

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini dijelaskan tentang teori yang mendukung penelitian yang meliputi : 1.) Gangguan komunikasi verbal, 2.) CVA, 3.) Konsep asuhan keperawatan dengan masalah gangguan komunikasi verbal pada kasus CVA.

2.1 Konsep Gangguan Komunikasi Verbal

2.1.1 Pengertian

Gangguan komunikasi verbal adalah kondisi seseorang mengalami kesulitan untuk berbicara dan membentuk suatu kata, kesulitan untuk memahami pembicaraan orang lain termasuk tentang pemahaman. Dan kesulitan mengungkapkan sesuatu yang diinginkan. Gerakan maupun isyarat adalah suatu bentuk mengekspresikan suatu keinginan.

Gangguan komunikasi verbal adalah penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan menggunakan system symbol (Amila et al., 2019). Gangguan komunikasi verbal ialah (segala sesuatu yang memiliki atau menghantarkan makna) dengan tanda yang menimbulkan penurunan, keterlambatan atau tidak adanya kemampuan untuk menerima, memproses, menghantarkan dan menggunakan sistem simbol (Amila et al., 2015).

2.1.2 Batasan Karakteristik

Batasan karakteristik dalam gangguan komunikasi verbal meliputi: kesulitan memahami komunikasi, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal, kesulitan menyusun kalimat, kesulitan menyusun kata-kata, ketidakmampuan menggunakan ekspresi tubuh, ketidakmampuan menggunakan ekspresi wajah, kesulitan mempertahankan komunikasi, sulit bicara, sulit mengungkapkan kata-kata, tidak dapat bicara, kesulitan menggunakan ekspresi tubuh dan wajah, ketidaktepatan verbalisasi, pelo, dan gagap (Amila et al., 2019). Sedangkan dari (Sanjaya, 2015) antara lain: kesulitan mengungkapkan pikiran secara verbal (misalnya, afasia, difasia, apraksia, dan disleksia), kesulitan mengelola kata-kata atau kalimat (misalnya, afonia, dislalia, dan disartria), kesulitan dalam mengomprehensifkan dan mempertahankan pola komunikasi, disorientasi waktu, ruang, dan orang, tidak dapat bicara, dyspnes, gangguan penglihatan atau total, kesulitan menggunakan ekspresi tubuh dan wajah, ketidaktepatan verbalisasi, pelo dan gagap.

2.1.3 Gejala dan Tanda

Gejala dan tanda mayor dari gangguan komunikasi verbal dari data subjektif (tidak tersedia), sedangkan di data objektif terdapat: tidak mampu berbicara dan menunjukkan respon tidak sesuai. Selain dari pada itu gejala dan tanda mayor ada juga gejala dan tanda minor dari data subjektif (tidak tersedia), sedangkan di data objektif terdapat (afasia) untuk gangguan berbahasa yang mempengaruhi kemampuan untuk berkomunikasi, (disfagia)

digunakan untuk kesulitan menelan, (apraksia) untuk ketidakmampuan melakukan gerakan atau tindakan, (disleksia) untuk kesulitan membaca, menulis, dan mengeja, (disartria) digunakan untuk kesulitan mengartikulasi kata-kata karena penyakit pada system saraf pusat, (afonia) untuk kehilangan suara dan kemampuan untuk bicara, (dislalia) untuk kecacatan pada alat ucap, pelo, gagap, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang, ruang, waktu, defisit penglihatan (SDKI DPP PPNI, 2017) (Indonesia, 2016).

- 1) Mayor
 - a. Data subjektif
 - b. Data objektif
 - a) Afasia
 - b) Disfasia
 - c) Apraksia
 - d) Disleksia
 - e) Disartria
 - f) Afonia
 - g) Pelo
 - h) Gagap
 - i) Tidak ada kontak mata
 - j) Sulit memahami komunikasi

- k) Sulit mempertahankan komunikasi
 - l) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh.
- 2) Minor
- a. Data Subjektif
 - b. Data Objektif
 - a) Tidak mampu berbicara atau mendengar
 - b) Menunjukkan respon tidak sesuai

2.1.4 Kondisi Klinis Terkait

Stroke, cedera kepala, trauma wajah, peningkatan tekanan intracranial, hipoksia kronis, tumor, sclermultiple, distropi muskuler, penyakit Alzheimer, infeksi laring, fraktur rahang, delusi, paranoid dan autism (Ppni, 2019).

2.1.5 Faktor Yang Berhubungan

Beberapa faktor yang berhubungan mengenai gangguan komunikasi verbal ialah: gangguan konsep diri, ketidaksesuaian budaya, gangguan emosi, kendala lingkungan, ketidacukupan informasi, ketidacukupan stimulus, penurunan sirkulasi darah ke otak gangguan psikosis, dan program pengobatan (Arif, 2012) (Tim Pokja SLKI, 2019).

2.1.6 Kriteria Hasil

Kriteria hasil dari Gangguan Komunikasi Verbal ialah kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian wajah/tubuh meningkat, afasia menurun, disatria menurun, pelo menurun, gagap menurun, dan pemahaman komunikasi membaik(Tim Pokja SLKI,

2019).

2.2 Konsep CVA Infark

2.2.1 Pengertian CVA

CVA adalah sindrom klinis yang ditandai dengan serangan deficit sebagian atau keseluruhan yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak. CVA juga menjadi kegawatan daruratan neurologi karena timbul mendadak dan bisa terjadi kepada siapa saja (Jojang et al., 2016). CVA merupakan adanya gangguan dari peredaran darah ke otak yang menyebabkan deficit neurologis secara mendadak sebagai akibat iskemia atau heoragi disirkulasi saraf otak (Nurarif & Kusuma, 2015). CVA merupakan penyakit serebrovaskuler adalah setiap gangguan neurologic terjadi secara mendadak akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui system suplai arteri di otak dan menunjukkan beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun structural yang disebabkan oleh beberapa keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau seluruh pembuluh darah otak, yang disebabkan robekan pembuluh darah total yang bersifat sementara atau permanen (N. Nursalam, 2013).

CVA ialah suatau keadaan yang timbul karena terjadi gangguan di peredaran darah diotak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan menderit kelmpuhan sampai kematian. Sedangkan pada CVA adalah terjadinya kekurangan suplai darah ke area tertentu otak, luasnya infark sendiri bergantung pada faktor seperti lokasi, besarnya pembuluh darah adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang

disuplai darah menjadi semakin lambat atau cepat, pada gangguan lokal (thrombus, emboli, dan perdarahan).

2.2.2 Klarifikasi

1) CVA Non Hemoragik

Stroke iskemik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di otak (Patricia et al., 2015). Stroke Iskemik (non hemoragik) yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan distal atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Obstruksi dapat disebabkan oleh bekuan (thrombus) yang terbentuk dipembuluh darah organ distal. Terdapat beragam penyebab stroke trombotik dan embolik primer termasuk arterosklerosis, keadaan hiperkoagulasi dan penyakit jantung struktural. Penyebab lain stroke iskemik adalah vasospasme yang sering merupakan respons vaskuler reaktif terhadap perdarahan ke dalam ruang antara araknoid dan piamater meningen. Stroke iskemik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di otak.

2) CVA Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan adanya lesi vaskuler intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan di subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Stroke hemoragik lebih cepat menyebabkan kerusakan fungsi otak dan kehilangan

kesadaran karena perdarahan dapat secara cepat menimbulkan gejala neurogenic yang disebabkan oleh tekanan pada struktur saraf didalam tengkorak (Yasmara et al., 2016).

2.2.3 Etiologi

Penyebab dari gangguan komunikasi verbal yang terjadi pada kasus CVA disebut dengan multi-faktorial yang bergantung pada faktor lokasi (Broca dan Wernicke) dan besarnya pembuluh darah serta adekuatnya sirkulasi kolatral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat penyebab penimbunan lemak bis mengakibatkan kemak nekrotik dan bedegenerasi menjadi kapur. Menyebabkan terjadinya suplai darah otak dapat berubah (semakin lambat atau cepat) yang disebabkan adanya penumpukan plak aterosklerosis pada pembuluh darah di otak dan terjadi pada gangguan lokal (thrombus dan emboli). Akan menyebabkan terjadinya stroke non hemoragik (CVA). Terjadinya stroke non hemoragik (CVA) yang mengakibatkan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak terjadi di daerah broca dan wericke akan menyebabkan kerusakan nervus di arteri cerebri medua diantaranya nervus VII (gangguan pada indar pengecap, wajah asimetris, otot wajah tertarik pada bagian yang sehat), Nervus IX (penurunan kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut), dan Nervus XI (tidak ada strofi pada otot sternokleidomastoidus dan trapezius) yang mengakibatkan timbulnya diagnosis dengan Gangguan Komunikasi Verbal.

- 1) Stroke iskemik (non hemoragik) yaitu: tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah keotak sebagian atau eseluruhan terhenti. Dan 80% adalah terjadi pada stroke iskemik. Stroke iskemik dibagi menjadi 3 jenis yaitu: Pertama ada stroke trombotik ialah proses terbentuknya thrombus yang membuat penggumpalan, Kedua ada stroke embolik ialah tertutupnya pembuluh darah arteri oleh bekuan darah, Ketiga ada hipoperfusi sistemik: berkurangnya aliran darah keseluruhan bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.
- 2) Stroke hemoragik ialah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah diotak. Hampir 70% kasus stroke terjadi pada penderita hipertensi. Stroke hemoragik dibagi menjadi 2 yaitu: Pertama hemoragik intraserebral atau disebut perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak dan hemoragik subaraknoid ialah perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2.4 Patofisiologi CVA

Patofisiologi dibagi menjadi 2 yaitu:

1) Stroke Iskemik

Iskemik pada otak akan mengakibatkan perubahan pada sel neuron otak secara bertahap. Tahap pertama diawali dengan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan sel neuron akan kekurangan oksigen dan

nutrisi. Hal ini menyebabkan kegagalan metabolise dan penurunan energy yang dihasilkan oleh sel neuron tersebut. Sedangkan pada tahap kedua, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen tersebut memicu respons inflamasi dan diakhiri dengan kematian sel serta apoptosis terhadapnya.

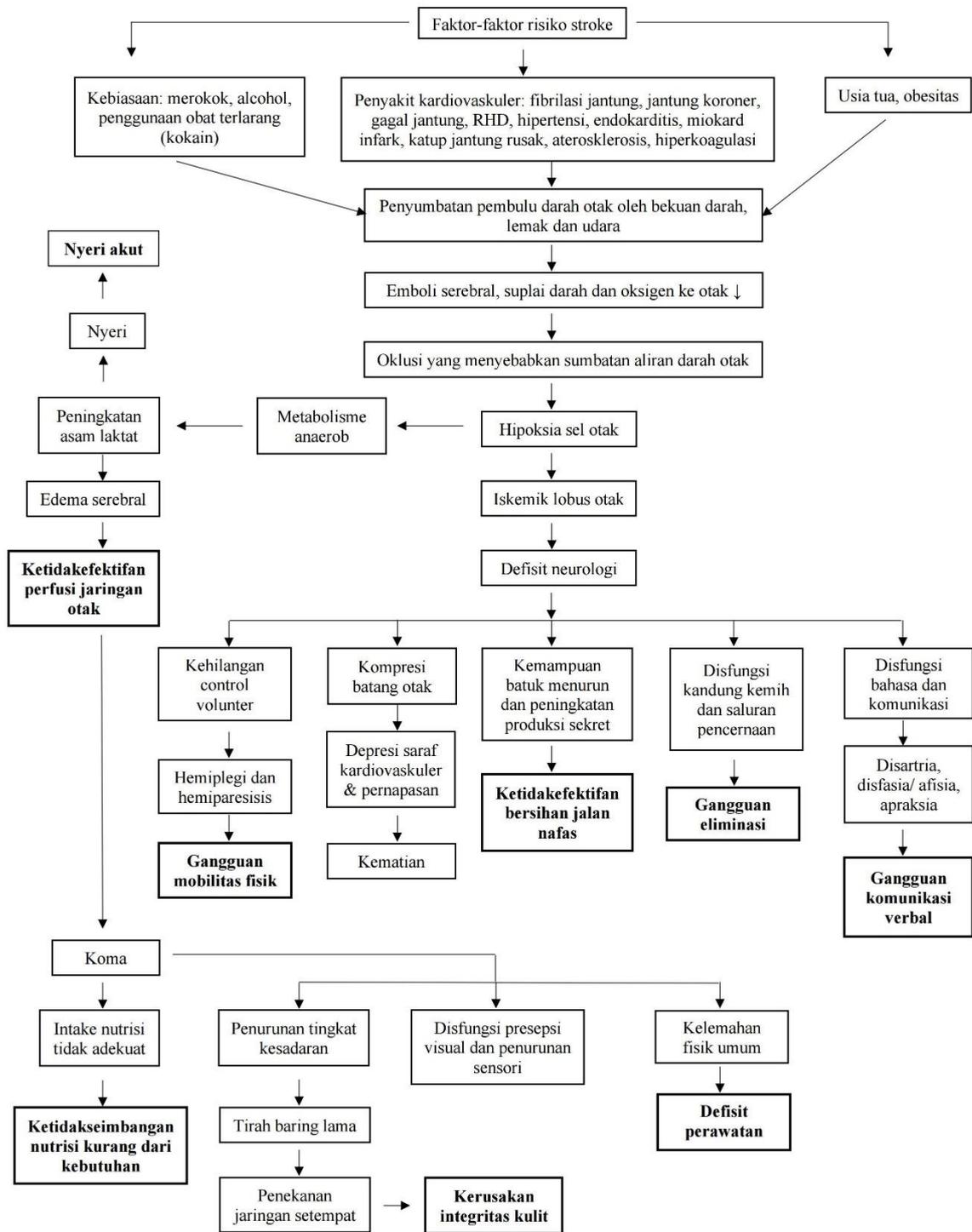
Proses cedera pada susunan saraf pusat ini menyebabkan berbagai hal, antara lain gangguan permeabilitas pada sawar darah otak, kegagalan energy, hilangnya heomestasis ion sel, asidosis, peningkatan kalsium eksternal, dan toksisitas yang dipicu oleh keberadaan radikal bebas.

2) Stroke Hemoragik

Perdarahan intraserebral biasanya disebabkan oleh pecahnya mikroaneurisme akibat hipertensi maligna. Kejadian ini paling sering pada darah subkortikal, sereblum, dan bantang otak. Peningkatan tekanandarah secara tiba-tiba bisa menyebabkan pecahnya penetrating arteri kecil yang menimbulkan efek penekanan pada arteriola dan pembuluh kapiler sehingga akhirnya membuat pembuluh darah pecah.

Elemen-elemen vasoaktif yang keluar akibat kondisi iskemik dan penurunan tekanan perfusi menyebabkan darah yang terkena darah dan sekitarnya mengalami kenaikan tekanan. Gejala neurologis timbul merupakan dampak dari ekstrasvasasi darah ke jaringan otak yang memicu terjadinya nekrosis. Dan perdarahan ini umumnya disebabkan oleh rupturnya aneurisme sakular atau perdarahan dari ateriorvenous malformation (Yasmara et al., 2016).

2.2.5 Pathway



Gambar 2. 1 Pathway CVA

2.2.6 Faktor Resiko

Dari beberapa macam faktor resiko menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) ada 3 macam yaitu: Pertama yaitu faktor yang tidak dapat dirubah (Non reversible) diantaranya: jenis kelamin sangat berpengaruh lebih tinggi pada pria dan sering ditemukan menderita stroke dibandingkan dengan wanita, usia jika semakin tinggi usiannya maka semakin tinggi pula resiko terkena stroke, dan keturunan adanya riwayat keluarga yang terkena stroke. Selanjutnya faktor resiko dari CVA yaitu: faktor yang dapat dirubah (reversible) contohnya adalah penderita hipertensi, penyakit jantung, kolesterol tinggi, obesitas, diabetes mellitus, dan stress emosional, sedangkan menurut (Doenges, 2018) yaitu hipertensi berat, trauma kranioserebral (fase rehabilitas akut), aspek psikososial, gangguan kejang, serta bantuan nutrisi total (pemberian makan parental atau enteral). Dan yang terakhir yaitu: kebiasaan hidup seperti merokok, peminum alcohol, obat-obatan terlarang, serta aktivitas yang tidak sehat, dan kurang berolahraga (Dinata et al., 2013).

2.2.7 Manifestasi Klinis

Dari tanda-tanda yang mengarah ke kasus CVA yang paling mendominasi yaitu: tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, hilangnya rasa peka, bicara pelo, gangguan bicara dan bahasa pada area Broca dan Wernicke, gangguan penglihatan, mulut moncong tidak simetris, gangguan daya ingat, nyeri kepala, vertigo, kesadaran menurun, dan gangguan fungsi otak (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang CVA

1. MRI dan MRA (angiografi resonansi magnetic) memungkinkan evaluasi lokasi dan ukuran lesi.
2. Angiografi serebral memperjelaskan gangguan atau kerusakan pada diskulasi serebral dan merupakan pemeriksaan pilihan utama untuk mengetahui aliran darah serebral secara keseluruhan.
3. Tomografi emisi-positron memberi data tentang metabolisme serebral dan perubahan pada aliran darah serebral.
4. Pemeriksaan Doppler transkranial mengevaluasi velositas atau kecepatan aliran darah (Doppler karotis mengukur aliran yang melalui arteri karotis).
5. Ekokardigram dua dimensi mengevaluasi ada tidaknya disfungsi jantung
6. Pemeriksaan aliran darah serebral
7. Elektrokardiografi mengevaluasi aktivitas elektrik di area infrakorteks.
8. Laboratorium yang termasuk antibody, antikardiolipin, antifosfolipid, factor (leiden) yang mengalami mutasi, antritombin III, protein S, dan protein C- dapat menunjukkan peningkatan resiko thrombosis (Yasmara et al., 2016) dan (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2.9 Penatalaksanaan

Ada dua penatalaksanaan pada pasien dengan CVA menurut (Purwanto, 2016) yaitu:

1. Berusaha menstabilkan tanda-tanda vital dengan cara mempertahankan saluran pernafasaan yang paten, control tekanan darah, merawat kandung kemih, tidak memakai kateter, posisi yang tepat, posisi diubah setiap 2 jam, latihan gerak pasif.
2. Terapi konservatif (terapi pengobatan dengan obat-obatan) untuk stroke yaitu: vasodilator untuk meningkatkan aliran serebral, dapat diberikan histamine, aminophilin, asetazolamid, papaverin intra pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sesudah ulserasi alterom, anti koagulan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya thrombosis atau embolisasi dari tempay lain ke sistem kardiovskuler.

2.2.10 Komplikasi

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) komplikasi dibagi mejadi 3 yaitu : serangan dini (0-48 jam pertama) yang akan menimbulkan terjadinya edema serebri, deficit neurologis cenderung memberat, dan mengakibatkan peningkatan TIK, herniasi, akhirnya menimbulkan kematian, dan infrak miokard adalah penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal. Selanjutnya jangka pendek (1-14 hari) akan menimbulkan komplikasi seperti pneumonia akibat immobilisasi lama, infrak miokard, emboli paru (cenderung terjadi 7-14 hari pacsa stroke) dan sering kali terjadi pada setiap saat (Stroke rekuren). Yang terakhir yaitu

jangka panjang (>14 hari) dapat terjadi pada setiap saat (Stroke rekuren), infark miokard, serta gangguan vaskuler lainnya seperti penyakit vaskuler perifer.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Dengan masalah Gangguan Komunikasi Verbal Pada CVA

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental dan lingkungan.

1) Data Subjektif

- a. Identitas Klien meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan MRS, nomor register, dan diagnosis medis.
- b. Keluhan Utama yaitu Sering terjadi lasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

2) Data Riwayat Kesehatan

- a. Riwayat kesehatan sekarang

Serangan stroke berlangsung secara mendadak, pada saat pasien sedang beraktivitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri

kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak.

b. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obatan adiktif dan obesitas.

c. Riwayat penyakit keluarga

Adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi diabetes mellitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

d. Riwayat psikososial dan spiritual

Terjadi perubahan peran berhubungan antara pasien dan keluarga dikarenakan ketidakmampuan pasien untuk berkomunikasi. Dapat menimbulkan kecacatan diri dan gangguan citra tubuh.

e. Aktivitas sehari-hari

- 1.) Nutrisi : Adanya gejala nafsu makan menurun, mual muntah ada fase akut. Makanan apa yang sering dikonsumsi pasien, misalnya: masakan yang mengandung garam, santan, gorengan, suka makan hati, dan usus.
- 2.) Minum: Apakah ada ketergantungan mengkonsumsi obat narkoba, minum yang mengandung alcohol.
- 3.) Eliminasi: Menunjukkan adanya perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urine, anuria. Adanya distensi abdomen (distensi

bladder berlebih), bising usus negative, pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

- 4.) Aktivitas: Menunjukkan adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria atau paralise/himeplegi, mudah lelah, gangguan tonus otot.
- 5.) Istirahat :Mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot atau nyeri otot (Purwanto, 2016).

2.3.2 Pemeriksaan Fisik Review Of System (ROS)

1) B1(Breathing) :

Sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas (Sternokleidomastoidius), dan peningkatan frekuensi pernafasaan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada pasien dengan peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada pasien dengan tingkat kesadaran composmentis, pengkajian inspeksi pernafasannya tidak ada kelainan, palpasi thorak didapatkan taktil premitus seimbang kanan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

2) B2 (Blood) :

Syok hipovolemik yang sering terjadi pada pasien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi massif (tekanan darah >200mmHg).

3) B3 (Brain)

- a) Tingkat kesadaran: keadaan sadar baik sampai terjadinya koma, Penilaian GCS untuk menilai tingkat kesadaran pasien.
- b) Reflek patologis
- c) Pemeriksaan saraf kranial:
- 1) Saraf I: biasanya pada pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
 - 2) Saraf II: disfungsi persepsi visual karena penggunaan jarak sensorik primer diantaranya sudut mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-soasial sering terlihat pada pasien dengan hemiplegia kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian dengan bantuan karena ketidakmampuan mencocokkan pakaian kebagian tubuh.
 - 3) Saraf III, IV, VI apabila akibat stroke mengakibatkan paralisis seisi otot-otot okulasi didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit
 - 4) Saraf V pada beberapa keadaan stroke menyebabkan aralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah.
 - 5) Saraf VII persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik kebagian sisi yang sehat
 - 6) Saraf VIII tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi
 - 7) Saraf XII lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi. Indera pengecapan normal.

- 8) Saraf IX dan X kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
- 9) Saraf XI tidak ada atrofi otot sternocleidomastoidius dan trapezius.
- 10) Saraf XII lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indera pengecap 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 peristaltic usus. Adanya gangguan pada saraf V yaitu pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpang rahang bawah pada sisi ipsilateral dan kelumpuhan sisi otot-otot pterigiodeis dan pada saraf IX dan X yaitu kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.

f.) B6 (Bone): Kehilangan control volenter gerakan motoric. Terdapat hemiplegia atau hemiparesis atau hemiparese ekstermitas. Kaji adanya decubitus akibat immobilisasi fisik, serta kaji kekuatan otot, normal 5.

2.3.3 Pemeriksaan Neurologis

- 1) Status mental yaitu: tingkat kesadaran secara kualitatif dan kuantitatif (GCS), pemeriksaan
 - a) Nilai 0: Bila tidak terdapat kontraksi sama sekali
 - b) Nilai 1: Bila terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi
 - c) Nilai 2: Bila ada gerakan pada sendi tapi tidak dapat melawan gravitasi
 - d) Nilai 3: Bila dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan pemeriksaan
 - e) Nilai 4: Bila dapat melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang
 - f) Nilai 5: Bila dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan penuh (Purwanto, 2016) dan (Arif, 2012).
- 2) kemampuan bicara, orientasi (tempat, waktu, orang), pemeriksaan daya pertimbangan, penilaian daya abstraksi, penilaian kosakata, pemeriksaan respon emosional, pemeriksaan daya ingat, pemeriksaan kemampuan berhitung, pemeriksaan kemampuan mengenal benda.
- 3) Nervus kranialis yaitu: (olfaktorius) digunakan untuk penciuman, (optikus) untuk penglihatan, (okulomotorius) untuk mengangkat kelopak mata keatas, kontriksi pupil, dan sebagian gerakan ekstraokuler, (troklearis) untuk gerakan mata kebawah dan kedalam, (trigeminus) digunakan untuk gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, reflek kornea dan reflek kedip, (abducens) untuk gerakan mata, (fasialis)

digunakan untuk indra pengecap, sensi umum pada palatum dan telinga luar, sekresi kelenjar lakrimalis, submandibular, sublingual, ekspresi wajah, (vesibulokoklearis) untuk pendengar dan keseimbangan, (glossofaringeus) untuk sensasi rasa, (vagus) digunakan untuk reflex muntah dan menelan, aksesories (spinal) untuk fonasi, gerakan kepala, leher dan bahu, dan (hipoglossus) untuk gerakan lidah.

- 4) Fungsi motoric yaitu: massa otot, kekuatan otot, dan tonus otot (Pada pemeriksaan ini ekstermitas diperiksa terlebih dahulu), reflex dan ekstensi tangan, abduksi dan adduksi lengan, fleksi dan ekstensi pergelangan tangan, abduksi adduksi jari, abduksi dan adduksi pinggul, fleksi dan ekstensi lutut, dorsofleksi dan fleksi plantar pergelangan kaki, dan yang terakhir dorsofleksi dan fleksi plantara ibu jari kaki.
- 5) Fungsi sensori yaitu: sentuhan tangan, sensori nyeri, sensasi posisi, sensasi getaran, lokalisasi taktil.
- 6) Fungsi cerebellum yaitu: tes jari hidung, tes tumit lutut, gerakan berganti, tes Romberg, dan gaya berjalan.
- 7) Refleks yaitu: biceps, triceps, brachioradialis, patella, dan Achilles (Sferi Wijaya & Mariza Putri, 2013) dan (Mutqqin, 2012).

2.3.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan CVA:

- 1) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular (SDKI, 2017)

2.3.5 Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 2 x 24 jam di harapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara meningkat. 2. Kemampuan mendengar meningkat. 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat. 4. Afasia menurun. 5. Disatria menurun. 6. Pelo menurun. 7. Gagap menurun. 8. Pemahaman komunikasi membaik 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kesalahan terhadap orientasi b. Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien. b. Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan, jika perlu. c. Koreksi kesalahan orientasi. d. Fasilitasi tugas pembelajaran (mis. Mengingat informasi verbal dan gambar). e. Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (mis. Bertanya kemana saja ia pergi akhir-akhir ini), jika perlu. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan. b. Ajarkan teknik memori yang tepat (mis. Imajinasi visual, permainan memori, isyarat memori). c. <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Rujuk pada terapi okupasi, jika perlu.

2.3.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian rencana tindakan yang dilakukan perawat maupun tenaga medis untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan yang telah direncanakan. Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia (komunikasi), dan kemampuan teknis keperawatan, dalam rangka membantu pasien mencegah, mengurangi, ataupun menghilangkan dampak yang ditimbulkan oleh masalah kesehatan tersebut (M. Nursalam & Utami, 2009).

2.3.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana mengenai kesehatan pasien dengan tujuan yang ditetapkan dan dilakukannya tindakan, seberapa jauh keberhasilan yang dicapai apakah terdapat kesalahan dari setiap proses untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut.

