Studi Kasus Asuhan Keperawatan Psikososial Pada Tn. R Dengan Masalah Ketidakberdayaan

Yarni Kristina Mendrofa

yarnimendrofa2017@gmail.com

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan kelompok umur manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang di kategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut Aging Process atau proses penuaan. Proses penuaan adalah siklus kehidupan yang ditandai dengan tahapantahapan menurunnya berbagai fungsi organ tubuh, yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian, penyakit Stroke salah satu penyakit yang sering di derita pada lansia (Melawati, 2019)

Stroke(*cerebrovascular disease*) Merupakan gambaran neurologik akibat proses patologi pada sistem pembuluh darah oleh trombosis atau emboli, pecahnya dinding pembuluh darah pada otak, perubahan permeabilitas dinding pembuluh darah dan perubahan vikosistas maupun kualitas darah sendiri. Stroke merupakan penyakit pembunuh nomer 3 yang ada di indonesia. Masalah keperawatan yang dapat muncul pada klien stroke adalah perubahan presepsi sensori, gangguan mobilitas fisik, resiko integritas kulit, gangguan reflek menelan, keseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, defisit perawatan diri dan ketidakberdayaan. Gangguan psikologis secara umum yang muncul pada klien stroke antara lain ketidakberdayaan. Ketergantungan orang lain dapat menyebabkan iritabilitas, rasa marah, rasa bersalah dan ketidakpuasan terhadap ketidakmampuan aktivitas sebelumnya (Sarani, 2021).

Menurut data WHO (*world health organization*) tahun 2012 kematian yang disebabkan oleh stroke mencapai angka 51% diseluruh penjuru dunia dan disebabkan oleh tekan darah yang tinggi, tidak hanya itu kematian akibat stroke juga diperkirakan sebesar 16% diakibatkan tingginya kadar glukosa darah yang ada pada tubuh. Stroke merupakan masalah besar di negara-negara yang berpenghasilan rendah dibandingkan dengan Negara-negara yang berpenghasilan tinggi (Siti, 2019).

Penyakit stroke merupakan salah satu kegawatan neurologik, morbiditasnya semakin meningkat dari tahun ketahun. Menurut WHO (World Health Organization), 15 juta orang menderita stroke di seluruh dunia setiap tahun. Jumlah tersebut, 5 juta meninggal dan 5 juta lainnya dinon-aktifkan secara permanen. Tekanan darah tinggi menyumbang lebih dari 12,7 juta stroke di seluruh dunia. Kematian stroke di Eropa sekitar 650.000 setiap tahun. Angka kejadian stroke di negara maju menurun, sebagian besar karena upaya untuk menurunkan tekanan darah dan mengurangi merokok. Namun, tingkat keseluruhan stroke tetap tinggi karena penuaan penduduk (Subiyanto, 2020).

Menurut *American Heart Assosiation* (AHA, 2015) angka kejadian Stroke pada laki-laki usia 20-39 tahun sebanyak 0,2% dan perempuan sebanyak 0,7%. Usia 40-59 tahun angka terjadinya Stroke pada perempuan sebanyak 2,2% dan laki-laki 1,9%. Seseorang pada usia 60-79 tahun yang menderita stroke pada perempuan 5,2% dan laki-laki sekitar 6,1% (Siti, 2019).

Prevalansi Stroke pada usia lanjut semakin meningkat dan bertambah setiap tahunnya dapat dilihat dari usia 80 tahun ke atas dengan angka kejadian Stroke pada laki-laki sebanyak 15,8% dan pada perempuan sebanyak 14%. Prevalensi angka kematian yang terjadi di Amerika disebabkan oleh Stroke dengan populasi 100.000 pada perempuan sebanyak 27,9% dan pada lakilaki sebanyak 25,8% sedangkan di negara Asia angka kematian yang disebabkan oleh Stroke pada

perempuan sebanyak 30% dan pada laki-laki 33,5% per 100.000 populasi (AHA, 2015).

Diperkirakan prevalensi stroke dipopulasi sekitar 47 per 10.000 yang umumnya mengalami kecacatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan stroke mengalami gangguan kognitive (33 %), gangguan ekstremitas (30%) dan gangguan bicara 20%. Dari hasil penelitian dilakukan oleh Jeffking, Theresa, Anita, (2015) sebagian besar penderita stroke menyerang pada usia >55 tahun (54,2%) dan dominan tidak bekerja (12,5%). Menurut penelitian Ismanyah, (2008) bahwa pada pasien stroke dominan lebih banyak pada jenis kelamin laki-laki (51,4%) dan paling dominan berpendidikan rendah (18,2%). Sebagian besar lama menderita yang di alami pasien stroke lebih banyak > 1 tahun (86,7%) (Darison, 2016).

Gangguan fungsi kognitif merupakan gangguan fungsi luhur otak berupa gangguan orientasi, perhatian, konsentrasi, daya ingat dan bahasa serta fungsi intelektual yang diperlihatkan dengan adanya gangguan dalam berhitung, bahasa, daya ingat semantik (kata-kata) dan pemecahan masalah. Untuk mengetahui adanya suatu gangguan fungsi kognitif dapat dilakukan pemeriksaan skrining fungsi kognitif dengan menggunakan Mini Mental State Examination (MMSE) (Nopia, 2020).

Dampak stroke pada aspek fisik adalah adanya kelemahan atau kekakuan dan kelumpuhan pada kaki dan tangan. Kekuatan otot menjadi berkurang dan ekstremitas cenderung jatuh ke satu sisi, tangan dan kaki terasa berat sehingga pasien tidak mampu untuk menjaga keseimbangan atau mekanisme perlindungan diri. Stroke tersebut juga mempunyai dampak yang mendalam pada aspek kehidupan pasien yang mengalaminya, Seperti mengalami masalah psikososial karena terdapatnya perubahan fisik didalam dirinya. Perubahan itulah yang membuat pasien seperti merasa tidakberdaya dan terdapatnya keterbatasan aktivitas yang biasa dilakukan sehari-hari oleh pasien dan dengan kondisi seperti ini pasien sangat tergantung pada orang lain (Ferry, 2019).

Klien stroke dengan masalah keperawatan ketidakberdayaan disebabkan oleh faktor predisposisi dan Faktor presipitasi. Ketidakberdayaan merupakan kondisi dimana individu merasa kekurangan kontrol atau situasi yang memberikan dampak pada pandangan, tujuan dan gaya hidup (Sarani, 2021).

Ketidakberdayaan bisa dialami oleh siapa saja, bukan hanya orang yang mengalami gangguan dengan psikologis, tapi juga bisa di derita oleh orang yang mengalami gangguan (sakit) pada fisik. Biasanya, ketidakberdayaan akan menyerang seseorang yang menderita penyakit kronis maupun penyakit-penyakit yang berat, seperti pasien dengan stroke. Pasien yang mengalami stroke akan sangat berisiko karena keadaan fisik mereka yang secara drastis mengalami penurunan dan ketakutan yang berlebihan juga akan mengganggu psikologis orang tersebut sehingga merasa tidak berdaya akan keadaan yang dialaminya akan menjadi suatu hal yang dialami oleh pasien (Azari, 2020).

Ketidakberdayaan merupakan persepsi individu bahwa segala tindakannya tidak akan mendapatkan hasil atau suatu keadaan dimana individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan. Ketidakberdayaan adalah persepsi atau tanggapan klien bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukannya tidak akan membawa hasil yang diharapkan atau tidak akan membawa perubahan hasil seperti yang diharapkan, sehingga klien sulit mengendalikan situasi yang terjadi atau mengendalikan situasi yang akan terjadi (Pardede, 2020).

Ketidakberdayaan merupakan persepsi seseorang bahwa tindakannya tidak akan mempengaruhi hasil secara bermakna, kurang pengendalian yang dirasakan terhadap situasi terakhir atau yang baru saja terjadi. Sedangkan ketidakberdayaan merupakan keadaan ketika seseorang individu atau kelompok merasa kurang kontrol terhadap kejadian atau situasi tertentu (Pardede, 2020).

Ketidakberdayaan yang diakibatkan oleh penyakit kronik terjadi karena faktor fisiologis (gejala penyakit dan gejala penyerta), manajemen pengobatan, proses kehilangan, kurangnya pengetahuan, sistem perawatan kesehatan, stigma terhadap penyakit yang diderita, kurangnya sumber-sumber diluar individu, ketidakpastian dan pandangan budaya terhadap penyakit yang diderita (Ferry, 2019).

Proses penyakit yang melemahkan juga merupakan hal yang berperan menyebabkan ketidakberdayaan klien dengan penyakit kronis. Individu yang menderita penyakit kronis dan mengalami ketidakberdayaan tersebut ada yang tidak menjalani perawatan di rumah sakit dan hanya menjalani perawatan di rumah. Maka disinilah keperawatan kesehatan jiwa komunitas berperan. Keperawatan kesehatan jiwa komunitas adalah pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik, dan paripurna yang berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stress (resiko gangguan jiwa) dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan (gangguan jiwa) (Ferry, 2019).

Dalam menghadapi penyakit kronis dibutuhkan mekanisme koping yang adaptif sebagai upaya yang digunakan untuk pencegahan stressor menjadi kondisi maladaptif yang dapat menimbulkan penderita penyakit kronis mengalami ketidakberdayaan terhadap penyakit yang dialaminya. Ketidakberdayaan merupakan suatu pengalaman seseorang yang mengalami kekurangan kontrol persepsi bahwa sesuatu yang tidak bermakna akan mampu mempengaruhi suatu keberhasilan yang akan dicapainya (Sarani, 2021).

Koping merupakan upaya kognitif dan perilaku untuk mengelola tuntutan eksternal/ internal tertentu yang dinilai membebani atau melewati batas sumber daya yang ada dalam diri seorang individu. Mekanisme koping merupakan usaha yang digunakan seseorang untuk mempertahankan rasa kendali terhadap situasi yang mengurangi rasa nyaman, dan menghadapi situasi yang menimbulkan stres (Wanti, 2016).

Berdasarkan data dan fakta yang telah didapatkan bahwa stroke dengan ketidakberdayaan dapat diatasi dengan cara terdiri dari tindakan keperawatan generalis dan spesialis. Tindakan keperawatan generalis yang dilakukan yaitu klien diajarkan dan dilatih untuk mampu mengenali dan mengekspresikan perasaannya, memodifikasi pola kognitif yang negatif, berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, aktif dalam aktivitas kehidupan dan menetapkan tujuan yang realistis. Tindakan keperawatan generalis ketidakberdayaan diberikan secara individual (Sarani, 2021).

Dukungan keluarga juga dapat membantu proses perawatan klien agar mampu melakukan aktivitas kembali meskipun tidak sepenuhnya kembali normal. Kita sebagai seorang perawat juga bisa melakukan pendekatan kepada pasien guna untuk menjalin hubungan saling percaya sehingga pasien mempunyai rasa percaya kepada kita ketika kita akan memberikan intervensi dan penanganan stroke yang cepat dan akurat tentunya dapat dilakukan dirumah sakit dan melakukan pemulihan untuk pasien pasca stroke dapat berkolaborasi dengan pihak-pihak terapis tertentu berdasarkan dengan masalah keperawatan yang telah muncul (Sarani, 2021).

Berdasarkan survei awal yang dilakukan pada Tn. R penyakit kronis yang dialami klien antaranya adalah stroke. Masalah keperawatan fisik dan masalah psikososial ditemukan pada klien yang mengalami penyakit kronis tersebut. Disini penulis hanya berfokus pada masalah psikososial. Masalah psikososial yang dialami oleh klien meliputi ketidakberdayaan, gangguan citra tubuh, harga diri rendah dan ansietas. Keterbatasan fisik yang banyak dialami oleh klien dengan penyakit kronis mengakibatkan klien menjadi tergantung kepada orang lain untuk melakukan kebutuhan dasarnya. Ketergantungan klien kepada orang lain tersebut seringkali mengakibatkan klien merasa menjadi beban bagi orang lain yang diikuti, hilangnya harapan hidup dan memandang diri dengan rendah. Klien yang juga menjadi pesimis dengan masa depannya dan merasa tidak berdaya pada saat menerima hal negatif dari lingkungan sekitarnya yang tidak memberikan dukungan pada saat klien mengalami stres akibat penyakit kronis yang

dideritanya. Kondisi tersebut mengakibatkan klien memandang dirinya adalah orang tidak berguna yang akan menuntun kepada kondisi depresi dan gangguan mood.

1.2. Tujuan

a. Tujuan Umum

Untuk memberikan asuhan keperawatan pada Tn.R dengan masalah ketidakberdayaan

b. Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Tn. R dengan masalah ketidakberdayaan
2. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa pada Tn. R dengan masalah ketidakberdayaan
3. Mahasiswa mampu membuat intervensi pada Tn.R dengan masalah ketidakberdayaan
4. Mahasiswa mampu melakukan implementasi pada Tn.R dengan maslaah ketidakberdayaan
5. Mahasiswa mampu mengevaluasi keperawatan pada Tn.R dengan masalah ketidakberdayaan

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Stroke

2.1.1. Definisi Stroke

Stroke adalah serangan otak yang timbul secara mendadak dimana terjadi gangguan fungsi otak sebagian atau menyeluruh sebagai akibat dari gangguan aliran darah oleh karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah tertentu di otak, sehingga menyebabkan sel-sel otak kekurangan darah, oksigen atau zat-zat makanan dan akhirnya dapat terjadi kematian sel-sel tersebut dalam waktu relatif singkat (Ferry, 2019).

Stroke merupakan pembunuh nomor 3 setelah penyakit jantung dan kanker, stroke biasanya ditandai dengan kelumpuhan anggota gerak pada salah satu sisi anggota tubuh. Penderita stroke dengan kelemahan anggota gerak dan sendi pada umumnya mengalami ketergantungan dalam pemenuhan kebutuhan fisik, dan berisiko mengalami kecacatan apabila tidak dilakukan rehabilitasi medik (Maria, 2020).

Stroke merupakan penyakit degeneratif yang banyak terjadi pada lansia. Akibat dari stroke kualitas hidup lansia menjadi rendah, dimana lansia yang mengalami stroke akan menghadapi ketergantungan dalam berbagai aktivitas hidup. Efek fatal dan permanen yang bisa terjadi akibat serangan stroke dapat dihindari jika seseorang yang terkena stroke mendapat pelayanan medis cepat dan tepat dalam 3-5 jam (Amelia, 2020).

2.1.2. Etiologi Stroke

Adapun penyebab stroke menurut Ferry (2019) yaitu :

- a. Trombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau otak)
- b. Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain)
- c. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak), dan
- d. Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak).

2.1.3. Komplikasi

Menurut Nugroho (2019) Serangan stroke tidak berakhir dengan pada otak saja. Gangguan emosional dan fisik akibat terbaring lama tanpa bergerak di tempat tidur adalah bonus yang tidak dapat dihindari. Setelah mengalami stroke, beberapa penderita juga mengalami gangguan kesehatan yang lain seperti berikut :

1. Depresi

Penderita stroke umumnya mengalami stres berat atau depresi ketika kembali dari rumah sakit setelah menjalani perawatan. Hal ini disebabkan karena rata-rata penderita stroke tidak sembuh total

2. Perubahan mental

Setelah stroke terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi intelektual lainnya. Hal ini disebabkan karena penderita stroke kehilangan kemampuan tertentu.

3. Gangguan emosional

Penderita stroke mudah merasa takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan mental. Penderita yang sangat umum pada pasien stroke adalah depresi. Tanda-tanda depresi klinis adalah sulit tidur, kehilangan nafsu makan atau ingin makan terus, lesu, menarik diri dari pergaulan, mudah tersinggung, cepat letih, membenci diri sendiri, dan berpikir untuk bunuh diri

4. Kehilangan indra rasa

Pasien stroke dapat kehilangan kemampuan indera merasakan (sensorik) yaitu rangsangan sentuh atau jarak.

2.1.4. Faktro Resiko

Terdapat 2 faktor yang menjadi penyebab terjadinya stroke yaitu tidak dapat diubah dan dapat diubah menurut Nurarif (2015):

a. Faktor yang tidak dapat dirubah

1. Jenis Kelamin : Pria memiliki resiko lebih tinggi terkena Stroke
2. Usia : Semakin bertambah usia maka semakin beresiko terkena stroke dan juga akibat faktor genetik (mempunyai riwayat yang sama

b. Faktor yang dapat dirubah

1. Kebiasaan Hidup seperti merokok, minum beralkohol, obat-obat terlarang, kurangolahraga, dan faktor makanan yang mengandung kolesterol tinggi
2. Hipertensi
3. Diabetes Melitus
4. Obesitas
5. Penyakit Jantung

2.1.5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Sherly (2018) pemeriksaan diagnostik yang bisa dilakukan pada Stroke Non Hemoragik sebagai berikut :

a. Angiografi

Serebral Pemeriksaan dengan menggunakan sinar Rontgen untuk mengetahui pembuluh darah yang tidak mendapat aliran oksigen adekuat pada arteri dan vena. Dalam prosedur angiografi dokter akan menyuntikkan zat pewarna (kontras) ke pembuluh darah dan naliran darah bisa terlihat jelas dilayar monitor dan masalah yang ada dipembuluh darah dapat diketahui seperti penyempitan atau penyumbatan oklusi atau aneurisma.

b. Elektro Encefalografi (EEG)

Pemeriksaan dengan memperlihatkan dan mengidentifikasi suatu penyebab yang ditentukan dari gelombang otak, yaitu ditunjukkan adanya peralambatan 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 (CT Scan)

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

d. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Pemeriksaan menunjukkan hasil seperti adanya peningkatan TIK, tekanan yang abnormal, didapatkan area yang mengalami iskemik. Pada stroke non

hemoragik terdapat gambaran karakteristik sinyal MRI Hipointens (hitam) dan hiperintens (putih)

e. Ultrasonografi Doppler

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

2.2. Konsep Ketidakberdayaan

2.2.1. Pengertian Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan merupakan persepsi individu bahwa segala tindakannya tidak akan mendapatkan hasil atau suatu keadaan dimana individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan. Ketidakberdayaan adalah persepsi atau tanggapan klien bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukannya tidak akan membawa hasil yang diharapkan atau tidak akan membawa perubahan hasil seperti yang diharapkan, sehingga klien sulit mengendalikan situasi yang terjadi atau mengendalikan situasi yang akan terjadi (Pardede, 2020).

Ketidakberdayaan merupakan persepsi seseorang bahwa tindakannya tidak akan mempengaruhi hasil secara bermakna, kurang pengendalian yang dirasakan terhadap situasi terakhir atau yang baru saja terjadi. Sedangkan ketidakberdayaan merupakan keadaan ketika seseorang individu atau kelompok merasa kurang kontrol terhadap kejadian atau situasi tertentu (Pardede, 2020).

Ketidakberdayaan adalah kondisi ketika individu atau kelompok merasa tidak memiliki kendali personal atas peristiwa atau situasi tertentu yang memengaruhi cara pandang, tujuan dan gaya hidup. Kebanyakan individu mengalami perasaan tidak berdaya dalam berbagai tingkatan disekeliling situasi berbeda. Diagnosis ini dapat digunakan untuk menggambarkan individu yang berespons terhadap hilangnya kendali dengan menunjukkan sikap apati, marah atau depresi. Suatu ketidakberdayaan yang berkepanjangan dapat mengarah pada keputusan (Azari, 2020).

2.2.2. Penyebab

Ketidakberdayaan disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, ketidak adekuatan coping sebelumnya (seperti : depresi), serta kurangnya kesempatan untuk membuat keputusan. Faktor terkait ketidakberdayaan yaitu: 1) Kesehatan lingkungan: hilangnya privasi, milik pribadi dan kontrol terhadap terapi. 2) Hubungan interpersonal: penyalahgunaan kekuasaan, hubungan yang kasar. 3) Penyakit yang berhubungan dengan rejimen: penyakit kronis atau yang melemahkan kondisi. 4) Gaya hidup ketidakberdayaan: mengulangi kegagalan dan ketergantungan (Pardede, 2020).

2.2.3. Tanda dan Gejala

Menurut Pardede (2020) tanda dan gejala ketidakberdayaan adalah :

a. Mayor

Subjektif :

1. Mengatakan ketidakmampuan
2. Frustrasi karena tidak mampu mengatasi situasi

Objekti :

1. Tidak mampu merawat diri
2. Tidak mampu mencari informasi
3. tidak mampu memutuskan
4. Bergantung pada orang

b. Minor

Subjektif :

1. Menyatakan keraguan tentang kemampuannya
2. Menyatakan kurang mampu mengontrol situasi
3. Malu

Objektif :

1. Kurang partisipasi dalam perawatan
2. Depresi

2.2.4. Batasan Karakteristik Klien Dengan Ketidakberdayaan

Menurut Pardede (2020) ketidakberdayaan yang dialami klien dapat terdiri dari tiga tingkatan antara lain:

1. Rendah

Klien mengungkapkan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi dan bersikap pasif

2. Sedang

Klien mengalami ketergantungan pada orang lain yang dapat mengakibatkan ititabilitas, ketidaksukaan, marah dan rasa bersalah. Klien tidak melakukan praktik perawatan diri ketika ditantang. Klien tidak ikut memantau kemajuan pengobatan. Klien menunjukkan ekspresi ketidakpuasan terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas atau tugas sebelumnya. Klien menunjukkan ekspresi keraguan tentang performa peran.

3. Berat

Klien menunjukkan sikap apatis, depresi terhadap perburukan fisik yang terjadi dengan mengabaikan kepatuhan pasien terhadap program pengobatan dan menyatakan tidak memiliki kendali (terhadap perawatan diri, situasi, dan hasil). Pada klien NAPZA biasanya klien cenderung jatuh pada kondisi ketidakberdayaan berat karena tidak memiliki kendali atas situasi yang memepngaruhinya untuk menggunakan NAPZA atau ketidakmampuan mempertahankan situasi bebas NAPZA.

2.2.5. Patofisiologi Ketidakberdayaan

Patofisiologi masalah psikososial pada individu yang mengalami ketidakberdayaan saat ini belum diketahui secara pasti, namun jika dianalisa dari proses terjadinya berasal dari ketidakmampuan individu dalam mengatasi masalah sehingga menimbulkan stress yang diawali dengan perubahan respon otak dalam menafsirkan perubahan yang terjadi. stres akan menyebabkan korteks serebri mengirimkan sinyal menuju hipotalamus, hipotalamus kemudian akan menstimulus saraf simpatis untuk melakukan perubahan, sinyal dari hipotalamus ini kemudian ditangkap oleh system limbic dimana salah satu bagian pentingnya adalah amigdala yang akan bertanggung jawab terhadap status emosional individu terhadap akibat dari pengaktifan system hipotalamus pituitary adrenal (HPA) dan menyebabkan kerusakan pada hipotalamus membuat seseorang kehilangan mood dan motivasi sehingga kurang aktivitas

dan malas melakukan sesuatu, hambatan emosi pada klien dengan ketidakberdayaan, kadang berubah menjadi sedih atau murung, sehingga merasa tidak berguna atau merasa gagal terus menerus. Dampak pada hormon glucocorticoid pada lapisan luar adrenal sehingga berpengaruh pada metabolisme glukosa, selain gangguan pada struktur otak, terdapat keseimbangan neurotransmitter di otak. Neurotransmitter merupakan kimiawi otak yang akan ditransmisikan oleh satu neuron ke neuron lain dengan rangsang tersebut (Ferry, 2019).

2.2.6. Proses Terjadinya Masalah

Kebanyakan individu secara subyektif mengalami perasaan ketidakberdayaan dalam berbagai tingkat dalam bermacam-macam situasi. Individu sering menunjukkan respon apatis, marah atau depresi terhadap kehilangan kontrol. Pada ketidakberdayaan, klien mungkin mengetahui solusi terhadap masalahnya, tetapi percaya bahwa hal tersebut di luar kendalinya untuk mencapai solusi tersebut. Jika ketidakberdayaan berlangsung lama, dapat mengarah ke keputusan. Perawat harus hati-hati untuk mendiagnosis ketidakberdayaan yang berasal dari perspektif pasien bukan dari asumsi. Perbedaan budaya dan individu terlihat pada kebutuhan pribadi, untuk merasa mempunyai kendali terhadap situasi (misalnya untuk diberitahukan bahwa orang tersebut mempunyai penyakit yang fatal (Pardede, 2020).

1. Faktor predisposisi

Ada beberapa faktor predisposisi menurut Pardede (2020) antara lain :

a. Biologis

- 1) Tidak ada riwayat keturunan (salah satu atau kedua orang tua menderita gangguan jiwa)
- 2) Gaya hidup (tidak merokok, alkohol, obat dan zat adiktif) dan Pengalaman penggunaan zat terlarang
- 3) Menderita penyakit kronis (riwayat melakukan general check up, tanggal terakhir pemeriksaan)
- 4) Ada riwayat menderita penyakit jantung, paru-paru, yang mengganggu pelaksanaan aktivitas harian pasien

- 5) Adanya riwayat sakit panas lama saat perkembangan balita sampai kejang-kejang atau pernah mengalami riwayat trauma kepala yang menimbulkan lesi pada lobus frontal, temporal dan limbic.
- 6) Riwayat menderita penyakit yang secara progresif menimbulkan ketidakmampuan, misalnya: sklerosis multipel, kanker terminal atau stroke

b. Psikologis

- 1) Pengalaman perubahan gaya hidup akibat lingkungan tempat tinggal
- 2) Ketidakmampuan mengambil keputusan dan mempunyai kemampuan komunikasi verbal yang kurang atau kurang dapat mengekspresikan perasaan terkait dengan penyakitnya atau kondisi dirinya
- 3) Ketidakmampuan menjalankan peran akibat penyakit yang secara progresif menimbulkan ketidakmampuan, misalnya: sklerosis multipel, kanker terminal atau AIDS
- 4) Kurang puas dengan kehidupannya (tujuan hidup yang sudah dicapai)
- 5) Merasa frustrasi dengan kondisi kesehatannya dan kehidupannya yang sekarang
- 6) Pola asuh orang tua pada saat klien anak hingga remaja yang terlalu otoriter atau terlalu melindungi/menyayangi
- 7) Motivasi: penerimaan umpan balik negatif yang konsisten selama tahap perkembangan balita hingga remaja, kurang minat dalam mengembangkan hobi dan aktivitas sehari-hari
- 8) Pengalaman aniaya fisik, baik sebagai pelaku, korban maupun sebagai saksi
- 9) Self kontrol: tidak mampu mengontrol perasaan dan emosi, mudah cemas, rasa takut akan tidak diakui, gaya hidup tidak berdaya
- 10) Kepribadian: mudah marah, pasif dan cenderung tertutup.

c. Sosial Budaya

- 1) Usia 30 – meninggal berpotensi mengalami ketidakberdayaan

- 2) Jenis kelamin laki-laki ataupun perempuan mempunyai kecenderungan yang sama untuk mengalami ketidakberdayaan tergantung dari peran yang dijalankan dalam kehidupannya
- 3) Pendidikan rendah
- 4) Kehilangan kemampuan melakukan aktivitas akibat proses penuaan (misalnya: pensiun, defisit memori, defisit motorik, status finansial atau orang terdekat yang berlangsung lebih dari 6 bulan)
- 5) Adanya norma individu atau masyarakat yang menghargai kontrol (misalnya kontrol lokus internal).
- 6) Dalam kehidupan sosial, cenderung ketergantungan dengan orang lain, tidak mampu berpartisipasi dalam sosial kemasyarakatan secara aktif, enggan bergaul dan kadang menghindari dari orang lain
- 7) Pengalaman sosial, kurang aktif dalam kegiatan di masyarakat
- 8) Kurang terlibat dalam kegiatan politik baik secara aktif maupun secara pasif.

2. Fakto Presipitasi

Faktor presipitasi dapat menstimulasi klien jatuh pada kondisi ketidakberdayaan dipengaruhi oleh kondisi internal dan eksternal. Kondisi internal dimana pasien kurang dapat menerima perubahan fisik dan psikologis yang terjadi. Kondisi eksternal biasanya keluarga dan masyarakat kurang mendukung atau mengakui keberadaannya yang sekarang terkait dengan perubahan fisik dan perannya. Sedangkan durasi stressor terjadi kurang lebih 6 bulan terakhir, dan waktu terjadinya dapat bersamaan, silih berganti atau hampir bersamaan, dengan jumlah stressor lebih dari satu dan mempunyai kualitas yang berat. Hal tersebut dapat menstimulasi ketidakberdayaan bahkan memperberat kondisi ketidakberdayaan yang dialami oleh klien (Pardede, 2020).

Faktor-faktor lain yang berhubungan dengan faktor presiptasi timbulnya ketidakberdayaan menurut Pardede (2020) adalah sebagai berikut:

a. Biologis

- 1) Menderita suatu penyakit dan harus dilakukan terapi tertentu, program pengobatan yang terkait dengan penyakitnya (misalnya jangka panjang, sulit dan kompleks) (proses intoksifikasi dan rehabilitasi).
- 2) Kambuh dari penyakit kronis dalam 6 bulan terakhir
- 3) Dalam enam bulan terakhir mengalami infeksi otak yang menimbulkan kejang atau trauma kepala yang menimbulkan lesi pada lobus frontal, temporal dan limbic
- 4) Terdapat gangguan sistem endokrin
- 5) Penggunaan alkohol, obat-obatan, kafein, dan tembakau
- 6) Mengalami gangguan tidur atau istirahat
- 7) Kurang mampu menyesuaikan diri terhadap budaya, ras, etnik dan gender
- 8) Adanya perubahan gaya berjalan, koordinasi dan keseimbangan

b. Psikologis

- 1) Perubahan gaya hidup akibat menderita penyakit kronis
- 2) Tidak dapat menjalankan pekerjaan, hobi, kesenangan dan aktivitas sosial yang berdampak pada keputusan.
- 3) Perasaan malu dan rendah diri karena ketidakmampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari akibat tremor, nyeri, kehilangan pekerjaan.
- 4) Konsep diri: gangguan pelaksanaan peran karena ketidakmampuan melakukan tanggungjawab peran.
- 5) Kehilangan kemandirian atau perasaan ketergantungan dengan orang lain

c. Sosial budaya

- 1) Kehilangan pekerjaan dan penghasilan akibat kondisi kesehatan atau kehidupannya yang sekarang
- 2) Tinggal di pelayanan kesehatan dan pisah dengan keluarga (berada dalam lingkungan perawatan kesehatan).
- 3) Hambatan interaksi interpersonal akibat penyakitnya maupun penyebab yang lain

- 4) Kehilangan kemampuan melakukan aktivitas akibat proses penuaan (misalnya: pensiun, defisit memori, defisit motorik, status finansial atau orang terdekat yang berlangsung dalam 6 bulan terakhir)
- 5) Adanya perubahan dari status kuratif menjadi status paliatif.
- 6) Kurang dapat menjalankan kegiatan agama dan keyakinannya dan ketidakmampuan berpartisipasi dalam kegiatan sosial di masyarakat.

3. Faktor penilaian terhadap stressor

Menurut Pardede (2020) terdapat lima (5) faktor penilaian terhadap stressor antara lain :

a. Kognitif

- 1) Mengungkapkan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi.
- 2) Mengungkapkan ketidakpuasan dan frustrasi terhadap kemampuan untuk melakukan tugas atau aktivitas sebelumnya.
- 3) Mengungkapkan keragu-raguan terhadap penampilan peran.
- 4) Mengungkapkan dengan kata-kata bahwa tidak mempunyai kendali atau pengaruh terhadap situasi, perawatan diri atau hasil.
- 5) Mengungkapkan ketidakpuasan karena ketergantungan dengan orang lain.
- 6) Kurang dapat berkonsentrasi.

b. Afektif

- 1) Merasa tertekan atau depresi terhadap penurunan fisik yang terjadi dengan mengabaikan kepatuhan klien terhadap program pengobatan
- 2) Marah
- 3) Iritabilitas, ketidaksukaan
- 4) Perasaan bersalah
- 5) Takut terhadap persaingan oleh pemberian perawatan
- 6) Perasaan cemas atau ansietas

c. Fisiologis

- 1) Perubahan tekanan darah

- 2) Perubahan denyut jantung dan frekuensi pernapasan
- 3) Muka tegang
- 4) Dada berdebar-debar dan keluar keringat dingin
- 5) Gangguan tidur, terutama disertai ansietas

d. Perilaku

- 1) Ketergantungan terhadap orang lain yang dapat mengakibatkan iritabilitas
- 2) Tidak ada pertahanan pada praktik perawatan diri ketika ditantang
- 3) Tidak memantau kemajuan pengobatan
- 4) Tidak berpartisipasi dalam perawatan atau mengambil keputusan pada saat diberikan kesempatan.
- 5) Kepasifan hingga apatis
- 6) Perilaku menyerang
- 7) Menarik diri
- 8) Perilaku mencari perhatian
- 9) Gelisah atau tidak bisa tenang

e. Sosial

- 1) Enggan untuk mengungkapkan persaananya yang sebenarnya
- 2) Ketidakmampuan untuk mencari informasi tentang perawatan
- 3) Tidak mampu bersosialisasi dengan orang lain

4. Faktor sumber koping

Menurut Pardede (2020) terdapat empat (4) faktor sumber koping sebagai berikut :

a. Personal ability

- 1) Keterampilan pemecahan masalah : kemampuan mencari sumber informasi, kemampuan mengidentifikasi masalah yang berhubungan ketidakberdayaan, kekuatan dan faktor pendukung serta keberhasilan yang pernah dicapai. Kemampuan mempertimbangkan alternative aktivitas yang realistik. Kemampuan melaksanakan rencana kegiatan dan memantau kemajuan dari kondisi pengobatannya

- 2) Kesehatan secara umum: mempunyai keterbatasan mobilitas yang dapat dikendalikan oleh pasien.
- 3) Keterampilan sosial: kemampuan dalam berkomunikasi secara efektif terutama dalam pencarian sumber informasi untuk mengatasi ketidakberdayaannya
- 4) Pengetahuan : Kemampuan memahami perubahan fisik dan peran atau kondisi kesehatan dan kehidupannya
- 5) Integritas ego: pasien mempunyai pedoman hidup yang realistis, mengerti arah dan tujuan hidup yang diinginkan secara matang.

b. Sosial support

- 1) Kualitas hubungan antara pasien dengan keluarga dan anggota masyarakat di sekitarnya
- 2) Kualitas dukungan sosial yang diberikan keluarga, anggota masyarakat tentang keberadaan pasien saat ini
- 3) Komitmen masyarakat dan keluarga dalam menjalankan kegiatan atau perkumpulan di masyarakat
- 4) Tinggal di lingkungan keluarga dan masyarakat yang mempunyai norma tidak bertentangan dengan nilai budaya yang ada

c. Material asset

- 1) Pasien atau keluarga mempunyai penghasilan yang cukup dan stabil untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari
- 2) Pasien mempunyai fasilitas asuransi kesehatan, jamkesmas, SKTM atau askes
- 3) Mempunyai asset keluarga: tabungan, tanah, rumah untuk mengantisipasi kebutuhan hidup
- 4) Terdapat pelayanan kesehatan, dan mampu mengakses pelayanan kesehatan yang ada.

d. Positive belief

- 1) Keyakinan dan nilai : pasien mempunyai keyakinan bahwa penyakitnya akan dapat disembuhkan dan menyadari adanya perubahan fisik akibat penyakitnya akan berdampak pada kehidupannya

- 2) Motivasi: dengan perubahan gaya hidup yang terjadi klien dapat menjalani hidup dengan semangat
- 3) Orientasi terhadap pencegahan: pasien berfikir bahwa lebih baik mencegah daripada mengobati.

2.2.7. Faktor Mekanisme Koping

Menurut Pardede (2020) terdapat beberapa faktor mekanisme koping ketidakberdayaan yaitu :

a. Konstruktif

- 1) Menilai pencapaian hidup yang realitis
- 2) Mempunyai penilaian yang nyaman dengan perubahan fisik dan peran yang dialami akibat penyakitnya
- 3) Dapat menjalankan tugas perkembangannya sesuai dengan keterbatasan yang terjadi akibat perubahan status kesehatannya
- 4) Kreatif: pasien secara kreatif mencari informasi terkait perubahan status kesehatannya sehingga dapat beradaptasi secara normal
- 5) Di tengah keterbatasan akibat perubahan status kesehatan dan peran dalam kehidupan sehari-hari, pasien masih tetap produktif menghasilkan sesuatu
- 6) Mampu mengembangkan minat dan hobi baru sesuai dengan perubahan status kesehatan dan peran yang telah dialami
- 7) Peduli terhadap orang lain disekitarnya walaupun mengalami perubahan kondisi kesehatan

b. Destruktif

- 1) Tidak kreatif/kurang memiliki keinginan dan minat melakukan aktivitas harian (pasif)
- 2) Perasaan menolak kondisi perubahan fisik dan status kesehatan yang dialami dan marah-marah dengan situasi tersebut
- 3) Tidak mampu mengekspresikan perasaan terkait dengan perubahan kondisi kesehatannya dan menjadi merasa tertekan atau depresi

- 4) Kurang atau tidak mempunyai hubungan akrab dengan orang lain, kurang minat dalam interaksi sosial sehingga mengalami menarik diri dan isolasi sosial
- 5) Tidak mampu mencari informasi kesehatan dan kurang mampu berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang dapat berakhir pada penyerangan terhadap orang lain
- 6) Ketergantungan terhadap orang lain (regresi)
- 7) Enggan mengungkapkan perasaan yang sebenarnya (represi/supresi).

2.2.8. Intervensi Keperawatan Diagnosa Ketidakberdayaan

Terdapat beberapa tujuan intervensi keperawatan menurut Pardede (2020) antara lain:

a. Tujuan Umum

Klien menunjukkan kepercayaan kesehatan dengan criteria : merasa mampu melakukan, merasa dapat mengendalikan dan merasakan ada sumber-sumber

b. Tujuan Khusus

Klien menunjukkan partisipasi: keputusan perawata kesehatan ditandai dengan ;

- 1) Mengungkapkan dengan kata-kata tentang segala perasaan ketidakberdayaan
- 2) Mengidentifikasi tindakan yang berada dalam kendalinya
- 3) Menghubungkan tidak adanya penghalang untuk bertindak
- 4) Mengungkapkan dengan kata-kata kemampuan untuk melakukan tindakan yang diperlukan
- 5) Melaporkan dukungan yang adekuat dari orang terdekat, termasuk teman dan tetangga
- 6) Melaporkan waktu, keuangan pribadi dan asuransi kesehatan yang memadai
- 7) Melaporkan ketersediaan alat, bahan, pelayanan dan transportasi

2.2.9. Rencana Intervensi Keperawatan

Menurut Pardede (2020) rencana intervensi keperawatan pada diagnosa ketidakberdayaan sebagai berikut :

- a. Bantu pasien untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berpengaruh pada ketidakberdayaan (misalnya; pekerjaan, aktivitas hiburan, tanggung jawab peran, hubungan antara pribadi)

Rasional : mengidentifikasi situasi/hal-hal yang berpotensi dapat dikendalikan dan dapat digunakan sebagai sumber kekuatan/powe bagi klien.

- b. Diskusikandengan pasien pilihan yang realistis dalam perawatan, berikan penjelasan untuk pilihan tersebut.

Rasional: Memberikan kesempatan pada klien untuk berperan dalam proses perawatan, termasuk untuk meningkatkan pemikiran positif klien, dan meningkatkan tanggung jawab klien.

- c. Libatkan pasien dalam pembuatan keputusan tentang rutinitas perawatan/rencana terapi

Rasional: Pelibatan klien dalam proses pembuatan keputusan, mampu meningkatkan rasa percaya diri.

- d. Jelaskan alasan setiap perubahan perencanaan perawatan kepada pasien (jelaskan semua prosedur, peraturan dan pilihan untuk pasien, berikan waktu untuk menjawab pertanyaan dan minta individu untuk menuliskan pertanyaan sehingga tidak terlupakan)

Rasional: Meningkatkan kemampuan berpikir positif terhadap proses perawatan yang sedang dijalani oleh klien, pelibatan klien dalam setiap pengambilan keputusan menjadi hal penting.

- e. Bantu pasien mengidentifikasi situasi kehidupannya yang dapat dikendalikan (perasaan cemas, gelisah, ketakutan).

Rasional: Kondisi emosi pasien mengganggu kemampuannya untuk memecahkan masalah. Bantuan diperlukan agar dapat menyadari secara akurat keuntungan dan konsekuensi dari alternative yang ada.

- f. Bantu klien mengidentifikasi situasi kehidupan yang tidak dapat ia kendalikan (adiksi), Diskusikan dan ajarkan cara melakukan manipulasi menghadapi kondisi-kondisi yang sulit dikendalikan, misalnya afirmasi.

Rasional: Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan yang berhubungan dengan ketidakmampuan sebagai upaya mengatasi masalah yang tidak terselesaikan dan menerima hal-hal yang tidak dapat diubah.

- g. Bantu pasien mengidentifikasi faktor pendukung, kekuatankekuatan diri (misalnya kekuat an baik itu berasal dari diri sendiri, keluarga, orang terdekat, atau teman).

Rasional: Pada pasien dengan ketidakberdayaan dibutuhkan faktor pendukung yang mampu mensupport pasien, dari dalam sendiri dapat berupa penguatan nilai-nilai spiritual, Jika dalam proses perawatan kekuatan lain tidak adekuat.

- h. Sampaikan kepercayaan diri terhadap kemampuan pasien untuk menangani keadaan dan sampaikan perubahan positif dan kemajuan yang dialami pasien setiap hari.

Rasional: Meningkatkan rasa percaya diri terhadap kemampuan atas upaya dan usaha yang sudah dilakukan oleh klien.

- i. Biarkan pasien mengemban tanggung jawab sebanyak mungkin atas praktik perawatan dirinya. Dorong kemandirian pasien, tetapi bantu pasien jika tidak dapat melakukannya.
- j. Rasional: memberikan pilihan kepada pasien akan meningkatkan perasaannya dalam mengendalikan hidupnya.
- k. Berikan umpan balik positif untuk keputusan yang telah dibuatnya.

2.2.10. Intervensi Spesialis

Terdapat empat intervensi spesialis menurut Pardede (2020) antara lain :

- b. Terapi individu dapat dilakukan : Terapi kognitif
- c. Terapi Keluarga : Terapi komunikasi, family psikoedukasi
- d. Terapi Kelompok : Supportif terapi
- e. Terapi Komunitas : Multisistemik terapi

BAB 3

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA DENGAN.....

Inisial Klien : Tn. R	Keluhan Utama saat MRS :
Usia : 60 Tahun	Kondisi saat ini : Kondisi pasien saat ini secara fisik mengalami gangguan mobilitas tubuh bagian bawah (kaki) karena penyakit stroke, pasien mengatakan frustrasi karena tidak mampu mengatasi situasi
No Reg :	
Tgl MRS :	
Tgl Masuk : 28 September 2021	
Ruangan I :	
Ruangan II :	
Ruangan III :	
Tgl Pengkajian : 28 September 2021	
Alamat : Jln. Amal Luhur	

1. FAKTOR PREDISPOSISI DAN PRESIPITASI

FAKTOR PREDISPOSISI	FAKTOR PRESIPITASI			STRESSOR
	Nature	Origin	Number – Timing	
Biologi 1. Tidak ada riwayat kembar dengan orang tua gangguan jiwa 2. Tidak ada riwayat terjadi kelainan kromosom 6, 4, 8, 5, dan 22 3. Riwayat status nutrisi baik 4. Tidur berlebihan 5. Klien salah satu perokok 6. Melakukan check up selama 6 bulan sekali 7. Klien mengalami hipertensi dan stroke sejak 2	1. TD : 160/100mmHg 2. Tidak ada riwayat kembar dengan orang tua gangguan jiwa 3. tidak ada riwayat terjadi kelainan	Internal : Dapat menerima perubahan fisik dan psikologis yang terjadi 1. Enggan mengungkapkan perasaan sebenarnya 2. Ketergantungan terhadap orang lain yang dapat mengakibatkan ketidaksukaan, marah dan rasa bersalah	1. Waktu terjadinya stressor : usia 58 – 60 tahun 2. Jumlah & kualitas stressor : semua stressor yang ada selama usia tumbuh kembang	Stroke

tahun terakhir	kromosom 4. Tidak ada riwayat keturunan (kedua orang tua, saudara dan keluarga lapis dua)	3. Gagal mempertahankan ide yang berkaitan dengan orang lain ketika mendapatkan perlawanan 4. Adaptif dan pasif 5. Ekspresi muka murung 6. Bicara dan gerakan lambar 7. Tidur berlebihan 8. Menghindari orang lain		
FAKTOR PREDISPOSISI	FAKTOR PRESIPITASI			STRESSOR
	Nature	Origin	Number – Timing	
Psikologi 1. Inteligensi : IQ normal (90-100) 2. Mampu berkomunikasi verbal dan non verbal 3. Bicara lambat ekspresi muka murung 4. Bicara dan gerakan lambat 5. rasa bersalah, marah, ketidaksukaan 6. Frustasi 7. Keragu-raguan, tidak puas 8. Mengungkapkan tidak mempunyai kemampuan mengendalikan situasi 9. Mengungkapkan tidak dapat menghasilkan sesuatu 10. Ketidakmampuan melakukan tugas 11. Mengungkapkan keragu-raguan terhadap penampilan peran 12. Mengatakan ketidakmampuan perawatan diri	1. Pasien merasa tidak mampu melakukan tanggung jawab sebagai kepala keluarga 2. Pasien merasa malu dan rendah diri karena ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari	Internal	Waktu terjadinya stressor : sejak usia 58 – 60 tahun	Stroke
Sosiocultural 1. Usia 60 tahun 2. Laki-laki 3. Pendidikan SMA dan mempunyao status ekonomi yang stabil	1. Pasien tinggal dirumah sendiri bersama istri dan 2 orang anaknya 2. Pasien tida	1. Pasien mengatakan tidak mampu kegeraja untuk beribadah 2. Tidak mampu berpartisipasi dalam	Waktu terjadinya stressor sejak : usia 58-60 tahun	Stroke

4. Menghindari orang lain, enggan bergaul 5. Berpartisipasi dalam kegiatan kemasyarakatan	mampu bekerja dan tida memiliki penghasilan	kegiatan bakti sosial masyarakat		
Genogram		Keterangan Genogram : Klien memiliki 1 istri dan 2 orang anak tinggal bersama klien		

Keterangan:

○ : perempuan

□ : laki-laki

□ : klien

↙ : cerai

┐ : garis keturunan

└ : garis perkawinan

□ : tinggal serumah dengan klien

:meninggal

2. PENILAIAN TERHADAP STRESSOR

STRESSOR	KOGNITIF	AFEKTIF	FISIOLOGIS	PERILAKU	SOSIAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN
Biologis (Stroke)	<ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan keraguan tentang kondisi sekarang yang semakin memburuk Klien ragu terhadap penampilan serta perannya sebagai kepala keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> Depresi terhadap penurunan fisik yang terjadi karena tidak rutin pengobatan dan terapi Merasa bersalah terhadap anak dan istri karena ketidakmampuan memenuhi kebutuhan keluarga Cemas akan masa depan keluarganya karena usia semakin menua dan keadaan fisik menurun 	<ul style="list-style-type: none"> TD : 160/100mmHg Rr : 22x/menit Mengalami gangguan tidur 	<ol style="list-style-type: none"> Klien mudah marah, sedih, dan cepat tersinggung Klien setiap bercerita tidak tenang dan tampak gelisah Klien sering menyendiri dan melamun 	<ol style="list-style-type: none"> Klien enggan bercerita kepada anaknya tentang perasaannya sebenarnya Klien tidak mampu bersosialisasi dengan orang lain karena afasia motorik atau gangguan dalam berkomunikasi 	Ketidakberdayaan

Psikologis <ul style="list-style-type: none"> • Cemas dengan keadaan dan masa depannya karena usia yang makin menua • Klien kurang percaya diri dengan perubahan fungsi fisik yang dialami seperti kaki membengkak dan tidak bisa berjalan 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tahu bahwa badannya menjadi lemas dan tidak bisa bergerak merupakan dampak dari penyakit yang dideritanya • Klien tahu bahwa perubahan fungsi fisiknya membuat klien tidak percaya diri dan malu 	<ul style="list-style-type: none"> • Takut dan khawatir • Kurang percaya diri 	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak lemas • Kaki klien tampak membengkak 	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak cemas, gelisah dan tidak tenang • Klien sedih saat bercerita • Klien kurang percaya diri • Kontak mata kurang 	<ul style="list-style-type: none"> • Hubungan klien dengan istri baik 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansietas • Gangguan Citra tubuh
Sosial Budaya Merasa bersalah dan kasihan dengan istrinya	<ul style="list-style-type: none"> • Klien merasa bersalah dan kasihan dengan istrinya karena sejak ia mengalami stroke klien tidak bisa memenuhi perannya sebagai kepala keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa sedih dan merepotkan keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak lemah • Pucat • Klien tampak kurang tidur • Kantong mata tampak hitam 	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak sedih • Ekspresi wajah klien khawatir 	<ul style="list-style-type: none"> • Hubungan Tn R dengan istri baik 	<ul style="list-style-type: none"> • Penampilan peran tidak efektif

3. SUMBER KOPING

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERSONAL ABILITY	SOSIAL SUPPORT	MATERIAL ASSET	BELIEF	TERAPI
Ketidakberdayaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengendalikan keterbatasan fisik 2. Mampu mencari informasi dan identifikasi masalah 3. Mempunyai pengetahuan dan intelegensi yang cukup untuk menghadapi stressor 4. Mempunyai pedoman hidup yang realistis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendapatkan dukungan dari keluarga dan masyarakat, diterima menjadi bagian dari keluarga dan masyarakat 2. Ikut dalam perkumpulan di masyarakat 3. Tidak ada pertentangan nilai budaya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempunyai kartu BPJS 2. Mampu mengakses pelayanan kesehatan yang ada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memiliki motivasi tinggi dan bersemangat menjalani hidup 2. Mempunyai keyakinan bahwa lebih baik mencegah dari pada mengobati 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi kognitif 2. Terapi kognitif perilaku 3. Logoterapi 4. Terapi penerimaan komitmen
Penampilan peran tidak efektif	<ul style="list-style-type: none"> • Klien dapat menyebutkan penyebab penampilan peran tidak efektif • Klien menganggap istri tidak mampu sebagai pengganti akibat kondisi yang berubah 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mendapat dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya terutama dari suaminya 	<ul style="list-style-type: none"> • Ekonomi Tn R menengah • Pengobatan ditanggung istri • Jarak rumah Tn. R dengan tempat pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya • Klien yakin, bila ia mengikuti petunjuk dan saran dari petugas kesehatan 	<p>Terapi generalis :</p> <p>• SP 1-2 penampilan peran tidak efektif</p> <p>Terapi spesialis :</p>

			kesehatan $\pm$ 2 KM	<p>maka ia akan cepat sembuh</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien yakin istri dan keluarga mendukung supaya lekas sembuh • Klien berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan keluarga nya 	<p>• Behavior therapy, rerapi suportif</p>
Gangguan citra tubuh	<ul style="list-style-type: none"> • Klien kurang percaya diri dengan perubahan fungsi fisik (kaki) yang dialaminya 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mendapat dukungan dari istri dan keluarga • Keluarga klien selalu menyemangati klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosial ekonomi klien menengah • Sarana dan prasarana tersedia • Biaya pengobatan ditanggung oleh istri 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya • Klien berharap cepat sembuh agar percaya diri lagi • Klien selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya 	<p>Terapi generalis: gangguan citra tubuh</p> <p>Terapi spesialis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapi kognitif

4. MEKANISME KOPING

UPAYA YANG DILAKUKAN	ANALISA/KESAN	
	KONSTRUKTIF	DESTRUKTIF
1. Klien bercerita dengan istrinya saat merasa keadaannya tidak baik 2. Bila sakit klien berobat ke pelayanan kesehatan 3. Klien taat menjalankan ibadah sesuai keyakinannya	√	

5. STATUS MENTAL

1. Penampilan	Penampilan klien rapi dan bersih seperti pakaian biasa pada umumnya
2. Pembicaraan	Pembicaraan dengan klien lambat dimana klien setiap berbicara sulit untuk berkomunikasi
3. Aktivitas motorik	Klien tampak tremor pada jari – jari dan kaki klien
4. Interaksi selama wawancara	Kontak mata tidak tetap
5. Alam perasaan	Pasien terlihat menunjukkan ekspresi tak berdaya, malu dan gelisah
6. Afek	Ekspreksi klien labil saat diamati karena emosi klien berubah-ubah
7. Persepsi	Tidak ada gangguan persepsi dan sensori
8. Isi pikir	Tidak ada gangguan persepsi dan sensori
9. Proses pikir	Pasien berbicara dengan jelas
10. Tingkat kesadaran	Normal
11. Daya ingat	Normal
12. Kemampuan berhitung	Normal
13. Penilaian	Klien mampu mengambil keputusan saat merasa sakit klien ke RS
14. Daya tilik diri	Klien tahu penyebab keadaan tidak berdayanya

6. DIAGNOSA DAN TERAPI

DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN TERAPI KEPERAWATAN	DIAGNOSA MEDIS DAN TERAPI MEDIS
<p>1. Ketidakberdayaan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berpengaruh pada ketidakberdayaan • Diskusi dengan pasien pilihan yang realistis dalam perawatan • Libatkan pasien dalam pembuatan keputusan tentang rencana terapi • Jelaskan alasan setiap perubahan perencanaan perawatan kepada pasien • Mengidentifikasi situasi kehidupannya yang dapat dikendalikan • Mengidentifikasi situasi kehidupannya yang dapat dikendalikan • Mengidentifikasi faktor pendukung, kekuatan diri • Sampaikan kepercayaan diri terhadap kemampuan pasien untuk menangani keadaan • Biarkan pasien mengemban tanggung jawab sebanyak mungkin dan memberikan umpan balik positif untuk keputusan yang dibuatnya • Terapi spesialis : Terapi kognitif, terapi komunikasi, suportif terapi, dan multisistemik terapi <p>2. Kecemasan</p> <ul style="list-style-type: none"> • SP-1 : Kaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien mengurangi kecemasan 	<p>Stroke</p> <p>Terapi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rutin melakukan terapi oksigen • Rutin melakukan fisioterapi

<ul style="list-style-type: none"> • SP-2 : Jelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat dari kecemasan • SP-3 : Latihan cara mengatasi kecemasan : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Teknik relaksasi napas dalam ✓ Distraksi : bercakap-cakap hal positif ✓ Hipnotis 5 jari fokus padahal-hal yang positif • SP-4 : Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan • Terapi Spesialis: TS, PMR, Logo ACT <p>3. Gangguan Citra tubuh</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji tanda dan gejala gangguan citra tubuh dan kemampuan klien mengatasinya. • Jelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat gangguan citra tubuh • Diskusikan persepsi, perasaan, dan harapan klien terhadap citra tubuhnya • Menjelaskan perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada pasien stroke • Motivasi klien untuk merawat dan meningkatkan citra tubuh • Motivasi klien untuk melakukan latihan meningkatkan citra tubuh sesuai jadwal dan beri pujian. 	
--	--

:	<p>gejala ketidak berdayaan</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien senang diberikan tindakan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien tampak menceritakan ketidakberdayannya – Klien tampak paham dengan penjelasan yang diberikan <p>A: Ketidakberdayaan (+)</p> <p>P_{Klien}:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien melakukan latihan cara mengendalikan pikiran <p>P_{Perawat} :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Latih peran yang dapat dilakukan
---	---

Tanggal : 07 Oktober 2021-10-17

Jam 10.00 wib

- Latih peran yang dapat dilakukan

S:

- Klien mengatakan merasa lebih tenang dapat mengenali tanda dan gejala ketidak berdayaan
- Klien mengatakan mampu menjelaskan proses terjadinya ketidakberdayaan
- Klien mengatakan mampu mengendalikan situasi
- Klien mengatakan mampu mengendalikan pikiran
- Klien mengatakan dapat melakukan peran yang dapat dilakukan

O:

- Klien tampak rileks
- Klien mampu menjelaskan kembali penjelasan yang sudah diberikan
- Klien mampu mengendalikan situasi
- Klien mampu mengendalikan pikiran dan dapat melakukan peran

A: Ketidakberdayaan (-)

P :

- Bantu klien melakukan latihan sesuai

	jadwal kegiatan <ul style="list-style-type: none"> • terapi kognitif • terapi kognitif perilaku • logoterapi • terapi penerimaan komitmen
--	---

Tanggal : 8 Oktober 2021

Jam : 10.00 wib

- SP-1 : Kaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien mengurangi kecemasan
- SP-2 : Jelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat dari kecemasan

S:

- Klien mengatakan hal yang membuatnya cemas
- Klien senang diberikan tindakan

O:

- Klien tampak menceritakan hal yang membuatnya cemas
- Klien tampak paham dengan penjelasan yang diberikan

A: Kecemasan (+)

P_{Klien}:

- Klien melaksanakan SP-1 dan SP-2

P_{Perawat} :

- SP-3 : Latihan cara mengatasi kecemasan
- Sp-4 : Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan

Tanggal : 9 Oktober 2021

Jam : 11.00 wib

- SP-3 : Latihan cara mengatasi kecemasan
- Sp-4 : Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan

S:

- Klien mengatakan merasa lebih tenang dapat mengurangi kecemasan
- Klien mengatakan mampu mengenali tanda dan gejala, penyebab dan akibat dari kecemasan
- Klien mengatakan mampu mengatasi kecemasan

O:

- Klien tampak rileks
- Klien mampu menjelaskan kembali penjelasan yang sudah diberikan
- Klien mampu mengurangi rasa cemas
- Klien mampu mengenali tanda, gejala, penyebab dan akibat dari kecemasan
- Klien tampak mampu mengatasi kecemasan

A: Kecemasan (-)

P : Intervensi diberhentikan

<p>Tanggal : 10 Oktober 2021 Jam : 09.00 wib</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sp-1 : Kaji tanda dan gejala gangguan citra tubuh dan kemampuan klien mengatasinya. • SP-2 : Jelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat gangguan citra tubuh 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien menceritakan perubahan fungsi tubuhnya – Klien senang diberikan tindakan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien tampak menceritakan perubahan fungsi tubuhnya – Klien tampak paham dengan penjelasan yang diberikan <p>A: Gangguan citra tubuh (+)</p> <p>P_{Klien}:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien melaksanakan Sp-1 dan Sp2 <p>P_{Perawat} :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sp-3 : Diskusikan persepsi, perasaan, dan harapan klien terhadap citra tubuhnya • Sp-4 : Menjelaskan perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada pasien stroke
--	--

Tanggal : 11 Oktober 2021

Jam : 10.00 wib

- **Sp-3** : Diskusikan persepsi, perasaan, dan harapan klien terhadap citra tubuhnya
- **Sp-4** : Menjelaskan perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada pasien stroke

S:

- Klien mengatakan dapat mengenali tanda dan gejala gangguan citra tubuh
- Klien menjelaskan perubahan-perubahan fisik yang terjadi karena stroke

O:

- Klien tampak rileks dan senang
- Klien mampu menjelaskan kembali penjelasan yang sudah diberikan
- Klien mampu mengenali tanda dan gejala gangguan citra tubuh
- Klien mampu menjelaskan perubahan fisik yang terjadi karena stroke
- Klien tampak mampu mengendalikan persepsi, perasaan dan harapan terhadap tubuhnya.

A: Gangguan citra tubuh (-)

P : Intervensi diberhentikan

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan kepada Tn.R dengan Ketidakberdayaan di Amal Luhur Medan Helvetia maka penulis pada bab ini akan membahas kesenjangan antara teoritsi dengan tinjauan kasus. Pembahasan dimulai melalui tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1. Tahap Pengkajian

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber, yaitu pasien dan tetangga sekitar. Maka penulis melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi teraupetik yang lebih terbuka membantu klien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Adapun upaya tersebut yaitu :

- a. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada klien agar klien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan.
- b. Mengadakan pengkajian klien dengan wawancara dalam pengkajian ini, penulis tida menemukan kesenjangan karena ditemukan hal yang sama seperti diteori : Ketidakberdayaan adalah persepsi atau tanggapan klien bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukannya tidak akan membawa hasil yang diharapkan atau tidak akan membawa perubahan hasil seperti yang diharapkan, sehingga klien sulit mengendalikan situasi yang terjadi atau mengendalikan situasi yang akan terjadi.

4.2. Tahap Perencanaan

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pangkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan penulis hanya menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan pohon masalah keperawatan yaitu :Kecemasan. Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjaun kasus tidak ada kesenjangan sehingga penulis dapat melaksanakan tindakan seoptimal mungkin dan didukung dengan seringnya bimbingan dengan pembimbing.Secara teoritis

digunakan cara strategi pertemuan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian. Adapun upaya yang dilakukan penulis yaitu :

1. Klien mengungkapkan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi dan bersikap pasif
2. Klien menunjukkan sikap apatis, depresi terhadap pemburukan fisik yang terjadi dengan mengabaikan kepatuhan pasien terhadap progra pengobatan
3. Klien mengalami ketergantungan pada orang lain yang dapat mengakibatkan ititabilitas, ketidaksukaan, marah dan rasa bersalah. Klien tidak melakukan praktik perawatan diri ketika ditantang. Klien tidak ikut memantau kemajuan pengobatan. Klien menunjukan ekspresi ketidakpuasan terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas atau tugas sebelumnya. Klien menunjukan ekspresi keraguan tantang performa peran.

4.3. Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis hanya mengatasi 1 masalah keperawatan yakni : diagnosa keperawatan Ketidakberdayaan merupakan persepsi atau tanggapan bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukannya tidak akan membawa hasil yang diharapkan atau tidak akan membawa perubahan hasil seperti yang diharapkan, sehingga sulit mengendalikan situasi yang terjadi atau mengendalikan situasi yang akan terjadi pada klien Stroke

4.4. Tahap Evaluasi

Pada tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan adalah :

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengenali dan mengekspresikan emosinya
- c. Mampu mengenal ketidakberdayaan
- d. Mampu mengendalikan situasi
- e. Mampu mengendalikan pikiran
- f. Mampu melaksanakan latihan peran yang dapat dilakukan

BAB 5

PENUTUP

5.1 Berdasarkan uraian pada pembahasan diatas, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa :

1. Pengkajian dilakukan secara langsung pada klien dan juga dengan menjadikan status klien sebagai sumber informasi yang dapat mendukung data-data pengkajian. Selama proses pengkajian, perawat menggunakan komunikasi terapeutik serta membina hubungan saling percaya antara perawat-klien. Pada kasus Ketidakberdayaan : Stroke
2. Diagnosa keperawatan yang utama pada klien dengan Ketidakberdayaan : Stroke
3. Perencanaan dan implementasi keperawatan disesuaikan dengan strategi pertemuan pada pasien
4. Evaluasi keperawatan yang dilakukan menggunakan metode subyektif, objektif, assesment dan plaining.

5.2 Saran

1. Untuk Institusi Pendidikan

Diharapkan lebih meningkatkan pelayanan pendidikan yang lebih tinggi dan menghasilka tenaga kesehatan yang profesional berwawasan global

2. Untuk Keluarga

Diharapkan agar individu dan keluarga bisa mengerti tentang penyakit stroke, dan meningkatkan perilaku hidup sehat dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup.

DAFTAR PUSTAKA

1. Amelia, R., Abdullah, D., Sjaaf, F., & Dewi, N. P. (2020, September). Pelatihan Deteksi Dini Stroke “Metode Fast” Pada Lansia Di Nagari Jawijawi Kabupaten Solok Sumatera Barat. In Seminar Nasional Adpi Mengabdi Untuk Negeri (Vol. 1, No. 1, Pp. 25-32). <https://doi.org/10.47841/adpi.v1i1.19>
2. Anisah, N., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2018). Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Citra Tubuh Klien Ulkus Diabetik. Mikki (Majalah Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Indonesia), 7(2). <https://doi.org/10.47317/mikki.v7i2.133>
3. Azari, AA (2020). Pengalaman Psikologis Ketidakberdayaan Pasca COVID-19 Di Jember (Studi Kasus). Jurnal Medis Al Qodiri , 5 (2), 7-7. https://doi.org/1052264/jurnal_stikesalqodiri.v5i2.41
4. Darison, Surani. (2016). Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Terhadap Rentang Sendi Pasien Pasca Stroke. Poltekkes Kemenkes Bengkulu. <https://doi.org/10.52199/inj.v7i2.6450>
5. Ferry Arianto, A. M. (2019). Gambaran Ketidakberdayaan Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Syaraf RS. PMI Bogor. <http://repository.poltekkesbdg.info/items/show/886>
6. Kusumadewi, B. N., Daulima, N. H. C., & Wardani, I. Y. (2018). Efektifitas Terapi Kognitif, Psikoedukasi Keluarga Dan Terapi Kelompok Suportif Pada Klien Dengan Ketidakberdayaan Melalui Pendekatan Model Transisional Meleis. *Jurnal Kesehatan*, 7(1), 70-78. <http://dx.doi.org/10.46815/jkanwvol8.v7i1.85>
7. Maria, I. (2020). Hubungan Pelaksanaan Range of Motion Dengan Risiko Dekubitus Pada Pasien Stroke. Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi), 5(1), 109-115. <https://doi.org/1051143/jksi.v5i1.226>
8. Melawati, M. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Lansia Dengan Post Stroke Non Hemoragik Di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/410>
9. Nopia, D., & Huzaifah, Z. (2020). Hubungan Antara Klasifikasi Stroke Dengan Gangguan Fungsi Kognitif Pada Pasien Stroke. *Journal Of Nursing Invention*, 1(1), 16-22. <http://36.91.55.245/ojsjurnal/index.php/JNI/article/view/11>
10. Nugroho, B. S. Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Tn. Mn Dan Tn. Mh Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Di Rsud Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019. <http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/97887>
11. Nurarif, A.H & Kusuma, H. (2015) Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NOC-NOC, Jogjakarta : Mediacion Publishing

http://repo.unikadelasalle.ac.id/index.php?p=show_detail&id=9239&keywords=

12. Pardede, J. A. (2020). Konsep Ketidakberdayaan.
13. Pardede, J. A. (2020). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Kecemasan.
14. Pardede, J. A., Ariyo, A., & Purba, J. M. (2020). Self Efficacy Related to Family Stress in Schizophrenia Patients. *Jurnal Keperawatan*, 12(4), 831-838. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v12i4.1010>
15. Pardede, JA, Hulu, DESP, & Sirait, A. (2021). Tingkat Kecemasan Menurun Setelah Diberikan Terapi Hipnotis Lima Jari pada Pasien Preoperatif. *Jurnal Keperawatan* , 13 (1), 265-272. <https://orcid.org/0000-0003-0114-4180>
16. Pardede, JA, Hasibuan, EK, & Hondro, HS (2020). Perilaku Caring Perawat Dengan Koping Dan Kecemasan Keluarga. *Jurnal Ilmu dan Praktik Keperawatan Indonesia* , 3 (1), 14-22. <https://doi.org/10.24853/ijnsp.v3i1.14-22>
17. Pardede, J. A., & Purba, J. M. (2020). Family Support Related to Quality of Life on Schizophrenia Patients. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 10(4), 645-654. <https://doi.org/10.32583/pskm.v10i4.942>
18. Sarani, D. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Ketidakberdayaan (Disertasi Doktor, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).
19. Sherly & Debby. (2018). Laporan Kasus Stroke Infark di Bagian Saraf RSUD Ambarawa <https://sarafambarawa.files.wordpress.com/2018/05/stroke-infark.pdf>
20. Subiyanto, S. (2020). Pemijatan Kaki Untuk Meningkatkan Pergerakan Kaki Pada Asuhan Keperawatan Stroke. *Jurnal Keperawatan Care*, 9(2). <http://ejurnal.akperyappi.ac.id/index.php/files/article/view/96/0>
21. Wanti Y, (2016) Gambaran Strategi Koping Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang Menderita Gangguan Jiwa. <https://doi.org/10.24198/jkp.v4i1.140.g121>