

BAB 2

STUDI LITERATUR

2.1 Konsep Teori CVA

2.1.1 Pengertian CVA

CVA adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2013).

CVA adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak baik lokal maupun menyeluruh (global) yang berlangsung selama 24 jam atau lebih atau menyebabkan kematian tanpa adanya sebab lain yang jelas selain vaskuler (Wijaya & Putri, 2013).

CVA merupakan gangguan pembuluh darah otak (GPDO) masih penyebab kematian ketiga, sesudah penyakit jantung dan kanker. Di negara maju, meskipun angka kematian dari GPDO akhir-akhir ini cenderung menurun oleh karena pencegahan terhadap penyakit ini telah dilakukan sebaik mungkin. Di negara berkembang kemajuan ekonomi serta ilmu pengetahuan dan teknologi telah memperpanjang usia (Sudarsini, 2017).

Berdasarkan berbagai pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa CVA merupakan gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan kerusakan saraf otak sehingga pasien mengalami kelumpuhan bahkan kematian.

2.1.2 Etiologi CVA

Etiologi CVA menurut (Batticaca, 2013) adalah:

- 1) Kekurangan suplai oksigen yang menuju otak
- 2) Pecahnya pembuluh darah di otak karena kerapuhan pembuluh darah otak.
- 3) Adanya sumbatan bekuan darah di otak

Penyebab CVA menurut (Wijaya & Putri, 2013):

- 1) Thrombosis Cerebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

- 2) Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

- 3) Haemorhagi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah

otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak.

2.1.3 Klasifikasi CVA

CVA menurut Wijaya dan Putri (2013) dapat diklasifikasikan menurut patologi dan gejala kliniknya, yaitu:

1) CVA Hemoragi,

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun. Perdarahan otak dibagi dua, yaitu:

a) Perdarahan intraserebral

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, pons dan serebelum.

b) Perdarahan subaraknoid

Pendarahan ini berasal dari pecahnya *aneurisma berry* atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya keruang subaraknoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik, dan lain-lain)

2) CVA Non Hemoragi

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik. Menurut perjalanan penyakit atau stadiumnya, yaitu:

- a) TIA (*Trans Iskemik Attack*) gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.
- b) CVA involusi: CVA yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses dapat berjalan 24 jam atau beberapa hari.
- c) CVA komplit: dimana gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan istilahnya CVA komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang(Wijaya & Putri, 2013)

2.1.4 Faktor Risiko CVA

Menurut Wijaya dan Putri (2013), faktor kejadian CVA adalah:

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko terpenting untuk semua tipe CVA, baik CVA iskemik maupun CVA perdarahan. Peningkatan risiko CVA terjadi seiring dengan peningkatan tekanan darah.

2) Penyakit kardiovaskuler

Misalnya embolisme serebral berasal dari jantung seperti penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongestif, MCI, hipertrofi ventrikel kiri. Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan cardiac output sehingga perfusi darah ke otak menurun, otak mengalami kekurangan oksigen dan terjadi CVA.

3) Diabetes mellitus

Orang dengan diabetes melitus lebih rentan terhadap aterosklerosis dan peningkatan prevalensi proaterogenik, terutama hipertensi dan lipid darah yang abnormal. Pada penderita diabetes yang mengalami aterosklerosis menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemik, iskemia menyebabkan penurunan perfusi jaringan otak sehingga terjadi CVA.

4) Merokok

Pada perokok akan terjadi timbunan plak di dalam pembuluh darah yang menyebabkan aterosklerosis kemudian menyebabkan emboli dan menyumbat sehingga terjadi iskemik, iskemia menyebabkan penurunan perfusi jaringan otak sehingga terjadi CVA

5) Alkoholik

Pada alkoholik menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia seta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral

6) Peningkatan kolesterol

Kolesterol dapat menyebabkan aterosklerosis kemudian menyebabkan emboli dan menyumbat sehingga terjadi iskemik, iskemia menyebabkan penurunan perfusi jaringan otak sehingga terjadi CVA

7) Obesitas

8) Kontrasepsi

9) Riwayat kesehatan keluarga yang mengalami CVA

10) Umur

11) Stress emosional

2.1.5 Tanda dan Gejala

Menurut WHO dalam Wijaya dan Putri (2013), dalam *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision*, CVA dapat dibagi atas:

1) Perdarahan Intracerebral (PIS)

CVA akibat perdarahan intracerebral (PIS) mempunyai gejala prodromal yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan seringkali siang hari, saat aktivitas, atau emosi/marah. Sifat nyeri kepalanya hebat sekali. Mual dan muntah sering terjadi ketika pada permulaan serangan. Hemiparesis/hemiplegi biasa terjadi sejak

permulaan serangan. Kesadaran biasanya menurun dan cepat masuk koma (65% terjadi kurang dari setengah jam, 23% antara ½ sampai 2 jam, dan 12% terjadi setelah 2 jam, sampai 19 hari).

2) Perdarahan Subarakhnoidal (PSA)

Pada pasien dengan CVA akibat perdarahan subarakhnoid (PSA) didapatkan gejala prodromal yang berupa nyeri kepala hebat dan akut. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi. Ada gejala/tanda rangsangan menigeal. Edema pupil dapat terjadi apabila ada perdarahan subhialoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna. Gejala CVA yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasi tempat gangguan peredaran darah terjadi, maka gejala-gejala tersebut adalah:

- 1) Kelumpuhan wajah dan anggota badan yang timbul mendadak
- 2) Gangguan sensitibilitas pada satu atau lebih anggota badan
- 3) Perubahan mendadak status mental
- 4) Afasia (tidak dapat bicara lancar, kurangnya ucapan atau kesulitan memahami ucapan)
- 5) Ataksia anggota badan
- 6) Vertigo, mual, muntah, dan nyeri kepala

Menurut Wijaya & Putri (2013), Gejala khusus pada pasien CVA, antara lain :

- 1) Kehilangan motorik
 - a) Hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh)
 - b) Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh)

- c) Menurunnya tonus otot
- 2) Kehilangan komunikasi
- a) Disartria, yaitu kesulitan bicara yang ditandai dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab menghasilkan bicara
 - b) Disfasia atau afasia atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif dan represif.
 - c) Apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya
- 3) Gangguan persepsi
- a) Homonimus hemianopsia yaitu kehilangan setengah lapangan pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis
 - b) Amorfosintesis, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit atau mengabaikan sisi yang sakit tersebut
 - c) Gangguan visual spasia yaitu gangguan dalam mendapatkan dua atau lebih objek dalam area spasial
 - d) Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh, sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil, auditorius.

Menurut Cidadapi (2016), Masalah yang bisa timbul akibat CVA adalah:

- 1) Masalah fisik
- a) Mengalami kesulitan dalam berkomunikasi
 - b) Tidak mampu menggerakkan kaki atau berjalan

- c) Tidak mampu merawat diri sendiri, bersamaan dengan kesulitan melakukan pekerjaan
 - d) Terjadi perubahan bentuk wajah yang signifikan seperti mulut miring
- 2) Masalah mental
- a) Penderita mengalami perasaan rendah diri
 - b) Merasa malu saat harus bertemu dengan keluarga, sahabat, saudara, atau berada di tengah keramaian
 - c) Ada perasaan sulit menerima kenyataan yang terjadi
 - d) Kapasitas berpikir bersama kecerdasan menurun

2.1.6 Komplikasi CVA

Menurut Wijaya dan Putri (2013), komplikasi CVA adalah:

- 1) Berdengam immobilisasi
 - 1) Infeksi pernafasan
 - 2) Nyeri berdengam daerah yang tertekan
 - 3) Konstipasi
 - 4) Tromboplebitis
- 2) Berdengam mobilisasi
 - 1) Nyeri pada daerah punggung
 - 2) Dislokasi sendi
- 3) Berdengam kerusakan otak
 - 1) Epilepsi
 - 2) Sakit kepala
 - 3) Hidrosefalus

Menurut (Waluyo, 2012), komplikasi lain yang dapat diakibatkan oleh CVA adalah:

- 1) Dekubitus : luka lecet pada bagian tubuh yang tergecet karena pasien tidak dapat bergerak, misalnya pinggul, bokong, sendi kaki, sendi tumit.
- 2) Bekuan darah : mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan dan pembengkakan serta embolisme paru
- 3) Pneumonia akibat pasien tidak dapat menelan dengan baik dan tidak dapat batuk
- 4) Kaku pada otot dan sendi akibat terlalu lama berbaring
- 5) Stress yang disebabkan ketidakberdayaan pasien
- 6) Nyeri bahu akibat dislokasi sendi bahu

2.1.7 Patofisiologi CVA

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerotik sering/ cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi.

Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan; iskemia jaringan otak yang disuplai

oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septic infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteri osklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak.

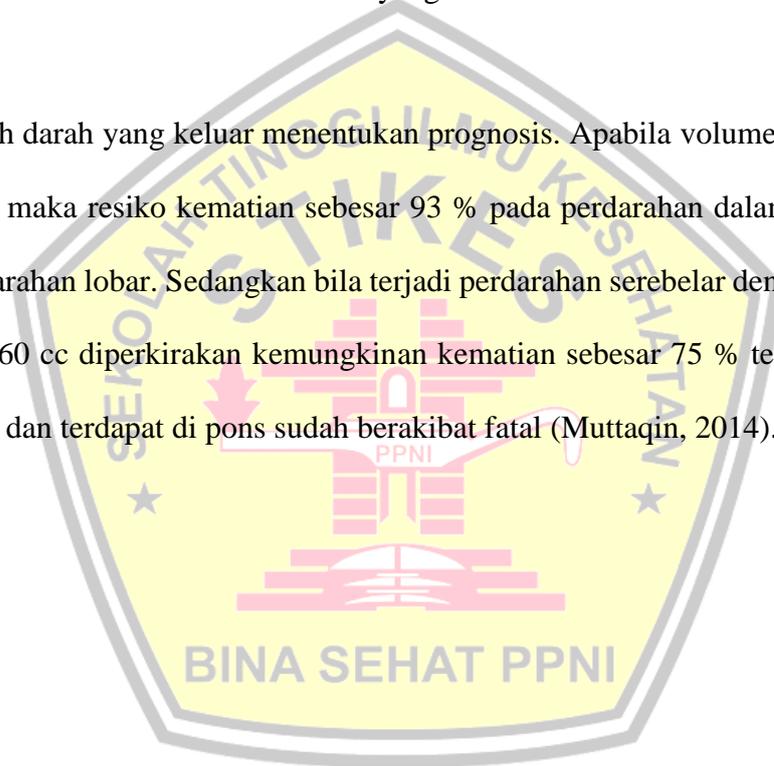
Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus dan pons.

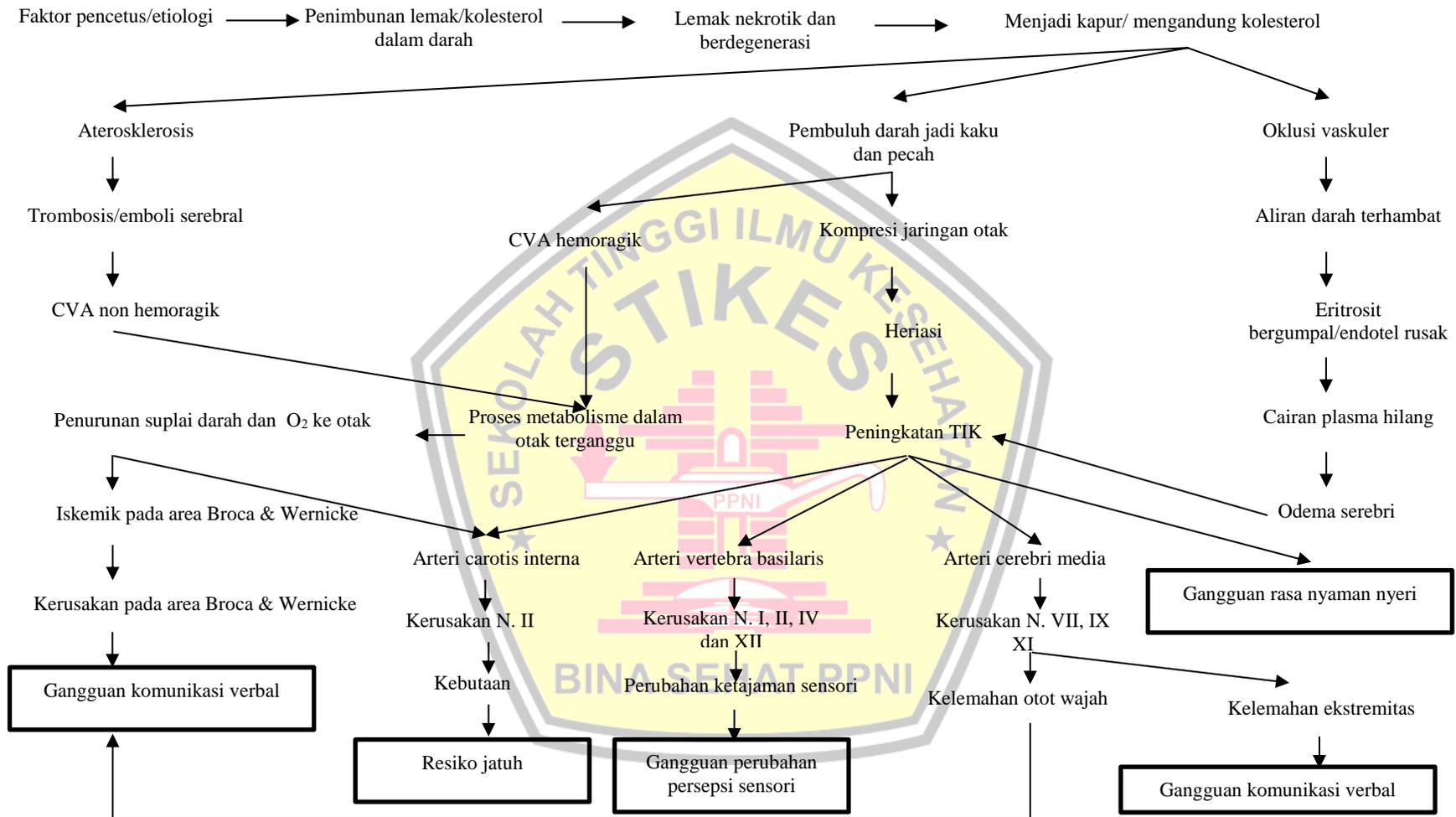
Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia cerebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu

4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningian tekanan intrakranial dan mentebatkan menurunnya tekanan perfusi otak serta terganggunya drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60 cc maka resiko kematian sebesar 93 % pada perdarahan dalam dan 71 % pada perdarahan lobar. Sedangkan bila terjadi perdarahan serebelar dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75 % tetapi volume darah 5 cc dan terdapat di pons sudah berakibat fatal (Muttaqin, 2014).





Gambar 2. 1 Patofisiologi CVA (Nurarif & Kusuma, 2016; Wijaya & Putri, 2013)

2.2 Konsep Gangguan Komunikasi Verbal

2.2.1 Pengertian Gangguan Komunikasi verbal

Gangguan komunikasi verbal adalah komunikasi verbal adalah penurunan, kelambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan atau menggunakan sistem simbol (segala sesuatu yang memiliki atau menghantarkan makna (Wilkinson & Ahern, 2015). Gangguan komunikasi verbal adalah keadaan ketika individu mengalami atau beresiko mengalami penurunan kemampuan untuk berbicara, tetapi dapat memahami orang lain (Carpenito, 2017). 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, 2017)

2.2.2 Penyebab Gangguan Komunikasi verbal

Menurut SDKI (2017), penyebab gangguan komunikasi verbal adalah:

- 1) Penurunan sirkulasi serebral
- 2) Gangguan neuromuskuler
- 3) Gangguan pendengaran
- 4) Gangguan muskuloskeletal
- 5) Kelainan palatum
- 6) Hambatan fisik (misal: Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)
- 7) Hambatan individu (misal: Ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
- 8) Hambatan psikologis (misal: Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, ganggaun emosi)

- 9) Hambatan lingkungan (misal: Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, Bahasa asing)

2.2.3 Gejala dan Tanda Mayor Minor Gangguan Komunikasi verbal

1) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Tidak ada

Objektif

- a) Tidak mampu berbicara atau mendengar
- b) Menunjukkan respon tidak sesuai

2) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Tidak ada

Objektif

- a) Afasia (gangguan dalam berbahasa, yang memengaruhi produksi atau pengertian terhadap pembicaraan dan kemampuan membaca atau menulis)
- b) Disfasia (Kesulitan berbicara atau menggunakan kata-kata dengan tepat)
- c) Apraksia (Kesulitan dengan gerakan terampil bahkan ketika penderita memiliki kemampuan dan keinginan untuk melakukannya)
- d) Disleksia (Suatu gangguan belajar yang ditandai dengan kesulitan membaca)
- e) Disartria (Lemah pada otot yang digunakan untuk berbicara, membuat bicara lambat atau tidak jelas)
- f) Afonia (kehilangan sumber suara dan atau mekanisme suara tidak dapat bekerja sebagaimana semestinya, sehingga kehilangan suara yang sempurna)

- g) Dislalia (masalah artikulasi yang disebabkan kondisi tidak sempurna pada organ-organ artikulasi)
- h) Pelo
- i) Gagap
- j) Tidak ada kontak mata
- k) Sulit memahami komunikasi
- l) Sulit mempertahankan komunikasi
- m) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
- n) Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
- o) Sulit menyusun kalimat
- p) Verbalisasi tidak tepat
- q) Sulit menggunakan kata-kata
- r) Disorientasi orang, ruang, waktu
- s) Defisit penglihatan
- t) Delusi (Keyakinan atau kenyataan semu yang diyakini terus menerus meskipun bukti atau kesepakatan berlawanan, umumnya merujuk pada gangguan mental)

2.2.4 Kondisi Klinis Terkait

1. Stroke
2. Cedera kepala
3. Trauma wajah
4. Peningkatan tekanan intracranial
5. Hipoksia kronis

6. Tumor
7. Miastenia gravis
8. Sclerosis multiple
9. Distropi muskuler
10. Penyakit Alzheimer
11. Kuadriplegia
12. Labiopalatoskizis
13. Infeksi laring
14. Fraktur rahang
15. Skizofrenia
16. Delusi
17. Paranoid
18. Autisme

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.3 Konsep Terapi AIUEO

2.3.1 Pengertian

Terapi wicara, sering disebut terapi AIUEO merupakan terapi untuk membantu seseorang menguasai komunikasi dengan cara lebih baik. Terapi wicara membantu penderita stroke untuk mengunyah, berbicara, maupun mengerti kembali kata-kata. Terapi ini dapat membantu penderita stroke untuk mengenal kata-kata, mengkoordinasikan otot untuk berbicara, atau mencari cara komunikasi yang lain (Wahyu et al., 2019).

Terapi wicara penting untuk mendapatkan kembali kemampuan berbicara dan bahasa. Ahli patologi wicara mengajarkan latihan-latihan artikulasi, yang melibatkan gerakan lidah dan mulut yang berlebihan saat berbicara (Indah, 2017).

2.3.2 Tujuan

Tujuan pada vocal A-I-U-E-O pada klien stroke, antara lain:

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

(Wahyu et al., 2019)

2.3.3 Manfaat

1. Membantu klien dalam mengunyah dan menelan makanan.
2. Membantu klien dalam komunikasi verbal (Siregar, 2020)

2.3.4 Indikasi

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

2.3.5 Kontraindikasi

Klien yang tidak mengalami gangguan bicara (afasia) (Farhan & Sulastini, 2018).

2.3.6 Waktu yang diberikan

Terapi wicara dilakukan dimulai pada hari ke 5 sampai dengan hari ke 7. Pemberian terapi AIUEO dilakukan dalam 2 kali sehari selama 7 hari (Siregar, 2020).

2.3.7 Teknik latihan vokal

Latihan pembentukan huruf vokal terjadi getaran selaput suara dengan nafas keluar mulut tanpa mendengar halangan. Dalam sistem fonem bahasa Indonesia, vokal terdiri dari A, I, U, E, O. Pasien stroke yang mengalami gangguan bicara dan komunikasi, salah satunya dapat ditangani dengan cara terapi AIUEO untuk menggerakkan lidah, bibir, otot wajah dan mengucapkan kata-kata. Dalam pembentukan vokal yang perlu diperhatikan adalah letak dan bentuk lidah, bibir, rahang dan langit-langit lembut (Siregar, 2020)

2.3.8 Prosedur Latihan

Menurut Lutfie dalam (Siregar, 2020), prosedur latihan pada terapi vokal adalah sebagai berikut:

1. Berdiri didepan cermin atau duduk jika berdiri dirasa membuat lelah.
2. Ucapkan huruf vokal A, I, U, E, O dengan suara yang keras. Latihan ini membiasakan agar lidah tidak kaku.
3. Jika bosan dengan cara ini, bacalah koran atau majalah.

Menurut Irfan M (2012) prosedur latihan pada terapi vokal adalah sebagai berikut:

- a. Bentuklah bibir menjadi huruf O.
- b. Buatlah bibir seperti bentuk senyum.
- c. Lakukan secara bergantian bibir membentuk huruf O dan bibir seperti tersenyum, seperti seolah-olah mengucapkan O-E.

- d. Bukalah mulut lebar-lebar, kemudian lakukan gerakan pada lidah arah kiri dan kanan.
- e. Tutup bibir sekaakan-akan mengucap “emm”.
- f. Ucapkan “ma ma ma” dengan cepat.
- g. Tutup kedua bibir dengan rapat, kemudian kembungkan salah satu pipi dengan udara. Tahan selama 5 detik dan kemudian keluarkan. Lakukan secara bergantian pada sisi yang lainnya.
- h. Julurkan lidah sejauh mungkin, kemudian cobalah untuk menyentuh dagu dan coba untuk menyentuh hidung.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal pada Pasien CVA

2.4.1 Pengkajian Data

1. Data Subjektif

a. Identitas klien

Umur, jenis kelamin, suku bangsa, ras, dan lain-lain

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler seperti embliisme serebral, riwayat tinggi kolesterol, obesitas, riwayat DM, riwayat aterosklerosis, merokok, riwayat pemakaian kontrasepsi disertai hipertensi dan peningkatan estrogen.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kehilangan motorik, merasa kesulitan melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan

sensasi, paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot).

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah riwayat penyakit degeneratif pada keluarga.

e. Riwayat psikososial-spiritual

Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga. Perubahan hubungan dan peran terjadi karena pasien kesulitan untuk berkomunikasi akibat sulit berbicara. Rasa cemas dan takut akan terjadinya kecacatan serta gangguan citra diri.

f. Kebutuhan

- 1) Nutrisi : adanya gejala nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, tenggorokan, disfagia ditandai dengan kesulitan menelan, obesitas
- 2) Eliminasi : menunjukkan adanya perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urine, anuria. Adanya distensi abdomen (distesi bladder berlebih), bising usus negatif (ilius parolitik), pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus
- 3) Aktivitas : menunjukkan adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, mudah lelah, gangguan tonus otot, parolitik (hemiplegia)

- 4) Istirahat : klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot

2. Pemeriksaan *review of system* (ROS)

- a. B1 (*Breathing*) : batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan. Adanya ronchi akibat peningkatan produksi sekret dan penurunan kemampuan untuk batuk akibat penurunan kesadaran klien. Pada klien yang sadar baik sering kali tidak didapati kelainan pada pemeriksaan sistem respirasi.
- b. B2 (*Blood*) : dapat terjadi hipotensi atau hipertensi, denyut jantung irreguler, adanya murmur
- c. B3 (*Brain*)
 - 1) Tingkat kesadaran: bisa sadar baik sampai terjadi koma. Penilaian GCS untuk menilai tingkat kesadaran klien
 - 2) Refleks Patologis
 - 3) Refleks babinski positif menunjukkan adanya perdarahan di otak/ perdarahan intraserebri dan untuk membedakan jenis stroke yang ada apakah *bleeding* atau infark
- 4) Pemeriksaan saraf kranial
 - a) Saraf I: biasanya pada klien dengan stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
 - b) Saraf II: disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer diantara sudut mata dan korteks visual. Gangguan hubungan

visula-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

- c) Saraf III, IV dan VI apabila akibat stroke mengakibatkan paralisis seisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit
 - d) Saraf VII persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat
 - e) Saraf XII lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi. Indera pengecapan normal.
- d. B4 (*Bladder*) : terjadi inkontinensia urine.
- e. B5 (*Bowel*) : adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mungkin mengalami inkontinensia alvi atau terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya gangguan pada saraf V yaitu pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah pada sisi ipsilateral dan kelumpuhan seisi otot-otot pterigoideus dan pada saraf IX dan X yaitu kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.
- f. B6 (*Bone*): kehilangan kontrol volenter gerakan motorik. Terdapat hemiplegia atau hemiparesis atau hemiparese ekstremitas. Kaji adanya dekubitus akibat immobilisasi fisik.

3. Pemeriksaan neurologis.

a. Status mental

- 1) Tingkat Kesadaran : secara kualitatif dan kuantitatif (GCS)
- 2) Pemeriksaan kemampuan bicara
- 3) Orientasi (tempat, waktu, orang)
- 4) Pemeriksaan daya pertimbangan
- 5) Penilaian daya obstruksi
- 6) Penilaian kosakata
- 7) Pemeriksaan respon emosional
- 8) Pemeriksaan daya ingat
- 9) Pemeriksaan kemampuan berhitung
- 10) Pemeriksaan kemampuan mengenal benda

b. Nervus cranialis

- 1) Olfaktorius : penciuman
- 2) Optikus: penglihatan
- 3) Okulomotorius: gerak mata konstiksi pupil akomodasi
- 4) Troklear: gerak mata
- 5) Trigemius: sensasi umum pada wajah, kulit kepala, gigi, gerak menguyah
- 6) Abducens: gerak mata
- 7) Fasialis: pengecap, sensasi umum pada palatum dan telinga luar, sekresi kelenjar lakrimalis, submandibula, sublingual, ekspresi wajah
- 8) Vestibulokoklearis: pendengaran dan keseimbangan

9) Aksesoris spinal: fonasi, gerakan kepala, leher dan bahu

10) Hipoglossus: gerak lidah

c. Fungsi motorik:

1) Massa otot kekuatan otot, dan tonus otot. Pada pemeriksaan ini ekstremitas diperiksa terlebih dahulu

2) Fleksi dan ekstensi tangan

3) Abduksi dan adduksi lengan

4) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan

5) Abduksi dan adduksi jari

6) Abduksi dan adduksi pinggu

7) Fleksi dan ekstensi lutut

8) Dorsofleksi dan fleksi plantar pergelangan kaki

9) Dorsofleksi dan fleksi plantar ibu jari kaki

d. Fungsi sensori

1) Sentuhan ringan

2) Sensasi nyeri

3) Sensasi posisi

4) Sensasi getaran

5) Lokalisasi taktil

e. Fungsi cerebellum

1) Tes jari hidung

2) Tes tumit lutut

3) Gerakan berganti

- 4) Tes Romberg
- 5) Gaya berjalan
- f. Refleks
 - 1) Biceps
 - 2) Triceps
 - 3) Brachioradialis
 - 4) Patella
 - 5) Achilles (Wijaya & Putri, 2013)

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan: gangguan hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut SKLI (2019), tujuan dan kriteria hasil intervensi gangguan komunikasi verbal adalah:

1. Komunikasi Verbal (L.13118)

Definisi : Kemampuan menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

Ekspektasi : Meningkatkan

Kriteria Hasil

Kemampuan berbicara : Meningkatkan

Kemampuan mendengar : Meningkatkan

Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh	: Meningkatkan
Kontak mata	: Meningkatkan
Afasia	: Menurun
Disfasia	: Menurun
Apraksia	: Menurun
Disleksia	: Menurun
Disatria	: Menurun
Afonia	: Menurun
Dislalia	: Menurun
Pelo	: Menurun
Gagap	: Menurun
Respons perilaku	: Membaik
Pemahaman komunikasi	: Membaik

Menurut SIKI (2019), intervensi gangguan komunikasi verbal adalah:

1. Promosi komunikasi: devisit visual (i.13494)

Menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan pengelihatan

Tindakan

a. *Observasi*

- 1) Periksa kemampuan pengelihatan
- 2) Monitor dampak gangguan pengelihatan (misal: Resiko cedera, depresi,kegelisahan, kemampuan melakukan aktivitas sehari- hari)

b. *Terapeutik*

- 1) Fasilitasi peningkatan stimulasi indra lainnya (misal: Aroma, rasa, tekstur makanan)
- 2) Pastikan kacamata atau lensa kontak berfungsi dengan baik
- 3) Sediakan pencahayaan cukup
- 4) Berikan bacaan dengan huruf besar
- 5) Hindari penataan letak lingkungan tanpa memberitahu
- 6) Sediakan alat bantu (misal: Jam, telepon)
- 7) Fasilitasi membaca surat kabar atau media informasi lainnya
- 8) Gunakan warna terang dan kontras di lingkungan
- 9) Sediakan kaca pembesar, jika perlu

c. *Edukasi*

- 1) Jelaskan lingkungan pada pasien
- 2) Ajarkan pada keluarga cara membantu cara pasien berkomunikasi

d. *Kolaborasi*

- 1) Rujuk pasien pada terapis, jika perlu.

2. Promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492)

Menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan

bicara

Tindakan

a. Observasi

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara
- 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara
- 3) Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara
- 4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

b. Terapeutik

- 1) Gunakan metode komunikasi alternative (mis: menulis, berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan computer)
- 2) 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.
- 3) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- 4) Ulangi apa yang disampaikan pasien
- 5) Berikan dukungan psikologis
- 6) Gunakan juru bicara, jika perlu

c. Edukasi

- 1) Anjurkan berbicara perlahan
- 2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

d. Kolaborasi

- 1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

2.3.4 Implementasi

Implementasi yang komprehensif merupakan pengeluaran dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap-tahap perencanaan dapat terealisasi dengan baik apabila berdasarkan hakekat masalah, jenis tindakan atau pelaksanaan bisa dikerjakan oleh perawat itu sendiri, kolaborasi sesama tim / kesehatan lain dan rujukan dari profesi lain. Implementasi asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan komunikasi verbal dilakukan sesuai dengan intervensi.

2.3.5 Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang dikaji berupa catatan perkembangan pasien bahwa hambatan komunikasi verbal teratasi.

2.5 Jurnal Penelitian Yang Mendukung

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Amila et al., 2019) yang berjudul “Pemberdayaan Keluarga Pasien Stroke Afasia melalui Pelatihan Komunikasi Verbal” menunjukkan bahwa untuk meningkatkan komunikasi verbal pada pasien stroke menggunakan beberapa alat bantu komunikasi non verbal yang digunakan untuk memfasilitasi pasien afasia, seperti foto, musik, gambar, buku komunikasi, papan alfabet dan alat tulis untuk mengurangi frustrasi, depresi dan isolasi sosial. Hasil yang diperoleh adalah keseluruhan pasien

mampu menunjukkan gambar yang ada dibuku komunikasi dan benda–benda yang ada disekitar pasien untuk mengkomunikasikan kebutuhannya. Sebagian besar pasien mampu memberikan respon ya/tidak dan mengekspresikan kata–kata sederhana, seperti makan, minum, tidur tetapi mengalami kesulitan ketika berbicara dalam kalimat panjang, hanya kata–kata benda, makan, mandi. Aspek penilaian pemahaman, sebagian besar pasien mengalami kesulitan dalam memahami kalimat yang rumit. Pasien dapat merespon salam yang disampaikan melalui ekspresi wajah dan dapat berinteraksi dengan perawat.

Hal ini juga didukung oleh penelitian (Yuliasuti et al., 2018) yang berjudul “peningkatan kemampuan komunikasi verbal pasien stroke iskemik dengan disartria di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya”. *LSVT Loud* yang dilakukan selama 16 sesi 1 jam ini dilakukan seminggu empat kali latihan. Latihan yang dilakukan selama satu jam ini cukup intens untuk meningkatkan kemampuan komunikasi verbal. Hasil kemampuan komunikasi verbal setelah diberikan *LSVT Loud* menjadi sangat jelas. Nilai responden dalam penilaian menggunakan *speech intelligibility* mengalami perbaikan. Setelah dilakukan *LSVT Loud* pada pengucapan “r” pada pertengahan kata masih terdengar kurang jelas, namun pada akhir kata terdengar jelas. Hal ini yang meningkatkan nilai *speech intelligibility* responden. Perbaikan nilai ini tidak secara instan terjadi, namun setelah responden melalui 16 sesi latihan yang dilakukan selama satu jam.

Hasil penelitian (Astriani et al., 2019) yang berjudul “Terapi AIUEO terhadap Kemampuan Berbicara (Afasia Motorik) pada Pasien Stroke”

menunjukkan bahwa kemampuan berbicara mulai mengalami peningkatan pada hari ketiga setelah diberikan terapi AIUEO. Terapi AIUEO adalah terapi yang menggunakan teknik mengajarkan pasien afasia menggerakkan otot bicara melalui menggerakkan lidah bibir otot wajah dan mengucapkan kata-kata dengan fonem bahasa A,I,U,E,O. Terapi AIUEO merupakan jenis terapi wicara yang dikenal bagian dari *phonomotor therapy*. Pasien stroke yang sering mengalami gangguan bicara dan komunikasi, dapat ditangani salah satunya dengan cara, latihan di depan cermin untuk latihan gerakan bibir, lidah, dan mengungkapkan kata-kata. Teknik yang diajarkan pada afasia adalah menggerakkan otot bicara yang akan digunakan untuk mengucapkan lambang- lambang bunyi bahasa yang sesuai dengan pola-pola standar, sehingga dapat dipahami oleh pasien. Hal ini disebut artikulasi organ bicara. Pengartikulasian bunyi bahasa atau suara akan dibentuk oleh koordinasi tiga unsur yaitu unsur motoris (pernafasan), unsur yang bervibrasi (tenggorokan dengan pita suara), dan unsur yang beresonansi (rongga hidung, mulut, dan dada).