

BAB 3

GAMBARAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien

Nama Pasien :Tn. S

Umur :70 th

Jenis Kelamin :Laki-laki

Agama/Suku :Islam/Jawa

Pendidikan :SLTA

Pekerjaan :Wiraswasta

No. RM :00-00-78-xx-xx

Tanggal MRS :02 Januari 2026

Jam :10.00

Ruangan :Edelwis

Tanggal Pengkajian :05 Januari 2026

Jam :12.00

Diagnosis Medis :CVA Infark

3.1.2 Riwayat Penyakit

Tabel 3.1 Riwayat Penyakit 1

Riwayat Penyakit	Pasien
Keluhan Utama	Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan berbicara sejak $\pm$ 6 jam sebelum masuk rumah sakit.
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang ke RSUD Ibnu Sina pada tanggal 02 Januari 2026, pukul 10.00 WIB, Keluarga pasien mengatakan

	pasien mendadak mengalami kelemahan pada lengan dan tungkai kiri serta kesulitan berbicara. Keluarga mengatakan pasien tampak mengerti pembicaraan, tetapi sulit mengucapkan kata-kata dan hanya dapat mengeluarkan suara atau beberapa kata yang tidak jelas. Tanda-tanda vital TD: 160/80 mmHg, N:110x/menit, RR: 20x/menit, S:36,8°C, SPO2:97%. Setelah mendapatkan pertolongan dari IGD pasien di pindah ke ruang Edelweis diperoleh data pada tanggal 05 Januari 2026: Keluarga pasien mengatakan pasien mendadak mengalami kelemahan pada lengan dan tungkai kiri serta kesulitan berbicara. Keluarga mengatakan pasien tampak mengerti pembicaraan, tetapi sulit mengucapkan kata-kata dan hanya dapat mengeluarkan suara atau beberapa kata yang tidak jelas
Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki Riwayat penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu.
Riwayat Penyakit Keluarga	Keluarga pasien mengatakan memiliki Riwayat penyakit hipertensi

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (Breathing)

DS : Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sesak nafas

DO :

a. Inspeksi:

1. Bentuk dada normal (normal chest).
2. Pergerakan dinding dada simetris antara kiri dan kanan.
3. Tidak tampak lesi pada dinding dada.
4. Tidak menggunakan otot bantu napas.
5. Frekuensi napas 20 kali/menit.

b. Palpasi:

1. Tidak ada nyeri tekan pada palpasi.
2. Vokal fremitus teraba seimbang antara sisi kiri dan kanan.

3. Perkusi:

Hasil perkusi sonor.

4. Auskultasi:

Hasil auskultasi menunjukkan suara napas vesikuler normal, tanpa suara napas tambahan.

2. B2 (Blood)

DS : Keluarga pasien mengatakan mengeluh pusing dengan meringis

DO :

a. Inspeksi:

1. Konjungtiva tampak non anemis.
2. Pasien tampak lemas.
3. Tidak terdapat pembesaran vena jugularis.

b. Palpasi:

1. Capillary Refill Time (CRT) < 2 detik.
2. Frekuensi nadi 110 kali/menit (meningkat dari nilai normal)

c. Perkusi:

Jantung redup pada perkusi.

d. Auskultasi:

Irama jantung reguler, dengan bunyi S1–S2 tunggal pada auskultasi.

3. B3 (Brain)

DS : Keluarga pasien mengeluh lemas pada tangan dan kaki sebelah kiri dan bicara pelo.

DO :

a. Inspeksi:

1. Kesadaran compos mentis.
- I. Olfaktorius, fungsi sensori : fungsi penciuman pasien baik, pasien mampu mencium bau aroma minyak wangi.
- II. Optikus, fungsi sensori : tidak ada gangguan pengelihatan
- III. Okulomotor, fungsi motorik : Dilatasi reaksi pupil normal, terjadi pengecilan pupil ketika ada pantulan cahaya.

- IV. Troklearis, fungsi motorik : tidak ada gangguan dalam pergerakan bola mata.
Fungsi sensorik : wajah perot
- V. Trigeminalis, fungsi motorik : pasien mengalami gangguan saat menelan
- VI. Abducens, fungsi motorik : pasien mampu menggerakkan bola mata kesamping.
- VII. Fasialis, fungsi motorik : tidak mampu berbicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pasien bicara pelo, hanya mampu menjawab ya dan tidak, gagap, dan sulit mempertahankan komunikasi.
- VIII. Vestibulokoklear, fungsi sensorik : klien tidak ada gangguan pendengaran.
- IX. Glasofaringeus, fungsi motorik : terdapat kesulitan dalam menelan.
- X. Vagus, fungsi motorik : tidak ada gangguan
- XI. Asesorius Spinal, fungsi sensorik : anggota gerak kanan atas mampu bergerak dengan baik, anggota gerak kiri atas terasa lemas saat bergerak,. Anggota gerak kanan bawah mampu bergerak penuh, anggota gerak kiri bawah terasa lemas saat bergerak.
- XII. Hipoglossus, fungsi motorik : respon lidah tidak baik, klien tidak bisa menggerakkan lidah dari sisi yang satu ke yang lain, terdapat kesulitan saat menelan.
4. B4 (Bladder)
- DS : Keluarga pasien mengatakan BAK 2-3 kali / 24 jam BAK Spontan ditempat tidur menggunakan pispot
- DO :
- Inspeksi:
 - Produksi +/- 900 cc/24 Jam
 - Warna urin kuning jernih, tanpa sedimen atau bekuan darah.
 - Oliguri (-), Anuria (-)
 - Palpasi:

Tidak terdapat nyeri tekan pada area suprapubik
 - Auskultasi:

Bunyi timpani pada area suprapubic

5. B5 (Bowel/Pencernaan)

DS: Keluarga pasien mengeluh tidak nyaman pada perut dan sempat mual muntah. Keluarga mengatakan BAB 3 hari 1-2 kali, konsistensi lembek

DO:

a. Inspeksi:

1. Tidak terpasang NGT (Nasogastric Tube).
2. Terdapat penumpukan plak pada gigi.
3. Diet: makanan cair (fluibar) + susu
4. Porsi makan: ½ porsi dari jumlah normal.

b. Palpasi:

Tidak terdapat nyeri tekan pada palpasi abdomen

c. Auskultasi:

Bising usus 12x/menit

6. B6 (Bone/Muskuloskeletal)

DS: Keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan sama sekali dan pemenuhan kebutuhan ketergantungan dengan keluarga, keluarga juga sering mendapati pasien mengeluh badan kaku dengan memberikan anggukan ketika ditanya

DO:

- a. Inspeksi: Pasien tampak mengalami kelemahan anggota gerak (hemiparesis). Aktivitas pasien dibantu. Rentang gerak ekstremitas terbatas. Risiko luka tekan pada pasien dengan imobilisasi.

b. Palpasi:

Kekuatan otot:

3	5
3	5

Tonus otot menurun pada sisi kiri yang mengalami kelemahan. Terdapat gangguan koordinasi gerak.

- c. Perkusi: Refleks tendon dapat menurun pada ekstremitas yang terkena.

3.1.4 Data Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium 1

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Gula darah sewaktu	196 mg/dl	<200 mg/dl
Hemoglobin	15,0 g/dl	13,2-17,3
Leukosit	6.440/mm ²	3.800-10.600
Eritrosit	5,26 juta	4,5-6,5
Hematocrit	41,7%	40-50
Trombosit	307.000/mm ²	150.000-450.000
Eosinophil	2,8%	1-3
Basophil	0,4%	0-1

b. Hasil Radiologi

1. Foto thorax tidak tampak kelainan
2. CT Scan : Infark serebri iskemik (stroke non hemoragik) pada hemisfer kanan, melibatkan area ganglia basalis/kapsula interna kanan.



Gambar 3.1 1 Sumber data : Rekam medis RSUD Ibnu Sina Gresik

3.1.5 Terapi

Tabel 3.1 Terapi 1

Terapi Medis	RUTE
Infus RL 500cc/24 jam ,14 tpm	IV
Injeksi Santagesik	IV
Injeksi Ceftriaxon	IV
Injeksi Citicolin	IV
Injeksi Ranitidin	IV
Injeksi Lanabal	IV
Injeksi Furosemid	IV
Tablet Keto-G	ORAL
Tablet Candesatan	ORAL
Tablet Ampodipin	ORAL

3.2 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data 1

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
DS : Keluarga mengatakan pasien tampak mengerti pembicaraan, tetapi sulit mengucapkan kata-kata dan hanya dapat mengeluarkan suara atau beberapa kata yang tidak jelas DO: 1. Pasien bicara pelo Pasien hanya mampu menjawab ya dan tidak 2. Gagap TD:160/80mmHg N:110x/menit SPO2:97%	Stroke ↓ Suplai darah ke otak terganggu ↓ Penurunan fungsi pada korteks serebri dan area bredmen ↓ Motoric wicara terganggu ↓	Gangguan Komunikasi Verbal

	Gangguan Komunikasi Verbal	
--	----------------------------	--

3.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan 1

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan ketidakmampuan berbicara dan berbicara pelo. (D.0119)

3.4 Perencanaan Keperawatan

Nama / Umur : Tn. S / 70 th

Kamar : Edelweis

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan ketidakmampuan berbicara dan berbicara pelo.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: 1.Kemampuan berbicara meningkat 2.Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 3.Pelo menurun 4.Gagap menurun	Promosi komunikasi: defisit bicara Observasi : 1.Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara Terapeutik 2.Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama) 3.Fasilitasi latihan terapi wicara AIUEO

			Edukasi 4. Anjurkan berbicara perlahan
--	--	--	--

3.5 Pelaksanaan Keperawatan

Nama / Umur : Tn. S / 70 th

Kamar : Edelweis

Hari/Tanggal/JAM	Implementasi	Paraf
Senin / 05 Januari 2026 12.05	1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara dengan cara mengajak pasien berkomunikasi dengan menanyakan nama lengkap, tanggal lahir dan keluhan yang dirasakan Hasil : Pasien mampu menjawab pertanyaan sederhana, bicara lambat, volume suara pelan, beberapa kata kurang jelas sehingga perlu diulang.	Cindy
12.20	2. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan suara normal tanpa berteriak, menggunakan kalimat pendek dan sederhana, serta mendengarkan setiap ucapan pasien dengan penuh perhatian dan tidak memotong pembicaraan. Hasil : Pasien memperhatikan penjelasan perawat, mampu memahami instruksi sederhana, mencoba menjawab meskipun bicara masih lambat dan terdengar pelo.	Cindy
12.30	3. Melatih pasien berbicara perlahan dengan terapi AIUEO sebanyak 5 kali pengulangan Hasil : Pasien mengikuti instruksi perawat dengan kooperatif. Pasien mampu mengucapkan vokal A-I-U-E-O, tetapi pengucapan masih terdengar pelo, lambat, dan membutuhkan arahan dari perawat.	Cindy
12.40	4. Menganjurkan pasien berbicara secara perlahan dan tidak terburu-buru saat menyampaikan kebutuhan. Hasil: Pasien memahami anjuran dan mencoba berbicara lebih perlahan, tetapi ucapan masih sulit dipahami.	Cindy

Hari/Tanggal/JAM	Implementasi	Paraf
Selasa / 06 Januari 2026 15.30	1.Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara dengan meminta pasien menyebutkan nama anggota keluarga dan menghitung angka 1–10. Hasil : Pasien mampu mengucapkan lebih banyak kata, kecepatan bicara masih lambat, volume suara mulai meningkat, artikulasi beberapa kata lebih jelas dibandingkan hari pertama.	Cindy
15.40	2.Menyesuaikan gaya komunikasi dengan berbicara perlahan, mengajukan satu pertanyaan dalam satu waktu, menghindari penggunaan istilah yang sulit dipahami, dan tetap mendengarkan hingga pasien selesai berbicara. Hasil : Pasien mampu menjawab pertanyaan dengan lebih lancar, meskipun artikulasi masih belum sepenuhnya jelas.	Cindy
15.50	3.Melatih pasien berbicara perlahan dengan terapi AIUEO sebanyak 5 kali. Hasil : Pasien mampu mengikuti latihan dengan lebih baik. Pengucapan vokal mulai lebih jelas dibandingkan hari pertama	Cindy
16.00	4.Menganjurkan pasien berbicara perlahan, menggunakan kata-kata sederhana, dan mengulangi ucapan apabila belum dipahami. Hasil: Pasien mampu berbicara lebih perlahan dan beberapa kata dapat dipahami dengan lebih jelas.	Cindy

Hari/Tanggal/JAM	Implementasi	Paraf
Rabu / 07 Januari 2026 11.00	1.Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara dengan meminta pasien menceritakan aktivitas yang dilakukan pada pagi hari saat di rumah Hasil : Pasien mampu berbicara menggunakan kalimat sederhana, bicara masih sedikit pelo tetapi lebih jelas, volume suara cukup, komunikasi lebih mudah dipahami	Cindy
11.10	2. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan menjaga kontak mata, berbicara perlahan tanpa meninggikan suara, memberikan kesempatan pasien menyampaikan kebutuhan sampai selesai	Cindy

11.30	Hasil : Pasien mampu mengungkapkan keluhan, bicara masih sedikit pelo tetapi lebih mudah dipahami dibandingkan hari sebelumnya. 3. Melatih pasien berbicara perlahan dengan terapi AIUEO sebanyak 10 kali Hasil : Pasien mampu mengucapkan vokal AIUEO dan beberapa kata sederhana dengan lebih jelas.	Cindy
11.40	4. Mengajarkan pasien mempertahankan kebiasaan berbicara perlahan dan jelas serta berlatih berkomunikasi dengan keluarga. Hasil: Pasien mampu berbicara lebih perlahan dan jelas, sehingga komunikasi dengan perawat dan keluarga lebih mudah dipahami.	Cindy

3.6 Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : Tn. S / 70 th

Kamar : Edelweis

Tanggal	Evaluasi SOAP	Paraf
05-Januari-2026 12.00	S : Keluarga mengatakan pasien masih sulit berbicara dan menyampaikan keinginannya. Pasien tampak berusaha berbicara, tetapi kata-kata sulit dipahami. O : Pasien hanya mampu mengucapkan 1–2 kata sederhana. Volume suara pelan dan artikulasi kurang jelas. Pasien lebih sering menggunakan anggukan, gelengan kepala sebagai alat komunikasi. A : Gangguan komunikasi verbal belum teratasi. P : Lanjutkan pemantauan kemampuan bicara. Lanjutkan latihan AIUEO dan libatkan keluarga dalam proses komunikasi.	Cindy

06- Januari-2026 16.30	S : Keluarga mengatakan pasien mulai mencoba berbicara lebih sering. Pasien tampak lebih bersemangat saat diajak berkomunikasi. O : Pasien mampu mengucapkan beberapa kata sederhana. Artikulasi mulai membaik meskipun belum jelas. Pasien mengikuti latihan AIUEO dengan bantuan minimal. A: Gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian. P: Pertahankan latihan komunikasi verbal. Lanjutkan terapi AIUEO secara rutin.	Cindy
07-Januari-2026 12.00	S : Keluarga mengatakan pasien sudah lebih mudah memahami pembicaraan dan mulai mampu menyampaikan kebutuhan sederhana. Pasien tampak lebih percaya diri saat mencoba berbicara. O: Pasien mampu mengucapkan beberapa kata dengan artikulasi lebih jelas. Volume suara meningkat dibanding hari sebelumnya. Pasien mengikuti latihan AIUEO secara mandiri dengan sedikit arahan. A : Gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian, ditandai dengan adanya peningkatan kemampuan komunikasi verbal, namun pasien masih memerlukan latihan lanjutan untuk meningkatkan kelancaran dan kejelasan bicara. P:Lanjutkan latihan AIUEO dan stimulasi komunikasi verbal setiap hari. Kolaborasi dengan terapis wicara sesuai indikasi untuk meningkatkan kemampuan komunikasi pasien.	Cindy