

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan membahas secara mendalam mengenai konsep penyakit stroke non hemoragik termasuk definisi, klasifikasi, etiologi, , manifestasi klinis, factor resiko, patofisiologi ,penatalaksanaan pemeriksaan penunjang, yang relevan. Selain itu bab ini juga akan menguraikan tentang konsep asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik yang mencakup pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi hasil untuk memberikan pemahaman secara komprehensif kepada pasien dalam kondisi tersebut.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak, yang dapat terjadi secara tiba-tiba dalam hitungan detik atau cepat dalam beberapa jam, dengan gejala atau tanda yang sesuai dengan daerah yang terkena, hal ini disebabkan oleh terganggunya aliran pembuluh darah di otak (Avula et al., 2020).

Banyak hal yang dapat menghentikan aliran darah di otak, seperti penyumbatan pada pembuluh darah (stroke non hemoragik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik), yang keduanya dapat menghentikan suplai darah ke otak dan dapat menyebabkan munculnya gejala kematian jaringan otak (Petty et al., 2021).

Stroke Non Hemoragik adalah stroke diakibatkan adanya penurunan fungsi otak yang disebabkan karena adanya gangguan suplai darah ke bagian otak tidak lancar bahkan terhambat akibat penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah (Tamburion et al., 2020). Stroke non-hemoragik salah satu penyakit sistem saraf pusat yang disebabkan oleh penebalan thrombosis. Penebalan tersebut menyumbat pembuluh darah, mengurangi suplai oksigen ke otak, dan mengganggu sistem saraf (Mastiani, 2022).

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Klasifikasi stroke menurut (Hariyanto, 2015), dibagi menjadi 2 yaitu :

Stroke ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

1) Stroke Hemoragik

Pecahnya pembuluh darah otak pada subarakhnoid dan intraserebral, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun.

2) Stroke Non-Hemoragik

Stroke yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena iskemik, thrombosis, emboli, atau penyempitan lumen arteri.

a) Pada stroke iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan tetapi timbul edema sekunder.

- b) Trombosis : penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik.
- c) Emboli : emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak
- d) Penyempitan lumen arteri : bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar diantara nya yaitu:
 - (1) Stroke berdasarkan perjalanan penyakit
 - (2) *TIA (Transien Iskemic Attack)*

Serangan sepiintas mendadak yang menyebabkan gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24 jam yaitu:

(a) Stroke Involusi

Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangannya mulai dari ringan lama kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

(b) Stroke Komplet

Kondisi stroke yang teradi karena gangguan neurologi yang sudah menetap dan permanen. Pada umumnya diawali karena *Transien Iskemic Attack* yang berulang.

2.1.3 Etiologi

Menurut Junaidi (2019), penyebab stroke non hemoragik diakibat oleh :

1) Thrombosis Cerebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan penyumbatan jaringan otak yang menimbulkan odema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur, hal ini terjadi karenan penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang menyebabkan iskemi serebral.

2) Emboli

Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri yang mengalir di dalam darah, kemjudian tersumbat arteri yang lebih kecil. Arteri karots dan arteri vertebralis beserta percabangannya bisa juga tersumbat karena adanya bekuan darah yang berasal dari tempat lain misalnya dari jantung. Emboli lemak terbentuk jika sumsum tulang yang pecah dilepaskan dalam aliran darah dan akhirnya tersumbat di dalam sebuah arteri kecil.

3) Infeksi

Stroke juga bisa terjadi bila suatu peradangan atau infeksi menyebabkan penyempitan pembuluh darah yang menuju otak. Selain peradangan umum oleh bakteri, perdangan juga bisa dipicu oleh asam urat yang berlebihan dalam darah.

4) Hipotensi

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa juga terjadi jika tekanan darahnya rendah, hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan darah yang banyak karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Afina (2022), Gejala dan tanda yang sering dijumpai pada penderita dengan stroke non hemoragik dapat muncul sementara atau menetap, hal ini karena disfungsi aliran darah menuju otak. Gejala pada penderita stroke non hemoragik bermacam-macam sesuai dengan bagian pembuluh darah yang dibagi menjadi 2 yaitu:

- 1) Gangguan pada pembuluh darah karotis, sumbatan pada pembuluh darah ini dibagi menjadi 3 percabangan, yaitu :
 - a) Gangguan rasa atau sensasi pada wajah disebagian sisi atau gangguan sensasi pada lengan kanan atau kiri.
 - b) Gangguan gerak, tidak dapat digerakan atau terasa kaku pada ekstermitas (Hemiparesis)
 - c) Gangguan bicara, tidak dapat mengeluarkan kalimat (Afasia)
 - d) Gangguan penglihatan, dapat berupa kabur (Hemianopsia)
 - e) Mata selalu melihat ke satu sisi saja (Devaluation Conjuage).
- 2) Sumbatan pada aliran darah menuju otak bagian tengah (arteri selebri media) dapat menimbulkan gejala sebagai berikut:
 - a) Gangguan rasa atau sensasi pada wajah disebagian sisi atau gangguan sensasi pada lengan kanan atau kiri.
 - b) Gangguan gerak, tidak dapat digerakan atau terasa kaku pada ekstermitas (Hemiparesis)
 - c) Gangguan bicara, tidak dapat mengeluarkan kalimat (Afasia)
 - d) Gangguan penglihatan, dapat berupa kabur (Hemianopsia)
 - e) Mata selalu melihat ke satu sisi saja (Devaluation Conjuage).

- f) Penurunan kesadaran
- g) Daya ingat menurun (Propagnosia)
- h) Mulut menjadi mencong atau bicara pelo (Disatri)
- i) Separuh badan terasa mati rasa atau tidak dapat merasakan sensasi sentuhan.

Sumbatan pada aliran darah menuju ke otak bagian depan (Arteri celebri anterior) dapat menimbulkan gejala sebagai berikut :

- a) Gangguan gerak atau kelumpuhan salah satu tungkai dan sensasi perabaan hilang
- b) Tidak dapat menahan air kencing dan tidak sadar bila telah buang air kecil
- c) Pingsan secara mendadak
- d) Sulit untuk mengungkapkan perasaan
- e) Sumbatan pada aliran darah menuju otak bagian belakang (arteri celebri posterior) dapat menimbulkan gejala sebagai berikut :

- (1) Sulit memahami yang dilihat
- (2) Tidak dapat mengenal warna
- (3) Kebutaan pada mata atau lapang pandang menyempit
- (4) Terasa nyeri yang spontan

3) Gangguan pada pembuluh darah verterobasilaris dapat menimbulkan berbagai gejala sebagai berikut :

- a) Gangguan gerak bola mata
- b) Kedua kaki melemah dan tidak dapat berdiri

- c) Serangan vertigo
- d) Nistamus
- e) Nausea, muntah dan gangguan menelan
- f) Bicara sulit dimengerti
- g) Kehilangan pendengaran mendadak.

2.1.5 Faktor Resiko

Menurut, (Ratnasari 2020) ,stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke, yaitu :

1) Hipertensi

Hipertensi yang tidak terkontrol menyebabkan stress endotel sehingga endotel mengekspresikan sitokin pro inflamasi (TNF α dan IL-1, dll). TNF α menyebabkan kematian endotel lewat jalur ekstrinsik dan menyebabkan juga terjadinya kematian endotel secara nekrosis sehingga menyebabkan penumpukan sel endotel yang rusak dalam pembuluh darah. IL-1 akan merangsang pembentukan FOAM cell yang mengakibatkan rangsangan hepatosit mengekspresikan fibrinogen sehingga menghambat antikoagulan dan menyebabkan hiperkoagulasi/pembekuan darah sehingga mengakibatkan penumpukan plak dalam pembuluh darah (Hasibuan, 2022).

2) Diabetes Melitus

Hiperglikemia pada penderita diabetes melitus menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah

perifer. Di samping itu juga akan meningkatkan agregat platelet dimana kedua proses tersebut dapat menyebabkan aterosklerosis. Hiperglikemia juga dapat meningkatkan viskositas darah yang kemudian akan menyebabkan naiknya tekanan darah atau hipertensi dan berakibat terjadinya NHS. Keadaan hiperglikemia juga mempermudah terjadinya edema otak dan meningkatkan angka kematian pasien yang dirawat akibat stroke (Widada et al., 2023).

3) Hiperkolesterol

Proses terjadinya aterosklerosis diawali dari berubahnya kolesterol LDL menjadi lebih aterogenik setelah proses oksidasi dan berubah menjadi LDL teroksidasi (Ox- LDL). Di sisi lain, endotel bisa mengalami gangguan fungsi yang lama-kelamaan dapat menyebabkan dengan atau tanpa deendotelisasi disertai adhesi trombosit. Molekul plasma dan partikel lipoprotein, yang sesuai ukurannya, dapat melakukan ekstrasvasi melalui endotel yang rusak dan masuk ke ruang subendotel Ox-LDL yang aterogenik akan tertahan dan bersifat sitotoksik, pro-inflamasi, dan kemotaktik. Akibat dari pengaruh tersebut, endotel menjadi aktif dan mengeluarkan sitokin. Nitrogen monoksida (NO) yang dilatasi dihasilkan endotel terkait fungsi vascular pun berkurang dan terjadi peningkatan pengeluaran sel-sel adhesi yang aktif menangkap monosit dan sel T. Monosit tersebut akan menangkap Ox-LDL dan berubah menjadi sel busa yang kemudian berkembang menjadi inti lemak

dengan pelindung fibrosa. Pelindung ini dapat rapuh dan memicu proses trombogenesis. Sel apoptic yang dihasilkan Ox-LDL akan memicu menyebabkan terbentuknya trombus (Cahyani et al., 2020).

4) Penyakit Jantung

Penyakit Jantung Penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut atrial fibrillation, yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Pada keadaan fibrilasi dimana denyut jantung tidak teratur dan cepat, menyebabkan risiko syok tinggi. Karena hal ini menyebabkan aliran darah tidak teratur dan secara perlahan akan terjadi pembentukan gumpalan darah diatrium kiri sehingga menurunkan kemampuan kontraksi jantung. Gumpalan ini dapat mencapai otak dan menyebabkan terhambatnya aliran darah di otak sehingga menyebabkan stroke (Widada et al., 2023).

5) Merokok

Seseorang yang telah merokok >10 tahun berisiko 4 kali lebih besar terkena serangan stroke dibandingkan dengan mereka yang merokok kurang dari 10 tahun. Jumlah rokok yang dihisap akan memberi pengaruh yang sangat besar terhadap kejadian aterosklerosis terutama pada pembuluh darah otak sebagai pemicu stroke. Nikotin yang terkandung di dalam rokok menyebabkan elastisitas pembuluh darah berkurang sehingga terjadi kekakuan pembuluh darah (Aini et al., 2023). Efek rokok menyebabkan beban miokard dengan menurunnya konsumsi O₂ akibat inhalasi CO dan dapat

menyebabkan takikardi, vasokonstriksi pembuluh darah dan mengubah permeabilitas di dinding pembuluh darah. Nikotin dalam rokok juga mengandung reactive oxygen species (ROS) yang menyebabkan terjadinya nekrosis pada sel endotel pembuluh darah. Molekul adhesi yang teraktivasi pada pembuluh darah mempermudah penempelan lipid yang telah teroksidasi oleh ROS pada pembuluh darah koroner. Makrofag yang teraktivasi juga berperan dalam mencerna lipid teroksidasi yang beredar bebas dalam pembuluh darah ke dalam lapisan endotel yang menyebabkan menebalnya dinding endotel dan penyempitan lumen pembuluh darah (Ridwan et al., 2016).

6) Kebiasaan mengkonsumsi alkohol

Mengkonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistensi, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan terjadinya stroke. Mengkonsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat trombosit sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin.

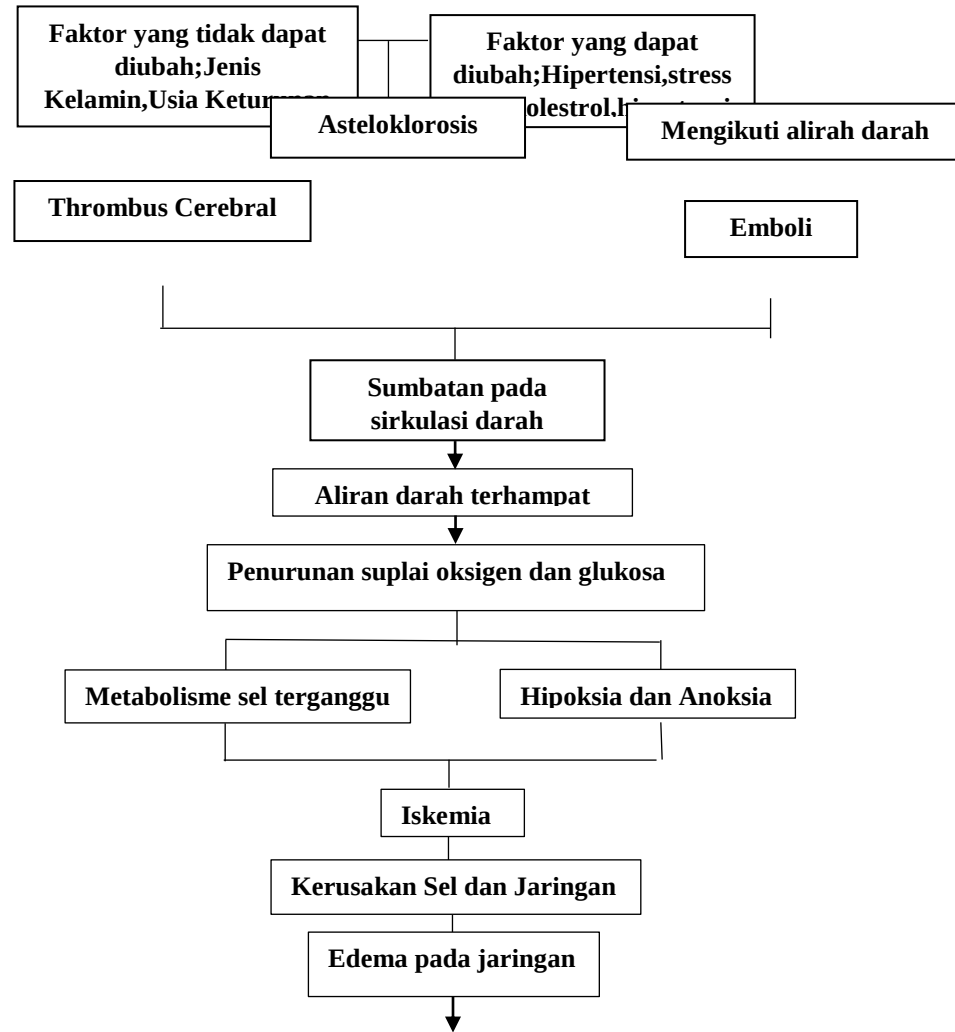
7) Usia Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risiko terjadinya stroke. Hal ini berkaitan dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah pada orang-orang lanjut usia, dimana

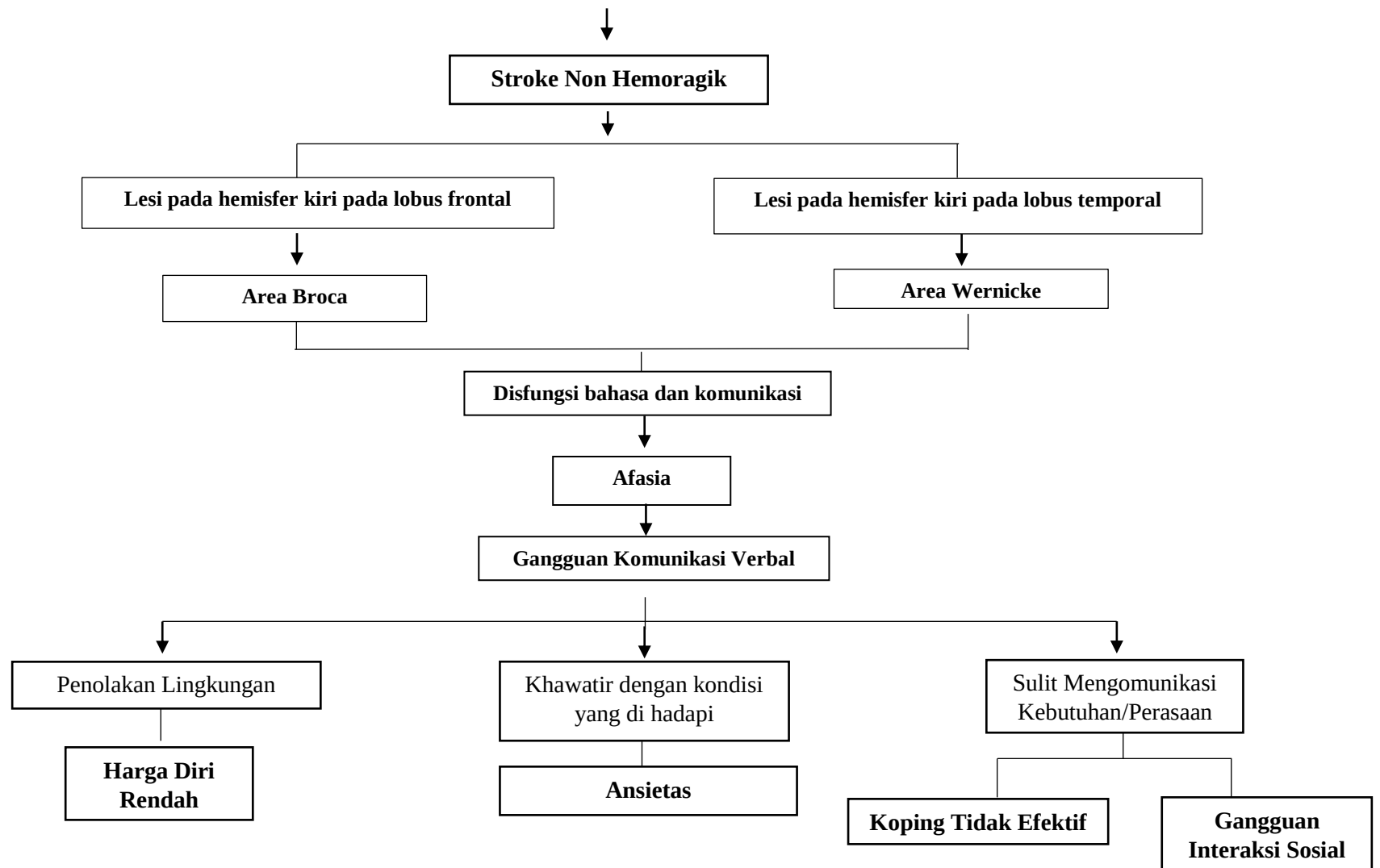
pembuluh darah menjadi lebih kaku karena adanya plak yang menempel pada pembuluh darah. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi itu tidak berarti bahwa stroke dapat menyerang semua kelompok umur (Bachtiar et al., 2023).

8) Jenis kelamin

Stroke menyerang baik laki-laki maupun perempuan, pada laki-laki jumlah kadar hormon estrogen tergolong rendah dibandingkan perempuan yang cukup tinggi. Hormon ini berperan sebagai proteksi atau pelindung alami pada proses aterosklerosis dengan menjaga tingkat kolesterol darah agar high density lipoprotein (HDL) atau kolesterol baik lebih tinggi dari kolesterol jahat atau low Density Lipoprotein (LDL). Selain itu hormon estrogen juga memiliki fungsi vital lain yaitu sebagai hormon yang mengurangi risiko faktor pembekuan darah (Syahwal, 2020). Namun setelah perempuan mengalami menopause, hormon estrogen akan menurun secara drastis sehingga merusak sel endotel dan memicu terjadinya plak di pembuluh darah sehingga besar risiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi sama

2.1.6 Patofisiologi





Gambar 1. Pathway Stroke Non Hemoragik (Harianja, 2017; Haryono & Utami, 2019)

1) Uraian

Terjadinya stroke non hemoragik diawali oleh adanya faktor risiko.

Faktor risiko tersebut terbagi menjadi dua, yaitu faktor yang dapat diubah dan faktor yang tidak dapat diubah.

Faktor yang dapat diubah meliputi hipertensi, diabetes melitus, stres, kadar kolesterol tinggi, dan kebiasaan hidup tidak sehat. Faktor yang tidak dapat diubah meliputi usia, jenis kelamin, dan faktor keturunan. Faktor-faktor ini meningkatkan risiko terjadinya gangguan pada pembuluh darah otak.

Akibat faktor risiko tersebut, terjadi aterosklerosis, yaitu penumpukan plak lemak pada dinding pembuluh darah. Plak ini menyebabkan pembuluh darah menyempit dan memicu terbentuknya trombus (bekuan darah). Selain trombus, dapat pula terbentuk emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari tempat lain (misalnya jantung) dan terbawa aliran darah menuju pembuluh darah otak. Trombus atau emboli yang mengikuti aliran darah akhirnya menyumbat sirkulasi darah di otak. Sumbatan ini menyebabkan aliran darah ke area otak tertentu terhambat, sehingga suplai oksigen dan glukosa menurun. Padahal, otak sangat bergantung pada oksigen dan glukosa untuk menjalankan metabolisme sel. Penurunan suplai oksigen dan glukosa mengakibatkan metabolisme sel otak terganggu, yang kemudian menyebabkan hipoksia dan anoksia. Kondisi ini menimbulkan iskemia, yaitu keadaan di mana jaringan otak

kekurangan aliran darah. Jika iskemia berlangsung lama, maka akan terjadi kerusakan sel dan jaringan otak, disertai dengan edema (pembengkakan jaringan otak).

Dan mengakibatkan stroke non hemoragik. Bila kerusakan terjadi pada hemisfer kiri otak, khususnya di lobus temporal (Area Wernicke), maka pasien mengalami gangguan pemahaman bahasa atau afasia sensorik. Sedangkan bila kerusakan terjadi di lobus frontal (Area Broca), pasien mengalami gangguan dalam mengungkapkan kata-kata atau afasia motorik. Kondisi ini menyebabkan disfungsi bahasa dan komunikasi pada pasien stroke non hemoragik akibatnya menyebabkan gangguan komunikasi verbal ada beberapa diagnose yang berhubungan dengan gangguan komunikasi verbal, yaitu ketidakmampuan menyampaikan kebutuhan, pikiran, dan perasaan secara efektif kepada orang lain. Gangguan komunikasi verbal ini menimbulkan berbagai dampak psikososial, antara lain:

Penolakan lingkungan, karena pasien sulit berinteraksi dan dipahami, yang kemudian dapat menyebabkan harga diri rendah.

Pasien merasa khawatir terhadap kondisi yang dihadapi, sehingga muncul ansietas akibat ketidakmampuan berkomunikasi dan ketergantungan pada orang lain.

Pasien mengalami kesulitan mengomunikasikan kebutuhan dan perasaan, yang dapat berujung pada coping tidak efektif serta gangguan interaksi social

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke non hemoragik menurut Insan (2021) antara lain:

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Bedrest total dengan posisi kepala mengangkat atau head up 15°-30°
- 2) Berikan terapi oksigen 2-3 L/menit dengan menggunakan nasal kanul
- 3) Pasang infus IV sesuai kebutuhan
- 4) Monitor ketat terhadap kelainan neurologis yang timbul
- 5) Berikan posisi miring kanan dan kiri selama 2 jam dan observasi

2.1 10 Penatalaksanaan Medis

- 1) Pemberian alteplase dengan dosis 0,6-0,9 mg/kgBB dengan onset <6 sebagai trombolisis intravena,
- 2) Trombektomi mekanik dengan oklusi karotis interna atau pembuluh darah intracranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovascular,
- 3) Pemberian obat-obatan seperti nicardipine, ACE, inhibitor, beta bloker, diuretic, calcium antagonist sebagai manajemen hipertensi,
- 4) Pemberian obat-obatan seperti anti diabetic oral maupun insulin sebagai manajemen gula darah,

- 5) Pemberian obat-obatan antikoagulan seperti dabigatran, warfarin dll,
- 6) Pemberian obat-obatan neuroprotector seperti citicholin, piracetan, pentoxifyline .

2.1.11 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasiendengan stroke non hemoragik adalah sebagai berikut (Radaningtyas, 2018).

1) An giografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi / nuptur.

2) Elektro encefalography

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak ataumungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

3) Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

4) Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque / arterosklerosis.

5) Computerized Tomografi Scanning CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

6) Magnetic Resonance Image (MRI)

Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.

7) Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda ipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

8) Pemeriksaan laboratorium

a) Fungsi lumbar: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meninggal pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

b) Pemeriksaan darah rutin.

- c) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

2.2 Konsep Gangguan Komunikasi Verbal

2.2.1 Definisi Gangguan Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal merupakan penurunan, kelambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan menggunakan sistem simbol dengan ditandai tidak ada kontak mata, tidak dapat bicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal, kesulitan menyusun kalimat, kesulitan memahami pola komunikasi yang biasa, kesulitan menggunakan ekspresi tubuh, kesulitan menggunakan ekspresi wajah, disorientasi orang, ruang, dan waktu, defisit visual parsial, bicara pelo, dan bicara dengan kesulitan (Prasetia & Susanto, 2022). Gangguan komunikasi verbal menurut SDKI adalah penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

2.2.2 Etiologi

Penyebab dari Gangguan Komunikasi Verbal menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) yaitu:

- 1) Penurunan sirkulasi serebral
- 2) Gangguan neuromuskuler
- 3) Gangguan pendengaran
- 4) Gangguan muskuluskeletal
- 5) Kelainan palatum
- 6) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiriodektomi)
- 7) Hambatan individu (mis. Ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
- 8) Hambatan psikologis (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- 9) Hambatan lingkungan (mis. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuain budaya, Bahasa asing)

2.2.3 Klasifikasi

Beberapa istilah gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke non hemoragik antara lain:

- 1) Afasia

Penurunan kemampuan berkomunikasi ,bisa melibatkan sebagian atau seluruh aspek dari komunikasi seperti berbicara,membaca,menulis dan memahami pembicaraan (Jurnal et al,2022).

2) Disartia

Kondisi artokulasi yang diucapkan tidak sempurna yang akhirnya menyebabkan kesulitan dalam berbicara (Ayu et al.,2020)

3) Disfagia

Keditakmampuan menelan makanan dan minuman.

2.2.4 Manifestasi Klinis

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

1) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

a) Tidak mampu berbicara atau mendengar

b) Menunjukkan respon tidak sesuai

2) Gejala dan tanda minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

Gejala dan tanda minor objektif pada gangguan komunikasi verbal yaitu berupa afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, dislalia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan

ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang, ruang, waktu, defisit penglihatan dan delusi.

2.2.5 Penatalaksanaan Gangguan Komunikasi Verbal

Penatalaksanaan gangguan komunikasi verbal menurut menurut SIKI (2018) ada 2 untuk pasien dengan gangguan pendengaran dan gangguan bicara yaitu :

Observasi

- a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- b. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)
- c. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
- d. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

Terapeutik

- e. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
- f. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. 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)

- g. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- h. Ulangi apa yang disampaikan pasien
- i. Berikan dukungan psikologis
- j. Gunakan juru bicara, jika perlu

Edukasi

- k. Anjurkan berbicara perlahan
- l. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

Kolaborasi

- m. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
- a) Observasi
 - a. Periksa kemampuan pendengaran
 - b. Monitor akumulasi serumen berlebihan
 - c. Identifikasi metode komunikasi yang disukai pasien (mis. lisan, tulisan, gerakan bibir, bahasa isyarat)

Terapeutik

- d. Gunakan bahasa sederhana
- e. Gunakan bahasa isyarat, jika perlu
- f. Verifikasi apa yang dikatakan atau ditulis pasien
- g. Fasilitasi penggunaan alat bantu dengar
- h. Berhadapan dengan pasien secara langsung selama berkomunikasi

- i. Pertahankan kontak mata selama berkomunikasi
- j. Hindari merokok, mengunyah makanan atau permen karet, dan menutup mulut saat berbicara
- k. Hindari kebisingan saat berkomunikasi
- l. Hindari berkomunikasi lebih dari 1 meter dari pasien
- m. Lakukan irigasi telinga, jika perlu
- n. Pertahankan kebersihan telinga

Edukasi

- o. Anjurkan menyampaikan pesan dengan isyarat
- p. Ajarkan cara membersihkan serumen dengan tepat

A. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan keluarga adalah bantuan, bimbingan, pengawasan yang diberikan oleh seorang perawat yang ditujukan pada keluarga sebagai kesatuan yang dirawat dengan menggunakan kerangka kerja yang disusun secara sistematis yang berguna untuk menggambarkan perkembangan keluarga secara menyeluruh (Efendy, 2007).

2.2.6 Pengkajian

Pada dasarnya tujuan pengkajian adalah mengumpulkan data obyektif dan subyektif dari klien. Adapun data yang terkumpul mencakup informasi dari klien, keluarga dan masyarakat, lingkungan atau budaya. Menurut (Mahyar, 2010), Hal-hal yang perlu diperhatikan selama melakukan pengkajian seperti, memahami secara keseluruhan

situasi yang sedang dihadapi oleh klien dengan cara memperhatikan kondisi fisik, psikologi, mental, emosi, sosiokultural dan spiritual yang bisa mempengaruhi status kesehatannya. mengumpulkan semua informasi yang bersangkutan dengan masa lalu dan saat ini, bahkan sesuatu yang berpotensi menjadi masalah bagi klien guna membuat suatu basis data yang lengkap. Data terkumpul berasal dari perawat dan klien selama berinteraksi serta sumber yang lain. Memahami bahwa klien adalah sumber informasi yang primer. Sumber informasi sekunder meliputi anggota keluarga, orang yang berperan penting, catatan kesehatan klien adalah sebagai berikut: Melakukan wawancara, Riwayat kesehatan keperawatan, Pemeriksaan fisik, Mengumpulkan data penunjang pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan diagnostik dan catatan kesehatan (rekam medis)

1) Pengumpulan Data

a) Identitas pasien

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, suku/bangsa, alamat, pekerjaan, tanggal dan jam MRS, nomer registrasi dan diagnosa medis (Tarwoto, 2013).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak

dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Tarwoto, 2013).

b) Riwayat penyakit sekarang.

Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke non hemoragik seringkali berlangsung secara mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan sampai kejang tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain (Tarwoto, 2013).

c) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan (Tarwoto, 2013).

d) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus (Tarwoto, 2013).

e) Riwayat psikososial dan spiritual

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa

tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Dalam pola penanganan, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses piker dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

f) Pola-pola fungsi kesehatan

(1) Pola pemenuhan nutrisi

Pada klien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorokan, disfagia dan kesulitan untuk menelan. Adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah (Doengoes, 2000).

(2) Pola eliminasi

Pada klien dengan stroke didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin, anuria, distansi abdomen (distansi kemih berlebih) dan bising usus negatif (ileus paralitik) (Doengoes, 2000).

(3) Pola aktivitas dan latihan

Pada klien dengan stroke adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis

(hemiplegia) dan merasa mudah lelah. (Doengoes, 2000).

(4) Pola tidur dan istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Doengoes, 2000).

(5) Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Doengoes, 2000).

(6) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, perasaan putus asa, emosi yang labil dan kesulitan mengekspresikan diri (Doengoes, 2000).

(7) Pola sensori dan kognitif

Pada pola *sensori* klien mengalami gangguan penglihatan / kekaburan pandangan, perabaan / sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Doengoes, 2000).

(8) Pola Personal Hygiene

Pada penderita stroke dengan *hemiplegi* dan *hemiparase* akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibilin dan oral hygiene.(Zebua, 2021)

(9) Pola penanggulangan stress

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi, merasa tidak berdaya dan perasaan putus asa. (Doengoes, 2000).

(10) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan / kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Doengoes, 2000).

(11) Pola Komunikasi

Klien mengalami disatria yang artinya mengalami ketidaksempurnaan pengucapan artikulasi sehingga terjadi kerusakan komunikasi verbal (Yuliastuti *et al.*, 2018).

g) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum dengan klien stroke biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cadel / pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Muttaqin, 2008).

3) Kepala dan Rambut : Kepala dan rambut biasanya tidak ditemukan masalah pada klien stroke iskemik (Prasetyo, 2025)

4) Wajah : Umumnya pada muka tidak simetris. (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh (*nervus fasialis*)).

5) Mata:

6) Hidung : Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.

7) Telinga :

Inspeksi : telinga sejajar antara kanan dan kiri, kebersihan telinga, telinga terdengar berdenging.

8) Mulut dan Faring: Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disartria (bicara cadel / pelo), afasia (kesulitan dalam berbicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.

9) Pemeriksaan Dada dan Thorax

a) **Inspeksi:** Simetris antara kiri dan kanan

b) **Palpasi:** Vokal vrementus antara kanan dan kiri sama

c) **Perkusi:** Terdengar suara paru sonor

d) **Auskultasi:** biasanya si terdapat suara ronchi atau wheezing

10). Payudara

Biasanya tidak ada kelainan pada payudara pada pasien stroke (Griselda, 2023)

11) Abdomen

a) Inspeksi : Ada pernafasan perut (pernafasan diafragma).

b) Auskultasi : Terjadi penurunan *peristaltic* (normalnya 5-35x/menit)

c) Palpasi : Teraba massa karena konstipasi, nyeri tekan tidak ada.

d) Pekusi : Suara thympani sampai hiperthympani, kadang terdapat kembung.

12) Pemeriksaan genetalia dan anus

Pada klien dengan stroke didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin, anuria, distansi abdomen (distansi kemih berlebih) dan bising usus negatif (ileus paralitik) (Doengoes, 2000).

13) Pemeriksaan Integument

a) Kulit : jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali >2 detik). Disamping itu perlu juga dikaji tanda- tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bed rest

b) Kuku: perlu dilihat adanya *clubbing finger*, cyanosis (Sinta,2011).

14) Pemeriksaan muskulokeletal

Amati adanya pembengkakan atau edema dan pergerakan sendir, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

15) Pemeriksaan reflek

a) Reflek fisiologis seperti reflek bisep, trisep, brakioradialis, patella, Achilles

b) Reflek patologis , seperti reflek plantar (Babinski) dan chaddock mengalami abnormalitas pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan.

Pada fase akut, reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. setelah beberapa hari refleksi fisiologis akan muncul kembali didahului dengan reflek patologis (Sinta,2011)

16) Pemeriksaan neurologi

- a) Nervus 1 Olfaktorius: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
- b) Nervus 2 Optikus: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang
- c) Nervus 3 Okulomotorius: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.
- d) Nervus 4 Troklearis: Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
- e) Nervus 5 Trigeminus: untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus.
- f) Nervus 6 Abduksen. Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika

klien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika klien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.

- g) Nervus 7 Fasialis: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).
- h) Nervus 8 Auditorius: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- i) Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 Vagus. Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru- paru.
- j) Nervus 11 Assesorius: Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapeziuz) dan otot leher (otot sterokleidomastoideus). Klien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi

kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu.

- k) Nervus 12 Hipoglossus: Kerusakan nervus hipoglossus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus klien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut.

17) Pemeriksaan penunjang

- a) Hasil rontgen kepala dan medula spinalis
- b) *Electro Encephalogram*
- c) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI): untuk menunjukkan area yang mengalami *hemoragik*. (Marilynn E. Doenges, 2000)
- d) Lumbal fungsi
- e) Pemeriksaan foto thorak: dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda *hipertensikronis* pada penderita *stroke*.

- f) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi *hiperglikemia*. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

2.2.7 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subyektif dan obyektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnose keperawatan melibatkan tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain (Mahyar, 2010). Menurut (Tarwoto, 2013), adapun diagnose stroke non hemoragik yang mungkin muncul adalah :

1) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

Penyebab:

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)
- g) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)

- h) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi).
- i) Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
<i>(Tidak tersedia)</i>	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan Tanda Miyor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
<i>(Tidak tersedia)</i>	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disartria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan komunikasi 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 15. Sulit menyusun kalimat 16. Verbalisasi tidak tepat 17. Sulit mengungkapkan kata-kata 18. Disorientasi orang, ruang, waktu 19. Defisit penglihatan 20. Delusi

2) Harga Diri Rendah (D.0087)

Penyebab:

- a) Perubahan pada citra tubuh

- b) Perubahan peran sosial
- c) Ketidakadekuatan pemahaman
- d) Perilaku tidak konsisten dengan nilai
- e) Kegagalan hidup berulang
- f) Riwayat kehilangan
- g) Riwayat penolakan
- h) Transisi perkembangan

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1. Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)	1. Berbicara pelan dan lirih
2. Merasa malu/bersalah	2. Menolak berinteraksi dengan orang lain
3. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri	3. Berjalan menunduk
4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri	4. Postur tubuh menunduk

Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1. Sulit berkonsentrasi	1. Kontak mata kurang
	2. Lesu dan tidak bergairah
	3. Pasif
	4. Tidak mampu membuat keputusan

3) Ansietas (D.0080)

Penyebab:

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian

- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi sistem keluarga
- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i) Faktor keturunan (temperamen mudah tersinggung sejak lahir)
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Terpapar bahaya lingkungan (mis, toksin, polutan, dan lain-lain)
- l) Kurang terpapar informasi

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1. Merasa bingung	1. Tampak gelisah
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	2. Tampak tegang
3. Sulit berkonsentrasi	3. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1. Mengeluh pusing	1. Frekuensi napas meningkat
2. Anoreksia	2. Frekuensi nadi meningkat
3. Palpitasi	3. Tekanan darah meningkat
4. Merasa tidak berdaya	4. Diaforesis
	5. Getaran
	6. Muka tampak pucat
	7. Suara bergetar
	8. Kontak mata buruk
	9. Sering berkemih
	10. Berorientasi pada masa lalu

4) Koping Tidak Efektif (D.0098)

Penyebab:

- a) Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah
- b) Ketidakadekuatan sistem pendukung
- c) Ketidakadekuatan strategi koping
- d) Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan

- e) Ketidalcukupan persiapan untuk menghadapi stresor
- f) Disfungsi sistem keluarga
- g) Krisis situasional
- h) Krisis maturasional
- i) Kerentanan personalitas
- j) Ketidakpastian

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1. Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah	1. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia) 2. Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar 2. Kekhawatiran kronis	1. Penyalahgunaan zat 2. Manipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri 3. Perilaku tidak asertif 4. Partisipasi sosial kurang

5) Gangguan Interaksi Sosial (D.0118)

Penyebab:

- a) Defisiensi bicara
- b) Hambatan perkembangan/maturase
- c) Ketiadaan orang terdekat
- d) Perubahan neurologis (mis: kelahiran prematur, distress fetal, persalinan cepat, atau persalinan lama)
- e) Disfungsi sistem keluarga
- f) Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan
- g) Penganiayaan atau pengabaian anak

- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i) Model peran negatif
- j) Impulsif
- k) Perilaku menentang
- l) Perilaku agresif
- m) Keengganan berpisah dengan orang terdekat

Gejala dan Tanda Mayor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1. Merasa tidak nyaman dengan situasi sosial	1. Kurang responsif atau tertarik pada orang lain
2. Merasa sulit menerima atau mengomunikasikan perasaan	2. Tidak berminat melakukan kontak emosi dan fisik

Gejala dan Tanda Minor

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1. Sulit mengungkapkan kasih sayang	1. Gejala cemas berat
	2. Kontak mata kurang
	3. Ekspresi wajah tidak responsif
	4. Tidak kooperatif dalam bermain dan berteman dengan sebaya
	5. Perilaku tidak sesuai usia

2.2.8 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien, individu, keluarga dan komunitas. (SIKI, 2018).

Tabel Intervensi Asuhan Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal pada klien Stroke Non Hemoragik

Sumber:(SDKI 2017),(SIKI 2018),(SLKI 2019)

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI	RASIONAL
1.	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	Komunikasi Verbal (L.13118) Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: 1.)Kemampuan berbicara meningkat 2.) Kemampuan mendengar meningkat 3.) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4.)Afasia pada pasien menurun 5.)Disfasia menurun 6.)Apraksia menurun 7.)Disleksia menurun 8.) Disatria menurun 9.) Afonia menurun 10.)Dislalia menurun 11.) Pelo mulai menurun 12.)Gagap mulai menurun 13.) Respond perilaku pada pasien dan pemahaman komunikasi membaik.	Promosi komunikasi:Defisit Bicara (1.13492) Observasi 1).Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2).Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3).Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4).Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 5).Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 6).Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. 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) 7).Modifikasi lingkungan untuk	Observasi 1).Mengetahui tingkat gangguan bicara serta perubahan kemampuan komunikasi pasien 2).Mengidentifikasi faktor penyebab gangguan komunikasi verbal sehingga intervensi dapat diberikan secara tepat. 3).Kondisi emosional dapat memperberat gangguan komunikasi dan menghambat proses penyembuhan. 4).Membantu memahami kebutuhan pasien meskipun kemampuan verbal terbatas. Terapeutik 5).Memudahkan pasien menyampaikan kebutuhan dan mempertahankan kemampuan komunikasi. 6).Membantu pasien lebih mudah memahami dan merespons komunikasi yang diberikan. 7).Lingkungan yang tenang dan nyaman meningkatkan konsentrasi serta efektivitas komunikasi. 8).Memastikan pesan yang diterima sesuai dengan maksud pasien dan mengurangi kesalahpahaman. 9).Meningkatkan rasa percaya diri dan motivasi pasien dalam berkomunikasi.

			meminimalkan bantuan 8).Ulangi apa yang disampaikan pasien 9).Berikan dukungan psikologis 10). Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 11).Anjurkan berbicara perlahan 12).Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi 13).Rujuk ke ahli patologi bicara terapis. Promosi Komunikasi:Defisit Pendengaran (1.13493) Observasi 1). Periksa kemampuan pendengaran 2).Monitor akumulasi serumen berlebihan 3).Identifikasi metode komunikasi yang disukai pasien (mis. lisan, tulisan, gerakan bibir,bahasa isyarat) Terapeutik 4). Gunakan bahasa sederhana 5). Gunakan bahasa isyarat, jika perlu 6).Verifikasi apa yang dikatakan atau ditulis pasien 7). Fasilitasi penggunaan alat bantu dengar 8).Berhadapan dengan pasien secara langsung selama berkomunikasi	10).Membantu memperjelas komunikasi pasien kepada tenaga kesehatan maupun keluarga. Edukasi 11).Membantu memperjelas pengucapan sehingga komunikasi lebih mudah dipahami. 12).Meningkatkan pemahaman keluarga dan pasien terhadap kondisi yang dialami sehingga dapat mendukung proses rehabilitasi. Kolaborasi 13).Mendapatkan terapi khusus untuk meningkatkan kemampuan bicara dan komunikasi pasien Observasi 1).Mengetahui tingkat gangguan pendengaran dan menentukan metode komunikasi yang sesuai. 2).Penumpukan serumen dapat menghambat pendengaran dan memperburuk komunikasi. 3).Membantu meningkatkan efektivitas komunikasi sesuai kemampuan pasien Terapeutik 4).Mempermudah pasien memahami informasi yang disampaikan. 5).Membantu pasien tetap dapat berkomunikasi meskipun mengalami keterbatasan pendengaran 6).Mengurangi kesalahpahaman dan memastikan pesan diterima dengan benar
--	--	--	---	--

		9).Pertahankan kontak mata selama berkomunikasi 10).Hindari merokok, mengunyah makanan atau permen karet, dan menutup mulut saat berbicara 11).Hindari kebisingan saat berkomunikasi 12). Hindari berkomunikasi lebih dari 1 meter dari pasien 13). Lakukan irigasi telinga, jika perlu 14).Pertahankan kebersihan telinga Edukasi 15).Anjurkan menyampaikan pesan dengan isyarat 16).Ajarkan cara membersihkan serumen dengan tepat Promosi Komunikasi:Defisit Visual (1.13494) Observasi 1).Periksa kemampuan penglihatan 2). Monitor dampak gangguan penglihatan (mis. risiko cedera, depresi, kegelisahan,	7).Membantu meningkatkan kemampuan mendengar dan memperlancar komunikasi. 8).Memudahkan pasien melihat gerakan bibir dan ekspresi wajah saat berbicara. 9).Meningkatkan perhatian dan membantu pasien memahami pesan yang disampaikan. 10).Membantu pasien melihat gerakan bibir dengan jelas selama komunikasi. 11).Lingkungan yang tenang membantu pasien lebih fokus mendengar pembicaraan. 12).Jarak yang dekat memudahkan pasien mendengar suara dengan lebih jelas 13).Membantu membersihkan serumen yang menghambat pendengaran 14).Mencegah gangguan pendengaran akibat penumpukan kotoran atau infeksi telinga. Edukasi 15).Membantu pasien tetap dapat mengungkapkan kebutuhan dan perasaannya. 16).Mencegah penumpukan serumen dan kerusakan pada telinga akibat cara pembersihan yang salah. Observasi 1).Mengetahui tingkat gangguan penglihatan dan menentukan kebutuhan bantuan pasien 2).Mengidentifikasi pengaruh gangguan
--	--	---	---

			kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari) Terapeutik 3).Fasilitasi peningkatan stimulasi indra lainnya (mis. aroma, rasa, tekstur makanan) 4).Pastikan kaca mata atau lensa kontak berfungsi dengan baik 5).Sediakan pencahayaan cukup 6).Berikan bacaan dengan huruf besar 7). Hindari penataan letak lingkungan tanpa memberitahu 8).Sediakan alat bantu (mis. jam, telepon) 9).Fasilitasi membaca surat, surat kabar atau media informasi lainnya 10).Gunakan warna terang dan kontras di lingkungan 11). Sediakan kaca pembesar, jika perlu Edukasi 12).Jelaskan lingkungan pada pasien 13).Ajarkan keluarga cara membantu pasien berkomunikasi Kolaborasi 14). Rujuk pasien pada terapis, jika perlu	penglihatan terhadap keselamatan, psikologis, dan kemampuan aktivitas sehari-hari pasien. Terapeutik 3).Membantu pasien mengenali lingkungan dan meningkatkan kemampuan adaptasi melalui indra lain. 4).Membantu memaksimalkan kemampuan penglihatan pasien. 5).Pencahayaan yang baik membantu pasien melihat objek dengan lebih jelas dan mengurangi risiko cedera. 6).Memudahkan pasien membaca dan memahami informasi. 7).Mencegah kebingungan dan risiko cedera akibat perubahan lingkungan. 8).Membantu pasien mempertahankan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari 9).Membantu pasien memperoleh informasi dan meningkatkan interaksi sosial. 10).Membantu pasien membedakan objek dengan lebih mudah. 11).Membantu pasien melihat tulisan atau benda kecil dengan lebih jelas. Edukasi 12).Membantu pasien mengenali lingkungan dan meningkatkan rasa aman. 13).Meningkatkan dukungan keluarga dalam memenuhi kebutuhan komunikasi pasien. Kolaborasi 14).Mendapatkan penanganan dan terapi
--	--	--	--	--

2.	Harga Diri Rendah (D.0087)	Harga Diri (L.09069) Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan harga diri meningkat dengan kriteria hasil: a) Penilaian diri positif meningkat b) Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat c) Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat d) Minat mencoba hal baru meningkat e) Postur tubuh menampakkan wajah meningkat f) Konsentrasi meningkat g) Kontak mata membaik h) Aktif meningkat i) Percaya berbicara diri meningkat j) Kemampuan membuat keputusan meningkat k) Perasaan malu berkurang l) Perasaan bersalah berkurang m) Perasaan tidak mampu melakukan apapun berkurang n) Meremehkan kemampuan mengatasi masalah berkurang.	Promosi Harga Diri (1.09308) Observasi a. Identifikasi budaya, agama ras, jenis kelamin, dan usi terhadap harga diri. b. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri. c. Monitor tingkat harga diri setiap waktu sesuai kebutuhan. Terapeutik a. Motivasi terlibat dalam b. verbalisasi positif untuk diri sendiri c. Motivasi tantangan atau hal baru. d. Diskusikan menerima pernyataan tentang harga diri. e. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri. f. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan pengalaman diri. g. Diskusikan persepsi negatif diri. h. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah. i. Diskusikan penetapan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi. j. Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas. k. Berikan umpan balik positif atas peningkatan pencapaian tujuan.	husus untuk meningkatkan kemampuan adaptasi pasien terhadap gangguan penglihatan. Observasi -Faktor budaya dan latar belakang individu memengaruhi cara pasien memandang dirinya, sehingga perawat dapat memberikan pendekatan yang sesuai dan tidak menyinggung nilai pasien. -Ucapan negatif tentang diri merupakan tanda harga diri rendah dan dapat memperburuk kondisi psikologis pasien bila tidak segera ditangani - Pemantauan berkala membantu menilai perubahan kondisi pasien dan efektivitas intervensi yang diberikan Terapeutik -Keterlibatan dalam aktivitas meningkatkan rasa mampu, percaya diri, dan mengurangi perasaan tidak berguna. - Pernyataan positif membantu pasien membangun pola pikir sehat dan meningkatkan penerimaan terhadap dirinya -Keberhasilan dalam hal baru dapat meningkatkan rasa percaya diri dan memperkuat konsep diri positif. -Diskusi membantu pasien memahami dan menerima kondisi dirinya, serta mengurangi penolakan diri -Pasien sering memiliki persepsi diri yang salah, sehingga perlu dibantu untuk menilai diri secara realistis.
----	-----------------------------------	---	---	---

3.	Ansietas (D.0080)	o) Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan Berkurang. Tingkat Tingkat Ansietas (L.09093) Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan	l. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri. Edukasi a. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien. b. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki. c. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain. d. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif. e. Anjurkan mengevaluasi perilaku. f. Anjurkan cara mengatasi bullying g. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri. h. Latih pernyataan/ kemampuan positif diri. i. Latih cara berfikir dan berperilaku positif. j. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi Reduksi Ansietas (1.09314) Observasi a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis.Kondisi, waktu, stressor) b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan	-Mengingat pengalaman positif dapat memunculkan kembali rasa berharga dan memotivasi pasien untuk berkembang. -Mengungkap persepsi negatif membantu perawat mengidentifikasi masalah psikologis dan memberikan dukungan yang tepat -Rasa bersalah dan kritik diri berlebihan dapat memperburuk harga diri rendah, sehingga perlu dikaji penyebabnya agar pasien dapat mengelolanya dengan sehat. Observasi: a. Mengetahui kapan ansietas meningkat membantu perawat mengenali pemicu stres sehingga intervensi dapat diberikan tepat
----	--------------------------	--	--	---

		kriteria hasil: 1) Verbalisasi kebingungan menurun 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3) Perilaku gelisah menurun 4) Perilaku tagang menurun 5) Keluhan pusing menurun 6) Anoreksia menurun 7) Palpitasi menurun 8) Frekuensi pernapasan menurun 9) Frekuensi nadi menurun 10) Tekanan darah menurun 11) Diaforesis menurun 12) Tremor menurun 13) Pucat Menurun 14) Konsentrasi membaik 15) Pola tidur membaik 16) Perasaan keberdayaan membaik 17) Kontak mata membaik 18) Pola berkemih membaik 19) Orientasi membaik.	c. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik d. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan e. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan f. Pahami situasi yang membuat ansietas g. Dengarkan dengan penuh perhatian h. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan i. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan j. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi a. Jelaskan termasuk sensasi prosedur, yang mungkin dialami b. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu d. Anjurkan kegiatan yang kompetitif, melakukan tidak sesuai kebutuhan e. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi f. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan g. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat	waktu. b. nsietas dapat mengganggu konsentrasi dan kemampuan berpikir, sehingga penting menilai apakah pasien mampu membuat keputusan secara rasional c. Tanda verbal maupun nonverbal menunjukkan tingkat kecemasan pasien, sehingga perawat dapat menentukan tindakan yang sesuai. Terapeutik d. Lingkungan yang aman dan nyaman membantu pasien merasa diterima sehingga kecemasan berkurang e. Kehadiran perawat memberikan rasa aman dan dukungan emosional sehingga pasien tidak merasa sendirian. f. Memahami penyebab ansietas membantu perawat memberikan pendekatan yang tepat sesuai kebutuhan pasien. g. Mendengarkan secara aktif membuat pasien merasa dihargai dan dapat membantu menurunkan ketegangan emosional. h. Sikap perawat yang tenang dapat menenangkan pasien dan menurunkan respon stres serta rasa takut. i. Pasien yang mampu mengenali pemicu ansietas akan lebih mudah mengontrol respon emosionalnya. j. Perencanaan yang realistis membantu pasien berpikir lebih terarah, mengurangi ketidakpastian, dan menurunkan kecemasan.
--	--	--	--	---

			h. Latih teknik relaksasi Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu Terapi Relaksasi Observasi a. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif b. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan c. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya d. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan e. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi c. Gunakan pakaian longgar d. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama e. Gunakan relaksasi sebagai Strategi penunjang dengan analgetik (atau tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi	Edukasi - Membantu pasien memahami tindakan yang akan dilakukan sehingga dapat mengurangi rasa takut dan cemas.
--	--	--	--	---

4.	Koping Tidak Efektif (D.0098)	Status Koping (L.09086) Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan status koping meningkat dengan kriteria hasil: a. Kemampuan memenuhi peran sesuai usia meningkat b. Perilaku koping adaptif membaik c. Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah membaik d. Verbalisasi pengakuan masalah membaik e. Verbalisasi kelemahan diri meningkat f. Perilaku asertif meningkat	a. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis, relaksasi yang tersedia (mis. music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih c. Anjurkan mengambil posisi nyaman d. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi e. Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik yang dipilih f. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing) Dukungan Keputusan (1.09265) Observasi a. Identifikasi Pengambilan persepsi mengenai informasi konflik Terapeutik a. Fasilitasi nilai dan masalah dan yang memicu mengklarifikasi harapan yang membantu membuat pilihan b. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi c. Fasilitasi melihat situasi secara realistis d. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan e. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif	Observasi: a. Persepsi pasien terhadap informasi yang bertentangan dapat memengaruhi kemampuan dalam mengambil keputusan, sehingga perlu dikaji untuk menentukan dukungan yang tepat. Terapeutik: a. Membantu pasien memahami nilai dan harapan dirinya dapat mempermudah menentukan keputusan yang sesuai dengan kebutuhan dan prioritas pasien. b. Mengetahui manfaat dan risiko dari setiap pilihan membantu pasien membuat keputusan secara lebih rasional dan terarah. c. Pasien sering menilai situasi berdasarkan emosi atau ketakutan,
----	---	--	---	--

5.	Gangguan Interaksi Sosial (D.0118)	g. Partisipasi sosial meningkat h. Tanggung jawab diri meningkat i. Orientasi realitas meningkat j. Minat mengikuti perawatan/pengobatan meningkat k. Kemampuan membina hubungan meningkat l. Verbalisasi menyalahkan orang lain menurun m. Verbalisasi rasionalisasi kegagalan menurun n. Hipersensitif terhadap kritik menurun o. Perilaku penyalahgunaan zat menurun p. Perilaku manipulasi menurun q. Perilaku permusuhan menurun r. Perilaku superior menurun Interaksi Sosial (L.13115) Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan interaksi sosial meningkat dengan kriteria hasil: a. Perasaan nyaman dengan situasi sosial b. Perasaan mudah menerima atau mengkomunikasikan perasaan c. Responsif pada orang lain	f. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi g. Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, jika perlu h. Fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya Edukasi a. Informasikan alternatif solusi secara jelas b. Berikan informasi yang diminta pasien Kolaborasi a. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan Promosi Sosialisasi (I. 13498) Observasi a. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain b. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain Terapeutik a. Motivasi dalam meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan b. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan dalam suatu hubungan	sehingga perawat membantu pasien memahami kondisi secara objektif. d. Mengungkapkan tujuan perawatan membantu perawat menyesuaikan intervensi dengan keinginan pasien serta meningkatkan keterlibatan pasien dalam proses pengambilan keputusan. e. Keputusan yang dibuat bersama antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan meningkatkan rasa percaya dan kepatuhan terhadap rencana perawatan. f. Menghormati otonomi pasien merupakan prinsip etik dalam keperawatan dan membantu pasien merasa dihargai serta memiliki kontrol terhadap dirinya g. Membantu pasien menyampaikan keputusan kepada keluarga atau pihak lain dapat mengurangi konflik, meningkatkan dukungan sosial, dan memperkuat keyakinan pasien terhadap pilihannya. Observasi: a. Menilai kemampuan pasien berinteraksi membantu perawat mengetahui tingkat fungsi sosial pasien dan menentukan bentuk dukungan yang diperlukan. b. Hambatan seperti gangguan komunikasi, kecemasan, atau isolasi sosial perlu diketahui agar perawat dapat memberikan intervensi yang sesuai untuk meningkatkan sosialisasi Terapeutik
----	---	--	---	--

		d.Perasaan tertarik pada orang lain e.Minat melakukan kontak emosi f.Minat melakukan kontak fisik g.Pengverbalisasi kasih sayang h.Kontak mata i.Ekspresi wajah responsive j.Kooperatif dalam bermain dengan sebaya Kooperatif dengan teman sebaya h.Prilaku sesuai usia	c.Motivasi berpartisipasi dalam aktifitas baru dan kegiatan kelompok d.Motifasi berinteraksi diluar lingkungan (mis.Jalan-jalan, ke toko buku) e.Diskusi kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain f. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan g.Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri h.Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan Edukasi a.Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap b.Anjurkan ikut serta kegiatan social dan kemasyarakatan c.Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain d.Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain e.Anjurkan penggunaan alat bantu (mis.Kacamata dan alat bantu dengar) f.Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus g.Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi h.Latih mengekspresikan marah	a.Dorongan untuk terlibat dalam hubungan sosial dapat meningkatkan rasa diterima, mengurangi kesepian, dan memperbaiki kesejahteraan psikologis pasien b.Membangun hubungan sosial membutuhkan waktu dan proses adaptasi, sehingga pasien perlu didukung agar tidak mudah menyerah atau frustrasi. c. Aktivitas kelompok membantu pasien melatih kemampuan sosial, meningkatkan rasa percaya diri, dan memperluas dukungan sosial. d. Interaksi di luar lingkungan dapat meningkatkan keterpaparan sosial, mengurangi isolasi, serta membantu pasien beradaptasi dengan lingkungan masyarakat e. Diskusi ini membantu pasien mengenali kemampuan yang dimiliki serta keterbatasan yang perlu diperbaiki sehingga komunikasi lebih efektif. f. Perencanaan aktivitas sosial ke depan memberikan harapan, motivasi, dan membantu pasien membangun tujuan hidup yang lebih positif. h. Umpan balik positif dapat meningkatkan motivasi, rasa percaya diri, dan memperkuat perilaku adaptif sehingga pasien lebih berani untuk terus berinteraksi sosial.
--	--	--	--	--

2.2.9 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan (Suwignjo et al., 2022). Kriteria pengimplementasian tindakan meliputi; melibatkan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, berkerjasama dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien, memberikan edukasi pada klien dan keluarga tentang konsep keterampilan asuhan diri (Nursalam, 2016).

2.2.10 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo et al., 2022). Dokumentasi evaluasi keperawatan merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawatan dan mengkomunikasikan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi (Hutahean, 2010 dalam Tokan & Sekunda, 2020).