Psychosocial Nursing Care With Helplessness Problems in Stroke Patients: Case Study

Felix Jekki M. Berutu

felixjekkiiberutu@gmail.com

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (deficit neurologic) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan/atau gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal (atau global) yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian, selain menyebabkan kematian stroke juga akan mengakibatkan dampak untuk kehidupan. Dampak stroke diantaranya, ingatan jadi terganggu dan terjadi penurunan daya ingat, menurunkan kualitas hidup penderita juga kehidupan keluarga dan orang-orang di sekelilingnya, mengalami penurunan kualitas hidup yang lebih drastis kecacatan fisik maupun mental pada usia produktif dan usia lanjut dan kematian dalam waktu singkat (Junaidi, 2016).

Stroke masih menjadi masalah kesehatan yang utama karena merupakan penyebab kematian kedua di dunia. Sementara itu, di Amerika Serikat stroke sebagai penyebab kematian ketiga terbanyak setelah penyakit kardiovaskuler dan kanker. Sekitar 795.000 orang di Amerika Serikat mengalami stroke setiap tahunnya, sekitar 610.000 mengalami serangan stroke yang pertama. Stroke juga merupakan penyebab 134.000 kematian pertahun (Junaidi, 2016)

Penyakit stroke sering dianggap sebagai penyakit yang didominasi oleh orang tua. Dulu, stroke hanya terjadi pada usia tua mulai 60 tahun, namun sekarang mulai usia 40 tahun seseorang sudah memiliki risiko stroke, meningkatnya penderita stroke usia muda lebih disebabkan pola hidup, terutama pola makan tinggi kolesterol. Berdasarkan pengamatan di berbagai rumah sakit, justru stroke di usia produktif sering terjadi akibat kesibukan kerja

yang menyebabkan seseorang jarang olahraga, kurang tidur, dan stres berat yang juga jadi faktor penyebab (Diani, 2017)

Ketidakberdayaan adalah faktor yang memengaruhi perilaku bunuh diri pada pasien psikiatri rawat inap. juga menemukan bahwa percobaan bunuh diri sebelumnya, tingkat depresi, ketidakberdayaan, dan impulsivitas merupakan faktor risiko yang memprediksi meningkatnya ide-ide bunuh diri atau perilaku bunuh diri pada pasien psikiatri yang telah menjalani pengobatan rawat inap. juga menemukan bahwa ketidakberdayaan memprediksi percobaan bunuh diri pada pasien dengan gangguan psikosis. Namun penelitian tersebut belum mewakili semua fenomena karena mengkhususkan pada pasien psikiatri rawat inap dan juga pasien psikosis

Kecemasan merupakan suatu respon psikologis maupun fisiologis individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan, atau reaksi atas situasi yang dianggap mengancam (Hulu & Pardede, 2016)

Survei awal yang dilakukan dikelurahan Dwi Kora Jalan Amal Luhur maka ditemukan pasien dengan kecemasan akibat Bells Palsy yang bernama Tn.S dengan kecemasan di Amal Luhur Kec Medan Helvetia

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan uraian latar belakang maka penulis membuat rumusan masalah sebagai berikut: Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan ketidakberdayaan di Simalingkar Kec. Medan Tuntungan.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk memberikan asuhan keperawatan Pada Tn. S dengan masalah kecemasan

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan Pengkajian pada Tn. S Dengan masalah kecemasan
2. Mahasiswa mampu menegakan diagnosa pada Tn. S Dengan masalah kecemasan
3. Mahasiswa mampu membuat intervensi pada Tn. S Dengan masalah kecemasan
4. Mahasiswa mampu melakukan implementasi pada Tn. S Dengan masalah kecemasan
5. Mahasiswa mampu membuat evaluasi pada Tn. S Dengan masalah kecemasan

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Wijaya & Putri, 2017)

Stroke non hemoragik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak. Stroke nonhemoragik dapat disebabkan oleh trombosis dan emboli, sekitar 80-85% menderita penyakit stroke non-hemoragik dan 20% persen sisanya adalah stroke hemoragik yang dapat disebabkan oleh pendarahan intraserebrum hipertensi dan perdarahan subarachnoid (Wilson & Price, 2016)

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

Otak Otak merupakan pusat kendali fungsi tubuh yang rumit dengan sekitar 100 millar sel saraf , walaupun berat total otak hanya sekitar 2,5% dari berat tubuh, 70 % oksigen dan nutrisi yang diperlukan tubuh ternyata digunakan oleh otak. Berbeda dengan otak dan jaringan lainnya. Otak tidak mampu menyimpan nutrisi agar bisa berfungsi, otak tergantung dari pasokan aliran darah, yang secara kontinyu membawa oksigen dan nutrisi. Pada dasarnya otak terdiri dari tiga bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu:

1. Otak besar, Otak besar yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, integritas informasi sensoris (rasa) dan kontrol gerakan yang halus. Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu, lobus frontalis, lobus parietalis, lobus temporalis, dan lobus oksipitalis.
2. Otak kecil, Terletak dibawah otak besar berfungsi untuk koordinasi gerakan dan keseimbangan.
3. Batang otak, Berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan berbagai fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta

mengatur pernafasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari, otak tengah, pons dan medula oblongata.

2.1.3 Etiologi

Stroke non hemoragik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Stroke non hemoragik terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak, thrombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang merupakan penyumbatan pembuluh darah yang timbul akibat pembentukan plak sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang 11 dikarenakan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya neuron motorik atas (upper motor neuron) dan hipertensi (Pudiastuti, 2016)

2.1.4 Patofisiologi

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus. Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Esther, 2015)

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak (Bararah, & Jauhar, 2013). Komplikasi Stroke Menurut pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

1. Bekuan darah (Trombosis) Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.
2. Dekubitus Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak pengaruh dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.
3. Pneumonia Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paruparu dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.

2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut (Nurarif Huda, 2016), manifestasi klinis stroke sebagai berikut:

1. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
2. Tiba-tiba hilang rasa peka
3. Bicara pelo
4. Gangguan bicara dan bahasa
5. Gangguan penglihatan
6. Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
7. Gangguan daya ingat
8. Nyeri kepala hebat
9. Vertigo
10. Kesadaran menurun
11. Proses kencing terganggu
12. Gangguan fungsi otak

2.1.7 Klasifikasi

1. Stroke iskemik transien (Transient ischemic attack/TIA) Stroke ini biasa disebut dengan stroke kecil, dimana stroke yang terjadi pada periode singkat iskemik serebral terlokalisasi yang menyebabkan defisit neurologis yang berlangsung selama kurang dari 23-24 jam. TIA disebabkan karena gangguan inflamasi arteri, anemia sel sabit, perubahan aterosklerosis pada arteri karotis dan serebral, trombosis, serta emboli. Manifestasi neurologis TIA beragam berdasarkan lokasi dan ukuran pembuluh serebral yang terkena dan memiliki awitan tiba-tiba. Biasanya terjadi defisit meliputi kebas kontralateral atau kelemahan tungkai, tangan, lengan bawah dan pusat mulut, afasia dan gangguan penglihatan buram serta fugaks amaurosis (kebutaan yang cepat pada satu mata).
2. Stroke pembuluh darah besar (trombolisis) Stroke trombotik adalah tipe stroke yang paling umum, dimana sering dikaitkan dengan aterosklerosis dan menyebabkan penyempitan lumen arteri, sehingga menyebabkan gangguan masuknya darah yang menuju ke bagian otak.
3. Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND) Tanda dan gejala gangguan persarafan yang berlangsung dalam waktu yang lama-lama. Kondisi RIND dan TIA mempunyai kesamaan, hanya saja RIND berlangsung maksimal 1 minggu (7 hari) dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu 3 minggu) serta tidak meninggalkan gejala sisa (Masriadi, 2016)

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan stroke non hemoragik adalah sebagai berikut (Radaningtyas, 2018)

- a. Angiografi serebral Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi / ruptur.
- b. Elektro encefalography Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- c. Sinar x tengkorak Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

- d. Ultrasonography Doppler Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque / arterosklerosis.
- e. CT-Scan Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.
- f. Magnetic Resonance Imagine (MRI) Menunjukan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.
- g. Pemeriksaan foto thorax Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut penelitian (Setyopranoto, 2016) penatalaksanaan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut:

- a. Penatalaksanaan umum
 - 1) Pada fase akut
 - a) letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
 - b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
 - c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten)
 - d) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.

- e) Pantau juga kadar gula darah >150mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg% dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- f) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol >220 mmHg, diastol >120 mmHg, Mean Arteri Blood Plessure (MAP) >130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
- g) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitropusid, penyekat reseptor alfabeta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.

2.2 Konsep Ketidakberdayaan

2.2.1 Definisi Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan adalah pengalaman hidup kurang pengendalian terhadap situasi, termasuk persepsi bahwa tindakan seseorang secara signifikan tidak akan mempengaruhi hasil (NANDA-1, 2018). Ketidakberdayaan adalah persepsi seseorang bahwa tindakannya tidak akan mempengaruhi hasil secara bermakna; suatu keadaan ketika individu kurang mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan (Stuart,2016)

Ketidakberdayaan juga dapat diartikan sebagai sebuah persepsi individu bahwa tindakannya sendiri tidak akan mempengaruhi hasil secara bermakna; kurangnya control terhadap situasi tertentu (Townsend,2017). Dari beberapa definisi yang telah dijelaskan dapat disimpulkan bahwa ketidakberdayaan adalah suatu kondisi dimana control akan pribadi dan situasi, termasuk persepsi orang atau kelompok mengenai tindakan yang dilakukan tidak akan mempengaruhi hasil yang signifikan. Ketidakberdayaan dapat dialami oleh semua orang tanpa terkecuali, pada klien dengan masalah kesehatan yang sedang menjalani pengobatan dan perawatan di rumah sakit. Seperti pada klien dengan diabetes melitus yang sedang menjalani perawatan. Kannie, Dauli, Nuraini (2018)

Menjelaskan bahwa kondisi stress pada klien dapat menyertai perasaan ketidakberdayaan. Stress yang dialami oleh klien dapat memberikan dampak pula pada ketidakberdayaan klien. Kondisi tersebut dapat memperparah kondisi klien. Pada klien mengalami ketidakberdayaan, penting untuk memberikan intervensi keperawatan tentang persepsi klien terhadap penyakit diabetes melitus supaya dapat berubah menjadi persepsi yang baik dan menjadi pandangan positif tentang usaha penyembuhan penyakitnya

2.2.2 Etiologi ketidakberdayaan

Menurut buku asuhan keperawatan jiwa (Keliat,Budi Anna. 2019)

1. Nyeri
2. Ansietas
3. Harga diri rendah
4. Strategi koping tidak efektif
5. Kurang pengetahuan untuk mengelola masalah
6. Kurang dukungan social

2.2.3 Faktor Presdiposisi dan Faktor Prespitasi

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

- e. Riwayat menderita penyakit yang secara progresif menimbulkan ketidakmampuan, misalnya: sklerosis multipel, kanker terminal atau AIDS

3. Psikologis :

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

4. Sosial budaya :

- a. Usia 30-meninggal berpotensi mengalami ketidakberdayaan
- b. Jenis kelamin laki-laki ataupun perempuan mempunyai kecenderungan
- c. yang sama untuk mengalami ketidakberdayaan tergantung dari peran
- d. yang dijalankan dalam kehidupannya

- e. Pendidikan rendah
- f. Kehilangan kemampuan melakukan aktivitas akibat proses penuaan (misalnya: pensiun, defisit memori, defisit motorik, status finansial atau
- g. orang terdekat yang berlangsung lebih dari 6 bulan)
- h. Adanya norma individu atau masyarakat yang menghargai kontrol
- i. (misalnya kontrol lokus internal)
 1. Dalam kehidupan sosial, cenderung ketergantungan dengan orang lain,
 2. tidak mampu berpartisipasi dalam sosial kemasyarakatan secara aktif,
 3. enggan bergaul dan kadang menghindar dari orang lain
 4. Pengalaman sosial, kurang aktif dalam kegiatan di masyarakat
 5. Kurang terlibat dalam kegiatan politik baik secara aktif maupun secara
 6. pasif.

2.2.4 Faktor 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. Faktor-faktor lain yang berhubungan dengan faktor presiptasi timbulnya ketidakberdayaan 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
4. kejang atau trauma kepala yang menimbulkan lesi pada lobus frontal,
5. temporal dan limbic
 - I. Terdapat gangguan sistem endokrin
 - II. Penggunaan alkohol, obat-obatan, kafein, dan tembakau
 - III. Mengalami gangguan tidur atau istirahat
 - IV. Kurang mampu menyesuaikan diri terhadap budaya, ras, etnik dan
6. gender
- b. Psikologis :
 1. Perubahan gaya hidup akibat menderita penyakit kronis
 2. Tidak dapat menjalankan pekerjaan, hobi, kesenangan dan aktivitas
 3. sosial yang berdampak pada keputusan.
 4. Perasaan malu dan rendah diri karena ketidakmampuan melakukan
 5. aktivitas kehidupan sehari-hari akibat tremor, nyeri, kehilangan
 6. pekerjaan.
 - a. Konsep diri: gangguan pelaksanaan peran karena ketidakmampuan melakukan tanggungjawab peran.
 - b. Kehilangan kemandirian atau perasaan ketergantungan dengan orang lain.
- c. Sosial budaya :
 1. Kehilangan pekerjaan dan penghasilan akibat kondisi kesehatan atau
 2. kehidupannya yang sekarang.
 3. Tinggal di pelayanan kesehatan dan pisah dengan keluarga (berada
 4. dalam lingkungan perawatan kesehatan).
 5. Hambatan interaksi interpersonal akibat penyakitnya maupun penyebab
 6. yang lain Kehilangan kemampuan melakukan aktivitas akibat proses penuaan (misalnya: pensiun, defisit memori, defisit motorik, status finansial atau
 7. orang terdekat yang berlangsung dalam 6 bulan terakhir)
 - a. Adanya perubahan dari status kuratif menjadi status paliatif.
 - b. Kurang dapat menjalankan kegiatan agama dan keyakinannya dan
 8. ketidakmampuan berpartisipasi dalam kegiatan sosial di masyarakat
 - a. Harapan
 - b. Respon adaptif
 - c. Respon Maladaptif

- d. Harapan
- e. Kesempatan
- f. Ketidakpastian
- g. Bahaya
- h. Tidak Berdaya

Putus Asa Harapan akan mempengaruhi respons psikologis terhadap penyakit fisik. Kurangnya harapan dapat meningkatkan stres dan berakhir dengan penggunaan mekanisme koping yang tidak adekuat. Pada beberapa kasus, koping yang tidak adekuat dapat menimbulkan masalah kesehatan jiwa.

9. Ketidakpastian

Ketidakpastian adalah suatu keadaan dimana individu tidak mampu kejadian yang terjadi. Hal ini akan mempengaruhi kemampuan individu mengkaji situasi dan memperkirakan upaya yang akan dilakukan. Ketidakpastian menjadi berbahaya jika disertai rasa pesimis dan putus asa.

10. Putus asa

Putus asa ditandai dengan perilaku pasif, perasaan sedih dan harapan hampa, kondisi ini dapat membawa klien dalam upaya bunuh diri.

2.2.5 Sumber Koping

1. Personal ability

- a. Pengetahuan klien tentang masalah yang dirasakan (ketidakberdayaan).
- b. Kemampuan klien mengatasi masalah yang dirasakan (ketidakberdayaan).
- c. Jenis upaya klien mengatasi masalah yang dirasakan (ketidakberdayaan).
- d. Kemampuan dalam memecahkan masalah.

2. Sosial support

- a. Caregiver utama dalam keluarga.
- b. Kader kesehatan yang ada di lingkungan tempat tinggal.
- c. Peer group yang ada turut serta dalam memberi dukungan.
- d. Material asset1) Keberadaan asset harta benda pendukung pengobatan yang dimiliki (tanah,

- e. rumah, tabungan) serta fasilitas yang membantunya selama proses gangguan fisiologis.
 - f. Mempunyai fasilitas Jamkesmas, SKTM, ASKES.
 - g. Arak/ akses pelayanan kesehatan yang dikunjungi
3. Positive belief
- a. Keyakinan dan nilai positif tentang ketidakberdayaan yang dirasakan: tidak ada.
 - b. Keyakinan dan nilai positif tentang pelayanan kesehatan yang ada.

2.2.6 Mekanisme Koping

- 1. Konstruktif
 - a. Menilai pencapaian hidup yang realistis.
 - b. Kreatif dalam mencari informasi terkait perubahan status kesehatannya sehingga dapat beradaptasi secara normal.
 - c. Mampu mengembangkan minat dan hobi baru sesuai dengan perubahan status kesehatan dan peran yang telah dialami.
 - d. Peduli terhadap orang lain disekitarnya walaupun mengalami perubahan kondisi kesehatan.
- 2. Destruktif
 - a. Mengungkapkan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah atau meminta
 - b. bantuan.
 - c. Menggunakan mekanisme pertahanan yang tidak sesuai.
 - d. Ketidakmampuan memenuhi peran yang diharapkan (mengalami ketegangan
 - e. peran, konflik peran).
 - f. Mengungkapkan kesulitan dalam berkeinginan mencapai tujuan.
 - g. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar seperti makan minum, kebersihan diri,
 - h. istirahat dan tidur dan berdandan
 - i. Perubahan dalam interaksi sosial (menarik diri, bergantung pada orang lain).
 - j. Enggan mengungkapkan perasaan yang sebenarnya.

2.2.7 Gejala Ketidak berdayaan Mayor

1. Subjektif
 - a. Mengatakan ketidakmampuan
 - b. Frustrasi karena tidak mampu mengatasi situasi
2. Objektif
 - a. Tidak mampu merawat diri
 - b. Tidak mampu mencari informasi perawatan
 - c. Tidak mampu memutuskan
 - d. Bergantung pada orang lain
3. Minor
 - a. Subjektif
 - i. Menyatakan keraguan tentang kemampuannya
 - ii. Menyatakan kurang mampu mengontrol situasi
 - iii. malu
 - b. Objektif
 - i. Kurang partisipasi dalam perawatan
 - ii. Depresi

2.2.8 Diagnosa Keperawatan

1. ketidakberdayaan
2. kecemasan
3. Koping individu tidak efektif

2.2.9 Tujuan Asuhan Keperawatan

1. Kognitif ,klien mampu
 - a. Menegtahui pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan akibat dari ketidakberdayaan
 - b. Mengetahui cara mengatasi ketidakberdayaan
2. Psikomotor ,klien mampu
 - a. Mengidentifikasi situasi hidup yang tidak dapat dikendalikan dan dapat dikendalikan
 - b. Melatih situasi hidup yang dapat dikendalikan
 - c. Mengidentifikasi pikiran negative yang tidak sesuai

- d. Melatih pikiran positif, pikiran rasional, dan harapan positif
- 3. Afektif ,klien mampu
 - a. Merasakan manfaat latihan yang dilakukan
 - b. Menilai latihan yang mengatasi ketidakberdayaan

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1.1 PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Nama : Tn S Usia : 48 tahun Tahun no reg : - Ruangan : - Tgl masuk rs: - Tgl pengkajian : 7 November 2021 Alamat : Simalingkar Kec Medan Tuntungan	Kondisi saat MRS: kondisi sangat lemah dan memerlukan pertolongn medis secepatnya badan tidak bias bergerak terutama wajah dan kaki Kondisi saat ini : lemah dan tidak berdaya hanya bisa terbaring di tempat tidur
--	--

3.1.2 FAKTOR PREDISPOSISI DAN FAKTOR PRESIPITASI

Faktor predisposisi	Faktor presipitasi			STRESSOR
	Nature	Origin	Number & Timing	
Biologis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Tn S menderita stroke sudah 5 Bulan yang lalu 3. Tn S sering menggunakan kipas angin dan sering terpapar dingin. 4. Tn S rutin check up pelayanan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kondisi 	Internal	Sejak 5 bulan yang lalu	<ul style="list-style-type: none"> • Stroke
Psikologis : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tn S memiliki kepribadian yang tertutup dan tidak mau bertemu orang banyak. 2. Tn S merasa tidak bisa menggerakkan sebelah wajahnya,kesulitan makan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Takut, gelisah, dan putus asa bagaimana jika penyakit ini tidak sembuh. • Sering kepikiran penyakitnya . 	Internal	Sejak 1 Bulan yang lalu	<ul style="list-style-type: none"> • Cemas, takut, panik, khawatir, gelisah
Sosiocultural :	<ul style="list-style-type: none"> • 			<ul style="list-style-type: none"> •

1. Tn S seorang Laki laki umur 48 tahun
2. Tn S sudah menikah
3. Tn S merupakan Sorang petani
4. Sebelumnya Tn. S Aktif dalam bekerja setiap hari
5. Tn S merupakan orang jawa dan menurut tidak ada kebiasaan yang bertentangan dengan kesehatan.
6. Tn S beragama islam dan taat menjalankan ibadah
7. Tn S Rutin check up penyakitnya.

GENOGRAM

Tn S Memiliki keluarga dia sebagai kepala keluarga mempunyai 1 istri 3 orang anak 2 laki laki dan 1 perempuan.

3.1.3 PENILAIAN (RESPON) TERHADAP STRESSOR

STRESSOR	KOGNITIF	AFEKTIF	FISIOLOGIS	PERILAKU	SOSIAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN
BIOLOGIS • Stroke	<ul style="list-style-type: none"> Menurut Tn S dia menderita penyakit ini dikarenakan Pernah terjatuh dikamar mandi dan juga disebabkan stress berlebihan akibat pekerjaan. Menganggap penyakit yang diderita tidak akan bias sembuh Tidak tahu apa yang harus dilakukan untuk penyakitnya karena sudah berapa kali terapi tidak kunjung sembuh. Dan tidak bisa 	<ul style="list-style-type: none"> Tn S merasa sedih dan bingung dengan kondisi penyakitnya dan kerap Termenung Dan juga putus asa 	<ul style="list-style-type: none"> Sulit tidur Tidak nafsu makan Tn. S tampak lemas Pemeriksaan TTV TD: 140/90 Mmhg 	<ul style="list-style-type: none"> Tn S rutin ke rumah sakit Ekspresi muka lesu ,lemas Tn S tampak diam dan Hanya duduk dan termenung sepanjang hari. 	<ul style="list-style-type: none"> Pasien mendatangi dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada untuk mencari kesembuhan terhadap masalah yang dihadapi saat ini. 	<ul style="list-style-type: none"> Ketidakberdayaan

	melakukan apapun termasuk pekerjaan yang sekrnag jadi sumber penghidupan.					
PSIKOLOGIS <ul style="list-style-type: none"> • sedih, cemas, kesal dan Bingung dengan kondisi penyakit dan Penyembuhannya yang begitu lama, serta 	<ul style="list-style-type: none"> • Tn S tahu bahwa Wajahnya menurun dan tidak bias di gerakan • Tn S mengaku Sangat sedih dan tidak ingin bertemu dengan siapapun dan sangat malu ketika bertemu 	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa kesal dan putus asa dengan penyakitnya yang tidak sembuh-sembuh padahal sudah beberapa bulan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pusing • Nyeri sedang • Sulit tidur dan sering terbangun apabila tidur • Kepala dan belakang telinga terasa sakit. • Tidak nafsu makan • Tn S tampak lemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak cemas dan tidak tenang • Kadang Tn S tampak murung • Tn S tampak gelisah • Tn S tampak aktif dalam menerima 	<ul style="list-style-type: none"> • Hubungan Tn S dengan keluarga baik • Tn S kurang bersosialisasi dengan keluarga • Tn S tetap mengikuti program pengobatan yang diberikan kepadanya 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansietas

Perawatannya	dengan orang banyak.		<ul style="list-style-type: none"> • Kaki dan wajah Tn S tampak tidak simetris dan turun dan kaki tidak bisa digerakan. • Wajah Tn S tampak pucat. • Pemeriksaan TTV TD: 140/90 mmhg N : 88 x /menit P : 20 x /menit S: 36 °C 	perawatan Tn. S menunduk saat bercerita dan jarang ada kontak mata.	akan tetapi tidak begitu antusias dan Tn S dalam menerima perawatan	<ul style="list-style-type: none"> • Kecemasan
sering Memikirkan Apakah penyakitnya bisa sembuh dan sangat sedih karena setiap jumpa keluarga pasti bertanya kenapa bisa terserang penyakit itu dan membuat sangat malu	<ul style="list-style-type: none"> • Tn S merasa tidak berdaya dengan keadaannya sejarang yang tidak bias mengunyah dengan baik begitu juga ketika akan tersenyum dan berbicara. • Tn S berfikir ia selalu merepotkan keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa khawatir dan sedih kepada dirinya sendiri. • Merasa bersalah karena merasa merepotkan keluarga • Merasa bosan dengan keadaan sekarang 	<ul style="list-style-type: none"> • Pusing • bibir tampak kering • mata cekung • Sulit tidur • kepala terasa tegang • Tidak nafsu makan • Tn S tampak lemas • Wajah Tn S tampak pucat Seperti kekurangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontak mata ada tapi tidak bertahan lama dan sering menunduk • Volume suara mengecil • Tn S tampak gelisah Dan khawatir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hubungan Tn S dengan keluarga baik • Hubungan Tn S dengan petugas kesehatan baik • Tn S tetap mengikuti program pengobatan Dan terus menjalani terapi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keputusasaan

dan terkadang putus asa sekali.	<p>karena biaya pengobatan yang begitu banyak.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarganya juga panik bila terlalu lama dalam keadaan seperti ini • merasa Kasihan Kepada keluarga yang harus menangani biaya terapi 	yang tidak kunjung membaik.	darah.			
---------------------------------	---	-----------------------------	--------	--	--	--

3.1.4 SUMBER KOPING

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERSONAL ABILITY	SOSIAL SUPPORT	MATERIAL ASSETS	POSITIE BELIEFS	TERAPI
Ketidakberdayaan	<ul style="list-style-type: none"> Tn S mampu mengungkapkan perasaan cemas Tn S mengatakan bila cemasnya memuncak maka ia akan mengambil air wudhu dan sholat Ny E 	<ul style="list-style-type: none"> Tn S mendapat dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya terutama dari suaminya Suami dan adik Tn S bergantian merawat pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Sosial ekonomi Tn S menengah Pengobatan ditanggung BPJS Jarak rumah Tn S dengan tempat pelayanan kesehatan lebih kurang 2 km 	<ul style="list-style-type: none"> Tn S percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya Tn S berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan Suaminya 	<p>Sp 1</p> <p>Terapi spesialis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psikoedukasi keluarga

<p>Ansietas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ny. E Mengatakan wajahnya sangat tidak enak di lihatdan dia bias memberitahukan dengan jelas bagian tubuh atau wajah mana yang bermasalah. • Ny. E mengatakan bahwasannya keluarga juga mengeluh soal penyakit nya ini. 			<ul style="list-style-type: none"> • Ny.E selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya • Ny.E Kadang yakin, bila ia mengikuti petunjuk dan saran dari petugas kesehatan maka ia akan cepat sembuh tetapi terkadang ia juga ragu bahwasannya penyakitnya tidak akan sembuh • Ny.E percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya • Ny.E berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan Keluarganya. 	<p>SP 1 SP 2</p>
------------------------	--	--	--	---	------------------------------------

Keputusasaan	<ul style="list-style-type: none"> • Tn S Tidak mampu mengenal dan menilai Komplikasi dari penyakitnya. • Tn S tidak mampu melatih cara hidup sehat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tn S Tidak mendapat dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya • Ayah dan ibu Tn S bergantian mengantarpasien terapi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosial ekonomi menengah • Tn S tinggal di Kontrakan sendiri, • Sarana dan prasarana tersedia • Biaya pengobatan ditanggung oleh asuransi BPJS dan untuk fisiotherapi khusus langsung ke ahlinya dan menggunakan dana pribadi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tn S percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya • Ny.E berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan keluarganya. • Tn S selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya Tn S yakin, bila ia mengikuti petunjuk dan saran dari petugas kesehatan maka ia akan cepat sembuh • Tn S Tidak yakin keluarga mendukung supaya lekas sembuh. 	
--------------	--	--	--	---	--

3.1.5 MEKANISME KOPIN

HAL YANG DILAKUKAN	ANALISA
<ul style="list-style-type: none">• Tn S mengatakan bila ada masalah, maka ia akan membicarakan dengan Keluarga untuk mencari jalan keluarnya• Bila sakit Tn S berobat ke pelayanan kesehatan• Tn S taat menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya• Tn S selalu berdoa• Tn S Kurang mau bertemu orang banyak.	<ul style="list-style-type: none">• Konstruktif:<ul style="list-style-type: none">✓ Tn S mengatakan bila ada masalah Iya pendam sendiri.✓ Bila sakit Tn S berobat ke pelayanan kesehatan✓ Tn S taat menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya✓ Tn S selalu berdoa agar bisa dapat kesembuhannya.• Destruktif : -

3.1.7. STATUS MENTAL

1. Penampilan	Bersih, Rapi, Tidak tercium bau, Tn.S tampak gelisah
2. Pembicaraan	Berbicara dengan jelas
3. Aktifitas motoric	Saat di wawancara pasien tampak gelisah
4. Interaksi selama wawancara	Cukup kooperatif
5. Alam perasaan	Tn.S menunjukkan ekspresi takut dan khawatir
6. Afek	Sesuai dengan stimulus yang diberikan
7. Presepsi	Tn.S tidak mengalami gangguan presepsi dan sensori
8. Isi piker	Sebagian sudah sulit diingat karena umur sudah tua
9. Proses piker	Cukup Baik
10. Tingkat kesadaran	Compos mentis (Normal)
11. Daya ingat	Tn.S tidak mengingat beberapa kejadian dalam hidupnya
12. Kemampuan berhitung	Kemampuan berhitung cukup baik
13. Penilaian	Tn.S belum mampu menyebutkan bagaimana Tn.S lekas sembuh.
14. Daya titik diri	Tn.S menyadari bahwa saat ini ia sedang sakit, Tn.S hanya bisa berdoa supaya lekas sembuh agar tidak terus merepotkan keluarganya. Tn.S menyadari ia memiliki istri, anak-anak dan keluarga yang menyayanginya dan mendukung kesembuhannya

Kesimpulan : Mental Status Examination (MSE) tidak ada masalah gangguan jiwa, gangguan Tn.S lebih kepada Gangguan Mental Emosional (GME/Psikososial)

3.1.8. DIAGNOSA DAN TERAPI

DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN TERAPI KEPERAWATAN	DIAGNOSA MEDIS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakberdayaan SP 1 <ol style="list-style-type: none"> a. Bantu pasien mengenal ketidakberdayaan b. bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya c. bantu pasien mengenal penyebab ketidakberdayaan d. bantu klien menyadari perilaku akibat ketidakberdayaan e. bantu klien untuk mengekspresikan perasaannya dan identifikasi area-area situasi kehidupannya yang tidak berada dalam kemampuannya untuk mengontrol f. identifikasi pemikiran yang negatif dan bantu untuk menurunkan melalui interupsi atau substitusi e. bantu klien untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berpengaruh terhadap ketidakberdayaannya g. bantu pasien untuk meningkatkan pemikiran yang positive h. evaluasi ketepatan persepsi, logika dan kesimpulan yang dibuat pasien j. identifikasi persepsi klien yang tidak tepat, penyimpangan dan pendapatnya yang tidak rasional 2. latih pasien mengembangkan afirmasi positive SP 2 <ol style="list-style-type: none"> a. Latihan mengontrol perasaan ketidakberdayaan b. melalui peningkatan kemampuan mengendalikan situasi yang masih bisa dilakukan pasien c. Dukung kekuatan 5 kekuatan diri yang dapat diidentifikasi oleh klien (misalnya klien masih mampu menjalankan peran sebagai ibu meskipun sedang sakit) 3. Ansietas Sp1: mendiskusikan penyebab,terjadinya proses terjadi, tanda gejala,akibat Sp2 :melatih teknik releksasi fisik Sp3:melatih mengatasi ansietas dengan distraksi dan hipnotis lima Sp4 : melatih mengatasi ansietas memalui kegiatan spritual Terapi Spesialis: CBT 4. Keputusasaan SP 1 	Stroke

<ul style="list-style-type: none"> a. Bantu pasien mengenal keputusan: b. bantu klien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaan sedih/kesendirian/ keputusasaannya) c. bantu klien mengenal penyebab putus asa d. Diskusikan perbedaan antara perasaan dan pikiran klien terhadap kondisinya dengan kondisi real kondisi klien e. bantu klien menyadari akibat putus asa f. Dukung klien untuk mengungkapkan pengalaman yang mendukung pikiran, perasaan dan perilaku positif g. Latih restrukturisasi pikiran melalui latihan berpikir positif dengan mengidentifikasi harapan dan penemuan makna hidup <p>SP 2</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Diskusikan aspek positif diri sendiri, keluarga, dan lingkungan b. Diskusikan kemampuan positif diri sendiri c. Latih satu kemampuan positif d. Tekankan bahwa kegiatan melakukan kemampuan positif berguna untuk menumbuhkan harapan dan makna hidup 	
---	--

3.1.9. IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN DAN EVALUASI

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI
<p>Tanggal : 08 november 2021 Jam : 10.00 -11.00 wib SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu pasien mengenal ketidakberdayaan <ol style="list-style-type: none"> a. bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya b. bantu pasien mengenal penyebab ketidakberdayaan c. bantu klien menyadari perilaku akibat ketidakberdayaan d. bantu klien untuk mengekspresikan perasaannya dan identifikasi area-area situasi kehidupannya yang tidak berada dalam kemampuannya untuk mengontrol e. identifikasi pemikiran yang negatif dan bantu untuk menurunkan melalui interupsi atau substitusi e. bantu klien untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berpengaruh terhadap ketidakberdayaannya f. bantu pasien untuk meningkatkan pemikiran yang positive g. evaluasi ketepatan persepsi, logika dan kesimpulan yang dibuat pasien h. identifikasi persepsi klien yang tidak tepat, penyimpangan dan pendapatnya yang tidak rasional 2. latih pasien mengembangkan afirmasi positive <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Latihan mengontrol perasaan ketidakberdayaan b. melalui peningkatan kemampuan mengendalikan situasi yang masih bisa dilakukan pasien c. Dukung kekuatan 5 kekuatan diri yang dapat di identifikasi oleh klien (misalnya klien masih mampu menjalankan peran sebagai ibu meskipun sedang sakit) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Klien mengatakan Ketidakberdayaanya : Berkurang setelah mengungkapkan perasaannya dan mengetahui penyebab ketidakberdayaannya ✓ Klien kelihatannya sudah lebih tenang dan tidak khawatir ✓ Klien menjelaskan apa yang telah disampaikan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Klien terlihat tampak tenang dan tidak gelisah ✓ Klien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang sudah diberikan <p>A: Ketidakberdayaan (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluasi SP-1 dan SP-2 ✓ Latihan cara mengatasi ketidakberdayaan : <ol style="list-style-type: none"> a. Latih pasien mengembangkan afirmasi positive b. Latih memikirkan hal hal positif c. Hipnotis 5 jari fokus pada hal-hal yang positif.
<p>Tanggal : 08 november 2021 Jam : 11.00 -12.00 wib</p>	

Tanggal : 08 november 2021

Jam : 10.00 -11.00 wib

SP 1

1. Bantu pasien mengenal ketidakberdayaan
 - a. bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya
 - b. bantu pasien mengenal penyebab ketidakberdayaan
 - c. bantu klien menyadari perilaku akibat ketidakberdayaan
 - d. bantu klien untuk mengekspresikan perasaannya dan identifikasi area-area situasi kehidupannya yang tidak berada dalam kemampuannya untuk mengontrol
 - e. identifikasi pemikiran yang negatif dan bantu untuk menurunkan melalui interupsi atau substitusi e. bantu klien untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berpengaruh terhadap ketidakberdayaannya
 - f. bantu pasien untuk meningkatkan pemikiran yang positive
 - g. evaluasi ketepatan persepsi, logika dan kesimpulan yang dibuat pasien j. identifikasi persepsi klien yang tidak tepat, penyimpangan dan pendapatnya yang tidak rasional
2. latih pasien mengembangkan afirmasi positive

SP 2

1. Latihan mengontrol perasaan ketidakberdayaan
2. melalui peningkatan kemampuan mengendalikan situasi yang masih bisa dilakukan pasien
3. Dukung kekuatan 5 kekuatan diri yang dapat di identifikasi oleh klien (misalnya klien masih mampu menjalankan peran sebagai ibu meskipun sedang sakit)

S:

- ✓ Klien mengatakan yang di rasakan lebih tenang dan tidak
- ✓ Klien mampu mengidentifikasikan situasi yang mencetus ketidakberdayaan
- ✓ Klien mengatakan sudah mampu mengidentifikasi pikiran negative
- ✓ Klien mengatakan mampu melakukan pengembangan afirmasi positive
- ✓ Klien mengatakan sudah mampu melakukan teknik hipnotis lima jari

O :

- ✓ Klien terlihat tampak tenang dan tidak gelisah
- ✓ Mampu mengulagi apa yang diajarkan perawat
- ✓ Klien mampu mengembangkan afirmasi positive

A: Ketidakberdayaan (+)

P :

- ✓ Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan.
- ✓ Terapi perilaku.
- ✓ Terapi Kognitif.
- ✓ Berikan pendidikan kesehatan.

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan kepada Tn S dengan Ketidakberdayaan di jalan Simalingkar maka penulis pada BAB ini akan membahas kesenjangan antara teoritis 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 dari 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 tidak menemukan kesenjangan karena ditemukan hal sama seperti: diteori: Kecemasan adalah keadaan emosi dan pengalaman subyektif individu, tanpa objek yang spesifik karena ketidaktahuan dan mendahului pengalamannya yang baru seperti penyakitnya saat ini

4.2 Tahap perencanaan

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan penulis hanya menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan pohon masalah keperawatan yaitu : Ketidakberdayaan. Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjauan 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 perburukan fisik yang terjadi dengan mengabaikan kepatuhan pasien terhadap program pengobatan
3. Klien mengalami ketergantungan pada orang lain yang dapat mengakibatkan instabilitas, 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.

4.3 Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis hanya mengatasi 1 masalah keperawatan yakni: diagnosa keperawatan Kecemasan merupakan keadaan emosi dan pengalaman subyektif individu, tanpa objek spesifik karena ketidaktahuan dan mendahului semua pengalaman yang dialami penyakit 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 ansietas
- d. Mampu mengatasi ansietas melalui teknik relaksasi
- e. Mampu mengatasi ansietas dengan terapi sugesti positif
- f. Mampu mengatasi ansietas melalui hipnotis lima jari.
- g. Mampu mengatasi ansietas melalui kegiatan spritual keagamaan.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian pada pembahasan diatas, maka penulis dapat disimpulkan 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,obyektif,assessment dan planing.

5.2 Saran

1. Untuk institusi pendidikan
Diharapkan lebih meningkatkan pelayanan pendidikan yang lebih tinggi dan menghasilkan 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. Hulu, E. K., & Pardede, J. A. (2016). Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operatif Di Rumah Sakit Sari Mutiara Medan. *Jurnal Keperawatan*, 2(1).
2. Pardede, J. A., Simanjuntak, G. V., & Waruwu, J. F. A. P. (2020). Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien HIV/AIDS melalui Terapi Hipnotis Lima Jari. *Coping: Community of Publishing in Nursing*, 8, 85-90.
3. Siregar, R. R. (2021). Studi Kasus Asuhan Keperawatan Psikososial Dengan Masalah Kecemasan Pada Penderita Hipertensi.
4. Pardede, J. A. (2020). Terapi Keluarga.
5. Pardede, J. A. (2020). Konsep Ketidakberdayaan.
6. Pardede, J. A. (2020). Kesiapan Peningkatan Perkembangan Anak Usia Sekolah.
7. Pardede, J. A., & Simamora, M. (2020). Caring Perawat Berhubungan dengan Kecemasan Orangtua yang Anaknya Hospitalisasi. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(2), 171-178.
8. Nurhalimah. 2016. Keperawatan Jiwa. Jakarta: Kemenkes. Nurhalimah. 2017. Modul Ajar Konsep Keperawatan Jiwa. Jakarta: AIPViki Sutejo. 2017.
9. Burhanuddin. M., Wahiduddin., Jumriani. 2013. Faktor Risiko Kejadian Stroke Pada Dewasa Awal (18-40 Tahun) di Kota Makassar Tahun 2010-2012. *Jurnal MKMI*. dilihat 14 oktober 2016, www.repository.unhas.ac.id.
10. Pardede, J. A., Hutajulu, J., & Pasaribu, P. E. (2020). Harga Diri dengan Depresi Pasien Hiv/aids. *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 11(01).
11. Pardede, J. A., Sitepu, S. F. A., & Saragih, M. (2018). The Influence of Deep Breath Relaxation Techniques and Five-Finger Hypnotic Therapy on Preoperative Patient Anxiety. *Journal of Psychiatry*, 3(1), 1-8.
12. Venketasubramanian N, Yoon BW, Pandian J, Navarro JC. Stroke epidemiology in south, east, and south-east asia: a review. *Journal of Stroke* [Internet]. 2017 Sep 30;19(3): 286–94. Diunduh dari: <http://dx.doi.org/10.5853/jos.2017.00234> November 2017
13. Pardede, J. A., & Simangunsong, M. M. (2020). Family Support With The Level of Preschool Children Anxiety in the Intravenous Installation. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 8(3), 223-234. <https://doi.org/10.26714/jkj.8.3.2020.223-234>
14. Handayani, F. Angka kejadian serangan stroke pada wanita lebih rendah daripada laki-laki. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah* [Internet]. 2013 Mei;1 (1) : 76-78. Diunduh dari: <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKMB/article/view/942/994> Januari 2018
15. Wardhani, I.O. Martini, S. Hubungan antara karakteristik pasien stroke dan dukungan keluarga dengan kepatuhan menjalani rehabilitasi. *Jurnal Berkala Epidemiologi* [Internet]. 2015 Januari, 3(1): 24-34. Diunduh dari: <https://ejournal.unair.ac.id/JBE/article/download/1310/1069> Januari 201
16. Marbun, A., Pardede, J. A., & Perkasa, S. I. (2019). Efektivitas Terapi Hipnotis Lima Jari terhadap Kecemasan Ibu Pre Partum di Klinik Chelsea Husada Tanjung Beringin Kabupaten Serdang Bedagai. *Jurnal Keperawatan Priority*, 2(2), 92-99. <https://doi.org/10.34012/jukep.v2i2.568>
17. Pardede, J. A., & Tarigan, I. (2020). The Anxiety Level of Mother Presectio Caesar with Benson's Relaxation Therapy. *Jendela Nursing Journal (JNJ)*, 4(1), 20-28. <https://doi.org/10.31983/jnj.v4i1.5801>