

Stroke atau *Cerebral Vascular Accident* (CVA) merupakan penyakit atau gangguan fungsional pada otak berupa kelumpuhan saraf akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang terjadi dalam waktu cepat dan berlangsung lebih dari 24 jam dikarenakan adanya gangguan pada suplai darah ke otak (Tunik, Anam, & Niningasih, 2022). Gangguan vaskularisasi pada otak akan timbul dengan berbagai manifestasi klinis, seperti kesulitan berbicara dan menggerakkan bagian-bagian tubuh, kelemahan pada otot wajah, sakit kepala, gangguan pada proses berpikir, gangguan sensori, gangguan penglihatan, kesulitan berjalan dan hilangnya control terhadap Gerakan motorik (Retnaningsih, 2023).

2. Etiologi dan Predisposisi

Adapun penyebab dari penyakit stroke menurut (Esti & Johan, 2020), diantaranya:

a. Thrombosis Serebral

Thrombosis dapat terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga bisa menyebabkan iskemia pada jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Terjadinya thrombosis karena adanya aterosklerosis, hiperkoagulasi pada polisitemia, arteritis (radang pada arteri) dan emboli (Esti & Johan, 2020). Aterosklerosis merupakan proses mengerasnya pembuluh darah dan penurunan elastisitas dinding pembuluh darah (Nurfikri, Wicaksono, Pratama, & Arifin, 2024). Sedangkan emboli adalah kondisi dimana pembuluh darah tersumbat benda asing. Benda asing tersebut dapat berupa bekuan darah

(thrombus), kolesterol dan gelembung udara yang akan menyebabkan stroke (Ariestini, 2022).

b. Hemoragi (Perdarahan)

Perdarahan intracranial atau intraserebri yang meliputi perdarahan di dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak dan dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak akan menyebabkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak. Kemudian otak akan mengalami pembengkakan sehingga akan terjadi infark otak, edema dan herniasi otak.

c. Hipoksia Umum

Hipoksia umum dapat disebabkan oleh hipertensi yang parah, henti jantung dan menurunnya curah jantung akibat aritmia yang mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.

d. Hipoksia Setempat

Hipoksia setempat dapat terjadi karena spasme arteri serebal yang disertai perdarahan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak yang disertai dengan sakit kepala migren.

3. Faktor Risiko

Adapun faktor risiko pada penyakit stroke dibedakan menjadi dua, yaitu faktor yang dapat diubah dan faktor yang tidak dapat diubah, sebagai berikut:

a. Faktor yang dapat diubah

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko yang utama akan terjadinya stroke. Tekanan yang melebihi batas normal atau diatas

140/90 mmHg jika tidak ditangani dengan cepat maka akan mengakibatkan risiko terkena stroke 6 kali lebih tinggi. Dari hasil penelitian, menunjukkan bahwa dari 62 responden terdapat 54 orang yang mengalami stroke akibat hipertensi. Hipertensi dapat memicu munculnya timbunan plak pada pembuluh darah besar atau disebut dengan aterosklerosis. Hal ini akan menyebabkan pembuluh darah menyempit, sehingga dapat menyebabkan arteri yang berada di otak pecah atau tersumbat. Akibatnya seseorang dapat mengalami stroke (Saraswati & Cusmarih, 2024).

2) Diabetes Mellitus

Seseorang yang mempunyai penyakit diabetes mellitus akan memiliki risiko untuk terkena stroke. Hal ini disebabkan oleh kadar glukosa yang terlalu banyak, namun sel-sel di dalam tubuh tidak memperoleh energi yang cukup. Akibatnya lemak akan menumpuk sehingga pembuluh darah akan tersumbat dan mengakibatkan terjadinya stroke. Pola makan yang tidak sehat serta konsumsi makanan dan minuman manis akan mengakibatkan terjadinya diabetes dan meningkatkan risiko terhadap stroke (Halimatunnisa, et al., 2023).

3) Penyakit Jantung

Terdapat hubungan antara penyakit jantung dan stroke, terjadinya gangguan atau kelainan jantung menyebabkan pompa darah ke seluruh bagian tubuh termasuk ke otak menjadi tidak normal. Hal inilah yang akan menyebabkan risiko terjadinya stroke (Kusyani & Khayudin, 2022).

4) Merokok

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Daulay, Siregar, Sujoko, Simamora, & Harahap, 2023), mengungkapkan bahwa terdapat hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian stroke. Nikotin yang ada di dalam rokok akan menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah yang mengakibatkan naiknya tekanan darah.

5) Gaya Hidup

Gaya hidup yang sehat seperti pola makan yang seimbang, aktivitas fisik secara teratur, tidak merokok, tidak minum alkohol dan mengelola stress dapat mengurangi risiko terjadinya stroke berulang. Kemungkinan terjadinya stroke akan berkurang dengan gaya hidup yang lebih baik, begitu juga sebaliknya risiko terjadinya stroke akan meningkat jika memiliki gaya hidup yang buruk (Andini, Susanti, Vinanda, & Syahfitri, 2024).

6) Tingkat Stres

Stress dapat merangsang pelepasan hormon adrenalin dan memacu jantung untuk bekerja lebih cepat dan lebih kuat, sehingga tekanan darah akan menjadi tidak stabil. Jika darah menuju pembuluh darah di otak untuk memasok oksigen ke otak, namun pembuluh darah tidak lentur dan tersumbat maka dapat mengakibatkan risiko terkena serangan stroke (Fitriah, Muchsin, Ratnawati, Basir, & Safitri, 2024).

7) Obesitas

Berat badan seseorang yang berlebih akan mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah, salah satunya pembuluh darah di otak.

Hal ini dapat disebabkan oleh seseorang yang mengalami obesitas berisiko terkena hipertensi dan peningkatan kadar kolesterol (Kusyani & Khayudin, 2022).

b. Faktor yang tidak dapat diubah

1) Usia

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh (Rahayu, 2023), menunjukkan bahwa usia yang lebih dari 50 tahun memiliki risiko terkena stroke dengan persentase 76%. Bertambahnya usia seseorang maka akan meningkatkan terjadinya risiko stroke. Stroke yang terjadi pada usia diatas 50 tahun dapat disebabkan karena seiring bertambahnya usia maka terdapat kecenderungan pembuluh darah yang akan mengeras atau menjadi kaku. Akibatnya jantung akan bekerja lebih keras, sehingga lama kelamaan akan membuat tekanan darah pada usia lanjut menjadi tinggi atau terjadi hipertensi. Hipertensi inilah yang nantinya dapat menyebabkan terjadinya stroke.

2) Jenis Kelamin

Stroke lebih banyak terjadi pada laki-laki dikarenakan mereka tidak mengalami menopause. Laki-laki memiliki hormon testosteron yang memiliki fungsi dalam menjaga massa otot dan kesehatan secara umum, juga dapat meningkatkan kadar LDL atau kolesterol jahat di dalam darah. Peningkatan kadar LDL inilah yang akan menyebabkan penumpukan plak pada dinding pembuluh darah dan berisiko menimbulkan penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah yang akan memicu terjadinya stroke. Selain itu laki-laki cenderung memiliki gaya

hidup yang berisiko seperti merokok, konsumsi alkohol berlebih, kurangnya aktivitas fisik, dan lainnya.

Sedangkan pada perempuan, meningkatnya faktor risiko terjadinya stroke yaitu ketika mengalami menopause. Pada masa ini, produksi estrogen yang memiliki banyak manfaat bagi tubuh, termasuk untuk jantung dan pembuluh darah akan mulai menurun. Estrogen memiliki efek protektif pada sistem kardiovaskuler dengan menjaga elastisitas pembuluh darah, menurunkan kadar kolesterol (LDL) kolesterol jahat, serta meningkatkan sirkulasi darah. Ketika produksi estrogen berkurang maka perempuan menjadi lebih rentan terhadap masalah kardiovaskuler, termasuk stroke. (Rondonuwu, Dharmawan, Prasetyo, & Abidin, 2024)

3) Riwayat Keluarga (Keturunan)

Keluarga dengan riwayat anggota keluarga pernah mengalami stroke akan berisiko lebih besar mengalami stroke dibandingkan dengan keluarga tanpa riwayat stroke (Tunik, Anam, & Niningasih, 2022).

4. Patofisiologi

Stroke merupakan serangan neurologis mendadak yang disebabkan oleh gangguan perfusi melalui pembuluh darah otak. Aliran darah ke otak diatur oleh dua arteri karotis interna di anterior dan dua arteri vertebralis di posterior. Stroke iskemik dapat disebabkan oleh kekurangan suplai darah dan oksigen ke otak, sedangkan stroke hemoragik dapat disebabkan oleh pendarahan atau kebocoran pembuluh darah (Helty, 2023).

Pada awalnya, penyempitan pembuluh darah di otak menyebabkan perubahan aliran darah, kemudian setelah derajat stenosis yang cukup parah dan melampaui ambang krisis, volume darah turun secara cepat. Kejadian obstruksi pembuluh darah arteri akan menimbulkan reduksi suatu area dengan tetap berjalan normal untuk membantu suplai darah melalui aliran anatomis yang ada. Hal ini menunjukkan adanya perubahan pada korteks serebral karena kejadian oklusi vaskuler (penyempitan), yang berupa darah vena menjadi gelap, penurunan mobilitas aliran darah, dan pelebaran arteri dan arteriola. Penyempitan ini akan menyebabkan kelemahan otot, spastisitas kontralateral, dan penurunan sensorik atau hemianestesia. (Jumadewi, Lizam, Fathimi, & Sasmita, 2023)

Gangguan pembuluh darah otak merupakan suatu gangguan neurologic fokal yang bisa timbul sekunder dari adanya *thrombus*, *embolus*, dan *rupture* dinding pembuluh darah. Akibat sumbatan tersebut, mengakibatkan pecahnya pembuluh darah, sehingga aliran darah ke daerah distal mengalami gangguan. Dan sel mengalami kekurangan oksigen sehingga mengakibatkan terjadinya infark (Hutagalung, 2021). Ketika stroke menyerang otak sebelah kiri dan mengenai pusat bicara maka penderita akan mengalami gangguan komunikasi karena otak kiri berfungsi sebagai proses berpikir secara logika, menganalisa konsep dan berbicara. Kerusakan pada arteri basilar akan menyebabkan kerusakan *neurocerebrispinal facial* dan *hipoglosal* yang akan menurunkan kemampuan untuk mengontrol otot *facial* dan mulut. Kemudian mengakibatkan kegagalan dan berbicara atau

kerusakan artikulasi yang berakibat terjadinya gangguan komunikasi verbal. (Pernama & Rahmi, 2024)

Sedangkan untuk stroke hemoragik, dapat disebabkan karena pecahnya pembuluh darah aterosklerosis dan hipertensi atau aneurisma. Hal ini merupakan perdarahan yang terjadi di intraserebral, pendarahan akan menyebabkan otak mengalami kejang dan iskemia karena darah di luar pembuluh menyebabkan iritasi pada jaringan otak, sehingga kurangnya suplai darah dan oksigen ke otak yang terkena akan menyebabkan stroke (Martini, et al., 2024).

Stroke iskemik dan stroke hemoragik memiliki kesamaan secara klinis, sama-sama menyebabkan gangguan motoric atau bicara, penurunan kemampuan keseimbangan tubuh, bahkan kelemahan otot. Kelemahan mendadak yang paling umum berupa mati rasa pada sebagian wajah, lengan atau tungkai maupun seluruh anggota tubuh (Jumadewi, Lizam, Fathimi, & Sasmita, 2023).

5. Manifestasi Klinis

Gejala stroke dapat dikenali menggunakan istilah FAST, sebagai berikut:

- a. *Face drooping* (wajah terkulai), merupakan kondisi dimana otot wajah sisi sebelah melamah, sehingga wajah terlihat tidak simetris. Misalnya, terlihat bibir yang melorot, begitu juga dengan mata dan pipi.
- b. *Arm weakness* (tangan melemah), merupakan kondisi dimana otot tangan menjadi lebih lemah. Biasanya terjadi pada sisi tubuh yang sama dengan sisi wajah yang terkulai.

- c. *Speech dissiculties* (kesulitan berbicara), merupakan kondisi saat seseorang mengalami kesulitan dalam berbicara.
- d. *Time to call*, jika penderita memiliki salah satu tanda gejala di atas segera hubungi dokter atau pihak medis untuk mendapatkan pertolongan sebelum serangan stroke terjadi (Yuswantoro, Anam, & Prihantono, 2022).

Adapun tanda dan gejala menurut (Retnaningsih, 2023) yaitu:

- a. Pendengaran yang kurang baik.
- b. Adanya serangan pada defisit neurologis atau kelumpuhan fokal, seperti kelumpuhan pada sebagian badan yang kanan atau kiri saja.
- c. Gangguan kesadaran seperti pingsan bahkan sampai koma atau tidak sadarkan diri.
- d. Kesulitan dalam mengunyah makanan dan meneguk minuman. Pada fungsi menelan, penderita stroke akan mengalami penurunan karena fungsi menelan yang dikendalikan oleh saraf yang berasal dari kedua hemisfer otak.
- e. Mulut mencong, hal ini dapat terjadi dikarenakan lidah mencong apabila diluruskan. Sehingga penderita mengalami kesulitan dalam berbicara atau mengungkapkan, kata-kata yang diucapkan tidak sesuai dengan keinginannya dan ataupun mengalami gangguan berbicara berupa, pelo, rero, sengau dan kata-katanya kurang dimengerti.
- f. Gerakan yang tidak terkoordinasi, terjadi kehilangan keseimbangan, sempoyongan, atau kehilangan koordinasi pada sebelah badan.
- g. Sebelah badan terasa mati rasa dan juga sering merasa kesemutan.

- h. Mengalami kekakuan atau kesulitan ketika melakukan aktivitas untuk berjalan.
- i. Mengalami keterbatasan untuk melakukan kegiatan sehari-hari.

6. Klasifikasi

Terdapat 2 klasifikasi stroke, diantaranya sebagai berikut:

a. Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakit

1) *Transient Iskemik Attack (TIA)*

Merupakan gangguan yang terjadi pada neurologis fokal yang timbul secara tiba-tiba dan menghilang dalam beberapa menit sampai beberapa jam.

2) *Progresif (Stroke in Evolution)*

Perkembangan stroke yang terjadi dengan perlahan-lahan sampai akut, muncul adanya gejala yang semakin memburuk. Proses *stroke in Evolution* ini terjadi dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

3) *Stroke Lengkap (Stroke Complete)*

Gangguan neurologik yang timbulnya sudah menetap atau permanen, maksimal sejak awal serangan dan sedikit memperlihatkan perbaikan. (Hasan, 2023)

b. Klasifikasi stroke berdasarkan patologis

1) *Stroke Iskemik*

Stroke iskemik merupakan jenis stroke yang paling umum, dimana terjadi ketika gumpalan darah menghalangi aliran darah dan oksigen menuju ke otak. Gumpalan darah ini biasanya terbentuk di arena dimana arteri telah menyempit atau tersumbat seiring dengan waktu

oleh timbunan lemak atau plak, proses ini disebut dengan aterosklerosis. Arteri akan menyempit seiring dengan bertambahnya usia, namun terdapat beberapa hal yang mempercepat proses ini, diantaranya merokok, hipertensi, obesitas, kadar kolesterol tinggi, diabetes, dan asupan alkohol yang berlebihan. Adapun penyebab lain yang mungkin dari penyakit stroke iskemik, yaitu jenis detak jantung yang tidak teratur. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya penggumpalan darah di jantung yang pecah dan akan berakhir di pembuluh darah yang mensuplai otak (Helitty, 2023).

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik juga dikenal sebagai perdarahan serebral atau perdarahan intrakranial lebih jarang terjadi dibandingkan dengan stroke iskemik. Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di dalam tengkorak pecah dan berdarah ke dalam dan sekitar otak. Penyebab utama pada stroke hemoragik ini, yaitu tekanan darah yang tinggi dan dapat melemahkan arteri di otak yang membuat lebih mungkin pecah. Penyebab dari tingginya tekanan darah, diantaranya obesitas, merokok, kurangnya olahraga, dan stres. Stroke hemoragik juga dapat disebabkan oleh ppecahnya pembuluh darah yang melebar (aneurisma otak) atau pembuluh darah yang terbentuk secara tidak normal di otak (Helitty, 2023). Stroke hemoragik dibagi menjadi 2, diantaranya:

a) Perdarahan intraserebral

Perdarahan intraserebral merupakan pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebar ke jaringan otak sekitarnya, sehingga merusak sel-sel otak. Pecahnya pembuluh darah ini akan mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, kemudian membetuk massa yang menekan jaringan otak dan akan menimbulkan edema otak. Peningkatan tekanan intrakranial yang terjadi dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Adapun gejala yang menyertai, seperti nyeri kepala, muntah, penurunan kesadaran, kejang, terutama pada perdarahan luas (Hasan, 2023).

b) Perdarahan subarachnoid

Perdarahan ini disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral adalah area kecil bulat atau tidak teratur yang mengalami pembengkakan pada arteri. Pembengkakan yang parah membuat dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subarachnoid akan menyebabkan tekanan intracranial meningkat dengan mendadak, meregangnya struktur peka nyeri dan vasospasme pembuluh darah serebral yang akan berakibat pada disfungsi otak global atau nyeri kepala dan penurunan kesadaran maupun fokal. Gejala yang menyertai, diantaranya nyeri kepala hebat secara mendadak, terhentinya aktivitas, muntah, kaku pada leher, mulai kehilangan kesadaran, kejang, konfusi dan agitasi (Hasan, 2023).

7. Komplikasi

Beberapa komplikasi yang ditimbulkan oleh stroke, diantaranya sebagai berikut:

a. Dekubitus

Ulkus dikebitus rentan dialami oleh penderita stroke karena adanya gangguan motorik pasca stroke, sehingga penderita harus dalam keadaan imobilisasi dalam waktu yang cukup lama. Tempat yang paling sering terjadi dekubitus adalah ketika berada pada posisi yang mengalami tekanan yang berkepanjangan, diantaranya punggung, tumit atau pada ekstremitas bawah. (Amirsyah, Amirsyah, & Putra, 2021)

b. Bekuan darah atau thrombosis

Thrombosis mudah terbentuk pada kaki yang mengalami kelumpuhan dan menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) dan juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru. (Retnaningsih, 2023)

c. Pneumonia

Penderita stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, akibatnya cairan akan terkumpul pada paru-paru dan akan menyebabkan pneumoni.

d. Kekakuan Sendi

Hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya gerak dan imobilisasi pada penderita stroke

e. Depresi dan Kecemasan

Gangguan ini sering terjadi pada penderita stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh. (Yustilawati & Musdalifah, 2024)

f. Inkontenensia dan konstipasi

Pada umumnya dapat disebabkan oleh immobilitas, kekurangan cairan dan intake makanan serta pemberian obat.

g. Spastisitas dan kontraktur

Pada umumnya sesuai dengan pola hemiplegi dan nyeri bahu pada bagian sisi yang lemah. Kontraktur dan nyeri bahu terjadi pada 27% penderita stroke. (Retnaningsih, 2023)

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan pada pasien stroke menurut (Irwan, 2022), sebagai berikut:

a. *Angiografi Serebral*

Membantu untuk menentukan penyebab terjadinya stroke secara spesifik, seperti perdarahan atau adanya obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau rupture.

b. CT Scan

Pemeriksaan *CT Scan* digunakan untuk memperlihatkan letak edema, posisi hematoma, iskemia, dan ada atau tidaknya infark.

c. *MRI (Magnetik Resonance Imaging)*

Pada pemeriksaan ini digunakan untuk menunjukkan daerah yang mengalami infark dan hemoragik.

d. Pungsi Lumbal

Pemeriksaan ini untuk menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA.

e. EEG (*Echno Encefalo Graph*)

Pemeriksaan ini untuk mengetahui dan mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis klien dengan stroke menurut (Sherina, Ramdan, & Hidayat, 2022) , diantaranya:

a. Penatalaksanaan medis

a. Mitigasi cedera iskemik serebral

b. Pemeberian deksametason

c. Menaikkan kepala, yang mengontrol hipertensi dan menurunkan tekanan *intracranial* sebesar 15-30° untuk mencegah kepala menekuk atau berputar berlebihan.

d. Perawatan

a) Antikoagulan: heparin untuk mengurangi kecenderungan perdarahan pada fase akut

b) Antitrombotik: pemberian ini bermanfaat untuk mencegah kejadian trombolitik atau emboli

c) Diuretic: untuk mengurangi edema serebral

e. Pembedahan

Edarterektomi arteri karotis dilakukan untuk meningkatkan aliran darah di otak.

b. Penatalaksanaan non-farmakologi

- 1) Posisi tubuh dan kepala pada 15-30°. Gerakan bertahap dapat dimulai setelah pasien berada di sisinya dengan muntah dan hemodinamik stabil.
- 2) Menjaga agar jalan napas tetap bersih dan ventilasi memadai
- 3) Mempertahankan tanda vital tetap stabil
- 4) Istirahat di tempat tidur atau bedrest
- 5) Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
- 6) Menghindari demam, batuk, sembelit dan minum berlebihan.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data atau informasi pasien secara sistematis dan berkelanjutan termasuk mengorganisir data, validasi dan mendokumentasikan data pasien. Data yang dikumpulkan merefleksikan status kesehatan pasien yang meningkat atau menurun (Saputra, et al., 2023). Pengkajian asuhan keperawatan pada stroke, meliputi:

a. Identitas klien

1) Usia

Seseorang yang berusia lebih dari 50 tahun memiliki risiko yang lebih tinggi akan terjadinya stroke. Hal ini disebabkan oleh adanya kecenderungan pembuluh darah yang akan mengeras atau kaku seiring dengan bertambahnya usia. Akibatnya tekanan darah akan

menjadi lebih tinggi dan menyebabkan terjadinya stroke (Rahayu, 2023).

2) Jenis kelamin

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Rondonuwu, Dharmawan, Prasetyo, & Abidin, 2024), menunjukkan bahwa laki-laki cenderung memiliki kejadian stroke lebih tinggi (58,3%) dibandingkan dengan perempuan. Kejadian stroke pada laki-laki dan perempuan erat kaitannya dengan usia dan perubahan hormonal. Perempuan akan cenderung memiliki risiko lebih tinggi ketika sudah mengalami menopause, hal ini dapat dikarenakan oleh hormone estrogen yang memiliki banyak manfaat bagi tubuh termasuk jantung dan pembuluh darah berkurang. Akibatnya perempuan cenderung lebih banyak menderita stroke pada usia lanjut. Pada laki-laki kejadian stroke cenderung lebih banyak karena laki-laki memiliki hormon testosterone yang dapat meningkatkan kadar LDL atau kolesterol jahat dalam darah.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pada umumnya penderita akan datang ke rumah sakit dengan keluhan adanya kelemahan pada salah satu sisi anggota gerak, berbicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi atau bahkan mengalami penurunan tingkat kesadaran.

2) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke seringkali terjadi dengan mendadak pada saat penderita sedang beraktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, tidak dapat berkomunikasi bahkan kejang hingga tidak sadar. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran yang disebabkan oleh perubahan di dalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku sering terjadi, sesuai dengan perkembangan penyakit yang menyebabkan letargi, tidak responsive dan koma.

3) Riwayat penyakit dahulu

Melakukan pengkajian terhadap riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat adiktif dan kegemukan. Adanya riwayat merokok, mengkonsumsi alkohol, dan lainnya.

4) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga dengan riwayat anggota keluarga pernah mengalami stroke, memiliki risiko lebih besar terkena stroke daripada keluarga tanpa riwayat stroke. (Tunik, Anam, & Niningasih, 2022)

5) Riwayat Psikososial

Riwayat psikososial merupakan masalah psikologis yang dialami oleh pasien yang berkaitan dengan keluarga maupun masyarakat. Pengkajian ini digunakan untuk menilai respon emosi dan perilaku pasien terhadap penyakit yang diderita. Biaya yang digunakan dalam pemeriksaan, pengobatan dan perawatannya dapat mempengaruhi pola keuangan keluarga, sehingga dapat menjadi pengaruh bagi

stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga. (Retnaningsih, 2023)

c. Pengkajian 13 domain, diantaranya:

1) Promosi kesehatan

Perilaku kesehatan yang dapat meningkatkan risiko terkena stroke diantaranya: pola makan yang buruk, seperti makanan yang sering mengandung tinggi garam, tinggi gula, tinggi lemak, dan kolesterol akan meningkatkan risiko terkena stroke. Selain itu kurangnya aktivitas fisik juga akan menyebabkan risiko obesitas, hipertensi dan stroke. (Fitriah, Muchsin, Ratnawati, Basir, & Safitri, 2024)

2) Nutrisi

Pada pasien stroke sebagian akan mengalami kesulitan menelan dengan gejalanya nafsu makan yang hilang, mual dan muntah, kehilangan sensasi pada lidah, pipi dan tenggorokan.

3) Eliminasi

Pada pasien stroke akan mengalami distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negative dan adanya perubahan pola berkemih. (Tunik, Anam, & Niningasih, 2022)

4) Aktivitas fisik dan istirahat

Klien dengan stroke akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas dikarenakan mengalami kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis, mudah merasa Lelah, sulit untuk beristirahat karena nyeri atau kejang otot. (Tunik, Anam, & Niningasih, 2022). Adapun tanda vital pada pasien stroke, yaitu Tekanan darah yang cenderung

memiliki tekanan darah tinggi yaitu dengan tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Nadi: denyut jantung normal berada pada rentang 60-100x/menit. Pernapasan: pada pasien stroke sering mengalami gangguan pada bersihan jalan napas. Dan suhu tubuh pada pasien stroke biasanya tetap dalam batas normal dan tidak mengalami masalah. (Manoppo & Anderson, 2024)

5) Persepsi/kognisi

Pada pasien yang mengalami stroke pola kognitif akan terganggu dengan tanda gejala: pusing atau sakit kepala, kelemahan, kebas dan kesemutan, penglihatan menurun, gangguan pengecap dan penciuman, terjadi afasia (afasia motorik maupun sensorik).

6) Persepsi diri

Pada pasien stroke biasanya timbul perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa, emosi yang labil dan kesulitan dalam mengekspresikan diri. (Hutagalung, 2019)

7) Hubungan peran

Pada pasien stroke biasanya akan mengalami kesulitan dalam berinteraksi sosial dengan lingkungan sekitarnya. Adanya perubahan pada hubungan dan peran dikarenakan mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

8) Seksualitas

Pada penderita stroke biasanya akan mengalami penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan.

9) Koping/toleransi stress

Pada pasien yang mengalami stroke didapatkan bahwa pola koping dan toleransi terganggu dengan tanda gejala: pasien merasa gelisah atau cemas karena akan kembali ke aktivitas normal dalam jangka waktu yang cukup lama. (Retnaningsih, 2023)

10) Prinsip hidup

Seseorang yang mengalami stroke akan mempengaruhi beberapa aspek, seperti: aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Stroke akan berdampak pada krisis spiritual terhadap tuhan pada seseorang yang kurang memiliki pemahaman terhadap agamanya. (Retnaningsih, 2023)

11) Keamanan

Pengkajian objektif pada pasien ditemukan wajah meringis, menangis, merintih, meregang, menggeliat, perasaan tidak nyaman seperti mual dan muntah. (Ummaroh, 2019)

12) Kenyamanan

Pada pasien stroke akan mengalami sakit kepala dengan intensitas yang berbeda, kemudian tingkat laku yang tidak stabil, gelisah dan ketegangan pada otot. (Hutagalung, 2019)

d. Pemeriksaan Neurologis

1) Status mental atau tingkat kesadaran

Pada pasien stroke biasanya mengalami tingkat kesadaran somnolen sampai koma dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Pada saat pemulihan kesadaran pada pasien stroke yaitu mulai dari letargi

sampai dengan composmentis pada GCS 13-15 (Batmomolin, et al., 2024).

Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran (Glaslow Coma Scale)

GCS	Nilai
1. Membuka Mata	
a. Spontan	4
b. Dengan perintah	3
c. Dengan rangsangan nyeri	2
d. Tidak merespon	1
2. Respon Motorik	
a. Menurut perintah	6
b. Mengetahui lokasi nyeri	5
c. Reaksi menghindari nyeri	4
d. Gerakan fleksi abnormal	3
e. Gerakan ekstensi abnormal	2
f. Tidak merepon	1
3. Respon Verbal	
a. Orientasi penuh	5
b. Bingung	4
c. Kata-kata sulit dimengerti	3
d. Suara tidak jelas	2
e. Tidak merespon	1

Sumber: (Susilawati, et al., 2024)

Tabel 2.2 Nilai Tingkat Kesadaran

Tingkat Kesadaran	GCS	Keterangan
Composmentis	14-15	Sadar penuh, dapat menjawab pertanyaan dengan benar
Letargi	10-13	Kesadaran pasien yang tampak lesu dan mengantuk
Somnolen	7-10	Keadaan pasien yang selalu tidur, dapat dibangunkan, namun dengan rangsangan suara atau nyeri dan tidur kembali
Sopor	5-7	Keadaan pasien yang hampir seperti koma, berbaring dengan mata tertutup, dan tidak dapat dibangunkan kecuali dengan rangsangan nyeri
Koma	3-5	Kesadaran yang menghilang sama sekali dengan rangsangan apapun tidak akan timbul

Sumber: (Susilawati, et al., 2024)

2) Status nervus

Pemeriksaan saraf kranial, yaitu:

a. *Nervus Trigeminus* (V)

Pemeriksaan *nervus trigeminus* pada pasien stroke biasanya didapati pasien akan menyebutkan lokasi usapan (Retnaningsih, 2023). Kemudian palpasi pada otot mulut dengan mengatupkan rahang dengan kuat, pada otot rahang pasien stroke saat membuka akan terlihat mencong pada sisi yang sakit (Hutagalung, 2019).

b. *Nervus Facialis* (VII)

Pemeriksaan *nervus facialis* pada pasien stroke biasanya bibir akan terlihat tidak simetris dan mencong pada salah satu sisi yang sakit (Hutagalung, 2019). Saat pasien menggembungkan pipi akan terlihat tidak simetris pada sisi kanan dan kiri tergantung lokais kelemahan, dan saat diminta mengunyah pasien akan kesulitan untuk mengunyah (Retnaningsih, 2023).

c. *Nervus Glosopharyngeus* (IX)

Pemeriksaan *nervus* pada pasien stroke biasanya terdapat gangguan kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut (Ummaroh, 2019).

d. *Nervus Vagus* (X)

Pemeriksaan pada *nervus vagus* pada pasien stroke biasanya akan mengalami gangguan menelan (Retnaningsih, 2023).

e. *Nervus Hipoglossus* (XII)

Pemeriksaan *nervus hypoglossus* pada pasien stroke biasanya akan terlihat lidah akan membelok ke arah yang sakit ketika dijulurkan (Hutagalung, 2019).

3) Tonus otot

Pengkajian ini digunakan untuk mengkaji cara berjalan dan keseimbangan tubuh bagi penderita.

Tabel 2.3 Skala Kekuatan Otot

Penjelasan	Nilai
Kekuatan otot atau tenaga ekstremitas normal	5
Pasien dapat mengangkat ekstremitas, tetapi tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa	4
Pasien dapat mengangkat ekstremitas, namun tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa	3
Kontraksi otot lemah, namun tidak cukup untuk melawan gravitasi (bergerak namun tidak dapat mengangkat ekstremitas)	2
Kontraksi otot dapat terlihat namun tidak ada Gerakan	1
Tidak ada respon terhadap stimulus	0

Sumber: (Hasan, 2023)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Adapun diagnosa keperawatan pada pasien stroke menurut (Susilawati, et al., 2024), diantaranya:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) dibuktikan dengan aneurisma serebri, embolisme

- b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan gangguan neuromuscular
- c. Gangguan komunikasi verbal (D.0119) berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuscular
- d. Gangguan menelan (D.0063) berhubungan dengan gangguan serebrovaskuler, gangguan saraf kranial, dan paralis serebral

3. Intervensi Keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) Definisi: risiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak Faktor Risiko 1. Penurunan kinerja ventrikel kiri 2. Aterosklerosis aorta 3. Fibrilasi atrium 4. Embolisme 5. Aneurisma serebri 6. Hipertensi 7. Infark miokard akut, dan lainnya	Perfusi serebral (L.02014) Definisi: keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak meningkat Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Tekanan arteri rata-rata membaik 6. Tekanan intrakranial membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) Definisi: mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial Observasi • Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) • Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, brakikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) • Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) • Monitor CVP (<i>Central Venous Pressure</i>) • Monitor PAWP, jika perlu • Monitor PAP, jika perlu • Monitor ICP (<i>Intra Cranial Pressure</i>) • Monitor gelombang ICP • Monitor status pernapasan • Monitor intake dan output cairan • Monitor cairan serebro-spinalis (misalnya: Warna dan konsistensi) Terapeutik • Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

			• Berikan posisi semi fowler • Hindari manuver valsava • Cegah terjadinya kejang • Hindari penggunaan PEEP • Hindari pemberian cairan IV hipotonik • Atur ventilasi agar PaCO₂ optimal • Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi • Kolaborasi pemberian sedasi dan antranilksan, jika perlu • Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu • Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
2.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) Definisi: keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri Penyebab: 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakefektifan fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan massa otot 6. Penurunan kekuatan otot 7. Kekakuan sendi 8. Gangguan muskuloskeletal 9. Gangguan neuromuskular	Mobilitas fisik (L.05042) Definisi: kemampuan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri meningkat Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak sendi (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kaku sendi menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Definisi: memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik Observasi • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik

	10. Nyeri dan lainnya Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan tanda minor Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah	6. Gerakan terbatas menurun 7. Kelemahan fisik menurun	• Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya: pagar tempat tidur) • Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi • Jelaskan aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya: pagar tempat tidur) • Anjurkan melakukan mobilisasi dini • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya: duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3.	Gangguan komunikasi verbal (D.0119) Definisi: penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol Penyebab: 1. Gangguan sirkulasi serebral 2. Gangguan neuromuskuler 3. Gangguan pendengaran 4. Gangguan muskuloskeletal	Komunikasi verbal (L.13118) Definisi: meningkatnya kemampuan menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil:	Promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492) Definisi: menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara Observasi • Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara • Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misal: memori, pendengaran, dan bahasa)

5. Kelainan palatum 6. Hambatan fisik (misal: terpasang trakheostomi, intubasi, krikotioidotomi) 7. Hambatan individu (misal: ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi) 8. Hambatan psikologis (misal: gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi) 9. Hambatan lingkungan (misal: ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing) Gejala dan tanda mayor Subjektif - Objektif 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai Gejala dan tanda minor Subjektif - Objektif 1. Afasia 2. Disfasia	1. Kemampuan bicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Kemampuan memahami komunikasi meningkat 6. Afasia menurun 7. Disfasia menurun 8. Disleksia menurun 9. Disatria menurun 10. Dislalia menurun 11. Pelo menurun 12. Gagap menurun 13. Respon perilaku membaik	• Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara • Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik • Gunakan metode komunikasi alternatif (misal: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) • Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misal: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) • Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan • Ulangi apa yang disampaikan pasien • Berikan dukungan psikologis • Gunakan guru bicara, jika perlu Edukasi • Anjurkan berbicara perlahan • Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi
---	---	---

	3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disatria 6. Dislalia 7. Pelo 8. Gagap 9. Sulit memahami 10. Sulit mempertahankan komunikasi 11. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 12. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 13. Sulit menyusun kalimat 14. Verbalisasi tidak tepat 15. Sulit mengungkapkan orang, ruang, waktu, dan lainnya		Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
4.	Gangguan menelan (D.0063) Definisi: fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring, atau esofagus Penyebab: 1. Gangguan serebrovaskuler 2. Gangguan saraf kranialis 3. Paralisis serebral 4. Akalasia 5. Refluk gastroesofagus, dan lainnya Gejala dan tanda mayor Subjektif	Status menelan (L.06052) Definisi: jalan makanan dari mulut sampai abdomen adekuat Ekspektasi: membaik Kriteria hasil: 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat 2. Reflek menelan meningkat	Dukungan perawatan diri: makan/minum (I.1135) Definisi: memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan dan minum kepada pasien Observasi - Identifikasi diet yang dianjurkan - Monitor kemampuan menelan - Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik - Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan

1. Mengeluh sulit menelan Objektif 1. Batuk sebelum menelan 2. Batuk setelah makan atau minum 3. Tersedak 4. Makanan tertinggal di rongga mulut Gejala dan tanda minor Subjektif Oral - Faring 1. Menolak makan Esofagus 1. Mengeluh bangun di malam hari 2. Nyeri epigastrik Objektif Oral 1. Bolus masuk terlalu cepat 2. Refluks nasal 3. Tidak mampu membersihkan rongga mulut 4. Makanan jatuh dari mulut 5. Sulit mengunyah 6. Muntak sebelum menelan 7. Waktu makan lama 8. Porsi makan tidak habis 9. Fase oral abnormal Faring	3. Kemampuan mengosongkan mulut meningkat 4. Kemampuan mengunyah meningkat 5. Usaha menelan meningkat 6. Frekuensi tersedak menurun 7. Batuk menurun	• Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Letakkan makanan di sisi mata yang sehat • Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan • Sajikan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan • Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan • Sediakan makanan dan minuman yang disukai • Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu • Ajak makan di ruang makan, jika bersedia Edukasi • Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (misal: sayur di jam 12, rendang di jam 3) Kolaborasi • Kolaborasi pemberian obat (misal: analgesik, antiemetik), yang sesuai indikasi
---	--	--

	1. Muntah 2. Posisi kepala kurang elevasi 3. Menelan berulang-ulang Esofagus 1. Hematemesis 2. Gelisah 3. Regurgitasi 4. Odinofagia 5. Bruksisme		
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan serangkaian tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam menerapkan tindakan yang sudah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan (PPNI, 2018). Implementasi keperawatan dapat didefinisikan sebagai serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mulai dari masalah status kesehatan yang dialami samapi dengan status kesehatan yang sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan. (Suwignjo, Maidartati, Asmara, Saputra, & Khasanah, 2022)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan perawat yang mengevaluasi perkembangan kesehatan klien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan yang sesuai dalam rencana yang sudah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan (PPNI, 2022). Evaluasi merupakan penilaian terhadap tindakan yang sudah dilakukan pada pasien sesuai dengan rencana yang ditentukan, dalam hal ini dilakukan perbandingan perubahan keadaan klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi yang sudah dilakukan pada asuhan keperawatan kemudian didokumentasikan dalam bentuk Subjektif, Objektif, Assesment dan Planning (Tunik, Anam, & Niningasih, 2022).

C. Konsep Gangguan Komunikasi Verbal

1. Definisi

Gangguan komunikasi verbal merupakan penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan atau

menggunakan sistem simbol (PPNI, 2017). Gangguan komunikasi verbal dapat terjadi apabila ditemukannya tanda-tanda, seperti kesulitan berbicara, bicara tidak jelas, kesulitan menyusun kalimat, kesulitan mengalami pola komunikasi yang biasa, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal, dan lainnya (Prasetia & Susanto, 2022).

2. Patofisiologi

Gangguan pembuluh darah otak atau stroke merupakan gangguan neurologik focal yang dapat timbul sekunder dari adanya *thrombosis*, *embolus*, *rupture* dinding pembuluh darah. Akibat adanya sumbatan maka, pembuluh darah pecah sehingga aliran darah ke daerah distal mengalami gangguan, yang akhirnya sel mengalami kekurangan oksigen sehingga mengakibatkan terjadinya infark. Apabila lesi terjadi pada daerah hemisfer dominan tepatnya pada lobus frontalis, dimana lobus terdapat area *Broca* maka akan mengakibatkan seseorang tidak mampu untuk mengucapkan kata-kata (hanya mampu untuk mengucapkan kata-kata sederhana). Dapat juga diartikan dengan pasien mampu memahami kata-kata bermakna dalam bentuk tulisan atau bahasa lisan akan terganggu, hal ini dapat disebut dengan afasia ekspresif. Sedangkan ketika lesi terjadi pada lobus temporalis kiri, dimana terdapat area *Wernicke*, maka pasien akan mampu untuk mengekspresikan bahasa secara utuh, namun pemahaman terhadap kata-kata yang diucapkan atau tertulis akan terganggu. Hal ini dapat diartikan sebagai afasia reseptif. (Hutagalung, 2021)

3. Klasifikasi

Ketika stroke menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, pasien akan mengalami afasia atau gangguan bicara. Afasia merupakan penurunan dalam kemampuan bicara. Afasia dapat melibatkan beberapa atau seluruh aspek dari komunikasi termasuk berbicara, membaca, menulis, dan memahami pembicaraan (Black & Hawks, 2023). Afasia dapat diklasifikasikan, sebagai berikut:

a. Afasia sensorik

Afasia sensorik atau *wernick* merupakan jenis afasia yang akan kehilangan kemampuan dalam memahami tulisan, menulis, atau Bahasa yang diucapkan. Klien dengan afasia ini dapat berbicara dengan artikulasi dan struktur yang benar namun kurang dalam hal makna (Black & Hawks, 2023). Pasien dengan afasia sensorik atau ekspresif ditandai dengan kesulitan mengatur pikiran dan emosi. Ucapan lisan yang tidak lancar dan tidak teratur, dan kata-kata sering kali tidak dipahami oleh orang lain. Penderita akan memahami rangsangan yang diterima, namun kesulitan mengucapkannya. (Ginting, et al., 2023)

b. Afasia motorik

Afasia motorik atau *broca* merupakan jenis afasia yang kehilangan kemampuan dalam menulis, membuat tanda-tanda, atau berbicara (Black & Hawks, 2023). Afasia ini ditandai dengan kesulitan dalam mengkoordinasikan atau menyusun pikiran, perasaan dan kemauan menjadi symbol yang bermakna dan dimengerti orang lain

(Hutagalung, 2019). Pasien dengan afasia motorik atau reseptif memiliki ciri-ciri, tidak mampu memahami Bahasa lisan dan tidak memahami maksud jawaban-jawabannya. Pasien tidak dapat memahami apa yang mereka katakan itu benar atau salah. (Ginting, et al., 2023)

c. Afasia global

Merupakan bentuk afasia yang paling berat, hal ini disebabkan oleh rusaknya sebagian besar atau semua daerah Bahasa. Kondisi ini ditandai dengan tidak adanya Bahasa spontan atau berkurang sekali dan menjadi beberapa patah kata yang diucapkan berulang (Hutagalung, 2019).

4. Manifestasi klinis

Terdapat beberapa perilaku yang menjadi ciri khas dari afasia, diantaranya:

- a. Mengalami penurunan dalam pemahaman mendengarkan
- b. Paraphasia (kesalahan bicara yang ditandai dengan keluarnya suku kata, kata, atau frasa yang tidak diinginkan ketika mencoba berbicara)
- c. Adanya kesalahan atau kekeliruan tata Bahasa
- d. Gangguan bahasa
- e. Gangguan pemahaman membaca
- f. Kesulitan mengulangi kata-kata
- g. Gangguan kemampuan menulis
- h. Kesusahan dalam menggunakan atau memahami gerakan. (Ginting, et al., 2023)

5. Skala komunikasi

Kemampuan fungsional komunikasi dapat dinilai menggunakan *Derby Functional Communication Scale*. Instrument ini dikembangkan oleh Derby et, al., pada tahun 1997 yang bertujuan untuk melakukan pengkajian observasi fungsional komunikasi pada pasien dengan gangguan komunikasi (Hutagalung, 2019). Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Anggraini, Kusumawati, & Dewi, 2024), membuktikan bahwa penggunaan skala *Derby Funcional Cummunication Scala* (DFCS) efektif untuk pasien dengan gangguan komunikasi verbal yang menunjukkan hasil peingkatan skor afasia dari 11 menjadi 22 yang dilakukan selama 7 hari. Sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Yulianto, Inayati, & Utami, 2021) menunjukkan adanya peningkatan kemampuan bicara pasien setelah diberikan terapi dengan skala DFCS, yaitu dari skor awal 9 meningkat menjadi skor 11 yang dilakukan selama 7 hari.

Tabel 2.4 Penilaian Skala Fungsional Komunikasi Derby (DFCS)

No	Ekspresi (E)	Pemahaman (P)	Interaksi (I)
0	Tidak mampu dalam mengekspresikan dan tidak berusaha untuk menarik perhatian	Tidak mampu dalam mengekspresikan dan tidak berusaha untuk menarik atau tidak menunjukkan pemahaman. (Tidak menunjukkan ekspresi muka apapun, tidak ada respon atau memberikan respon yang tidak sesuai)	Sedikit atau tidak ada interaksi. (tidak merespon salam, bisa tertawa atau bertanya dalam situasi yang tidak pantas)
1	Tidak mampu mengekspresikan kebutuhan, tetapi menunjukkan usaha	Menunjukkan tanda-tanda pemahaman bahwa orang lain sedang berusaha untuk	Menyadari adanya kehadiran orang lain, melalui kontak mata dan putar tubuh, sampai tidak

	pasien untuk berkomunikasi	mengkomunikasikan sesuatu, tetapi tidak dapat memahami bahkan pilihan sebelumnya	mampu berinteraksi secara spesifik, (misalnya melalui salam)
2	Menggunakan komunikasi non verbal, (misalnya, banyak, menunjuk dengan jari, ekspresi wajah) atau suara dalam mengekspresikan kebutuhan dasar (misalnya untuk pergi ke toilet)	Memahami beberapa pilihan sederhana dengan dukungan non-verbal (misalnya menunjukkan sebuah cangkir, menunjuk teh, kopi) tetapi tidak dapat memahami kata-kata atau symbol-simbol	Merespon salam dan signal sosial yang disampaikan melalui ekspresi wajah (misalnya tersenyum dan cemberut). Dapat berinteraksi dengan satu orang tetapi hanya untuk waktu sebentar
3	Dapat mengungkapkan konsep dalam sebuah tindakan atau benda (misalnya, “buku”, “makan”, “kursi”)	Memahami ekspresi sederhana “ya”, “tidak” dan dapat memahami beberapa kata-kata atau symbol-simbol yang sederhana	Dapat berinteraksi dengan satu orang secara konsisten dengan menggunakan kata-kata dan atau komunikasi non verbal
4	Mengekspresikan ide-ide sederhana secara verbal atau dengan berbicara singkat (misalnya dapat dan meminta supaya buku itu diletakkan di atas kursi)	Memahami sederhana yang disampaikan melalui kata-kata yang diucapkan satu persatu atau secara non verbal	Dapat berinteraksi dengan dua orang secara konsisten dan berpartisipasi dengan sebagaimana mestinya
5	Mengekspresikan ide-ide yang lebih rumit tetapi harus didukung oleh komunikasi non verbal (misalnya dapat meminta supaya diberikan minum teh)	Memahami ide-ide yang hanya diekspresikan secara lengkap melalui kata-kata	Dapat atau mampu berinteraksi dengan beberapa orang, tetapi membutuhkan dukungan untuk berpartisipasi secara efektif
6	Mengekspresikan ide-ide yang memerlukan kata-kata (misalnya “ayah saya	Memahami beberapa percakapan yang rumit (rangkaian kalimat tetapi sering	Berinteraksi secara mandiri dengan berapapun banyaknya jumlah orang, tetapi hanya

	kecewa”) dapat kehilangan kelancaran bicara saat gelisah, Lelah, dan lainnya	kehilangan arah pembicaraan)	bertahan sebentar dan dapat mengalami beberapa kesulitan (misalnya, giliran berbicara)
7	Dapat mengekspresikan ide-ide dalam banyak berkomunikasi yang kompleks, tetapi kelancaran berbicara kurang	Benar-benar memahami komunikasi kompleks, tetapi kadang mengalami kesulitan	Dapat mempertahankan interaksi dengan berapapun banyaknya jumlah orang dengan mengalami hanya sedikit kesulitan
8	Tidak ada masalah yang terdeteksi	Tidak ada masalah terdeteksi	Tidak ada masalah dalam interaksi sosial
Hasil	E(Expression):	U(Understanding):	I(Interaction):

Keterangan:

- a. Nilai 0: pasien tidak mampu mengekspresikan kebutuhan, tidak ada pemahaman atau tidak ada interaksi pada skala E, U, dan I
- b. Nilai 8: pasien tidak menunjukkan gangguan pada skala E, U, dan I.

Setiap skala terdiri dari 8 pertanyaan dengan rentang terendah 0 dan tertinggi 8. Skor dari ketiga penilaian ekspresi, pemahaman dan interaksi adalah 0-24. Sehingga semakin tinggi nilai yang diperoleh, maka akan menunjukkan bahwa kemampuan fungsional komunikasi menjadi lebih baik pada skala E, U, dan I (Hutagalung, 2019). Interpretasi yang akan didapatkan, yaitu:

- a. Afasia berat: 0-8
- b. Afasia sedang: 9-15
- c. Afasia ringan: 16-23
- d. Normal: 24 (Martin & Purwanti, 2024)

D. Konsep Tindakan Keperawatan

Terapi wicara merupakan suatu proses rehabilitasi pada penderita dengan gangguan komunikasi, sehingga pasien dapat berinteraksi kembali tanpa menggunakan alat atau media yang digunakan. Terapi wicara atau sering disebut dengan terapi A, I, U, E, O merupakan terapi yang bertujuan untuk membantu seseorang menguasai komunikasi dengan cara lebih baik. Terapi ini membantu penderita stroke untuk mengunyah, berbicara, maupun mengerti kembali kata-kata (Anggraini A. N., 2020). Terapi A, I, E, O merupakan terapi yang ditekankan pada pengucapan huruf vocal pada alfabet serta dengan cara menggerakkan lidah, bibir dan otot wajah (Yulianto, Inayati, & Utami, 2021).

Hal ini dapat dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Martin & Purwanti, 2024) menunjukkan bahwa penerapan terapi A, I, U, E, O memiliki pengaruh terhadap peningkatan bicara pada pasien stroke. Sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Kartika, Suwanto, & Wiratmoko, 2022), menunjukkan adanya peningkatan komunikasi verbal dengan pemberian terapi wicara AIUEO pada interpretasi penilaian yaitu dari skor 12 meningkat menjadi skor 18 yang dilakukan selama 7 hari berturut-turut. Hal ini membuktikan bahwa pemberian terapi wicara A, I, U, E, O memberikan pengaruh terhadap kemampuan bicara pada pasien stroke dengan gangguan komunikasi verbal.

a. Tujuan

Terapi ini bertujuan untuk memperbaiki ucapan sehingga dapat dipahami oleh orang lain dan meningkatkan kemampuan menelan, dengan cara

menggerakkan lidah, bibir, otot wajah dan mengucapkan kata-kata (Martin & Purwanti, 2024).

b. Tahapan

Prosedur tindakan dalam menerapkan terapi wicara “AIUEO”, yaitu:

- 1) Mengkaji keadaan umum pasien
- 2) Periksa tanda-tanda vital pasien
- 3) Menanyakan persetujuan pasien
- 4) Mengucapkan salam
- 5) Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan
- 6) Menjelaskan tujuan dan menjelaskan prosedur tindakan
- 7) Kontrak waktu dan atur posisi klien dengan nyaman menghadap ke perawat
- 8) Posisikan wajah klien menghadap ke perawat
- 9) Ajarkan pasien untuk mengggembungkan kedua pipi dengan udara, kemudian tahan selama 5 detik dan hembuskan.
- 10) Lakukan pada sisi kanan dan kiri secara bergantian
- 11) Ajarkan pasien untuk mengucapkan huruf “A” dengan keadaan mulut terbuka
- 12) Ajarkan pasien untuk mengucapkan huruf “I” dengan keadaan mulut dan gigi diapatkan dan bibir dibuka
- 13) Ajarkan pasien untuk mengucapkan hurur “U” dengan keadaan mulut mecucu kedepan, bibir dengan bibir atas dan bawah tidak rapat
- 14) Ajarkan pasien untuk mengucapkan huruf “E” dengan keadaan pipi, mulut dan bibir tersenyum.

- 15) Ajarkan pasien mengucapkan huruf “O” dengan keadaan mulut dan bibir mecucu kedepan
- 16) Rapikan pasien dan ucapkan hamdallah, kemudian berikan posisi yang nyaman
- 17) Evaluasi respon pasien (Anggraini, Kusumawati, & Dewi, 2024)