

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Manusia adalah makhluk sosial yang berinteraksi satu dengan yang lain dan mempunyai tujuan dalam hidupnya. Manusia adalah makhluk ciptaan Tuhan yang paling utama, mempunyai beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi jika ingin dalam keadaan sehat dan seimbang.

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan Kesehatan Teori (Setiasih et al, 2021). Henderson melihat manusia individu yang mengalami perkembangan rentang kehidupan dalam meraih kesehatan, kebebasan, dan kematian yang damai membutuhkan orang lain. Ia melihat bahwa pikiran dan tubuh manusia adalah satu komponen yang tidak dapat dipisahkan. Oleh sebab itu Ia membagi kebutuhan dasar manusia itu menjadi 14 komponen penanganan perawatan, dimana kebutuhan dasar manusia itu diklasifikasikan menjadi 4 kategori yaitu komponen kebutuhan biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual. Diantaranya yaitu :

a. Kebutuhan dasar biologis

- 1) Bernafas secara normal
- 2) Makan dan minum dengan cukup
- 3) Eliminasi
- 4) Bergerak dan mempertahankan postur tubuh
- 5) Tidur dan istirahat
- 6) Berpakaian
- 7) Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal
- 8) Menjaga tubuh tetap bersih, terawat, serta melindungi kulit
- 9) Menghindari bahaya lingkungan yang bisa melukai dan menghindari cedera orang lain.

b. Kebutuhan dasar psikologis

- 1) Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan akan pertolongan, rasa takut, atau pendapat.
- 2) Mempelajari, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan normal dan kesehatan serta memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia.

c. Kebutuhan dasar spiritual

- 1) Beribadah sesuai dengan keyakinan.

d. Kebutuhan dasar social

- 1) Bekerjalah secara optimal agar timbul rasa pencapaian atas hasil kerja yang dilakukan.
- 2) Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi.

2. Konsep Kebutuhan Interaksi Sosial

a. Definisi Interaksi Sosial

Interaksi sosial adalah salah satu cara yang dilakukan individu untuk berkomunikasi dengan yang lain. Ada beberapa faktor yang juga diartikan sebagai proses sosial yang mengarah pada hubungan sosial yang dinamis dapat dikatakan bahwa interaksi sosial adalah suatu proses sosial yang mengarah pada hubungan sosial yang dinamis Sembiring, dkk (2015).

b. Faktor yang mempengaruhi interaksi sosial

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan interaksi sosial pada pasien *afasia wernicke* diantaranya:

1) Jenis *afasia*

Terdapat berbagai jenis *afasia*, seperti *afasia* motorik, dan *afasia* sensorik, yang mempengaruhi kemampuan bicara dan pemahaman pasien. Jenis *afasia* yang dialami pasien akan mempengaruhi kebutuhan interaksi sosial mereka.

2) Tingkat keparahan

Tingkat keparahan *afasia* juga dapat mempengaruhi kebutuhan interaksi sosial. pada pasien dengan afasia yang lebih parah mungkin memerlukan lebih banyak dukungan sosial dan interaksi untuk

membantu mereka berkomunikasi.

3) Kondisi kesehatan

Pasien dengan kondisi kesehatan lain yang menyertai *afasia*, seperti stroke dapat mempengaruhi kebutuhan

4) Lingkungan sosial

Lingkungan sosial yang mendukung, seperti komunitas atau kelompok

5) Komunikasi

Proses pengiriman berita dari seseorang kepada orang lain. Ada empat unsur dalam komunikasi yaitu adanya pengiriman dan penerimaan berita, adanya berita dikirimkan, adanya media atau alat pengiriman berita dan adanya sistem simbol yang digunakan.

c. Jenis-jenis interaksi sosial

1) Interaksi verbal

Terjadi apabila dua orang atau lebih melakukan kontak satu sama lain dengan menggunakan alat-alat artikulasi. Prosesnya terjadi dalam bentuk percakapan satu sama lain.

2) Interaksi fisik

Terjadi manakala dua orang atau lebih melakukan kontak dengan menggunakan bahasa-bahasa tubuh misalnya ekspresi wajah, posisi tubuh, gerak gerik serta kontak mata.

3) Interaksi emosional

Terjadi manakala individu melakukan kontak satu sama lain dengan melakukan curahan perasaan, misalnya mengeluarkan air mata.

4) Interaksi antara individu dengan individu

Pada interaksi ini individu yang satu memberikan pengaruh rangsangan atau stimulasi kepada individu lainnya, seperti berjabat tangan, saling menyapa atau bertengkar.

5) Interaksi antara individu dengan kelompok

Pada interaksi ini individu berinteraksi dengan kelompok misalnya seorang yang memberikan pengarahan.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian data

Pengkajian keperawatan merupakan suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Kartikasari et al., 2020)

a. Pengumpulan data

1) Identitas pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosa medis.

2) Identitas penanggung jawab

Meliputi pengkajian nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien, dan alamat.

3) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan utama adalah gejala atau masalah kesehatan utama yang dirasakan oleh pasien dan menjadi alasan utama pasien mencari bantuan medis atau keperawatan. Sulit memahami bahasa, mendadak pelupa, bicara pelo merupakan keluhan yang paling umum di antara penderita *afasia wernicke*.

b) Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian dalam riwayat penyakit sekarang bagian dari keperawatan yang berfokus pada masalah kesehatan yang sedang dialami oleh pasien saat ini. Keluhan yang dirasakan pasien *afasia wernicke* biasanya terjadi tiba-tiba mengalami disorientasi, tidak mengerti pembicaraan, mendadak pelupa, dan terlihat kebingungan.

c) Riwayat penyakit terdahulu

Riwayat penyakit terdahulu berfokus pada kondisi kesehatan dan penyakit yang pernah dialami oleh pasien dan anggota keluarga pasien sebelumnya. Hipertensi, strok sebelumnya, dan

diabetes melitus tipe 2 riwayat penyakit dari keluarga.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menanyakan pada pasien apakah ada riwayat tentang penyakit pada kesehatan keluarga misalnya diabetes melitus, hipertensi, stroke atau jantung.

e) Alergi

Reaksi sistem kekebalan tubuh terhadap zat-zat alergen tubuh mereka bereaksi berlebihan dan menganggap alergen tersebut sebagai ancaman, menghasilkan berbagai gejala. Misalnya terhadap hewan, barang-barang rumah tangga, obat-obatan atau makanan.

4) Aktivitas sehari-hari

a) Nutrisi dan Cairan

Data yang perlu dikaji meliputi nafsu makan, jumlah makan dan minum serta cairan yang masuk apakah ada perubahan sebelum sakit maupun setelah sakit (Budiono & Pertami, 2016).

b) Pola Eliminasi

Data yang perlu dikaji adalah pola buang air besar (BAB), dan buang air kecil (BAK) sebelum sakit maupun setelah sakit (Budiono & Pertami, 2016).

c) Pola Aktivitas dan Istirahat

Data yang perlu dikaji adalah melibatkan kemampuan melakukan perawatan diri, makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah serta pola tidur dan istirahat baik sebelum sakit maupun setelah sakit (Budiono & Pertami, 2016).

d) Pola Seksual dan Reproduksi

Data yang dikaji mengenai pola kepuasan dan ketidakpuasan seksual pasien, pola reproduksi pasien, masalah pre dan post menopause pada pasien (Perry & Potter, 2017)

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan Umum, keadaan pasien mulai saat pertama kali

bertemu dengan pasien dan dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Kesadaran pasien juga diamati apakah komposmentis, apatis, sanmolen, delirium, semi koma atau koma.

- b) Tanda-tanda Vital, pemeriksaan ini meliputi (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu), umumnya pasien mengalami peningkatan pada tekanan darah, nadi, respirasi, dan nadi.
- c) Kepala dan Muka, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati bentuk kepala, kesimetrisan wajah, amati warna dan keadaan rambut mengenai kebersihan, amati apakah terdapat edema atau bekas luka di muka. Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji kerontokan pada rambut, kaji pembengkakan pada muka, kaji adakah benjolan.
- d) Mata, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati kesimetrisan mata kanan dan kiri, mata juling ada/tidak, konjungtiva merah muda atau anemis, sklera ikterik/putih, pupil kanan dan kiri isokor (normal), reflek pupil terhadap cahaya miosis/mengecil. Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji adanya nyeri tekan atau peningkatan tekanan intraokuler pada kedua bola mata.
- e) Telinga, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati kesimetrisan telinga kanan dan kiri, mengamati menggunakan alat pendengaran atau tidak, warna telinga dengan daerah sekitar, ada atau tidaknya luka, ada tidaknya perdarahan, kebersihan telinga amati ada tidaknya serumen. Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji ada atau tidaknya nyeri tekan.
- f) Hidung, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati keberadaan septum apakah tepat di tengah, kaji adanya massa abnormal dalam hidung dan adanya sekret. Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji adanya fraktur dan nyeri saat di tekan pada hidung.
- g) Mulut, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati bibir apa ada kelainan kogenital (bibir sumbing), warna bibir, kesimetrisan, kelembaban, sianosis atau tidak, pembengkakan, lesi, amati adanya stomatitis pada mulut, amati jumlah dan bentuk gigi,

gigi berlubang, warna gigi, lidah, dan kebersihan gigi. Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji terdapat nyeri tekan pada pipi dan mulut bagian dalam.

- h) Leher, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati adanya luka, kesimetrisan, massa abnormal. Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji adanya pembesaran vena jugularis, pembesaran kelenjar tiroid.
- i) Payudara & Ketiak, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati kesimetrisan payudara kanan kiri, mengamati kebersihan ketiak, amati ada luka/tidak. Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji apakah ada nyeri saat ditekan.
- j) Paru-paru, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati kesimetrisan, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/penonjolan, RR (*respiratory rate*) mengalami peningkatan. Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji vocal fremitus kanan dan kiri sama atau tidak. Perkusi: pada pemeriksaan perkusi normalnya berbunyi sonor. Auskultasi: pada pemeriksaan auskultasi normalnya terdengar vasikuler pada kedua paru dan dengarkan apakah ada suara tambahan.
- k) Jantung, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi mengamati *ictus cordis* tampak atau tidak. Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji apakah ICS (*intercostal space*) teraba atau tidak. Perkusi: pada pemeriksaan perkusi normalnya terdengar pekak. Auskultasi: pada pemeriksaan auskultasi biasanya terdengar murmur.
- l) Abdomen, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati ada atau tidaknya luka, jaringan parut ada atau tidak, amati letak umbilikus, amati warna kulit. Auskultasi: pada pemeriksaan auskultasi dengarkan bising usus normal atau tidak (5 sampai 20x/menit). Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji ada atau tidaknya nyeri tekan. Perkusi: pada pemeriksaan perkusi kaji

suara apakah timpani atau hipertimpani.

- m) Intergumen, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati warna kulit, kelembapan, amati turgor kulit. Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji akral hangat atau dingin, CRT (*Capillary Refill Time*) pada jari normalnya > 2 detik.
- n) Ekstermitas, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi kaji kekuatan dan tonus otot, amati jumlah jari-jari pada tangan dan kaki, adakah fraktur. Palpasi: pada pemeriksaan palpasi kaji ada atau tidaknya edema.
- o) Genetalia & Rektum, inspeksi: pada pemeriksaan inspeksi amati apakah terpasang kateter atau tidak.
- p) Pemeriksaan Neurologi
Pemeriksaan nervus kranialis: pada pasien *afasia wernicke* umumnya terdapat gangguan nervus kranialis II (optikus: pandangan pasien kabur) dan nervus kranialis VII (vestibulotroklearis: pendengaran pasien terganggu).
- q) Pemeriksaan Motorik
Data yang dikaji meliputi penilaian sikap badan atau postur, bentuk dan ukuran otot, gerakan abnormal otot yang tidak terkendali, tonus otot, kekuatan otot, dan gerakan ekstremitas. Pemeriksaan ini dilakukan dalam posisi berdiri, duduk, atau berbaring.
- r) Pemeriksaan Sensorik
Data yang dikaji meliputi evaluasi nyeri, atau suhu, sentuhan ringan, indra posisi, getaran, dan sensasi diskriminatif.
- s) Pemeriksaan Refleks
Pemeriksaan refleks bertujuan untuk menilai fungsi saraf, data yang dikaji meliputi refleks plantar, refleks chaddock, refleks oppenheim, refleks gordon, refleks schaefer, refleks hoffman, dan tromner, refleks rossolimo dan mendel-bechterew.
- t) Pemeriksaan Laboratorium
Fungsi darah rutin, pemeriksaan kimia darah: pada pasien

afasia wernicke dapat terjadi hiperglikemia (kadar gula darah tinggi). Pemeriksaan darah lengkap untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

u) Pemeriksaan Kekuatan Otot

Pemeriksaan dengan cara menilai ekstremitas dan memberikan tahanan atau mengangkat dan menggerakkan otot yang akan dinilai, dalam pemeriksaan tonus otot perawat menggerakkan lengan atau tungkai pada sendi lutut dan siku pasien, perawat perlu menggunakan kedua tangan. Pemeriksaan tonus otot yang meningkat berarti menyulitkan perawat karena dalam melakukan gerakan dibutuhkan sedikit tahanan. (Muttaqin,2019).

Tabel 2. 1 Nilai Kekuatan Otot

Nilai Kekuatan Otot (tonus otot)	Keterangan
0	Tidak ada kontraksi otot sama sekali.
1	Teraba getaran kontraksi otot, tetapi tidak ada gerakan anggota gerak sama sekali.
2	Dapat menggerakkan anggota gerak, tetapi tidak kuat menahan beban dan tidak dapat melawan tekanan gravitasi.
3	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan beban, dapat melawan gravitasi.
4	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif untuk menahan beban dan mampu melawan gravitasi sedang.
5	Dapat melawan tahanan beban dengan kekuatan maksimal.

Sumber: Muttaqin (2019)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (PPNI, 2016) diagnosa yang diambil yaitu:

- Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
- Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)
- Keridakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)
- Risiko jatuh (D.0143)

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. (D.0119)</p> <p>Definisi: Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyebab 2. Penurunan sirkulasi serebral 3. Gangguan neuromuskuler 4. Gangguan pendengaran 5. Gangguan muskuloskeletal 6. Kelainan palatum 7. Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi) 8. Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi) 9. Hambatan psikologis (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi). 10. Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asiny) <ul style="list-style-type: none"> • Gejala dan Tanda Mayor <ol style="list-style-type: none"> 1. Subjektif (tidak tersedia) 2. Objektif <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mampu berbicara atau mendengar • Menunjukkan respon tidak sesuai • Gejala dan Tanda Minor <ol style="list-style-type: none"> 1. Subjektif (tidak tersedia) 2. Objektif <ul style="list-style-type: none"> • Afasia • Disfasia • Apraksia • Disleksia • Disartria • Afonia • Dislalia 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afasia menurun 2. Disfasia menurun 3. Apraksia menurun <p>Pelo menurun</p>	<p>Promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492)</p> <p>Dilakukan bertujuan untuk menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi 2. Identifikasi prioritas metode komunikasi yang digunakan sesuai dengan kemampuan - Identifikasi sumber pesan secara jelas (siapa seharusnya mengatakannya) <ul style="list-style-type: none"> • Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi mengungkapkan isi pesan dengan jelas 4. Fasilitasi penyampaian struktur pesan secara logis 5. Dukung pasien dan keluarga menggunakan komunikasi efektif Edukasi 6. Jelaskan perlunya komunikasi efektif 7. Ajarkan memformulasikan pesan dengan tepat

<ul style="list-style-type: none"> • Pelo • Gagap • Tidak ada kontak mata • Sulit memahami komunikasi • Sulit mempertahankan komunikasi • Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh <ul style="list-style-type: none"> • Kondisi Klinis Terkait 1. Strok 2. Cedera kepala 3. Trauma wajah 4. Peningkatan tekanan intracranial 5. Hipoksia kronis 6. Tumor 7. Miastenia gravis 8. Sklerosis multipel 9. Distropi muskuler 10. Penyakit Alzheimer 11. Kuadriplegia 12. abipalatoskizis 13. Infeksi laring 14. Fraktur rahang 15. Skizofrenia 16. Delusi 17. Paranoid 18. Autism 		
--	--	--

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>Resiko Perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat. (D.0017)</p> <p>Definisi: Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.</p> <p>• Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial 2. Penurunan kinerja ventrikel kiri 3. Aterosklerosis aorta 4. Diseksi arteri 5. Fibrilasi atrium 6. Tumor otak 7. Stenosis karotis 8. Miksoma atrium 9. Aneurisma serebri 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan perfusi serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran kognitif meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Kecemasan menurun 5. Agitasi menurun 6. Demam menurun 7. Tekanan darah sitolik menurun 8. Tekanan darah diastolik menurun 	<p>Pemantaun neurologis (I.06197) Dilakukan bertujuan untuk mencegah atau meminimalkan komplikasi neurologis.</p> <p>• Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaktifitas pupil 2. Monitor tingkat kesadaran, monitor tingkat orientasi (misal:, menggunakan skala koma glasgow) 3. Monitor ingatan terakhir, rentang perhatian, memori masa lalu, <i>mood</i>, dan perilaku 4. Monitor tanda-tanda vital 5. Monitor status pernapasan: Analisa gas darah, oksimetri nadi, kedalaman napas, pola napas, dan usaha napas 6. Monitor parameter

<ol style="list-style-type: none"> 10. Koagulopati (mis. anemia sel sabit) 11. Dilatasi kardiomiopati 12. Koagulasi intravaskuler diseminata 13. Embolisme 14. Cedera kepala 15. Hiperkolesteronemia 16. Hipertensi 17. Endokarditis infeksi 18. Katup prostetik mekanis 19. Stenosis mitral 20. Neoplasma otak 21. Infark miokard akut 22. Sindrom sick sinus 23. Penyalahgunaan zat 24. Terapi trombolitik 25. Efek samping tindakan (misal: tindakan operasi bypass) <p>• Kondisi Klinis Terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Strok 2. Cedera kepala 3. Aterosklerotik aortik 4. Infark miokard akut 5. Diseksi arteri 6. Embolisme 7. Endokarditis infeksi 8. Fibrilasi atrium 9. Hiperkolesterolemia 10. Hipertensi 11. Dilatasi kardiomiopati 		<p>hemodinamika invasi, jika perlu</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. monitor CPP (<i>Cerebral Perfusion Pressure</i>) 8. Monitor ICP (<i>Intracranial pressure</i>) 9. Monitor refleksi kornea 10. Monitor batuk dan refleksi muntah 11. Monitor irama otot, gerakan motor, gaya berjalan, dan propriosepsi. 12. Monitor kekuatan pegangan 13. Monitor adanya 14. Monitor kesimetrisan wajah 15. Monitor gangguan visual: diplopia, nistagmus, perpotongan bidang visual, kabur, dan ketajaman penglihatan. 16. Monitor keluhan sakit kepala 17. Monitor karakteristik bicara: kelancaran, kehadiran afasia, atau kesulitan mencari kata 18. Monitor diskriminasi tajam/tumpul atau panas/dingin. 19. Monitor parestesi (mati rasa dan kesemutan) 20. Monitor pola berkeringat 21. Monitor respons Babinski 22. Monitor respons Cushing 23. Monitor balutan kraniotomi atau laminektomi terhadap adanya drainase 24. Monitor respons terhadap pengobatan <p>• Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis, jika perlu 2. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial 3. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 4. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>• Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan <p>Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
--	--	--

Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D. 0027)</p> <p>Definisi Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.</p> <p>• Penyebab Hiperglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disfungsi pankreas 2. Resistensi insulin 3. Gangguan toleransi glukosa darah 4. Gangguan glukosa darah puasa <p>• Kondisi terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes melitus 2. Ketoasidosis diabetik 3. Hipoglikemia 4. Hiperglikemia 5. Diabetes gestasional 6. Penggunaan kortikosteroid 7. 7. Nutrisi parenteral total (TPN) 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat (L.05022) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kesadaran meningkat 2. Mengantuk menurun 3. Pusing menurun 4. Lelah/lesu menurun 5. Keluhan lapar menurun 6. Gemetar menurun 7. Berkeringat menurun 8. Mulut kering menurun 9. Rasa haus menurun 10. Perilaku aneh menurun 11. Kesulitan bicara menurun 	<p>Manajemen hiperglikemia (I.03115)</p> <p>Dilakukan bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengelola kadar glukosa darah di atas normal.</p> <p>• Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (misal: penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (misal: poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi <p>• Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 3. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik <p>• Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 2. penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan) <p>• Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian kalsium, jika perlu.

		4. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 5. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 6. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu 7. Ajarkan diabetes (misal: insulin, obat oral, monitor asupan cairan,
--	--	--

Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Intervensi	
	SLKI	SIKI
<p>Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)</p> <p>Definisi: Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.</p> <p>• Faktor risiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia \geq 65 tahun (pada dewasa) atau \leq 2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) 4. Penggunaan alat bantu berjalan 5. Penurunan tingkat kesadaran 6. Perubahan fungsi kognitif 7. Lingkungan tidak aman (misal: licin, gelap, lingkungan asing) 8. Kondisi pasca operasi 9. Hipotensi ortostatik 10. Perubahan kadar glukosa darah 11. Anemia 12. Kekuatan otot menurun 13. Gangguan pendengaran 14. Gangguan keseimbangan 15. Gangguan penglihatan (misal: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16. Neuropati 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan tingkat jatuh menurun (L.14138), dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 5. Jatuh saat dipindahkan menurun 6. Jatuh saat naik tangga menurun 7. Jatuh saat dikamar mandi menurun 8. Jatuh saat membungkuk menurun 	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Dilakukan untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko pasien terjatuh akibat perubahan kondisi fisik, atau psikologis.</p> <p>• Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor jatuh (misal: usia $>$ 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misal: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. <p>• Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur

<p>17. ek agen farmakologis (misal: sedasi, alkohol, anestesi umum)</p> <p>• Gejala dan Tanda mayor a. DS: (tidak tersedia)</p> <p>b. DO: (tidak tersedia)</p> <p>• Gejala dan Tanda minor a. DS: (tidak tersedia)</p> <p>b. DO: (tidak tersedia)</p> <p>• Kondisi klinis terkait: 1. Osteoporosis 2. Kejang 3. Penyakit sebrovaskuler 4. Katarak 5. Glaukoma 6. Demensia 7. Hipotensi 8. Ampulasi 9. Intolsikasi 10. Preeklampsi</p>		<p>4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</p> <p>6. Gunakan alat bantu berjalan (misal: kursi roda, walker)</p> <p>7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien.</p> <p>• Edukasi: 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>
---	--	--

Sumber: SDKI, SIKI, SLKI

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mencapai tujuan yang sudah ditetapkan dalam perencanaan keperawatan. Intervensi ini dapat berupa tindakan langsung atau tidak langsung yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan pasien (Potter & Perry, 2017).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap di mana perawat melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan dalam bentuk intervensi untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Pada tahap ini, perawat juga mengevaluasi respons pasien terhadap tindakan yang dilakukan (Potter & Perry, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan proses sistematis untuk menilai atau mengukur hasil atau efektivitas dari suatu tindakan atau program terhadap tujuan atau standar yang telah ditentukan. Evaluasi bertujuan untuk memberikan informasi yang dapat digunakan untuk perbaikan, pengambilan keputusan, dan peningkatan kualitas. Evaluasi keperawatan adalah proses sistematis yang digunakan oleh perawat untuk menentukan sejauh mana tujuan perawatan kesehatan pasien telah tercapai (Potter dan Perry, 2021).

Untuk memudahkan proses evaluasi terdapat aspek penilaian yang tercantum dalam buku standar luaran keperawatan indonesia yang bersumber dari (PPNI, T. P., 2018). Luaran keperawatan dapat diartikan sebagai hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Luaran keperawatan dapat membantu perawat memfokuskan atau mengarahkan asuhan keperawatan karena merupakan respon fisiologis, psikologis, sosial, perkembangan, maupun spiritual yang menunjukkan perbaikan masalah kesehatan pasien (PPNI, T. P., 2018).

Adapun luaran yang berkaitan dengan diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 6 Luaran Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal

Luaran keperawatan	Ekspetasi	Kriteria hasil
Gangguan komunikasi verbal (D.0119) Definisi: Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem symbol.	Meningkat	Setelah dilakukan indakan keperawatan 3x24jam diharapkan kemampuan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Afasia menurun 2. Disfasia menurun 3. Apraksia menurun 4. Pelo menurun

Sumber: (PPNI, T. P., 2018)

C. Konsep Penyakit

1. Definisi *afasia wernicke*

Afasia Wernicke dapat diartikan sebagai hilangnya Bahasa secara total, mengacu pada kata *aphasia* yang berasal dari bahasa Yunani “a” yang berarti tanpa dan “phasis” yang berarti bahasa (Worral et al., 2016).

Menurut Hobson, dkk., (2018) pernyataan tersebut didukung oleh pendapat (Kusumoputro, 1999) yang menyebutkan bahwa *afasia* adalah kondisi dimana sistem kebahasaan tidak berfungsi dengan baik (lisan maupun tulisan) yang diakibatkan oleh masalah pada otak. Masalah tersebut bisa terjadi karna berbagai kondisi, tetapi biasanya terjadi karena adanya masalah sirkulasi darah, terjadi trauma (cedera), strok, dan masalah neurologis.

Dengan kata lain, dapat dikatakan *afasia* sebenarnya adalah suatu masalah bahasa yang disebabkan oleh pasien tidak dapat berbicara dengan jelas atau sama sekali tidak dapat lagi berbahasa secara normal, namun penderita *afasia*, masih dapat berkomunikasi dengan orang normal (Santoso, Andayani, & Setiawan 2018).

2. Tanda dan gejala *afasia wernicke*

- a. Bahasa yang tidak bermakna:
 - 1) Penderita mungkin bercakap dengan banyak kata yang tidak mempunyai makna yang jelas, walaupun mereka kelihatan berbual atau berbicara dengan kelancaran.
 - 2) Mereka mungkin menggunakan kata-kata yang salah atau menyusun ayat yang tidak masuk akal.
- b. Kehilangan pemahaman bahasa:
 - 1) Penderita mengalami kesulitan untuk memahami bahasa, baik yang mereka dengar atau baca.
 - 2) Mereka mungkin tidak dapat memahami arahan atau percakapan orang lain.
- c. Perkataan yang terdistorsi atau neologisme:
 - 1) Penggunaan perkataan yang direka atau neologisme, yaitu perkataan yang tidak wujud dalam bahasa biasa.

- 2) Penderita mungkin mencipta perkataan baru tanpa disedari.
 - 3) Kesulitan dalam pengucapan perkataan yang tepat.
 - 4) Meskipun penderita boleh berbicara dengan lancar, mereka tidak dapat memilih perkataan yang sesuai, menyebabkan percakapan mereka sulit dipahami.
- d. Ketidadaan kesadaran tentang masalah bahasa:
- 1) Penderita biasanya tidak sadar bahawa percakapan mereka tidak dapat dipahami, karena bagian yang terkena mengalami ketidakmampuan untuk mengetahui kesalahan bahasa.
 - 2) Kelancaran berbicara yang tidak dikendali.
 - 3) Berbicara tanpa berhenti atau berulang-ulang tanpa tujuan yang jelas.

3. Klasifikasi *afasia wernicke*

Afasia adalah gangguan bahasa akibat kerusakan otak, biasanya pada hemisfer dominan (kiri). Berdasarkan lokasi dan karakteristiknya, afasia diklasifikasikan menjadi beberapa jenis utama:

- a. *Afasia Non-Fluent* (Ekspresif)
Gangguan utama adalah kesulitan berbicara atau membentuk kata-kata secara lancar.
- b. *Afasia Broca*
Kesulitan berbicara (bicara terputus-putus), pemahaman masih relatif baik, kesulitan dalam tata bahasa dan struktur kalimat, terdapat lesi di area *broca* (lobus frontal kiri).
- c. *Afasia Global*
Gangguan berat dalam berbicara dan memahami bahasa, kesulitan membaca dan menulis, biasanya akibat stroke yang luas mengenai area *broca* dan *wernicke*.
- d. *Afasia Transkortikal Motorik*
Mirip dengan *afasia broca*, tetapi masih mampu mengulangi kata atau kalimat dan terdapat lesi di sekitar area *broca*.
- e. *Afasia Fluent* (Reseptif)
Gangguan utama adalah kesulitan memahami bahasa meskipun bisa

berbicara lancar.

f. *Afasia Wernicke*

Bicara lancar tetapi tidak bermakna (sering menggunakan kata-kata yang tidak tepat), pemahaman sangat terganggu serta terdapat lesi di area wernicke (lobus temporal kiri).

g. *Afasia Konduksi*

Kesulitan mengulangi kata atau kalimat, bicara lancar, tetapi sering terjadi kesalahan dalam pengucapan dan sulit diperbaiki, lesi di *fasciculus arcuatus* yang menghubungkan area broca dan wernicke.

h. *Afasia Transkortikal Sensorik*

Mirip dengan *afasia wernicke* tetapi masih mampu mengulangi kata atau kalimat, gangguan pemahaman bahasa yang signifikan, lesi di sekitar area *wernicke*.

i. *Afasia Campuran*

Kombinasi antara *afasia* ekspresif dan reseptif dengan gangguan berat dalam berbicara dan memahami bahasa, biasanya terjadi akibat lesi yang lebih luas di otak kiri.

j. *Afasia Anomik*

Kesulitan dalam menemukan kata yang tepat, tetapi berbicara dengan tata bahasa yang baik, pemahaman dan pengulangan biasanya tetap baik, bisa disebabkan oleh berbagai jenis lesi di otak kiri. (Coppens, P., & Potagas, C. 2017).

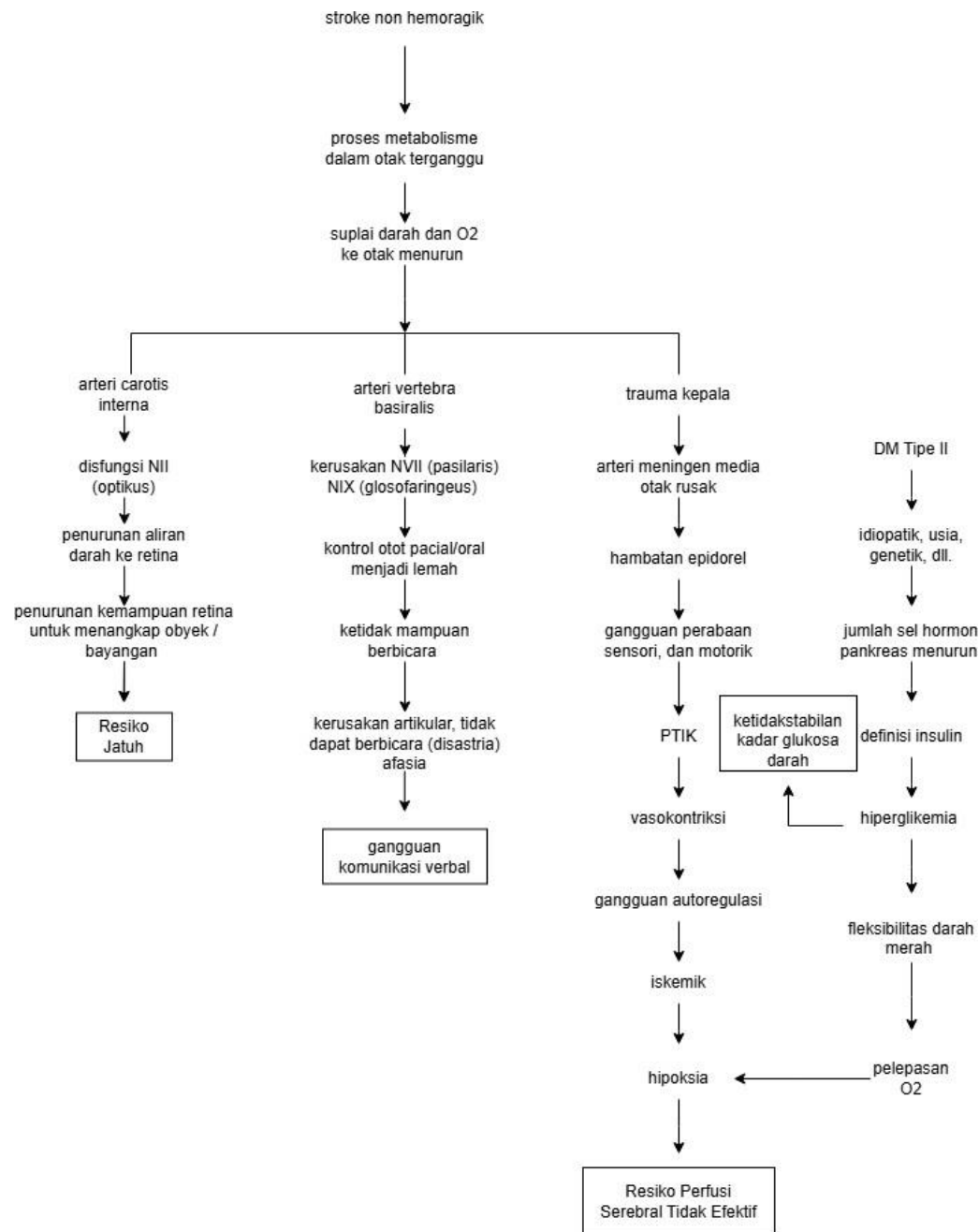
4. **Patofisiologi *afasia wernicke***

Stroke dapat terjadi karena pecahnya pembuluh darah di otak karena suatu sumbatan. Sumbatan disebabkan oleh gangguan neurologik fokal yang timbul secara sekunder karena thrombosis, embolus, ruptur dinding pembuluh darah. Pecah pembuluh darah tersebut mengakibatkan gangguan pembuluh darah distal karena aliran darah tidak lancar, dan terjadi infark karena sel mengalami kekurangan oksigen. Infark menyebabkan adanya lesi, apabila lesi mengenai hemisfer dominan yaitu di lobus frontalis dan di area ini terdapat area broca yang mengakibatkan kemungkinan seseorang akan mengalami afasia ekspresif, motorik, atau broca. *Afasia* ini adalah

gangguan dalam pengucapan kata-kata (hanya mampu mengucapkan kata sederhana) namun dapat memahami bahasa, atau seseorang yang mengalami gangguan mengekspresikan kata-kata bermakna dalam bentuk tulisan maupun lisan. Apabila lesi mengenai wernicke di lobus temporalis kiri, maka terjadi gangguan kemampuan dalam mengekspresikan kata-kata tidak terganggu namun pemahaman terhadap kata-kata yang diucapkan atau ditulis terganggu, disebut dengan *afasia wernicke* (reseptif).

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, manakala 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 (Thiel and Zumbansen, 2016).

5. *Pathway afasia wernicke*



Sumber: (Nuralif Huda, 2019), (SDKI PPNI, 2017)

Gambar 2.1 *pathway afasia wernick*

6. Komplikasi *afasia wernicke*

Bagi penderita *afasia*, kondisinya biasanya membutuhkan waktu lebih lama untuk menunjukkan tanda-tanda perbaikan, terkadang bertahun-tahun bahkan puluhan tahun. Pemulihan total tidak sepenuhnya tercapai. Jadi, orang menghadapi masalah dalam kehidupan sehari-hari mereka karena komunikasi yang tidak tepat. Hal ini memengaruhi karier mereka, aktivitas sehari-hari yang cenderung membuat mereka frustrasi dan kesepian yang merupakan risiko tinggi untuk depresi.

7. Penatalaksanaan *afasia wernicke*

Terapi berbasis gangguan (*impairment based therapies*) bertujuan untuk meningkatkan fungsi bahasa yang terdiri dari prosedur dimana dokter langsung merangsang penderita *afasia* dengan mendengar sesuatu, berbicara, membaca dan menulis.

a. *Contstraint-Induced Therapy* (CIT)

Terapi ini merupakan suatu terapi fisik untuk penderita yang lumpuh di mana penderita "dipaksa", misalnya, untuk menggunakan sisi tubuh yang terganggu, karena sisi yang sehat telah dibatasi. Dalam menerapkan prinsip ini untuk fungsi komunikasi, penderita *afasia* dapat dibatasi dalam menggunakan isyarat utuh untuk mengarahkan individu untuk menggunakan gangguan bahasa lisan (Coppens & Potagas, 2017).

b. *Specific Communication Based Therapies*

Dikembangkan oleh Robert Sparks di Boston, didasarkan pada pengamatan bahwa *Specific Communication Based Therapies* adalah pendekatan terapi wicara yang secara spesifik menargetkan peningkatan kemampuan komunikasi melalui latihan dan strategi yang dirancang untuk mengatasi masalah komunikasi pada penderita *afasia* (Sparks & Holland, 2015).

c. Terapi PACE (*Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness*)

Prosedur ini adalah variasi kecil dari dasar menggambar-menamakan, penyesuaian dan memperkenalkan unsur percakapan dalam interaksi. Penyesuaian ini termasuk penderita *afasia* serta terapis bergantian

menyampaikan pesan, gambar dengan pesan tersembunyi dari pendengar, dan pilihan bebas modalitas untuk menyampaikan pesan. Dikembangkan oleh Jeanne Wilcox dan Albyn Davis di Memphis, tampaknya telah populer di Eropa di mana sebagian besar penelitian telah dilakukan (Wilcox & Davis, 2018).

d. *Conversional Coachi*

Dikembangkan oleh Audrey Holland di Arizona, strategi ini bertujuan meningkatkan kepercayaan diri melalui praktek percakapan yang diatur. Melalui bantuan dari Leora Cherney di Chicago, metode ini diintegrasikan ke dalam program komputer. Disebut "*Aphasia Scripts*" yaitu terapi secara virtual untuk memberikan bantuan penderita aphasia (Holland & Cherney, 2016).

e. *Supported Conversation*

Berasal oleh Aura Kagan di Toronto, Kanada, adalah strategi tertentu untuk meningkatkan kepercayaan komunikasi yang umum ditemukan dalam kelompok masyarakat. Relawan dilatih untuk terlibat dalam percakapan dengan orang-orang yang memiliki *afasia*.

f. Terapi AIUEO

Terapi wicara yang efektif digunakan untuk membantu pasien afasia meningkatkan kemampuan bicara mereka. Terapi ini menggunakan fonem dasar bahasa indonesia (A, I, U, E, O) untuk melatih gerakan otot bicara dan pengucapan.

8. Pemeriksaan penunjang *afasia wernicke*

a. Pemeriksaan Kelancaran Berbicara

Seseorang disebut berbicara, lancar bila bicara spontannya lancar, tanpa tertegun-tegun untuk mencari kata yang diinginkan.

b. Elektro Encefalografi (EEG)

Ditunjukkan adanya gelombang pada spektra sinyal EEG (terdapat aktivitas sinyal delta) dan berkurangnya volume serebral saat aliran darah diotak menurun dan terjadi perlambatan frekuensi dibagian otak yang mengalami kematian.

c. *Computed Tomography Scanning* (CTScan)

Pemeriksaan dengan memperlihatkan secara spesifik letak edema, jaringan otak yang iskemik. Pada 24 sampai 48 jam terlihat dibagian otak berwarna lebih gelap, atau hipodens (hitam ringan sampai berat) akibat kurangnya asupan oksigen.

d. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Pemeriksaan menunjukkan hasil seperti adanya peningkatan TIK (Tekanan Intrakranial) tekanan yang abnormal didapatkan area yang mengalami iskemik.

e. Ultrasonografi Doppler

Pemeriksaan untuk mengetahui pembuluh darah intrakranial dan ekstrakranial dengan menentukan apakah terdapat stenosis arteri karotis

f. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan untuk mengetahui melakukan analisis terhadap sampel biologis atau bahan lain yang diambil dari tubuh manusia, guna membantu diagnosa, pemantauan, dan penanganan berbagai kondisi kesehatan atau penyakit.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 1 Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Judul	Penulis	Tahun	Hasil
Asuhan Keperawatan Pada Tn.H Dengan Gangguan Komunikasi Verbal Di Bangsal Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang	Yasinta Mutiara	2022	Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang telah peneliti lakukan didapatkan hasil Pengkajian klien mengatakan kesulitan melakukan aktivitas komunikasi, klien mengatakan sulit berbicara, saat berbicara terkadang orang lain tidak memahami, klien berbicara lambat dan gagap, hasil ttv TD: 140/80mmHg, N: 70x/menit, S: 36,5°C, RR: 18x/menit. Diagnosa utama gangguan komunikasi verbal dengan intervensi promosi komunikasi: defisit bicara
Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Hambatan Komunikasi Verbal pada Sistem Persyarafan Strok Non-Hemoragik	Sofana Fairro Fingiyah	2017	Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang telah peneliti lakukan didapatkan hasil Pengkajian keluarga pasien mengatakan anggota tubuh sebelah kanan pasien lemah saat digerakan, bicara tidak jelas, pelo. Hasil ttv: TD: 110/70mmHg, N:100x/menit, S: 36,5°C RR:29x/mnt, Diagnosa utama Hambatan Komunikasi verbal dengan intervensi Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan.
Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Strok Non-Hemoragik dalam Penerapan Inovasi Intervensi Terapi Vokal “AIUEO” dengan Masalah Gangguan Komunikasi Verbal di Ruang Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochatar Bukittingg	Nofitri, S.kep	2019	Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang telah peneliti lakukan didapatkan hasil pengkajian pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran. hasil ttv : TD: 150/90mmHg, N: 72x/menit, S: 36,7°C, RR: 18x/menit. Diagnosa medis perfusi serebral tidak efektif dengan Intervensi manajemen peningkatan tekanan intrakranial.