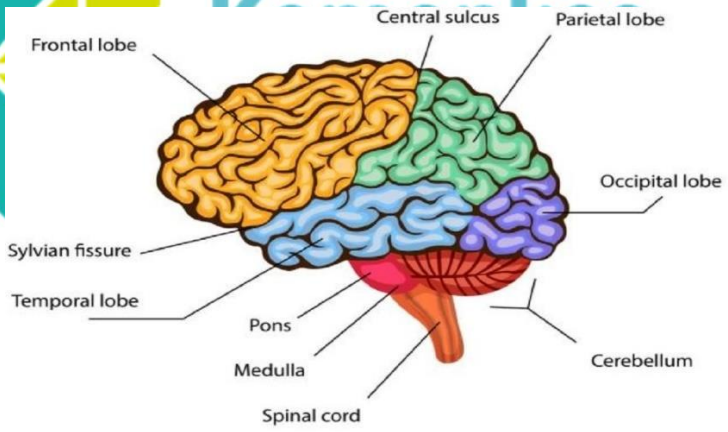
BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Anatomi Fisiologi Otak

Otak yaitu pusat sistem saraf yang berupa organ kecil yang terletak di dalam cranium yang berfungsi sebagai pusat sistem saraf, mengoordinasikan dan mengatur semua proses tubuh, termasuk proses biologis, fisik, dan sosial. Sel saraf, sirkuit saraf dan *neurotransmitter* menghantarkan rangsangan ke otak dan otak akan menangkap dan memahami rangsangan tersebut (Amin., 2018)

Menurut Chalik (2016) otak merupakan oragan yang sangat kompleks. Otak memiliki lebih dari 100 miliar neuron selain sel saraf dan sinapsis. Otak manusia beratnya 2% dari berat badan tubuh, menggunakan 25% oksigen dan memompa 1,5% dari curah jantung. Otak terdiri dari *cerebrum, cerebellum*, diensefalon dan *btainstem* (Kemenkes., 2022)



Sumber: (Kemenkes., 2022)

Gambar 2. 1 *Anatomi Fisiologi Otak*

1. Otak besar (*Cerebrum)*

   Cerebrum adalah bagian otak paling besar dan paling mudah terlihat. *Cerebrum* terlitak di atas tengkorak. Dua pertigas massa otak disumbangkan oleh otak besar. *Cerebrum* berfungsi untuk fungsi intelektual seperti kemampuan berfikir abstrak dan nalar, berbicara dan membentuk karakter seseorang. *Cerebrum* terbagi menjadi empat lobus, yaitu:

a. Lobus frontal: Terletak sejajar dengan tulang dahi di bagian depan otak. Lobus ini berfungsi atas pengendalikan suara, gerakan, perilaku, emosi, dan kepribadian. Selain itu, lobus ini terlibat dalam aktivitas intelektual termasuk penalaran, pemecahan masalah, perencanaan, dan pengambilan keputusan.
b. Lobus parietal: Terletak di belakang lobus frontal yang membentuk sebangian besar garis tengah kranial. Lobus ini terkait dengan sensasi seperti sentuhan, nyeri, suhu dan juga dapat mengendalikan orientasi yang mampu memahami tentang arah, ukuran dan bentuk.
c. Lobus temporal: Terletak di sisi kanan dan kiri otak. Lobus ini terkait dengan pengendali indra pendengaran, kemampuan mengingat, mengatur emosi dan juga berperan dalam kemampuan berbicara
d. Lobus oksipital: Terletak di bagian belakang yang memiliki fungsi untuk menafsirkan semua yang dilihat.

2. Otak Kecil (*Cerebellum)*

Otak kecil adalah stuktur paling besar di otak belakang. Berada di depan otak kecil dan di belakang lobus oksipital. Otak kecil memiliki ukuran sebesar bola bisbol yang permukaannya melengkung. Salah satu peran penting otak kecil adalah mengatur keseimbangan dan gerakan. Selain itu, otak kecil juga membantu dalam meningkatkan sistem motorik, seperti gerakan otot.

3. Batang Otak (*Brainstem*)

Batang otak sebagai penghubung antara otak dengan gading posterior. Struktur yang menyatukan otak kecil (medulla oblongata), batang otak (pons), dan otak kecil (pons) disebut batang otak. Batang otak dan neuron sensorik serta motorik di area tubuh lainnya berkomunikasi satu sama lain melalui saraf kranial.

4. Otak Depan (*Diensefalon)*

Diensefalon tediri dari dua bagian, yaitu thalamus dan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

hypothalamus, dimana thalamus berfungsi memperoleh semua rangsangan dari reseptor kecuali aroma sementara hipotalamus mengatur nutrisi, suhu, dan penjagaan agar tetap bangun dan pembentuk sikat agresif.

B. Konsep Penyakit Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke adalah kondisi di mana terdapat gejala klinis yang muncul secara cepat, berupa defisit neurologis baik secara lokal maupun keseluruhan yang dapat bersifat parah dan berlangsung selama 24 jam atau lebih. Tidak ada penyebab jelas untuk penyakit ini selain vascular, dan penyakit ini mengakibatkan kematian (WHO., 2021).

Stroke yaitu penyakit gangguan fungsional otak yang terjadi akibat adanya penyumbuatan pembuluh darah arteri. Stroke dapat terjadi karena otak kurang mendapatkan penyediaan darah yang menyebabkan sel-sel otak mengalami kematian. Kematian pada sel-sel otak akan mengganggu beberapa sistem syaraf. Apabila aliran arah ke otak terhenti maka oksigen dan glukosa tidak bisa menutrisi sel otak. Stroke juga dapat mengakibatkan penderitanya mengalami perdarahn pada sel-sel otak (Ridwan., 2017).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

2. Etilogi

Menurut Wijaya & Putri (2017) penyebab stroke dibagi menjadi tiga, yaitu:

a. Thrombosis Serebri

Trombosis serebral penyebab stroke yang paling sering yang disebabkan oleh sterosklerosis artei serebral dan berkurangnya aliran darah di otak. Ahli patologi telah membuktikan bahwa40% pasien stroke mengalami trombosis.

b. Emboli serebri

Penyebab stroke paling umum kedua adalah emboli serebri. Karena thrombus yang terbentuk di jantung merupakan sumber

besar emboli serebral dimana tanda ini merupakan manifestasi dari penyakit jantung. Ketika gumpalan darah. Lemak atau udara menyumbat arteri darah di otak, hal ini dapat mengakibatkan emboli serebral. Secara umum, trombus yang pecah dari jantung dan menyumbat arteri serebral dapat menyebabkan kematian.

c. Hemorogi

Perdarahan dapat terjadi dalam ruang subaraknoid (hemorogik subarachnoid), di bawah durameter (hemoragi subdural), atau di dalam jaringan substansial otak (hemoragi intra serebral). Aterosklerosis dan hipertensi merupakan akar penyebab pendarahan ini. Darah merembes ke dalam jaringan otak ketika arteri serebral pecah, meningkatkan tekanan dan menyebabkan jaringan otak di sekitarnya terpisah. Hal ini dapat menyebabkan edema serebral, herniasi otak, infark, dan pembengkakan otak akibat kompresi jaringan otak.

3. Klasifikasi Stroke

Menurut Siregar (2021) stroke terbagi menjadi 2 jenia berdasarkan data kliniknya yaitu, stroke non hemorogik yaitu stroke yang terjadi karena adanya penyumbatan pembuluh darah yang mengakibatkan turunnya oksigen ke otak. Sedangkan stroke hemorogik yaitu pecahnya pembuluh darah diotak yang membuat fungsi otak terganggu.

a. Stroke Hemoragik (SH)

Stroke hemoragik timbul secara tiba-tiba pembuluh darah pecah di intraserebral yang terjadi begitu singkat sehingga menyebabkan defisit neurologik fokalPerdarahan otak berdasarkan penyebabnya dibagi 2, yaitu:

1) Perdarahan Intraserebral (PIS)

Perdarahan intraserebral terjadi akibat pecahnya pembuluh darah itraserebral yang ada di dalam parenkim otak. PIS biasanya terjadi karena kerusakan dinding pembuluh darah

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

pada penderita hipertensi dan terjadinya mikroaneurisma.

2) Perdarahan Subarachnoid (PSA)

Perdarahan subaraknoid terjadi ketika darah memasuki ruang subaraknoid, baik dari ruang subaraknoid itu sendiri (perdarahan sebaraknoid primer) atau dari lokasi lain (perdarahan subaraknoid sekunder). Sebagian besar kasus perdarahan subaraknoid disebabkan oleh aneurisma intracranial.

b. Stroke Non Hemoragik (SNH)/ Iskemik

Stroke non hemorogik atau stroke iskemik yaitu stroke akibat adanya sumbatan pembuluh darah yang mengakibatkan alirah oksigen adekuat ke otak yang kemudian akan menyebabkan kematian jaringan otak. Secara umum penyebab utama dari stroke iskemik adalah aterotrombosis pada pembuluh darah serebral, termasuk baik yang berukuran besar ataupun yang berukuran kecil. Stroke non hemorogik berdasarkan etiologinya dibagi manjadi 2 jenis, yaitu:

1) Stroke Trombolitik, disebabkan oleh aliran darah yang terhambat akibat sumbatan atau aterosklerosis berat, yang biasanya diperngaruhi oleh kolestrol dan tekanan darah tinggi.
2) Stroke Embolik, dapat terjadi karena adanya emboli atau gumpalan tfibrin dan trombosit pada arteri darah yang tersumbat.

4. Faktor Risiko Stroke

Faktor resiko stroke dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Faktor yang tidak dapat diubah:

1) Genetik

Risiko stroke juga dapat meningkat pada pasien dengan faktor keturunan seperti hipertensi, jantung coroner, diabetes, kelainan pembuluh darah, atau yang dalam keluarga dikenal dengan istilah cadasil (Susilawati & SK, 2022).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

2) Umur

Stroke lebih umum terjadi pada orang yang lebih tua. Teori degenerative menyatakan bahwa modifikasi pada struktur dan fungsi arteri darah terjadi seiring bertambahnya usia (Sultradewi Kesuma et al., 2019)

3) Jenis Kelamin

Angka kejadi stroke pada perempuan dan laki-laki memiliki resiko tergantung dengan usianya. Perempuan memiliki resiko menderita stroke karena mengalami menopause. Sedangkan pada laki-laki memikili resiko stroke karena memiliki hormone testoteron yang dapat meningkatkan kadar LDL darah yang menjadi pemicu terjadinya stroke.

b. Faktor risiko yang dapat diubah:

1) Hipertensi

Hipertensi mengakibatkan terjadinya gangguan pada aliran darah sehingga dapat menyebabkan berkurangnya aliran darah serta suplai oksigen ke otak yang menyebabkan jaringan otak akan mati. Hipertensi kronis mampu merusak sel arteri dan memberi tekanan pada pembuluh darah sehingga pembuluh darah tidak lagi mampu menahanya dan akhirnya pecah (Azzahra & Ronoatmodjo, 2023)

2) Diabetes Melitus

Diabetes dapat menimbulkan aterosklerosis atau gumpalan lemak pada dinding pembuluh darah, yang akan mempercepat proses aterosklerosis di pembuluh darah kecil ataupun besar, tanpa kecuali arteri darah yang mengalirkan darah ke otak.

3) Penyakit Jantung

Riwayat penyakit jantung menjadi resiko penyebabnya stroke karena adanya aterosklerosis yang terdapat di pembuluh darah jantung sehingga terjadi penyumbatan aliran darah. Selain itu tidak teraturnya detak jantung, defek katup jantung, dan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

terjadi pembesaran bilik jantung mengakibatkan pengumpalan darah bahkan pecahnya pembuluh darah (Azzahra & Ronoatmodjo., 2023).

1. Patofisiologi

Stroke akan terjadi saat pecahnya pembuluh darah di dalam otak akibat trombos dari aterosklerosis atau emboli dari pembuluh darah luar otak yang tersangkut di arteri otak. Ketika terbentuknya di percabangan arteri, fibrin bersama trombosit akan melekat pada permukaan plak. Secara bertahap, plak membesar hingga terbentuk penyumbatan. Emboli yang dilepaskan dari arteri distal yang membuat suplai darah ke otak berkurang sehingga sel kekurangan oksigen dan nutrisi yang kemudian akan membuat otak mengalami asidosis. Dengan demikian, terjadi edema lokal akibat kalium meninggalkan sel-sel otak dan natrium klorida serta air memasukinya.

Biasanya thrombosis yang terjadi tidak menimbulkan akibat yang fatal kecuali terjadi perdarahan massif. Penyumbatan pembuluh darah otak dapat mengakibatkan trombosis, nekrosis, dan edema. Jika masih terdapat infeksi pada arteri darah yang tersumbat, infeksi septik dapat menyebabkan penyebaran abses atau ensefalitis pada dinding pembuluh darah. Perdarahan otak lebih seing disebabkan oleh pecahnya arteri yang mengalami penumpukan plak arterioskleroik atau tekanan darah yang tinggi. Akibatnya respon vascular yang mengendalikan perdarahan cedera. Ketika hematoma berkembang di jaringan otak, efek massa dapat memberikan tekanan yang signifikan pada arteriole distal yang kemudian membuat tekanan darah kapiler menjadi relatif lebih rendah. Perdarahan intraserebral yang luas meningkatkan resiko kematian dibandingkan dengan kondisi seperti iskemik serebral, karena perdarahan yang luas dapat mengakibatkan kerusakan yang massif pada jarigan otak. Tekanan intra kranial yang meningkat juga menyebabkan herniasi otak (Haksara & Putri., 2021).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

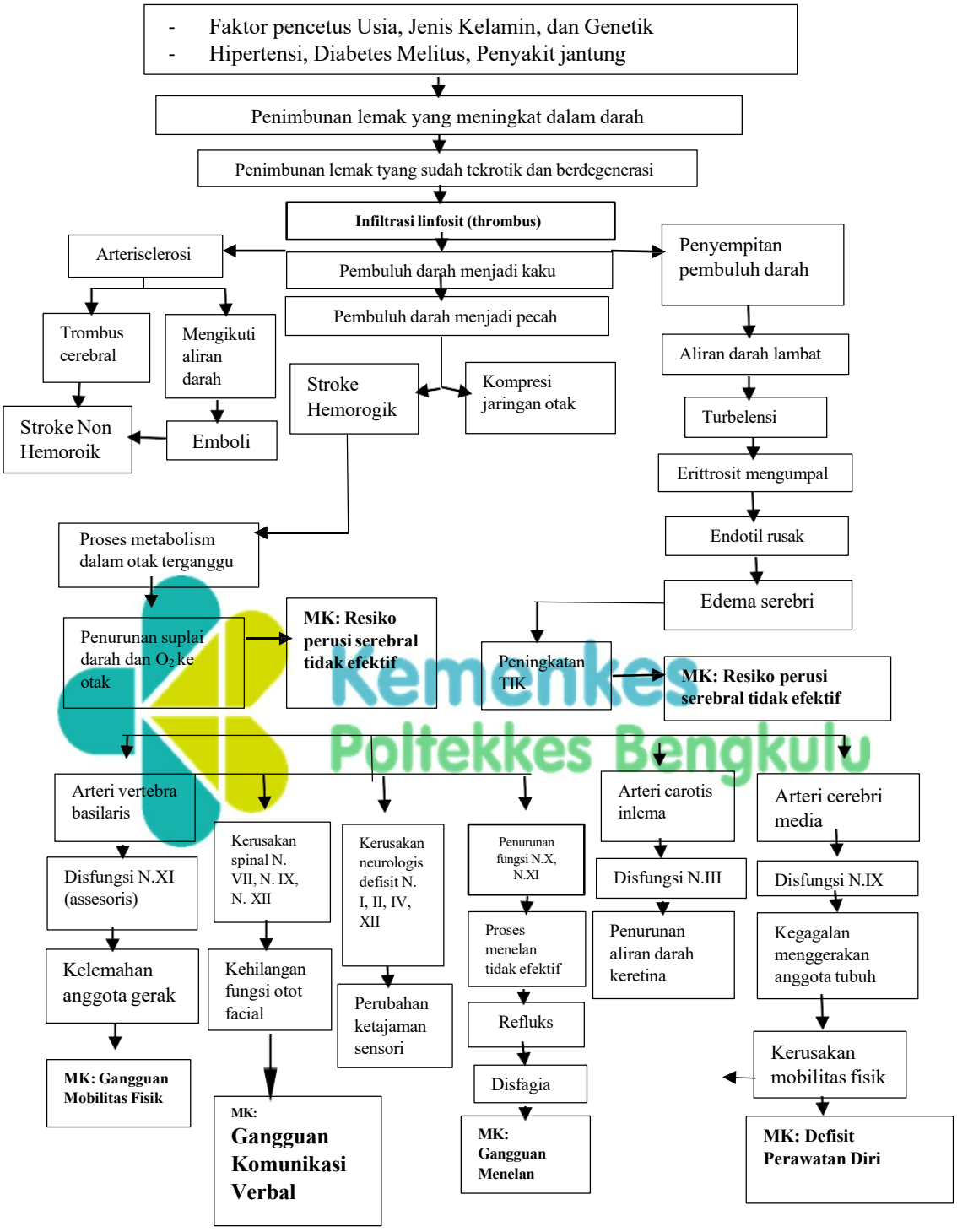
2. Manifestasi Klinis

Menurut Gofir (2021) tanda dan gejala neurologis yang dapat timbul pada stroke bervariasi berdasarkan tingkat keparahan gangguan pembuluh darah dan dimana letaknya, yaitu:

a. Kelemahan pada wajah atau anggota badan (umumnya hemiparesis) yang muncul secara tiba-tiba
b. Penyakit hemisensori, atau kelainan sensitivitas pada satu atau lebih anggota tubuh
c. Perubahan kesadaran secara mendadak (konvusi, delirium, latergi, stupor, atau koma)
d. Bercicara tidak lancer, kurangmya ucapan (Afisia)
e. Berbicara pelo astau cadel (Disartria)
f. Kesulitan menelan (disfagia)
g. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler)
h. Mual, muntah vertigo, dan nyeri kepala

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

3. *Web Of Causation* (WOC Stroke)



Bagan 2. 1 WOC Stroke
Sumber : (Haksara & Putri., 2021)

4. Komplikasi

   Menurut Wijaya & Putri (2017) akibat yang mungkin timbul pada pasien stroke, yaitu:

   a. Pembekuan darah
   b. Kondisi saat terjadinya gangguan dalm proses pembekuan darah (koagulasi)
   c. Dekubitus
   d. Goresan atau luka di kulit karena tekanan yang berlangsung dalam jangka waktu lama pada area seperti tumit, pantat, dan pinggul
   e. Pneumonia disebabkan oleh penderita stroke yang tidak dapat melakukan batuk efektif dan terjadi gangguan menelan yang mengakibatkan cairan tertumpuk di paru-paru
   f. Atrofi dan kekakuan sendi
   g. Disebabkan karena kurangnya mobilisasi dan mobilitas

5. Pemeriksaan Diagnostik

   Menurut Mutiarasari (2019) pemeriksaan penunjang pada penderita stroke yaitu:

   a. Angiografi serebral

      Mengidentifikasi secara spesifik pemicu terjadinya stroke apakah perdarahan atau penyumbatan arteri.

   b. CT Scan

      Pemindaian ini dapat menunjukkan informasi yang tepat tentang posisi hematoma, lokasi edema, da nada tidaknya jaringan otak yang mengalami infark atau iskemik

   c. *Magnetic Imaging Resonance* (MRI)

      Lokasi dan luasnya pendarahan otak dapat dipastikan melalui pengujian gelombang magnetik. Hasilnya menunjukkan adanya lesi, infark dan hemoragik.

   d. EEG

      Tujuan tes ini agar mampu mengidentifikasi masalah yang disebabkan oleh jaringan yang mengalami infark, yang mengakibatkan penurunan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

impuls listrik pada jaringan otak.

e. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan laboratorium dapat mengidentifikasi masalah terkait jaringan yang mengalami infark, yang mengakibatkan jaringan otak kekurangan impuls listrik.
2) Pemeriksaan elektrolit, glukosa, kreatinin, ureum.
3) Tes kimia darah akut dapat mengungkapkan hiperklikemia, suatu kondisi kadar gula darah serum meningkat hingga 250 mg.dL sebelum secara bertahap turun lagi

6. Penatalaksaan Medis

Menurut Wijaya & Putri (2017) penatalaksaan stroke yaitu:

a. Penatalaksanaan umum stroke selama fase akut

1) Posisi kepala dan tubuh bagian atas diangkat 20^0-30^0, serta posisi lateral decubitus jika diikuti muntah.
2) Pastikan jalan nafas terbuka dan berikan bantuan penapasan yang memadai. Jika hasil pemeriksaan gas darah menunjukkan indikasi, berikan oksigen dengan kecepatan 1-2 liter per menit jika perlu.
3) Pasang kateter
4) Kontrol tekanan darah

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

b. Penatalaksaan setelah fase akut

1) Nutrisi oral diberikan hanya setelah kemampuan menelan memadai. Disarankan untuk menggunakan NGT jika pasien mengalami kesulitan menelan atau jika tingkat kesadaran menurun.
2) Mobilisasi dapat dilakukan bila homodinamik stabil dengan dimulai mobilisasi dini dengan miring kanan miring kiri.

c. Penatalaksaan Medis

1) Anti hipertensi yang diberikan untuk menurunkan tekanan darah.
2) Obat antiplatelet, seperti aspirin, digunakan untuk menghentikan pembekuan darah.
3) Antikoagulan seperti heparin juga dapat digunakan untuk mencegah pembekuan darah. Heparin berfungsi dengan mengubah

keseimbangan faktor pembekuan darah. Pasien dengan kelainan irama jantung yang mengalami stroke biasnya diberi resep obat antikoagulan

C. Konsep Dasar Interaksi Sosial

1. Pengertian Interaksi Sosial

Sebagai makhluk sosial, manusia memerlukan interaksi untuk saling bergantung satu sama lain. Hubungan antarindividu terbentuk melalui proses interaksi sosial. Kemampuan seseorang dalam menjalin interaksi turut menentukan bagaimana individu dapat merespons dan bersikap terhadap berbagai situasi di lingkungan sekitarnya (Dian et al., 2019).

Interaksi sosial dapat terjadi antara dua individu secara langsung atau tidak langsung, juga antara seorang individu dengan sebuah kelompok, maupun antar kelompok. Tanpa adanya interaksi sosial, kehidupan bersama tidak akan terbentuk. Interaksi sosial juga merupakan proses timbal balik, di mana manusia saling memengaruhi satu sama lain, dan hubungan ini terus berlangsung sepanjang hidup dalam kehidupan bermasyarakat (Salamadian, 2018).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

2. Ciri-Ciri Interaksi Sosial

Menurut Paende (2019) menyatakan bahwa interaksi sosial memiliki dua syarat utama, yaitu adanya kontak sosial dan komunikasi. Oleh karena itu, setiap interaksi sosial pasti melibatkan hubungan yang mencakup kedua unsur tersebut. Kontak sosial sendiri terbagi menjadi dua jenis: kontak primer dan kontak sekunder. Kontak primer terjadi secara langsung, misalnya melalui jabat tangan atau tatapan mata. Sementara itu, kontak sekunder berlangsung secara tidak langsung, seperti saat berkomunikasi melalu handphone.

Ciri-ciri interaksi sosial mencakup adanya hubungan antar pelaku, partisipasi individu, tujuan tertentu, serta kaitannya dengan struktur dan fungsi sosial dalam masyarakat, Contohnya dilingkungan

universitas, adanya hubungan antara direktur dengan wadir, antara wadir dengan kajur, antara kajur dengan dosen, antara dosen dengan mahasiswa, serta antara sesame mahasiswa sehingga dari interaksi tersebut timbul adanya kebersamaan saling menghargai, saling membantu, dan saling membutuhkan.

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Interaksi Sosial

Dalam menjalani interaksi sosial sehari-hari, terdapat berbagai faktor yang memengaruhinya. Faktor-faktor ini bisa berasal dari dalam diri individu (internal) maupun dari lingkungan sekitar (eksternal). Berikut adalah beberapa faktor yang mempengaruhi interaksi sosial.

a) Imitasi berasal dari kata bahasa Inggris "imitation" yang berarti meniru. Dalam konteks ini, imitasi diartikan sebagai tindakan seseorang mencontoh orang lain yang dikagumi atau dianggap sebagai panutan. Misalnya, seseorang meniru gaya rambut dan cara berpakaian artis favoritnya.
b) Sugesti merupakan pandangan atau sikap seseorang yang kemudian diterima dan juga diikuti orang lain. Dalam hal ini sugesti adalahh pengaruh psikis, baik datang dari diri sendiri (auto-sugesti) maupun dari orang lain
c) Identifikasi memiliki makna yang mirip dengan imitasi, yaitu meniru, tetapi prosesnya lebih dalam. Identifikasi melibatkan peniruan tidak hanya pada tindakan, tetapi juga pada pola pikir seseorang sehingga menjadi sangat mirip dengan yang ditiru. Proses ini berlangsung secara bertahap dan dapat membentuk kepribadian seseorang, bukan sesuatu yang terjadi secara instan.
d) Simpati adalah rasa ketertarikan seseorang terhadap orang lain yang muncul dari penilaian emosional. Perkembangan simpati terjadi ketika terdapat saling pengertian antara kedua belah pihak. Simpati bisa diungkapkan baik dalam situasi bahagia maupun sedih, sehingga dapat mempererat hubungan emosional di antara mereka

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

4. Kriteria Interaksi Sosial

Interaksi sosial dapat berlangsung dengan baik apabila ciri-ciri dan syaratnya terpenuhi, yaitu keberadaan kontak sosial dan komunikasi (Hudaniah, 2019). Kontak sosial sendiri terbagi menjadi dua jenis, yakni kontak primer yang terjadi secara langsung, seperti melalui jabat tangan dan tatapan mata, serta kontak sekunder yang berlangsung secara tidak langsung, contohnya melalui penggunaan telepon genggam. Menurut Sudarto et al (2023) kontak sosial merupakan interaksi antara individu atau lebih yang terjadi melalui komunikasi dan pemahaman bersama mengenai maksud serta tujuan masing-masing dalam kehidupan bermasyarakat.

Ciri-ciri kontak sosial memiliki peran penting dalam membentuk interaksi sosial yang efektif. Menurut Miraningsih (2013), ada tiga komponen utama dalam kontak sosial yang bisa dijadikan tolok ukur terjadinya interaksi sosial, yaitu: (1) percakapan, (2) saling pengertian, dan (3) kerjasama antara komunikator dan komunikan. Selain kontak sosial, syarat lain agar interaksi sosial terjadi adalah adanya komunikasi, baik secara verbal maupun nonverbal, yang berfungsi sebagai sarana untuk menyampaikan perasaan dan ide, sekaligus sebagai media untuk memahami pikiran dan emosi orang lain.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

5. Konsep Dasar Komunikasi Verbal

a. Definisi Komunikasi Verbal

Komunikasi adalah proses interaksi dua arah yang terjadi antara pengirim dan penerima pesan. Proses ini melibatkan pihak yang mengirim pesan, isi pesan itu sendiri, serta pihak yang menerima pesan. Baik pengirim maupun penerima saling memengaruhi satu sama lain. Penerima pesan biasanya memberikan tanggapan atau respons kepada pengirim, sehingga tercipta interaksi antara keduanya (Pangaribuan, 2021).

Komunikasi verbal merupakan bentuk komunikasi yang menggunakan simbol-simbol berupa kata-kata. Simbol atau pesan verbal mencakup segala bentuk simbol yang terdiri dari satu kata atau lebih. Kehilangan kemampuan bicara mengakibatkan seseorang akan mengalami ketergantungan yang menyebabkan hal ini memerlukan tindakan keperawatan. Agar dapat meningkatkan kemandirian diri dan meningkatkan kesehatan serta untuk aktualisasi diri seseorang memerlukan komunikasi dimana komunikasi ini juga dapat memperlambat proses penyakit terutarama penyakit-penyakit degeneratif (Justisiani, 2019).

b. Jenis Komunikasi

Menurut (Simon, 2021) terdapat dua macam komunikasi penyampai yaitu:

1) Komunikasi verbal (lisan)

Komunikasi langsung terjadi tanpa adanya batasan jarak, di mana kedua pihak dapat berinteraksi secara tatap muka.

2) Komunikasi non verbal (tertulis)

Komunikasi yang berupa naska atau tulisan untuk menyampaikan kabar atau pesan yang bersifat kompleks.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

c. Ciri Fungsional Komunikasi (bicara)

Yuliyanto et al (2021) menyatakan ciri fungsional bicara berasal dari Disartria dan Afasia. Disatria adalah gangguan yang menyebabkan kesulitan mengontrol otot-otot bicara. Gejala disartria meliputi suara serak, berbicara cadel, dan kesulitan menelan. gedangkan Afasia adalah Gangguan bahasa yang menyebabkan kesulitan berkomunikasi. Afasia sering terjadi pada pasien stroke di sisi kiri otak.

D. Konsep Dasar Promosi Komunikasi: Defisit Bicara

Masalah keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan komunikasi verbal merupakan keterbatasan dalam berbicara atau berinteraksi sehingga menyebabkan penderita bisa mengalami prustasi dan keterbatan secara mandiri. Kondisi kesulitan bicara dan kesulitan memahami lawan bicara pada pasien stroke non hemoragik akan berdampak buruk jika tidak di tangani dan dilatih dengan baik, sehingga dampak jangka panjangnya bisa mengakibatkan penderita stroke mengalami kekakuan dan sulit untuk bicara atau berkomunikasi seperti biasanya (Wijayanti et al., 2024).

Oleh karena itu, terdapat satu jenis intervensi keperawatan yang bisa digunakan dalam mengatasi masalah keperawatan Indonesia (SIKI) Edisi 1 cetakan II tahun 2018 sebagai panduan, berikut ini adalah terapi yang direkomendasikan untuk gangguan komunikasi verbal.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
Gangguan Komunikasi Verbal	**Promosi Komunikasi : Defisit Bicara** **Observasi** : 1. Monitor kecepatan, kuantitas, tekanan, volume dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Monitor frustasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara Identifikasi perilaku	1. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan 2. Dukungan Pengambilan Keputusan 3. Dukungan Perawatan Diri 4. Latihan Memori 5. Manajemen Dimensia 6. Manajemen Energi 7. Manajemen Lingkungan 8. Manajemen Medikasi 9. Perawatan Telinga

	emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi **Terapeutik:** 4. Gunakan metode komunikasi alternative Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 5. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 6. Ulangi apa yang disampaikan pasien 7. Berikan dukungan psikologis 8. Gunakan juru bicara, jika perlu **Edukasi:** 9. Anjurkan berbicara perlahan 10. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara **Kolaborasi:** 11. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	10. Reduksi Ansietas 11. Terapi Seni 12. Terapi Sentuhan 13. Terapi Validasi

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

E. Penelitian Terkait Promosi Komunikasi: Defisit Bicara

Penelitian terkait terapi defisit bicara terhadap pasien stroke dengan gangguan komunikasi verbal.

1. Pengaruh terapi huruf hijaiyah pada gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke

   Penanganan afasia pada pasien stroke tergantung pada tingkat keparahan afasia dan gejala stroke yang menyertainya. Afasia yang disertai dengan kelumpuhan pada bagian tubuh lain mererlukan terapi khusus, antara lain fisioterapi, terapi okupasi, dan terapi wicara. Terapi huruf hijaiyyah dipercaya dapat membantu mengatasi masalah ini. meningkatkan 85% kemampuan berbahasa secara signifikan, terdapat perbaikan yang berkelanjutan juga terjadi pada pasien tersebut selama 6 bulan. Hasil penelitian dari terapi ini, Para peneliti juga menemukan bahwa peningkatan kemampuan dapat terjadi tanpa memandang usia pasien stroke maupun tingkat keparahan gangguan berbahasa (Sukarmin et al., 2021) .

   Hasil penelitian terdapat perbedaan yang signifikan kemampuan komunikasi verbal responden sebelum dan sesudah dilakukan terapi dengan menggunakan terapi wicara dengan huruf hijaiyah, dengan hasil uji statistik didapatkan nilai (p: 0,001). Disarankan perlunya peningkatan perawatan pada pasien stroke melalui pemberian informasi yang lengkap dengan komitmen terapis (Sukarmin et al., 2021).

2. Pengaruh Terapi Lsvt Loud Terhadap Peningkatkan Kemampuan Komunikasi Verbal

   *Lee Silverman Voice Treatmen*t (LSVT) adalah metode latihan bicara yang efektif untuk pasien yang mengalami gangguan komunikasi verbal akibat disartria, karena dapat dilakukan dengan cara yang sederhana. LSVT Loud berfokus pada peningkatan volume suara dan artikulasi dengan mengatasi

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

gangguan fisik yang mendasari masalah suara, melalui latihan pengucapan vokal “ah” (Yuliastuti, 2020).

Menurut penelitian Sharkawi, et.al dalam Ramig (2017) terapi LSVT tidak hanya meningkatkan fungsi berbicara, tetapi juga menunjukkan efek tambahan pada peningkatan kemampuan menelan. Perbaikan komunikasi verbal yang dihasilkan kemudian berdampak positif secara signifikan terhadap kualitas hidup pasien.

Hasil penelitian Yuliastuti (2020) menunjukkan bahwa hampir seluruh responden (76,5%) memiliki kemampuan komunikasi verbal yang jelas sebelum intervensi. Setelah diberikan terapi LSVT LOUD, terdapat peningkatan signifikan pada kemampuan komunikasi verbal pasien stroke iskemik dengan disartria di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya, dengan nilai setelah di berikan intervensi (p:0,001).

3. Pengaruh Terapi Wicara AIUEO Terhadap Peningkatan Kemampuan Bicara Pada Penderita Stroke Dengan Afasia Motorik.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Afasia motorik adalah kondisi dimana seseorang mengalami kesulitan dalam berkomunikasi. Afasia bukanlah penyakit, melainkan gejala yang menunjukkan adanya kerusakan pada bagian otak yang mengatur bahasa dan komunikasi. Stroke merupakan penyebab utama afasia motorik yang paling umum ditemui di Indonesia. Penanganan afasia motorik dapat dilakukan melalui terapi wicara, salah satunya adalah terapi wicara AIUEO. Terapi AIUEO bertujuan untuk memperbaiki kemampuan berbicara agar lebih mudah dipahami oleh orang lain, sekaligus meningkatkan kemampuan menelan dengan melatih gerakan lidah, bibir, otot wajah, serta pengucapan kata-kata. (Astriani et al., 2023).

Yunica et al (2019) menyampaikan bahwa sebelum diberikan intervensi terapi AIUEO, nilai rata-rata kemampuan bicara pasien stroke dengan afasia motorik adalah 3,61, dengan nilai tertinggi 7 dan terendah 1. Setelah terapi, nilai rata-rata meningkat menjadi 5,21, dengan nilai minimum 3 dan maksimum 8 (p = 0,000), menunjukkan adanya pengaruh signifikan dari terapi AIUEO terhadap peningkatan kemampuan bicara pasien setelah diberikan terapi (Sukmawati, 2022).

4. Pengaruh *Melodic Intonation Therapy* terhadap Kemampuan Fungsional Komunikasi pada Pasien Stroke dengan Afasia Motorik

Afasia adalah kehilangan atau penurunan keterampilan komunikasi dan bahasa yang merupakan akibat dari kerusakan otak (biasanya di belahan otak kiri) dan terjadi pada lebih dari sepertiga orang yang selamat dari stroke. Salah satu terapi untuk menangani gangguan komunikasi pada pasien stroke ialah *Melodic Intonation Therapy.* Terapi yang menggunakan musik untuk membantu pasien dengan gangguan bicara, salah satu strategi intervensi untuk meningkatkan kemampuan verbal pada pasien afasia tidak lancar (Rohma, 2020).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Hasil penelitian Sadiah (2022) didapatkan bahwa ada peningkatan kemampuan bicara setelah diberikan terapi *Melodic Intonation Therapy* pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan komunikasi verbal (p:0,002).

5. Pengaruh Pemberian A*ugmentative And Alternative Communication* (Aac) Terhadap Kemampuan Fungsional Komunikasi Dan Depresi Pasien Afasia Motorik

Afasia motorik adalah gangguan komunikasi yang muncul akibat stroke, yang dapat mengganggu kemampuan fungsi komunikasi serta berpotensi menyebabkan depresi. Pasien dengan afasia motorik memerlukan alat bantu

komunikasi yang efektif. Salah satu alat bantu tersebut adalah *Augmentative and Alternative Communication* (AAC), yaitu perangkat komunikasi pengganti yang menggunakan papan elektronik berisi gambar dan simbol. (Febryanto et al, 2019)..

Penelitian ini dilakukan untuk mengkaji dampak penggunaan AAC terhadap kemampuan komunikasi fungsional serta tingkat depresi pada pasien stroke yang mengalami afasia motorik. Hasil penelitia Tuti et al (2019) menunjukkan adanya perbedaan signifikan dalam peningkatan kemampuan komunikasi verbal pada pasien stroke non-hemoragik setelah menjalani terapi *Augmentative and Alternative Communication* (p:0,022).

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

Tabel 2. 3 Penelitian Terkait Promosi Komunikasi: Defisit Bicara

No	Penulis Dan Judul	Jurnal dan Tahun Terbit	Sample Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Sukarmin Pengaruh terapi huruf hijaiyah pada gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke	Scopus Kemajuan dalam Penelitian Ilmu Kesehatan, volume 27. 2021	Sampel dalam penelitian ini adalah pasien stroke non hemoragik dengan gejala afasia di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus pada bulan Juli sampai September 2019 sebanyak 20 pasien.	Penelitian ini menerapkan pendekatan eksperimen semu dengan desain satu kelompok yang diukur dua kali, yaitu sebelum dan sesudah diberi perlakuan	Hasil penelitian terdapat perbedaan yang signifikan kemampuan komunikasi verbal responden sebelum dan sesudah dilakukan terapi dengan menggunakan terapi wicara dengan huruf hijaiyah, dengan hasil uji statistik didapatkan nilai (p 0,000)
2	Yuliastuti Pengaruh Terapi Lsvt Loud Terhadap Peningkatkan Kemampuan Komunikasi Verbal	Info Kesehatan Vol. 10, No. 1, Januari 2020 P-ISSN	Besar sampel 34 orang yang diambil dengan teknik consecutive sampling.	Desain penelitian ini Pre experimental, dengan populasi seluruh pasien stroke iskemik dengan disartria di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya	Hasil analisis paired t-test menunjukkan nilai p = 0,000 yang lebih kecil dari α 0,05, sehingga hipotesis nol (H0) ditolak. Hal ini mengindikasikan adanya peningkatan kemampuan komunikasi verbal pada pasien stroke non hemoragik dengan disartria di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya setelah diberikan intervensi.
3	Sukmawati, Ria Tarmizi, M. Irfa	Jurnal Kesehatan	Jumlah sampel	Pendekatan yang digunakan	setelah diberikan terapi AIUEO hasil

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

	Pengaruh Terapi Wicara Terhadap Peningkatan Kemampuan Bicara Pada Penderita Stroke Dengan Afasia Motorik	Vol.9 No. 2 Hal 65-72 terhadap	pada penelitian ini berjumlah 21 responden	pada penelitian ini adalah kuantitatif. Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah hasil penelitian dengan metode kuantitatif dengan desain eksperimen (RCT) dan non eksperimen (cross sectional dan case control, cohort)	nilai rata-rata meningkat menjadi 5,21 dengan nilai minimum 3 dan maximum 8 dengan p-value 0,000 (p < 0,05) sehingga ada pengaruh terapi AIUEO terhadap peningkatan kemampuan bicara pada pasien stroke yang mengalami afasia motorik
4	Rohma, Naylil Mawadda Pengaruh Melodic Intonation Therapy terhadap Kemampuan Fungsional Komunikasi pada Pasien Stroke dengan Afasia Motorik	Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Vol 10 No. 1 Juli 2019	Responden berjumlah 23 orang (12 kelompok intervensi dan 11 kelompok kontrol.	Metode penelitian yang dipakai adalah kuasi eksperimen dengan desain pre-test dan post-test serta kelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling dengan metode consecutive sampling, kemudian penentuan kelompok intervensi dan kontrol dilakukan secara simple random sampling. Instrumen yang digunakan untuk	Hasil uji-t independen diperoleh nilai p 0,02 yang berarti tidak ada efek Melodic Intonation Therapy pada kemampuan fungsional komunikasi pada pasien stroke dengan motor afasia.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

				mengukur kemampuan fungsional komunikasi adalah *Derby Functional Communication Scale* (DFCS).	
5	Tuti, Amila; Sitorus; R. Herawati Pengaruh Pemberian Augmentative And Alternative Communication (Aac) Terhadap Kemampuan Fungsional Komunikasi Dan Depresi Pasien Afasia Motorik	Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 18 No.2, Juli 2019	Pada penelian ini terdapat 21 responden yang terbagi menjadi 11 responden pada kelompok kontrol dan 10 responden pada kelompok intervensi.	Penelitian ini menggunakan desain penelitian quasi experiment dengan pendekatan post test non equivalent control group	Hasil penelitian memperlihatkan adanya perbedaan signifikan pada rata-rata tingkat depresi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi (p=0,022). Oleh karena itu, penelitian ini merekomendasikan penggunaan AAC sebagai salah satu alternatif intervensi untuk membantu komunikasi dan sekaligus mengurangi depresi pada pasien stroke dengan afasia motorik

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

A. Asuhan Keperawatan Padsa Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Kebutuhan Interaksi Sosial

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah gagasan utama dibalik pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian komprehensif berdasarkan fakta dan situasi yang terdapat pada pasien sangat penting dalam menegakkan diagnosis keperawatan dan memberikan perawatan yang responsif terhadap individu (Budiono., 2016).

Dalam menilai gangguan mobilitas fisik perawat menggunakan data mayor dan minor dalam melengkapi pengkajian. Data mayornya yaitu rentang gerak (ROM) menurun, kekuatan otot menurun, dan mengeluh sulit mengegrakan ekstremitas sedangkan data minornya yaitu enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, nyeri saat bergerak, gerakan terbatas, fisik lemah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) pengkajian keperawatan melibatkan pengumpulan data subjektif dari pasien atau keluarganya, metode historis, dan data objektif yang meliputi hasil pengukuran atau observasi yang akan dilakukan yaitu:

a) Identitas Pasien

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, waktu dan tanggal MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

b) Riwayat sakit dan kesehatan

1) Keluhan utama

Sering kali, pasien mencari perawatan medis karena mengalami kelemahan anggota tubuh, kesulitan bicara, kesulitan berkomunikasi, dan kehilangan kesadaran (Wijaya & Putri., 2017).

2) Riwayat penyakit sekarang

Seorang klien mungkin mengalami serangan stroke iskemik secara tiba-tiba saat mereka sedang bergerak, yang biasanya diikuti oleh sakit kepala, mual, muntah, kehilangan kesadaran, hemiplegia, dan tanda-tanda kerusakan otak lainnya. Karena adanya perubahan di dalam intracranial biasanya terjadi penurunan kesadaran (Wijaya & Putri., 2017).

3) Riwayat penyakit dahulu

Terdapat riwayat hipertensi, riwayat stroke, diabetes melitus, riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya emblisme serebra, riwayat tinggi kolestrol, riwayat merokok, riwayat kontrasepsi dan riwayat konsumsi alkohol (Wijaya & Putri., 2017).

4) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya, ada riwayat generasi sebelumnya yang mengidap penyakit hipertensi, DM, dan stroke.

5) Riwayat alergi

Apakah terdapat riwayat alergi seperti alergi obat, makanan, udar, dan debu.

6) Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Pengkajian psikologis pada penderita stroke melibatkan beberapa faktor untuk membantu perawat memahami secara mendalam tentang kondisi emosional, kognitif, dan perilaku pasien. Untuk mengevaluasi respons emosional pasien terhadap penyakit dan setiap perubahan dalam fungsi pasien dalam keluarga dan masyarakat, penting juga untuk mengevaluasi teknik penanganan klien. Ini juga mencakup reaksi atau dampak dari interaksi sehari- hari dalam konteks keluarga dan masyarakat.

c) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sangat penting untuk mendukung data pengkajian awal, yang diperoleh setelah keluhan pasien dipahami melalui

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

pengkajian. Pemeriksaan fisik yang sistematis (B1-B6) harus dilakukan, dengan penekanan pada pemeriksaan sistem saraf (B3) yang relevan dengan gejala yang disampaikan oleh pasien.

1) Sistem Penglihatan

Mata kiri dan kanan simetris, gerakan bola mata simetris, sklera anikterik, kornea jernih, pupil simetris, konjungtiva ananemis, pergerakan otot mata baik, dan pupil mengecil sebagai respons terhadap cahaya (Wahyuni et al., 2021).

2) Sistem Pendengaran

Daun telinga utuh, simetris kiri dan kanan, telinga tengah dalam kondisi baik, tanpa ada cairan yang keluar dari telingas (Wahyuni et al., 2021).

3) Sistem Pernapasan

Inspeksi tampak batuk, terdapat sputum, dispnea, tampak otot bantu napas. Pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran biasanya saat di auskultasi terdengar suara ronkhi. Pasien dengan kesadaran composmentis, tidak menunjukkan anomali apa pun selama pemeriksaan paru. Ketika toraks diraba, premitus taktil yang seimbang dirasakan di kiri dan kanan (Wijaya & Putri., 2017).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

4) Sistem Kardiovaskuler

Pengkajian dikardiovaskular menunjukkan adanya (syok hipovolemik) yang terjadi pada pasein stroke. Tekanan darah sering meningkat dan hipertensi berat (tekanan darah >200 mmHg) mungkin terjadi (Wijaya & Putri, 2017).

5) Sistem Neurologis

Daerah penyumbatan dan ukuran area dapat menyebabkan defisit neurologi. Ketika lesi otak rusak tidak dapat sepenuhnya membaik. Pemeriksaan lebih berfokus pada B3 atau Brain (Kesuma et al., 2019).

6) Sistem Urogenital

Inkontinensia urine dapat terjadi karena konfusi, karena pasien tidak mampu mengontrol kemampuan motorik dan postural kandung kemih sehingga fungsi sfingter urine berkurang atau tidak ada. Untuk mengatasinya dilakukan kateterisasi. Namun apabila Inkontinensia urine berlanjut maka terjadi kerusakan neurologis luas.

7) Sistem Pencernaan

Adanya kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah yang disebabkan terjadinya peningkatan produksi asam lambung. Peristaltik usus juga menurun pada kasus konstipasi. Gangguan neurologis yang berkepanjangan ditunjukkan dengan inkontinensia fekal yang terus-menerus.

8) Sistem Muskuloskeletal

Biasanya penderita stroke mengalami hemiplegia sehingga perlu dilakukan pemeriksaan kekuatan otot. Selain itu, karena pasien stroke memiliki masalah mobilitas fisik yang membuat mereka sulit bergerak, penting untuk mencari tanda-tanda dekubitus. Adanya kesulitan memulai aktivitas karena kelemahan, kelelahan, kelumpuhan/hemiplegia atau kehilangan sensori (Mutiarasari., 2019).

d) Pengkajian Tingkat Kesadaran

Penilaia GCS dan tingkat kesadaran sangat penting dilakukan pada pasien stroke. Karena dengan penilaian GCS dan tingkat kesadaran dapat mengidentifikasi besarnya perdarahan/sumbatan yang dialami pasien. Pada kasus yang berat dapat terjadi penurunan kesadaran hingga koma.

e) Pengkajian Fungsi Serebral

Meliputi pengkajian status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

1) Fungsi Intelektual

Biasanya terjadi penurunan ingatan dan memori. Berkurangnya kemampuan untuk berhitung dan menghitung. Pasien merasa sulit untuk mengenali persamaan dan perbedaan yang lebih halus.

2) Kemampuan Bahasa

Kepandaian berbicara terkait daerah lesi. Pada daerah hemisfer Penderita stroke mengalami disfasia reseptif atau pasien tidak mampu mengerti bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior akan mengalami disfagia ekspresif yaitu pasien mengerti yang kita ucapkan namun tidak dapat menjawab karena berbicara yang tidak lancar. Kesulitan berbicara atau disartria yaitu suatu kondisi di mana otot-otot yang digunakan untuk menghasilkan suara menjadi lumpuh, sehingga suara menjadi sulit dipahami.

f) Pengkajian Saraf Kranial

Menurut Muttaqin, (2008) Pemeriksaan yang dilakukan pada sistem saraf kranial I-X11.

1) Saraf I: Biasanya pada pasien stroke fungsi penciuman tidak mengalami kelainan
2) Saraf II : Gangguan pada persepsi visual disebabkan oleh gangguan pada jalur sensori primer yang menghubungkan mata dengan korteks visual. Masalah dalam memahami hubungan visual-spasial (seperti menghubungan dua atau lebih objek dalam ruang) sering terjadi kepada individu yang mengalami hemiplegia kiri. Penderita barangkali memerlukan bantuan untuk berpakaian karena kesulitan dalam mencocokkan pakaian dengan bagian tubuh yang tepat.
3) Saraf III, IV, dan VI. Stroke mampu menyebabkan paralisis, hal ini dapat menyebabkan penurunan kemampuan gerakan mata secara bersamaan hanya pada satu sisi di sisi yang terkena

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

dampak stroke.

4) Saraf V: Dalam sebagian kasus stroke, terjadi paralisis pada saraf trigeminus yang menyebabkan penurunan koordinasi gerakan saat mengunyah, pergeseran rahang bawah ke sisi yang sama dengan lesim serta kelumpuhan pada otot pterigoideus internus dan eksternus di sisi yang terkana dampak stroke.
5) Saraf VII: Kemampuan pengecapan normal, wajah terlihat tidak simetris dan terdapat tarikan otot wajah kea rah sisi yang tidak terkena stroke.
6) Saraf VIII: Tidak ada tuli konduktif dan tuli persepsi.
7) Saraf IX dan X: Tidak mampu menelan dan kesulitan membuka mulut
8) Saraf XI: Otot sternokleidomastoideus dan trapezius tidak mengalami atrofi
9) Saraf XII: Sensasi pengecapan normal, dan lidah simetris dengan fasikulasi dan deviasi pada satu sisi

g) Pengkajian Khusus Komunikasi Verbal

Pasien mengalami gangguan berbicara (komunikasi verbal) perlu di lihat dan diukur dengan menggunakan skala DERRBY

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawata merupakan pernyataan yang menguraikan respon aktual dan potensial klien terhadap masalah kesehatan yang dimana perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya (Fajarini & Asman, 2020). Tanda dan gejala gangguan komunikasi verbal meliputi tanda mayor dan tanda minor yang terdiri atas data subjektif dan objektif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa Keperawatan: Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 4

Rencana Tindakan Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskuler D.0119 **Gejala dan Tanda Mayor:** Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1) Tidak mampu berbicara atau mendengar 2) Menunjukan respon tidak sesuai **Gejala dan Tanda Minor**: Subjektif:	Setelah diberika tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu menunjukan **SLKI: Komunikasi Verbal** **Ekspetasi:** Meningkat 1 = Menurun 2 = Cukup Menurun 3 = Sedang 4 = Cukup Meningkat 5 = Meningkat **Kriteria hasil**: 1. Kemampuan bicara meningkat 2. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 3. Afasia menurun	**SIKI : Promosi Komunikasi : Defisit Bicara** **Observasi :** 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi **Terapeutik :** 4. Gunakan metode komunikasi alternatif 5. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 6. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 7. Ulangi apa yang disampaikan pasien 8. Berikan dukungan psikologis **Edukasi :** 9. Anjurkan berbicara perlahan **Kolaborasi :**	1. Mengetahui masalah pada bicara 2. Mengetahui masalah pada bicara 3. Membantu memahami apa yang mau disampaikan 4. Mempermudah komunikasi 5. Supaya dapat memahami apa yang disampaikan 6. Mempermudah dalam berkomunikasi 7. Memperjelas apa yang mau disampaikan 8. Memberi kenyamanan 9. Memahami apa yang mau disampaikan 10. Membantu pengobatan gangguan bicara

kemenkes Poltekkes Bengkulu

(tidak tersedia Objektif: 1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disatria 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 tubu	4. Pelo menurun	10. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis **EBN :** 1) Terapi Huruf Hijaiyyah (Sukarmin Rozaq, Muhammad Abdur Rafsanjani, Toni Ardi, 2021) 2) Terapi AIUEO (Sukmawati, RiaTarmizi, M. Irfan, 2022) 3) Terapi LSVT (Yuliastuti, 2020) 4) Terapi Melodic Intonation Therapy (Rohma, Naylil Mawadda, 2020) 5) Terapi Augmentative And Alternative Communication (Tuti, Amila, Sitorus, R. Herawati, 2019)	1) Membantu pengucapan pada pasien 2) Mengoptimalkan kemampuan berkomunikasi pada pasien 3) Meningkatkan kualitas suara dan kemampuan berbicara 4) Untuk merangsang area otak yang bertanggung jawab atas fungsi bicara 5) Meningkatkan kemampuan fungsi bicara

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

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

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatan yang dialami menuju kondisi kesehatan yang lebih baik, sesuai dengan hasil yang diharapkan. Implementasi ini merupakan langkah nyata dari rencana tindakan yang bertujuan mencapai sasaran tertentu (Kurniawati, 2019).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dalam proses keperawatan yang melibatkan penilaian untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan telah tercapai. Dalam melaksanakan evaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memahami respons pasien terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menarik kesimpulan mengenai pencapaian tujuan, serta kemampuan mengaitkan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan (Fajarini & Asman, 2018).

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu