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

Doni Syahdi

donisyahdi99@gmail.com

BAB 1 **PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Lubis, 2016). Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya asupan darah ke bagian otak Menurut European Stroke Initiative, Stroke atau serangan otak (brain attack) adalah defisit neurologis mendadak susunan saraf pusat yang disebabkan oleh peristiwa iskhemik atau hemoragik. Sehingga stroke dibedakan menjadi dua macam yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (Redwitra, 2018).

Pada stroke non hemoragik suplai darah ke bagian otak terganggu akibat aterosklerosis atau bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah. Sedangkan pada stroke hemoragik, pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah normal dan menyebabkan darah merembes ke area otak dan menimbulkan kerusakan. Stroke non hemoragik, penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Misalnya suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah,

kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Stroke menyerang dengan tiba-tiba. Orang yang menderita stroke sering tidak menyadari bahwa dia terkena stroke. Stroke merupakan gangguan serebrovaskular utama dan penyebab kecacatan serius menetap nomor satu di seluruh dunia. Meskipun upaya pencegahan telah membawa penurunan dalam angka kejadian selama beberapa tahun terakhir, stroke masih merupakan penyebab kematian utama setelah jantung dan kanker (Harahap, 2020). Stroke dibagi menjadi dua kategori yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik atau stroke non hemoragik. Stroke hemoragik adalah stroke karena pecahnya pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah otak dan merusaknya (Harahap, 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). Masalah keperawatan yang dapat muncul pada klien stroke adalah ketidakberdayaan, kecemasan, harga diri rendah. Gangguan psikologis secara umum yang muncul pada klien stroke antara lain ketidakberdayaan.

Menurut World Health Organisation (WHO), terdapat 15 juta orang mengalami stroke setiap tahun dan merupakan penyebab kematian kedua diatas usia 60 tahun dan penyebab kelima pada usia 15-59 tahun. Setiap tahun, hampir 6 juta orang meninggal karena stroke dan merupakan penyebab utama kecacatan jangka panjang tanpa membedakan usia, jenis kelamin, dan etnis (Harahap, S, dkk, 2020). Menteri kesehatan Republik Indonesia menjelaskan, berdasarkan data hasil Riset Keperawatan (2010) dari tahun 2000 hingga 2010 menunjukkan bahwa stroke merupakan

penyebab kematian dan kecacatan utama hampir di seluruh rumah sakit di Indonesia. Sementara data Perhimpunan Rumah Sakit (PERSI) tahun 2012 menunjukkan bahwa penyebab kematian utama di rumah sakit akibat stroke adalah sebesar 15%, artinya 1 dari 7 kematian disebabkan oleh stroke dengan tingkat kecacatan mencapai 65% (Harahap, 2020).

Medan merupakan salah satu kota di Indonesia yang juga mengalami peningkatan prevalensi penyakit stroke. Pernyataan di atas di dukung dengan data survey yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam profil kesehatan Indonesia (2013) menunjukkan di kota Medan terdapat peningkatan prevalensi penyakit stroke dari 7 per 1000 penduduk pada tahun 2007 menjadi 10 per 1000 penduduk di tahun 2013 (Harahap, 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). Dari ketidakberdayaan pada pasien stroke juga mengalami kecemasan, harga diri rendah, dimana Kecemasan merupakan suatu keadaan perasaan gelisah, ketidakpastian, ada rasa takut dari kenyataan atau persepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui masalahnya (Pardede, 2020). Kecemasan merupakan suatu respon psikologis maupun fisiologis individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan, atau reaksi atas situasi yang dianggap mengancam (Hulu & Pardede, 2016). Harga diri yang tinggi dikaitkan dengan kecemasan yang rendah, efektif dalam kelompok dan penerimaan orang lain terhadap dirinya, sedangkan masalah kesehatan dapat menyebabkan harga diri, sehingga harga diri dikaitkan dengan hubungan

interpersonal yang buruk dan beresiko terjadinya depresi sehingga perasaan negatif mendasari hilangnya kepercayaan diri dan harga diri individu dan menggambarkan gangguan harga diri (Pardede, 2020).

Cara mengatasi masalah ini diperlukan strategi penanggulangan stroke yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative dengan menggunakan system asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan. Aspek promotif antarlain seperti tindakan penyuluhan tentang stroke, penyebab dan tanda gejala. Untuk tindakan preventif yaitu bisa dilakukan dengan menyarankan kepada masyarakat supaya merupakan pola hidup sehat dan rajin cek tekiri darah. Tindakan kuratif yaitu penanganan stroke yang cepat, tepat dan akurat di rumah sakit yang maksimal dan untuk tindakan rehabilitasi yaitu pemulihan aktivitas pasca stroke yang bisaberkolaborasi dengan terapis (Redwitra, 2018).

Pada survei awal dari hasil pengkajian pada Tn. S dengan Penyakit Stroke Dengan Masalah Psikososial Ketidakberdayaan, keluhan utama klien terlihat lemas, lesu, dan merasa malu akan penyakitnya, klien juga mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari, dan tidak dapat menjalankan peran kepala rumah tangga, tidak dapat bekerja dan melakukan aktivitas seperti biasanya, klien mengatakan merasa tidak berdaya dan terkadang sering merasa cemas karena klien takut mereoptkan keluarga, istri dan anak-anaknya. Klien mengatakan sudah 7 tahun menderita Stroke, klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi sudah 10 tahun yang lalu, dan klien juga jarang sekali mengontrol kondisi kesehatannya.

Berdasarkan data yang didapatkan penulis merumuskan masalah dan perlu diberikan Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. S Dengan Stroke Iskhemik Di Jalan Binjai KM 12.

1.2 Tujuan Penulis

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu Melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. S Dengan Stroke Iskhemik Di Jalan Binjai KM 12.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu memahami Konsep dasar Penyakit Stroke Iskhemik di Jalan Binjai KM 12
2. Mahasiswa Mampu menetapkan Diagnosa pada Tn. S dengan Stroke Iskhemik di Jalan Binjai KM 12
3. Mahasiswa Mampu membuat rencana pada Tn. S dengan Strok Iskhemik di Jalan Binjai KM 12
4. Mahasiswa Mampu melakukan Implementasi pada Tn. S dengan Strok Iskhemik di Jalan Binjai KM 12
5. Mahasiswa mampu melakukan Evaluasi pada Tn. S dengan Stroke

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Defenisi

Stroke Non hemoragik pada dasarnya disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak yang akhirnya menyebabkan terhentinya pasokan dan glukosa ke otak Tidak terjadi peredaran namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia daan selanjutnya timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik (Sarani, 2021). Stroke adalah kehilangan fungsi otak diakibatkan oleh berhentinya suplai darah sebagian otak, biasanya merupakan kulminasi penyakit serebrovaskuler selama beberapa tahun. Stroke merupakan sindrom klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita usia 45-80 tahun, umumnya laki-laki sedikit lebih sering terkena daripada perempuan (Redwitra, 2018).

Stroke non hemoragik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Sarani, 2021).

2.1.2 Anatomi Fisiologi Otak

Anatomi fisiologi otak menurut (Juliana, 2015). yaitu :

a. Otak

Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat pengontrol semua alat tubuh yang terdiri atas: serebrum, cerebellum, dan batang otak.

b. Medula spinalis

Merupakan bagian susunan saraf pusat yang terletak di dalam kanalis vertebralis bersama ganglion radiks posterior yang terdapat pada setiap foramen intervertebralis terletak berpasangan kiri dan kiri. Dalam medulla spinalis keluar 31 pasang saraf, terdiri dari: servikal 8 pasang, torakal 12 pasang, lumbal 5 pasang, sakral 5 pasang dan koksigial 1 pasang.

c. Saraf Perifer

Saraf perifer terdiri dari saraf somatik dan saraf otonom. Saraf somatik adalah susunan saraf yang mempunyai peranan spesifik untuk mengatur aktivitas otot sadar atau serat lintang. Sedangkan saraf otonom adalah saraf - saraf yang bekerjanya tidak dapat disadari dan bekerja secara otomatis.

2.1.3 Klasifikasi Stroke

Gangguan peredaran darah otak atau stroke menurut (Lubis, 2016). diklasifikasi menjadi :

a. Stroke hemoragik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Biasanya terjadi saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa terjadi saat istirahat. Kesadaran klien biasanya menurun. Perdarahan otak dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Perdarahan intracranial

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk kedalam jaringan otak membentuk masa yang menekan jaringan otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena

hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, talamus, pons, dan serebelum.

2) Pendarahan subaraknoid

Pendarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh arah sirkulasi Willis dan cabang - cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang sub struktur mengakibatkan nyeri, dan vasopasme.

b. Stroke non hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi pendarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.

2.1.4 Etiologi Stroke

Etiologi Stroke menurut (Sarani, 2021). adalah :

a. Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan odem dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah trombosis. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan trombosis otak :

- 1) Ateroklerosis
- 2) Hiperkoagulasi pada polisitemia
- 3) Arterisis (radang pada arteri)
- 4) Emboli

b. Hemoragi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh.

darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekiri, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga infark otak, odema dan mungkin herniasi otak.

c. Hipoksis umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah :

- 1) Hipertensi yang parah
- 2) Henti jantung-paru
- 3) Curah jantung turun akibat aritmia

d. Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah.

- 1) Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subaraknoid
- 2) Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren

2.1.5 Patofisiologis

Infark serbral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat.

Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerotik sering/ cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat berasal dari plak atherosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan; iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial menyebabkan herniasi otak. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia cerebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi

oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Sarani, 2021).

2.1.6 Manifestasi Klinis Stroke

Manifestasi klinis stroke menurut (Junitasari, 2019). adalah :

a. Defisit Lapang Penglihatan

- 1) Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan).

Tidak menyadari orang atau obyek ditempat kehilangan, penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.

- 2) Kesulitan penglihatan perifer Kesulitan penglihatan pada malam hari, tidak menyadari obyek atau batas obyek.

- 3) Diplopia Penglihatan ganda

b. Defisit Motorik

- 1) Hemiparese

Kelemahan wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama.

Paralisis wajah(karena lesi pada hemisfer yang berlawanan)

- 2) Ataksia

a) Berjalan tidak mantap, tegak.

b) Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.

- 3) Disartria

- 4) Disfagia. Kesulitan dalam menelan.

d. Defisit Verbal

- 1) Afasia Ekspresif

Tidak mampu membentuk kata yang mampu dipahami, mungkin mampu bicara dalam respon kata tunggal.

- 2) Afasia Reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal.

3) Afasia Global

Kombinasi baik afasia ekspresif dan afasia reseptif

e. Defisit Kognitif

Pada penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, perubahan penilaian.

f. Defisit Emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, perasaan isolasi.

2.2 Konsep Ketidakberdayaan

2.2.1 Pengertian

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 sebuah persepsi bahwa suatu tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil yang secara signifikan, persepsi merupakan kurangnya kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.2.2 Etiologi Ketidakberdayaan

Etiologi ketidakberdayaan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,

2017) antara lain :

1. Program pengobatan/perawatan yang mempunyai jangka panjang
2. Lingkungan yang tidak mendukung dalam pengobatan/perawatan.
3. Interaksi interpersonal yang tidak memuaskan

Ketidakberdayaan disebabkan karena kurangnya pengetahuan, ketidakadekuatan coping sebelumnya (seperti : Depresi), serta kurangnya kesempatan dalam membuat keputusan (Novi, 2017). Faktor yang berhubungan dengan ketidakberdayaan menurut (Novi, 2017) yaitu:

- a. Kesehatan lingkungan : hilangnya privasi dan kontrol terhadap terapi.
- b. Hubungan interpersonal : penyalahgunaan kekuasaan dan hubungan yang kasar.
- c. Penyakit yang berhubungan dengan rejimen : penyakit kronis atau yang melemahkan kondisi. Hal tersebut menyebabkan seseorang tidak dapat melakukan kegiatan aktivitas fisik dan juga tidak mampu melaksanakan tanggung jawab serta menjalankan perannya.

2.2.3 Patofisiologi ketidakberdayaan

Pada patofisiologi dengan masalah ketidakberdayaan saat ini belum dapat diketahui secara pasti, namun jika dilakukan analisis dari proses terjadinya ketidakberdayaan berasal dari seseorang individu yang tidak mampu mengatasi suatu masalah sehingga menyebabkan stress yang hal tersebut diawali dalam perubahan dalam respon otak yang menafsirkan perubahan didalam otak. Stress tersebut akan menyebabkan korteks serebri yang akan mengirimkan sinyal menuju hipotalamus, yang kemudian seharusnya ditangkap system limbic yang dimana salah satu bagian pentingnya merupakan amigdala itu akan bertanggung

jawab didalam status emosional individu akibat dari keaktifan system *hipotalamus pituitary adrenal* (HPA) dan kemudian menyebabkan rusaknya pada hipotalamus menjadikan seseorang kehilangan mood dan juga motivasi dan akhirnya menyebabkan seseorang untuk malas melakukan sesuatu, hambatan emosional dengan klien yang mengalami ketidakberdayaan, terkadang dapat berubah menjadi murung dan sedih sehingga menyebabkan seseorang itu merasa tidak berguna lagi, dan merasa hidupnya telah gagal (Sarani, 2021).

2.2.4 Kondisi klinis terkait ketidakberdayaan

Diagnosa yang tidak terduga atau baru, Peristiwa traumatis, Diagnosis penyakit kronis, Diagnosis penyakit terminal dan Rawat inap menurut SDKI (2018).

2.2.5 Tanda dan gejala

1. Batasan karakteristik SDKI :

b. Mayor

Subjektif : 1. Menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya.

Objektif : 1. Bergantung pada orang lain.

c. Minor

Subjektif : Merasa diasingkan, Menyatakan keraguan tentang kinerja peran, Menyatakan kurang kontrol, Menyatakan rasa malu dan Merasa tertekan (depresi).

Objektif : Tidak berpartisipasi dalam perawatan dan Pengasihan.

2. Batasan karakteristik klien dengan ketidakberdayaan. ketidakberdayaan yang dialami klien terdiri dari energi dan

tingkatan yaitu :

a. Rendah

Klien akan mengungkapkan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi dan bersikap positif.

b. Sedang

Klien akan mengalami ketergantungan kepada orang lain yang dapat mengakibatkan instabilitas, ketidaksukaan dan rasa bersalah.

c. Berat

Klien akan menunjukkan sikap apatis, depresi terhadap perubahan dalam dirinya yang telah terjadi.

2.2.6 Faktor predisposisi

Faktor predisposes merupakan suatu faktor resiko yang menjadi sumber utama stress dan memiliki pengaruh dalam tipe dan sumber individu untuk menghadapi stress secara biologis, psikologis dan social budaya. Faktor predisposisi tersebut antara lain :

A. Biologis

1. Riwayat keturunan.
2. Gaya hidup (merokok, alkohol dan zat adiktif).
3. Penderita penyakit kronis (stroke, diabetes militus).
4. Memiliki riwayat penyakit jantung, paru-paru yang menggangguaktivitas sehari-hari klien.
5. Memiliki riwayat menderita penyakit secara progresif menimbulkan ketidakmampuan (stroke, kanker terminal dan AIDS).

B. Psikologis

1. Memiliki pengalaman perubahan didalam gaya hidup akibatlingkungan tempat tinggal.
2. Ketidakmampuan dalam mengambil suatu keputusan serta mempunyai kempuan untuk melakukan komunikasi verbal

yang kurang atau tidak mampu untuk mengekspresikan perasaan yang dirasakan terkait dengan penyakit atau kondisi yang sedang terjadi.

3. Tidak mampu menjalankan peran akibat suatu penyakit secara progresif menimbulkan ketidakmampuan (stroke, kanker terminal dan AIDS).\
4. Merasa kurang puas dengan kehidupan yang telah dijalani (merasatujuan hidupnya tidak tercapai).
5. Merasa frustrasi dengan keadaan kesehatannya dengan kondisi yang bergantung dengan orang lain.
6. Self control : sulit untuk mengontrol rasa emosi, merasa cemas, merasatakut, gaya hidup yang tidak berdaya.

C. Social budaya

1. Pendidikan rendah.
2. Kurang aktif didalam kegiatan masyarakat.
3. Hilangnya kemampuan dalam melakukan aktivitas akibat proses penuaan (pension, defisit memori, defisit motoric dan status finansial).
4. Cenderung bergantung dengan orang lain, tidak dapat berpartisipasi dalam social kemasyarakatan.

2.2.7 Faktor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan suatu kondisi internal seorang pasien dimana pasien tersebut kurang dapat menerima perubahan fisiknya dan psikologis yang telah terjadi. Kondisi eksternal biasanya dari pihak keluarga dan masyarakat kurang mendukung (Sarani, 2021). Faktor-faktor lain yang berhubungan dengan faktor presipitasi yang akan timbul ketidakberdayaan antara lain :

A. Biologis

1. Seseorang menderita suatu penyakit dan harus melakukan tindakan terapi tertentu, pengobatan terkait dengan penyakit (jangka panjang, sulit dan kompleks).

2. Penyakit kronis yang kambuh dalam 6 bulan terakhir.
3. Kurang mampu menyesuaikan diri dengan budaya, ras etnik dan gender.
4. Adanya perubahan didalam diri (fisik).

B. Psikologis

1. Perubahan gaya hidup akibat memiliki penyakit kronis.
2. Tidak dapat melakukan aktivitas sendiri kemudian timbulah keputusan.
3. Perasaan malu serta rendah diri karena aktivitas bergantung dengan orang lain.
4. Kehilangan rasa mandiri atau ketergantungan dengan orang lain.

C. Social budaya

1. Kehilangan pekerjaan karena kondisi kesehatan sekarang.
2. Kehilangan kemampuan dalam melakukan aktivitas dari proses penuaan (pensiun, defisit memori, defisit motoric dan status finansial).
3. Terdapat perubahan status kuratif menjadi status paliatif.
4. Tidak dapat melakukan kegiatan agama dan tidak mampu melakukan partisipasi dengan masyarakat.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai dengan kejadian atau kenyataan kebenaran dalam data ini sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan juga digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan sesuai dengan respon masing-masing individu yang kemudian telah ditentukan dalam standar

praktik keperawatan.

A. Identitas Pasien

meliputi nama pasien nama yang bertanggung jawab, alamat, nomor register, agama, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis

B. Keluhan utama

Biasanya pasien menyatakan perasaan frustrasi atau mengungkapkan bahwa dia tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti sebelumnya layaknya orang yang sehat, pasien merasa sangat bergantung dengan orang yang lain (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

C. Riwayat kesehatan

1. Riwayat kesehatan sekarang
2. Riwayat kesehatan dahulu
3. Riwayat kesehatan psikologi
4. Riwayat kesehatan keluarga

D. Pola Pola Kesehatan

1. Pola nutrisi
2. Pola eliminasi
3. Pola aktivitas
4. Pola istirahat
5. Pola hubungan dan peran
6. Pola persepsi dan konsep diri
7. Pola sensori dan kognitif
8. Pola produksi seksual
9. Pola penanggulangan stress
10. Pola tata nilai kepercayaan

E. Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum
- b) Kesadaran
- c) Tanda-tanda vital
- d) Pemeriksaan *head to toe*)

2.3.2 Diagnosa keperawatan

1. Ketidakberdayaan
2. Kecemasan
3. Harga Diri Rendah

2.4.2 Intervensi keperawatan

Tabel. 2.2 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Ketidakberdayaan</p> <p>Definisi : Presepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan ; presepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam keberdayaan</p> <p>Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pernyataan mampu melaksanakan aktivitas. 2. Pernyataan keyakinan 	<p>Promosi Koping</p> <p>Definisi : meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stresor dan/atau kemampuan menggunakan sumber- sumber yang ada</p> <p>Tindakan</p>
	<p>yang akan datang</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya. <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bergantung pada orang lain. <p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa diasingkan. 2. Menyatakan keraguan tentang kinerja peran. 3. Menyatakan kurang kontrol. 4. Menyatakan rasa 	<p>tentang kinerja peran.</p> <p>3. Berpartisipasi dalam perawatan.</p> <p>Menurun :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pernyataan frustrasi ketergantungan pada orang lain. 2. Perasaan diasingkan. 3. Pernyataan kurang kontrol. 4. Pernyataan rasa malu. 5. Perasaan tertekan (depresi). 6. Pengasingan. 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan. 2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki 3. Identifikasi pemahaman proses penyakit 4. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 5. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perubahan peran yang dialami 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 3. Diskusikan mengkritik diri sendiri

<p>malu.</p> <p>5. Merasa tertekan.</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Tidak berpartisipasi dalam perawatan.</p> <p>2. Pengasingan.</p>	<p>4. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis</p> <p>5. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial</p> <p>6. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia</p> <p>7. Dampingi saat berduka (misal, penyakit kronis, kecacatan)</p> <p>8. Dukungan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>2. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif</p> <p>3. Latihan penggunaan tehnik relaksasi</p> <p>4. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan</p>
--	--

(sumber SDKI-SIKI-SLKI, 2018)

2.3.5 Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan suatu tahap pelaksanaan terhadap suatu rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk perawat bersama seorang pasien. Implementasi dapat dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat setelah validasi, selain itu juga dibutuhkan keterampilan interpersonal, intelektual, dan tehnik yang dilakukan harus dengan cermat serta efisien dengan situasi yang tepat dan dengan selalu memperhatikan keamanan fisik maupun psikologis. Setelah sudah selesai melakukan implementasi, lakukan dokumentasi yang akan meliputi intervensi yang sebelumnya sudah dilakukan dan tanyakan bagaimana respon pasien (Sarani, 2021).

2.3.6 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi ini adalah kegiatan membandingkan hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan dan memiliki tujuan yang diharapkan dalam perencanaan. Perawat pun mempunyai tiga alternative dalam menentukan sejauh mana tujuan itu dapat tercapai :

Berhasil : perilaku pasien sesuai dengan pertanyaan tujuan dalam waktu dan tujuan yang telah ditetapkan

1. Tercapai sebagian : pasien telah menunjukkan perilaku tetapi belum sebaik dengan perilaku yang telah ditentukan dalam pertanyaan tujuan.
2. Belum tercapai : pasien belum mampu sama sekali menunjukkan perilaku yang telah diharapkan sesuai dengan pernyataan tujuan (Sarani, 2021).

Agar memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau membuat perkembangan pasien maka digunakan komponen SOAP yaitu :

1. S : Data subyektif

Merupakan perkembangan suatu keadaan pasien yang didasarkan pada apa yang telah dirasakan, dikeluhkan dan yang diungkapkan.

2. O : Data obyektif

Merupakan perkembangan yang dapat diamati dan juga dapat diukur oleh seorang perawat atau tim kesehatan yang lainnya

3. A : Analisis

Merupakan penelitian dari kedua jenis data tersebut baik data subyektif maupun data obyektif, apakah berkembang dengan baik atau malah kemunduran.

4. P : Perencanaan

Merupakan rencana dalam penanganan pasien yang didasari pada hasil analisis diatas yang mempunyai isi untuk

melanjutkan perencanaan apabila masalah belum teratasi

BAB 3

TINJAUN KASUS

3.1 Pengkajian Keperawatan

<p>Nama : Tn. S</p> <p>Usia : 55tahun</p> <p>Tahun no reg : -</p> <p>Ruangan : -</p> <p>Tgl masuk rs: -</p> <p>Tgl pengkajian : 05 oktober 2021</p> <p>Alamat : Jln. Binjai KM 12</p> <p>Keluhan Utama :Klien mengatakan susah digerakkan anggota gerak bagian kiri lemah tidak mampu digerakkan, pusing, badan lemas, Tn. S dibantu oleh anak dan cucunya jika braktivitas</p>	<p>Kondisi saat ini :</p> <p>Tn. S mengatakan anggota gerak kiri lemah, tangan dan kaki susah untuk di gerakkan, Tn S melakukan aktivitas di bantu oleh istri dan anaknya.</p> <p>Klien juga merasa malu karna kondisi yang dalaminya, merasa cemas karena takut istri dan anak-anaknya meninggalkan dia karena kondisinya yang tidak bisa mencari nafkah seperti biasanya. Klien merasa tertekan, karena merasa diasingkan oleh keluarganya.</p>
--	--

3.1.1 Faktor Predisposisi Dan Faktor Presipitasi

Faktor predisposisi	Faktor presipitasi			STRESSOR
	Nature	Origin	Number & Timing	
Biologis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke Iskhemik 2. Tn. S menderita Stroke selama 7 tahun 3. Tn. S menderita Hipertensi sejak 10 tahun yang lalu 4. Tn. S tidak rutin check up Kesehatan dan control mengenai penyakit Stroke dan Tekori Darah kepelayanan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Badan lemas, pusing, kecewa, merasa malu dan tidakbrdaya akan sakit yang ia derita • Terlihat murung, dan penampilan Kusut 	Internal	Sejak 7 tahun yang lalu	-Stroke Iskhemik
Psikologis : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tn. S memiliki kepribadian yang tertutup dan tidak ingin keluar, hanya berbaring ditempat tidur 2. Tn. S merasa malu karena tidak bisa melakukan aktivitas dengan baik 3. Merasa kecewa akan penyakit yang ia derita 4. Klien merasa seerti diasingkan diasingkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Malu, jarang berkomunikasi, lemas. • Merasa diasingkan oleh keluarga • Sering kepikiran penyakitnya • Merasa tertekan 	Internal	Sejak 7 tahun yang lalu	<ul style="list-style-type: none"> • Kecewa, malu, ketidakberdayaan, merasa tertekan, cemas, merasa dirinya tidak berharga
Sociocultural : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tn. S seorang laki laki umur 55 tahun 2. Tn. S menikah dan memiliki 3 orang anak 3. Sebelumnya Tn. S aktif terlibat dalam kegiatan dilingkungannya seperti perwiritan atau pengajian 4. Tn. S merupakan suku Karo dan menurut Tn. S tidak ada kebiasaan yang bertentangan dengan kesehatan 				

5. Tn. S beragama islam dan taat menjalankan ibadah				
6. Tn. S jarang check up penyakitnya				

Genogram

3.1.2 Penilaian (Respon) Terhadap Stressor

STRESSOR	KOGNITIF	AFEKTIF	FISIOLOGIS	PERILAKU	SOSIAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN
----------	----------	---------	------------	----------	--------	----------------------

<p>BIOLOGIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Stroke Iskemik) 	<ul style="list-style-type: none"> • Menurut Tn. S penyakit Stroke yang dialami membuat ia malu, dan kecewa • Menganggap penyakit yang diderita serius • Tidak tahu apa yang harus dilakukan untuk penyakitnya • Tn. S mengatakan tidak berdaya akibat penyakit yang dideritanya, tidak dapat beraktivitas seperti biasanya • Dalam pemenuhan berpakaian, harus dibantu oleh istri dan anak-anaknya BAB dan BAK 	<ul style="list-style-type: none"> • Tn. S merasa sedih dan bingung dengan kondisi penyakitnya • Tn. S mengatakan cemas dan merasa diasingkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pusing • Sulit tidur • Tidak nafsu makan • Tn. S tampak lemas • Pemeriksaan TTV TD: 130/90 mmhg N : 80 x /menit P : 22 x /menit S: 37 °C SPO2 : 90% 	<ul style="list-style-type: none"> • Tn. S jarang kontrol ke rumah sakit • Ekspresi muka lesu • Tn. Stampak lemas dan merenggut 	<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 • Kecemasan • Harga diri rendah
---	--	---	---	--	---	---

	juga dibantu					
PSIKOLOGIS <ul style="list-style-type: none"> • sedih, cemas, Kecewa, lemas, pusing, tidak berdaya 	<ul style="list-style-type: none"> • Tn. S tahu bahwa badannya menjadi lemah, • Tn. S mengaku bosan di rumah , merasa malu akan penyakitnya dan 	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa kesal, kecewa, dan malu serta tidak berdayadengan penyakitnya yang tidak sembuh-sembuh 	<ul style="list-style-type: none"> • Pusing • Mual • Sulit tidur dan sering terbangun apabila tidur • Bahu terasa tegang • Tidak nafsu 	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak cemas, kecewa dan tidaktenang • Kadang Tn. Stampak murung 	<ul style="list-style-type: none"> • Hubungan Tn. Sdengan Keluarga Kurang baik • Tn. S kurang bersosialisasi dengan keluarga Tn. S jarang 	<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakberdayaan • kecemasan

	<p>kecewa.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. S tidak tahu pengobatan seperti apa lagi yang dapat dilakukan untuk mengobati penyakitnya 		<p>makan</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. Stampak lemas Wajah Tn. Stampak lemas Wajah Tn. Stampak pucat Pemeriksaan TTV TD: 130/90 mmhg N : 80 x /menit P : 20 x /menit S: 36 °C SPO2 : 90% 	<ul style="list-style-type: none"> Tn. Stampak gelisah Tn. Stampak pasif dalam menerima perawatan Tn. S menunjukkan raut muka merenggut saat bercerita 	<p>mengikuti program pengobatan yang diberikan kepadanya akan tetapi sikap Tn. S pasif dalam menerima perawatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ketidakberdayaan
<p>SOSIAL BUDAYA</p> <ul style="list-style-type: none"> sering Memikirkan Istri dan anak-anaknya, merasa kasihan kepada keluarga yang harus mengurusnya 	<ul style="list-style-type: none"> Tn. S merasa tidak berdaya dengan keadaannya dan tidak bisa bekerja bingung memikirkan anak-anak yang merawatnya menurut pasien, dukungan keluarga nomor 	<ul style="list-style-type: none"> Merasa khawatir dan sedih kepada Keluarga istri dan anak-anaknya yang merawatnya setiap hari Merasa bersalah 	<ul style="list-style-type: none"> Pusing Mulut tampak kering Sulit tidur Bahu terasa tegang Konstipasi Tidak nafsu makan Tn. Stampak lemas Wajah Tn. 	<ul style="list-style-type: none"> Kontak mata ada tapi tidak bertahan lama Volume suara mengecil Tn. Stampak gelisah 	<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 	<ul style="list-style-type: none"> Ansietas ketidakberdayaan Penampilan peran tidak efektif

setiap hari.	<p>satu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn. S berfikir ia selalu merepotkan keluarganya bila terlalu lama dalam keadaan seperti ini • Merasa Kecewa terhadap diri sendiri yang harus berjuang dengan rasa malu karena tidak mampu beraktivitas seperti biasanya, dan tidak mampu mencari nafkah. 	<p>karena merasa merepotkan istri dan anak-anaknya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merasa bosan dengan keadaan sekarang 	Stampakpucat Pemeriksaan			
--------------	---	---	--------------------------	--	--	--

3.1.3 Sumber Koping

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERSONAL ABILITY	SOSIAL SUPPORT	MATERIAL ASSETS	POSITIE BELIEFS	TERAPI
----------------------	------------------	----------------	-----------------	-----------------	--------

<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakberdayaan • Ansietas • Kecemasan • Harga diri rendah 	<ul style="list-style-type: none"> • Tn. S mampu mengungkapkan perasaan cemas • Tn. S mengatakan bila cemasnya memuncak maka ia akan mengabaikan Wudhu dan Sholat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tn. S mendapat dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya terutama dari istri Anak-anaknya • Anak-anak 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 cukup jauh 	<ul style="list-style-type: none"> • Tn. S percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya • Tn. S berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan Suaminya 	<p>Terapi spesialis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaksasi progresif • Psikoedukasi keluarga • Behavior therapy • Terapi kognitif • Ansietas
	<ul style="list-style-type: none"> • Tn. S dapat menyebutkan penyebab penampilan peran tidak efektif • Tn. S menganggap istri tidak mampu sebagai pengganti akibat kondisi yang dialami • Tn. S merasa tidak berdaya karena tidak mampu memberi nafkah kepada keluarganya. 			<ul style="list-style-type: none"> • 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 yakin suami dan keluarga mendukung supaya lekas sembuh • Tn. S percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya • Tn. S berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan suaminya 	

Kurang pengetahuan	<ul style="list-style-type: none"> • Tn. Smampu mengenal dan menilai Komplikasi dari penyakitnya • Tn. S mampu melatih cara hidup sehat 	<ul style="list-style-type: none"> • Tn. S mendapat dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya terutama dari anak-anaknya • Anak-anak dan keluarga Tn. S bergantian menjaga dan mengunjungidan membatu Klien dalam pemenuhan pemberian makan, minum BAB,BAK Tetangga Tn. S dan lingkungan daerah rumahnya sering berkunjung kerumah melihat kadaan Klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosial ekonomi Tn. Smenengah • Tn. S tinggal di rumah bersama istri dan anak, cucunya • Sarana dan prasarana tersedia • Biaya pengobatan ditanggung oleh asuransi BPJS Jarak rumah Tn. S dengan tempat pelayanan kesehatan (RSMM) cuku jauh, harus menggunakan transportasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Tn. S percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya • Tn. S berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan suaminya • 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. Syakin anak-anakdan keluarga mendukung supaya lekas sembuh 	<p>Terapi generalis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SP 1-2 kurang pengetahuan • Sp1-4 harga diri rendah <p>Terapi spesialis: Terapi suportif, FPE</p>
---------------------------	---	--	--	---	--

3.1.4 Mekanisme Koping

HAL YANG DILAKUKAN	ANALISA
<ul style="list-style-type: none">• Tn. S mengatakan bila ada masalah, maka ia akan membicarakan dengan Tetangga, anak-anak dan keluarga terdekat• Bila sakit Tn. S berobat ke pelayanan kesehatan• Tn. Staat menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya• Tn. S selalu berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhannya	<ul style="list-style-type: none">• Konstruktif:<ul style="list-style-type: none">✓ Tn. S mengatakan bila ada masalah, maka ia akan membicarakan dengan Tetangga, anak-anak dan keluarga terdekat✓ Bila sakit Tn. S berobat ke pelayanan kesehatan✓ Tn. S taat menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya✓ Tn. S selalu berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhannya.• Destruktif : -

3.1.5 Status Mental

1. Penampilan	Bersih, rapi, tidak tercium bau, Tn. S tampak lemas
2. Pembicaraan	Susah berbicara akibat dari kelumpuhan sebelah dari anggota tubuh (afasia)
3. Aktivitas motoric	Tubuh sulit digerakkan
4. Interaksi selamawawancara	Cukup kooperatif, meskipun afasia
5. Alam perasaan	Sedih, merasa cemas , malu, kecewa takut dan bingung mengenai kondisi penyakit, yang ia derita
6. Afek	Datar
7. Persepsi	Tn. Smengalami gangguan dalam proses sensori-persepsi
8. Isi piker	Mengalami masalah karena sebagian memori terlupakan
9. Proses piker	masalah karena sebagian memori terlupakan
10. Tingkat kesadaran	Tn. Sdapat menyebutkan kembali nama istri
11. Daya ingat	Tn. S tidak dapat mengingat beberapa kejadian dalam hidupnya
12. Kemampuan berhitung	Kemampuan berhitung cukup baik
13. Penilaian	Tn. Sbelum mampu menyebutkan bagaimana caranya agar Tn. Slekas sembuh
14. Daya tilik diri	Tn. Smenyadari bahwa saat ini ia sedang sakit, Tn. S hanya bisa berdoa supaya lekas sembuh agar tidak terus merepotkan suaminya. Tn. S menyadari ia memiliki anak-anak dan keluarga yang menyayangnya dan mendukung kesembuhannya

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

3.2 Diagnosa Dan Terapi

DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN TERAPI KEPERAWATAN	DIAGNOSA MEDIS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansietas Sp1: mendiskusikan penyebab,terjadinya prosesterjadi, tanda gejala,akibat Sp2 :melatih teknik releksasi fisik Sp3:melatih mengatasi ansietas dengan distraksi dan hipnotis lima Sp4 : melatih mengatasi ansietas melalui kegiatan spritual Terapi Spesialis: TS, PMR, Logo ACT 2. Penampilan peran tidak efektif Terapi perilaku 3. Kurang pengetahuan Terapi suportif, FPE 	Stroke Iskhemik

3.3 Implementasi Tindakan Kperawatan Dan Evaluasi

IMPLEMENTASI TINDAKAN KPERAWATAN	EVALUASI
<p>Tanggal : 05-11 Oktober 2021 Jam : 08.00 -14.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menenangkan pasien 2. Memahami keadaan pasien 3. Mendiskusikan penyebab,terjadinya prosesterjadi, tanda gejala,akibat 4. Melatih Sp 1-4 Harga Diri Rendah 5. Mengkaji tingkat ansietas 6. Melatih pasien teknik relaksasi fisik tarik nafas dalam 7. Melatih pasien mengatasi ansietas dengan ditraksi dan hipnotis lima jari 8. Mengkaji kegiatan spritual pasien 9. Mendukung keterlibatan keluarga dengan cara yang tepat 	<p>Hari Pertama Pertama 05- Oktober 2021 11:30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan : merasa lebih tenang tetapi belum sepenuhnya cemasnya hilang • Klien mengatakan ia mampu mengindentifikasi situasi yang mencetus ansietas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak rileks dan tidak gelisah lagi

	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu menjelaskan kembali penjelasan yang sudah diberikan <p>A : Ansietas (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi SP-1 dan SP-2 • 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 - Bantu klien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan. <p>Hari ke-2: 06-Oktober 2021 (14:00)</p> <p>S : pasien mengatakan kecemasan sedikit berkurang, mampu mengatasi kecemasan, dengan intervensi yang diberikan</p> <p>O: Pasien masih terlihat dengan kecemasan yang belum teratasi, tidak mampu melakukan teknik relaksasi fisik Tarik nafas dalam, dan distraksi hipnotis lima jari</p> <p>A: kecemasan pasien belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Hari ke-3 : 07 Oktober 2021 (10:35)</p> <p>S: pasien masih malu akan penyakitnya, namun pasien terlihat mau berkomunikasi kepada anak dan cucunya.</p> <p>O: pasien terlihat masih merasa harga dirinya rendah, tidak mampu mengidentifikasi masalahnya sendiri</p> <p>A: harga diri rendah (+)</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>
--	---

	<p>Hari ke-4 :08 Oktober 2021 (11:30)</p> <p>S: Pasien mengatakan: ansietasnya belum teratasi karena pasien masih belum merasa tenang, masih cemas, dan masih merasa tidak berdaya.</p> <p>O: pasien terlihat masih merasa tidak berdaya akan penyakitnya, belum mampu mengidentifikasi situasi pecetus dari ansietas</p> <p>A: Ketidakberdayaan (+)</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Hari ke-5 : 10- Oktober 2021 (14:30)</p> <p>S: pasien sudah tidak merasa cemas, dan sudah tidak merasa malu akan penyakitnya, klien mampu mengidentifikasi masalah yang di alami, dan mau berkomunikasi kepada anak-anaknya, dan sudah merasa tidak di asingkan</p> <p>O: pasien terlihat tidak mengalami kecemasan, selalu melakukan teknik Tarik nafas dalam secara mandiri, jika cemas yang dialaminya timbul, dan harga diri klien membaik, dan mampu mengidentifikasi masalah penyakitnya</p> <p>A: ketidakberdayaan, harga diri (-)</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Hari ke-6 : 11- Oktober 2021</p> <p>S: Pasien mengatakan : ansietasnya berkurang setelah mengungkapkan perasaannya, pasien merasa tenang dan mampu mengidentifikasi situasi yang mencetus ansietas</p> <p>O : pasien tampak tenang setelah mengungkapkan perasaan ansietasnya dan selalu melakukan teknik relaksasi</p>
--	---

	<p>tarik nafas dalam, distraksi dan hipnotis lima jari</p> <p>A: Ansietas pasien berkurang setelah melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam, pasien merasa dirinya berharga kembali, dan sudah mau berbicara lebih banyak lagi kepada orang lain.</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Pada saat melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada Tn. S ditemukan data-data sebagai berikut, berdasarkan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada Tn. S didapatkan hasil anggota gerak atas dan bawah kiri tidak bisa digerakkan sehingga susah untuk beraktivitas seperti biasanya, keluhan utama pasien adalah Pasien mengatakan badannya lemas dan anggota gerak atas dan bawah kiri masih tidak bisa digerakkan sehingga susah untuk beraktivitas seperti biasanya, pasien mengatakan tidak bisa melakukan kegiatan seperti dulu lagi, dan tidak bisa bekerja dan mencari nafkah untuk istri dan anaknya. Selain itu pada pengkajian psikologis pada Tn. S pasien mengatakan kondisi ini adalah kondisi yang membuat pasien merasa sangat kecewa karena pasien tidak dapat beraktivitas seperti sebelumnya, pasien mengatakan merasa malu dengan keadaannya sekarang, pasien merasa seperti diasingkan oleh keluarganya dan pasien merasa tertekan. Saat pengkajian Pasien mengatakan badannya lemas dan anggota gerak atas dan bawah kiri masih tidak bisa digerakkan sehingga susah untuk beraktivitas seperti biasanya, pasien mengatakan tidak bisa melakukan kegiatan seperti dulu lagi, selain itu didapatkan data dari pengkajian psikologis pasien mengatakan kondisi ini adalah kondisi yang membuat pasien merasa sangat kecewa karena pasien tidak dapat beraktivitas seperti sebelumnya, pasien mengatakan merasa malu dengan keadaannya sekarang, pasien merasa seperti diasingkan oleh keluarganya dan pasien merasa tertekan.

Kesehatan fungsional, terdiri dari pola nutrisi, pola eliminasi, dan pola aktivitas-istirahat. Untuk pola nutrisi, nafsu makan dari Tn. S belum ada, hanya menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi yaitu nasi (bubur), sayur dan lauk. Kemudian untuk pola eliminasi menggunakan pempes dibantu oleh istri dan anaknya, sedangkan untuk pola aktivitas sehari-hari seperti makan/minum

dipenuhi dandisuapi oleh keluarga, mandi dibantu oleh keluarga pasien atau anak-anaknya, toileting pasien menggunakan pempes, apabila sudah penuh maka akan diganti oleh keluarga, pasien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dikarenakan mengalami kelemahan pada ekstermitas kiri atas dan bawah, semua kebutuhan sehari-hari pasien dipenuhi oleh keluarga. Untuk konsep diri Pasien tidak suka dengan anggota gerakannya karena tidak bisa digerakan dengan baik, sehingga susah untuk beraktivitas seperti biasanya, pasien mengatakan kondisi ini adalah kondisi yang membuat pasien merasa sangat kecewa karena pasien tidak dapat beraktivitas seperti sebelumnya namun pasien memiliki semangat tinggi untuk sembuh, intelektual yaitu keluarga pasien mengetahui penyakit yang diderita pasien.

Pemeriksaan fisik yaitu Keadaan umum klien lemah, klien masih terlihat agak menahan kesakitan pada bagian ekstermitas kirinya, kesadaran composmetis. dengan tanda tanda vital : Tekanan Darahnya 140/90 mmHg, Nadi 85x/menit, Respirasi 20x/menit, Suhu 36 derajat, SPO2 90%. Untuk pemeriksaan fisik ekstermitas pasien ditemukan ekstermitas kiri atas dan bawah tidak dapat digerakan dan terasa sakit saat digerakan.

4.1 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan penulis terhadap Tn. S sesuai dengan data subjektif dan data objektif yang diperoleh pada saat pengkajian yaitu dari data subjektif sendiri diperoleh hasil pasien mengatakan Pasien mengatakan susah untuk beraktivitas seperti biasanya, Pasien mengatakan kondisi ini adalah kondisi yang membuat pasien merasa sangat kecewa, tidak berdaya karena pasien tidak dapat beraktivitas seperti sebelumnya, pasien mengatakan tidak bisa melakukan kegiatan seperti dulu lagi, Pasien mengatakan merasa malu dengan keadaanya sekarang, Pasien merasa seperti diasingkan oleh keluarganya dan Pasien merasa tertekan, pasien juga memiliki riwayat penyakit hipertensi sudah 10 tahun, dan klien tidak rutin checkup dan data objektif yang diperoleh pasien tampak bergantung

dengan keluarga/orang lain.

Sesuai dengan data subjektif dan objektif yang telah diperoleh saat pengkajian maka penulis memberikan intervensi sesuai dengan SIKI, (2018). Untuk masalah keperawatan ketidakberdayaan ini memiliki tujuan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, keberdayaan dengan kriteria hasil sesuai dengan (SLKI), (2018) yaitu (meningkat) Pernyataan mampu melaksanakan aktivitas, Pernyataan keyakinan tentang kinerja peran dan Berpartisipasi dalam perawatan. (menurun) Pernyataan frustrasi ketergantungan pada orang lain, Perasaan diasingkan, Pernyataan kurang kontrol, Pernyataan rasa malu, Perasaan tertekan dan Pengasingan.

Dalam perencanaan keperawatan menurut SIKI, (2018) terdapat 2 intervensi utama yaitu promosi harapan dan promosi coping dalam mengatasi masalah keperawatan ketidakberdayaan berhubungan dengan kurang aktivitas ini penulis memfokuskan intervensi utama yaitu promosi coping dan menambahkan intervensi pendukung meliputi : (*Observasi*) Identifikasi kemampuan yang dimiliki yang bertujuan Untuk menentukan pelatihan tertentu yang perlu dikembangkan sesuai dengan kemampuan, Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan bertujuan membantu mengantisipasi terjadinya stress, Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan social bertujuan agar mendapatkan umpan balik dari orang lain yang menunjukkan bahwa seseorang dicintai, diperhatikan, dihormati dan dilibatkan dalam segala komunikasi SIKI, (2018).

Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi bertujuan pasien merasa lebih percaya diri dan akan lebih bisa menerima keadaan saat ini yang telah terjadi pada dirinya, Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif bertujuan untuk membina pasien dalam menghadapi masalah yang dihadapinya serta membangun pola pikir yang baru, dengan adanya memecahkan masalah secara konstruktif ini bisa membantu pasien

memperbaiki bahkan meluruskan masalah tersebut serta membangun ide yang cemerlang agar dapat menyelesaikannya, Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan bertujuan pasien agar dapat berinteraksi dengan orang – orang yang ada disekitarnya, baik hubungan formal maupun informal dan untuk intervensi pendukunnya promosi harapan yaitu Latih cara mengembangkan spiritual diri tujuannya yaitu agar pasien tetap melakukan ibadah walaupun pasien sedang sakit intervensi ini dilakukan dengan harapan pasien senang tiasa berdoa untuk meminta kesehatan Kepada Tuhan. Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara fakta maupun teori dikarenakan dengan dilakukan tindakan tersebut maka akan mengurangi dampak buruk ketidakberdayaan.

4.2 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan dari perencanaan atau intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik, tahap pelaksanaan dimulai dan ditujukan kepada perawat untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang diharapkan Nursalam, (2008), implementasi yang dilakukan pada Tn. S selama 3 hari mulai dari tanggal 05-10 Oktober 2021. Implementasi yang dilakukan pada Tn. S bertujuan untuk mengatasi masalah yang terjadi pada Klien yaitu ketidakberdayaan, Namun pada kenyataannya tidak semua intervensi keperawatan dapat dilakukan secara keseluruhan. Hal ini disebabkan karena disesuaikan dengan keadaan klien dan disesuaikan dengan kebutuhan klien. Adapun implementasi keperawatan yang telah dilakukan adalah: (*Observasi*) Identifikasi kemampuan yang dimiliki, Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan, Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan social (*Terapeutik*) Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis, Motivasi terlibat dalam kegiatan social (*Edukasi*) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif, Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan.

Implementasi keperawatan yang dilakukan menyesuaikan kondisi klien yang mengacu pada intervensi dari SLKI (*standar luaran keperawatan*

Indonesia) dan SIKI (*Standar intervensi keperawatan Indonesia*) 2018, dimana sebagian intervensi ataupun perencanaan tindakan keperawatan yang ditetapkan dilakukan kepada Tn. S agar dapat tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dalam tahap perencanaan. Beberapa intervensi dilakukan secara berulang karena menyesuaikan dengan perkembangan pasien, seperti Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial, Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif, dan Latih keterampilan sosial, sesuai dengan kebutuhan.

4.3 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil tinjauan kasus dan disesuaikan dengan data-data yang telah diperoleh dari pengkajian maka didapatkan hasil diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. S yaitu hambatan mobilitas, defisit perawatan diri dan ketidakberdayaan, dan harga diri rendah/

ketidakberdayaan menurut SDKI (2016) adalah persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan; persepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang.

4.4 Evaluasi Keperawatan

Dalam kasus yang nyata selalu dievaluasi setiap hari walaupun beberapa kriteria masih belum tercapai, dan bila belum tercapai maka rencana tetap diteruskan sesuai dengan kebutuhan klien. Pada kasus nyata, evaluasi yang menunjukkan keberhasilan intervensi tercapai pada hari ke 3, dimana evaluasi yang dilakukan pada Tn. S menunjukkan bahwa kriteria hasil telah tercapai semua.

Evaluasi merupakan tahap yang paling akhir dalam proses keperawatan, dimana perawat melakukan penilaian apakah tujuan ataupun kriteria hasil yang telah ditentukan tercapai atau tidak. Capaian yang diharapkan pada evaluasi ini adalah mampu memenuhi kriteria hasil keberdayaan Meningkatkan yang berisi tentang pernyataan mampu melaksanakan aktivitas meningkat, pernyataan keyakinan tentang kinerja peran dan berpartisipasi

dalam perawatan meningkat. Serta kriteria hasil yang kedua Menurunberisi tentang pernyataan frustrasi ketergantungan pada orang lain menurun, Perasaan diasingkan menurun, pernyataan kurang kontrol menurun, pernyataan rasa malu menurun, perasaan tertekan menurun dan pengasingan menurun.

Pada tinjauan teori SLKI, (2018) dikatakan seseorang mengalami ketidakberdayaan dengan kriteria hasil: Meningkat Pernyataan mampu melaksanakan aktivitas meningkat ditandai dengan pasien sudah mampu melakukan aktivitas sendiri tanpa dibantu oleh orang lain/keluarga namun Tn. S belum bisa sepenuhnya tanpa bantuan, Pernyataan keyakinan tentang kinerja peran meningkat yang ditandai dengan sudah bisa menjalankan peranya seperti dulu lagi, pasien akan kembali melakukan aktivitas seperti biasanya, Berpartisipasi dalam perawatan meningkat yang ditandai dengan mampu mengungkapkan dengan kata-kata tentang segala perasaannya dan mampu melaporkan dukungan yang adekuat dari orang terdekat pasien Menurun Pernyataan frustrasi ketergantungan pada orang lain menurun yang ditandai dengan pasien sudah mampu melakukan sebagian kegiatan dengan mandiri lagi, Perasaan diasingkan menurun yang ditandai dengan pasien sudah tidak merasa takut dan diasingkan oleh keluarganya lagi keluarga pasien sangat sayang dengan Tn. S, Pernyataan kurang kontrol menurun yang ditandai dengan mampu mengendalikan dirinya sendiri secara sadar, Pernyataan rasa malu menurun yang ditandai dengan sudah tidak malu lagi dengan keadaanya sekarang, Perasaan tertekan (depresi) menurun yang ditandai dengan sudah tidak mengalami perasaan sedih/mengalami kekosongan mendalam, Pengasingan menurun yang ditandai dengan pasien sudah tidak berdiam diri/menyendiri lagi, SLKI (2018).

Menurut penulis evaluasi sangat penting dilakukan untuk mengetahui apakah tujuan tercapai sebagian atau semua atau malah timbul masalah baru, pada Tn. S evaluasi menunjukan keberhasilan dimana klien memahami dan menerapkan apa yang telah disampaikan.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan pengkajian, data yang ditemukan pada Tn. S sesuai dengan data teoritis pada stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan ketidakberdayaan yang disebabkan karena ketidakmampuan melakukan aktivitas
2. Intervensi atau rencana atau rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada Tn. S mengacu pada *standar intervensi keperawatan Indonesia* (SIKI), 2018 yang meliputi : (*Observasi*) Identifikasi kemampuan yang dimiliki, Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan, Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan social(*Terapeutik*) Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis, Motivasi terlibat dalam kegiatan social (*Edukasi*) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif, dan Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan, dan ajarkan teknik Tarik nafas dalam.
3. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. S selama tiga hari telah dilakukan berdasarkan intervensi yang ditetapkan yang mengacu pada *standar intervensi keperawatan Indonesia* (SIKI), 2018.
4. Diagnosa keperawatan yang ditegakan sesuai dengan diagnosa keperawatan teoritis yaitu ketidakberdayaan berhubungan dengan kurang aktivitas.
5. Evaluasi merupakan umpan balik proses keperawatan dimana perawat mencari kepastian dari keberhasilan rencana proses keperawatan, dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan ketidakberdayaan dapat mencapai semua kriteria hasil setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 hari.

5.2 Saran

1. Profesi keperawatan

Meningkatkan profesionalitas dalam bekerja, dan memperbaharui pengetahuan tentang Stroke agar tindakan yang dilakukan tidak hanya rutinitas.

2. Bagi Keluarga

Dapat digunakan sebagai pengetahuan didalam suatu keluarga dan dapat dijadikan sebagai suatu pengalaman tentang bagaimana suatu cara memeberikan asuhan keperawatan pada pasien Stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan ketidakberdayaan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Disarankan agar peneliti selanjutnya dapat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif, terutama pada asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan ketidakberdayaan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Harahap, S., & Siringo-Ringo, E. R. I. K. A. (2020). Aktivitas Sehari-hari Pasien Stroke Non Hemoragik Di RSUD Dr. PIRNGADI Medan Tahun 2016.
2. 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).
3. Junitasari, T. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. T Dengan Gangguan Sistem Persyarafan: Stroke Hemoragik Di Paviliun Asisi Kamar 4-4 Rumah Sakit Myria Palembang* (Doctoral dissertation, Universitas Katolik Musi Charitas).
4. Lubis, S. H. (2016). Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan Prioritas Masalah Kebutuhan Dasar Oksigenasi pada Stroke Hemoragik RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan.
5. Pardede, J. A. (2020). Konsep Ketidakberdayaan.
6. Pardede, J. A., Hutajulu, J., & Pasaribu, P. E. (2020). Harga Diri dengan Depresi Pasien Hiv/aids. *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 11(01). : <https://doi.org/10.32382/jmk.v11i1.1538>
7. Pardede, J. A. (2020). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Kecemasan.
8. Pardede, J. A., Hasibuan, E. K., & Hondro, H. S. (2020). Perilaku Caring Perawat Dengan Koping Dan Kecemasan Keluarga. *Indonesian Journal of Nursing Sciences and Practice*, 3(1), 14-22. <https://doi.org/10.24853/ijnsp.v3i1.14-22>
9. Pardede, J. A., Keliat, B. A., Damanik, R. K., & Gulo, A. R. B. (2020). Optimalization of Coping Nurses to Overcoming Anxiety in the Pandemic of Covid-19 in Era New Normal. *Jurnal Peduli Masyarakat*, 2(3), 105-112. <https://doi.org/10.37287/jpm.v2i3.128>
10. 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.
11. PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.

12. PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1 Jakarta : DPP PPNI.
13. PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1 Jakarta : DPP PPNI.
14. Redwitra, R. (2018). *Asuhan keperawatan pada klien Ny D dengan stroke iskemik di eilayah kerja puskesmas suranti kec. pesisir selatan tahun 2018* (Doctoral dissertation, STIKes PERINTIS PADANG).
15. Sarani, D. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Ketidakberdayaan* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).