ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H DENGAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL DI BANGSAL GARDENIA RUMAH PELAYANAN SOSIAL PUCANG GADING SEMARANG

Karya Tulis Ilmiah

diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk

memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Disusun Oleh :

Yasinta Mutiara Tanzila

40901900064

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

2022

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H DENGAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL DI BANGSAL GARDENIA RUMAH PELAYANAN SOSIAL PUCANG GADING SEMARANG

Disusun Oleh :

Yasinta Mutiara Tanzila

40901900064

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

2022

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melahkukan tindakan plagiarime, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 06 Juni 2022

(Yasinta Mutiara Tanzila)

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. H DENGAN GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL DI BANGSAL GARDENIA RUMAH PELAYANAN SOSIAL PUCANG GADING SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Yasinta Mutiara Tanzila
40901900064

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Kamis
Tanggal : 2 Juni 2022

Pembimbing

Ns. Nutrisia Nu'im Haiva, M.Kep
NIDN : 0609018004

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi Diploma III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 06 Juni dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 06 Juni 2022

Penguji I

Ns. Iskim Luthfa, M.Kep

NIDN. 06-2006-8402

Penguji II

Ns. Moch Aspihan, M.Kep., Sp.Kep. Kom

NIDN. 06-1305-7602

Penguji III

Ns. Nutrisia Nu'im Haiva, M.Kep

NIDN. 06-0901-8004

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN. 06-2208-7403

MOTTO

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai (dari sesuatu), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain dan hanya pada Tuhanmulah kamu berharap”

(QS. Alam Nasyrah)

“Man jadda wajada, man shobaro zhofira, Al-waqtu atsmanu mina adz-dzabihi”

(Akbar Zainudin)

“Saya belajar bahwa keberania itu bukanlah ketiadaanrasa takut, tetapi kemenangan di atasnya. Orang pemberani bukanlah orang yang tidak punya rasa takut tetapi dia yang berhasil menghadapi rasa takutnya”

(Nelson Mandela)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Alhamdulillahirobil'alamin, segala puji dan syukur senantiasa kita panjatkan kehadirat Allah SWT yang senantiasa mencurahkan rahmat, nikmat serta hidayah-Nya kepada kita semua sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. H Dengan Gangguan Komunikasi Verbal Di Bangsal Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang". Saya menyadari karya tulis ini tidak akan terwujud tanpa adanya bimbingan, pengarahan serta dukungan dari berbagai pihak sehingga saya mampu menghasilkan suatu pemikiran yang diharapkan akan bermanfaat bagi petugas kesehatan dan peneliti selanjutnya. Maka demikian dengan segala kerendahan dan ketulusan hati saya ingin menyampaikan terima kasih kepada :

1. Allah SWT.
2. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku Kaprodi D-III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep, selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dukungan sampai terselesainya karya tulis ini.
6. Ns. Iskim Luthfa, M.Kep selaku Penguji I dalam ujian karya tulis ilmiah.
7. Ns. Moch Aspihan, M.Kep., Sp.Kep. Kom selaku penguji II dalam ujian karya tulis ilmiah.
8. Kepala Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang dan segenap perawat terima kasih atas ilmu dan kesempatan yang telah diberikan.

9. Segenap Dosen senior maupun junior Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan.
10. Kedua orang tuaku dan kakak serta adikku tercinta serta keluarga besarku terimakasih atas do'a dan dukungannya.
11. Sahabat D3 FIK Unisulla 2019 terimakasih atas indahnya persahabatan dan kebersamaan.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan moril yang tidak dapat menyebutkan satu persatu.

Atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan, saya mengucapkan banyak trimakasih, semoga mendapatkan ridho dan balasan dari Allah SWT dan semoga karya sederhana ini dapat bermanfaat.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME ii
HALAMAN PERSETUJUAN iii
HALAMAN PENGESAHAN iv
MOTTO v
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI viii
DAFTAR TABEL & GAMBAR x
DAFTAR LAMPIRAN xii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan laporan kasus 2
C. Manfaat Penulisan 2
BAB II KONSEP DASAR 4
A. Konsep Dasar Lansia 4
1. Pengertian 4
2. Klasifikasi/Batasan Lansia 4
3. Karakteristik Lansia 4
4. Perubahan pada Lansia 5
5. Masalah yang Terjadi pada Lansia 5
6. Tugas Perkembangan Lansia 6
B. Konsep Dasar Penyakit 6
1. Pengertian 6
2. Klasifikasi 6
3. Etiologi 7
4. Faktor Resiko 7
5. Patofisiologi 7
6. Manifestasi Klinis 8
7. Pemerikaan Diagnostik 9
8. Komplikasi 11
9. Pathways 12

C. Konsep Dasar Pengkajian 13
1. Pengkajian 13
2. Analisa Data 15
3. Diagnosis keperawatan 15
4. Rencana Asuhan Keperawatan 15
5. Implementasi Keperawatan 20
6. Evaluasi 21
BAB III RESUME KASUS 22
A. Pengkajian 22
B. Diangnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan 24
BAB IV PEMBAHASAN 30
A. Gangguan Komunikasi Verbal Berhubungan Dengan Defisit Neurologi 30
1. Pengkajian 31
2. Diagnosis 31
3. Intervensi 32
4. Implementasi 33
5. Evaluasi 33
B. Resiko Jatuh Berhubungan Dengan Gangguan Keseimbangan 33
1. Pengkajian 34
2. Diagnosis 34
3. Intervensi 35
4. Implementasi 35
5. Evaluasi 36
C. Diagnosis yang ada namun tidak diangkat 36
BAB V PENUTUP 38
A. Simpulan 38
B. Saran 38
DAFTAR PUSTAKA 40
LAMPIRAN 43

DAFTAR TABEL & GAMBAR

Tabel 1.1 Pemeriksaan Diagnostik..... 9
Tabel 2 Rencana Asuhan Keperawatan..... 15

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.2 Pathways..... 12

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pengkajian Psikososial dan Spiritual 44
Lampiran 2 Pengkajian Fungsional Klien (Indeks Katz) 45
Lampiran 3 Pengkajian Fungsional (Barthel Indeks) 46
Lampiran 4 Pengkajian Status Mental Gerontik (SPSMQ) 48
Lampiran 5 Pengkajian Aspek Kognitif MMSE 49
Lampiran 6 Pengkajian *Fall Morse Scale* 51
Lampiran 7 Lembar Konsultasi 52
Lampiran 8 Hasil Turnitin 54
Lampiran 9 Askep 58

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bertambahnya usia seseorang akan sangat memungkinkan terjadinya penurunan status kesehatan. Seorang lansia akan rentang terhadap penyakit salah satunya stroke. Stroke dapat menyebabkan aktivitas lansia semakin buruk karena penderita stroke akan mengalami gangguan mobilitas, ganguan penglihatan, gangguan berbicara dan lain-lain. Angka kematian dan penderita akibat stroke pada lansia terus meningkat. Stroke merupakan penyakit yang tidak mudah disembuhkan. Maka dari itu, seorang lansia harus menyadari adanya gejala awal stroke sehingga dapat diobati dan tidak mengakibatkan stroke yang parah. Beberapa tindakan yang dapat dilahkukan dalam penanganan stroke salah satunya dengan memberikan pendidikan kesehatan pada lansia. Hal ini dapat membantu lansia untuk lebih perhatian terhadap kondisi fisik lansia itu sendiri (Kholifah, 2016)

Organisasi Stroke Dunia (WSO) dalam Feigin dkk. (2022) mengatakan dari tahun 1990 hingga 2019 jumlah stroke meningkat secara subtansial dengan angka 70,0% dan 40% tingkat kematian. WSO juga mengatakan stroke mendapat peringkat ke dua penyebab utama kematian pada stroke dan peringkat ke tiga penyebab kecacatan. Penyakit ini menyebabkan kelumpuhan serta kecacatan serius. Di negara Indonesia stroke mendapatkan peringkat ke tiga setelah penyakit kardiovaskular dan tumor ganas, serta mendapatkan angka 8,3 per 1000 masyarakat Indonesia terserang penyakit stroke menurut (Permatasari, 2020).

Data yang ditemukan di Di Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang selama 1 minggu di ruang gardenia terdapat 1 dari 5 lansia yang mengalami penyakit stroke. Menyadari tingginya kejadian stroke di Indonesia, maka dari itu diharapkan kita sebagai manusia lebih *aware* lagi tentang penyakit stroke. Stroke akan menyebabkan kelumpuhan serta kecacatan serius bahkan kematian apabila tidak segera

ditangani. Disamping itu banyak orang yang abai akan penyakit stroke, penyebab stroke, serta perawatan pada klien stroke. Berdasarkan hal tersebut maka saya tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. H Dengan Gangguan Komunikasi Verbal Di Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang"

B. Tujuan laporan kasus

Tujuan karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

   Tujuan umum dari karya tulis ilmiah ini adalah mendeskripsikan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan masalah Gangguan Komunikasi Verbal pada Tn. H di Bangsal Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

2. Tujuan Khusus

   Tujuan khusus karya tulis ilmiah ini adalah :

   a. Mendeskripsikan pengkajian pada klien stroke.
   b. Mendeskripsikan diagnosis keperawatan yang muncul pada klien stroke.
   c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada klien stroke.
   d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada klien stroke.
   e. Mendeskripsikan evaluasi tindakan keperawatan pada klien stroke.

C. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat penulisan karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Bagi institusi

   Sebagai bahan masukan, saran, implementasi, dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik layanan keperawatan khususnya pada klien stroke.

2. Bagi institusi pendidikan

   Sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan Stroke yang dapat digunakan acuan bagi praktek mahasiswa keperawatan.

3. Bagi Mahasiswa

Sebagai bahan pembelajaran dalam memperoleh pengetahuan dan pengalaman khususnya pada klien stroke.

BAB II
KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Lansia

1. Pengertian

WHO dibawah badan PBB dalam Akhmet Dyussenbayev (2017) secara resmi merevisi standar usia. Dalam hal ini dijelaskan bahwa orang yang tua atau lansia adalah orang yang berusia di atas 60-75 tahun.

2. Klasifikasi/Batasan Lansia

WHO dalam Naftali, Ranimpi, and Anwar (2017) menyampaikan bahwa lansia mempunyai beberapa macam golongan. Terbagi 4 golongan, yaitu :

a. *Middle age* atau usia tengah yaitu dimana seseorang yang berumur 45-59 tahun.
b. *Eldery* atau Lansia, seseorang yang usianya mencapai dari 60-74 tahun.
c. *Old* atau lansia tua, dimana seseorang yang memiliki usia 70-90 tahun.
d. *Very old* atau seorang sangat tua dengan umur mencapai 90 tahun.

3. Karakteristik Lansia

Dewi (2014) mendeskripsikan lansia dibagi menjadi 3 karakteristik, antara lain :

a. Mempunyai usia 60 ke atas.
b. Memiliki keperluan serta masalah bermacam-macam, misalnya masalah terhadap kondisi tubuh lansia itu sendiri dari kondisi sehat hingga sakit. Tidak hanya itu, lansia juga membutuhkan kebutuhan dasar spiritual, biopsikososial, kondisi adaptip/maladaptif yang berbeda beda juga.
c. Tinggal di tempat dengan lingkungan yang bervariasi.

4. Perubahan pada Lansia

Supriadi (2018) menuturkan beberapa perubahan pada lansia antara lain :

a. Perubahan Fisik

Perubahan fisik pada lansia dibagi menjadi beberapa jenis, antara lain perubahan bentuk tubuh, perubahan yang terjadi pada fungsi bagian dalam tubuh, adanya perubahan pada sistem saraf, perubahan indra penciuman, perubahan tingkat seksualitas, perubahan perilaku,.

b. Perubahan motorik lansia

Pada perubahan motorik, lansia akan mengalami perubahan motoriknya lambat dan tingkat koordiniasi saat bergerak berkurang.

c. Perubahan Minat

Lansia cenderung mempunyai sikap berorientasi terhadap diri sendiri, tidak memperdulikan orang lain, keinginan meninggal lebih besar.

Indahsari, Agusman, dan Ekowati (2013) juga menjelaskan bahwa lansia akan mengalami perubahan mental dimana akibat proses penuaan dan akan mengubah pikiran dan emosional seorang lansia.

5. Masalah yang Terjadi pada Lansia

6 masalah yang dihadapi lansia, menurut (Afrizal 2018) :

a. Kondisi fisik yang menurun mengakibatkan masalah kesehatan muncul.
b. Berkurangnya pendapatan akibat masa pensiun serta kehilangan wibawa.
c. Kehilangan, lansia akan mengalami kehilangan pasangan ataupun berpisah dengan anak.
d. Lanjut usia yang terlantar akibat perpidahan penduduk muda.
e. Tidak adanya dukugan bagi lansia dari keluarga.

f. Tempat tinggal lansia.

6. Tugas Perkembangan Lansia

Tugas lansia pada masa tua menurut (Ramdani 2015) :

a. Menyesuaikan diri karena kondisi fisik yang mulai menurun.
b. Mempersiapkan diri pada masa tua yang diakibatkan masa pensiun.
c. Membangun jalinan komunikasi yang baik antara satu dengan yang lainnya.
d. Menyesuaikan diri pada kehidupan yang baru.
e. Melaksanakan penyesuaian peran pada lingkungan sosial atau masyarakat.
f. Mempersiapkan diri untuk kehilangan pasangan.

Apabila seorang lansia tidak dapat mencapai dalam tugas perkembangan hal tersebut mengakibatkan rasa tidak bahagia, merasa tidak puas, keputusasaan.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

American Heart Association/American Stroke dalam Coupland dkk. (2017) memperbarui definisi stroke di tahun 2013, dimana dijelaskan stroke dibagi menjadi 2 yaitu stroke non hemoragik (sumbatan pada serebral, penyempitan syaraf tulang belakang, serta menyerang retina) dan yang kedua stroke hemoragik.

Stroke adalah penyakit yang tidak dapat ditularkan, stroke merupakan gangguan pada pembuluh darah pada otak. Penyakit stroke mengalami kematian pada jaringan otak akibat dari kurangnya jumlah oksigen serta darah ke otak. Hal tersebut terjadi karena adanya sumbatan, penyempitan pembuluh darah atau bisa jadi pecah pembuluh darah pada otak menurut (Wardhani dan Martini 2014).

2. Klasifikasi

Stroke dibagi menjadi 2 menurut Darotin, Nurdiana, dan Nasution (2017), yaitu :

a. Stroke iskemik (non hemoragi)

Kurangnya aliran darah pada otak yang diakibatkan oleh sumbatan.

b. Stroke perdarahan (hemoragi)

Pecahnya pembuluh darah pada otak, selanjutnya darah memenuhi bagian jaringan parenkim, serebrospinal ataupun jaringan keduanya dan mendesak jaringan yang ada di otak .

3. Etiologi

Etiologi dari stroke menurut Pajri, Safri, dan Dewi (2018) adalah adanya sumbatan (emboli) dan gumpalan (trombosis) atau bisa jadi pecahnya pembuluh darah pada otak. Pada stroke akan terjadi gumpalan darah yang diakibatkan oleh penyakit atau benturan pada kepala, gumpalan tersebut akan masuk ke aliran darah dan menyumbat arteri otak dan terjadi penurunan bahkan berhentinya fungsi otak.

4. Faktor Resiko

Mutiarasari (2019) menurutkan faktor resiko pada penyakit stroke dibagi menjadi 2 yaitu faktor resiko yang dapat dirubah dan faktor resiko yang tidak dapat dirubah. Faktor resiko dapat dikontrol yang menyebabkan penyakit stroke yaitu antara lain : hipertensi, peningkatan kadar kolestrol, mengkonsumsi alkohol, merokok, dislipdemia, serta oberitas, penyakit DM. Sedangkan faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi menurut Pajri, Safri, dan Dewi (2018) antara lain penuaan, jenis kelamin, ras. Sedangkan menurut Billah (2020) faktor resiko stroke iskemik yang tidak dapat dimodifikasi antara beberapa diantaranya riwayat stroke sebelumnya, riwayat penyakit pada keluarga. Dikatakan juga bahwa 30% orang yang sebelumnya pernah terserang stroke iskemik akan mengalami stroke kembali dalam kurun waktu 5 tahun.

5. Patofisiologi

a. Stroke Non perdarahan/Non Hemoragi

Basyir, Nurkhalifah, dan Linggabudi (2021) Menjelaskan stroke iskemik terjadi karena kurangnya pasokan jumlah darah dan oksigen ke dalam otak. 85% pasien stroke diakibatkan oleh stroke iskemik. Strok Iskemik karena adanya trombosis (gumpalan) dan embolik (sumbatan) di otak. Adanya trombosis dan embolik diakibatkan oleh kolestrol berlebih ataupun zat lain pada dinding pembuluh darah atau biasanya disebut aterosklerosis sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah. kolestrol ataupun zat lain yang berlebih tersebut akan mengalami menumpuknya plak sehingga mengakibatkan penyempitan pembuluh darah serta terbentuknya gumpalan. Apabila sudah terjadi gumpalan maka selanjutnya akan mengakibatkan sumbatan pada pembuluh darah terebut atau bisa disebut embolik. Hal ini mengakibatkan kurangnya aliran darah ke dalam otak dan terjadi stress berat hingga kematian sel pada otak.

b. Stroke Perdarahan/Hemoragi

Stroke hemoragi Raisa (2014) menjelaskan adanya pembuluh darah yang pecah mengakibatkan darah mengalir ke dalam jaringan parenkim otak ataupun jaringan disekitarnya. Adanya darah dalam jaringan sekitar otak dapat mengakibatkan gangguan sistem saraf pada otak karena terjadi penekanan struktur otak dan juga adanya gerombolan darah yang terlalu banyak (hematom) dan menyebabkan iskemia pada jaringan disekitarnya. hal ini dapat membuat fungsi pada area intrakranial tidak normal. Tidak berfungsinya jaringan otak mengakibatkan meningkatnya tekanan intrakranial, hal tersebut juga mengakibatkan berubahnya posisi jaringan serta cairan otak serta area disekitarnya terdesak.

6. Manifestasi Klinis

Jin (2014) menjelaskan ketika kekurangan aliran darah dalam otak, akan muncul tanda dan gejala yang berbeda dapat terjadi. Klien dengan stroke akan memiliki masalah yang berbeda-beda, tergantung

bagian otak yang diserang. Beberapa masalah umum yang dihadapi klien stroke antara lain :

a. Asimetris di wajah atau emas di satu sisi wajah.
b. Kelemahan pada satu sisi tubuh (lengan, kaki, ataupun keduanya).
c. Mati rasa atau sensasi yang tidak biasa pada satu sisi tubuh.
d. Kesulitan bicara (bicara tidak jelas, tidak dapat mengulangi frasa sederhana).

7. Pemerikaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada klien stroke disesuaikan oleh jenis stroke yang dialami klien itu sendiri. Harpaz dkk. (2017) menyampaikan beberapa pemeriksaan diagnostik pada klien stroke :

Tabel 1.1 Pemeriksaan Diagnostik

Teknologi	Nama	Aplikasi 3D
Teknik yang menggunakan x-ray terkomputerisasi	Comuted Tomography (CT) scan	Scan jaringan tubuh. menunjukkan adanya tanda iskemik dini.
	Multi-detector computed tomography (MDCT)	Akuisisi gambar lebih cepat dan pemindaian resolusi tinggi jarak jauh
	SPECT Comuted Tomografi	Teknik dengan radioisotop dengan menunjukkan gambar organ yang dituju.
	XENON-Kontras Comuted Tomography	Teknologi dengan menggunakan xenon gas inert untuk mengukur aliran darah otak di berbagai wilayah otak.
Teknik yang	Resonansi magnetis (MRI)	Dapat mendeteksi perdarahan, perubahan di otak dan pembuluh

menggunakan medan magnet dan gelombang radio		darah dan memvisulisasi penyumbtan arteri.
	Resonansi magnetis Arteriogram (MRA)	Mendeteksi dan menilai dengan akurasi 85% hingga 95%.
	DWI-MRI	Dapat membuat bidang iskemik terlihat beberapa menit setelah onset iskemia dan mendeteksi efek stroke .
	Resonansi magnetis spektroskopi (MRS)	Dapat membedakan area yang tidak memiliki neuron yang layak dari area yang mungkin dapat diselamatkan.
	Magnetik Fungsional Pencitraan Resonansi (f-MRI)	Pengukuran aktivitas otak dengan mendeteksi perubahan oksigenasi dan aliran darah.
Teknik yang menggunakan gelombang suara.	USG Karotis (CU)	Menunjukkan bagian dalam arteri karotis dan mendeteksi apakah plak telah menyempit atau menyumbat karotis.
Lainnya	EKG	Mendeteksi masalah jantung yang dapat menyebabkan stroke dan dapat merekam kekuatan jantung.
	Tes Darah (BT)	Trombosit yang abnormal dapat menjadi tanda adanya gangguan perdarahan/trombosis. juga dapat menguji apakah darah membeku secara normal.

Sumber : (Harpaz dkk. 2017)

8. Komplikasi

American Stroke Association dalam Christensen dkk. (2014) menyebutkan komplikasi yang paling umum pada sesorang yang terkena stroke antara lain :

a. Edema otak

Terjadi pembengkakan pada otak.

b. Pneumonia

Penumonia mengakibatkan gangguan pernafasan, terjadi akibat klien tidak mampu bergerak karena penyakit stroke. Gangguan menelan setelah stroke biasanya mengakibatkan makanan/minuman tersebut masuk ke saluran yang salah dan mengakibatkan ke pneumonia aspirais.

c. Infeksi saluran kemih (ISK)

Seorang yang terserang penyakit stroke biasanya tidak dapat mengontrol fungsi kandung kemih dimana hal tersebut harus dipasang kateter foley.

d. Kejang

Aktifitas otak yang abnormal menyebabkan kejang.

e. Depresi

Emosi yang tidak diinginkan akan karena adanya perubahan fisik.

f. Luka baring

Luka tekan yang diakibatkan oeh penurunan kemampuan untuk bergerak dan tekanan pada area tubuh karena imobilitas.

g. kontraktur ekstermitas

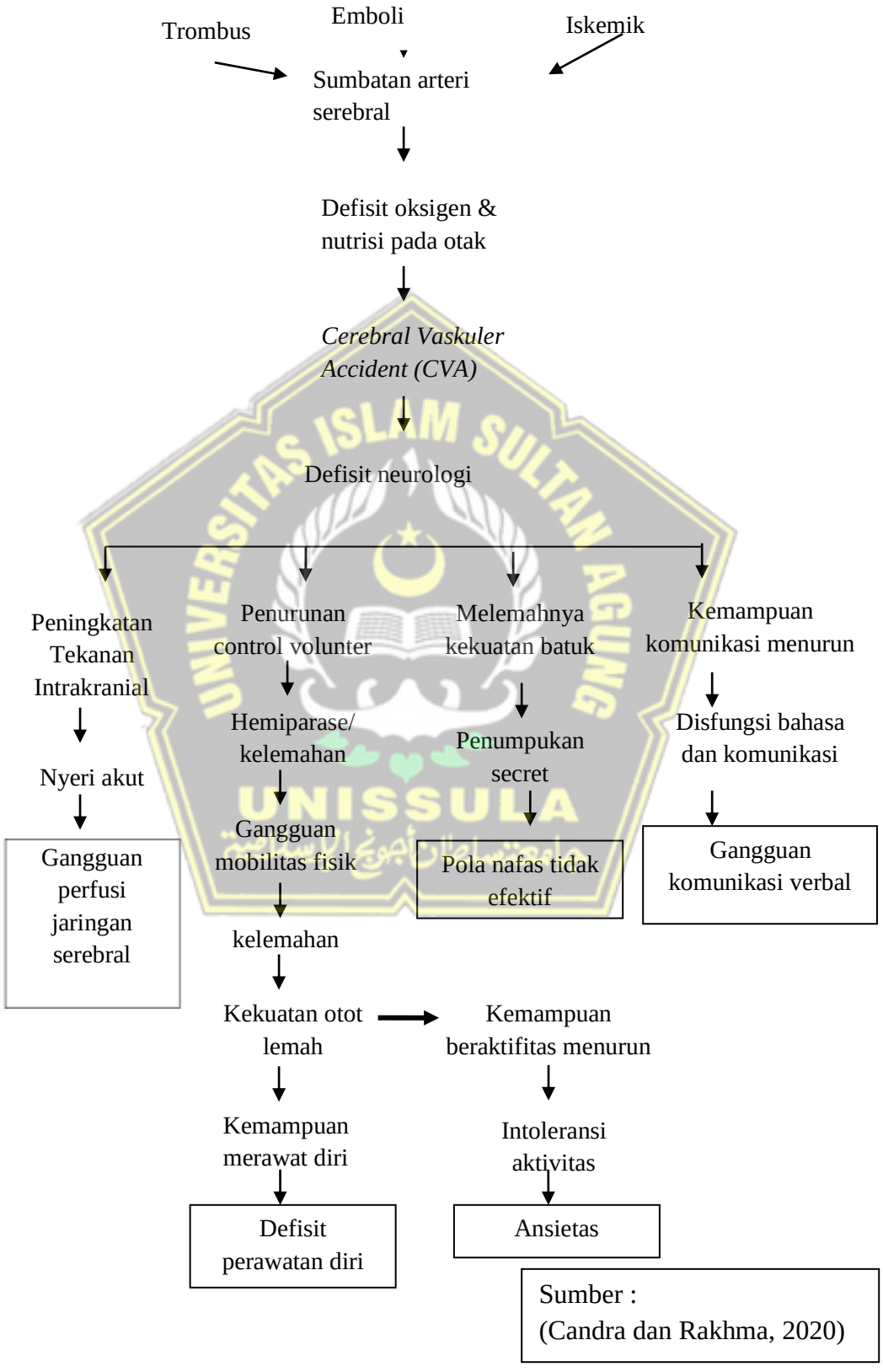
Pemendekan otot di lengan atau tungkai akibat berkurangnya kemampuan untuk menggerakkan tungkai atau kurangnya olahraga.

h. Trombosis vena dalam (DVT)

Gumpalan darah terbentuk di pembuluh darah kaki karena imobilitas akibat stroke.

9. Pathways

Gambar 1.2 Pathways



Sumber :
(Candra dan Rakhma, 2020)

C. Konsep Dasar Pengkajian

1. Pengkajian

a. Identitas

Nama :

Agama :

Usia :

Pendidikan terakhir :

Orang yang paling dekat dihubungi :

Alamat :

Telephon :

Tanggal masuk :

b. Alasan masuk ke rumah pelayanan sosial

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan yang lalu
2) Riwayat kesehatan sekarang
3) Riwayat kesehatan keluarga

d. Kebiasaan sehari-hari

1) Biologis
   a) Pola makan
   b) Pola minum
   c) Pola tidur
   d) Eliminasi
   e) Aktivitas dan istirahat
   f) Rekreasi
2) Psikologis
   a) Keadaan emosi
3) Hubungan sosial
   a) Hubungan dengan anggota kelompok
   b) Hubungan dengan keluarga
4) Spiritual/kultur
   a) Pelaksanaan ibadah

b) Keyakinan terhadap kesehatan

e. Pemeriksaan fisik

1) Tingkatdkesadaran
2) Tanda vital
3) Pengukuran TB/TB
4) Pemeriksaan dan kebersihan perorangan
5) Pemeriksaan fisik

Tinjauan sistem (jelaskan system-sistem di bawah ini yang terdapat pada klien).

a) Keadaan umum
b) Integumen
c) Kepala
d) Mata
e) Telinga
f) Hidung dan sinus
g) Mulut dan tenggorokan
h) Leher
i) Pernafasan
j) Kardiovaskuler
k) Gastrointestinal
l) Perkemihan
m) Genitourinaria
n) Muskoleskeletal
o) Sistem saraf pusat
p) Endokrin

f. Pemeriksaan : Psikososial/Spiritual/Indeks Katz/Barthel Indeks. Status Mental, SPSMQ/MMSE (Terlampir).

g. Laboratorium (bila ada)

h. Informasi penunjang (bila ada)

i. Therapi media (bila ada)

2. Analisa Data

Analisa data menurut Setiawan dalam Mardiani (2019) adalah pengumpulan data setelah pengkajian, dari data tersebut kita kaitkan dengan konsep teoritik serta dibuat kesimpulan sehingga perawat dapat menegakkan diagnosa.

3. Diagnosis keperawatan

a. Nyeri akut
b. Pola nafas tidak efektif
c. Gangguan komunikasi verbal
d. Defisit perawatan diri
e. Ansietas

4. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 2 Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosis	Kriteria hasil	Rencana tindakan
1	Nyeri akut	Setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066) : a. Keluhan nyeri cukup menurun b. Meringis menurun c. Tekanan darah membaik	**1. Observasi (I.08238)** a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang

			nyeri **2. Terapeutik** a. Berikan teknik nonfarmakologis : mendengarkan musik b. Fasilitasi istirahat dan tidur **3. Edukasi** a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
2	Pola nafas tidak efektif	Setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria : a. Frekuensi napas membaik b. Kedalaman napas membaik c. Tekanan	**1. Observasi** a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b. Monitor bunyi napas c. Monitor sputum **2. Terapeutik** a. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-*

		ekspirasi/insirasi membaik	*lift* b. Lahkukan semi fowler c. Berikan oksigen, jika perlu **3. Edukasi** a. Ajarkan batuk efektif
3	Gangguan komunikasi verbal	Setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria : a. Kemampuan berbicara meningkat b. Afasia menurun c. Pelo menurun	**1. Observasi** a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, diksi bicara. **2. Terapeutik** a. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis) b. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan. c. Ulangi apa yang disampaikan klien. d. Berikan dukungan psikologis. **3. Edukasi** a. Anjurkan berbicara perlahan
4	Defisit perawatan	Setelah dilahkukan tindakan	**1. Observasi** a. Monitor tingkat

	diri	keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri membaik dengan kriteria : a. Kemampuan mandi meningkat b. Kemampuan megenakan pakaian meningkat c. Kemampuan toiletting meningkat	kemandirian. **2. Terapeutik** a. Dampingi dalam melahkukan perawatan diri sampai mandiri. b. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melahkukan perawatan diri. **3. Edukasi** a. Anjurkan melahkukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
5.	Ansietas	Setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria : a. Gelisah menurun b. Konsentrasi membaik c. Pola tidur membaik	**1. Observasi** a. Identifikasi tingkat ansietas berubah b. Monitor tanda ansietas **2. Terapeutik** a. Ciptakan suasana terapeutik b. Temani klien untuk mengurangi kecemasan c. Diskusikan perencanaan realistis tentang

			peristiwa yang akan datang d. Motivasi klien **3. Edukasi** a. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi b. Latih teknik relaksasi
6.	Resiko jatuh	Setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat resiko jatuh menurun dengan kriteria : a. Jatuh dari tempat tidur & kamar mandi menurun b. Jatuh saat berdiri, duduk, & kamar mandi menurun.	**1. Observasi** a. Identifikasi faktor resiko jatuh b. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift. c. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh. d. Hitung risiko jatuh menggunakan skala (mis. *Fall Morse Scale & Humpty Dumpty Scale)*, jika perlu. **2. Terapeutik** a. Gunakan alat bantu berjalan. b. Dekatkan bel pemanggil dalam

			jangkauan pasien. **3. Edukasi** a. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. b. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. c. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. d. Anjurkan melebarkan kaki saat berdiri.

Sumber : (PPNI 2016)

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan nyata dari intervensi yang sudah ditentukan sebelumnya, tujuan dari implementasi adalah untuk mencukupi kebutuhan klien secara maksimal. Perawat melaksanakan tahap tahap pengetahuan intelektual, melahkukan komunikasi secara langsung terhadap klien, melahkukan asuhan keperawatan, menemukan perubahan yang terjadi pada klien. Implementasi dilahkukan secara mantap sehingga mampu menciptakan rasa nyaman dan aman pada klien (Nusatirin 2018).

6. Evaluasi

Evaluasi dilahkukan guna menilai proses keperawatan yang bertujuan untuk menangani kebutuhan klien secara maksimal serta menentukan hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilahkukan menurut Nusatirin (2018). Penilaian evaluasi menggunakan 4 langkap yaitu S (Subjective), O (Objective), A (Assesment), P (Plan).

BAB III
RESUME KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian dilahkukan pada hari Senin, 20 Desember 2021 pukul 09.00 WIB. Mahasiswa mengelola kasus pada klien dengan gangguan komunikasi verbal di Bangsal Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang. Didapatkan gambaran kasus sebagai berikut : klien bernama Tn. H. Beragama Islam dan berusia 58 tahun. Pendidikan terakhir klien SMP. Orang yang paling dekat dan dapat dihubungi yaitu anaknya. Klien berasal dari Semarang. Klien masuk ke Rumah pelayanan sosial pada tahun 2020. Alasan masuk ke rumah pelayanan sosial klien mengatakan bercerai dengan istri. Setelah itu terkena penyakit stroke sehingga keluar dari pekerjaannya yaitu sebagai sopir. Keluarga tidak sanggup merawat sehingga dibawa ke rumah pelayanan sosial. Riwayat kesehatan klien mengatakan mempunyai sakit stroke sudah lama. Klien mengataan keluarganya tidak ada riwayat penyakit berat.

Pengkajian biologis pola makan klien mengatakan makan 3x sehari. Nafsu makan baik, porsi makan selalu dihabiskan. Klien mampu makan secara mandiri. Pola minum klien yaitu klien mengatakan minum ketika haus. Mampu mengambil minum secara mandiri. Pola tidur klien dengan kualitas tidur baik, klien tidur siang setelah berjemur serta saat malam. Tidur nyenyak tanpa ada gangguan. Eliminasi klien mampu BAK/BAB secara mandiri. BAK 3-4x sehari. BAB terkadang 1x selama 3 hari. Aktivitas dan istirahat klien ketika pagi berjemur, dilanjutkan istirahat di kamar atau di ruangan teras. Klien terkadang membantu menyapu ruangan. Rekreasi klien yaitu hanya saat berjemur/keluar kamar. Tidak pernah keluar dari rumah pelayanan sosial karena keterbatasan fisik. Psikologis klien dapat mengontrol emosi. Emosi stabil. Klien mengatakan tetap bersabar walaupun keluarga tidak pernah menjenguk.

Hubungan sosial klien dengan anggota kelompok klien mengatakan terkadang mengobrol dengan teman sekamar. Klien tidak pernah bertengkar dengan anggota lainnya. Hubungan dengan keluarga yaitu klien mengatakan hubungan dengan keluarga tidak baik. Cerai dengan istri. Mempunyai 2 anak laki-laki. Anggota keluarga tidak pernah menjenguk sejak dipindahkan di Rumah pelayanan sosial Wreda.

Spiritual/kultur pelaksanaan ibadah klien mengatakan beribadah hanya dikamar. Klien mengatakan rajin beribadah. Klien mengatakan ingin lebih meningkatkan ibadahnya. Keyakinan terhadap kesehatan klien mengatakan ingin cepat sembuh dan segera bekerja.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien ditemukan data keadaan tingkat kesadaran composmentis dengan tanda vital : TD : 140/80, N : 70x/menit, S : 36,5 C, RR : 18x/menit. BB : 168 cm. TB : 60 kg. Pemeriksaan dan kebersihan perorangan yaitu klien menjaga kebersihan tubuhnya dengan mandi saat pagi dan sore hari. Pada pemeriksaan fisik klien ditemukan data berupa keadaan umum composmentis, pada integumen ditemukan turgor jelek, tidak ada luka, warna kuning langsat. Kepala semitris tidak ada benjolan serta tidak ada luka, rambut beruban dan bersih. Mata kanan dan kiri simetris, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, secret tidak ada. Telinga kanan dan kiri simetris, sedikit serumen fungsi pendengaran baik. Hidung, simetris, tidak ada nyeri tekan, bersih tidak ada polip, fungsi penciuman baik. Mulut dan tenggorokan kotor terdapat sisa makanan, bibir lembab tidak ada stomatitis. Leher tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid. Pada sistem pernafasan tidak ada gangguan, kardiovaskuler normal tidak ada riwayat penyakit jantung. Gastrointertinal normal tidak ada riwayat penyakit lambung. Perkemihan normal, klien mampu berkemih secara normal, genitourinaria normal, muskulokeletal dengan kekuatan otot tulang lemah. Sistem saraf pusat terdapat penurunan fungsi sistem saraf pusat.

Pemeriksaan psikososial klien mampu bersosialisasi dengan yang lainnya. Klien mampu mengobrol dengan klien lainnya, tidak bertengkar. Klien mengatakan tidur dengan baik, tidak memiliki kesulitan tidur. Klien mengatakan gelisah karena anak/keluarga tidak pernah menjenguk selama berada di Rumah pelayanan sosial Wreda. Klien mengatakan tidak murung ataupun menangis sendiri. Klien mengatakan tidak merasa was-was dan tidak merasa khawatir. Klien mengatakan tidak ada masalah dengan klien lain selama di rumah pelayanan sosial, klien juga tidak sedang menggunakan obat tidur. Klien tidak mengurung diri selama di rumah pelayanan sosial. Spiritual klien beragama Islam. Klien mengatakan rajin beribadah, namun dalam satu bulan terakhir hanya menjalankan 4x beribadah. Klien mengatakan ingin meningkatkan ibadahnya terutama shalat tahajud. Klien berharap ingin segera sembuh dari penyakitnya yaitu stroke. Klien mengatakan ketika sembuh ingin bekerja kembali dan bertemu dengan keluarganya.

Pengkajian fungsional (Indeks Katz) pada pengkajian fungsional indeks katz klien mampu melahkukan Bathing secara mandiri, Dressing secara mandiri, Toileting secara mandiri, Transfering secara mandiri, Continence secara mandiri, Feeding secara mandiri, pada pengkajian fungsional ini klien termasuk pada kategori indkes katz A karena bisa melahkukan secara mandiri tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan aktif dari orang lain. Pada pemeriksaan Barthel Indeks klien mendapatkan skor 110 dimana skor tersebut mengartikan klien ketergantungan sebagian. Pada pemeriksaan SPSMQ klien mendapat skor 4 benar dan 5 salah, dengan keterangan kerusakan intelektual ringan. Pada pemeriksaan Kognitif Mini Mental Status Exam (MMSE), hasil yang didapatkan klien yaitu 23 dengan keterangan aspek kognitif dari gungsi mental baik.

B. Diangnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan

Dari hasil pengkajian tanggal 20 Desember 2021 pukul 09.00 WIB di dapatkan diagnosis sebagai berikut: pada pengkajian hari pertama

yakni pada tanggal 20 Desember 2021 pukul 10.00 WIB diagnosis keperawatan yang muncul ialah:

1. Gangguan Komunikasi Verbal, data yang di dapat dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 20 Desember 2021 pada kasus Tn. H data subjektif : klien mengatakan kesulitan melahkukan aktivitas berkomunikasi. Klien mengatakan sulit berbicara, saat klien berbicara, orang lain terkadang tidak memahami apa yang disampaikan klien. Data objektif didapatkan klien berbicara lambat, bicara tidak jelas, pelo & gagap. TD : 140/80 mmHg, N : 70x/menit, S : 36,5, RR : 18x/menit. Dari data diatas dapat di tentukan bahwa diagnosis yang muncul adalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuscular ditandai dengan kerusakan sentral bicara.

   Tujuan dan kriteria : setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan komunikasi verbal sedang dengan kriteria : kemampuan berbicara sedang, pelo membaik, pemahaman komunikasi cukup membaik.

   Intervensi keperawatan monitor kecepatan & volume bicara, identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai komunikasi terapeutik, sesuaikan gaya komunikasi, ulangi apa yang disampaikan klien, berikan dukungan psikologi, anjurkan bicara perlahan, ajarkan klien proses kognitif : mengingat.

   Implementasi dilakukan dimulai pada hari pertama tanggal 21 Desember 2021 untuk diagnosis yang pertama memonitor kecepatan dan volume bicara, mengidentifikasi perilaku emosional & fisik sebagai komunikasi terapeutik, menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan bersama, mengulangi apa yang disampaikan klien, memberikan dukungan psikologis, menganjurkan berbicara perlahan, mengajarkan proses kognitif mengingat.

   Tanggal 21 Desember 2021 setelah dilahkukan asuhan keperawatan klien mengatakan masih kesulitan berbicara, namun

lebih bersemangat setelah diberi motivasi. Objektif : bicara lambat, bicara tidak jelas, pelo & gagap. A : tujuan tidak tercapai, masalah belum teratasi. P : ulangi semua intervensi.

2. Resiko Jatuh, data selanjutnya yang ditemukan pada klien dalam kasus adalah data subjektif yang didapat klien mengatakan kesulitan melahkukan aktivitas karena panyakitnya, klien mengatakan pernah terjatuh beberapa kali. klien mengatakan takut jatuh apabila berjalan terutama ke kamar mandi. Data objektif : klien berjalan pelan, klien menggunakan alat bantu walker. Dari data diatas dapat di tentukan bahwa diagnosis yang muncul adalah resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan ditandai dengan penggunaan alat bantu.

   Tujuan dan kriteria : setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam resiko jatuh menurun dengan kriteria : resiko jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh di kamar mandi menurun.

   Intervensi : identifikasi faktor resiko jatuh, monitor kemampuan berpindah, atur tempat tidur, edukasi, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan berdiri.

   Implementasi keperawatan : mengidentifikasi faktor resiko jatuh, memonitor kemampuan berpindah, menganjurkan berkonsentrasi, menganjurkan melebarkan kedua kaki. Tanggal 21 Desember 2021 setelah dilahkukan asuhan keperawatan S : klien mengatakan masih merasa takut terjatuh karena sulit bergerak, O : klien berhati-hati dalam berpindah, klien mampu mengikuti tindakan yang diberikan dengan baik, A : tujuan tercapai masalah teratasi sebagian. P : ulangi intervensi 2,4,5.

Pengkajian hari ke dua yakni tanggal 22 Desember 2021 pukul 09.00 WIB diganosa keperawatan yang muncul ialah sebagai berikut :

1. Gangguan Komunikasi Verbal, Tanggal 21 Desember 2021 setelah dilahkukan asuhan keperawatan klien mengatakan masih kesulitan berbicara, namun mengatakan lebih bersemangat. objektif : bicara lambat, bicara tidak jelas, pelo & gagap.

   Tujuan dan kriteria : Tujuan dan kriteria : setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan komunikasi verbal sedang dengan kriteria : kemampuan berbicara sedang, pelo sedang, pemahaman komunikasi cukup membaik.

   Intervensi keperawatan monitor kecepatan & volume bicara, identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai komunikasi terapeutik, sesuaikan gaya komunikasi, ulangi apa yang disampaikan klien, berikan dukungan psikologi, anjurkan bicara perlahan, ajarkan klien proses kognitif : mengingat.

   Implementasi dilakukan untuk diagnosis yang pertama memonitor kecepatan dan volume bicara, mengidentifikasi perilaku emosional & fisik sebagai komunikasi terapeutik, menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan bersama, mengulangi apa yang disampaikan klien, memberikan dukungan psikologis, menganjurkan berbicara perlahan, mengajarkan proses kognitif mengingat.

   Tanggal 22 Desember 2021 setelah dilahkukan asuhan keperawatan S : klien mengatakan masih kesulitan berkomunikasi, O : bicara tidak jelas, bicara lambat, klien masih gagap & pelo. A : tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi. P : ulangi intervensi 1,4,6.
2. Resiko Jatuh, tanggal 21 Desember 2021 setelah dilahkukan asuhan keperawatan data subjektif : klien mengatakan masih merasa takut terjatuh karena sulit bergerak.

Tujuan dan kriteria : setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam resiko jatuh menurun dengan kriteria : resiko jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh di kamar mandi menurun.

Intervensi keperawatan monitor kemampuan berpindah, anjurkan berkonsentrasi, anjurkan melebarkan kedua kaki. Implementasi keperawatan : memonitor kemampuan berpindah, menganjurkan berkonsentrasi, menganjurkan melebarkan kedua kaki.

Tanggal 22 Desember 2021 setelah dilahkukan asuhan keperawatan S : klien mengatakan paham jika ingin beraktivitas harus berjalan dengan lebar dan berkonsentrasi namun masih takut, O : klien mampu mengikuti instruksi dengan baik, A : tujuan tercapai masalah teratasi sebagian. P : ulangi intervensi 4&5.

Pengkajian hari ke tiga yakni tanggal 23 Desember 2021 pukul 09.00 WIB diganosa keperawatan yang muncul ialah sebagai berikut :

Gangguan Komunikasi Verbal, Tanggal 22 Desember 2021 setelah dilahkukan asuhan keperawatan klien mengatakan masih kesulitan berkomunikasi. objektif : bicara lambat, bicara tidak jelas, pelo & gagap.

Tujuan dan kriteria : setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan komunikasi verbal sedang dengan kriteria : kemampuan berbicara sedang, pelo sedang, pemahaman komunikasi cukup membaik.

Intervensi keperawatan monitor kecepatan & volume bicara, berikan dukungan psikologis, anjurkan bicara perlahan, ajarkan klien proses kognitif.

Implementasi dilakukan untuk diagnosis yang pertama memonitor kecepatan dan volume bicara, memberikan dukungan

psikologis, menganjurkan berbicara perlahan, mengajarkan proses kognitif mengingat.

Tanggal 23 Desember 2021 setelah dilahkukan asuhan keperawatan S : klien mengatakan masih kesulitan berkomunikasi, mengatakan lebih semangat untuk sembuh. O : bicara tidak jelas, bicara lambat, klien masih gagap & pelo. A : tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi. P : ulangi semua intervensi.

Diagnosa ke dua yaitu resiko jatuh Resiko Jatuh, tanggal 22 Desember 2021 setelah dilahkukan asuhan keperawatan data subjektif : klien mengatakan paham jika ingin beraktivitas harus berjalan dengan lebar dan berkonsentrasi, klien mengatakan masih takut.

Tujuan dan kriteria : setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam resiko jatuh menurun dengan kriteria : resiko jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh di kamar mandi menurun.

Intervensi keperawatan anjurkan berkonsentrasi, anjurkan melebarkan kedua kaki. Implementasi keperawatan : menganjurkan berkonsentrasi, menganjurkan melebarkan kedua kaki.

Tanggal 23 Desember 2021 setelah dilahkukan asuhan keperawatan S : klien mengatakan paham yang sudah diajarkan, O : klien mampu mengikuti instruksi dengan baik, A : tujuan tercapai masalah teratasi sebagian. P : hentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab IV mendefisikan pembahasan dari asuhan keperawatan pada Tn. H dengan gangguan komunikasi verbal di Bangsal Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

Pembahasan yang pertama tentang resume kasus pada bab III dimana mahasiswa seharusnya menambahkan catatan medis di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang untuk mendukung data klien dengan diagnosa medis stroke non hemoragik. Penulisan "Penerima Manfaat" yang terdapat di laporan asuhan keperawatan yang asli, Namun diganti dengan "klien" saat menyusun karya tulis ilmiah ini karena selama memberi asuhan keperawatan di Pucang Gading Semarang, mahasiswa mengikuti instruksi yang diberikan CI dengan menuliskan "Penerima Manfaat" pada laporan asuhan keperawatan.

Pembahasan pada bab ini juga akan dijelaskan tentang perbandingan antara teori dan kenyataan pada kasus dengan melihat kesenjangan yang muncul. Pembahasan terdiri dari pengertian, pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi. Selama melahkukan asuhan keperawatan, diagnosis yang muncul adalah :

A. Gangguan Komunikasi Verbal Berhubungan Dengan Defisit Neurologi

PPNI (2016) menjelaskan bahwa gangguan komunikasi verbal adalah penurunan, perlambatan, tidak mampu dalam menerima, memproses, melahkukan, serta menggunakan simbol. Tanda Mayor yang muncul : tidak bisa berbicara ataupun mendengarkan, memperlihatkan respon y ang tidak sesuai. Sedangkan untuk tanda minor yang muncul pada gangguan komunikasi verbal adalah afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, dislalia, pelo, gagap, tidak melahkukan kontak mata, sulit melahkukan, memahami, serta mempertahankan komunikasi, ekspresi wajah yang tidak sesuai dengan situasi, tidak dapat memperlihatkan ekspresi wajah, tidak dapat menyusun kalimat dengan baik, verbalisasi tidak tepat, sulit menjelaskan, tidak dapat menjelaskan orang, ruang, waktu, penglihatan lemah, delusi.

1. Pengkajian

Data yang didapatkan dari pengkajian pada kasus Tn. H yaitu data subjektif : Klien mengatakan sulit berbicara, saat klien berbicara orang lain terkadang tidak memahami apa yang disampaikan klien. Data objektif didapatkan klien berbicara lambat, bicara tidak jelas, TD : 140/80 mmHg, N : 70x/menit, S : 36,5, RR : 18x/menit. Pengkajian dilahkukan sesuai dengan konsep teori yang sudah dibuat sebelumnya pada bab dua. Pengkajian yang sudah dilahkukan pada Tn. H dimana hal tersebut selanjutnya dilahkukan analisa data sesuai dengan konsep teori. Adanya kesesuaian antara kasus nyata dengan tinjauan teori. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa diagnosa yang muncul sesuai dengan tinjauan teori yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan defisit neurologi ditandai dengan kerusakan sentral bicara.

2. Diagnosis

Diagnosis ini ditegakkan karena adanya data subjektif & data objektif pada klien yaitu klien mengatakan kesulitan melahkukan aktivitas berkomunikasi karena panyakitnya. Klien mengatakan sulit berbicara, saat klien berbicara orang lain terkadang tidak memahami apa yang disampaikan klien. Data objektif didapatkan klien berbicara lambat, gagap, bicara tidak jelas, pelo, TD : 140/80 mmHg, N : 70x/menit, S : 36,5, RR : 18x/menit. Pada pengkajian status mental gerontik (SPSMQ) klien benar dalam menjelaskan tempat, alamat asal, tanggal lahir serta nama ibu. Namun klien salah dalam menjelaskan tanggal, hari, umur, presiden sekarang dan presiden sebelumnya dan mendapatkan skor benar 4 dan skor salah 5 dengan keterangan kerusakan intelektual ringan.

Data yang sudah dijelaskan tesebut sesuai dengan tanda minor yang terdapat di SDKI menurut PPNI (2016) meliputi : pelo, gagap, sulit menjelaskan, tidak dapat menjelaskan orang, ruang, waktu. Dari pengkajian tersebut sudah tepat dengan ditegakkannya diagnosis Gangguan Komunikasi Verbal Berhubungan Dengan Defisit Neurologi dan menjadi prioritas pertama. Dijadikan prioritas utama karena

komunikasi sangat penting dalam aktivitas sehari-hari, apabila ada gangguan komunikasi maka pemberi informasi dan penerima informasi akan terjadi komunikasi tidak efektif dan kesalahpahaman dalam menerima informasi.

3. Intervensi

Intervensi yang sudah ditetapkan dibuat sesuai masalah yang muncul pada klien. Tujuan intervensi ini sendiri yaitu setelah diberi asuhan keperawatan diharapakan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil kemampuan berbicara klien meningkat, pelo dan gagap menurun.

Rencana tindakan serta penambahan rasional: monitor kecepatan dan volume bicara, hal ini dilahkukan agar mahasiswa mengetahui seberapa jauh tingkat kemampuan klien dalam berkomunikasi. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai komunikasi terapeutik, dilahkukan untuk mengetahui apakah ada tanda minor yang muncul pada klien seperti tidak melahkukan kontak kata dan kesesuaian wajah dengan emosi klien. Sesuaikan gaya komunikasi, dilahkukan agar klien merasa nyaman serta percaya dengan mahasiswa. Ulangi apa yang disampaikan klien, Berikan dukungan psikologis dan edukasi, pada tahap ini mahasiswa memberikan motivasi pada klien agar klien tidak merasa cemas terhadap kondisi klien saat ini,dukungan psikologis memberikan efek rasa tenang dan klien merasa didukung, tidak hanya itu klien juga akan berfikir bahwa masalah yang ada akan dihadapai dengan lebih baik. Anjurkan bicara perlahan. Ajarkan klien proses kognitif, mahasiswa mengajarkan proses mengingat seperti mengingat tanggal, hari, tahun.

Intervensi yang sudah ditetapkan tidak semuanya dimunculkan sesuai dengan teori SDKI menurut PPNI (2016) hal ini karena intervensi dibuat berdasarkan dengan keadaan klien pada saat di Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang. Tujuan yang telah ditetapkan pada bab dua sebelumnya dibuat lebih umum namun pada saat di rumah pelayanan sosial tujuan diubah dan disesuaikan dengan kondisi klien. Tujuan intervensi juga memiliki batas waktu, dapat diukur serta ada hasil yang

dicapai. Intervensi dibuat sesuai dengan diagnosa yang sudah ditegakkan. Pada kasus Tn. H tidak terdapat kesenjangan antara pandangan secara teoritik dan kenyataan di lapangan karena sesuai dengan teori menurut SDKI pada diagnosa gangguan komunikasi verbal dan resiko jatuh pada Tn. H.

4. Implementasi

   Implementasi yang sudah dilahkukan adalah memonitor kecepatan & volume bicara, mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai komunikasi terapeutik, menyesuaikan gaya komunikasi, mengulangi apa yang disampaikan klien, memberikan dukungan psikologis edukasi, menganjurkan bicara perlahan, mengajarkan klien proses kognitif.

   Implementasi yag diberikan pada klien untuk mengatasi gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan defisit neurologi, mahasiswa tidak mengalami hambatan dan tindakan sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan, respon yang diberikan klien saat melahkukan implementasi sangat kooperatif.

5. Evaluasi

   Evaluasi pada diagnosis gangguan komunikasi verbal didapatkan hasil bahwa tujuan dan kriteria hasil belum dicapai sepenuhnya saat berada di Bangsal Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang dengan keterangan komunikasi verbal masih belum meningkat, kemampuan berbicara klien belum meningkat, pelo dan gagap belum menurun. Sehingga Masalah berlum teratasi dan tujuan belum terpecahkan serta harus mengulangi semua interevensi yang sudah ditetapkan. Asuhan keperawatan akan membutuhkan waktu, proses, kemauan serta ketaatan klien ketika melaksanakan perawatan.

B. Resiko Jatuh Berhubungan Dengan Gangguan Keseimbangan

Resiko jatuh menurut PPNI (2016) adalah keadaan dimana seseorang mengalami kerusakan fisik serta gangguan kesehatan akibat terjatuh. Faktor resiko : seorang dewasa dengan umur kurang lebih 65 tahun dan anak-anak dengan umur kurang 2 tahun, memiliki riwayat jatuh, memiliki

anggota tubuh prestesis (buatan), menggunakan alat bantu berjalan, adanya penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, berada pada lingkungan yang tidak aman, klien dengan post op, hipotensi ortostatik, perubahan kadar gula dalam darah, anemia, penurunan kekuatan otot, masalah pendengaran, penurunan keseimbangan, penurunan penglihatan, efek agen farmakologi.

1. Pengkajian

   Pengkajian berikutnya yang terdapat dalam kasus adalah data subjektif yang didapat klien mengatakan kesulitan melahkukan aktivitas karena panyakitnya, klien mengatakan takut jatuh apabila berjalan terutama ke kamar mandi. Data objektif : klien berjalan pelan, klien menggunakan alat bantu walker. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa diagnosa yang muncul yaitu resiko jatuh belum sesuai dengan tinjauan teori.

2. Diagnosis

   Diagnosis ini ditegakkan karena adanya data subjektif & data objektif pada klien yaitu klien mengatakan kesulitan melahkukan aktivitas karena panyakitnya, klien mengatakan takut jatuh apabila berjalan terutama ke kamar mandi. Data objektif : klien berjalan pelan, klien menggunakan alat bantu walker, riwayat terjatuh. Pada saat pengkajian Barthel Indeks klien mendapatkan point 110 dengan keterangan ketergantungan sebagian, hal tersebut karena klien memerlukan bantuan pada saat naik turun tangga dan olahraga/latihan karena klien mengungkapkan klien merasa was-was akan terjatuh kembali.

   Diagnosis resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan ditandai dengan penggunaan alat bantu menurut saya tepat untuk ditegakkan menjadi diagnosis ke 2, karena beberapa faktor resiko yang muncul pada klien sesuai teori PPNI, meliputi : seorang dewasa dengan umur kurang lebih 65 tahun, memiliki riwayat jatuh, menggunakan alat bantu buatan (walker), penurunan kekuatan otot, penurunan keseimbangan. Penambahan pengkajian untuk diagnosa jatuh juga

seharusnya ditambahkan, seperti pengkajian *Fall Morse Scale & Humpty Dumpty Scale* (terlampir) sehingga diagnosa resiko jatuh bisa ditegakkan.

3. Intervensi

Tujuan dan kriteria setelah diberi asuhan keperawatan adalah : setelah dilahkukan tindakan keperawatan resiko jatuh menurun dengan kriteria : resiko jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh di kamar mandi menurun.

Rencana tindakan dan penambahan rasional: identifikasi faktor resiko jatuh untuk menegtahui faktor-faktor apa saja yang dapat mengakibatkan klien. Monitor kemampuan berpindah dilahkukan untuk mengetahui sampai mana tingkat kemampuan klien dalam berpindah. Atur tempat tidur, hal ini dilahkukan agar meminimalkan resiko jatuh saat berasa di tempat tidur. Gunakan alat bantu berjalan & edukasi, untuk menjaga keseimbangan klien dan juga mambantu klien dalam mobilisasi. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan berdiri.

Sama dengan diagnosa utama, dimana intervensi resiko jatuh dibuat sesuai kondisi klien pada saat dilapangan dan tidak semua yang terdapat di teori semua dilahkukan. Pada kasus Tn. H tidak terdapat kesenjangan antara pandangan secara teoritik dan kenyataan di lapangan karena sesuai dengan teori SDKI menurut (PPNI 2016).

4. Implementasi

Implementasi pada diagnosis ke 2 yang sudah dilahkukan adalah mengidentifikasi faktor resiko jatuh, memonitor kemampuan berpindah, mengatur tempat tidur, menggunakan alat bantu berjalan, mengedukasi, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan berdiri.

Implementasi dilahkukan semua tanpa adanya hambatan karena faktor dari klien yang kooperatif. Namun masalah resiko jatuh belum teratasi, seharusnya penambahan implementasi menganjurkan alas kaki

yang tidak licin juga di lahkukan, karena pada saat dilapangan klien sering memakai sendal yang basah seusai dari kamar mandi, hal tersebut membuat resiko jatuh semakin tinggi.

5. Evaluasi

Evaluasi pada klien Tn. H masih belum maksimal dalam mencapai tujuan dan kriteria hasil dengan keterangan resiko jatuh dari tempat tidur cukup menurun, jatuh saat berdiri cukup menurun, jatuh saat berjalan cukup menurun, jatuh di kamar mandi cukup menurun. Maka pada diagnosis ke 2 masalah belum teratasi tujuan tercapai sebagian maka dari itu resiko jatuh harus dilatih dengan bertahap.

C. Diagnosis yang ada namun tidak diangkat

1. Nyeri akut berhubungan dengan perfusi perifer tidak efektif.

Nyeri akut yang berhubungan dengan perfusi perifer tidak efektif tidak ditegakkan. Data yang ditemukan pada klien yaitu nada teraba, akral hangat serta pengisian kapilary refil kurang dari 2 detik, sehingga pada kasus yang dihadapai, nyeri akut berhubungan dengan klien kurang cocok apabila ditegakkan.

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan fungsi neurologi.

Diagnosis ini tidak ditegakkan karena pada penurunan fungsi neurologi akan melemahkan kemampuan batuk serta menjadi penumpukan secret. Namun pada kasus yang ditangani, klien tidak mengalami tanda-tanda subjektif ataupun objektif tersebut, data pengkajian juga menunjukkan bahwa pola nafas klien normal dengan keterangan RR : 18x/menit sehingga diagnosis ini tidak ditegakkan.

3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan melemahnya kekuatan otot.

Awalnya defisit perawatan diri berhubungan dengan melemahnya kekuatan otot akan ditegakkan karena adanya kekuatan otot yang lemah pada klien dengan ditandani penggunaan alat bantu walker sehingga klien akan mengalami defisit perawatan diri. Namun, kenyataan yang terdapat dilapangan saat pengkajian fungsional indeks katz klien mendapatkan point A dimana menunjukkan klien dapat melahkukan secara mandiri

dalam kegiatan *Bathing, Dressing, Toiletting, Transferring, Contience, Feeding*. Sehingga hal tersebut tidak cocok apabila ditegakkan.

4. Ansietas berhubungan dengan ketidakmampuan dalam beraktifitas.

   Diagnosis yang seharusnya muncul namun tidak ditegakkan adalah ansietas. Pada pengkajian masalah emosional klien beberapa kali mengatakan gelisah karena keluarga klien tidak pernah menengok klien selama di rumah pelayanan sosial. Namun sayang sekali diagnosis ansietas tidak ditegakkan karena mahasiswa kurang melahkukan pengkajian lebih rinci terhadap klien saat dilapangan. Apabila tidak ditegakkan maka dapat memunculkan masalah pada klien yaitu, sulit berkonsentrasi, gelisah, tegang, serta sulit tidur.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Pengkajian pada klien Tn. H didapatkan hasil Klien mengeluh sulit berbicara, saat klien berbicara, orang lain terkadang tidak memahami apa yang disampaikan klien, klien mengatakan kesulitan melahkukan aktivitas dan mengatakan takut jatuh apabila berjalan terutama ke kamar mandi. Hasil TTV : TD : 140/80 mmHg, N : 70x/menit, S : 36,5, RR : 18x/menit.

Hasil dari pengkajian ditemukan data-data maka dapat ditegakkan 2 diagnosis yaitu 1) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan defisit neuromuskular ditandai dengan kerusakan sentral bicara dan 2) Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan ditandai dengan penggunaan alat bantu dan terdapat penambahan 1 diagnosis yaitu ansietas.

Intervensi dibuat disesuaikan dengan diagnosis yang sudah ditegakkan. Namun, intervensi yang sebelumnya disusun pada bab 2 tidak semua dilaksakanan pada klien karena intervensi disesuaikan dengan kondisi klien saat dilapangan.

Implementasi diberikan pada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah dibuat. Tujuan dan kriteria yang ingin dicapai belum sesuai yang diharapkan karena membutuhkan waktu, proses, kemampuan serta ketaatan klien ketika melaksanakan perawatan.

Evaluasi dilahkukan untuk mengetahui perkembangan klien setelah diberikan tindakan keperawatan. Didapatkan hasil bahwa tidak semua kriteria dapat dicapai sehingga masalah pada klien teratasi sebagian serta tujuan dicapai sebagian

B. Saran

1. Bagi Institusi

   Diharapkan bagi institusi dapat meningkatkan mutu pelayanan bagi klien sehingga menciptakan lingkungan yang bersih dan aman.

2. Bagi Anggota Perawat

   Diharapkan perawat mampu memberikan asuhan keperawatan secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

Afrizal, Afrizal. 2018. "Permasalahan Yang Dialami Lansia Dalam Menyesuaikan Diri Terhadap Penguasaan Tugas-Tugas Perkembangannya." *Islamic Counseling: Jurnal Bimbingan Konseling Islam* 2(2): 91.

Akhmet Dyussenbayev. 2017. "Age Periods of Human Life." *Advances in Social Sciences Research Journal* 4(6): 258–63.

Basyir, Ilma Fahira, Ninda Nurkhalifah, and I Gusti Bagus Widimatra Linggabudi. 2021. "Gambaran Radiologis Pada Bidang Neurologis Stroke." 1(10): 6.

Billah, Muktasim. 2020. "STROKE Aspek Biomolekular, Patogenesis, Dan Manajemen."

Candra, Karisma Yoga, and Titian Rakhma. 2020. "Seorang Laki-Laki 60 Tahun Dengan Stroke Non Hemoragik Dan Pneumonia." *Proceeding Book Call for Paper Thalamus: Medical Research For Better Health*: 252–58.

Christensen, Hanne et al. 2014. "Complications after Stroke." *Oxford Textbook of Stroke and Cerebrovascular Disease*: 203–14.

Coupland, Alexander P. et al. 2017. "The Definition of Stroke." *Journal of the Royal Society of Medicine* 110(1): 9–12.

Darotin, Rida, Nurdiana, and Tina Handayani Nasution. 2017. "Analisis Faktor Prediktor Mortalitas Stroke Hemoragik Di Rumah Sakit Daerah Dr Soebandi Jember." *NurseLine Journal* 2(2): 9.

Dewi, Sofia Rhosma. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Ed.1, Cet. Yogyakarta: Deepublish.

Feigin, Valery L et al. 2022. "World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022." 17(X).

Harpaz, Dorin et al. 2017. "Point-of-Care-Testing in Acute Stroke Management: An Unmet Need Ripe for Technological Harvest." *Biosensors* 7(3): 30.

Indahsari, Putri Nur, Fery Agusman, and Sri Indah Ekowati. 2013. "Hubungan Perubahan Fungsi Fisik Terhadap Kebutuhan Aktivitas Hidup Sehari-Hari (Ahs) Pada Lansia Dengan Stroke (Studi Pada Unit Rehabilitasi Sosial Kota Semarang)." *Jurnal Keperawatan Komunitas* 1(1): 24–32.

Jin, Jill. 2014. "Warning Signs of a Stroke." *JAMA - Journal of the American Medical Association* 311(16): 1704.

Kholifah, Siti Nur. 2016. *Keperawatan Gerontik*. Jakarta.

Mardiani, Rina. 2019. "Analisis Data Dalam Pengkajian Proses Keperawatan." *Journal Article* 1(4): 1–8.

Mutiarasari, Diah. 2019. "Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention." *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako* 1(1): 60–73.

Naftali, Ananda Ruth, Yulius Yusak Ranimpi, and M. Aziz Anwar. 2017. "Kesehatan Spiritual Dan Kesiapan Lansia Dalam Menghadapi Kematian." *Buletin Psikologi* 25(2): 124–35.

Nusatirin. 2018. "Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Tn . H Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Bougenvil Rumah Sakit TK. II Dr. Soedjono Magelang." Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Yogyakarta.

Pajri, Risa Nur, Safri, and Yulia Irvani Dewi. 2018. "Gambaran Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Stroke." *Jurnal Online Mahasiswa* 5(1): 436–44.

Permatasari, Nia. 2020. "Perbandingan Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus Dan Hipertensi." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada* 11(1): 298–304.

PPNI. 2016. "Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indikator Diagnostik, Edisi 1."

Raisa, M. 2014. “Left Hemiparesis E . c Hemorhagic Stroke.” *Medula* 2 No 4(Juni): 70–79.

Ramdani, Ramdani. 2015. “Kontribusi Kecerdasan Spiritual Dan Dukungan Keluarga Terhadap Kepuasan Hidup Lansia Serta Implikasinya Dalam Pelayanan Bimbingan Dan Konseling.” *KOPASTA: Jurnal Program Studi Bimbingan Konseling* 2(2): 70–81.

Supriadi. 2018. “Lanjut Usia Dan Permasalahannya.” *Jurnal PPKn & Hukum* 10(2): 84–94.

Wardhani, Novida Rizky, and Santi Martini. 2014. “Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Tentang Stroke Pada Pekerja Institusi Pendidikan Tinggi Related Factor of Knowledge by Stroke in Institute of Higher Education Employees.” *Jurnal Berkala Epidemiologi* 2(1): 13–23. https://e-journal.unair.ac.id/JBE/article/view/149.