



ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL  
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK  
DI DESA KEMANGGUAN

MELIYA DWI FEBRIYANTI  
A01802445

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA  
TAHUN AKADEMIK  
2020/2021



ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL  
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK  
DI DESA KEMANGGUAN

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk  
menyelesaikan program pendidikan Diploma-3 Keperawatan

MELIYA DWI FEBRIYANTI

A01802445

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA  
TAHUN AKADEMIK  
2020/2021

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Meliya Dwi Febriyanti

NIM : A01802445

Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan

Institusi : Universitas Muhammadiyah Gombong

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar – benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alih tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Gombong,

2021

Pembuat Pernyataan



(Meliya Dwi Febriyanti)

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai Civitas Akademika Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Meliya Dwi Febriyanti  
NIM : A01802445  
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan  
Jenis Karya : KTI (Karya Ilmiah Akhir)

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong **Hak Bebas Royalti Noneklusif** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Desa Kemanggau”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan), dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini. Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalih media / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Gombong

Pada tanggal :

Yang menyatakan



(Meliya Dwi Febriyanti)

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Meliya Dwi Febriyanti NIM A01802445 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI DESA KEMANGGUAN" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Gombong, 26 Juli 2021

Pembimbing



(Dadi Santoso, S.Kep.,Ns., M.Kep)

Mengetahui

Ketua Program Studi Keperawatan Program D-3



(Nurlaili, S.Kep.,Ns., M.Kep)

**LEMBAR PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah oleh Meliya Dwi Febriyanti dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI DESA KEMANGGUAN" telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 3 Agustus 2021

Dewan Penguji

Penguji Ketua

Bambang Utoyo, S.Kep.,Ns., M.Kep (.....)

Penguji Anggota

Dadi Santoso, S.Kep.,Ns., M.Kep (.....)

Mengetahui

Ketua Program Studi Keperawatan Program D-3

 (Nurlaila, S.Kep.,Ns., M.Kep)

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK .....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A.    LATAR BELAKANG .....	1
B.    RUMUSAN MASALAH.....	7
C.    TUJUAN .....	7
D.    MANFAAT.....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9</b>
A.    Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik.....	9
B.    Konsep Gangguan Komunikasi Verbal pada Pasien Stroke Non Hemoragik.....	16
C.    Konsep Terapi AIUEO .....	18
D.    Kerangka Teori .....	22
<b>BAB III METODE STUDI KASUS .....</b>	<b>23</b>
A.    Desain Studi Kasus .....	23
B.    Subyek Studi Kasus .....	23
C.    Fokus Studi Kasus.....	23
D.    Definisi Operasional .....	23
E.    Instrumen Studi Kasus .....	24
F.    Metode Pengumpulan Data .....	24
G.    Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	25
H.    Analisa dan Penyajian Data .....	25
I.    Etika Studi Kasus.....	26
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>27</b>
A.    Hasil Studi Kasus.....	27
B.    Pembahasan.....	48

C. Keterbatasan Studi Kasus .....	63
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>64</b>
A. Kesimpulan .....	64
B. Saran .....	64
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>66</b>
<b>LAMPIRAN</b>	



## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Desa Kemanggau”**.

Sholawat serta salam tetap tercurahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, sehingga penulis mendapatkan kemudahan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.

Tujuan dari penulisan proposal karya tulis ilmiah adalah sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan.

Penyelesaian penulisan proposal karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bantuan baik materiil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penyusun mengucapkan terima kasih kepada :

1. Kedua orang tua, Bapak Amirudin dan Ibu Jurningsih yang selalu memberikan dukungan, kasih sayang, semangat dan perhatian dalam setiap waktunya.
2. Kakakku, Oki Hendri Prajanto yang selalu menemani dan memberikan semangat.
3. Teman – temanku, yang selalu setia menjadi teman untuk bertukar pikiran dalam mengerjakan dan menuntut ilmu.
4. Hendri Tamara Yudha, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah sabar membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik.
5. Dadi Santoso, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku penguji proposal dan pembimbing yang telah sabar membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik.
6. Dr. Herniyatun, M.Kep., Sp.Mat selaku Ketua Universitas Muhammadiyah Gombong.
7. Nurlaila, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Gombong.

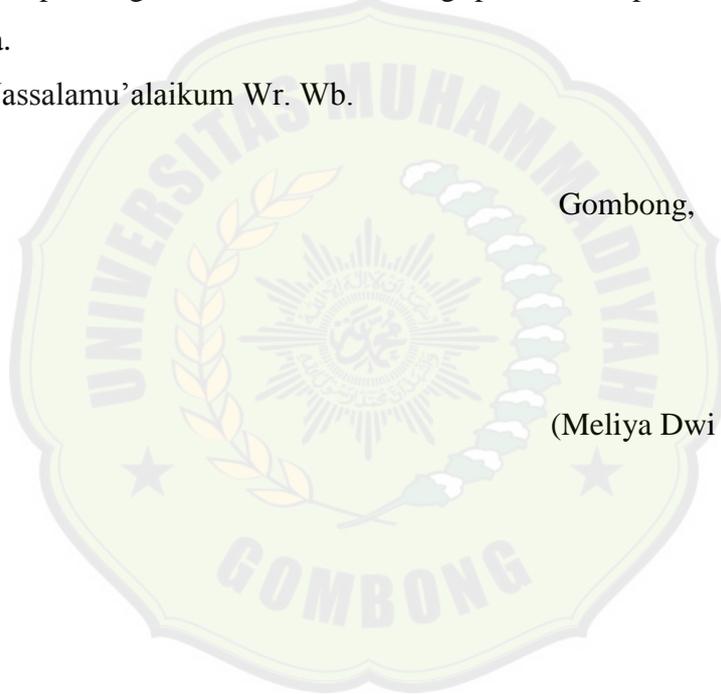
8. Bambang Utoyo, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku dosen penguji proposal dan penguji hasil Karya Tulis Ilmiah.
9. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, penulis ucapkan terima kasih atas bantuan dan dukungannya.

Penulis menyadari bahwa di dalam menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan proposal karya tulis ilmiah ini pada waktu yang akan datang. Harapan penulis semoga proposal karya tulis ilmiah ini dapat berguna dan bermanfaat bagi penulis maupun bagi pembaca pada umumnya.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Gombong, Juli 2021

(Meliya Dwi Febriyanti)



Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga

Universitas Muhammadiyah Gombong

KTI, Juli 2021

Meliya Dwi Febriyanti<sup>1</sup>, Dadi Santoso<sup>2</sup>

**ABSTRAK**  
**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL**  
**PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK**  
**DI DESA KEMANGGUAN**

**Latar Belakang:** Masalah karya tulis ilmiah ini berdasarkan data yang diperoleh dari berbagai sumber kepustakaan yang menyatakan terapi wicara merupakan terapi non farmakologi yang bisa untuk menangani pasien dengan gangguan komunikasi verbal.

**Tujuan:** Penulisan karya ilmiah yaitu untuk memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan dengan masalah gangguan komunikasi verbal pada pasien dengan gangguan komunikasi di Desa Kemangguan.

**Metode:** Yang digunakan menggunakan teknik pengumpulan data deskriptif dengan pendekatan studi kepustakaan jurnal. Instrumen yang digunakan berupa : format asuhan keperawatan, SOP, dan lembar observasi.

Dalam pembahasan masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan komunikasi verbal. Intervensi dan implementasi yang sudah diberikan adalah latihan terapi wicara berupa terapi AIUEO. Dalam evaluasi yang dilakukan selama lima hari pada masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi, didapatkan hasil pasien belum mampu melakukan latihan secara mandiri.

Kata kunci : asuhan keperawatan, gangguan komunikasi verbal, terapi wicara

DIII Program of Nursing Department  
University of Muhammadiyah Gombong  
Scientific Paper, July 2021  
Meliya Dwi Febriyanti<sup>1</sup>, Dadi Santoso<sup>2</sup>

**ABSTRACT**  
**NURSING CARE VERBAL COMMUNICATION DISORDERS**  
**IN NON-HEMORRAGIC STROKE PATIENTS**  
**IN THE VILLAGE OF KEMANGGUAN**

**Background:** Of the problem in this scientific paper is based on data obtained from various literature sources which state that speech therapy is a non-pharmacological therapy that can treat patients with verbal communication disorders.

**Objective:** Of writing scientific papers is to provide an overview of nursing care with problems with verbal communication disorders in patients with communication disorders in Kemangguan Village.

**Method:** Used is descriptive data collection techniques with a journal literature study approach. The instruments used : nursing care format, SOP, and observation sheets.

In the discussion of nursing problems that arise, namely verbal communication disorders. The interventions and implementations that have been given are speech therapy exercises in the form of AIUEO therapy. In an evaluation carried out for five days on the problem of verbal communication disorders that have not been resolved, the results obtained that the patient has not been able to do the exercises independently.

**Keywords:** nursing care, speech therapy, verbal communication disorder

## DAFTAR LAMPIRAN

1. Informed Consent
2. Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian (PSP)
3. Lembar Konsultasi
4. Catatan Asuhan Keperawatan
5. Standar Operasional Prosedur (SOP)
6. A I U E O
7. Lembar Observasi
8. Lolos Plagiat
9. Lolos Uji Etik
10. Jurnal



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Stroke merupakan gangguan yang terjadi pada aliran darah khususnya aliran pada pembuluh darah arteri otak yang dapat menimbulkan gangguan neurologis. Stroke adalah kelainan fungsi otak yang timbul secara mendadak terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Penyakit ini bisa berakibat kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara dan proses pikir karena adanya kerusakan pada fungsi otak (Muttaqin, 2008).

Menurut (WHO) tahun 2018 stroke salah satu masalah kesehatan yang utama didunia. Penyakit ini menempati peringkat ketiga yang bisa menyebabkan kematian, pada tahun 2013 terdapat 5,5 juta orang meninggal dan meningkat sebanyak 12 % pada tahun 2018 yaitu sekitar 14 juta orang (WHO, 2018).

Indonesia kasus penyakit stroke meningkat seiring bertambahnya waktu. Kasus stroke tertinggi yang dialami oleh tenaga kesehatan berada di wilayah Kalimantan Timur, sedangkan untuk Kepulauan Riau berada pada urutan ke 4 di Indonesia. Indonesia mengalami peningkatan kasus stroke dari 7 % pada tahun 2013 menjadi 10,9 % pada tahun 2018 (Risksdas, 2018). Jumlah penderita stroke juga menunjukkan angka yang tinggi di daerah Jawa Tengah. Prevalensi stroke di Jawa Tengah Tahun 2018 adalah 11,80 % (Risksdas, 2018). Untuk proporsi kontrol stroke ke fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di kabupaten Kebumen secara rutin sebesar 28,82 %, yang kadang-kadang sebesar 48,61 % dan yang tidak memeriksakan ulang sebesar 22,57 % (Risksdas, 2018). Berdasarkan tingkat kematian stroke sebesar 10 % dari seluruh kematian di dunia dan penyebab kematian nomor 3, sedangkan dari seluruh jumlah kematian di Indonesia disebabkan oleh stroke sebesar 7,9 % (Mutiarasari,2019).

Melihat banyaknya kejadian stroke, perlu dilakukan penanganan dengan segera mengingat dampak dari stroke yang sangat merugikan. Dampak stroke yang paling umum antara lain kelumpuhan anggota gerak, wajah perot atau face drooping, gangguan penglihatan, gangguan menelan, gangguan sensasi raba, dan gangguan bicara atau afasia (Pinzon & Asanti, 2010).

Masalah kesehatan yang muncul dari penyakit stroke akan beragam tergantung luas daerah otak yang terkena infark serta lokasi dan kematian jaringannya (Kusumoputro & Sidiarto, 2009). Stroke bisa terjadi karena berkurangnya suplai darah ke otak akibat plak aterosklerosis yang menyebabkan terjadi emboli. Dengan adanya emboli dan terlepas ke dalam pembuluh distal, akan terjadi pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak mengalami kekurangan nutrisi dan oksigen. Sel otak yang mengalami kekurangan nutrisi dan oksigen bisa terjadi asidosis yang mengakibatkan edema setempat. Setelah munculnya serangkaian radikal maka akan terjadi kerusakan pada membran sel yang berakibat pada defisit neurologis (Chang, 2010). Stroke yang terjadi pada otak kiri dan mengenai pusat bicara, kemungkinan akan menyebabkan gangguan bicara atau afasia, karena otak kiri memiliki fungsi untuk analisa, pikiran logis, konsep serta memahami bahasa (Sofwan, 2010).

Gangguan bicara dapat terjadi dikarenakan pecahnya pembuluh darah di otak karena adanya suatu sumbatan. Sumbatan disebabkan karena gangguan neurologik fokal yang timbul secara sekunder akibat trombosis, embolus, ruptur dinding pembuluh darah. Pecah pembuluh darah tersebut mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah distal karena aliran darah tidak lancar, dan terjadi infark karena sel mengalami kekurangan oksigen. Infark menyebabkan adanya lesi apabila lesi mengenai area motorik, disuplai oleh arteri serebri anterior dan arteri serebri media yang bercabang dari arteri karotis interna. Arteri serebri anterior menyuplai korteks lobus frontalis dan lobus parietalis, sedangkan arteri serebri media menyuplai korteks bagian lateral. Apabila terjadi kerusakan

pada arteri serebri media yang menyuplai area wernicke, broca dan area fasikulus arkuata akan menyebabkan gangguan untuk memahami kata - kata, berbicara dengan lancar dan juga mengulang kata kata, yang biasa disebut dengan afasia (Ineke et.al., 2016).

Afasia adalah kehilangan atau penurunan kemampuan berkomunikasi dan bahasa yang merupakan akibat dari kerusakan otak (biasanya di hemisfer kiri) dan terjadi pada lebih dari sepertiga orang yang bertahan dari stroke (Ineke et.al., 2016). Afasia dibagi menjadi menjadi tiga jenis yaitu afasia motorik, afasia sensorik dan afasia global (Mulyatsih & Airiza, 2010). Afasia motorik merupakan gangguan bicara yang ditandai gejala berupa bicara tidak lancar, disartria, dan serta nampak melakukan upaya bila hendak berbicara namun pemahaman auditif dan membaca terganggu. Afasia yang dialami pasien stroke terjadi sekitar 15 % dari kejadian stroke, namun sangat mengganggu karena pasien akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dengan individu lain (Yastroki, 2012).

Afasia yang paling sering dialami pasien stroke adalah afasia motorik (Ramdhani, 2014). Dampak afasia motorik yaitu depresi, pasien merasa frustrasi karena tidak bisa menyampaikan pikiran kedalam bentuk kata – kata (Samiadi, 2020). Orang dengan gangguan afasia motorik tidak mampu berkata, namun bisa mengutarakan pikirannya dengan menulis (Wiwit, 2013). Afasia memberikan dampak pada berbagai aspek kehidupan. Terutama pada kesejahteraan pasien, kemandirian, partisipasi sosial dan kualitas hidup pasien (Mulyatsih & Airiza, 2010).

Orang yang mengalami gangguan bicara atau afasia akan mengalami kegagalan dalam berartikulasi. Artikulasi merupakan proses penyesuaian ruangan supraglottal. Penyesuaian 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 (Yanti, 2008).

Perawatan yang baik mampu mengurangi dampak afasia motorik. Perawat sebagai tim pelayanan kesehatan, diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan pasien stroke secara komprehensif sejak awal sampai fase pemulihan. Perawatan tidak hanya terapi farmakologis melainkan terapi non farmakologis juga digunakan untuk pemulihan kondisi pasien (Rasyid & Lyna, 2007).

Pasien yang mengalami afasia motorik salah satu bentuk terapi rehabilitasinya adalah dengan memberikan terapi wicara (Waluyo, 2009). Memberikan bantuan berkomunikasi dengan terapi wicara merupakan sebuah bentuk terapi pemulihan pada gangguan afasia (Wiwit, 2013).

Terapi wicara menjadi solusi untuk proses pemulihan pada penderita afasia dengan melalui prosesnya semua stimulus yang masuk melalui sistem penglihatan dan pendengaran diteruskan sesuai dengan stimulus yang diterima. Pada sistem visual (penglihatan), stimulus atau simbol bahasa akan diterima bagian otak dibagian lobus oksipital. Impuls tersebut kemudian diteruskan pada area asosiasi visual untuk proses pengidentifikasian simbol bahasa. Mirip dengan sistem penglihatan, untuk sistem pendengaran, stimulus akan diteruskan pada area asosiasi auditif yang terletak pada lobus-temporalis superior di bagian posterior atau biasa disebut area Wernicke yang juga bertujuan untuk pengenalan simbol bahasa (Lumbantobing, 2015).

Riwayat terhadap pengenalan simbol bahasa sebelumnya pada area Wernicke akan berkaitan dengan sistem encoding sebagai respon bahasa. Peran dari area Wernicke adalah untuk memahami bahasa dan merespon bahasa dan berbicara agar maksud dan pengartian kata atau kalimat yang diucapkan bisa sesuai dan berhubungan. Sedangkan kemampuan agar menghasilkan kata yang tepat dan mengkoordinasikan kontraksi otot untuk menghasilkan suara yang jelas sehingga kata-kata yang dihasilkan menjadi bermakna diatur oleh area Broca yang terletak pada gyrus-frontal inferior di depan cortex motoric. Area broca bertugas memproyeksikan simbol

bahasa terhadap aktivitas motorik agar menjadi gerakan motorik yang dibutuhkan, yang kemudian menghasilkan bunyi bicara (Waxman, 2010).

Terapi wicara memiliki tujuan meningkatkan kemampuan bicara dan mengekspresikan bahasa agar lebih mudah dipahami. Proses terjadinya bicara dimulai dari hemisfer dominan otak atau sistem susunan saraf pusat pada bagian pusat – pusat yang mengatur mekanisme berbahasa dengan dua pusat bahasa reseptif area 41 dan 42 (area wernick), merupakan pusat persepsi auditori – leksik dengan bagian mengurus pengenalan dan pengertian segala sesuatu yang berkaitan dengan bahasa lisan (verbal). Kemudian area 39 broadman adalah pusat persepsi visuo – leksik dengan bagian mengurus pengenalan dan pengertian segala sesuatu yang bersangkutan dengan bahasa tulis. Sedangkan area broca merupakan pusat bahasa ekspresif, pusat – pusat tersebut berhubungan dengan yang lain melalui serabut asosiasi.

Pada saat mendengar pembicaraan maka getaran udara yang ditimbulkan akan masuk melalui lubang telinga luar kemudian menimbulkan getaran pada membran timpani. Dari sini rangsangan diteruskan oleh ketiga tulang kecil dalam telinga tengah (martil, landasan dan sanggurdi) ke telinga bagian dalam. Di telinga bagian dalam terdapat reseptor sensoris untuk pendengaran yang disebut coclea. Saat gelombang suara mencapai coclea maka impuls diteruskan oleh saraf vestibulokoklear ke area pendengaran primer di otak dan kemudian diteruskan ke area wernick. Kemudian jawaban diformulasikan dan disalurkan dalam bentuk artikulasi, diteruskan ke area motorik di otak yang mengontrol gerakan bicara. Selanjutnya proses bicara dihasilkan oleh getaran vibrasi dari pita suara yang dibantu oleh aliran udara dan paru – paru, sedangkan bunyi dibentuk oleh gerakan bibir, lidah dan palatum (langit – langit) dan terapi bisa diterapkan dengan baik.

Terapi AIUEO merupakan salah satu terapi yang dipilih untuk latihan terapi wicara dengan tujuan untuk memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain dengan cara menggerakkan lidah, bibir, otot

wajah dan mengucapkan kata – kata (Wardhana, 2011). Metode yang digunakan dalam terapi AIUEO yaitu dengan metode imitasi, di mana setiap pergerakan organ bicara dan suara yang dihasilkan perawat diikuti oleh pasien (Gunawan, 2008).

Penelitian tentang terapi AIUEO dilakukan oleh (Haryanto et.al., 2014) menunjukkan bahwa terapi AIUEO dapat meningkatkan kemampuan bicara pasien stroke dengan afasia motorik. Kemampuan berbicara mulai mengalami peningkatan pada hari ketiga setelah diberikan terapi AIUEO. Pengaruh terapi AIUEO menjadi bermakna dalam meningkatkan kemampuan berbicara dimulai pada hari ke lima sampai dengan hari ke tujuh.

Peningkatan kemampuan bicara setiap pasien memiliki waktu berbeda-beda, tergantung derajat afasia yang dialami pasien. Pasien stroke dapat meningkat dalam kemampuan berbicara jika dilakukan rehabilitasi sedini mungkin, berkala dan berkesinambungan, sehingga dapat meminimalisasi dampak yang berkepanjangan (Sofwan, 2010).

Peningkatan kemampuan bicara pasien afasia motorik sangat ditentukan oleh efektivitas terapi dan intensitas terapi yang dilakukan. Penelitian yang dilakukan oleh (Dachrud, 2015) menyatakan bahwa hasil dari efektivitas terapi dapat dilihat dengan peningkatan bicara.

Berdasarkan pemaparan latar belakang diatas maka penulis memandang bahwa akan melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan komunikasi dan bertujuan memberikan bantuan berkomunikasi agar tidak terganggu dalam melakukan komunikasi. Terapi yang digunakan dalam mengambil kasus ini yaitu terapi AIUEO yang menurut penelitian terapi ini dapat membantu pasien untuk bisa berkomunikasi dengan baik agar lebih mudah dipahami oleh orang lain.

Berdasarkan alasan diatas penulis akan mengambil kasus tersebut sebagai bahan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan

Gangguan Komunikasi Verbal Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Desa Kemanggau”.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

1. Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik dalam pemenuhan kebutuhan komunikasi verbal ?
2. Bagaimanakah terapi AIUEO dapat mengurangi gangguan komunikasi pada pasien Stroke Non Hemoragik ?

## **C. TUJUAN**

1. Tujuan Umum
  - a. Menggambarkan asuhan keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik dalam pemenuhan kebutuhan komunikasi verbal.
  - b. Menggambarkan studi kasus tentang asuhan keperawatan dengan pemberian terapi AIUEO dalam mengurangi gangguan komunikasi pada pasien.
2. Tujuan Khusus
  - a. Mendeskripsikan hasil kaji pasien gangguan komunikasi verbal.
  - b. Mendeskripsikan hasil diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan komunikasi verbal pada sistem persyarafan Stroke Non Hemoragik sampai dengan evaluasi.
  - c. Mendeskripsikan tanda dan gejala sebelum dan setelah diberikan asuhan keperawatan Stroke Non Hemoragik.
  - d. Mendeskripsikan kemampuan dalam melakukan tindakan terapi AIUEO pada saat sebelum di berikan.
  - e. Mendeskripsikan kemampuan dalam melakukan tindakan terapi AIUEO pada saat setelah di berikan.

## **D. MANFAAT**

Studi kasus ini, diharapkan mampu memberikan manfaat bagi :

1. Masyarakat  
Meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam meningkatkan kemandirian pasien Stroke Non Hemoragik melalui terapi AIUEO.

2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam pemenuhan gangguan komunikasi pada pasien Stroke Non Hemoragik.

3. Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan pemenuhan gangguan komunikasi pada pasien Stroke Non Hemoragik dan mengimplementasikan prosedur terapi AIUEO pada asuhan keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik.



## DAFTAR PUSTAKA

- Arum, S. P. (2015). *STROKE ( KENALI CEGAH DAN OBATI )*. Yogyakarta: NOTEBOOK.
- Chang, E. (2010). *Patofisiologi : Aplikasi Pada Praktik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Dachrud, M. (2015). Studi Metaanalisis terhadap Intensitas Terapi Pada Pemulihan Bahasa Afasia. *Jurnal Psikologi*, Vol 37.
- Damayanti, C. (2015). *Apa Sih Dampak Stroke Itu*. Dipetik Maret 2021, dari Kompasiana:  
<https://www.kompasiana.com/christiesuharto/55008edc813311791bfa79d7/apa-sih-dampak-dari-stroke-itu>
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja*. Yogyakarta: Gosyen.
- Gunawan, D. (2008). *Buku artikulasi. Universitas pendidikan Indonesia*. Dipetik Maret 2021, dari  
[http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR.\\_PEND.\\_LUAR\\_BIASA/196211211\\_984931DUDI\\_GUNAWAN/BUKU\\_ARTIKULASI.pdf](http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._PEND._LUAR_BIASA/196211211_984931DUDI_GUNAWAN/BUKU_ARTIKULASI.pdf)
- Haryanto, G. D., Setyawan, D., & Kusuma, M. A. (2014). PENGARUH TERAPI AIUEO TERHADAP KEMAMPUAN BICARA PADA PASIEN STROKE YANG MENGALAMI AFASIA MOTORIK DI RSUD TUGUREJO SEMARANG. *Karya Ilmiah Stikes Telogorejo*, Vol 3.
- Haryanto. (2014). *Belajar dan Pengajaran : Teori dan Konsep Dasar*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

- Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Ineke, V. D., Mieka, W. M., Majanka, H. H., Evy, V. B., & Gerard, M. R. (2016). Melodic Intonation Therapy in Chronic Aphasia: Evidence from a Pilot Randomized Controlled Trial. *National Library of Medicine*.
- Kusumoputro, S., & Sidiarto, L. D. (2009). *Aphasia Communication Disorders Afasia*. Jakarta: UI-Press.
- Lingga, L. (2013). *Eksplorasi Metodologi SDLC*. Sistem Informasi UNIKOM.
- Lumbantobing, S. (2015). *Neurologi Klinik Pemeriksaan Fisik dan Mental*. Jakarta: FKUI.
- Mulyatsih, E., & Airiza, A. (2010). *Stroke : Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta: FKUI.
- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke : Symptoms, Risk Factors, And Prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran, Vol . 6 No. 1, 2*.
- Muttaqin, A. (2009). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- NANDA. (2015). *Buku Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

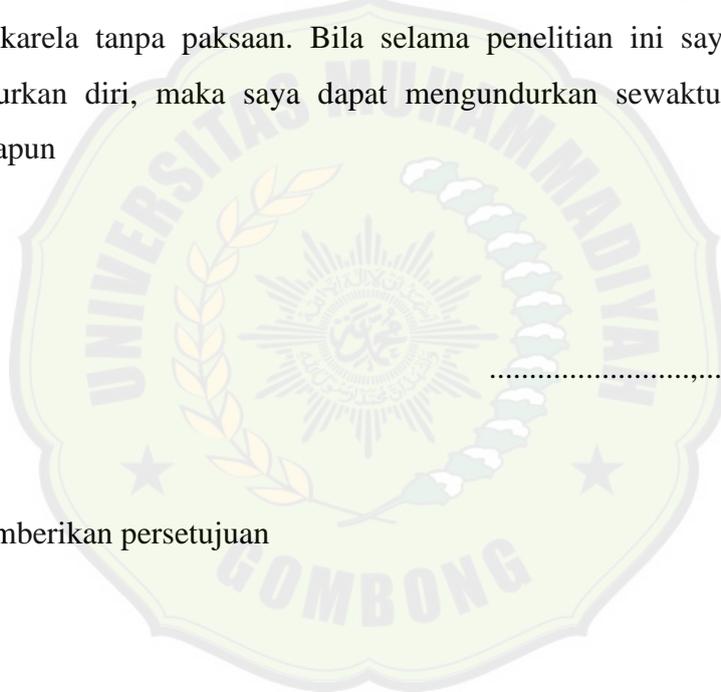
- Pinzon, R., & Asanti, L. (2010). *AWAS STROKE! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan dan Pencegahan*. Yogyakarta: Andi.
- Pudiastuti, R. D. (2015). *Penyakit Pemicu Stroke*. Jakarta: Nuha Medika.
- Ramdhani, A. (2014). *Mengenal Gejala Stroke*. Dipetik Maret 2021, dari <http://jurnal.selasar.com/gaya-hidup/mengenal-gejala-stroke>
- Rasyid, A., & Lyna, S. (2007). *Unit Stroke : Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta: FKUI.
- Riskesdas. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. Dipetik Maret 2021, dari <https://dinkesjatengprov.go.id/v2018/storage/2019/12/CETAK-LAPORAN-RISKESDAS-JATENG-2018-ACC-PIMRED.pdf>
- Samiadi, L. A. (2020, Desember). *Jenis Afasia Bisa Terjadi Pasca Stroke*. Dipetik Maret 2021, dari Hello Sehat: <https://hellosehat.com/saraf/stroke/jenis-afasia-bisa-terjadi-pasca-stroke/#gref>
- SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Sofiatun, I., Kristiyawati, S. P., & Purnomo, S. C. (2016). Efektifitas Terapi AIUEO dan Terapi The Token Test Terhadap Kemampuan Berbicara Pasien Stroke yang Mengalami Afasia Motorik di RS Mardi Rahayu Kudus. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, Vol 8.
- Sofwan, R. (2010). *Anda Bertanya Dokter Menjawab : Stroke dan Rehabilitasi Pasca - Stroke*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer.

- Sunardi, S. (2006). *Speech Therapy (Terapi Wicara) Post Laringotomy*. Dipetik Desember 2020, dari <http://Nurdinurses.files.com/2008/01/makalahspeech-therapy.pdf>
- Waluyo, S. (2009). *100 Questions & Answers : Stroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Wardhana, W. A. (2011). *Strategi Mengatasi dan Bangkit dari Stroke*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Waxman, S. G. (2010). *Clinical Neuroanatomy*. USA: MCGRAW\_HILL.
- WHO. (2018). *Stroke, Cerebrovascular Accident*. Dipetik Maret 2021, dari <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident>
- Wilkinson, J. M. (2012). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Wiwit, S. (2013). *Stroke dan Penanganannya*. Yogyakarta: Kata Hati.
- Yanti, D. (2008). *Penatalaksanaan Terapi Wicara Pada Tuna Rungu*. Jakarta: EGC.
- Yastroki, S. (2012). *Afasia, Gangguan Berbahasa Pasca Stroke*. Dipetik Maret 2021, dari <http://www.yastroki.or.id/read.php?id=49>

**INFORMED CONSENT**  
**(Persetujuan Menjadi Partisipan)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Meliya Dwi Febriyanti dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI DESA KEMANGGUAN”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu – waktu tanpa sanksi apapun



.....2021

Yang memberikan persetujuan  
Saksi

.....

.....

.....2021

Peneliti

.....

**PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN  
(PSP)**

1. Kami adalah Peneliti berasal dari Universitas Muhammadiyah Gombong jurusan Keperawatan program studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Desa Kemangguan”.
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah menggambarkan asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dalam pemenuhan kebutuhan komunikasi verbal yang dapat memberi manfaat berupa :
  - a. Bagi penulis
    - 1) Agar memberikan informasi pada pasien stroke cara untuk meningkatkan kemampuan bicara dengan melakukan terapi AIUEO.
    - 2) Memperoleh pengalaman dan mengimplementasikan prosedur gangguan komunikasi verbal dengan latihan terapi AIUEO pada asuhan keperawatan pasien stroke.
  - b. Bagi masyarakat
    - 1) Menambah wawasan mengenai perbaikan kemampuan bicara dan meningkatkan kemampuan bicara pada pasien stroke.
    - 2) Meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam meningkatkan kesejahteraan di masyarakat.
  - c. Keilmuan
    - 1) Asuhan keperawatan akan memberikan wawasan yang luas mengenai masalah keperawatan dalam melakukan pemenuhan kebutuhan gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke dengan latihan terapi AIUEO.
    - 2) Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar khususnya untuk menganalisis intervensi yang telah diberikan pada masalah pemenuhan kebutuhan gangguan

komunikasi verbal pada pasien stroke, hal ini adalah latihan terapi AIUEO.

Penelitian ini akan berlangsung selama 5 hari.

3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15 – 30 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor Hp : .....

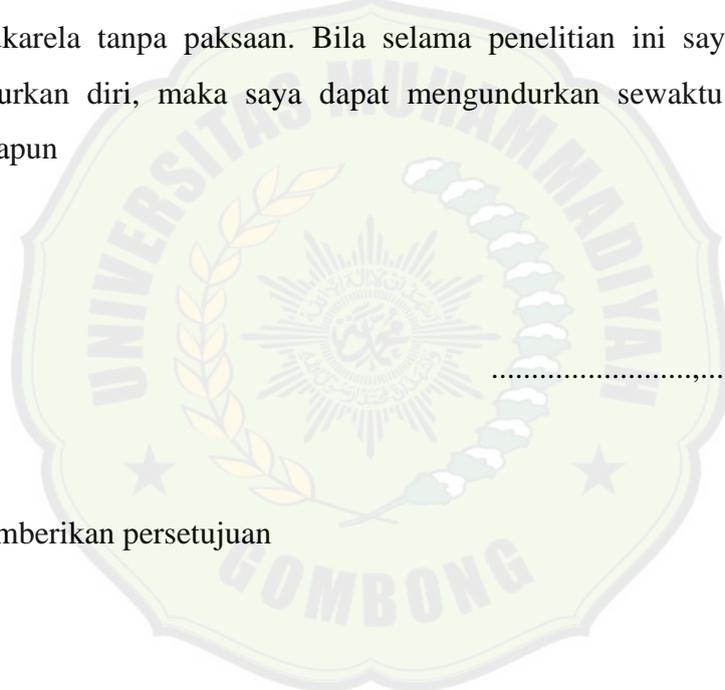
Peneliti

.....

**INFORMED CONSENT**  
**(Persetujuan Menjadi Partisipan)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Meliya Dwi Febriyanti dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI DESA KEMANGGUAN”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu – waktu tanpa sanksi apapun



.....2021

Yang memberikan persetujuan  
Saksi

.....

.....2021

Peneliti

.....

**PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN  
(PSP)**

1. Kami adalah Peneliti berasal dari Universitas Muhammadiyah Gombong jurusan Keperawatan program studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Desa Kemangguan”.
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah menggambarkan asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dalam pemenuhan kebutuhan komunikasi verbal yang dapat memberi manfaat berupa :
  - a. Bagi penulis
    - 1) Agar memberikan informasi pada pasien stroke cara untuk meningkatkan kemampuan bicara dengan melakukan terapi AIUEO.
    - 2) Memperoleh pengalaman dan mengimplementasikan prosedur gangguan komunikasi verbal dengan latihan terapi AIUEO pada asuhan keperawatan pasien stroke.
  - b. Bagi masyarakat
    - 1) Menambah wawasan mengenai perbaikan kemampuan bicara dan meningkatkan kemampuan bicara pada pasien stroke.
    - 2) Meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam meningkatkan kesejahteraan di masyarakat.
  - c. Keilmuan
    - 1) Asuhan keperawatan akan memberikan wawasan yang luas mengenai masalah keperawatan dalam melakukan pemenuhan kebutuhan gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke dengan latihan terapi AIUEO.
    - 2) Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar khususnya untuk menganalisis intervensi yang telah diberikan pada masalah pemenuhan kebutuhan gangguan

komunikasi verbal pada pasien stroke, hal ini adalah latihan terapi AIUEO.

Penelitian ini akan berlangsung selama 5 hari.

3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15 – 30 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor Hp : .....

Peneliti

.....

**INFORMED CONSENT**  
**(Persetujuan Menjadi Partisipan)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Meliya Dwi Febriyanti dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI DESA KEMANGGUAN”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu – waktu tanpa sanksi apapun

.....2021

Yang memberikan persetujuan  
Saksi

.....

.....2021

Peneliti

.....

**PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN  
(PSP)**

1. Kami adalah Peneliti berasal dari Universitas Muhammadiyah Gombong jurusan Keperawatan program studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Desa Kemangguan”.
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah menggambarkan asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dalam pemenuhan kebutuhan komunikasi verbal yang dapat memberi manfaat berupa :
  - a. Bagi penulis
    - 1) Agar memberikan informasi pada pasien stroke cara untuk meningkatkan kemampuan bicara dengan melakukan terapi AIUEO.
    - 2) Memperoleh pengalaman dan mengimplementasikan prosedur gangguan komunikasi verbal dengan latihan terapi AIUEO pada asuhan keperawatan pasien stroke.
  - b. Bagi masyarakat
    - 1) Menambah wawasan mengenai perbaikan kemampuan bicara dan meningkatkan kemampuan bicara pada pasien stroke.
    - 2) Meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam meningkatkan kesejahteraan di masyarakat.
  - c. Keilmuan
    - 1) Asuhan keperawatan akan memberikan wawasan yang luas mengenai masalah keperawatan dalam melakukan pemenuhan kebutuhan gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke dengan latihan terapi AIUEO.
    - 2) Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar khususnya untuk menganalisis intervensi yang telah diberikan pada masalah pemenuhan kebutuhan gangguan

komunikasi verbal pada pasien stroke, hal ini adalah latihan terapi AIUEO.

Penelitian ini akan berlangsung selama 5 hari.

3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15 – 30 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor Hp : .....

Peneliti

.....

ASUHAN KEPERAWATAN STROKE NON HEMORAGIK  
PADA PASIEN NY.M DENGAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL  
DI DESA KEMANGGUAN

A. Identitas

1. Identitas Pasien

Nama : Ny.M  
Umur : 65 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Kemangguan  
Pekerjaan : IRT  
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. W  
Umur : 67 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Agama : Islam  
Alamat : Kemangguan  
Pekerjaan : Buruh  
Hub. dengan pasien : Suami

B. Pengkajian

1. Keluhan utama

Klien mengatakan anggota tubuh sebelah kanan lemah saat digerakkan, bicara tidak jelas, pelo.

2. Riwayat penyakit sekarang

Pasien terkena stroke sudah hampir 1 tahun, anggota tubuh sebelah kanan masih terasa lemas dan bicara tidak jelas atau

pelo. Pasien masih melakukan kontrol ke dokter spesialis saraf di RSUD Dr. Soedirman Kebumen setiap 2 minggu sekali. Untuk kesehariannya kegiatan dibantu oleh keluarga. Didapatkan hasil TD : 130 / 90 mmHg, Nadi : 95 x/menit, Suhu : 36,6 °C RR : 22 x/menit.

3. Riwayat penyakit dahulu

Klien mengatakan tidak ada sakit sebelumnya.

4. Riwayat penyakit keluarga

Keluarga klien mengatakan keluarga tidak ada yang menderita sakit yang sama seperti klien.

5. Pengkajian pola virginia henderson

a. Bernafas dengan normal

Sebelum Sakit : Klien mengatakan tidak mengalami sesak nafas, nafas normal, tidak menggunakan alat bantu bernafas.

Saat Dikaji : Klien mengatakan tidak mengalami sesak nafas, nafas normal.

b. Nutrisi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan makan 3x sehari, nasi, sayur, dan lauk. Minum 8 gelas sehari.

Saat Dikaji : klien mengatakan makan 3x sehari nasi, sayur, lauk dan buah – buahan tapi sering tidak habis. Minum 4 gelas sehari.

c. Eliminasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan BAK dan BAB normal. BAK 5x sehari dan BAB 1x sehari.

Saat Dikaji : Klien mengatakan BAK 3x sehari dan BAB 1x sehari.

d. Istirahat dan tidur

Sebelum Sakit : Klien mengatakan tidur malam mulai jam

21.00 WIB dan bangun pukul 04.00 WIB

Saat Dikaji : Keluarga klien mengatakan klien tidak ada masalah dalam tidurnya.

e. Gerak dan keseimbangan

Sebelum Sakit : Klien mengatakan aktivitas sehari - hari sebagai ibu rumah tangga beres – beres rumah dan menyiapkan kebutuhan untuk anak dan suaminya.

Saat dikaji : Klien mengatakan aktivitasnya hanya duduk saja dan tidur semua pekerjaan rumah anaknya yang mengerjakan.

f. Berpakaian

Sebelum Sakit : Klien mengatakan berganti pakaian 2x sehari secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Saat Dikaji : Klien mengatakan berganti pakaian 2x sehari dengan bantuan anak dan suaminya.

g. Mempertahankan sirkulasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan kalau merasa panas menyalakan kipas angin atau menggunakan daster, kalau kedinginan menggunakan jaket.

Saat dikaji : Klien mengatakan kalau panas hanya menggunakan kipas kecil dikipasin anaknya, kalau dingin menggunakan selimut.

h. Personal hygiene

Sebelum Sakit : Klien mengatakan mandi sehari 2x sehari secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Saat Dikaji : Klien mengatakan mandi 2x sehari dengan bantuan anaknya, kalau tidak mandi diseka.

i. Rasa aman dan nyaman

Sebelum Sakit : Klien mengatakan merasa aman dan nyaman bila dekat dengan suami, anak-anak dan cucunya, pasien tidak merasa nyaman jika sendirian dirumah.

Saat Dikaji : Klien mengatakan tidak nyaman karena lumpuh di ekstermitas kanan sehingga tidak bisa bergerak secara normal kembali.

j. Berkomunikasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan dapat berkomunikasi dengan baik, berbicara sehari - hari dengan menggunakan bahasa jawa.

Saat Dikaji : Klien mengatakan pasien pelo, pasien sulit berbicara, pasien bicara tidak jelas, pasien sulit mengungkapkan kata, pasien sulit mempertahankan komunikasi, pasien sulit mengekspresikan pikiran secara verbal, pasien hanya mampu menganggukkan kepala dan menggelengkan kepala.

k. Kebutuhan spiritual

Sebelum Sakit : Klien mengatakan solat 5 waktu tidak ada masalah dalam gerakannya, tiap waktu berjamaah ke masjid karena rumahnya dekat masjid.

Saat dikaji : Klien mengatakan susah untuk solat karena anggota tubuh bagian kanan masih susah digerakkan, dan solatnya sambil tiduran atau duduk.

l. Kebutuhan bekerja

Sebelum Sakit : Keluarga klien mengatakan dirumah saja hanya beres – beres rumah dan masak.

Saat Dikaji : Keluarga klien mengatakan klien hanya tiduran dan duduk saja.

m. Kebutuhan rekreasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan tidak pernah berekreasi, klien hanya menonton tv sebagai hiburan dikala sedang istirahat dan mengikuti pengajian bersama teman – temannya.

Saat Dikaji : Klien mengatakan hanya duduk dan tiduran

saja.

n. Kebutuhan belajar

Sebelum Sakit : Klien mengatakan bisa mendapatkan informasi melalui televisi.

Saat Dikaji : Klien mengatakan telah mengerti tentang penyakitnya dari dokter dan perawat yang merawatnya.

6. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : Lemah

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda tanda vital :

Tekanan darah : 130 / 90 mmHg

Nadi : 95 x/menit

Suhu : 36,6 °C

RR : 22 x/menit

d. Head to toe

Kepala : bentuk mesocephal, tidak ada benjolan, rambut pendek bersih sudah beruban.

Mata : konjungtiva anemis, sklera ikterik, isokor, penglihatan masih jelas.

Hidung : simetris, tidak ada polip.

Telinga : simetris, tidak ada serumen.

Mulut : mencong, mukosa bibir kering, sudah ada yang ompong, agak pelo.

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

e. Dada

Paru - paru

Inspeksi : bentuk simetris, tidak terdapat lesi , tidak ada retraksi dinding dada

Palpasi : vokal fremitus simetris, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler

Jantung

Inspeksi : simetris, tidak ada lesi dan benjolan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, pengembangan dada simetris

Perkusi : pekak

Auskultasi : S1 – S2 reguler

f. Abdomen

Inspeksi : tidak ada jejas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : timpani

Auskultasi : bising usus 20 x/menit

g. Ekstremitas

Atas : tangan kanan belum bisa digerakkan secara normal,  
tangan kiri bisa digerakkan

Bawah : kaki kanan belum bisa digerakkan secara normal,  
kaki kiri bisa digerakkan

h. Genitalia : wanita, tidak terpasang kateter

i. Kulit : turgor kulit kering

j. Pemeriksaan motorik

Ekstermitas dekstra : 1 (sangat sedikit sekali melakukan  
kontraksi) Ekstermitas sinistra : 4 (kekuatan sedang)

k. Pemeriksaan sensorik

Ekstermitas dekstra : terjadi numbless (mati rasa)

Ekstermitas sinistra : normal

l. Pemeriksaan Reflex

Ekstermitas dekstra : 0 (tidak ada refleksi)

Ekstermitas sinistra : 2+ (normal)

m. Pemeriksaan fungsi serebral

Fungsi intelektual : tidak mampu orientasi waktu, tempat,  
orang. Kemampuan bahasa : afasia berat.

7. Pemeriksaan penunjang

a. Terapi obat

- 1) Amlodipine 10 mg (1x1)
- 2) Bio ATP (2x1)
- 3) Irbesartan 150 mg (1x1)

C. Analisa data

No	Hari / Tanggal	Data Fokus	Problem	Etiologi
1	Minggu, 20 Juni 2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien sulit berbicara dan pelo.</li> <li>- Keluarga klien mengatakan klien berbicara tidak jelas.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat sulit berbicara.</li> <li>- Klien terlihat sulit mengungkapkan kata – kata.</li> <li>- Klien sulit mempertahankan komunikasi.</li> <li>- Terlihat mulut klien agak mencong.</li> </ul>	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Penurunan sirkulasi serebral

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien hanya mampu mengganggu dan menggelengkan kepala.</li> <li>- Mengalami kelemahan pada ekstremitas bagian kanan.</li> </ul>		
2	Minggu, 20 Juni 2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan klien tidak mampu beraktivitas.</li> <li>- Keluarga klien mengatakan klien hanya tiduran dan duduk saja.</li> <li>- Keluarga klien mengatakan untuk aktivitas dibantu oleh anak dan suaminya.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV :</li> <li>TD : 130 / 90 mmHg</li> <li>N : 95 x/menit</li> <li>S : 36,6°C</li> <li>RR : 22 x/menit</li> </ul>	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Penurunan kekuatan otot

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terlihat klien hanya tiduran dan duduk saja.</li> <li>- Terlihat klien mengalami kelemahan pada ekstremitas bagian kanan.</li> </ul>		
--	--	---	--	--

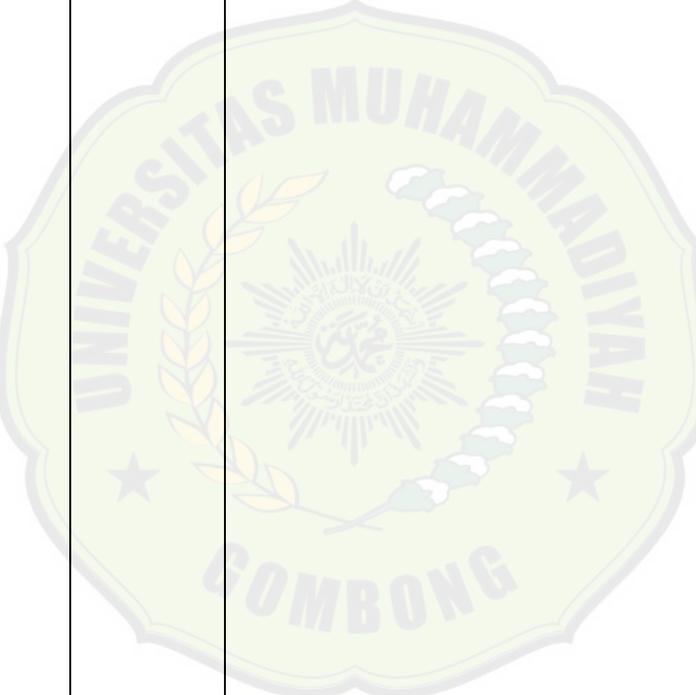
D. Prioritas diagnosa keperawatan

1. Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral.
2. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot.

E. Intervensi keperawatan

No	Dx	SLKI	SIKI															
1	Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 1 jam diharapkan masalah gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Komunikasi Verbal (L.13118)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Awal	Akhir	Kemampuan berbicara	1	4	Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	1	4	Kontak mata	1	4	Pelo	1	4	<p>Promosi komunikasi : defisit bicara (L.13492)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara.</li> <li>2. Monitoring proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang</li> </ol>
Indikator	Awal	Akhir																
Kemampuan berbicara	1	4																
Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	1	4																
Kontak mata	1	4																
Pelo	1	4																

			<p>berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran dan bahasa).</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer).</li><li>2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran</li></ol>
--	--	--	--

			<p>sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien).</p> <p>3. Minta pasien untuk mengulang apa yang disampaikan.</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan</p>
--	--	---	---

			kemampuan bicara.												
2	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 1 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Awal	Akhir	Pergerakan ekstremitas	1	4	Kekuatan otot	1	4	Kelemahan fisik	1	4	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring tanda – tanda vital sebelum memulai mobilisasi.</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur atau kursi).</li> <li>2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.</li> </ol>
Indikator	Awal	Akhir													
Pergerakan ekstremitas	1	4													
Kekuatan otot	1	4													
Kelemahan fisik	1	4													

			<p>2. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</p>
--	--	--	--

F. Implementasi keperawatan

Tanggal / Jam	No Dx	Implementasi	Respon	Paraf
20 Juni 2021 14.00 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</li> <li>- Monitoring proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</li> </ul>	<p>Ds : - Do : terlihat klien bisa bicara namun tidak jelas, dan ditanya masih bisa menjawab dengan mengganggu kepala.</p>	Meli ya dwi febri yanti
14.15 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan metode</li> </ul>	Ds : -	

14.45 WIB	1	<p>komunikasi alternatif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</li> </ul>	<p>Do : terlihat klien senang untuk melakukan latihan terapi AIUEO.</p> <p>Ds : klien merespon mau diberikan terapi.</p> <p>Do : pasien berada didepan perawat, berhadapan.</p>	
20 Juni 2021 15.00 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring tanda – tanda vital sebelum memulai mobilisasi</li> </ul>	<p>Ds : -</p> <p>Do : TD : 120 /80 mmHg, N : 97 x/menit.</p>	Meli ya dwi febri yanti
15.10 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> </ul>	<p>Ds : -</p> <p>Do : tampak klien mencoba berpindah dari satu kursi ke kursi yang lain.</p>	
21 Juni 2021 16.00 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</li> </ul>	<p>Ds : -</p> <p>Do : pasien duduk didepan perawat, saling berhadapan.</p>	Meli ya dwi febri yanti
16.30 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minta pasien untuk mengulang apa yang</li> </ul>	<p>Ds : -</p> <p>Do : klien bisa menyebutkan satu huruf, tetapi dengan</p>	

		disampaikan	dibantu perawat dan masih susah.	
21 Juni 2021 17.00 WIB	2	- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Ds : - Do : terlihat keluarga klien dan klien memperhatikan penjelasan perawat.	Meli ya dwi febri yanti
17.15 WIB	2	- Mengajarkan mobilisasi sederhana	Ds : - Do : terlihat klien memulai sedikit – sedikit belajar menggunakan walker kayu.	
22 Juni 2021 15.00 WIB	1	- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	Ds : - Do : pasien duduk didepan perawat, saling berhadapan.	Meli ya dwi febri yanti
15.10 WIB	1	- Minta pasien untuk mengulang apa yang disampaikan	Ds :- Do : klien bisa menyebut satu huruf masih dengan dibantu perawat.	
15.45 WIB	1	- Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan	Ds : - Do : terlihat klien dan keluarga klien bersemangat untuk melanjutkan terapi	

		fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara	yang sudah diajarkan.	
22 Juni 2021 16.00 WIB	2	- Mengajarkan mobilisasi sederhana	Ds : - Do : klien terlihat mulai sedikit bisa menggunakan walker kayu.	Meli ya dwi febri yanti
16.30 WIB	2	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Ds : - Do : terlihat keluarga membantu klien dalam proses meningkatkan pergerakan.	
23 Juni 2021 15.00 WIB	1	- Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara	Ds : - Do : terlihat klien masih belum jelas dalam berbicara.	Meli ya dwi febri yanti
15.10 WIB	1	- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	Ds : - Do : klien duduk didepan perawat berhadapan.	
15.15 WIB	1	- Minta pasien	Ds : -	

		<p>untuk mengulang apa yang disampaikan</p>	<p>Do : terlihat klien masih belum bisa mengulang yang disampaikan perawat secara mandiri.</p>	
23 Juni 2021 16.00 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring tanda – tanda vital sebelum memulai mobilisasi</li> </ul>	<p>Ds : - Do : TD : 130 /90 mmHg, N : 95 x/menit.</p>	Meli ya dwi febri yanti
16.10 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan mobilisasi sederhana</li> </ul>	<p>Ds : - Do : terlihat klien sedikit demi sedikit bisa menggunakan walker kayu.</p>	
24 Juni 2021 15.00 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</li> </ul>	<p>Ds : - Do : terlihat klien duduk berhadapan dengan perawat.</p>	Meli ya dwi febri yanti
15.30 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minta pasien untuk mengulang apa yang disampaikan</li> </ul>	<p>Ds : - Do : terlihat klien belum bisa mengulang, masih dibantu perawat.</p>	
24 Juni 2021 16.00 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring tanda – tanda vital sebelum</li> </ul>	<p>Ds : - Do : TD : 120 /90 mmHg,</p>	Meli ya dwi

16.10 WIB	2	<p>memulai mobilisasi</p> <p>- Mengajarkan mobilisasi sederhana</p>	<p>N : 98 x/menit.</p> <p>Ds : -</p> <p>Do : terlihat klien sedikit demi sedikit bisa menggunakan walker kayu.</p>	<p>febri yanti</p>
-----------	---	---	--	--------------------

G. Evaluasi keperawatan

Hari / tanggal	No Dx	Evaluasi	Paraf															
Kamis, 24 Juni 2021	1	<p>S : -</p> <p>O : klien belum dapat menirukan apa yang diajarkan oleh perawat, hanya bisa menyebutkan satu huruf dengan bantuan perawat.</p> <p>A : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="778 1406 1225 1854"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	Indikator	Awal	Akhir	Kemampuan berbicara	1	2	Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	1	2	Kontak mata	1	3	Pelo	1	2	<p>Meliya dwi febriyanti</p>
Indikator	Awal	Akhir																
Kemampuan berbicara	1	2																
Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	1	2																
Kontak mata	1	3																
Pelo	1	2																

		- Ajarkan teknik komunikasi yang sudah diberikan secara bertahap.													
Kamis, 24 Juni 2021	2	<p>S : -</p> <p>O : anggota tubuh klien masih terlihat kaku saat dibantu untuk digerakkan.</p> <p>A : masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda – tanda vital.</li> <li>- Ajarkan teknik mobilisasi yang sudah diberikan secara bertahap.</li> </ul>	Indikator	Awal	Akhir	Pergerakan ekstremitas	1	2	Kekuatan otot	1	2	Kelemahan fisik	1	2	Meliya dwi febriya nti
Indikator	Awal	Akhir													
Pergerakan ekstremitas	1	2													
Kekuatan otot	1	2													
Kelemahan fisik	1	2													

ASUHAN KEPERAWATAN STROKE NON HEMORAGIK  
PADA PASIEN NY.S DENGAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL  
DI DESA KEMANGGUAN

A. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Ny.S  
Umur : 62 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Kemangguan  
Pekerjaan : IRT  
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. G  
Umur : 65 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Agama : Islam  
Alamat : Kemangguan  
Pekerjaan : Petani  
Hub. dengan pasien : Suami

B. Pengkajian

1. Keluhan utama

Klien mengatakan anggota tubuh sebelah kiri tidak bisa digerakkan, bicara tidak jelas, pelo.

2. Riwayat penyakit sekarang

Pasien terkena stroke sudah hampir 9 bulan, anggota tubuh sebelah kiri tidak bisa digerakkan dan bicara tidak jelas atau pelo. Pasien melakukan kontrol ke dokter spesialis saraf di RS Dr. Soedirman Kebumen setiap 1 minggu sekali. Untuk

kesehariannya kegiatan dibantu oleh keluarga. Didapatkan hasil TD : 120 / 90 mmHg, Nadi : 93 x/menit, Suhu : 37,5 °C RR : 21 x/menit.

3. Riwayat penyakit dahulu

Keluarga klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di RS, tetapi memiliki riwayat hipertensi.

4. Riwayat penyakit keluarga

Keluarga klien mengatakan keluarga tidak ada yang menderita sakit yang sama seperti klien.

5. Pengkajian pola virginia henderson

a. Bernafas dengan normal

Sebelum Sakit : Klien mengatakan tidak mengalami sesak, nafas normal.

Saat Dikaji : Klien mengatakan tidak sesak nafas, nafas normal, tidak memakai alat bantu pernafasan.

b. Nutrisi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan makan 3x sehari, nasi, sayur, dan lauk dengan porsi sedang serta buah - buahan. Minum 7 gelas sehari.

Saat Dikaji : klien mengatakan makan 3x sehari nasi, sayur, lauk dengan porsi sedikit dan buah – buahan. Minum 3 - 4 gelas sehari.

c. Eliminasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan BAK dan BAB normal. BAK 4 - 5x sehari dan BAB 1x sehari.

Saat Dikaji : Klien menggunakan pampers diganti setiap 6 jam sekali.

d. Istirahat dan tidur

Sebelum Sakit : Klien mengatakan tidur malam mulai jam 20.00 WIB dan bangun pukul 03.00 WIB

Saat Dikaji : Keluarga klien mengatakan tidak ada gangguan dalam tidurnya.

e. Gerak dan keseimbangan

Sebelum Sakit : Klien mengatakan aktivitas sehari - hari sebagai ibu rumah tangga beres – beres rumah dan menyiapkan kebutuhan untuk suaminya karena anak sudah berkeluarga semua.

Saat dikaji : Klien mengatakan aktivitasnya hanya duduk saja dan tidur semua pekerjaan rumah anaknya yang mengerjakan.

f. Berpakaian

Sebelum Sakit : Klien mengatakan berganti pakaian 2x sehari secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Saat Dikaji : Klien mengatakan berganti pakaian 2x sehari dengan bantuan anak dan suaminya.

g. Mempertahankan sirkulasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan kalau merasa panas menyalakan kipas angin, kalau kedinginan menggunakan selimut.

Saat dikaji : Klien mengatakan kalau merasa panas hanya menggunakan pakaian tipis, kalau dingin menggunakan selimut.

h. Personal hygiene

Sebelum Sakit : Klien mengatakan mandi sehari 2x sehari secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Saat Dikaji : Klien mengatakan mandi 2x sehari dengan bantuan anaknya, tetapi seringnya diseka.

i. Rasa aman dan nyaman

Sebelum Sakit : Klien mengatakan senang dan bahagia di dekat suami, anak dan cucunya.

Saat Dikaji : Klien mengatakan tidak nyaman karena mengalami kelemahan di ekstermitas kiri sehingga tidak bisa bergerak secara normal kembali.

j. Berkomunikasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan dapat berkomunikasi dengan baik, berbicara sehari - hari dengan menggunakan bahasa jawa.

Saat Dikaji : Klien mengatakan pasien pelo, pasien sulit berbicara, pasien bicara tidak jelas, pasien sulit mengungkapkan kata, pasien sulit mempertahankan komunikasi, pasien sulit mengekspresikan pikiran secara verbal.

k. Kebutuhan spiritual

Sebelum Sakit : Klien mengatakan solat 5 waktu tidak ada masalah dalam geraknya, kadang ikut berjamaah di masjid.

Saat dikaji : Klien mengatakan susah untuk solat karena anggota tubuh bagian kiri tidak bisa digerakkan, dan solatnya sambil tiduran atau duduk.

l. Kebutuhan bekerja

Sebelum Sakit : Keluarga klien mengatakan dirumah saja hanya beres – beres rumah dan masak.

Saat Dikaji : Keluarga klien mengatakan klien hanya tiduran dan duduk saja.

m. Kebutuhan rekreasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan tidak pernah berekreasi, klien hanya menonton tv sebagai hiburan dikala sedang istirahat, mengikuti pengajian bersama teman – temannya, dan kadang ngaji dimasjid.

Saat Dikaji : Klien mengatakan hanya duduk dan tiduran saja.

n. Kebutuhan belajar

Sebelum Sakit : Klien mengatakan bisa mendapatkan informasi melalui televisi.

Saat Dikaji : Klien mengatakan telah mengerti tentang penyakitnya dari dokter dan perawat yang merawatnya.

6. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : Lemah

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda tanda vital :

Tekanan darah : 120 / 90 mmHg

Nadi : 93 x/menit

Suhu : 37,5 °C

RR : 21 x/menit

d. Head to toe

Kepala : bentuk mesocephal, tidak ada benjolan, rambut pendek bersih sudah beruban.

Mata : konjungtiva anemis, sklera ikterik, isokor, penglihatan masih jelas.

Hidung : simetris, tidak ada polip.

Telinga : simetris, tidak ada serumen.

Mulut : mencong, mukosa bibir kering, gigi sudah ada yang ompong, pelo.

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

e. Dada

Paru - paru

Inspeksi : bentuk simetris, tidak terdapat lesi , tidak ada retraksi dinding dada

Palpasi : vokal fremitus simetris, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler

Jantung

Inspeksi : simetris, tidak ada lesi dan benjolan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, pengembangan dada simetris

Perkusi : pekak

Auskultasi : S1 – S2 reguler

f. Abdomen

Inspeksi : tidak ada jejas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : timpani

Auskultasi : bising usus 18 x/menit

g. Ekstremitas

Atas : ekstremitas atas bagian kiri mengalami kelemahan

Bawah : ekstremitas bawah bagian kiri mengalami kelemahan

h. Genetalia : wanita, tidak terpasang kateter

i. Kulit : turgor kulit kering

j. Pemeriksaan motorik

Ekstermitas dekstra : 4 (kekuatan sedang)

Ekstermitas sinistra : 0 (tidak mampu sama sekali melakukan kontraksi)

k. Pemeriksaan sensorik

Ekstermitas dekstra : normal

Ekstermitas sinistra : terjadi numbless (mati rasa)

l. Pemeriksaan Reflex

Ekstermitas dekstra : 2+ (normal)

Ekstermitas sinistra : 0 (tidak ada refleks)

m. Pemeriksaan fungsi serebral

Fungsi intelektual : tidak mampu orientasi waktu, tempat, orang.

Kemampuan bahasa : afasia berat.

7. Pemeriksaan penunjang

a. Terapi obat

1) Amlodipine 10 mg (1x1)

2) Analsix (2x1)

3) Bio ATP (2x1)

4) Irbesartan 150 mg (1x1)

C. Analisa data

No	Hari / Tanggal	Data Fokus	Problem	Etiologi
1	Minggu,	DS :	Gangguan	Penuruna

	20 Juni 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien mengalami kesulitan dalam berbicara dan bicara pelo.</li> <li>- Keluarga klien mengatakan klien dalam berbicara tidak jelas.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat sulit dalam berbicara.</li> <li>- Klien terlihat sulit untuk mengungkapkan kata – katanya.</li> <li>- Klien sulit mempertahankan komunikasi.</li> <li>- Klien terlihat pelo.</li> <li>- Terlihat anggota tubuh klien bagian kiri tidak bisa digerakkan.</li> </ul>	komunikasi verbal (D. 0119)	n sirkulasi serebral
2	Minggu, 22 Juni 2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien tidak mampu</li> </ul>	Gangguan mobilitas fisik (D. 0064)	Gangguan neuromuskular

		<p>beraktivitas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien hanya tiduran saja di tempat tidur untuk melakukan aktivitas dibantu keluarganya.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV :</li> <li>TD : 120 / 90 mmHg</li> <li>N : 93 x/menit</li> <li>S : 37,5°C,</li> <li>RR : 21 x/menit.</li> <li>- Terlihat klien hanya tiduran dan duduk saja.</li> <li>- Terlihat anggota tubuh bagian kiri klien tidak bisa digerakkan.</li> </ul>		
--	--	--	--	--

D. Prioritas diagnosa keperawatan

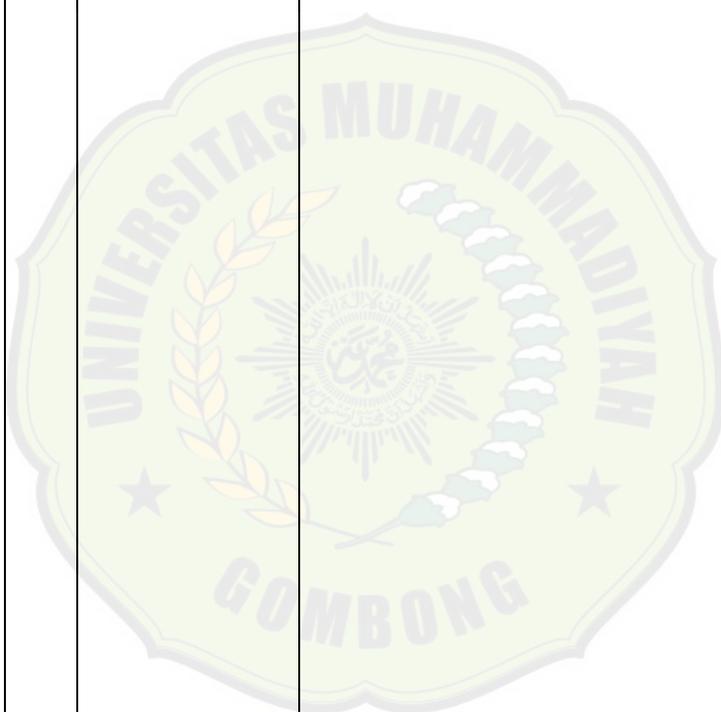
- a. Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral.
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular.

E. Intervensi keperawatan

No	Dx	NOC	NIC
1	Gangguan komunikasi verbal b.d	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 1 jam diharapkan masalah gangguan	Promosi komunikasi : defisit bicara

<p>penurunan sirkulasi serebral</p>	<p>komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil : Komunikasi Verbal (L.13118)</p> <table border="1" data-bbox="743 394 1190 842"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Awal	Akhir	Kemampuan berbicara	1	4	Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	1	4	Kontak mata	1	4	Pelo	1	4	<p>(I. 13492) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara.</li> <li>2. Monitoring proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran dan bahasa).</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan</li> </ol>
Indikator	Awal	Akhir															
Kemampuan berbicara	1	4															
Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	1	4															
Kontak mata	1	4															
Pelo	1	4															

			<p>komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer).</p> <p>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</p>
--	--	--	---



			<p>tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien).</p> <p>3. Minta pasien untuk mengulang apa yang disampaikan.</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara.</p>
2	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 1 jam	Dukungan mobilisasi

	<p>b.d gangguan neuromuskular</p>	<p>diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <table border="1" data-bbox="743 450 1190 730"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Awal	Akhir	Pergerakan ekstremitas	1	4	Kekuatan otot	1	4	Kelemahan fisik	1	4	<p>(I.05173)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring tanda – tanda vital sebelum memulai mobilisasi.</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur atau kursi).</li> <li>2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.</li> </ol>
Indikator	Awal	Akhir													
Pergerakan ekstremitas	1	4													
Kekuatan otot	1	4													
Kelemahan fisik	1	4													

			<p>2. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</p>
--	--	--	--

F. Implementasi keperawatan

Tanggal / Jam	No Dx	Implementasi	Respon	Paraf
20 Juni 2021 10.00 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</li> <li>- Monitoring proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</li> </ul>	<p>Ds : - Do : terlihat klien hanya menganggukkan kepala jika ditanya, mengeluarkan suara sedikit namun tidak jelas.</p>	Meliya dwi febriya nti
10.15 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan</li> </ul>	Ds : -	

		<p>metode komunikasi alternatif</p> <p>- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</p>	<p>Do : klien tampak senang diajarkan latihan terapi AIUEO.</p> <p>Ds : klien merespon mau diberikan terapi.</p> <p>Do : pasien berposisi berada didepan perawat dengan saling berhadapan.</p>	
20 Juni 2021 11.00 WIB	2	- Monitoring tanda – tanda vital sebelum memulai mobilisasi	<p>Ds : -</p> <p>Do : TD : 120 /90 mmHg, N : 99 x/menit.</p>	Meliya dwi febriya nti
11.15 WIB	2	- Berikan fasilitas aktivitas mobilisasi	<p>Ds : -</p> <p>Do : pasien melakukan latihan ROM.</p>	
21 Juni 2021 19.00 WIB	1	- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	<p>Ds : -</p> <p>Do : pasien berada didepan perawat saling berhadapan.</p>	Meliya dwi febriya nti
19.30 WIB	1	- Minta pasien untuk mengulang apa yang disampaikan	<p>Ds : -</p> <p>Do : klien belum bisa mengulang, hanya mengeluarkan satu huruf</p>	
21 Juni 2021	2	- Menjelaskan	Ds : -	Meliya

20.00 WIB		tujuan dan prosedur mobilisasi	Do : terlihat keluarga klien dan klien memperhatikan penjelasan perawat.	dwi febriyanti
20.15 WIB	2	- Mengajarkan mobilisasi sederhana	Ds : - Do : klien terlihat melakukan latihan ROM.	
22 Juni 2021 17.00 WIB	1	- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	Ds : - Do : pasien duduk didepan perawat saling berhadapan.	Meliya dwi febriyanti
17.30 WIB	1	- Minta pasien untuk mengulang apa yang disampaikan	Ds :- Do : klien hanya bisa menyebutkan satu huruf dibantu perawat.	
17.45 WIB	1	- Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara	Ds : - Do : terlihat klien dan keluarga klien bersemangat untuk melanjutkan terapi yang sudah diajarkan.	
22 Juni 2021 18.00 WIB	2	- Mengajarkan mobilisasi	Ds : - Do : terlihat klien	Meliya dwi

18.30 WIB	2	<p>sederhana</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul>	<p>berlatih ROM.</p> <p>Ds : -</p> <p>Do : terlihat keluarga membantu klien dalam proses meningkatkan pergerakan.</p>	<p>febriyanti</p>
23 Juni 2021 17.00 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</li> </ul>	<p>Ds : -</p> <p>Do : terlihat klien masih belum jelas dalam berbicara.</p>	<p>Meliya dwi febriyanti</p>
17.10 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</li> </ul>	<p>Ds : -</p> <p>Do : klien duduk didepan perawat berhadapan.</p>	
17.30 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minta pasien untuk mengulang apa yang disampaikan</li> </ul>	<p>Ds : -</p> <p>Do : terlihat klien masih belum bisa mengulang yang disampaikan perawat secara mandiri.</p>	
23 Juni 2021 18.00 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring tanda – tanda vital sebelum memulai mobilisasi.</li> </ul>	<p>Ds : -</p> <p>Do : TD : 120 /80 mmHg, N : 97 x/menit.</p>	<p>Meliya dwi febriyanti</p>
18.10 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan</li> </ul>	<p>Ds : -</p>	

		mobilisasi sederhana	Do : terlihat klien tampak semangat berlatih ROM.	
24 Juni 2021 17.00 WIB	1	- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	Ds : - Do : terlihat klien duduk berhadapan dengan perawat.	Meliya dwi febriya nti
17.30 WIB	1	- Minta pasien untuk mengulang apa yang disampaikan	Ds : - Do : terlihat klien belum bisa mengulang, masih dibantu perawat.	
24 Juni 2021 18.00 WIB	2	- Monitoring tanda – tanda vital sebelum memulai mobilisasi.	Ds : - Do : TD : 140 /90 mmHg, N : 99 x/menit.	Meliya dwi febriya nti
18.10 WIB	2	- Mengajarkan mobilisasi sederhana	Ds : - Do : terlihat klien tampak bersemangat berlatih ROM.	

#### G. Evaluasi keperawatan

Hari / tanggal	No Dx	Evaluasi	Paraf			
Kamis, 24 Juni 2021	1	S : - O : klien belum dapat menirukan apa yang diajarkan oleh perawat. A : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi	Meliya dwi febriya nti			
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Indikator</td> <td style="text-align: center;">Awal</td> <td style="text-align: center;">Akhir</td> </tr> </table>	Indikator	Awal	Akhir	
Indikator	Awal	Akhir				

		<table border="1"> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan teknik komunikasi yang sudah diberikan secara bertahap.</li> </ul>	Kemampuan berbicara	1	2	Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	1	2	Kontak mata	1	3	Pelo	1	2	
Kemampuan berbicara	1	2													
Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	1	2													
Kontak mata	1	3													
Pelo	1	2													
Kamis, 24 Juni 2021	2	<p>S : -</p> <p>O : anggota tubuh klien masih terlihat kaku saat dibantu untuk digerakkan.</p> <p>A : masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda – tanda vital.</li> <li>- Ajarkan teknik mobilisasi yang sudah diberikan secara bertahap (ROM Pasif).</li> </ul>	Indikator	Awal	Akhir	Pergerakan ekstremitas	1	2	Kekuatan otot	1	2	Kelemahan fisik	1	2	Meliya dwi febriya nti
Indikator	Awal	Akhir													
Pergerakan ekstremitas	1	2													
Kekuatan otot	1	2													
Kelemahan fisik	1	2													

ASUHAN KEPERAWATAN STROKE NON HEMORAGIK  
PADA PASIEN TN.M DENGAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL  
DI DESA KEMANGGUAN

A. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Tn.M  
Umur : 55 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki - laki  
Agama : Islam  
Alamat : Kemangguan  
Pekerjaan : Buruh  
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. H  
Umur : 28 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Agama : Islam  
Alamat : Kemangguan  
Pekerjaan : Buruh  
Hub. dengan pasien : Anak

B. Pengkajian

1. Keluhan utama

Klien mengatakan anggota tubuh sebelah kiri tidak bisa digerakkan, bicara tidak jelas, pelo.

2. Riwayat penyakit sekarang

Pasien terkena stroke sudah hampir 7 bulan, anggota tubuh sebelah kiri tidak bisa digerakkan dan bicara tidak jelas atau pelo. Pasien masih melakukan kontrol ke dokter spesialis saraf di RSUD Dr.Soedirman Kebumen setiap 1 minggu sekali.

Untuk kesehariannya kegiatan dibantu oleh keluarga.  
Didapatkan hasil TD : 130 / 80 mmHg, Nadi : 96 x/menit,  
Suhu : 37,3 °C RR : 22 x/menit.

3. Riwayat penyakit dahulu

Klien mengatakan tidak ada sakit sebelumnya dan belum pernah dirawat di RS.

4. Riwayat penyakit keluarga

Keluarga klien mengatakan keluarga tidak ada yang menderita sakit yang sama seperti klien.

5. Pengkajian pola virginia henderson

a. Bernafas dengan normal

Sebelum Sakit : Klien mengatakan tidak mengalami sesak nafas, pernafasan baik.

Saat Dikaji : Klien mengatakan tidak merasa sesak nafas, nafas normal, tidak menggunakan alat bantu pernafasan.

b. Nutrisi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan makan 3x sehari, nasi, sayur, kadang dengan lauk. Minum kira – kira 7 – 8 gelas sehari.

Saat Dikaji : klien mengatakan makan 3x sehari nasi, sayur, lauk kadang ada buah – buahan dengan porsi sedikit. Minum 5 - 6 gelas sehari.

c. Eliminasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan BAK 5 – 6x sehari dan BAB 1x sehari.

Saat Dikaji : Klien mengatakan BAK 3x sehari dan BAB 1x sehari dengan dibantu keluarga.

d. Istirahat dan tidur

Sebelum Sakit : Klien mengatakan tidur malam mulai jam 23.00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB

Saat Dikaji : Keluarga klien mengatakan tidak ada masalah dalam tidurnya.

e. Gerak dan keseimbangan

Sebelum Sakit : Klien mengatakan aktivitas sehari - hari bekerja sebagai tulang punggung keluarga.

Saat dikaji : Klien mengatakan aktivitasnya hanya tiduran terkadang duduk sebentar.

f. Berpakaian

Sebelum Sakit : Klien mengatakan berganti pakaian 2x sehari secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Saat Dikaji : Klien mengatakan berganti pakaian 2x sehari dengan bantuan anak dan istrinya.

g. Mempertahankan sirkulasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan kalau merasa panas menyalakan kipas angin atau membuka bajunya, kalau kedinginan menggunakan jaket.

Saat dikaji : Klien mengatakan kalau panas hanya menggunakan kaos tipis, kalau dingin menggunakan selimut.

h. Personal hygiene

Sebelum Sakit : Klien mengatakan mandi sehari 2x sehari secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Saat Dikaji : Klien mengatakan mandi 2x sehari dengan bantuan istrinya.

i. Rasa aman dan nyaman

Sebelum Sakit : Klien mengatakan merasa aman dan nyaman serta bahagia bila dekat dengan istri dan anak – anaknya.

Saat Dikaji : Klien mengatakan tidak nyaman karena ekstermitas kiri tidak bisa digerakkan.

j. Berkomunikasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan dapat berkomunikasi dengan baik, berbicara sehari - hari dengan menggunakan bahasa jawa.

Saat Dikaji : Klien mengatakan pasien pelo, pasien sulit berbicara, pasien bicara tidak jelas, pasien sulit mengungkapkan kata, pasien sulit mempertahankan komunikasi, pasien sulit mengekspresikan pikiran secara verbal.

k. Kebutuhan spiritual

Sebelum Sakit : Klien mengatakan solat 5 waktu tidak ada masalah dalam gerakanya.

Saat dikaji : Klien mengatakan susah untuk solat karena anggota tubuh bagian kanan masih susah digerakkan, dan solatnya sambil tiduran atau duduk.

l. Kebutuhan bekerja

Sebelum Sakit : Keluarga klien mengatakan sebagai buruh panggul kayu di tetangganya yang memiliki pabrik kayu gelondongan.

Saat Dikaji : Keluarga klien mengatakan klien hanya tiduran dan duduk saja.

m. Kebutuhan rekreasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan tidak pernah berekreasi, klien hanya main ke pos ronda di malam hari untuk main catur atau karambol.

Saat Dikaji : Klien mengatakan hanya duduk dan tiduran saja.

n. Kebutuhan belajar

Sebelum Sakit : Klien mengatakan bisa mendapatkan informasi melalui televisi.

Saat Dikaji : Klien mengatakan telah mengerti tentang penyakitnya dari dokter dan perawat yang merawatnya.

6. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : Lemah

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda tanda vital :

Tekanan darah : 130 / 80 mmHg

Nadi : 96 x/menit

Suhu : 37,3 °C

RR : 22 x/menit

d. Head to toe

Kepala : bentuk mesocephal, tidak ada benjolan, rambut bersih sudah beruban.

Mata : konjungtiva anemis, sklera ikterik, isokor, penglihatan masih jelas.

Hidung : simetris, tidak ada polip.

Telinga : simetris, tidak ada serumen.

Mulut : mencong, mukosa bibir kering, gigi sudah ada yang ompong, pelo.

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

e. Dada

Paru - paru

Inspeksi : bentuk simetris, tidak terdapat lesi , tidak ada retraksi dinding dada

Palpasi : vokal fremitus simetris, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler

Jantung

Inspeksi : simetris, tidak ada lesi dan benjolan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, pengembangan dada simetris

Perkusi : pekak

Auskultasi : S1 – S2 reguler

f. Abdomen

Inspeksi : tidak ada jejas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : timpani

Auskultasi : bising usus 18 x/menit

- g. Ekstremitas  
Ekstremitas bagian kiri tidak bisa digerakkan
- h. Genetalia : Laki – laki, tidak terpasang kateter
- i. Kulit : turgor kulit kering
- j. Pemeriksaan motorik  
Ekstermitas dekstra : 4 (kekuatan sedang)  
Ekstermitas sinistra : 0 (tidak mampu sama sekali melakukan kontraksi)
- k. Pemeriksaan sensorik  
Ekstermitas dekstra : normal  
Ekstermitas sinistra : terjadi numbless (mati rasa)
- l. Pemeriksaan Reflex  
Ekstermitas dekstra : 2+ (normal)  
Ekstermitas sinistra : 0 (tidak ada refleks)
- m. Pemeriksaan fungsi serebral  
Fungsi intelektual : tidak mampu orientasi waktu, tempat, orang.  
Kemampuan bahasa : afasia berat.
- 7. Pemeriksaan penunjang
  - a. Terapi obat
    - 1) Amlodipine 10 mg (1x1)
    - 2) Analsix (2x1)
    - 3) Bio ATP (2x1)
    - 4) Irbesartan 150 mg (1x1)

C. Analisa data

No	Hari / Tanggal	Data Fokus	Problem	Etiologi
1	Minggu, 20 Juni 2021	DS : - Keluarga klien mengatakan klien mengalami kesulitan dalam berbicara dan	Gangguan komunikasi verbal (D. 0119)	Penurunan sirkulasi serebral

		<p>bicara pelo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien dalam berbicara tidak jelas.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat sulit dalam berbicara.</li> <li>- Klien terlihat sulit untuk mengungkapkan kata – katanya.</li> <li>- Klien sulit mempertahankan komunikasi.</li> <li>- Klien terlihat pelo.</li> <li>- Terlihat anggota tubuh klien bagian kiri tidak bisa digerakkan.</li> </ul>		
2	Minggu, 20 Juni 2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien tidak mampu beraktivitas.</li> <li>- Keluarga klien mengatakan klien hanya tiduran saja di tempat tidur</li> </ul>	Gangguan mobilitas fisik (D. 0064)	Gangguan neuromuskular

		<p>untuk melakukan aktivitas dibantu keluarganya.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV :</li> <li>TD : 130/ 80 mmHg</li> <li>N : 96 x/menit</li> <li>S : 37,3°C,</li> <li>RR : 22 x/menit.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terlihat klien hanya tiduran dan duduk saja.</li> <li>- Terlihat anggota tubuh bagian kiri klien tidak bisa digerakkan.</li> </ul>		
--	--	---	--	--

D. Prioritas diagnosa keperawatan

1. Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral.
2. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular.

E. Intervensi keperawatan

No	Dx	NOC	NIC									
1	Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 1 jam diharapkan masalah gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Komunikasi Verbal (L.13118)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Awal	Akhir	Kemampuan berbicara	1	4	Kesesuaian	1	4	<p>Promosi komunikasi : defisit bicara (I.13492)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara.</li> </ol>
Indikator	Awal	Akhir										
Kemampuan berbicara	1	4										
Kesesuaian	1	4										

		ekspresi wajah / tubuh			<p>2. Monitoring proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran dan bahasa).</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer).</li> <li>Sesuaikan gaya komunikasi dengan</li> </ol>
		Kontak mata	1	4	
		Pelo	1	4	

			<p>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).</p> <p>3. Minta pasien untuk mengulang apa yang</p>
--	--	--	---

			<p>disampaikan.</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara.</li> </ol>												
2	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 1 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Awal	Akhir	Pergerakan ekstremitas	1	4	Kekuatan otot	1	4	Kelemahan fisik	1	4	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitoring tanda – tanda vital sebelum memulai mobilisasi.</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur atau kursi).</li> </ol>
Indikator	Awal	Akhir													
Pergerakan ekstremitas	1	4													
Kekuatan otot	1	4													
Kelemahan fisik	1	4													

			<p>2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.</li> <li>2. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</li> </ol>
--	--	--	---

F. Implementasi keperawatan

Tanggal / Jam	No Dx	Implementasi	Respon	Paraf
20 Juni 2021 19.00 WIB	1	- Monitor kecepatan, tekanan,	Ds : - Do : terlihat klien hanya mengeluarkan	Meliya dwi febriya

		<p>kuantitas, volume dan diksi bicara</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara.</li> </ul>	<p>suara sedikit namun tidak jelas</p>	<p>nti</p>
19.15 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan metode komunikasi alternatif</li> </ul>	<p>Ds : - Do : klien tampak senang diajari latihan terapi AIUEO.</p>	
19.30 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</li> </ul>	<p>Ds : klien merespon mau diberikan terapi. Do : pasien duduk saling berhadapan dengan perawat.</p>	
20 Juni 2021 20.00 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring tanda – tanda vital sebelum memulai mobilisasi</li> </ul>	<p>Ds : - Do : TD : 120 /90 mmHg, N : 97 x/menit.</p>	<p>Meliya dwi febriya nti</p>
20.15 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan fasilitas aktivitas mobilisasi</li> </ul>	<p>Ds : - Do : klien terlihat melakukan latihan ROM.</p>	
21 Juni 2021 20.00 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuaikan gaya komunikasi</li> </ul>	<p>Ds : - Do : pasien duduk</p>	<p>Meliya dwi</p>

20.30 WIB	1	dengan kebutuhan  - Minta pasien untuk mengulang apa yang disampaikan	didepan perawat saling berhadapan.  Ds : - Do : klien belum bisa mengulang yang disampaikan perawat.	febriyanti
21 Juni 2021 21.00 WIB	2	- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Ds : - Do : terlihat keluarga klien dan klien memperhatikan penjelasan perawat.	Meliyadwi febriyanti
21.15 WIB	2	- Mengajarkan mobilisasi sederhana	Ds : - Do : terlihat klien melakukan latihan ROM.	
22 Juni 2021 19.00 WIB	1	- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	Ds : - Do : pasien duduk saling berhadapan dengan perawat.	Meliyadwi febriyanti
19.30 WIB	1	- Minta pasien untuk mengulang apa yang disampaikan	Ds :- Do : klien hanya bisa menyebutkan satu huruf dibantu perawat.	
19.45 WIB	1	- Mengajarkan pasien dan keluarga proses	Ds : - Do : terlihat klien dan keluarga klien	

		kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara	bersemangat untuk melanjutkan terapi yang sudah diajarkan.	
22 Juni 2021 20.00 WIB	2	- Mengajarkan mobilisasi sederhana	Ds : - Do : terlihat klien melakukan latihan ROM.	Meliya dwi febriyanti
20.30 WIB	2	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Ds : - Do : terlihat keluarga membantu klien dalam proses meningkatkan pergerakan.	
23 Juni 2021 19.00 WIB	1	- Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara	Ds : - Do : terlihat klien masih belum jelas dalam berbicara.	Meliya dwi febriyanti
19.15 WIB	1	- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	Ds : - Do : klien duduk didepan perawat berhadapan.	
19.45 WIB	1	- Minta pasien untuk mengulang apa	Ds : - Do : terlihat klien masih belum bisa	

		yang disampaikan	mengulang yang disampaikan perawat secara mandiri.	
23 Juni 2021 20.00 WIB	2	- Monitoring tanda – tanda vital sebelum memulai mobilisasi	Ds : - Do : TD : 130 /90 mmHg, N : 95 x/menit.	Meliya dwi febriya nti
20.10 WIB	2	- Mengajarkan mobilisasi sederhana	Ds : - Do : terlihat klien senang berlatih ROM.	
24 Juni 2021 19.00 WIB	1	- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	Ds : - Do : terlihat klien duduk berhadapan dengan perawat.	Meliya dwi febriya nti
19.30 WIB	1	- Minta pasien untuk mengulang apa yang disampaikan	Ds : - Do : terlihat klien belum bisa mengulang, masih dibantu perawat.	
24 Juni 2021 20.00 WIB	2	- Monitoring tanda – tanda vital sebelum memulai mobilisasi	Ds : - Do : TD : 120 /80 mmHg, N : 98 x/menit.	Meliya dwi febriya nti
20.10 WIB	2	- Mengajarkan mobilisasi sederhana	Ds : - Do : terlihat klien bersemangat untuk	

			melakukan ROM.	
--	--	--	----------------	--

G. Evaluasi keperawatan

Hari / tanggal	No Dx	Evaluasi	Paraf															
Kamis, 24 Juni 2021	1	<p>S : -</p> <p>O : klien belum dapat menirukan apa yang diajarkan oleh perawat.</p> <p>A : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>- Ajarkan teknik komunikasi yang sudah diberikan secara bertahap.</p>	Indikator	Awal	Akhir	Kemampuan berbicara	1	2	Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	1	2	Kontak mata	1	3	Pelo	1	2	Meliya dwi febriya nti
Indikator	Awal	Akhir																
Kemampuan berbicara	1	2																
Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	1	2																
Kontak mata	1	3																
Pelo	1	2																
Kamis, 24 Juni 2021	2	<p>S : -</p> <p>O : anggota tubuh klien masih terlihat kaku saat dibantu untuk digerakkan.</p> <p>A : masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Awal	Akhir	Pergerakan ekstremitas	1	2	Kekuatan otot	1	2	Kelemahan fisik	1	2	Meliya dwi febriya nti			
Indikator	Awal	Akhir																
Pergerakan ekstremitas	1	2																
Kekuatan otot	1	2																
Kelemahan fisik	1	2																

		<p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Monitor tanda – tanda vital.</li><li>- Ajarkan teknik mobilisasi yang sudah diberikan secara bertahap (ROM Pasif).</li></ul>	
--	--	--	--

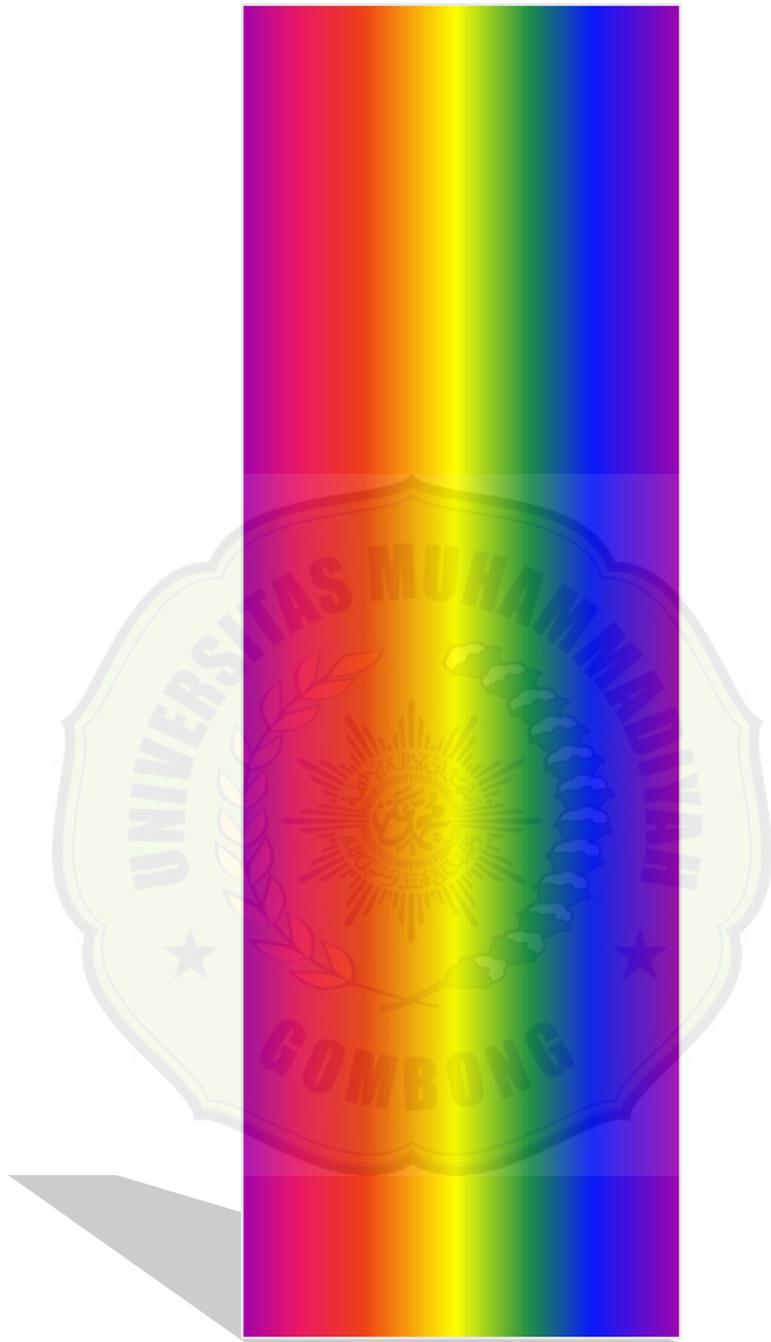


**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**  
**TERAPI AIUEO**

PENGERTIAN	Latihan vokal adalah latihan komunikasi yang digunakan untuk memberikan terapi pada penderita gangguan komunikasi agar mampu berinteraksi dengan baik.
TUJUAN	Memperbaiki ucapan supaya lebih mudah orang lain untuk memahami dengan cara menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mengucapkan kata-kata.
ALAT DAN BAHAN	Kertas bertuliskan huruf AIUEO.
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan verifikasi data pasien.</li> </ol> <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam.</li> <li>2. Memperkenalkan diri.</li> <li>3. Memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur tindakan kepada keluarga dan klien.</li> <li>4. Bertanya kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan.</li> </ol> <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membaca tasmiyah.</li> <li>2. Memasang sampiran / menjaga privacy.</li> <li>3. Mengatur posisi klien dengan nyaman dan jangan berbaring.</li> <li>4. Posisikan wajah klien menghadap ke depan ke arah terapis.</li> <li>5. Letakkan kedua tangan pasien disamping.</li> <li>6. Ajarkan pasien kembungkan kedua bibir dengan rapat, tahan selama 5 detik dan kemudian hembuskan.</li> <li>7. Anjurkan pasien mengucapkan huruf “A” dalam</li> </ol>

	<p>keadaan mulut membuka.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Selanjutnya anjurkan pasien mengucapkan huruf “I” dalam keadaan mulut dan gigi rapat dan bibir membuka.</li><li>9. Selanjutnya anjurkan pasien mengucapkan huruf “U” dalam keadaan mulut maju ke depan dan membuka.</li><li>10. Selanjutnya anjurkan pasien mengucapkan huruf “E” dalam keadaan pipi, mulut dan bibir posisi tersenyum.</li><li>11. Setelah itu anjurkan pasien mengucapkan huruf “O” dalam keadaan bagian mulut mencucu ke depan.</li><li>12. Membaca tahmid.</li></ol> <p>D. Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Merapikan pasien.</li><li>2. Membereskan alat – alat.</li><li>3. Melakukan evaluasi.</li><li>4. Mencuci tangan.</li><li>5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.</li></ol>
--	--











### Lembar skala komunikasi fungsional DERBY

Skor	Ekspresi (E)	Pemahaman (P)	Interaksi (I)
0	Tidak mampu mengekspresikan dan tidak berusaha menarik perhatian	Kurang atau tidak menunjukkan pemahaman (tidak ada respon)	Sedikit atau tidak ada interaksi (tidak merespon)
1	Tidak mampu mengekspresikan kebutuhan, tetapi menunjukkan usaha pasien untuk berkomunikasi	Menunjukkan tanda-tanda pemahaman bahwa orang lain sedang berusaha untuk mengkomunikasikan sesuatu	Menyadari adanya kehadiran orang lain
2	Menggunakan komunikasi verbal	Memahami beberapa pilihan sederhana dengan dukungan non-verbal	Merespon salam dan signal sosial yang disampaikan melalui ekspresi
3	Responnya tidak dapat diharapkan	Dapat memahami beberapa kata-kata atau simbol yang sederhana	Dapat berkomunikasi dengan satu orang secara konsisten
4	Mengekspresikan ide-ide dengan bicara singkat	Memahami ide-ide yang disampaikan	Dapat berkomunikasi dengan dua orang secara konsisten
5	Mengekspresikan ide-ide yang lebih rumit	Memahami ide-ide yang disampaikan	Dapat berinteraksi dengan beberapa orang
6	Mengekspresikan ide-ide yang	Memahami beberapa	Berinteraksi secara mandiri

	memerlukan kata-kata	percakapan yang rumit	dengan berapapun banyaknya jumlah orang
7	Dapat mengekspresikan ide-ide dalam komunikasi yang kompleks	Benar-benar memahami komunikasi kompleks	Dapat mempertahankan interaksi dengan berapapun banyaknya jumlah orang
8	Tidak ada masalah yang terdeteksi	Tidak ada masalah yang terdeteksi	Tidak ada masalah yang terdeteksi
Hasil	E :	P :	I :

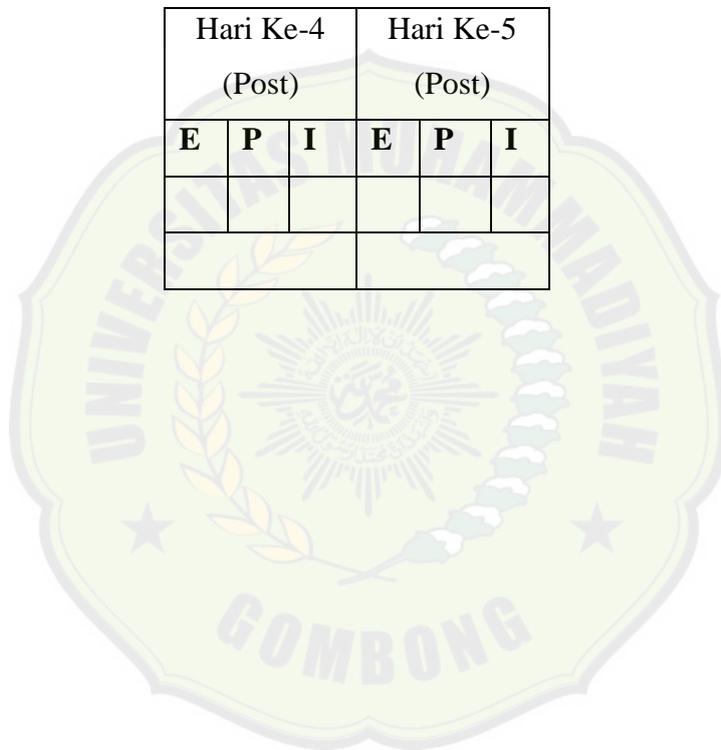
Klasifikasi total skor :

1. 0 – 8 : Afasia berat
2. 9 – 15 : Afasia sedang
3. 16 – 23 : Afasia ringan
4. 24 : Normal

## Lembar Observasi

	Hari Ke-1 (Pre)			Hari Ke-1 (Post)			Hari Ke-2 (Post)			Hari ke-3 (Post)		
	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>
Indikator												
Skor												
Total												

Hari Ke-4 (Post)			Hari Ke-5 (Post)		
<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>



### Lembar skala komunikasi fungsional DERBY

Skor	Ekspresi (E)	Pemahaman (P)	Interaksi (I)
0	Tidak mampu mengekspresikan dan tidak berusaha menarik perhatian	Kurang atau tidak menunjukkan pemahaman (tidak ada respon)	Sedikit atau tidak ada interaksi (tidak merespon)
1	Tidak mampu mengekspresikan kebutuhan, tetapi menunjukkan usaha pasien untuk berkomunikasi	Menunjukkan tanda-tanda pemahaman bahwa orang lain sedang berusaha untuk mengkomunikasikan sesuatu	Menyadari adanya kehadiran orang lain
2	Menggunakan komunikasi verbal	Memahami beberapa pilihan sederhana dengan dukungan non-verbal	Merespon salam dan signal sosial yang disampaikan melalui ekspresi
3	Responnya tidak dapat diharapkan	Dapat memahami beberapa kata-kata atau simbol yang sederhana	Dapat berkomunikasi dengan satu orang secara konsisten
4	Mengekspresikan ide-ide dengan bicara singkat	Memahami ide-ide yang disampaikan	Dapat berkomunikasi dengan dua orang secara konsisten
5	Mengekspresikan ide-ide yang lebih rumit	Memahami ide-ide yang disampaikan	Dapat berinteraksi dengan beberapa orang
6	Mengekspresikan ide-ide yang	Memahami beberapa	Berinteraksi secara mandiri

	memerlukan kata-kata	percakapan yang rumit	dengan berapapun banyaknya jumlah orang
7	Dapat mengekspresikan ide-ide dalam komunikasi yang kompleks	Benar-benar memahami komunikasi kompleks	Dapat mempertahankan interaksi dengan berapapun banyaknya jumlah orang
8	Tidak ada masalah yang terdeteksi	Tidak ada masalah yang terdeteksi	Tidak ada masalah yang terdeteksi
Hasil	E :	P :	I :

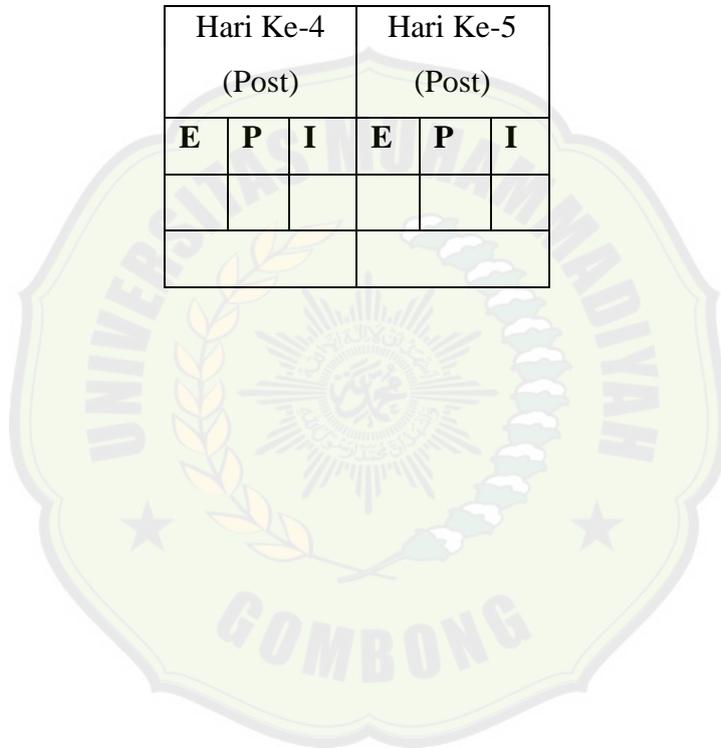
Klasifikasi total skor :

1. 0 – 8 : Afasia berat
2. 9 – 15 : Afasia sedang
3. 16 – 23 : Afasia ringan
4. 24 : Normal

## Lembar Observasi

	Hari Ke-1 (Pre)			Hari Ke-1 (Post)			Hari Ke-2 (Post)			Hari ke-3 (Post)		
	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>
Indikator												
Skor												
Total												

Hari Ke-4 (Post)			Hari Ke-5 (Post)		
<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>



### Lembar skala komunikasi fungsional DERBY

Skor	Ekspresi (E)	Pemahaman (P)	Interaksi (I)
0	Tidak mampu mengekspresikan dan tidak berusaha menarik perhatian	Kurang atau tidak menunjukkan pemahaman (tidak ada respon)	Sedikit atau tidak ada interaksi (tidak merespon)
1	Tidak mampu mengekspresikan kebutuhan, tetapi menunjukkan usaha pasien untuk berkomunikasi	Menunjukkan tanda-tanda pemahaman bahwa orang lain sedang berusaha untuk mengkomunikasikan sesuatu	Menyadari adanya kehadiran orang lain
2	Menggunakan komunikasi verbal	Memahami beberapa pilihan sederhana dengan dukungan non-verbal	Merespon salam dan signal sosial yang disampaikan melalui ekspresi
3	Responnya tidak dapat diharapkan	Dapat memahami beberapa kata-kata atau simbol yang sederhana	Dapat berkomunikasi dengan satu orang secara konsisten
4	Mengekspresikan ide-ide dengan bicara singkat	Memahami ide-ide yang disampaikan	Dapat berkomunikasi dengan dua orang secara konsisten
5	Mengekspresikan ide-ide yang lebih rumit	Memahami ide-ide yang disampaikan	Dapat berinteraksi dengan beberapa orang
6	Mengekspresikan ide-ide yang	Memahami beberapa	Berinteraksi secara mandiri

	memerlukan kata-kata	percakapan yang rumit	dengan berapapun banyaknya jumlah orang
7	Dapat mengekspresikan ide-ide dalam komunikasi yang kompleks	Benar-benar memahami komunikasi kompleks	Dapat mempertahankan interaksi dengan berapapun banyaknya jumlah orang
8	Tidak ada masalah yang terdeteksi	Tidak ada masalah yang terdeteksi	Tidak ada masalah yang terdeteksi
Hasil	E :	P :	I :

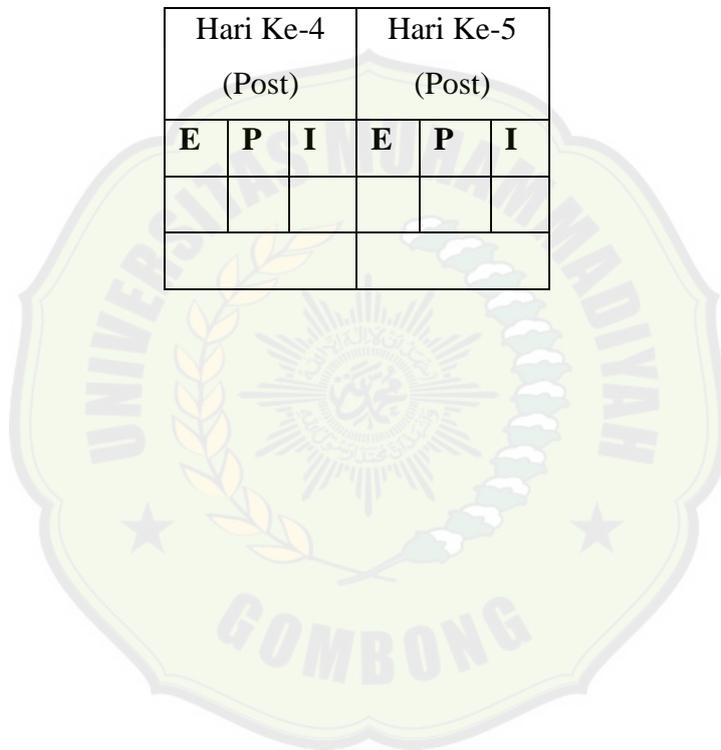
Klasifikasi total skor :

1. 0 – 8 : Afasia berat
2. 9 – 15 : Afasia sedang
3. 16 – 23 : Afasia ringan
4. 24 : Normal

## Lembar Observasi

	Hari Ke-1 (Pre)			Hari Ke-1 (Post)			Hari Ke-2 (Post)			Hari ke-3 (Post)		
	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>
Indikator												
Skor												
Total												

Hari Ke-4 (Post)			Hari Ke-5 (Post)		
<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>I</b>





**LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Meliya Dwi Febriyanti  
NIM : A01802445  
NAMA PEMBIMBING : Dadi Santoso, S.Kep.,Ns., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	13 November 2020	Menentukan tema dan judul KTI	
2	14 November 2020	Konsul tema dan judul KTI	
3	26 Desember 2020	Konsul bab 1	
4	12 Januari 2021	Konsul bab 2	
5	19 Januari 2021	Bimbingan	
6	19 Januari 2021	Konsul revisi bab 1, bab 2 dan bab 3	
7	20 Januari 2021	Konsul revisi bab 2 dan bab 3	

8	22 Januari 2021	Konsul revisi bab 2 dan bab 3	
9	23 Januari 2021	Konsul revisi bab 2 dan bab 3	
10	27 Januari 2021	ACC bab 1 – 3	

Mengetahui

Ketua Program Studi Keperawatan Program D-3





PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Meliya Dwi Febriyanti  
NIM : A01802445  
NAMA PEMBIMBING : Dadi Santoso, S.Kep.,Ns., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	1 Juli 2021	Konsul bab 4 dan bab 5	
2	1 Juli 2021	Konsul askep	
3	7 Juli 2021	Konsul revisi bab 4 dan bab 5	
4	7 Juli 2021	Konsul revisi askep	
5	15 Juli 2021	Konsul revisi bab 4 dan bab 5	
6	15 Juli 2021	Konsul revisi askep	

7	17 Juli 2021	Konsul revisi bab 4 dan bab 5	
8	17 Juli 2021	Konsul abstrak	
9	18 Juli 2021	ACC bab 4 – 5	

Mengetahui

Ketua Program Studi Keperawatan Program D-3



(Nurlaila, S.Kep.,Ns., M.Kep)



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
MUHAMMADIYAH GOMBONG  
PERPUSTAKAAN

Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp./Fax. (0287) 472433 GOMBONG, 54412  
Website : <http://library.stikesmuhgombong.ac.id/>  
E-mail : [lib.stimugo@gmail.com](mailto:lib.stimugo@gmail.com)

SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J  
NIK : 06039  
Jabatan : Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi :

Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Desa Kemanguan  
Nama : Meliya Dwi Febriyanti  
NIM : A01802445  
Program Studi : D III Keperawatan  
Hasil Cek : 17 %

Gombong, 26 Juli 2021

Pustakawan

(...Desy Setiyakati.....)

Mengetahui,

Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong

(Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J)



**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG**  
Sekretariat : Jl. Yos Sudarso no. 461 Gombong Kebumen Telp. (0287)472433  
Website: [www.stikesmuhgombong.ac.id](http://www.stikesmuhgombong.ac.id) \*email : [lp3mstikesmugo@gmail.com](mailto:lp3mstikesmugo@gmail.com)

No : 274.1/IV.3.LPPM/A/VI/2021 Gombong, 18 Juni 2021  
Hal : Permohonan Ijin  
Lampiran : -

Kepada Yth.  
Kepala Puskesmas Alian  
Di tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

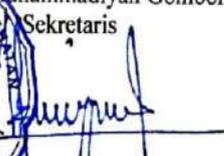
Teriring do'a semoga kita dalam melaksanakan tugas sehari-hari senantiasa mendapat  
lindungan dari Allah SWT. Aamiin

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Keperawatan  
Program Diploma III STIKES Muhammadiyah Gombong, dengan ini kami mohon  
kesediaannya untuk memberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Meliya Dwi Febriyanti  
NIM : A01802445  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal pada  
Pasien Stroke Non Hemoragik di Desa Kemangunan  
Keperluan : Ijin Penelitian

Demikian atas perhatian dan ijin yang diberikan kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

An Ketua LPPM  
Muhammadiyah Gombong  
Sekretaris  
  
Annika Dwi Asti, M.Kep

## TERAPI AIUEO TERHADAP KEMAMPUAN BERBICARA (AFASIA MOTORIK) PADA PASIEN STROKE

Ni Made Dwi Yunica<sup>1</sup>, Putu Indah Sintya Dewi<sup>2</sup>, Mochamad Heri<sup>3</sup>,  
Ni Kadek Erika Widiari<sup>4</sup>  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng<sup>1,2,3,4</sup>  
astrianiyunica1@gmail.com<sup>1</sup>

### ABSTRAK

Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk menganalisis pengaruh terapi aiueo terhadap kemampuan berbicara (afasia motorik) pada pasien stroke Di RSUD Kertha Usada. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu pra eksperimental dengan rancangan *one group pre post test design*. Hasil penelitian didapatkan hasil data nilai rata-rata pre 3,61 dan nilai rata-rata post 5,21. Hasil uji menggunakan uji *Paired t-test* didapatkan nilai  $p (0,000) < \alpha (0,05)$ . Simpulan, ada pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan berbicara (afasia motorik) pada pasien stroke di RSUD Kertha Usada.

Kata Kunci: Kemampuan Berbicara, Terapi AIUEO

### ABSTRACT

*The purpose of this study is to analyze the effect of aiueo therapy on speech (motor aphasia) in stroke patients at Kertha Usada General Hospital. The research design used in this study is pre experimental with one group pre post test design. The results of the study obtained the results of the average value of pre 3.61 and the average value of post 5.21. The test results using the Paired t-test obtained  $p (0,000) < \alpha (0,05)$ . Conclusion, there is an influence of AIUEO therapy on speech (motor aphasia) in stroke patients at Kertha Usada General Hospital.*

*Keywords: Speech Ability, AIUEO Therapy*

### PENDAHULUAN

Stroke merupakan suatu kelainan fungsi otak yang timbul secara mendadak dan terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Penyakit ini menyebabkan kecacatan berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan berbicara, gangguan berfikir, emosional (Farida & Amalia, 2009). Stroke merupakan gangguan yang terjadi pada aliran darah khususnya aliran darah pada pembuluh arteri otak yang dapat menimbulkan gangguan neurologis. Di Indonesia, diperkirakan setiap tahun sekitar 500.000 penduduk terkena serangan stroke dan sekitar 125.000 orang meninggal dan sisanya mengalami cacat ringan atau berat (Yastroki, 2011).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2018 stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang utama didunia. Stroke menempati peringkat ketiga penyebab kematian, pada tahun 2013 terdapat 5,5 juta orang meninggal dan meningkat sebanyak 12% pada tahun 2018 yaitu sekitar 14 juta orang (WHO, 2018).

Hasil dari Riskesdas (2018) menunjukkan telah terjadi peningkatan prevalensi stroke di Indonesia dari 7% (2013) menjadi 10.9% (2018). WHO memperkirakan pada tahun 2020 7,6 juta orang akan meninggal dikarenakan penyakit ini. Jumlah penderita stroke usia 45-54 sekitar 8 %, kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2%. Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (7,1%) dibandingkan dengan perempuan (6,8%) (Farida & Amalia, 2009).

Stroke atau cedera serebrovaskular karena kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak yang dikarenakan pecahnya pembuluh darah. Penyebab penyakit stroke salah satunya karena tingginya tekanan darah, akibat lebih tinggi tekanan darah, lebih besar jumlah kerusakan vascular dan dapat memicu pecahnya pembuluh darah (Padila, 2012). Penyebab stroke adalah perdarahan dari pembuluh darah di otak atau dari gumpalan darah. Stroke memiliki gejala seperti rasa lemas tiba-tiba dibagian tubuh; wajah, lengan, atau kaki seringkali terjadi pada salah satu sisi tubuh, kesulitan bicara atau memahami pembicaraan, kesulitan melihat dengan satu mata atau kedua mata, kesulitan berjalan, pusing, hilang keseimbangan, sakit kepala parah tanpa penyebab jelas dan hilang kesadaran atau pingsan (Kementrian Kesehatan RI, 2013).

Melihat banyaknya kejadian stroke setiap tahunnya, perlu dilakukan penanganan dengan segera, mengingat dampak dari stroke yang sangat merugikan. Dampak stroke yang paling umum antara lain kelumpuhan anggota gerak, wajah perot atau *face drooping*, gangguan penglihatan, gangguan menelan, gangguan sensasi raba, dan gangguan bicara atau afasia (Pinzon et al., 2010).

Gangguan fungsi saraf lokal dan atau global, secara mendadak, progresif dan cepat adalah ciri khas penyakit stroke. Gangguan fungsi saraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik maupun traumatik. Gangguan saraf tersebut menimbulkan gejala antara lain : kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), mungkin perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain (Riscther, 2015).

Masalah kesehatan yang muncul dari serangan penyakit stroke sangat bervariasi tergantung luas daerah otak yang mengalami infark atau kematian jaringan dan lokasi yang terkena (Kusumo & Sudi, 2009). Bila stroke menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, kemungkinan pasien akan mengalami gangguan bicara atau afasia, karena otak kiri berfungsi untuk menganalisis, pikiran logis, konsep, dan memahami bahasa (Farida & Amalia, 2009). Secara umum afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, afasia sensorik dan afasia global.

Orang yang mengalami gangguan bicara atau afasia akan mengalami kegagalan dalam berartikulasi. Artikulasi merupakan proses penyesuaian ruangan supraglottal. Penyesuaian ruangan didaerah 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 (Yanti, 2012).

Afasia memberikan dampak pada berbagai aspek kehidupan. Terutama pada kesejahteraan pasien, kemandirian, partisipasi sosial, dan kualitas hidup pasien. Dampak ini muncul diakibatkan komunikasi yang tidak adekuat antara pasien dan lingkungan. Kondisi mortilitas yang tinggi dan kemampuan fungsional yang rendah pada pasien afasia dapat terjadi karena pasien tidak mampu mengungkapkan apa yang pasien inginkan, tidak mampu menjawab pertanyaan atau berpartisipasi dalam percakapan.

Ketidakmampuan ini menyebabkan pasien menjadi frustrasi, marah, kehilangan harga diri, dan emosi pasien menjadi labil yang pada akhirnya dapat menyebabkan pasien menjadi depresi (Mulyatsih & Ahmad, 2010).

Afasia motorik merupakan kerusakan terhadap seluruh korteks pada daerah broca. Seseorang dengan afasia motorik tidak bisa mengucapkan satu kata apapun, namun masih bisa mengutarakan pikirannya dengan jalan menulis (Wiwit, 2010). Salah satu bentuk terapi rehabilitasi gangguan afasia adalah dengan memberikan terapi wicara (Wiwit, 2010). Terapi wicara merupakan tindakan yang diberikan kepada individu yang mengalami gangguan komunikasi, gangguan berbahasa bicara, gangguan menelan. Salah satu terapi wicara yang dapat diberikan untuk pasien stroke dengan gangguan berbicara adalah terapi AIUEO (Wiwit, 2010).

Salah satu bentuk terapi rehabilitasi gangguan afasia adalah dengan memberikan 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 di atas yang akan menghasilkan bunyi dasar dalam berbicara (Yanti, 2012).

Jumlah pasien stroke yang mengalami kejadian afasia sulit didapat di buku, jurnal dan e-jurnal. Afasia memiliki klasifikasi yang dikelompokkan berdasarkan pada manifestasi kliniknya afasia dibagi menjadi afasia lancar dan afasia tidak lancar. Afasia lancar meliputi ; afasia sensorik (*wernicke*), afasia konduksi, afasia amnesik (anomik) dan afasia transkortikal sensorik. Afasia tidak lancar meliputi: afasia motorik (broca), afasia global dan afasia transkortikal motorik (Satyanegara, 2010).

Afasia motorik atau afasia broca merupakan bentuk afasia yang paling sering dijumpai. Gejala berupa bicara tidak lancar, disartia serta nampak melakukan upaya bila hendak berbicara. Repetisi dan membaca kuat sama terganggunya seperti berbicara spontan. Pemahaman kalimat dengan tata bahasa yang kompleks sering terganggu (Satyanegara, 2010).

Afasia merusak kemampuan pasien untuk berkomunikasi, baik dalam memahami apa yang dikatakan dan dalam kemampuan mengeskresikan diri sendiri (Bare et al., 2002). Stressor tersebut menyebabkan hilangnya peran hidup yang dimiliki penderita stroke hingga terjadinya gangguan persepsi akan konsep diri yang bersangkutan dan dengan sendirinya mengurangi kualitas hidup pasien stroke (Hayulita & Sari 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Wardhana (2011) menunjukkan ada pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke yang mengalami afasia motorik. Pasien stroke yang mengalami kondisi ini dapat diberikan terapi AIUEO yang bertujuan untuk memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain.

Terapi AIUEO merupakan terapi yang bertujuan untuk memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain dengan cara menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mengucapkan kata-kata (Wardhana, 2011; Wiwit, 2010). Metode yang digunakan dalam terapi AIUEO yaitu dengan metode imitasi, di mana setiap pergerakan organ bicara dan suara yang dihasilkan perawat diikuti oleh pasien (Gunawan, 2008).

Menurut Wiwit (2010) penderita stroke yang mengalami kesulitan bicara akan diberikan terapi AIUEO yang 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 didaerah 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 (Rusyani, 2009).

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan penelitian pre eksperimental, karena dalam penelitian memberikan perlakuan atau intervensi pada objek yang akan diteliti. Desain yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *one group pre-test* dan *post-test*, dimana objek yang akan diteliti sebelum diberikan perlakuan dilakukan *pre-test* terlebih dahulu dan setelah diberikan perlakuan atau intervensi akan dilakukan *post-test*. Penelitian ini dilakukan di RSUD Kertha Usada. Sampel penelitian ini adalah pasien stroke yang mengalami gangguan berbicara yang sudah memenuhi kriteria inklusi yang berjumlah 28 orang

## HASIL PENELITIAN

Tabel. 1  
Karakteristik Responden Berdasarkan  
Kelompok Umur

Variabel	Kategori	Jumlah	%
Usia	Dewasa Awal	2	7.1
	Dewasa Akhir	0	0
	Lansia Awal	3	10.7
	Lansia Akhir	10	35.7
	Manula	13	46.7
Total		28	100

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar penderita stroke adalah usia manula sebanyak 13 orang (46,7%).

Tabel. 2  
Karakteristik Responden Berdasarkan  
Jenis Kelamin

Variabel	Kategori	Jumlah	%
Jenis Kelamin	Laki-laki	21	75
	Perempuan	7	25
Total		28	100

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa penderita stroke paling banyak adalah laki-laki 21 orang (75%).

Tabel. 3  
Skor Pre Test DFCS pada Pasien Stroke  
dengan Gangguan Berbicara

	N	Mean	Min	Max	SD
Pretest	28	3.61	1	7	1.449

Berdasarkan tabel 3 didapatkan bahwa hasil rerataan kemampuan berbicara pada pasien stroke adalah 3,61 dengan nilai paling tinggi adalah 7 dan terendah adalah 1.

Tabel. 4  
Skor Post Test DFCS pada Pasien Stroke  
dengan Gangguan Berbicara

	N	Mean	Min	Max	SD
Post-test	28	5.21	3	7	1.343

Berdasarkan tabel 4 didapatkan bahwa rerataan kemampuan berbicara setelah diberikannya intervensi adalah 5.21 dengan nilai minimum 3 dan maximum 8.

Tabel. 5  
Hasil Uji Pre dan Post Test dengan  
Menggunakan Uji Paired t-test

n	Mean	SD	Std. Error mean	df	Sig (2-tailed)
28	1.607	0.629	0.119	27	0.000

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa hasil analisis *Paired T Test* didapatkan *p value* 0,000 ( $p < 0,05$ ) yang berarti bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, menunjukkan ada pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan berbicara pada pasien stroke yang mengalami gangguan berbicara.

## PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar penderita stroke adalah usia manula. Hasil dari penelitian ini sama dengan hasil penelitian (Muhrini et al., 2012) bahwa kebanyakan stroke diderita oleh orang berusia >55 tahun. Semakin tua seseorang maka semakin tinggi juga resiko untuk terkena penyakit stroke (Farida & Amalia, 2009). Pendapat tersebut didukung oleh penelitian Dwi et al., (2014) disimpulkan bahwa usia responden yang menderita stroke yaitu rentang 55-65 tahun. Kemampuan berbicara mulai mengalami peningkatan pada hari ketiga setelah diberikan terapi AIUEO. Pengaruh terapi AIUEO menjadi bermakna dalam meningkatkan kemampuan berbicara dimulai pada. Hasil penelitian tersebut berbanding lurus dengan teori lain yang menyatakan bahwa resiko kejadian stroke terjadi pada usia lebih dari 55 tahun dan meningkat 2 kali lipat setiap dekade (Misbach, 2011).

Cedal atau pelo juga sering kita dengar pada orang dengan usia tua. Cakraborty dalam Rosdiana (2012) menyatakan bahwa mayoritas pasien yang menderita disartria pada rentang usia dewasa tengah. Dalam penelitian ini didapatkan rata-rata yang mengalami disartria adalah usia lanjut. Elastisitas pembuluh darah pada usia tersebut

menurun mengakibatkan banyaknya timbunan plak, sehingga menyebabkan aterosklerosis. Aterosklerosis sendiri dapat menyebabkan masalah pada pembuluh darah di jantung dan otot jantung (Rosdiana, 2012). Pasien yang berusia tua memiliki faktor resiko stroke maka semakin besar juga peluang untuk stroke dan apabila terkena bagian otak yang berperan pada otot-otot bicara dan saraf bicara, maka besar kemungkinan menderita disartria.

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa penderita stroke paling banyak adalah laki-laki. Penelitian yang dilakukan oleh Muhrini et al., (2012) menunjukkan bahwa laki-laki lebih beresiko terkena penyakit stroke dan perempuan lebih rendah. Laki-laki lebih beresiko terkena penyakit stroke karena faktor resiko tambahan yang dapat meningkatkan resiko terkena penyakit pada laki-laki salah satunya adalah life style, merokok dan minum-minuman beralkohol far (Farida & Amalia, 2009).

Penelitian yang dilakukan Rosdiana (2012) didapatkan hasil bahwa lebih banyak wanita yang mengalami kerusakan komunikasi verbal. Hal ini berbanding terbalik dengan hasil penelitian kali ini. dimana jenis kelamin laki-laki yang mengalami disartria. Demikian pula hasil penelitian Amila et al., (2013) menyatakan bahwa sebagian besar kerusakan komunikasi verbal pada responden laki-laki. Laki-laki memiliki kebiasaan merokok atau kebiasaan hidup tidak sehat dengan makan-makanan berlemak yang menyebabkan aterosklerosis pada pembuluh darah. Aterosklerosis pada pembuluh darah dapat mengakibatkan sumbatan pada aliran darah, akibatnya terjadi emboli, thrombus maupun hipoperfusi sistemik. Semua hal tersebut menyebabkan terjadi iskemia di otak hingga stroke. Iskemia di otak mengakibatkan kerusakan pada bagian pons atau medulla oblongata mengakibatkan disartria.

Orang yang mengalami gangguan bicara atau afasia akan mengalami kegagalan dalam berartikulasi. Artikulasi merupakan proses penyesuaian ruangan supraglottal. Penyesuaian ruangan didaerah 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 (Yanti, 2012).

Penelitian sebelumnya Dwi et al., (2014) yang mendapatkan bahwa ada pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pasien stroke yang mengalami afasia motorik. Hal ini juga diperkuat oleh penelitian Sofiatun et al., (2014) yang membandingkan terapi AIUEO dan terapi *the token test* mendapati bahwa terapi AIUEO lebih efektif diberikan kepada pasien stroke yang mengalami gangguan berbicara.

Penelitian ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Prihatin et al., (2017) yang membedakan terapi MIT dan terapi AIUEO yang menyatakan bahwa terapi AIUEO lebih efektif terhadap waktu kemampuan berbicara pada pasien stroke dengan afasia motorik di RS Panti Wilasa Citarum Semarang. Penelitian yang dilakukan oleh Suharti et al., (2016) didapatkan bahwa terapi bicara yang dilakukan dengan rutin dapat meningkatkan kemampuan berbicara pada pasien stroke yang mengalami gangguan berbicara. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari et al., (2017) yang menyatakan bahwa ada pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan komunikasi pasien afasia motorik pasca stroke di Kota Pontianak.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Dwi et al., (2014) menunjukkan bahwa terdapat peningkatan terapi wicara AIUEO pada pasien dengan afasia motorik dengan *p-value* 0,000. Responden lebih efektif diberikan terapi AIUEO karena responden lebih mudah untuk menirukan pembentukan vokal, gerak lidah bibir, rahang. Terapi AIUEO merupakan tindakan yang diberikan kepada individu yang mengalami

gangguan komunikasi. gangguan bahasa dan gangguan bicara yang dibahas berfokus pada terapi bicara pada pasien dengan masalah-masalah dengan neurologis, di antaranya pasca stroke.

Pengulangan bunyi masing-masing alfabet sebagai awal pelatihan kembali dapat diupayakan pada penderita stroke sedini mungkin sejak terdeteksi mengalami afasia (Hudak & Barbara, 2010). 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*. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bose (2013) membuktikan bahwa terdapat perubahan signifikan pada kemampuan penderita aphasia jargon/anomik dalam menamai benda.

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) (Gunawan, 2008).

Latihan pembentukan vokal terjadi dari getaran selaput suara dengan nafas keluar mulut tanpa mendapat halangan. Dalam sistem fomen bahasa indonesia, vokal terdiri dari A, I, U, E, dan O. Dalam pembentukan vokal yang penting diperhatikan adalah letak dan bentuk lidah, bibir, rahang, dan langit-langit lembut (velum) (Gunawan, 2008). Hal ini juga diperkuat Wiwit (2010) 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. Latihan terapi *the token test* lebih sulit diterima oleh responden, karena pusat berbahasa berada pada area broca dan wernick. Kedua pusat ini berhubungan erat, sehingga memungkinkan responden meniru apa yang diucapkan oleh peneliti. Di lobus parietalis kiri pada perbatasan dengan lobus oksipitalis, terdapat pusat ingatan benda-benda yang menyimpan nama benda bersangkutan, sehingga bila terjadi kerusakan akan terjadi kehilangan daya ingat nama benda yang dilihat. Pada kerusakan di daerah perbatasan lobus oksipitalis dengan lobus temporalis, responden tetap tidak dapat mengatakan nama benda yang diperlihatkan, meskipun diberikan bantuan dengan memberi suku kata nama benda tersebut (Markam, 2009).

## SIMPULAN

Berdasarkan pemaparan hasil penelitian pengaruh terapi AIUEO terhadap kemampuan berbicara (afasia motorik) pada pasien stroke di RSUD Kerta Usada, dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut.

Dari 28 subjek penelitian, distribusi frekuensi pasien berdasarkan usia ditemukan bahwa pasien paling banyak berada pada usia manula. Berdasarkan jenis kelamin didapatkan pasien mayoritas adalah laki-laki.

Hasil uji yang dilakukan dengan menggunakan uji *paired t-test* menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian terapi AIUEO terhadap kemampuan berbicara (afasia motorik) pada pasien stroke di RSUD Kertha Usada.

## SARAN

Hasil penelitian ini mendapatkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan dari Terapi AIUEO terhadap Kemampuan Berbicara (Afasia Motorik) pada Pasien Stroke di RSUD Kertha Usada

### Bagi Institusi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi institusi tempat penelitian, guna meningkatkan pelayanan dalam lingkup keperawatan medikal bedah.

### Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan dalam pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai pedoman dalam pembelajaran untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan peserta didik, khususnya mahasiswa keperawatan.

### Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan peneliti selanjutnya sebagai acuan untuk melakukan riset lebih lanjut mengenai “Pengaruh Terapi AIUEO terhadap Kemampuan Berbicara (Afasia Motorik) pada Pasien Stroke di RSUD Kertha Usada”

## DAFTAR PUSTAKA

- Amila, A., Sitorus, R., & Herawati, T. (2013). Pengaruh Augmentative and Alternative Communication terhadap Komunikasi dan Depresi Pasien Afasia Motorik. *Jurnal Keperawatan Padjajaran*, 1(3), 131-143. <https://doi.org/10.24198/jkp.v1i3.61>. <http://jkp.fkep.unpad.ac.id/index.php/jkp/article/viewFile/61/58>
- Bare, B. G., Smeltzer, C. S., Brunner, B., & Suddarth, S. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Bose, A. (2013). Phonological Therapy in Jargon Aphasia: Effects on Naming and Neologisms. *INTERNATIONAL Journal of Language and Communication Disorder*, 48(5), 582–595. Doi : 10.1111/1460-6984.12038
- Dwi, G., Haryanto, A., Setyawan, D., Argo, M., & Kusuma, B. (2014). Pengaruh Terapi AIUEO terhadap Kemampuan Berbicara Pasien Stroke yang Mengalami Afasia Motorik di RSUD Tugurejo Semarang, 1–11. Retrieved from <http://ejournal.stikestelorejo.ac.id/index.php/ilmukeperawatan/article/view/217>
- Farida, I., & Amalia, N. (2009). *Mengantisipasi Stroke Petunjuk Mudah, Lengkap, dan Praktis Sehari-Hari*. (A.S.Sujatna, Ed.). Jogjakarta: Buku Biru
- Gunawan, D. (2008). *Buku Artikulasi*. Universitas Pendidikan Indonesia
- Hayulita, S., & Sari, D. R. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Depresi pada Pasien Paska Stroke di Ruang Rawat Jalan Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi. *Jurnal Ilmu Kesehatan 'Afiyah*, 2(1)
- Hudak, C. M., & Barbara M. G. (2010). *Keperawatan Kritis: Pendekatan Holistik*. Ed.6. Jakarta: EGC
- Kemendes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemendes RI
- Kusumo, S., & Sudi, L. D. S. (2009). *Afasia Gangguan Berkomunikasi Pasca Stroke*. Jakarta: Universitas Indonesia
- Markam, R. S. (2009). *Penuntun Neurologi*. Tangerang: Binarupa Aksara Publizer
- Misbach, J. (2011). *Stroke Aspek Diagnostik, Pathofisiologi, Manajemen*. Jakarta: Balai penerbit FKUI

- Muhrini, A., Ika, S., Sihombing, Y., & Hamra, Y. (2012). Hubungan Umur, Jenis Kelamin dan Hipertensi dengan Kejadian Stroke, 24–30. Retrieved from file:///C:/Users/compaq/Downloads/182-514-1-PB (1).pdf
- Mulyatsih, E., & Ahmad, A. A. (2010). *Stroke: Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI
- Padila, P. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: NuhaMedika
- Pinzon, R., Laksmi, A., Sugianto, S., & Kriswanto, W. (2010). *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan, dan Pencegahan*. Yogyakarta: ANDI OFFSET
- Prihatin, L. W., Kristiyawati., & Asri, P. (2017). Perbedaan Efektifitas Terapi AIUEO dan Melodic Intonation Therapy (MIT) terhadap Waktu Kemampuan Bicara pada Pasien Stroke dengan Afasia Motorik di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. Retrieved from <http://182.253.197.100/e-jurnal/index.php/ilmukeperawatan/article/download/217/242>
- Puspitasari, D., Kusuma, K., & Fahdi, F. K. (2017). *Pengaruh Terapi AIUEO terhadap Kemampuan Komunikasi pada Afasia Motorik Pasien Pasca Stroke di Kota Pontianak*. Naskah Publikasi. Universitas Tanjungpura Pontianak
- Riscther, A., Lewin, V. M., Jobges, M., & Werheid, K. (2015). Predictivity of Early Depressive Symptoms for Post-Stroke Depression. *Journal Nutrition Health Aging; Clinical Neuroscience*, 19(7)
- Riskesdas. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018 Kesehatan, Kementerian*. Retrieved from [http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi\\_rakorpop\\_2018/Hasil Riskesdas 2018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi_rakorpop_2018/Hasil_Riskesdas_2018.pdf)
- Rosdiana, N. (2012). Pengaruh Latihan NS-OMTs: Blowing Pipe terhadap Kemampuan Komunikasi Verbal Pasien Stroke dengan Dysarthria di RSUD Banjar, Ciamis dan Tasikmalaya. [lib.ui.ac.id/file?file=digital/20297849T29793%20Pengaruh%20latihan.pdf](http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20297849T29793%20Pengaruh%20latihan.pdf)
- Sofiatun, I., Kristiyawati, S. P., & Purnomo, S. E. C. (2014). Efektifitas Terapi AIUEO dan Terapi The Token Test terhadap Kemampuan Berbicara Pasien Stroke yang Mengalami Afasia Motorik di RS Mandiri Rahayu Kudus, 230–238. Retrieved. <http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/index.php/jikk/article/download/377/398>
- Rusyani, D. E. (2009). *Konsep Dasar Artikulasi dan Oprimalisasi Fungsi Pendengaran*, 1–120
- Sanjaya, N. A. (2015). Gangguan Fonologi Keluaran Kemampuan Wicara pada Penderita Afasia Broca dan Afasia Wernicke Suatu Kajian Neurolinguistik. Retrieved. [from.http://jurnal.unj.id/index.php/arkhais/article/download/367/311](http://jurnal.unj.id/index.php/arkhais/article/download/367/311)
- Satyanegara, S. (2010). *Ilmu Bedah Saraf*. Edisi 4. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Suharti, S., Munifatul, S., Ariyani, T., & Haryono, W. (2016). Efektifitas Penggunaan Cermin terhadap Kemampuan Bicara pada Pasien Stroke dengan Afasia Motorik Di SMC RS Telogorejo. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 8(3), Retrieved from <http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id?index.php/jikk/article/view/389>
- Wardhana, W. A. (2011). *Strategi Mengatasi & Bangkit dari Stroke*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- World Health Organization (WHO). (2018). *Stroke, Cerebrovascular Accident*. Diambil dari [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/)
- Wiwit, S. (2010). *Sroke & Penangananya*. (M. Sandra, Ed.). Jogjakarta: Kata Hati
- Yanti, D. (2012). *Penatalaksanaan Terapi Wicara pada Tuna Rungu*. Akrab: ECG

Yastroki, S. (2011). *Stroke Penyebab Kematian Urutan Pertama di Rumah Sakit di Indonesia*. Diperoleh dari <http://www.yastroki.or.id>



**PERBEDAAN EFEKTIVITAS TERAPI AIUEO DAN *MELODIC INTONATION THERAPY* (MIT) TERHADAP WAKTU KEMAMPUAN BICARA PADA PASIEN STROKE DENGAN AFASIA MOTORIK DI RUMAH SAKIT PANTI WILASA CITARUM SEMARANG**

Lia Wahyu Prihatin \*), Sri Puguh Kristiyawati \*\*), M. Syamsul Arief SN \*\*\*)

\*) Alumni Progam Studi S.1 Ilmu Keperawatan Stikes Telogorejo Semarang

\*\*) Dosen Progam Studi S.1 Ilmu Keperawatan Stikes Telogorejo Semarang

\*\*\*) Dosen Program Studibkeperawatan Poltekes Kemenkes Semarang

**ABSTRAK**

Stroke adalah gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian. Stroke dapat mengakibatkan gangguan bicara atau afasia motorik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan efektifitas terapi AIUEO dan *melodic intonation therapy* terhadap waktu kemampuan berbicara pada pasien stroke dengan afasia motorik di RS Panti Wilasa Citarum Semarang. Rancangan penelitian ini menggunakan *quasi experiment* dengan desain penelitian *time series design*. Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 16 responden dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling*. Intervensi dilakukan 2 kali sehari selama 5 hari. Hasil uji *unpaired t test* sesudah terapi hari ke-5 didapatkan nilai  $p = 0,004$  artinya ada perbedaan yang bermakna antara sesudah terapi AIUEO hari ke-5 dan sesudah *melodic intonation therapy* hari ke-5. Peningkatan waktu kemampuan berbicara dapat dilihat hari ke-3 dengan rerata skore kemampuan berbicara terapi AIUEO yaitu 16,62 sedangkan rerata skore kemampuan berbicara *melodic intonation therapy* yaitu 14,38. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi AIUEO lebih efektif terhadap waktu kemampuan berbicara pada pasien stroke dengan afasia motorik di RS Panti Wilasa Citarum Semarang. Rekomendasi hasil penelitian ini adalah agar terapi AIUEO dapat dijadikan intervensi keperawatan mandiri dalam meningkatkan kemampuan berbicara pasien stroke dengan afasia motorik.

Kata Kunci : Terapi AIUEO, *Melodic Intonation Therapy*, Stroke, Kemampuan berbicara, Afasia Motorik

**ABSTRACT**

Stroke is a blood circulation disorder that occurs in brain which causes the death of brain tissue and leads to paralysis or even death. Stroke can cause speech disorder or motor aphasia. This research is conducted to discover the Effectiveness difference between AIUEO therapy and *Melodic Intonation Therapy* towards the time of speech ability of stroke patient with motor aphasia at Panti Wilasa Hospital, Citarum

Semarang. This research applies quasi experiment design along with time series design. The samples are taken from 16 respondents by applying total sampling technique. Intervention is taken twice a day for five day. The result indicates that there is significant difference between AIUEO therapy and melodic intonation therapy after applying both of them on the 5<sup>th</sup> day. The improvement of speech time can be observed on the 3<sup>rd</sup> day with the mean value of speech ability on AIUEO therapy that is 16.62 whereas the mean value of speech ability on melodic intonation therapy is 14.38. therefore, it can be concluded that the AIUEO therapy is more effective in improving the speech time of the stroke patients with motor aphasia at Panti Wilasa Hospital, Citarum Semarang. This research recommends that nurses can to apply AIUEO therapy of stroke patient having motor aphasia so that speech ability of motor aphasia patient can increase

Keywords : AIUEO Therapy, Melodic Intonation Therapy, Stroke, Speech Ability, Motor Aphasia

## PENDAHULUAN

Stroke 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. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Batticaca, 2008, hlm.56; Muttaqin, 2008, hlm.128)

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik dan hemorragik. Stroke iskemik terjadi karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak yang menyebabkan suplai darah ke jaringan otak berkurang. Sedangkan stroke hemorragik terjadi karena perdarahan atau pecahnya pembuluh darah otak baik di subarachnoid, intraserebral maupun karena aneurisma (Tarwoto, 2013, hlm.131-132).

Prevalensi stroke di Indonesia pada tahun 2013, berdasarkan diagnosis

tenaga kesehatan dan gejala meningkat dari 8,3 per1000 di tahun 2007 menjadi 12,1 per1000 di tahun 2013 (Riskesdas, 2013, hlm.126). Jumlah kasus stroke tahun 2013 di Jawa Tengah sebanyak 40.972 terdiri dari stroke hemorragik sebanyak 12.542 dan stroke iskemik sebanyak 28.430 (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013, hlm.31). Sedangkan jumlah kasus stroke di kota Semarang tahun 2013 sebanyak 3.688 terdiri dari stroke hemorragik 824, dan stroke iskemik sebanyak 2.864 (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2013, hlm.63).

Melihat banyaknya kejadian stroke setiap tahunnya, perlu dilakukan penanganan dengan segera, mengingat dampak dari stroke yang sangat merugikan. Dampak stroke yang paling umum antara lain kelumpuhan anggota gerak, wajah perot atau *face drooping*, gangguan penglihatan, gangguan menelan, gangguan sensasi raba, dan gangguan bicara atau afasia (Pinzon, et.al., 2010, hlm.16).

Afasia dibagi menjadi menjadi tiga jenis yaitu afasia motorik, afasia sensorik dan afasia global (Mulyatsih dan Airizal, 2008, hlm.36) Afasia motorik merupakan gangguan bicara yang ditandai gejala berupa bicara tidak lancar, disartria, dan serta nampak melakukan upaya bila hendak berbicara namun pemahaman auditif dan membaca tidak terganggu.

Afasia yang dialami pasien stroke terjadi sekitar 15 % dari kejadian stroke, namun sangat mengganggu karena pasien akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dengan individu lain (Yastroki, 2012, ¶2). Afasia yang paling sering dialami pasien stroke adalah afasia motorik (Ramdhani, 2014, ¶5). Dampak afasia motorik yaitu depresi, pasien merasa frustrasi karena tidak bisa menyampaikan pikiran kedalam kata-kata (Samiadi, 2016, ¶3). Selain itu dampak lain adalah pasien malas berbagi duka, selalu menyimpan masalah sendiri dan itu yang membuat pasien menjadi murung (Damayanti, 2015, ¶15).

Perawatan yang baik mampu mengurangi dampak afasia motorik. Perawat sebagai tim pelayanan kesehatan, diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan pasien stroke secara komprehensif sejak awal sampai fase pemulihan. Perawatan tidak hanya terapi farmakologis melainkan terapi non farmakologis juga digunakan untuk pemulihan kondisi pasien (Rasyid & Lyna, 2007, hlm.7). Perawat dapat

memberikan intervensi sesuai dengan gangguan atau kelainan sebagai akibat lanjut dari stroke.

Pasien yang mengalami afasia motorik salah satu bentuk terapi rehabilitasinya adalah dengan memberikan terapi wicara (Waluyo, 2009, hlm.53). Fenomena yang peneliti temui, terapi wicara diberikan kepada pasien afasia motorik yang dirawat di rumah sakit dengan cara mengajak pasien berbicara. Selain itu juga diberikan terapi AIUEO untuk meningkatkan kemampuan berbicara, namun hasilnya kurang maksimal

Terapi AIUEO merupakan terapi yang bertujuan untuk memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain dengan cara menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mengucapkan kata-kata (Wardhana, 2011, hlm.167; Wiwit, 2010, hlm.49). Metode yang digunakan dalam terapi AIUEO yaitu dengan metode imitasi, di mana setiap pergerakan organ bicara dan suara yang dihasilkan perawat diikuti oleh pasien (Gunawan, 2008, hlm.56)

Penelitian tentang terapi AIUEO dilakukan oleh Haryanto, Setyawan & Kusuma (2014) menunjukkan bahwa terapi AIUEO dapat meningkatkan kemampuan bicara pasien stroke dengan afasia motorik. Kemampuan berbicara mulai mengalami peningkatan pada hari ketiga setelah diberikan terapi AIUEO. Pengaruh terapi AIUEO menjadi bermakna dalam meningkatkan kemampuan berbicara dimulai pada

hari ke lima sampai dengan hari ke tujuh.

Terapi lain yang bisa mengatasi pasien dengan afasia adalah *Melodic Intonation Therapy*. *Melodic Intonation Therapy* (MIT) merupakan pengembangan musik sebagai media terapi untuk meningkatkan kemampuan berbahasa yang menggunakan elemen musik (intonasi dan ketukan) sebagai komponen utamanya. *Melodic Intonation Therapy* (MIT) merupakan program yang sering digunakan di negara barat sebagai terapi untuk meningkatkan kemampuan bahasa. *Melodic Intonation Therapy* (MIT) ini efektif digunakan untuk individu yang mengalami aphasia broca, di mana individu tersebut mengalami kerusakan pada himisfer kiri (Maliki, 2015, hlm.94)

Penelitian tentang *Melodic Intonation Therapy* (MIT) dilakukan oleh Meulen et.al (2014) dengan judul *The Efficacy and Timing of Melodic Intonation Therapy in Subacute Aphasia* dengan hasil penelitian yang dilakukan selama 6 minggu didapatkan hasil bahwa latihan MIT secara dini dapat meningkatkan peningkatan bahasa pasien aphasia. *Melodic Intonation Therapy* (MIT) memiliki efek menguntungkan pada produksi bahasa aphasia dalam tahap pasca stroke subakut. Kelompok eksperimen yang menerima MIT awal menunjukkan hasil yang signifikan dari pada kelompok tanpa perlakuan.

Dari penelitian terkait *Melodic Intonation Therapy* (MIT) dapat disimpulkan bahwa *Melodic Intonation*

*Therapy* (MIT) dapat meningkatkan kemampuan bicara pasien stroke dengan afasia secara dini. Apabila menunda melakukan terapi tersebut, maka tidak akan menunjukkan peningkatan terhadap kemampuan bicara pasien stroke dengan afasia.

Peningkatan kemampuan bicara setiap pasien memiliki waktu berbeda-beda, tergantung derajat afasia yang dialami pasien. Pasien stroke dapat meningkat dalam kemampuan berbicara jika dilakukan rehabilitasi sedini mungkin, berkala dan berkesinambungan, sehingga dapat meminimalisasi dampak yang berkepanjangan (Sofwan, 2010, hlm. 58).

Peningkatan kemampuan bicara pasien afasia motorik sangat ditentukan oleh efektivitas terapi dan intensitas terapi yang dilakukan. Penelitian yang dilakukan oleh Dachrud (2010) menyatakan bahwa hasil dari efektivitas terapi dapat dilihat dengan peningkatan bicara. Sejauh ini peneliti belum menemukan penelitian tentang waktu peningkatan kemampuan berbicara pasien afasia motorik

Berdasarkan teori dan hasil penelitian di atas, diketahui bahwa *Melodic Intonation Therapy* (MIT) dan terapi AIUEO berpengaruh terhadap kemampuan bicara. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mencari perbedaan dari terapi AIUEO dan *Melodic Intonation Therapy* (MIT) dalam segi kecepatan waktu kemampuan berbicara dengan judul “perbedaan efektivitas terapi AIUEO dan *Melodic Intonation Therapy* (MIT) terhadap waktu kemampuan

bicara pada pasien stroke dengan afasia motorik

Panti Wilasa Citarum Semarang pada bulan April-Mei 2017 (n=16)

## METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian ini menggunakan penelitian *Quasy Eksperiment* (eksperimen semu) dengan desain penelitian *Time Series*. Pada penelitian ini pengukuran dilakukan selama 3 kali yakni sebelum dilakukan terapi, sesudah terapi hari ke-3 dan sesudah terapi hari ke-5.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yang di rawat di RS Panti Wilasa Citarum Semarang. Teknik pengambilan sample pada penelitian ini menggunakan *total sampling*. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 16 responden, dimana 8 responden diberikan terapi AIUEO dan 8 responden diberikan *melodic intonation therapy*. Alat pengumpulan data dalam penelitian ini berupa lembar prosedur terapi AIUEO, lembar prosedur *melodic intonation therapy*, lembar penilaian kemampuan berbicara *Derby Functional Communication Scale*, dan lembar observasi terapi AIUEO maupun lembar observasi *melodic intonation therapy*

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### UNIVARIT

Data karakteristik responden (jenis kelamin, umur dan frekuensi serangan)

Tabel 4.1

Distribusi frekuensi karakteristik responden pada pasien Stroke di RS

Karakteristik Responden	Terapi AIUEO		<i>Melodic Intonation Therapy</i>	
	F	%	F	%
Jenis kelamin				
1. Laki-laki	6	75	7	87,5
2. perempuan	2	25	1	12,5
Jumlah	8	100	8	100
Usia				
1. 41-50			1	12,5
2. 51-60	5	62,5	7	87,5
3. >60	3	37,5		
Jumlah	8	100	8	100
Frekuensi Serangan				
1. 1 kali	7	87,5	7	87,5
2. 2 kali	1	12,5	1	12,5
Jumlah	8	100	8	100

### 1 Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin

Hasil menunjukkan pada kedua kelompok baik kelompok terapi AIUEO dan *Melodic Intonation Therapy* didominasi oleh responden yang berjenis kelamin laki-laki. Untuk kelompok terapi AIUEO yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah 6 responden (75%), sedangkan untuk kelompok *melodic intonation therapy* yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah 7 responden (87,5).

Kejadian stroke menurut Pinzon et.al (2010, hlm.5) laki-laki lebih mudah terkena stroke. Jenis kelamin Laki-laki lebih banyak terkena stroke daripada wanita yaitu mencapai kisaran 1,25 kali lebih tinggi (Wiwit, 2010, hlm.25). Hal ini sejalan dengan penelitian Crossiati, Kristiyawati, Purnomo

(2013) dengan hasil angka kejadian stroke pada laki-laki lebih besar dari pada wanita yaitu 10 (55,6%) laki-laki, 8 (44,4%) wanita.

Stroke lebih banyak menyerang laki-laki dari pada perempuan karena laki-laki lebih rentan terkena hipertensi. Hipertensi merupakan penyebab pertama terjadinya stroke baik stroke iskemik maupun hemoragik. Hipertensi menyebabkan terjadi gangguan aliran darah tubuh, yaitu diameter pembuluh darah kelak akan mengecil (vasokonstriksi) sehingga darah yang mengalir ke otak pun berkurang. Dengan pengurangan aliran darah otak, maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa (hipoksia) karena suplai berkurang secara terus menerus sehingga jaringan otak lama-lama akan mengalami kematian (Saraswati, 2009, hlm.144).

## 2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia

Hasil menunjukkan pada kelompok terapi AIUEO maupun kelompok *melodic intonation therapy* sebagian besar berusia 51-60 tahun. Pada kelompok terapi AIUEO yang berusia 51-60 berjumlah 5 (62,5%) sedangkan pada kelompok *melodic intonation therapy* yang berusia 51-60 Tahun berjumlah 7 responden (87,5%).

Hal ini didukung oleh hasil penelitian Musriyati, Armiyati, Satyanegara (2015) dengan judul

efektivitas antara *range of motion hook grip* dan *lateral prehension grip* terhadap peningkatan luas gerak sendi jari tangan pada pasien stroke non hemoragik di RSUD Tugurejo Semarang didapatkan sebagian besar responden berusia 51-60 sebesar 16 (80%). Penelitian yang dilakukan Bahrudin (2012) didapatkan hasil bahwa penderita stroke terbanyak di usia 51-60 tahun sebanyak 48 (28,1%), artinya usia merupakan faktor resiko yang paling penting bagi semua jenis stroke.

Kejadian stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia, resiko ini meningkat sejak usia 45 tahun, setelah usia 50 tahun dan setiap pertambahan umur tiga tahun meningkat sebesar 11-20% (Marlina, 2011, hlm.178). Hal ini bisa disebabkan semakin tua usia akan mudah terkena stroke karena dapat mengakibatkan pembuluh darah lebih kaku sehingga dapat memicu terjadinya adanya plak (atherosclerosis) dan mengakibatkan suplai oksigen semakin terganggu (Saraswati, 2009, hlm.144-146). Menurut Azizah (2011, hlm.4) terkait dengan gangguan bicara, seseorang dengan usia > 55 tahun telah mengalami penurunan kemampuan berbicara, sehingga usia dan kejadian stroke memiliki hubungan dengan kejadian afasia motorik.

## 3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan frekuensi serangan stroke

Hasil menunjukkan pada kelompok terapi AIUEO maupun kelompok *melodic intonation therapy*, sebagian besar responden dengan frekuensi serangan pertama. Pada kelompok terapi AIUEO dengan frekuensi serangan pertama berjumlah 7 responden (87,5), sedangkan kelompok dengan *melodic intonation therapy* dengan serangan pertama berjumlah 7 responden (87,5%).

Hasil penelitian ini di dukung oleh Khotimah, Kristiyawati, Purnomo (2016) dengan judul efektivitas *facial massage* dan *facial expression* terhadap kesimetrisan wajah pasien stroke dengan *face drooping* di RS Mardi Rahayu Kudus menunjukkan prevalensi sebanyak 25 (67,6%) responden pada serangan stroke pertama. Selain itu didukung oleh hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Oktavianto, Setiawan, Kusuma (2014) frekuensi stroke terbanyak berada pada serangan stroke pertama sebesar 15 responden (53,6%) dan serangan kedua 13 (46,4%).

Serangan stroke pertama dapat mengakibatkan kecacatan pada penderita stroke, tergantung letak dan luas lesi di area otak yang terganggu. Lesi yang terjadi pada arteri sulcus sentralis kiri di area broca yang terletak pada lobus fronto temporal otak akan mempengaruhi area bicara (Sofwan, 2010, hlm.35). Area broca bertanggung jawab untuk

konversi preliminer simbol bahasa ke aktivitas motor dan dikonversi lagi menjadi gerakan motorik yang dibutuhkan yang memproduksi bicara (*speech*). Apabila terdapat gangguan dalam memproduksi bicara maka akan terjadi afasia motorik (Lumbantobing, 2013, hlm.158). Afasia motorik dapat terjadi pada serangan stroke pertama maupun serangan stroke kedua. Baik buruknya kejadian afasia dapat dilihat pada luas lesi yang terkena baik di serangan pertama maupun kedua.

4. Gambaran kemampuan berbicara pada pasien stroke di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang bulan April-Mei 2017 (n=16)
- Gambaran kemampuan berbicara pasien stroke di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang pada kelompok Terapi AIUEO dan kelompok *Melodic intonation therapy* sebagai berikut:

Tabel 4.2

Gambaran kemampuan berbicara kelompok pertama (Terapi AIUEO) dan kelompok kedua (*Melodic intonation therapy*) pada pasien stroke di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang bulan April-Mei 2017 (n=16)

Variabel	Pre Terapi	Terapi hari ke-3	Terapi hari ke-5
Kemampuan berbicara	x±SD	x±SD	x±SD
Terapi AIUEO	12.38± 2.825	16.62± 1.847	21.38± 2.560

<i>Melodic intonation therapy</i>	12.88±	14.38±	15.88±
	4.121	4.104	3.643

Berdasarkan tabel 4.2 di peroleh rerata kemampuan berbicara kelompok terapi AIUEO dalam penelitian ini terdapat peningkatan pada sesudah terapi AIUEO hari ke-5 nilai mean 21,38. Sedangkan rerata kemampuan berbicara pada kelompok *Melodic Intonation Therapy* dalam penelitian ini terdapat peningkatan pada sesudah terapi *Melodic Intonation Therapy* hari ke-5 nilai mean 15,88.

Dalam proses pengumpulan data peneliti mengukur secara langsung kemampuan berbicara pada pasien stroke baik sebelum terapi, sesudah terapi hari ke-3 dan sesudah terapi hari ke-5. Hasilnya menunjukkan skore kemampuan berbicara pada kelompok terapi AIUEO dan *Melodic Intonation Therapy* mengalami peningkatan kemampuan berbicara.

Pada pasien stroke dengan afasia motorik juga dijumpai dengan gejala stroke yang lain seperti *face drooping* dan hemiparese, gejala neurologi tersebut tergantung daerah mana yang mengalami kerusakan. Pecahnya pembuluh darah dan sumbatan yang terjadi di otak mengakibatkan gangguan suplai oksigen ke jaringan otak dan dapat menimbulkan adanya lesi atau infark. Lesi yang terjadi pada arteri sulcus sentralis kiri di area broca akan mempengaruhi area bicara (Sofwan, 2010, hlm.35).

Area broca inilah yang mengatur kemampuan bicara yang berdekatan dengan daerah motorik korteks yang mengontrol otot-otot artikulasi, sehingga pasien akan mengalami afasia motorik (Sherwood, 2013, hlm.163).

Afasia motorik yang tidak diberikan penanganan akan mengakibatkan kesulitan dalam berkomunikasi dengan individu lain (Yastroki, 2012, ¶2). Selain itu penderita akan mengalami frustrasi dan depresi akibat ketidakmampuan dalam mengungkapkan kata-kata (Tarwoto, 2013, hlm.128)

## BIVARIAT

1. Perbedaan kemampuan berbicara sebelum dan sesudah pada kelompok pertama dengan terapi AIUEO

Hasil rerata kemampuan berbicara pada kelompok terapi AIUEO sebelum dilakukan terapi AIUEO adalah 12,38, sesudah dilakukan terapi AIUEO pada hari ke-3 adalah 16,62 dan sesudah dilakukan terapi AIUEO pada hari ke-5 adalah 21,38. .

Hal ini di perkuat oleh teori yang menjelaskan bahwa 85% pasien stroke mengalami peningkatan kemampuan bahasa secara signifikan setelah menjalani terapi wicara yang intensif. Perbaikan-pewrbaikan yang berkelanjutan juga terjadi pada responden tersebut selama 6 bulan (Harnowo, 2011, ¶10).

Kemampuan berbicara dianggap sebagai salah satu kemampuan berbahasa yang dijadikan tolak ukur dalam menentukan kualitas kemampuan berfikir seseorang. Berbicara merupakan ekspresi dari pikiran, gagasan ataupun perasaan seseorang yang menekankan pada komunikasi dua arah, yaitu memberi dan menerima (Hardini, 2012, hlm. 2)

2. Perbedaan kemampuan berbicara sebelum dan sesudah pada kelompok *Melodic Intonation Therapy*  
 Hasil rerata kemampuan berbicara pada kelompok terapi *Melodic Intonation Therapy* sebelum dilakukan *Melodic Intonation Therapy* adalah 12,88., sesudah dilakukan *Melodic Intonation Therapy* pada hari ke-3 adalah 14,38 dan sesudah dilakukan *Melodic Intonation Therapy* pada hari ke-5 adalah 15,88.

Terapi wicara dapat meningkatkan kemampuan berbicara pada pasien stroke dengan afasia motorik. Apabila Kemampuan berbicara pada pasien stroke baik maka dapat memudahkan pasien berkomunikasi dan mengungkapkan ide atau gagasan kepada orang lain (Hardini, 2012, hlm.2)

Terapi wicara dapat dilakukan dengan *melodic intonation therapy*, dimana *Melodic Intonation Therapy* (MIT)

merupakan salah satu metode terapi yang menggunakan elemen musik dari suatu bahasa (irama dan melodi) untuk menstimulasi hemisfer non-dominan sehingga dapat membantu produksi atau ekspresi bahasa. *Melodic Intonation Therapy* dilakukan dengan metode merangsang timbulnya spontanitas dan fungsi bicara. *Melodic intonation therapy* dapat meningkatkan kemampuan bicara pada pasien stroke dengan afasia motorik (Iqbalbasri, 2015 ¶1).

3. Perbedaan rata-rata peningkatan kemampuan berbicara pada kelompok terapi AIUEO dengan rata-rata peningkatan kemampuan berbicara pada kelompok *Melodic Intonation Therapy*

Tabel 4.7  
 Perbedaan rata-rata score peningkatan kemampuan berbicara pada kelompok terapi AIUEO dengan rata-rata peningkatan kemampuan berbicara pada *kelompok melodic intonation therapy* pada pasien stroke di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang bulan April-Mei 2017 (n=16)

Variabel	AIUEO	<i>Melodic intonation therapy</i>	P Value
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Pre	12,38±2,825	12,88±4,121	0,781
Post hari ke-3	16,62±1,847	14,38±4,104	0,179
Post hari ke-5	21,38±2,560	15,88±3,643	0,004

Berdasarkan tabel 4.7 didapatkan hasil untuk post test hari ke-5 nilai  $p = 0,004$  artinya ada perbedaan yang signifikan antara *post test* terapi AIUEO hari ke-5 dan *melodic intonation therapy* hari ke-5.

Terlihat pada hasil penelitian menjadi bermakna setelah hari ke-5 karena pengulangan latihan terbanyak terjadi pada hari ke-5 yakni 10 kali latihan dalam 5 hari. Semakin sering dan semakin besar intensitas waktu terapi maka semakin besar pula kemampuan bicara pasien stroke (Pinzon, et.al., 2010, hlm.36)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien stroke dengan jumlah 8 pasien yang diberikan terapi AIUEO dan 8 pasien yang diberikan *Melodic Intonation Therapy* didapatkan hasil selisih mean sebelum dilakukan terapi AIUEO dan *Melodic Intonation Therapy* adalah sebesar 0,5, selisih mean setelah dilakukan terapi AIUEO dan *Melodic Intonation Therapy* pada hari ke-3 adalah sebesar 2,24, selisih mean setelah dilakukan terapi AIUEO dan *Melodic Intonation Therapy* pada hari ke-5 adalah sebesar 5,5. Sedangkan selisih mean sebelum dilakukan terapi AIUEO dan sesudah terapi AIUEO hari ke-5 sebesar 9, sedangkan selisih mean sebelum dilakukan *melodic intonation therapy* dan sesudah dilakukan *melodic intonation therapy* hari ke-5 sebesar 3. Hasil tersebut

menunjukkan bahwa terapi AIUEO mempunyai pengaruh yang lebih besar dalam meningkatkan kemampuan berbicara pada pasien stroke dengan afasia motorik dibandingkan dengan *melodic intonation therapy*. Hasil tersebut juga menunjukkan bahwa waktu kemampuan berbicara pada terapi AIUEO terjadi pada hari ke-3 lebih meningkat dari pada kemampuan berbicara dengan *melodic intonation therapy*.

Terapi AIUEO lebih efektif dalam meningkatkan kemampuan berbicara karena terapi AIUEO merupakan latihan pembentukan organ bicara yang ditekankan pada artikulasi organ bicara dimana hanya mengulang huruf vokal (Wardhana, 2011, hlm. 167). Berbeda dengan *melodic intonation therapy* dimana terapi tersebut berfokus pada rangsangan pada hemisfer kanan yang menimbulkan spontanitas dalam berbicara, apabila rangsangan tersebut tidak diterima oleh penderita maka tidak akan terjadi curah verbal yang bersifat melodic (Iqbalbasri, 2015[3]). Latihan *melodic intonation therapy* lebih sulit diterima oleh responden karena responden sulit membentuk gumaman yang bersifat melodik, dan kesulitan mengeluarkan kata yang bersifat melodic, sehingga ucapan kalimat menjadi tidak ada intonasi (Markam, 2009, hlm. 71)

Hasil di atas menunjukkan bahwa terapi wicara berpengaruh jika

dilakukan secara intensif dalam waktu 1-3 hari pertama karena dalam waktu kurang dari 3 hari sel penumbra masih terjadi suatu proses recorvery yang disebut neurological improvement (Indriyani, 2009, hlm.108). Menurut Bastian (2011, hlm.2) Pasien stroke sering mengalami gangguan bicara dan komunikasi ini dapat ditangani dengan cara: Latihan pernapasan (*pre speech training*) berupa latihan napas, menelan, meniup, latihan gerak bibir, lidah dan tenggorokan. Salah satu latihan gerak bibir dan lidah adalah terapi AIUEO. Pada prinsipnya pelaksanaan metode ini mengutamakan latihan gerakan otot dan sendi organ bicara melalui intruksi verbal (Rusyani, 2008, hal.55).

Pasien stroke dengan afasia dapat memperoleh kembali bahasanya, dengan berbagai perlakuan (*treatment*). *Treatment* berupa terapi yang diberikan pada pasien gangguan komunikasi diberikan untuk meningkatkan kemampuan berkomunikasi baik secara lisan, tulisan maupun isyarat (Bakheit et al., 2007, hlm.32). Semakin intensif waktu terapi akan memberikan peningkatan hasil pada pemulihan bahasa pada afasia (Dachrud, 2010, hlm.46)

## KESIMPULAN

1. Karakteristik responden sebagian besar berjenis kelamin laki-laki 13 responden (81,2%), yang berusia 51-60 tahun 9 reponden (56.2%)

dengan serangan stroke pertama kali sebanyak 14 responden (87.5%)

2. Rerata kemampuan berbicara sebelum terapi AIUEO yaitu 12,38 dan sebelum *melodic intonation therapy* yaitu 12,88
3. Rerata kemampuan berbicara sesudah terapi AIUEO hari ke-5 yaitu 21,38 dan sesudah *melodic intonation therapy* hari ke-5 yaitu 15.88
4. Keefektifan terapi AIUEO dan *melodic intonation therapy* dapat dilihat di hari ke-3, dengan rerata skore kemampuan berbicara hari ke-3 terapi AIUEO yaitu 16.62 sedangkan rerata skore kemampuan berbicara hari ke-3 dengan *melodic intonation therapy* hanya sebesar 14.38 artinya rerata skore kemampuan berbicara dengan terapi AIUEO lebih meningkat dibandingkan dengan *melodic intonation therapy*.

## SARAN

1. Bagi pelayanan kesehatan  
Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi mandiri keperawatan pada pasien stroke dengan afasia motorik
2. Bagi institusi pendidikan keperawatan  
Hasil penelitian ini diharapkan bisa digunakan sebagai pengembangan keilmuan keperawatan dan bahan informasi terutama mengenai terapi AIUEO dan *Melodic Intonation Therapy* untuk meningkatkan kemampuan berbicara pada pasien stroke dengan afasia motorik.

3. Bagi penelitian selanjutnya Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan terapi yang dapat meningkatkan kemampuan berbicara pasien stroke dengan afasia motorik

## DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, Lilik M. (2011). Keperawatan lanjut usia. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Bahrudin, Mochammad. (2012). *Model diagnostik stroke berdasarkan gejala klinis*.
- Bakheit, A. M. O., Shaw, S., Barrett, L., Wood, J., Carrington, S., Griffiths, S., Searle, K., Koutsi, F.(2007). *A Prospective, Randomized, Parallel Group, Controlled Study of the Effect of Intensity of Speech and Language Therapy on Early Recovery From Poststroke Aphasia*. Clinical Rehabilitation. 21: 885-894
- Bastian, Yefta. (2011). *Rehabilitasi stroke*.<http://www.mitrakeluarga.com/depok/?p=635>
- Batticaca, Fransisca B. (2008). *Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan system persarafan*. Jakarta : salemba medika
- Crossiati, G., Kristiyawati, S.P., Purnomo E. (2013). *efektivitas penggunaan cermin terhadap kemampuan bicara pada pasien stroke dengan afasia motorik*
- Dachrud, Musdalifah. (2010). *Studi Metaanalisis terhadap Intensitas Terapi Pada Pemulihan Bahasa Afasia*.<https://jurnal.ugm.ac.id/jpsi/article/view/7691/5957>, diperoleh tanggal 22 Januari 2017
- Damayanti, Christie. (2015). *Apa sih dampak stroke itu*.[http://m.kompasiana.com/christiesuharto/apa-sih-dampak-dari-stroke-itu\\_55008edc813311791bfa79d7](http://m.kompasiana.com/christiesuharto/apa-sih-dampak-dari-stroke-itu_55008edc813311791bfa79d7). di peroleh tanggal 22 Januari 2017
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2013). *Profil kesehatan kota semarang*.[http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KAB\\_KOTA\\_2013/3374\\_Jateng\\_Kota\\_Semarang\\_2013.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2013/3374_Jateng_Kota_Semarang_2013.pdf) diperoleh tanggal 11 Januari 2017
- Gunawan, D. (2008). *Buku artikulasi*. Universitas pendidikan Indonesia.[Http://file.upi.edu/Direktori/FI/P/JUR.\\_PEND.\\_LUAR\\_BIASA/196211211984931DUDI\\_GUNAWAN/BUKU\\_ARTIKULASI.pdf](Http://file.upi.edu/Direktori/FI/P/JUR._PEND._LUAR_BIASA/196211211984931DUDI_GUNAWAN/BUKU_ARTIKULASI.pdf) diakses pada tanggal 10 November 2016
- Hardini, Rahayu. (2012) *hubungan penguasaan suku kata dengan keterampilan bercerita*.<http://eprints.uny.ac.id/7805/2/bab%201%20-%2008108244047.pdf>
- Harnowo, putro agus. (2011). *Terapi wicara bantu rehabilitasi pasien stroke*.<http://m.detik.com/health/reas/2011/10/31/094843/1756105/763/>

- Haryanto, G.D.A., Setyawan, D., & Kusuma M.A.B. (2014). *Pengaruh Terapi AIUEO terhadap kemampuan bicara pada pasien stroke yang mengalami afasia motorik di RSUD Tugurejo Semarang*
- Indriyani, W.N. (2009). *Deteksi dini kolesterol, hipertensi, dan stroke*. Yogyakarta: Milestone
- Iqbalbasri. (2015). *Melodic Intonation Therapy sebagai Terapi Aphasia*. <http://www.brainmindcentre.com/2012/07/melodic-intonation-therapy-sebagai.html> diperoleh pada tanggal 5 desember 2016
- Khotimah, Diah Khusnul., Kristiyawati, Sri P., & Purnomo. (2016). *Efektivitas facial massage dan facial expression terhadap kesimetrisan wajah pasien stroke dengan face drooping di RS Mardi Rahayu Kudus*
- Lumbantobing, S.M., (2013). *Neurologi Klinik Pemeriksaan Fisik dan Mental*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Maliki. (2015). *Mit (melodic intonation terapis) untuk meningkatkan kemampuan berbahasa Pada anak autis*
- Markam, soemarmo. (2009). *Dasar-dasar neuropsikologis klinis*. Jakarta: CV Sagung Seto
- Marlina, Y. (2010). *Gambaran factor risiko pada penderita stroke iskemik di RSUP. H. Adam malik medan tahun 2010*
- Mulyatsih, E, Mg & Airizal A. (2008). *Stroke petunjuk perawatan pasien pasca stroke di rumah*. Jakarta : Balai penerbit FKUI
- Musriyati, Armiyati, Satyanegara. (2015). *efektivitas antara range of motion hook grip dan lateral prehension grip terhadap peningkatan luas gerak sendi jari tangan pada pasien stroke non hemoragik di RSUD Tugurejo Semarang*
- Muttaqin, Arif. (2008). *Pengantar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan*. Jakarta : Salemba medika
- Oktavianto, Setiawan, Dody., Kusuma, Muslim argo. (2014) *pengaruh terapi music klasik terhadap kekuatan otot pasien stroke yang menjalani latihan range of motion (rom) pasif di RS Telogorejo Semarang*
- Pinzon, R., Laksmi, Asanti., Sugianto., & Kriswanto, W. (2010). *Awas stroke! Pengertian, gejala, tindakan, perawatan, dan pencegahan*. Yogyakarta : ANDI OFFSET
- Profil kesehatan jawa tengah. (2013). *Profil kesehatan provinsi jawa tengah tahun 2013*, [http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2013/13\\_Prov\\_Jateng\\_2013.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2013/13_Prov_Jateng_2013.pdf)
- Ramdhani, agi. (2014). *Mengenal gejala stroke*. <http://jurnal.selasar.com/gaya-hidup/mengenal-gejala-stroke>, diperoleh tanggal 19 Januari 2017.

- Rasyid, A.L & Lyna, s. (2007). *Unit stroke manajemen stroke secara komprehensif*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Riskesdas. (2013). *Riset kesehatan dasar. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementerian kesehatan RI*, [Http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf)
- Rusyani, Endang. (2008) *Modul 1 Konsep Dasar Artikulasi Dan Optimalisasi Fungsi Pendengaran*. [Http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR.\\_PEND.\\_LUAR\\_BIASA/196211211984931ENDANG\\_RUSYANI/BUKU\\_ARTIKULASI](http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._PEND._LUAR_BIASA/196211211984931ENDANG_RUSYANI/BUKU_ARTIKULASI)
- Samiadi, Lika Aprilia. (2016). *Jenis afaia bisa terjadi pasca stroke*. <http://hellosehat.com/pusat-kesehatan/stroke-2/jenis-afasia-bisa-terjadi-pasca-stroke/>, di peroleh tanggal 11 Januari 2017
- Saraswati, Sylvia. (2009). *Diet sehat untuk penyakit asam urat, diabetes, hipertensi, dan stroke*. Jogjakarta : A<sup>+</sup>PLUS BOOKS
- Sherwood, Lauralee. (2013). *Fisiologi manusia dari sel ke sistem edisi 6, alih bahasa: Brahm U.P*. Jakarta: EGC
- Sofwan, R. (2010). *Anda bertanya, dokter menjawab : stroke dan rehabilitasi pasca-stroke*. Jakarta : PT. Bhuana Ilmu Popular
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan medikal bedah*. Jakarta : Sagung Seto
- Waluyo, Srikandi. (2009). *100 question & answers stroke*. Jakarta : Gramedia
- Wardhana, W.A. (2011). *Strategi mengatasi & bangkit dari stroke*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Wiwit, S.(2010). *Stroke dan penanganannya*. Jogjakarta : Katahati
- Yastroki. (2012) *AFASIA, Gangguan Berbahasa Pasca Stroke*. <http://www.yastroki.or.id/read.php?id=49>, diperoleh tanggal 24 Desember 2016



**ISCHEMIC STROKE: SYMPTOMS, RISK FACTORS, AND PREVENTION**Diah Mutiarasari<sup>1,2</sup>[diah.mutiarasari@untad.ac.id](mailto:diah.mutiarasari@untad.ac.id)

<sup>1</sup> Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat - Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako

<sup>2</sup> Rumah Sakit Umum Tadulako

**ABSTRACT**

*Stroke is still one of the main health problems, not only in Indonesia but also in the world. Based on several studies, it was found that 1 in 6 people in the world would experience stroke throughout his or her life. Stroke contributed 10% of all deaths in the world and it is the third leading cause of death after coronary heart disease (13%) and cancer (12%) in developed countries. Meanwhile about 7.9% of all deaths in Indonesia were caused by strokes. Some among the most important factors are hypertension, smoking, dyslipidemia, diabetes mellitus, obesity, and heart diseases. One of the efforts to reduce the incidence of stroke is by early prevention both before and after an attack. Prevention of stroke consists of primary and secondary preventions. It is hoped that people could avoid strokes and those who had been diagnosed with stroke could get faster treatment according to medical standards.*

**Keywords:** *stroke, ischemic, risk factor, prevention*

## ABSTRAK

Stroke masih menjadi salah satu masalah utama kesehatan, bukan hanya di Indonesia namun di dunia. Berdasarkan penelitian menyatakan bahwa 1 diantara 6 orang di dunia akan mengalami stroke di sepanjang hidupnya. Stroke sebesar 10% dari seluruh kematian di dunia merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah penyakit jantung koroner (13%) dan kanker (12%) di negara – negara maju, sedangkan dari seluruh jumlah kematian di Indonesia disebabkan oleh stroke (7,9 %). Beberapa faktor risiko yang paling penting adalah hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetes mellitus, obesitas, dan penyakit jantung. Salah satu upaya untuk menurunkan tingkat kejadian stroke dengan melakukan pencegahan sejak dini pada pasien stroke sangatlah penting, baik sebelum maupun sesudah terjadi serangan. Pencegahan penyakit stroke terdiri dari pencegahan primer dan sekunder, sehingga masyarakat dapat terhindar dari stroke dan yang dalam perawatan stroke mendapatkan penanganan cepat dan tepat sesuai standar pelayanan stroke.

**Kata kunci:** stroke, iskemik, faktor risiko, pencegahan.

### PENDAHULUAN

Stroke memiliki angka kematian dan kecacatan yang tinggi. Stroke merupakan penyebab utama kecacatan fisik pada usia produktif dan usia lanjut. Di Negara maju stroke menjadi penyebab nomor satu admisi pasien ke rumah sakit, dengan proporsi kematian sebanyak 20% dalam 28 hari pertama perawatan.<sup>[1]</sup> Menurut *World Stroke Organization* bahwa 1 diantara 6 orang di dunia akan mengalami stroke di sepanjang hidupnya, sedangkan data *American Health Association* (AHA) menyebutkan

bahwa setiap 40 detik terdapat 1 kasus baru stroke dengan prevalensi 795.000 pasien stroke baru atau berulang terjadi setiap tahunnya dan kira-kira setiap 4 menit terdapat 1 pasien stroke meninggal. Angka kematian akibat stroke ini mencapai 1 per 20 kematian di Amerika Serikat.<sup>[2]</sup>

### DEFINISI

“Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali ada tindakan dari pembedahan

atau kematian) tanpa tanda – tanda penyebab non vaskuler, termasuk didalamnya tanda – tanda perdarahan subaraknoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri”.[3]

## EPIDEMIOLOGI

Stroke sebesar 10% dari seluruh kematian di dunia merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah penyakit jantung koroner (13%) dan kanker (12%) di negara – negara maju. Prevalensi stroke bervariasi di berbagai belahan dunia. Prevalensi stroke di Amerika Serikat adalah sekitar 7 juta (3,0%), sedangkan di Cina prevalensi stroke berkisar antara 1,8% (pedesaan) dan 9,4% (perkotaan). Di seluruh dunia, Cina merupakan negara dengan tingkat kematian cukup tinggi akibat stroke (19,9% dari seluruh kematian di Cina), bersama dengan Afrika dan Amerika Utara. Insiden stroke di seluruh dunia sebesar 15 juta orang setiap tahunnya, sepertiganya meninggal dan sepertiganya mengalami kecacatan permanen. Sekitar 795.000 pasien stroke baru atau berulang terjadi setiap tahunnya. Sekitar 610.000 adalah serangan pertama dan 185.000 adalah serangan berulang. Angka

kematian akibat stroke ini mencapai 1 per 18 kematian di Amerika Serikat. Kurun waktu 5 tahun, lebih dari setengah pasien stroke berusia > 45 tahun akan meninggal [2,4-5]

Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa kematian sebesar 7,9 % dari seluruh jumlah kematian di Indonesia disebabkan oleh stroke.<sup>[4]</sup> Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Rikesda, 2013) bahwa prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per 1000 penduduk dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per 1000 penduduk. Prevalensi stroke berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9 ‰), DI Yogyakarta (16,9 ‰), Sulawesi Tengah (16,6‰), diikuti Jawa Timur sebesar 16 ‰ (Rikesdas, 2013). Prevalensi stroke di Sulawesi Tengah sebesar 16,6‰ lebih tinggi dibandingkan prevalensi stroke di Indonesia 12,1‰. Prevalensi stroke yang tinggi di Sulawesi Tengah pada penduduk berusia diatas 75 tahun (84,6‰) dan jenis kelamin laki-laki (17,3‰).<sup>[6]</sup>

## PATOLOGI DAN TIPE

Patologi stroke diklasifikasikan sebagai stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik lebih sering ditemukan daripada stroke hemoragik. Penelitian yang dilakukan Hsieh *et al.*, di Taiwan pada 30.599 pasien stroke, memperlihatkan proporsi stroke iskemik 74,0% dan stroke hemoragik 26,0%.<sup>[7]</sup> Stroke iskemik atau stroke non hemoragik adalah kematian jaringan otak karena gangguan aliran darah ke daerah otak, yang disebabkan oleh tersumbatnya arteri serebral atau servikal atau yang kurang mungkin tersumbat, vena serebral.<sup>[8]</sup> Klasifikasi stroke iskemik yang sering digunakan pada penelitian untuk mengklasifikasikan subtype stroke iskemik adalah klasifikasi *Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment* (TOAST), yaitu (1) aterosklerosis pembuluh darah besar, (2) kardioembolik, (3) lakunar, (4) penyebab lain, dan (5) tidak diketahui penyebabnya.<sup>[9-11]</sup>

Penelitian yang dilakukan Hsieh *et al.*, memperlihatkan bahwa stroke dengan aterosklerosis pembuluh darah besar (27,7%), lakunar (37,7%), kardioembolik (10,9%), penyebab lain (1,5%) dan tidak

diketahui Penyebabnya (22,2%). Stroke iskemik dengan aterosklerosis pada pembuluh darah besar dan stroke lakunar adalah jenis patologi yang utama.<sup>[7]</sup>

## TANDA DAN GEJALA

Serangan untuk tipe stroke apa pun akan menimbulkan defisit neurologis yang bersifat akut. Tanda dan gejala stroke:<sup>[12]</sup>

1. Hemidefisit motorik
2. Hemidefisit sensorik
3. Penurunan kesadaran
4. Kelumpuhan nervus VII (fasialis) dan nervus XII (hipoglosus) yang bersifat sentral
5. Afasia dan demensia
6. Hemianopsia
7. Defisit batang otak

## FAKTOR RISIKO

- a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Usia, jenis kelamin dan riwayat keluarga adalah faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Pada penelitian di Taiwan menunjukkan bahwa stroke terjadi pada usia 69,9 tahun. Prevalensi stroke lebih tinggi pada pria sebesar 59,8% dibanding wanita.<sup>[7]</sup> Penelitian yang dilakukan Riset Kesehatan Dasar

menunjukkan bahwa prevalensi stroke di Indonesia pada laki – laki adalah di atas 75 tahun (67,0%). Data Riskesdas Provinsi Sulawesi Tengah tertinggi pada penduduk berusia diatas 75 tahun (84,6%) dan jenis kelamin laki-laki (17,3%) lebih tinggi dibanding pada perempuan (15,8%).<sup>[6]</sup> Riwayat keluarga merupakan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Penelitian Jood et al bahwa riwayat keluarga merupakan faktor risiko penyebab stroke iskemik sebesar 41% (229 partisipan) dengan *oods ratio* multivariat (OR: 1,75;95% CI, 1,26-2,43). Penelitian ini riwayat keluarga juga di analisis berdasarkan klasifikasi subtype stroke iskemik (klasifikasi *Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment* (TOAST)) yakni aterosklerosis pembuluh darah besar (OR: 1,88;95% CI, 1,02-3,44), lakunar (OR 1,79;95% CI, 1,13-2,84), dan tidak diketahui penyebabnya (OR : 1,70;95% CI,1,13-2,56), tetapi tidak pada kardioembolik.<sup>[13]</sup>

Faktor risiko yang dapat dimodifikasi Hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetes melitus, obesitas, alkohol dan *atrial fibrillation* adalah faktor risiko yang dapat dimodifikasi.<sup>[14]</sup> Pada penelitian Hsieh *et al* di Taiwan menunjukkan

bahwa faktor – faktor risiko penyebab stroke adalah hipertensi (79,2%), merokok (40,4%), dislipidemia (49,4), diabetes mellitus (45,4%), obesitas (23,7%), dan *atrial fibrillation* (16,5%). Hal ini sesuai dengan penelitian dari Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa masyarakat menderita hipertensi (25,8%), masyarakat berusia > 15 tahun memiliki kadar LDL yang tinggi (15,9%), masyarakat menderita penyakit jantung koroner (1,5%), masyarakat berusia > 15 tahun yang merokok (36,3%), dan masyarakat berusia > 10 tahun kurang konsumsi buah dan sayur (93,5%).<sup>[6-7]</sup>

## DIAGNOSIS

Cara membedakan jenis patologi stroke dapat dilakukan pemeriksaan neuroimaging (CT Scan kepala atau MRI). Stroke dengan lesi yang luas, misalnya di daerah kortikal atau ganglia basalis, gambaran abnormal CT scan kepala baru akan muncul setelah 1-3 jam. Pemeriksaan CT Scan kepala dilakukan dalam 24 jam pertama sejak admisi pasien ke rumah sakit.<sup>[8,15]</sup> Diagnosis stroke akut dapat ditegakkan dengan lebih cepat dan akurat dengan menggunakan MRI terkini (resolusinya lebih tinggi, munculnya

gambaran abnormal lebih cepat, dan dapat menilai lesi di batang otak). Jika penampakan tidak khas atau tidak menunjukkan stroke, maka seorang klinisi harus tetap menganggap itu adalah stroke dan dilanjutkan dengan penentuan apakah pasien adalah calon untuk mendapatkan terapi akut.

Ada 4 komponen untuk merawat pasien – pasien stroke iskemik akut<sup>18</sup>

- (1). Terapi akut dan optimalisasi status neurologis
- (2). Penentuan etiologi untuk melakukan pencegahan sekunder
- (3). Pencegahan kerusakan neurologis atau komplikasi-komplikasi medis
- (4). Pemulihan dan rehabilitasi

Penggunaan neuroimaging sebagai alat diagnosis standar untuk stroke sangat tergantung dari ketersediaan alat tersebut dan ada tidaknya dokter ahli yang kompeten untuk menginterpretasikan hasil pemeriksaan.

## PENATALAKSANAAN

Tujuan terapi adalah memulihkan perfusi ke jaringan otak yang mengalami infark dan mencegah serangan stroke berulang. Terapi dapat menggunakan *Intravenous recombinant tissue*

*plasminogen activator* (rtPA) yang merupakan bukti efektivitas dari trombolisis, obat antiplatelet dan antikoagulan untuk mencegah referfusi pada pasien stroke iskemik.

a. *Intravenous recombinant tissue plasminogen activator* (rt-PA)

Obat ini juga disebut dengan rrt PA, t-PA, tPA, alteplase (nama generik), atau aktivase atau aktilise (nama dagang). Pedoman terbaru bahwa rt-PA harus diberikan jika pasien memenuhi kriteria untuk perawatan. Pemberian rt-PA intravena antara 3 dan 4,5 jam setelah onset serangan stroke telah terbukti efektif pada uji coba klinis secara acak dan dimasukkan ke dalam pedoman rekomendasi oleh *Amerika Stroke Association* (rekomendasi kelas I, bukti ilmiah level B) dan *European Stroke Organisation* (rekomendasi kelas I, bukti ilmiah level A). Penentuan penyebab stroke sebaiknya ditunda hingga setelah memulai terapi rt-PA. Dasar pemberian terapi rt-PA menyatakan pentingnya pemastian diagnosis sehingga pasien tersebut benar – benar memerlukan terapi rt-PA, dengan prosedur CT scan kepala dalam 24 jam pertama sejak masuk ke

rumah sakit dan membantu mengeksklusikan stroke hemoragik.<sup>[8,14]</sup>

Keberhasilan pemberian terapi rt-PA sangat tergantung dengan waktu pemberian terapi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian terapi rt-PA dalam waktu 0-90 menit dapat mengurangi komplikasi sebesar 9,6%, pemberian terapi rt-PA dalam waktu 91-180 menit sebesar 10,5%, dan pemberian terapi rt-PA dalam waktu 181-270 menit sebesar 11,7%, sedangkan *oods ratio* perbandingan waktu pemberian 0-90 menit dengan 181-270 menit (OR 0,74; 95%CI,0,64-0,86; p=0,001). Hasil penelitian ini dapat mendukung upaya intensif untuk mempercepat pasien stroke admisi ke rumah sakit dan pemberian terapi trombolitik dalam 4,5 jam pertama setelah onset serangan stroke, sehingga dapat mengurangi besar keparahan stroke (OR 2,8; 95%CI,2,5-3,1), perdarahan intrakranial (OR 0,96; 95%CI, 0,95-0,98; p=0,001) dan penurunan mortalitas di rumah sakit (OR, 0,96; 95%CI, 0,95-0,98; p=0,001).<sup>[14,16]</sup>

#### b. Terapi antiplatelet

Pengobatan pasien stroke iskemik dengan penggunaan antiplatelet 48 jam sejak onset serangan dapat menurunkan

risiko kematian dan memperbaiki luaran pasien stroke dengan cara mengurangi volume kerusakan otak yang diakibatkan iskemik dan mengurangi terjadinya stroke iskemik ulangan sebesar 25%. Antiplatelet yang biasa digunakan diantaranya aspirin, clopidogrel. Kombinasi aspirin dan clopidogrel dianggap untuk pemberian awal dalam waktu 24 jam dan kelanjutan selama 21 hari. Pemberian aspirin dengan dosis 81 – 325 mg dilakukan pada sebagian besar pasien. Bila pasien mengalami intoleransi terhadap aspirin dapat diganti dengan menggunakan clopidogrel dengan dosis 75 mg per hari atau dipiridamol 200 mg dua kali sehari.<sup>[8,17]</sup>

Hasil uji coba pengobatan antiplatelet terbukti bahwa data pada pasien stroke lebih banyak penggunaannya daripada pasien kardiovaskular akut, mengingat otak memiliki kemungkinan besar mengalami komplikasi perdarahan. Uji klinis telah menunjukkan bahwa antiplatelet hanya memiliki sedikit manfaat untuk pengobatan.<sup>[8]</sup> Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Taylor *et al* yang menyatakan tidak ada perbedaan yang bermakna pada pemberian aspirin

pada pasien stroke iskemik dalam waktu 48 jam pertama sejak admisi ke rumah sakit, baik sebelum dan sesudah penerapan *clinical pathway* (46% vs 61%;  $p = 0,117$ ).<sup>[18]</sup> Hasil ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Panella *et al* bahwa setelah penerapan *clinical pathway* pemberian aspirin pada pasien stroke iskemik dalam waktu 48 jam pertama sejak admisi ke rumah sakit mengalami peningkatan pada kelompok setelah penggunaan *clinical pathway* dibandingkan sebelum penggunaan *clinical pathway* (83,5% vs 74,5%;  $p=0,03$ ) dengan *odds ratio* multivariat (OR 1,73;95% CI, 1,02-2,75).<sup>[1]</sup>

### c. Terapi antikoagulan

Terapi antikoagulan sering menjadi pertimbangan dalam terapi akut stroke iskemik, tetapi uji klinis secara acak menunjukkan bahwa antikoagulan tidak harus secara rutin diberikan untuk stroke iskemik akut. Penggunaan antikoagulan harus sangat berhati-hati. Antikoagulan sebagian besar digunakan untuk pencegahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke kardioemboli. Terapi antikoagulan untuk stroke kardioemboli dengan pemberian heparin yang

disesuaikan dengan berat badan dan warfarin (Coumadin) mulai dengan 5-10 mg per hari. Terapi antikoagulan untuk stroke iskemik akut tidak pernah terbukti efektif. Bahkan di antara pasien dengan fibrilasi atrium, tingkat kekambuhan stroke hanya 5 – 8% pada 14 hari pertama, yang tidak berkurang dengan pemberian awal antikoagulan akut.<sup>[9]</sup> Hal ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan Taylor *et al* yang menyatakan tidak ada perbedaan yang bermakna pada pemberian warfarin pada pasien stroke iskemik dengan hasil elektrokardiogram (EKG) menunjukkan fibrilasi atrium, baik sebelum dan sesudah penerapan *clinical pathway* (33% vs 40%;  $p=0,264$ ).<sup>[18]</sup>

## REHABILITASI

Terapi fisik, terapi okupasi, dan terapi bicara merupakan bagian dari rehabilitasi pada pasien stroke yang harus dilakukan sesegera mungkin. Melibatkan pasien dengan keluarga pasien dan profesional (dokter) akan mempercepat proses pemulihan dan rehabilitasi, karena interaksi tersebut akan memberikan dukungan dan motivasi bagi pasien stroke. Pemilihan lokasi rehabilitasi yang sesuai misalnya di rumah, tempat rehabilitasi,

fasilitas keperawatan yang terlatih, panti jompo, atau fasilitas perawatan penyakit akut jangka panjang dan memiliki tim rehabilitasi merupakan kunci keberhasilan rehabilitasi stroke.<sup>[8]</sup>

*Canadian Stroke Strategy* (CSS) menentukan batas waktu untuk dilakukan penilaian rehabilitasi pada pasien stroke iskemik dilakukan dalam 48 jam sejak admisi ke rumah sakit. Hal tersebut didukung oleh penelitian Panella *et al.*, di Italia dengan besar sampel 476 pasien stroke (238 pasien di masing-masing kelompok) menunjukkan bahwa setelah penerapan *clinical pathway* pasien yang menjalani esesmen rehabilitasi dalam waktu 48 jam sejak admisi ke rumah sakit mengalami peningkatan pada kelompok setelah penggunaan *clinical pathway* dibandingkan sebelum penggunaan *clinical pathway* (96,4% vs 57,5%;  $p = <0,001$ ) dengan *oods ratio* multivariat (OR 20,02; 95% CI, 9,04-46,12).<sup>[1, 15]</sup>

## KOMPLIKASI

Stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara

dini pada stroke, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca stroke memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke. Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, dan pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa komplikasi stroke dapat terjadi akibat langsung stroke itu sendiri, imobilisasi atau perawatan stroke. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien stroke sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada pasien stroke.<sup>[19]</sup>

Pasien dengan stroke akut berisiko tinggi untuk terjadi infeksi. Infeksi yang sering terjadi pada pasien stroke pada umumnya adalah pneumonia dan infeksi saluran kemih. Kajian sistematis yang melibatkan 137.817 pasien stroke pada *Academic Medical Center* di Netherland

menunjukkan bahwa angka kejadian infeksi secara keseluruhan pada pasien stroke sebesar 30%, angka kejadian pneumonia 10% dan angka kejadian infeksi saluran kemih sebesar 10%. Pneumonia secara bermakna dapat menyebabkan kematian di rumah sakit dengan OR 3,62; 95% CI, 2,80-4,68 sedangkan infeksi saluran kemih tidak menyebabkan kematian di rumah sakit.<sup>[20]</sup>

Penatalaksanaan stroke yang terstruktur dan melibatkan tim multidisiplin dapat menurunkan angka komplikasi stroke serta pengawasan petugas yang lebih ketat terhadap kemungkinan terjadinya komplikasi sangat mempengaruhi pencapaian luaran pasien stroke menjadi lebih baik. Salah satu komplikasi medis yang paling sering terjadi pada pasien stroke adalah pneumonia. Pneumonia merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas setelah stroke. Penelitian oleh bahwa risiko pneumonia pasca stroke lebih tinggi terjadi pada pasien dengan usia lanjut (>65 tahun) dengan (OR 3,9; 95% CI, 2,0-7,5), gangguan bicara, tingkat keparahan kecacatan pasca stroke, gangguan kognitif dan disfagia. Organisme yang menyebabkan pneumonia biasanya

resistensi terhadap antibiotik standar dan penilaian kesehatan mulut sangat penting untuk mencegah pneumonia (OR 3,9; 95% CI, 2,3-6,8).<sup>[21]</sup>

## **PENCEGAHAN**

Pencegahan penyakit stroke terdiri dari pencegahan primer dan sekunder. Pada pencegahan primer meliputi upaya – upaya perbaikan pola hidup dan pengendalian faktor – faktor risiko. Pencegahan ini ditujukan kepada masyarakat yang sehat dan belum pernah terserang stroke, namun termasuk pada kelompok masyarakat risiko tinggi. Upaya - upaya yang dapat dilakukan adalah<sup>[22]</sup>:

1. mengatur pola makan sehat
2. penanganan stress dan beristirahat yang cukup
3. pemeriksaan kesehatan secara teratur dan taat anjuran dokter (diet dan obat)

Pencegahan sekunder, yakni dengan mengendalikan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan dapat digunakan sebagai penanda (marker) stroke pada masyarakat, sedangkan pengendalian faktor risiko yang dapat dimodifikasi kita dapat melakukan

evaluasi kepada pasien stroke saat dirawat maupun ketika keluar dari RS. Pencegahan sekunder yang dapat dilakukan pada pasien stroke iskemik akut [23].

1. pemeriksaan MRI pada beberapa pasien dapat dipertimbangkan untuk mendapatkan informasi tambahan dalam penegakan diagnosis dan dalam membuat perencanaan perawatan selanjutnya
2. pencitraan non invasif rutin dilakukan dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk RS, dimana hanya untuk pasien dengan *Modified Rankin Scale* (MRS) 0-2
3. monitoring jantung harus dilakukan setidaknya selama 24 jam pertama
4. pemeriksaan diabetes mellitus dengan pengujian glukosa plasma darah, hemoglobin A1c atau tes toleransi glukosa oral
5. pengukuran kadar kolesterol darah pada pasien yang telah medapatkan terapi statin
6. penilaian troponin awal dapat diberikan, tetapi tidak boleh menunda alteplase IV atau trombektomi
7. pemberian antikoagulasi pada pasien yang memiliki hasil tes koagulasi abnormal pasca stroke iskemik

8. pemberian antitrombotik pada pasien stroke iskemik akut non kardioembolik, yakni pemilihan antiplatelet dapat mengurangi risiko stroke berulang dan kejadian kardiovaskular lainnya
9. pemberian terapi statin pada pasien selama periode akut
10. revaskularisasi karotid dapat dilakukan untuk pencegahan sekunder pada pasien stroke dengan *Modified Rankin Scale* (MRS) 0-2, jika tidak ada kontraindikasi.
11. inisiasi intervensi di RS dengan menggabungkan farmakoterapi dan dukungan terapi perilaku pada pasien stroke yang memiliki kebiasaan merokok, serta melakukan konseling rutin agar membantu pasien berhenti merokok.
12. memberikan pendidikan tentang stroke. Pasien harus diberikan informasi, saran, dan kesempatan untuk berdiskusi mengenai dampak stroke dalam kehidupan sehari-hari mereka.

Dengan demikian, pentingnya pencegahan sejak dini pada pasien stroke iskemik akut, baik sebelum maupun sesudah terjadi serangan stroke. Berbagai upaya – upaya pencegahan dapat berhasil dilakukan jika adanya dukungan dari pihak keluarga, masyarakat, petugas

kesehatan di FKTP, termasuk profesional pemberi asuhan (PPA) di RS, sehingga masyarakat dapat terhindar dari stroke dan yang dalam perawatan stroke mendapatkan penanganan sesuai standar pelayanan stroke.

### **KESIMPULAN**

Stroke adalah penyebab kematian dan disabilitas pertama di Indonesia. Stroke memerlukan penanganan yang cepat, tepat dan akurat untuk mencegah dan menghindari terjadinya kecacatan bahkan kematian. Stroke dapat dicegah dengan mengendalikan faktor – faktor risiko melalui perilaku hidup sehat. Salah satu upaya efektif adalah menyelenggarakan program promosi kesehatan dan preventif dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) secara berkesinambungan kepada masyarakat, mengingat masih sangat minimnya informasi pengetahuan masyarakat terkait faktor – faktor risiko, gejala dan tanda awal stroke, sehingga masih banyak masyarakat yang datang ke RS telah terlambat mendapatkan penanganan.

### **DAFTAR PUSTAKA**

1. Panella M, Marchisio S, Brambilla R, et al. A cluster randomized trial to assess the effect of clinical pathways for patients with stroke: results of the clinical pathways for effective and appropriate care study. *BMC Medicine* 2012;10(71).
2. Roger V, Go A, Lloyd-Jones D, et, al. Heart disease and stroke statistics 2011 update : A report from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123:18-209.
3. WHO. Stroke trends in the WHO MONICA project. *Stroke* 1997;28:500-506
4. Kim AS, and Jhonston SC. Global variation in the relative burden of stroke and ischemic heart disease. *Circulation* 2011;124:314-323.
5. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes; a 10/66 Dementia research group population based survey. *Lancet* 2009;374:1821-1830.
6. Jastal, Udin Y, Veridiana N, dkk. Riset kesehatan dasar dalam angka Provinsi Sulawesi Tengah 2013. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Sulawesi Tengah. 2013.
7. Hsieh FI, Lien LM, Chen ST, et al. Get with the guidelines-stroke performance indicators: surveillance of stroke care in the Taiwan stroke registry: get with the guidelines-stroke in Taiwan. *Circulation* 2010;122:1116-1123.

8. Uchino K, Pary J, Grotta J. Acute Stroke Care, 2<sup>nd</sup> ed, New York: Cambridge University Press. 2011.
9. Silva GS, Koroshetz WJ, Gonzalez RG, et al. Causes of ischemic stroke. Acute Ischemic Stroke, New York: Springer. 2011.
10. Hsieh FI, and Chiou HY. Stroke : morbidity, risk factors, and care in Taiwan. Journal of Stroke 2014;16(2):59-64.
11. Chung JW, Park SH, Kim N, et al. Trial of ORG 10172 in acute stroke treatment (TOAST) classification and vular territory of ischemic stroke lessions diagnosed by diffusion-weighted imaging. Journal of the American Heart Association 2014;10:1161.
12. De Freitas GR, Christoph DDH, Bogousslavsky J. Topographic classification of ischemic stroke, in Fisher M. (ed). Handbook of Clinical Neurology, Vol. 93 (3rd series). Elsevier BV. 2009.
13. Jood K, Ladenvall C, Rosengren A, et al. Family history in ischemic stroke before 70 years of age the sahlgrenska academy study on ischemic stroke. Stroke 2005;36:1383-1387.
14. Departement of Health State of Western Australia. Model of stroke care 2012. Departement of Health State of Western Australia, Perth: Health Network Branch. 2012.
15. Canadian Stroke Strategy. Canadian best practice recommendations for stroke care update 2010. Canada. 2010.
16. Saver JL, Fonarow GC, Smith EE, et al. Time to treat with intravenous tissue plasminogen activator and outcome form acute ischemic stroke. JAMA 2013;309(23):2480-2488.
17. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A Guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. Stroke 2014;45: 2160-2236.
18. Taylor WJ, Wong A, Siegert RJ, et al. Effectiveness of a clinical pathway for acute stroke care in a district general hospital: an audit. BMC Health Services Research 2006;6:16.
19. Kumar S, Selim MH, Caplan LR. Medical complication after stroke. Lancet Neurol 2010;9:105-118.
20. Westendorp WF, Nederkoom PJ, Vermeij J, et al. Post-stroke infection: A systematic review and meta-analysis. BMC Neurology 2011;11:110.
21. Sellars C, Bowie L, Bagg J, et al. Risk factors for chest infection in acute stroke: A Prospective cohort study. Stroke 2007;38:2284-2291.
22. Misbach J, Lamsudin R, Allah A, Basyiruddin, Suroto, Alfa, AY, dkk. Guideline Stroke Tahun 2011. Jakarta:Kelompok Studi Stroke Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia. 2011.
23. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the

American Heart  
Association/American Stroke  
Association. Journal of the  
American Heart Association 2018.

