

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Pada bab ini dijelaskan mengenai landasan teori yang mendukung penelitian, meliputi: (1) konsep Stroke; (2) konsep Gangguan Komunikasi Verbal ; (3) konsep Terapi wicara AIUEO (4) konsep dasar asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal; dan (5) kajian jurnal serta penelitian terdahulu yang relevan.

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Anatomi dan Fisiologi

Otak mengendalikan semua fungsi tubuh, otak merupakan pusat keseluruhan tubuh. Jika otak sehat maka akan mendorong kesehatan tubuh serta menunjang kesehatan mental. Sebaliknya apabila otak terganggu maka kesehatan tubuh dan mental terganggu (Judha, 2015). Seandainya jantung dan paru-paru bekerja selama beberapa menit tubuh masih bisa bertahan hidup, namun jika otak berhenti bekerja selama satu detik saja maka tubuh akan mati. Itulah mengapa otak merupakan bagian organ yang terpenting dari seluruh tubuh manusia, selain itu otak juga merupakan organ yang paling rumit, adapun secara garis besar anatomi dan fungsi adalah otak dibagi menjadi 4 bagian yaitu

1. Cerebrum (Otak besar)

Cerebrum adalah bagian terbesar dari otak manusia yang juga disebut dengan cerebral cortex atau otak depan. Cerebrum membuat manusia memiliki kemampuan berfikir, analisa, logika, bahasa, kesadaran perencanaan memori dan kemampuan fisual. Kecerdasan intelektual atau IQ juga ditentukan oleh bagian ini. Cerebrum terbagi menjadi 4 bagian yang disebut lobus. Bagian lobus yang menonjol disebut gyrus dan bagian lekukan yang menyerupai parit disebut sulcus. Keempat lobus tersebut masing masing adalah lobus frontal, lobus pariental, lobus occipital, lobus temporal.

a. Lobus frontal merupakan bagian lobus yang paling depan bagian otak besar. Lobus ini berhubungan dengan kemampuan membuat alasan, kemampuan gerak, perencanaan, penyelesaian, kreatifitas, penyelesaian masalah dan kemampuan bahasa secara umum.

b. Lobus parietal berada di tengah berhubungan dengan proses sensor perasaasaan seperti tekanan, sentuhan dan rasa sakit.

c. Lobus temporal berada di bawah berhubungan dengan kemampuan pendengaran, pemaknaan informasi dan bahasa dalam bentuk suara

d. Lobus occipital berada paling belakang berhubungan dengan rangsangan visual yang memungkinkan manusia melakukan interpretasi terhadap objek yang ditangkap oleh retina

2. Cerebellum (Otak kecil)

Cerebrum otak kecil terletak dibagian kepala dekat dengan ujung leher bagian atas. Cerebellum banyak mengontrol fungsi otomatis otak diantaranya mengatur sikap atau posisi tubuh, mengontrol keseimbangan koordinasi otot dan gerak tubuh. Otak kecil juga menyimpan dan melaksanakan serangkaian gerakan otomatis yang dipelajari gerakkan seperti gerakan mengendalikan mobil, gerakan tangan saat menulis dan sebagainya. Jika terjadi cedera pada otak kecil, dapat mengakibatkan pada sikap dan koordinasi gerakan otot.

3. Brainstem (batang otak)

Batang otak berada dalam tulang tengkorak atau rongga kepala bagian dasar dan memanjang sampai ke tulang punggung atau sumsum tulang belakang. Bagian otak ini mengatur fungsi dasar manusia seperti pernafasan, denyut jantung, mengatur suhu tubuh, mengatur proses pencernaan dan merupakan sumber insting dasar manusia yaitu flight or fight saat datangnya bahaya. Batang otak terdiri dari 3 bagian yaitu:

- a. Masenchepalon atau otak tengah disebut juga mid brain) adalah bagian terdiri dari batang otak yang menghubungkan otak besar dan otak kecil. Otak tengah berfungsi dalam mengontrol respon penglihatan, gerak mata, pembesaran pupil, mengatur gerak tubuh.
 - b. Medulla oblongata adalah titik awal saraf tulang belakang dan sebelah kiri badan menuju bagian kanan badan begitu juga sebaliknya. Medulla mengontrol fungsi detak jantung, sirkulasi darah, pernafasan dan pencernaan.
 - c. Pons merupakan stasiun pemancar yang mengirimkan data ke pusat otak bersama formasi reticular. Pons dapat menentukan apakah kita terjaga atau tertidur.
4. Sistem limbik

Terletak di bagian tengah otak membungkus batang otak. Sistem limbic menyimpan banyak informasi yang tak tersentuh oleh indra dialah yang lazim disebut sebagai otak emosi atau tempat bersemayamnya rasa cinta dan kejujuran. Carl gustav menyebutkan sebagai alam bawah sadar atau ketidaksadaran kolektif yang diwujudkan dalam perilaku baik seperti menolong orang dan perilaku tulus lainnya. (Astuti, & Hernawati, (2023)

2.1.2 Definisi Stroke

Stroke adalah jenis penyakit serebrovaskular yang terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah atau tersumbat. Stroke disebabkan oleh saraf yang rusak sehingga aliran darah ke otak terganggu. Hal ini dapat mengakibatkan kelumpuhan otot-otot di ekstremitas, kelemahan otot-otot menelan, kesulitan komunikasi verbal, masalah penglihatan, dan bahkan kematian.

Penyakit medis yang dikenal sebagai stroke disebabkan oleh berkurangnya aliran darah ke otak, yang dapat membahayakan jaringan otak. Stroke didefinisikan sebagai perkembangan cepat gejala klinis, yang dapat mencakup kelainan fokal atau luas pada fungsi otak, menurut Organisasi Kesehatan Dunia. Gejala stroke dapat

mencakup kelemahan pada satu sisi tubuh, kesulitan berbicara, kehilangan keseimbangan, dan perubahan dalam penglihatan (Husada, Ilmiah, & Juli, 2024).

2.1.3 Etiologi Stroke

Menurut Wahab dan Sijid (2023), etiologi stroke dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

1. Aterosklerosis

Aterosklerosis merupakan penyebab paling sering terjadinya stroke non-hemoragik. Aterosklerosis adalah proses kronis yang ditandai dengan penumpukan lemak, kolesterol, kalsium, dan jaringan ikat pada lapisan dalam dinding arteri sehingga membentuk plak aterosklerotik. Proses ini diawali oleh kerusakan endotel pembuluh darah yang dipicu oleh faktor-faktor seperti hipertensi, diabetes melitus, hiperlipidemia, merokok, obesitas, dan usia lanjut. Seiring waktu, plak akan semakin membesar sehingga lumen pembuluh darah menyempit dan aliran darah menuju otak berkurang. Apabila plak mengalami ruptur atau pecah, trombosit akan berkumpul di lokasi tersebut dan membentuk trombus yang dapat menutup sebagian atau seluruh lumen arteri. Akibatnya, suplai oksigen dan glukosa ke jaringan otak terganggu sehingga terjadi iskemia yang dapat berkembang menjadi infark serebri apabila tidak segera ditangani.

2. Trombosis Serebra

Trombosis serebral adalah pembentukan bekuan darah (trombus) secara langsung di dalam pembuluh darah otak. Trombus biasanya terbentuk pada pembuluh darah yang telah mengalami penyempitan akibat aterosklerosis. Permukaan plak yang tidak stabil menyebabkan aktivasi trombosit dan sistem koagulasi sehingga terbentuk bekuan darah. Trombus kemudian menghambat aliran darah menuju jaringan otak yang diperdarahi oleh pembuluh tersebut. Stroke akibat trombosis umumnya berkembang secara bertahap selama beberapa jam hingga beberapa hari dan sering didahului oleh serangan iskemik transien (Transient Ischemic Attack/TIA). Kondisi ini lebih sering terjadi pada usia lanjut dan individu

dengan faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, serta kebiasaan merokok.

3. Emboli Serebral

Emboli serebral terjadi ketika bekuan darah atau material lain, seperti fragmen plak aterosklerotik, lemak, atau vegetasi akibat infeksi katup jantung, terbentuk di bagian tubuh lain kemudian terbawa aliran darah menuju otak dan menyumbat arteri serebral yang berukuran lebih kecil. Sumber emboli yang paling sering berasal dari jantung, terutama pada penderita fibrilasi atrium, infark miokard, penyakit katup jantung, atau kardiomiopati. Pada fibrilasi atrium, kontraksi atrium yang tidak efektif menyebabkan darah menggenang sehingga mudah membentuk trombus. Ketika trombus terlepas, trombus tersebut menjadi embolus yang mengikuti aliran darah hingga akhirnya menyumbat pembuluh darah otak secara mendadak. Oleh karena itu, stroke embolik biasanya memiliki awitan yang sangat cepat dengan gejala neurologis yang muncul secara tiba-tiba.

4. Hipoperfusi Sistemik

Hipoperfusi sistemik merupakan kondisi berkurangnya aliran darah ke seluruh tubuh, termasuk otak, akibat penurunan tekanan darah yang berat. Keadaan ini dapat terjadi pada syok hipovolemik, syok kardiogenik, gagal jantung berat, hipotensi berat, ataupun henti jantung. Penurunan tekanan perfusi menyebabkan suplai oksigen dan glukosa ke jaringan otak tidak mencukupi sehingga sel-sel saraf mengalami gangguan metabolisme. Apabila hipoperfusi berlangsung lama, terutama pada daerah perbatasan antara dua wilayah pembuluh darah utama otak (watershed area), akan terjadi infark iskemik. Berbeda dengan stroke akibat trombus atau embolus yang disebabkan oleh sumbatan lokal, hipoperfusi sistemik menyebabkan kerusakan karena berkurangnya aliran darah secara menyeluruh.

2.1.4 Klasifikasi Stroke

1. Stroke non hemoragik,

Suatu kondisi medis yang terjadi akibat terhentinya aliran darah ke bagian otak tertentu akibat penyumbatan pembuluh darah, sehingga menyebabkan

kerusakan jaringan otak. Penyebab stroke non-hemoragik adalah berkurangnya atau terhentinya suplai darah ke otak, yang terkadang disebut stroke iskemik. Stroke iskemik dapat dikategorikan berdasarkan perjalanan klinisnya sebagai berikut:

- a. *Transient Ischemic Attack (TIA)*: Kondisi ini menyebabkan gejala neurologis yang hilang dalam waktu kurang dari satu hari. Gangguan ini disebabkan oleh gangguan mendadak pada aktivitas otak, yang biasanya disebabkan oleh trombosis atau emboli.
 - b. *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RID)*: RIND ditandai dengan gejala neurologis yang hilang dalam waktu lebih dari 24 jam tetapi kurang dari 21 hari.
 - c. *Stroke in Evolution*: Gejala stroke jenis ini memburuk seiring waktu dan berkelanjutan.
 - d. *Completed Stroke*: Menurut Husada et al. (2024), masalah neurologis jenis ini bersifat irreversible dan tidak berkembang.
2. Lokasi penyumbatan aliran darah juga dapat digunakan untuk mengkategorikan stroke non-hemoragik, khususnya:
- 1) *Stroke Non-Hemoragik Embolik*: Jenis stroke ini terjadi ketika pembuluh darah di otak tersumbat oleh emboli yang terbentuk di tempat lain, seperti jantung atau sistem vaskular sistemik.
 - 2) *Stroke non-hemoragik trombus*: Jenis ini terjadi ketika gumpalan darah terbentuk di arteri darah otak. Sekitar 70% arteri darah besar, termasuk arteri karotis, rentan terhadap trombosis. Trombosis sering kali terjadi akibat berkurangnya aliran darah pada stroke non-hemoragik yang disebabkan oleh trombus, terutama pada arteri

darah kecil seperti lingkaran posterior dan lingkaran Willis. Ini merupakan tanda aterosklerosis dan sering dikaitkan dengan hipertensi. (Husada et al., 2024).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut (Ayu Ria Widiani & Mahardika Yasa, 2023) manifestasi klinis dari stroke, yakni :

1. Hemiparesis atau Hemiplegia

Hemiparesis adalah kelemahan otot pada satu sisi tubuh, sedangkan hemiplegia adalah kelumpuhan total pada satu sisi tubuh. Kondisi ini merupakan manifestasi yang paling sering ditemukan pada stroke non-hemoragik. Kelainan terjadi akibat kerusakan pada area motorik otak sehingga impuls saraf menuju otot terganggu. Kelemahan biasanya terjadi pada sisi tubuh yang berlawanan dengan lokasi kerusakan otak.

2. Gangguan Sensorik

Pasien dapat mengalami penurunan atau hilangnya sensasi raba, nyeri, suhu, getaran, maupun posisi tubuh (propriosepsi). Keluhan yang sering muncul berupa baal, kesemutan, atau mati rasa pada wajah, lengan, dan tungkai di satu sisi tubuh. Gangguan sensorik terjadi akibat iskemia pada korteks sensorik atau jalur sensorik di otak.

3. Gangguan Bicara dan Bahasa

Gangguan bicara dapat berupa disartria dan afasia. Disartria terjadi karena kelemahan otot-otot bicara sehingga ucapan menjadi pelo atau tidak jelas. Afasia

terjadi akibat kerusakan pusat bahasa di otak sehingga pasien mengalami kesulitan berbicara, memahami pembicaraan, membaca, atau menulis. Gangguan ini lebih sering terjadi bila stroke mengenai hemisfer kiri.

4. Gangguan Penglihatan

Gangguan penglihatan dapat berupa penglihatan kabur, penglihatan ganda (diplopia), kehilangan lapang pandang (hemianopsia homonim), atau kehilangan penglihatan pada salah satu mata. Manifestasi ini muncul akibat gangguan aliran darah pada korteks visual atau jalur saraf optik.

5. Disfagia (Gangguan Menelan)

Kerusakan pada saraf atau pusat yang mengatur proses menelan menyebabkan pasien mengalami kesulitan menelan makanan maupun minuman. Disfagia meningkatkan risiko aspirasi, pneumonia aspirasi, malnutrisi, dan dehidrasi sehingga memerlukan penilaian kemampuan menelan sebelum pemberian makanan secara oral.

6. Penurunan Fungsi Kognitif

Stroke non-hemoragik dapat menyebabkan gangguan daya ingat, penurunan konsentrasi, gangguan orientasi, kesulitan berpikir, serta gangguan dalam memecahkan masalah. Tingkat gangguan bergantung pada lokasi dan luas kerusakan jaringan otak..

7. Sakit Kepala

Meskipun lebih sering ditemukan pada stroke hemoragik, sebagian pasien stroke non-hemoragik juga dapat mengeluhkan sakit kepala ringan hingga sedang. Nyeri kepala biasanya disebabkan oleh proses iskemia, edema otak, atau gangguan perfusi serebral.

8. Penurunan Tingkat Kesadaran

Pada stroke non-hemoragik yang luas atau mengenai batang otak, pasien dapat mengalami penurunan kesadaran mulai dari mengantuk (somnolen), stupor, hingga koma. Penurunan kesadaran terjadi akibat gangguan pada sistem aktivasi retikular atau peningkatan tekanan intrakranial akibat edema serebri.

9. Refleks Patologis

Pada pemeriksaan neurologis dapat ditemukan peningkatan refleks tendon dalam (hiperrefleksia), spastisitas, dan refleks patologis seperti tanda Babinski positif. Temuan ini menunjukkan adanya kerusakan pada neuron motorik atas (upper motor neuron).

2.1.6 Faktor Risiko

1. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)

Salah satu faktor risiko utama stroke adalah hipertensi. Dinding pembuluh darah dapat rusak akibat tekanan darah tinggi, sehingga meningkatkan kerentanannya terhadap pecah atau tersumbat..

2. Diabetes Mellitus

Diabetes meningkatkan kadar gula darah dan merusak pembuluh darah, yang meningkatkan risiko stroke karena menyebabkan plak menumpuk di arteri.

3. Kolesterol Tinggi

Meningkatnya kolesterol "jahat" (LDL) dapat menyebabkan aterosklerosis, atau penumpukan plak di arteri, yang membatasi aliran darah ke otak.

4. Merokok

Merokok merusak pembuluh darah dan meningkatkan risiko pembekuan darah, yang dapat menyebabkan stroke. Perokok dapat mengembangkan plak di arteri mereka sebagai akibatnya, mempercepat perkembangan aterosklerosis dan meningkatkan risiko stroke.

5. Obesitas

Obesitas meningkatkan risiko tekanan darah tinggi, diabetes, dan kolesterol, yang semuanya meningkatkan risiko stroke.

6. Konsumsi alkohol

Meningkatkan risiko emboli otak, menurunkan aliran darah ke otak, menyebabkan detak jantung tidak teratur, mengubah fungsi pembuluh darah, dan meningkatkan tekanan darah. (Rafiudin, Utami, & Fitri, 2024).

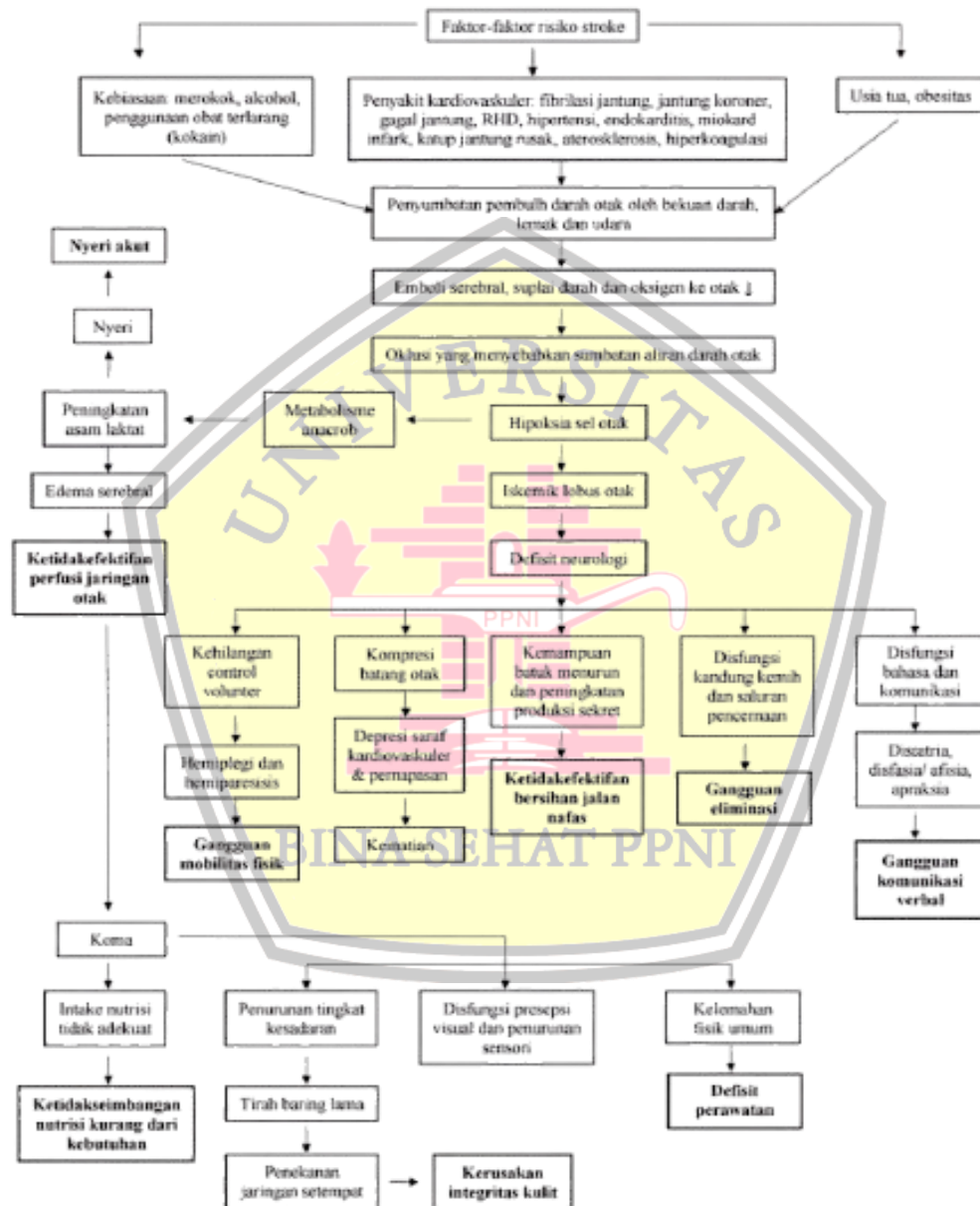
2.1.7 Patofisiologi

Stroke non-hemoragik terjadi akibat tersumbatnya aliran darah pada arteri yang menyuplai jaringan otak, baik karena trombus maupun embolus. Sumbatan tersebut menyebabkan penurunan atau terhentinya perfusi serebral sehingga suplai oksigen dan glukosa ke sel-sel otak berkurang. Kekurangan oksigen (hipoksia) dan glukosa mengakibatkan sel saraf tidak mampu menghasilkan energi (ATP) yang cukup untuk mempertahankan fungsi normalnya. Penurunan produksi ATP menyebabkan

kegagalan pompa natrium-kalium ($\text{Na}^+/\text{K}^+\text{-ATPase}$) pada membran sel neuron. Akibatnya terjadi penumpukan ion natrium dan kalsium di dalam sel serta keluarnya ion kalium dari sel. Kondisi ini menimbulkan edema sitotoksik dan depolarisasi membran neuron. Depolarisasi yang berlangsung terus-menerus memicu pelepasan neurotransmitter eksitatorik, terutama glutamat, dalam jumlah berlebihan. Aktivasi reseptor glutamat menyebabkan masuknya ion kalsium secara berlebihan ke dalam neuron (eksitotoksitas), yang kemudian mengaktifkan berbagai enzim perusak sel sehingga terjadi kerusakan membran, mitokondria, dan inti sel. Bila iskemia berlangsung lama, neuron mengalami kematian melalui proses nekrosis maupun apoptosis sehingga terbentuk daerah infark serebri. Apabila infark terjadi pada area otak yang berperan dalam fungsi bahasa dan bicara, terutama area Broca, area Wernicke, atau jalur saraf yang menghubungkan keduanya pada hemisfer dominan (umumnya hemisfer kiri), kemampuan komunikasi pasien akan terganggu. Kerusakan pada area Broca menyebabkan afasia motorik (afasia ekspresif), yaitu pasien memahami pembicaraan tetapi mengalami kesulitan mengungkapkan kata-kata. Sebaliknya, kerusakan pada area Wernicke menyebabkan afasia sensorik (afasia reseptif), yaitu pasien mampu berbicara tetapi sulit memahami bahasa yang didengar atau dibaca. Jika kerusakan mengenai kedua area tersebut atau jalur penghubungnya, dapat terjadi afasia global yang ditandai dengan gangguan berat pada kemampuan berbicara maupun memahami bahasa. Selain afasia, stroke juga dapat menyebabkan disartria akibat kelemahan atau gangguan koordinasi otot-otot yang digunakan untuk berbicara, seperti otot lidah, bibir, wajah, dan laring. Pada kondisi ini, kemampuan berbahasa sebenarnya masih

utuh, tetapi artikulasi menjadi tidak jelas sehingga komunikasi verbal menjadi tidak efektif. (Sutarwi, Bakhtiar, & Rochana, 2020).

2.1.8 Pathway



2.1.9 Komplikasi Stroke

Menurut (Sherina, Ramdan, & Hidayat, 2022) komplikasi stroke yaitu :

- 1) Berkait dengan imobilitas
 - a. Infeksi sistem pernapasan
 - b. Nyeri pada area yang tertekan
 - c. Trombofilia
 - d. Konstipasi
- 2) Berkait dengan mobilitas
 - a. Nyeri pinggang
 - b. Dislokasi sendi
- 3) Berkait dengan cedera otak
 - a. Sakit kepala
 - b. Epilepsi
 - c. Kraniotomi
- 4) Hidrosefalus
- 5) Gangguan Komunikasi Verbal
 - a. Afasia :Gangguan kemampuan memahami atau menghasilkan bahasa.

Pasien dapat kesulitan menemukan kata, menyusun kalimat, memahami pembicaraan, membaca, atau menulis.

1. Afasia ekspresif (Broca): pasien memahami pembicaraan tetapi sulit mengungkapkan kata-kata.
2. Afasia reseptif (Wernicke): pasien dapat berbicara tetapi sulit memahami bahasa dan pembicaraannya dapat tidak sesuai makna.

3. Afasia global: gangguan berat pada kemampuan memahami dan menghasilkan bahasa.
- b. Disartria :Gangguan pengucapan akibat kelemahan atau gangguan koordinasi otot bicara. Bicara menjadi pelo, lambat, tidak jelas, atau sulit dipahami.
- c. Apraksia bicara : Gangguan kemampuan merencanakan gerakan yang diperlukan untuk berbicara. Pasien tahu apa yang ingin dikatakan, tetapi sulit mengatur gerakan mulut dan lidah untuk menghasilkan kata.
- d. Gangguan menelan (disfagia) yang berkaitan dengan fungsi oromotor Stroke dapat memengaruhi koordinasi otot mulut dan tenggorokan, sehingga berisiko menyebabkan kesulitan makan/minum dan aspirasi.

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

- a. Angiografi Serebral: identifikasi penyebab spesifik stroke, seperti perdarahan atau penyumbatan arteri
- b. *Single-photon emission computed tomography* (SPECT): untuk mendeteksi daerah abnormal dan daerah otak yang mendeteksi, menemukan, dan mengukur stroke (sebelum muncul pada pemindaian CTScan)
- c. Computed tomography: Pemindaian ini menunjukkan, antara lain, lokasi edema, lokasi hematoma, keberadaan dan lokasi pasti infark atau iskemia di jaringan otak. Pemeriksaan ini harus segera (kurang dari 12 jam) dilakukan pada kasus dugaan perdarahan subaraknoid. Bila hasil CT Scan tidak menunjukkan adanya perdarahan subaraknoid, maka langsung dilanjutkan dengan tindakan fungsi lumbal untuk menganalisa hasil cairan serebrospinal dalam kurun waktu 12 jam. Kemudian

dilanjutkan pemeriksaan spektrofotometri cairan serebrospinal untuk mendeteksi adanya xanthochro xanthochromia.

- d. MRI: Hasil yang diperoleh dengan menilai lokasi dan derajat perdarahan otak menggunakan gelombang magnet adalah lesi dan infark karena perdarahan. MRI tidak dianjurkan untuk mendeteksi perdarahan dan tidak disarankan untuk mendeteksi perdarahan subarachnoid.
- e. EEG: Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh jaringan otak
- f. Pemeriksaan laboratorium: darah rutin, gula darah, urin rutin, cairan serebrospinal, AGD, biokimia darah, elektrolit, fungsi koagulasi, hitung darah lengkap (Sutarwi et al., 2020).

2.1.11 Penatalaksanaan Stroke

1. Terapi Farmakologis
 - a. Pada Stroke Non Hemoragik
 1. Trombolitik (alteplase/r-tPA) : Membantu menghancurkan bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah otak pada pasien yang memenuhi kriteria pemberian.
 2. Antiplatelet (aspirin atau clopidogrel) : Mengurangi risiko terbentuknya bekuan darah baru.
 3. Antikoagulan : Digunakan pada kondisi tertentu, seperti stroke akibat gangguan irama jantung (fibrilasi atrium).
 4. Statin : Membantu mengontrol kolesterol dan menurunkan risiko stroke berulang.
 5. Antihipertensi : Mengontrol tekanan darah untuk mencegah kerusakan pembuluh darah lebih lanjut.
 2. Terapi Nonfarmakologis

- a. Terapi Wicara dan Bahasa (Speech Therapy)
- b. Latihan Komunikasi Alternatif
- b. Dukungan dan Edukasi Keluarga
- c. Rehabilitasi Fisik dan Okupasi
- d. Perubahan Gaya Hidup dan Pencegahan Stroke Berulang : Mengontrol tekanan darah, gula darah, dan kolesterol. (Sherina et al., 2022):



2.2 Konsep Dasar Gangguan Komunikasi Verbal

2.2.1 Definisi Gangguan Komunikasi Verbal

Hambatan komunikasi verbal adalah penurunan, perlambatan, ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan atau menggunakan simbol (Herdman & Kamitsuru, 2023). Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol (SDKI, 2017)

2.2.2 Klasifikasi Beberapa macam gangguan komunikasi:

1. Disartia (dysartia)

Disartia merupakan keadaan melemahnya otot-otot muka, lidah, dan tenggorokan yang membuat kesulitan berbicara. Walaupun penderita memahami bahasa verbal maupun tulisan. Cedera di salah satu pusat pengendalian bahasa di otak memang sangat berdampak pada komunikasi verbal. Gangguan bahasa itu biasanya diakibatkan oleh kerusakan pada cuping temporal atau parietal otak sebelah kiri (Indah, 2023).

2. Afasia

Afasia adalah gangguan berbahasa. Dalam hal ini pasien menunjukkan gangguan dalam berbicara spontan, pemahaman, menamai, repetisi (mengulang) membaca, dan menulis (Lumbantobing, 2024) Secara garis besar afasia dibagi 25 menjadi ketidakmampuan ekspresif atau afasia motorik dan ketidakmampuan reseptif atau afasia sensorik (Indah, 2024) Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Purnomo et al., 2021) kasus afasia lebih banyak disebabkan oleh stroke non hemoragik. Beberapa bentuk afasia menurut Smeltzer & Bare (2022) :

a. Afasia ekspresif atau sensorik

Bila yang terkena adalah pusat pengendalian bahasa di sisi yang dominan, yang disebut daerah Broca, maka cacat yang timbul dapat berupa afasia ekspresif, yaitu kesulitan untuk menyampaikan pikiran melalui kata-kata maupun tulisan. Seringkali, kata-kata yang terpikir dapat terucapkan, tetapi susunan gramatiknya membingungkan (Farida & Amalia, 2022). Kelainan ini ditandai dengan kesulitan dalam menyusun pikiran, perasaan, dan kemauan untuk menjadi simbol yang bermakna untuk dimengerti orang lain. Bicara lisan tidak lancar, terputus-putus dan sering ucapannya tidak dimengerti orang lain. Pasien sering mengucapkan kata-kata benda dan kerja, biasanya tanpa tata bahasa. Seorang dengan kelainan ini mengerti dan dapat menginterpretasikan rangsangan yang diterima, tetapi untuk mengucapkannya mengalami kesulitan. Seorang afasia dewasa kesulitan menjawab hanya dengan menunjukkan barang atau arah. Jenis afasia ini juga dapat dialami dalam menuangkan ke tulisan.

b. Afasia reseptif atau motorik

Apabila yang terkena adalah pusat pengendalian bahasa dibelakang otak, yang disebut daerah Wernicke, maka cacat yang timbul adalah afasia reseptif atau sensorik. Pasien ini ditandai dengan ketidakmampuan memahami bahasa lisan dan apabila ia menjawab iapun tidak mengerti apakah jawabannya. Pasien tidak mampu memahami kata yang diucapkannya, dan tidak mampu mengetahui kata yang diucapkannya, apakah benar atau salah. Seorang dewasa yang terkenan afasia ini akan kesulitan menyebutkan kata buku yang ada di hadapannya ditunjukkan kata

buku. Pengulangan (repetisi) terganggu berat. Pasien jenis seperti ini akan mengalami kesulitan untuk mengerti bahasa lisan maupun tulisan (Farida & Amalia, 2022).

c. Afasia global

Merupakan bentuk afasia yang paling berat. Afasia global disebabkan oleh kerusakan beberapa di bagian atau semua daerah yang terkait dengan fungsi bahasa. Pasien afasia global kehilangan hampir seluruh kemampuan bahasanya. Keadaan ini ditandai dengan tidak adanya lagi bahasa spontan atau beberapa kata saja yang diucapkan secara berulang-ulang atau itu-itu saja. Misal: “iia, iia, iia”. Komprehensi menghilang atau sangat terbatas, misalnya hanya dapat mengenal namanya saja atau satu dua patah kata. Repetisi (mengulang) juga sama berat gangguannya seperti bicara spontan. Mereka tidak dapat mengerti bahasa bahkan tidak dapat menggunakannya untuk menyampaikan pikirannya ke orang lain (Farida & Amalia, 2022).

2.2.2 Etiologi

Afasia paling sering disebabkan oleh stroke. Stroke yang menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, kemungkinan akan terjadi gangguan bicara atau afasia, karena otak kiri berfungsi untuk menganalisis, pikiran logis, konsep, dan memahami bahasa (Sofwan & Rudianto, 2023). Afasia adalah suatu tanda klinis dan bukan penyakit. Afasia dapat timbul karena cedera otak yang mengatur kemampuan bahasa yaitu area Broca, dan area Wernicke dan jalur yang menghubungkan keduanya. Kedua area ini biasanya terletak pada hemisfer kiri otak

dan pada kebanyakan orang bagian hemisfer kiri merupakan tempat kemampuan berbahasa diatur (Kirshner, 2020). Etiologi lainnya termasuk kecelakaan, tumor, infeksi, toksisitas, dan metabolik dan gangguan nutrisi yang mempengaruhi fungsi otak (McAfee & Shipley, 2016).

2.2.3 Manifestasi Klinis

Meskipun ada variasi dari salah satu klien afasia ke klien lainnya, ada perilaku dan defisit komunikasi tertentu yang merupakan ciri khas dari afasia:

1. Gangguan pemahaman pendengaran.
2. Gangguan ekspresi verbal.
3. Paraphasia.
4. Preseveration.
5. Kesalahan tata Bahasa
6. Non fasih bicara atau pidato lancar tidak bermakna.
7. Gangguan berbicara.
8. Kesulitan dalam mengulang kata.
9. Gangguan membaca ability.
10. Gangguan kemampuan menulis, mungkin bingung karena kehilangan penggunaan tangan kanan (dominan karena hemiparesis).
11. Dalam klien bilingual, gangguan unik antara dua bahasa. Kesulitan menggunakan atau memahami gerakan (McAfee & Shipley, 2024)

2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Verbal

Menurut Nurdiana (2024) dalam (SIREGAR, 2023), faktor yang mempengaruhi hambatan komunikasi verbal pada pasien stroke iskemik adalah sebagai berikut :

1. Usia

Sebagian besar pasien stroke yaitu pada tahapan usia lansia akhir (56 – 65 tahun). Hal ini disebabkan karena seiring bertambahnya usia proses degenerasi (penuaan) terjadi secara alamiah, sehingga menyebabkan berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah arteri yang mengakibatkan pembuluh darah mengeras dan kaku.

2. Lokasi

Lesi Gangguan komunikasi setiap pasien stroke berbeda – beda tergantung dari lokasi lesi pasien tersebut. Pada pasien yang mengalami gangguan komunikasi verbal berarti terdapat gangguan pada otak sebelah kiri. Apabila terdapat lesi pada daerah Broca maka pasien tersebut mengalami afasia motorik. Jika pasien mengalami afasia sensorik berarti terdapat lesi pada daerah Wernicke dan apabila terdapat lesi pada daerah UMN (Upper Motor Neuron), pasien akan mengalami disartria.

2.3 Konsep Teori Terapi Wicara AIUEO

2.3.1 Definisi

Terapi wicara atau terapi AIUEO, merupakan terapi untuk membantu seseorang menguasai komunikasi bicara dengan lebih baik. Terapi ini memfokuskan pada perbaikan cara bicara penderita stroke yang pada umumnya mengalami kehilangan kemampuan bicara akibat adanya saraf yang mengalami gangguan. Terapi wicara membantu penderita untuk mengunyah, berbicara, maupun mengerti kembali kata kata (S. E. C. Purnomo et al., 2024).

2.3.2 Tujuan Terapi AIUEO

Terapi AIUEO bertujuan untuk memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain. Orang yang mengalami gangguan bicara atau afasia akan mengalami kegagalan dalam berartikulasi. Artikulasi merupakan proses penyesuaian ruangan supraglottal. Penyesuaian ruangan di daerah laring terjadi dengan menaikkan dan menurunkan laring, yang akan mengatur jumlah transmisi udara melalui rongga mulut dan rongga hidung melalui katup velofaringeal dan merubah posisi mandibula (rahang bawah) dan lidah. Proses diatas yang akan menghasilkan bunyi dasar dalam berbicara (Ni Made & Indah, 2024). Menurut (S. E. C. Purnomo et al., 2024), Tujuan dari terapi komunikasi AIUEO adalah sebagai berikut :

1. Penderita stroke yang mengalami kesulitan bicara akan diberikan terapi wicara AIUEO yang bertujuan untuk memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami orang lain dengan cara menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mengucapkan kata-kata (Wardhana, 2024).
2. Meningkatkan kemampuan komunikasi baik dari segi bahasa maupun bicara, yang dilakukan melalui saraf kranial V, VII, IX, X, dan XII.
3. Meningkatkan kemampuan menelan yang mana melalui rangsangan saraf cranial V, VII, IX, X, dan XII.

2.3.3 Manfaat terapi AIUEO

Menurut (S. E. C. Purnomo et al., 2024), manfaat dari terapi komunikasi AIUEO adalah sebagai berikut :

1. Membantu klien dalam mengunyah dan menelan makanan.
2. Membantu klien dalam berkomunikasi verbal.

2.3.4 Indikasi terapi AIUEO

Latihan vokal diindikasikan untuk penderita stroke yang mengalami gangguan bicara atau berkomunikasi, serta melatih kemampuan mengunyah dan menelan (Farhan & Sulastini, 2025).

2.3.5 Teknik Latihan Vokal

Terapi AIUEO Stroke Latihan dalam pembentukan huruf vocal dapat terjadi getaran selaput suara dengan nafas yang keluar mulut tanpa mendengar halangan. Dalam system fonem bahasa Indonesia, vocal yang terdiri dari A, I, U, E, O. Dalam pembentukan vocal yang penting diperhatikan adalah letak, bentuk lidah, bibir, rahang (Gunawan, 2024). Pasien stroke yang mengalami gangguan bicara dan komunikasi, salah satunya dapat ditangani dengan cara terapi AIUEO yang bertujuan untuk menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mampu mengucapkan kata kata (Wiwit, 2025).

Tahapan Pelaksanaan Latihan AIUEO

1. Tahap Persiapan
 - a. Cuci tangan sebelum melakukan latihan.
 - b. Pastikan pasien berada dalam posisi nyaman, sebaiknya duduk tegak.
 - c. Ciptakan lingkungan yang tenang dan minim gangguan.
 - d. Jelaskan tujuan dan langkah latihan kepada pasien.
 - e. Anjurkan pasien untuk rileks dan melakukan kontak mata.

2. Tahap Pemanasan Otot Bicara

- a. Minta pasien melakukan latihan gerakan mulut:
- b. Membuka dan menutup mulut perlahan.
- c. Menggerakkan bibir ke kanan dan kiri.
- d. Mengembangkan pipi lalu mengempiskannya.
- e. Menggerakkan lidah ke arah kanan, kiri, atas, dan bawah.
- f. Latihan dilakukan perlahan sesuai kemampuan pasien.

3. Tahap Latihan Vokal AIUEO

Pasien diminta mengucapkan huruf vokal secara berurutan dengan suara jelas:

1. A
 - a. Mulut dibuka lebar.
 - b. Tarik napas, kemudian keluarkan suara “Aaa” dengan panjang.
2. I
 - a. Bibir ditarik ke samping seperti tersenyum.
 - b. Ucapkan “Iii” dengan suara jelas.
3. U
 - a. Bibir dimajukan atau dibulatkan.
 - b. Ucapkan “Uuu” secara perlahan.
4. E
 - a. Mulut sedikit terbuka, bibir rileks.
 - b. Ucapkan “Eee” dengan suara panjang.
5. O
 - a. Bibir dibentuk bulat.
 - b. Ucapkan “Ooo” dengan jelas.
 - c. Latihan dapat dilakukan secara berulang sesuai toleransi pasien, misalnya beberapa kali pengulangan dalam satu sesi.

4. Tahap Evaluasi

- a. Amati kemampuan pasien dalam:
- b. Menggerakkan bibir dan lidah.

- c. Menghasilkan suara.
- d. Mengucapkan huruf vokal dengan jelas.
- e. Mengontrol napas saat berbicara.
- f. Catat perkembangan kemampuan komunikasi pasien.

5. Tahap Terminasi

- a. Berikan pujian atau motivasi kepada pasien.
- b. Anjurkan pasien melakukan latihan secara rutin sesuai program rehabilitasi.
- c. Pastikan pasien merasa nyaman setelah latihan.



2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2025). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

1. Identitas Klien
 - a. Nama adalah identitas lengkap pasien yang dicatat sesuai dokumen resmi atau pengakuan pasien/keluarga. Data ini digunakan untuk mengidentifikasi pasien secara akurat, mencegah kesalahan identifikasi, serta mendukung komunikasi dan dokumentasi dalam proses asuhan keperawatan.
 - b. Usia: Menurut Rohmah (2021), menyatakan bahwa usia merupakan salah satu faktor yang menggambarkan kondisi yang mempengaruhi kesehatan seseorang. Usia 56 tahun sampai dengan 65 tahun merupakan usia yang rentan terkena stroke disebabkan karena pada rentang usia tersebut pembuluh darah pada otak mengalami degeneratif pembuluh darah yang mengakibatkan aterosklerosis (fleksibilitas atau kelenturan pada pembuluh darah mengalami penurunan).
 - c. Jenis kelamin: Menurut Rismawan dkk (2021), laki-laki cenderung lebih berisiko terkena stroke dikarenakan aktivitas laki-laki yang menyebabkan lebih berisiko terkena stroke, diantaranya kebiasaan merokok, minum alkohol, hipertensi, dan hipertrigliseridemia. Perempuan lebih peduli terhadap tingkat kesehatan dibandingkan laki-laki. Hal ini dikarenakan kebanyakan perempuan Indonesia yang tidak melakukan aktivitas seperti merokok, meminum alkohol, dan lebih mementingkan penerapan hidup sehat disertai dengan melakukan pemeriksaan kesehatan rutin atas kesadaran pribadinya.
 - d. Pekerjaan: Pekerjaan dengan tingkat stres tinggi, jam kerja panjang, kurangnya aktivitas fisik, dan gaya hidup tidak sehat dapat meningkatkan risiko stroke.
 - e. Agama
 - f. Tanggal masuk RS dan lainnya mengenai identitas klien.
2. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

5. Riwayat penyakit keluarga

Terdapat riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu. Pengkajian psikososiospiritual
Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

6. Pemeriksaan Fisik

1. B1 (Breathing)

Pada inspeksi, pasien tampak bernapas spontan dengan pola napas teratur, frekuensi napas dalam batas normal (20 kali/menit), gerakan dinding dada simetris, tidak tampak penggunaan otot bantu pernapasan maupun sianosis. Pada palpasi, ekspansi dada kanan dan kiri simetris serta fremitus taktil kanan dan kiri sama. Pada perkusi, terdengar bunyi sonor pada seluruh lapang paru. Pada auskultasi, suara napas vesikuler terdengar jelas pada kedua lapang paru dan tidak ditemukan bunyi napas tambahan.

2. B2 (Blood)

Pada inspeksi, tekanan darah 150/80 mmHg – 200/80 mmHg, akral teraba hangat, warna kulit normal, tidak tampak edema perifer maupun distensi vena jugularis. Pada palpasi, nadi teraba kuat >100x/menit, (CRT) kurang dari 2 detik. Pada perkusi, batas jantung berada dalam batas normal. Pada auskultasi, bunyi jantung S1 dan S2 terdengar jelas, reguler, tanpa murmur maupun bunyi jantung tambahan.

3. B3 (Brain)

Pada inspeksi, pasien tampak sadar (*compos mentis*). Pengkajian Saraf Kranial Menurut Muttaqin, (2008) Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-X11 :

- 1) Saraf I: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- 2) Saraf II : Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada Mien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- 3) Saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada Satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.
- 4) Saraf V : Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan

rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

- 5) Saraf VII : Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat
- 6) Saraf VIII : Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- 7) Saraf IX dan X : Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
- 8) Saraf XI : Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
- 9) Saraf XII : Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal

4. B4 (Bladder)

Pada inspeksi, tidak tampak distensi kandung kemih, eliminasi urine adekuat, dan warna urine dalam batas normal. Pada palpasi, kandung kemih tidak teraba penuh dan tidak ditemukan nyeri tekan pada daerah suprapubik. Pada perkusi, tidak ditemukan pekak suprapubik yang menunjukkan retensi urine.

5. B5 (Bowel)

Pada inspeksi, abdomen tampak datar, tidak distensi. Pada palpasi, abdomen teraba lunak, tidak terdapat nyeri tekan maupun massa. Pada perkusi, terdengar bunyi timpani pada sebagian besar area abdomen dengan pekak fisiologis pada area hepar. Pada auskultasi, bising usus terdengar normal sekitar 10–20 kali per menit.

6. B6 (Bone)

Pada inspeksi, tampak kelemahan anggota gerak sebelah kiri sehingga pasien mengalami keterbatasan mobilitas dan memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Rentang gerak aktif ekstremitas kiri menurun, sedangkan ekstremitas kanan masih dapat digerakkan secara normal. Tidak tampak deformitas maupun luka tekan pada kulit. Pada palpasi, kekuatan otot ekstremitas kanan 5/5 dan ekstremitas kiri sekitar 3/5, turgor kulit baik, akral hangat, dan tidak ditemukan edema.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang

berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia).
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
- d. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu dan melihat.
- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
- f. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas.
- g. Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan pengelihat (mis. ablasio retina)
- h. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Berikut adalah uraian dari diagnosa yang timbul bagi klien stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 :

Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

1. Definisi

Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

2. Penyebab

- a. Penurunan sirkulasi serebral
- b. Gangguan Neuromuskular
- c. Gangguan pendengaran

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	Tidak tersedia	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai
Minor	Tidak tersedia	1. Afasia 2. Afraksia 3. Disleksia 4. Disartria 5. Afonia 6. Dislalia 7. Pelo 8. Gagap 9. Tidak ada kontak mata 10. Sulit memahami komunikasi

2.4.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Nurarif Huda, 2023).

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Gangguan komunikasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	Promosi komunikasi: defisit bicara (I.3492) Observasi :

Verbal berhubungan Dengan penurunan Sirkulasi serebral (D.0119)	diharapkan komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil: 1.Kemampuan berbicara meningkat 2.Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 3.Pelo menurun 4.Gagap menurun	1.Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara Terapeutik 2.Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama) 3.Fasilitasi latihan terapi wicara AIUEO Edukasi 4.Anjurkan berbicara perlahan
---	---	---

Sumber:Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) & Tim Pokja SLKI DPP PPNI,(2019).

2.4.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2023). Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Wilkinson, 2024). Komponen tahap implementasi antara lain:

- a. Tindakan keperawatan mandiri.
- b. Tindakan keperawatan edukatif
- c. Tindakan keperawatan kolaboratif.
- d. Dokumentasi Tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut setiadi (2024) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi:

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- 2) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- 3) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 4) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 5) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan (Setiadi, 2024), yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan

- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.



2.5 Tabel Jurnal Berdasarkan PICO

Tabel 2.5 Jurnal PICO 1

No	Judul dan Penulis	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Kesimpulan
1.	PENERAPAN TERAPI AIUEO PADA PASIEN STROKE UNTUK MENINGKATKAN KEMAMPUAN BICARA : STUDI KASUS (Oktaviani Djabar, Natalia, Luh Emilia, & Sepang, 2022)	Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat peningkatan kemampuan bicara pada Tn. A dengan stroke melalui penerapan intervensi terapi wicara AIUEO.	Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan jumlah satu responden. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi dan wawancara baik secara objektif maupun subjektif. Intervensi yang diberikan yakni terapi wicara AIUEO. Instrumen yang digunakan untuk menilai atau menskrining afasia klien yakni Frenchay Aphasia Screening	Hasil evaluasi yang didapatkan dari klien dengan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular yakni klien sudah menunjukkan peningkatan dalam berbicara dan apa yang diucapkan klien berangsur menjadi jelas , wajah dan pipi sebelah kiri tidak terlalu kaku ketika memulai berbicara dan hasil post test dengan FAST mendapatkan skor 29. Terdapat peningkatan pada aspek pengucapan, dimana klien mampu mengucapkan nama binatang sebanyak 10 nama dalam satu menit. Hal tersebut	Intervensi terapi wicara AIUEO dilakukan pada klien sebanyak dua sesi setiap harinya selama 3 hari dengan hasil evaluasi klien sudah menunjukkan peningkatan dalam kemampuan berbicara dengan artikulasi yang berangsur jelas, wajah dan pipi sebelah kiri klien tidak lagi terlalu kaku pada saat memulai bicara serta hasil penilaian post test FAST menunjukkan skor 29. Sehingga dapat disimpulkan bahwa penerapan terapi wicara AIUEO efektif untuk meningkatkan kemampuan bicara klien.

			Test (FAST) yang diadaptasi dari penelitian Amalya tahun 2018.	didukung dengan sikap kooperatif dari klien dan keluarga yang mendukung serta membantu klien untuk melakukan terapi secara mandiri.	
2.	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN PEMBERIAN TERAPI AIUEO TERHADAP PASIEN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL DI RUANG HCU STROKE RS AN-NISA TANGERANG (Koto, Hidayatullah, & Machmudah, 2025)	Tujuan karya tulis ilmiah ini untuk mengetahui efektifitas pemberian terapi AIUEO terhadap gangguan komunikasi verbal	Asuhan keperawatan dan penerapan intervensi terapi AIUEO terhadap pasien gangguan komunikasi verbal selama 3 hari dilakukan selama 30 menit. Subyek yang digunakan dalam studi kasus yang diambil adalah pasien dengan gangguan komunikasi verbal Instrumen yang digunakan dalam meningkatkan gangguan komunikasi	Pada Tn. K selama pengkajian sampai pada implementasi hari ke 3 mengalami perubahan secara signifikan dan sudah diberikan terapi di rumah sakit sejak pasien dirawat.	Setelah dilakukan terapi AIUEO selama 30 menit dilakukan dalam 3 hari terjadi perubahan pada kemampuan bicara pada pasien. Hal ini harus dilakukan selama berbulan-bulan untuk memperlancar kemampuan bicara pada pasien

			verbal adalah lefleat terapi AIUEO dan melakukan tindakan terapi AIUEO,		
3.	ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y DENGAN PENERAPAN TERAPI VOKAL AIUEO TERHADAP KEMAMPUAN BERBICARA PADA PASIEN STROKE HEMORAGIK DI RUANG KRISANRSUD ARIFIN ACHMAD PEKANBARU	Tujuan Karya Ilmiah Akhir adalah untuk menganalisis intervensi terapi vokal A,I,U,E,O untuk meningkatkan komunikasi verbal pada pasien stroke hemoragik.	Metode penulisan KIAN ini adalah studi kasus dengan quasi eksperimen intervensi terapi vokal A,I,U,E,O yang dilakukan pada pasien stroke hemoragik dengan masalah gangguan komunikasi verbal.	Pada hari ke 7 pukul 09:00 wib, Tn.Y bicara sudah mulai jelas dan mulut masih mencong, sudah bisa berinteraksi namun masih kurang lancar dan ada sedikit kesulitan, skor komunikasi 22 (E7, P7, I8) dengan afasia ringan. Pukul 14:00 wib, Tn.Y bicara mulai jelas	Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun yaitu memberikan terapi vokal A,I,U,E,O sampai masalah gangguan komunikasi verbal teratasi dan tidak ada perbedaan signifikan dengan penelitian terdahulu. Evaluasi terhadap Tn.Y selama 7 hari menunjukkan adanya peningkatan komunikasi pasien setelah diberikan terapi vokal A,I,U,E,O. Adanya pengaruh terapi A,I,U,E,O terhadap peningkatan kemampuan berbicara
4.	Penerapan Terapi AIUEO Pada Pasien dengan Stroke untuk Meningkatkan Kemampuan Bicara : Studi Kasus	Tujuan dari penelitian ini untuk mendapatkan gambaran tentang asuhan	Desain penelitian studi kasus deskriptif, responden 1 orang, pengumpulan data dengan cara	Hasil evaluasi keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 kali pertemuan didapatkan hasil kemampuan bicara mulai meningkat.	Sehingga dapat dikatakan bahwa penerapan terapi AIUEO efektif dalam meningkatkan kemampuan bicara klien.

	(Alamsyah, Septimar, & Dewi, 2024)	keperawatan pada Ny.Y dengan stroke dengan penerapan implementasi terapi AIUEO di Desa Sawidago, Kecamatan Pamona Utara, Kabupaten Poso.	wawancara dan observasi, instrumen yang digunakan yaitu format pengkajian FAST.		
5.	PENGARUH TERAPI AIUEO TERHADAP KEMAMPUAN BICARA PASIEN STROKE YANG MENGALAMI AFASIA MOTORIK (Afnizar, 2023)	Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke yang mengalami afasia motorik di RSUD Raja Ahmad Thabib Tanjungpinang.	Desain penelitian yang digunakan adalah quasi Experiment dengan pendekatan nonequivalent control group design.	Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna kemampuan fungsional komunikasi antara kelompok kontrol dan perlakuan dengan nilai $p < 0,05$ ($p = 0,007$ pada $\alpha = 0,05$) dengan menggunakan uji statistik wilcoxon test	Adanya pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke dengan afasia motorik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di RSUD Ahmad Thabib Tanjungpinang.