Asuhan Keperawatan Psikososial Dengan Masalah Ansietas Pada Penderita Stoke Hemoregik: Studi Kasus

Sani Vandea Merisa Saragih

Sanivandearagih31@gmail.com

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa merupakan bagian dari integral pelayanan kesehatan secara holistic dan komprehensif, Manusia yang sehat merupakan manusia yang sehat Stroke(cerebrovascular disease) Merupakan gambaran neurologik akibat proses patologi pada sistem pembuluh darah oleh trombosis atau emboli, pecahnya dinding pembuluh darah pada otak, perubahan permeabilitas dinding pembuluh darah dan perubahan viskositas maupun kualitas darah sendiri (Misbach, 2018). Stroke merupakan penyakit pembunuh nomer 3 yang ada di indonesia. Masalah keperawatan yang dapat muncul pada klien stroke adalah perubahan persepsi sensori, gangguan mobilitas fisik, resiko integritas kulit, gangguan reflek menelan, keseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, defisit perawatan diri dan ketidakberdayaan. Gangguan psikologis secara umum yang muncul pada klien stroke antara lain ketidakberdayaan (Misbach, 2018). Ketergantungan orang lain dapat menyebabkan iritabilitas, rasa marah, rasa bersalah dan ketidakpuasan terhadap ketidakmampuan aktivitas sebelumnya (Nanda, 2019).

Menurut data WHO (world health organization) tahun 2018 kematian yang disebabkan oleh stroke mencapai angka 51% diseluruh penjuru dunia dan disebabkan oleh tekanan darah yang tinggi, tidak hanya itu kematian akibat stroke juga diperkirakan sebesar 16% diakibatkan tingginya kadar glukosa darah yang ada pada tubuh (Siti Nuraliyah, 2019). Stroke merupakan masalah besar di negara-negara yang berpenghasilan rendah dibandingkan dengan Negara-negara yang berpenghasilan tinggi. Lebih dari 81% kematian akibat, stroke terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah presentase kematian ini karena stroke naik menjadi 94% pada orang yang berusia diatas 55-70 tahun.

Jumlah penderita stroke di indonesia dari tahun ketahun terus meningkat, ini sejalan dengan perubahan pola hidup masyarakat. Menurut data riset kesehatan 2013, Prevalensi stroke di indonesia ini 12,2 per 1000 penduduk. Angka ini meningkat dibandingkan 2007 yang sebesar 8,3% (riset kesehatan dasar 2013). Pasien yang terdiagnosis stroke sebagian besar mengalami hemiplegi, hemiparese, bahkan mengalami penurunan kesadaran. Sedangkan di Provinsi Jawa Timur diagnosis stroke non hemoregik sebanyak 6.575 pasien dan dirawat inap di RSUD pemerintahan kelas B, sedangkan 3.573 pasien dirawat di RSUD pemerintah kelas C, dan 548 pasien berada di RSUD pemerintah kelas D (Profil Kesehatan Jawa Timur, 2018). Dari hasil rekam medik Di RSUD Muhamamdiyah Ponorogo tahun 2019 didapatkan jumlah pasien 109 orang dengan stroke non hemoregik, pada tahun 2020 periode januari sampai oktober 2020 jumlah pasien dengan stroke non hemoregik sebanyak 82 pasien

Klien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan ketidakberdayaan disebabkan oleh faktor predisposisi dan Faktor presipitasi. Ketidakberdayaan merupakan kondisi dimana individu merasa kekurangan kontrol atau situasi yang memberikan dampak pada pandangan, tujuan dan gaya hidup (Carpenito, 2010). Ketidakberdayaan merupakan dampak terbesar dari penyakit kronis sebagai hasil dari penerimaan diri dan perubahan gaya hidup klien dengan penyakit kronis. Dalam menghadapi penyakit kronis dibutuhkan mekanisme koping yang adaptif sebagai upaya yang digunakan 3 untuk pencegahan stressor menjadi kondisi maladaptif yang dapat menimbulkan penderita penyakit kronis mengalami ketidakberdayaan terhadap penyakit yang dialaminya. Ketidakberdayaan merupakan suatu pengalaman seseorang yang mengalami kekurangan kontrol persepsi bahwa sesuatu yang tidak bermakna akan mampu mempengaruhi suatu keberhasilan yang akan dicapainya (Nanda, 2012). Berdasarkan data dan fakta yang telah didapatkan bahwa stroke non hemoragik dengan ketidakberdayaan dapat diatasi dengan cara terdiri dari tindakan keperawatan generalis dan spesialis. Tindakan keperawatan generalis yang dilakukan yaitu klien diajarkan dan dilatih untuk mampu mengenali dan mengekspresikan perasaannya, memodifikasi pola kognitif yang negatif, berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, aktif dalam aktivitas kehidupan dan menetapkan tujuan yang realistis.

Tindakan keperawatan generalis ketidakberdayaan diberikan secara individual (Standar Asuhan Keperawatan Diagnosa Psikososial, 2012). Dukungan keluarga juga dapat membantu proses perawatan klien agar mampu melakukan aktivitas kembali meskipun tidak sepenuhnya kembali normal. Kita sebagai seorang perawat juga bisa melakukan pendekatan kepada pasien guna untuk menjalin hubungan saling percaya sehingga pasien mempunyai rasa percaya kepada kita ketika kita akan memberikan intervensi dan penanganan stroke yang cepat dan akurat tentunya dapat dilakukan di rumah sakit dan melakukan pemulihan untuk pasien pasca stroke dapat berkolaborasi dengan pihak-pihak terapis tertentu berdasarkan dengan masalah keperawatan yang telah muncul.

Berdasarkan data Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) bahwa di Indonesia penyebab kematian untuk semua umur adalah stroke sebesar (15,4%), tuberkulosis (7,5%), dan hipertensi (6,8%). Kejadian stroke di Indonesia setiap tahun selalu mengalami peningkatan, sekitar 28,5% pasien yang mengalami stroke di Indonesia meninggal dunia (Kemenkes, RI, 2007). Kejadian stroke akan meningkat sesuai dengan bertambahnya usia. Risiko stroke meningkat 2 kali lebih besar pada usia lebih dari 55 tahun, begitu juga angka kematian yang disebabkan oleh stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia penderita. Stroke paling banyak diderita pada usia lebih dari 65 tahun dan jarang terjadi pada usia dibawah 40 tahun (Agustina, 2012).

Dampak stroke yang akan terjadi adalah adanya kelemahan atau kekakuan dan kelumpuhan pada kaki dan tangan. Setelah serangan stroke, tonus otot akan menurun dan bahkan bisa menghilang. Tanpa pengobatan orang akan cenderung menggunakan bagian tubuh yang tidak lumpuh untuk melakukan gerakan sehingga bagian tubuh yang lemah akan menimbulkan kecacatan permanen. Dan stroke tersebut juga mempunyai dampak yang mendalam pada aspek kehidupan pasien yang mengalaminya, Seperti mengalami masalah psikososial karena terdapatnya perubahan fisik didalam dirinya. Perubahan itulah yang membuat pasien mengalami ketidakberdayaan dan terdapatnya keterbatasan aktivitas yang biasa dilakukan sehari-hari oleh pasien. (Siti dan Bram, 2019).

Ketidakberdayaan bisa dialami oleh siapa saja, bukan hanya orang yang mengalami gangguan dengan psikologis, tapi juga bisa di derita oleh orang yang mengalami gangguan (sakit) pada fisik. Biasanya, ketidakberdayaan akan menyerang seseorang yang menderita penyakit kronis maupun penyakit-penyakit yang berat, seperti pasien dengan stroke. Pasien yang mengalami stroke akan sangat berisiko karena keadaan fisik mereka yang secara drastis mengalami penurunan dan ketakutan yang berlebihan juga akan mengganggu psikologis orang tersebut sehingga merasa tidak berdaya akan keadaan yang dialaminya akan menjadi suatu hal yang dialami oleh pasien (Azari, 2020). Ketidakberdayaan merupakan persepsi individu bahwa segala tindakannya tidak akan mendapatkan hasil atau suatu keadaan dimana individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan.

Ketidakberdayaan adalah persepsi atau tanggapan klien bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukannya tidak akan membawa hasil yang diharapkan atau tidak akan membawa perubahan hasil seperti yang diharapkan, sehingga klien sulit mengendalikan situasi yang terjadi atau mengendalikan situasi yang akan terjadi (Pardede, 2020). Ketidakberdayaan merupakan persepsi seseorang bahwa tindakannya tidak akan mempengaruhi hasil secara bermakna, kurang pengendalian yang dirasakan terhadap situasi terakhir atau yang baru saja terjadi. Sedangkan ketidakberdayaan merupakan keadaan ketika seseorang individu atau kelompok merasa kurang kontrol terhadap kejadian atau situasi tertentu (Pardede, 2020)

Klien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan ketidakberdayaan disebabkan oleh faktor predisposisi dan Faktor presipitasi. Ketidakberdayaan merupakan kondisi dimana individu merasa kekurangan kontrol atau situasi yang memberikan dampak pada pandangan, tujuan dan gaya hidup (Carpenito, 2010). Ketidakberdayaan merupakan dampak terbesar dari penyakit kronis sebagai hasil dari penerimaan diri dan perubahan gaya hidup klien dengan penyakit kronis. Dalam menghadapi penyakit kronis dibutuhkan mekanisme koping yang adaptif sebagai upaya yang digunakan untuk pencegahan stressor menjadi kondisi maladaptif yang dapat menimbulkan penderita penyakit kronis mengalami

ketidakberdayaan terhadap penyakit yang dialaminya (Miller, 2004). Ketidakberdayaan merupakan suatu pengalaman seseorang yang mengalami kekurangan kontrol persepsi bahwa sesuatu yang tidak bermakna akan mampu mempengaruhi suatu keberhasilan yang akan dicapainya (Nanda, 2012).

Berdasarkan data dan fakta yang telah didapatkan bahwa stroke non hemoragik dengan ketidakberdayaan dapat diatasi dengan cara terdiri dari tindakan keperawatan generalis dan spesialis. Tindakan keperawatan generalis yang dilakukan yaitu klien diajarkan dan dilatih untuk mampu mengenali dan mengekspresikan perasaannya, memodifikasi pola kognitif yang negatif, berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, aktif dalam aktivitas kehidupan dan menetapkan tujuan yang realistis. Tindakan keperawatan generalis ketidakberdayaan diberikan secara individual (Standar Asuhan keperawatan Diagnosa Psikososial, 2012). Dukungan keluarga juga dapat membantu proses perawatan klien agar mampu melakukan aktivitas kembali meskipun tidak sepenuhnya kembali normal. Kita sebagai seorang perawat juga bisa melakukan pendekatan kepada pasien guna untuk menjalin hubungan saling percaya sehingga pasien mempunyai rasa percaya kepada kita ketika kita akan memberikan intervensi dan penanganan stroke yang cepat dan akurat tentunya dapat dilakukan dirumah sakit dan melakukan pemulihan untuk pasien pasca stroke dapat berkolaborasi dengan pihak pihak terapis tertentu berdasarkan dengan masalah keperawatan yang telah muncul.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan pada Ny. H penyakit kronis yang dialami klien antaranya adalah stroke. Masalah keperawatan fisik dan masalah psikososial ditemukan pada klien yang mengalami penyakit kronis tersebut. Disini penulis hanya berfokus pada masalah psikososial. Masalah psikososial yang dialami oleh klien meliputi ketidakberdayaan, gangguan citra tubuh, harga diri rendah dan ansietas. Keterbatasan fisik yang banyak dialami oleh klien dengan penyakit kronis mengakibatkan klien menjadi tergantung kepada orang lain untuk melakukan kebutuhan dasarnya. Ketergantungan klien kepada orang lain tersebut seringkali mengakibatkan klien merasa menjadi beban bagi orang lain yang diikuti, hilangnya harapan hidup dan memandang diri dengan rendah. Klien yang juga menjadi pesimis dengan masa depannya dan merasa tidak berdaya pada saat menerima hal negatif dari lingkungan sekitarnya yang tidak memberikan dukungan pada saat klien mengalami stres akibat penyakit kronis yang 7 dideritanya. Kondisi tersebut mengakibatkan klien memandang dirinya adalah orang tidak berguna yang akan menuntun kepada kondisi depresi dan gangguan mood.

1.2. Tujuan

a. Tujuan Umum

Untuk memberikan asuhan keperawatan pada Ny.H dengan masalah ketidakberdayaan

b. Tujuan Khusus

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

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Defenisi

Stroke adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan sehingga mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik. Stroke dapat juga diartikan sebagai kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat oleh adanya sumbatan (ischemic stroke) atau perdarahan (haemorrhagic stroke) (Arum, 2015). Ischemic stroke (non hemoragik)/cerebro vaskuler accident (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak disebabkan karena adanya thrombus atau emboli (Oktavianus, 2018).

Menurut World Health Organization (WHO) stroke adalah adanya tandatanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain vaskular (Ode, 2012). Dari penjelasan diatas, dapat disimpulkan stroke adalah gangguan fungsi otak karena penyumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah menuju otak. Hal ini menyebabkan pasokan darah dan oksigen menuju ke otak menjadi berkurang Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (deficit neurologic) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) atau perdarahan (stroke hemoragik) (Junaidi, 2011). Mulanya stroke ini dikenal dengan nama apoplexy, kata ini berasal dari bahasa Yunani yang berarti “memukul jatuh” atau to strike down. Dalam perkembangannya lalu dipakai istilah CVA atau cerebrovascular accident yang berarti suatu kecelakaan pada pembuluh darah dan otak.

Menurut Misbach (2018) stroke adalah salah satu syndrome neurologi yang dapat menimbulkan kecacatan dalam kehidupan manusia. Stroke Hemoragik adalah pembuluh darah otak yang pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah di otak dan kemudian merusaknya (Adib, 2018).

2.1.2 Etiologi

Stroke biasanya diakibatkan dari salah satu dari empat kejadian :

- a. Trombosis (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher)
- b. Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain)

Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak)

- c. Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak).

Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori bicara, atau sensasi. Trombosis serebral. Aterosklerosis serebral dan pelambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral, yang adalah penyebab paling umum stroke.

Tanda-tanda trombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah awitan yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami awitan yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intracerebral tidak terjadi dengan tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau parestesia pada setengah tubuh dapat mendahului awitan paralisis berat pada beberapa jam atau hari Embolisme serebral. Abnormalitas patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis infektif, penyakit jantung reumatik, dan infark miokard, serta infeksi pulmonal,

adalah tempat-tempat di asal emboli. Mungkin saja bawah pemasangan katup jantung prostetik dapat mencetuskan stroke, karena terdapat peningkatan insiden embolisme setelah prosedur ini.(Brunner & suddarth edisi 8). Menurut dr. Valery Feigin, PhD faktor resiko yang tidak dapat di modifikasi ini mencakup penuaan, kecendrungan genetik, dan suku bangsa.

Faktor-faktor yang menyebabkan stroke :

a. Faktor yang tidak dapat dirubah (Non Reversible)

1. Jenis kelamin dan penuaan

Pria berusia kurang dari 65 tahun memiliki resiko terkena stroke iskemik atau perdarahan intraserebrum lebih tinggi 20% daripada wanita. Namun, wanita usia berapa pun memiliki resiko perdarahan subaraknoid sekitar 50% lebih besar. Dibandingkan pria, wanita juga tiga kali lipat lebih mungkin mengalami aneurisma intrakranium yang tidak pecah. Perbedaan gender ini tidak terlalu mencolok pada kelompok usia dewasa muda, dimana stroke mengenai pria dan wanita hampir sama banyak. Resiko terkena stroke meningkat sejak usia 45 tahun.

Setelah mencapai usia 50 tahun, setiap penambahan usia tiga tahun meningkatkan risiko stroke sebesar 11-20%, dengan peningkatan bertambah seiring usia. Orang berusia lebih dari 65 tahun memiliki risiko paling tinggi, tetapi hamper 25% dari semua stroke terjadi pada orang berusia kurang dari ini,

dan hampir 4% terjadi pada orang berusia antara 15-40 tahun. Stroke jarang terjadi pada anak berusia kurang dari 15 tahun, tetapi jika terjadi, stroke ini biasanya disebabkan oleh penyakit jantung bawaan, kelainan pembuluh darah, trauma kepala atau leher, migrain, atau penyakit darah.

b. Faktor yang dapat dirubah (Reversible)

1. Hipertensi

Meningkatnya risiko stroke dan penyakit kardiovaskuler lain berawal pada tekanan 115/75 mmHg dan meningkat dua kali lipat setiap peningkatan 20/10 mmHg. Orang yang jelas menderita hipertensi (tekanan darah sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg atau tekanan darah diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg) memiliki risiko stroke tujuh kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tekanan darahnya normal atau rendah. Untuk orang yang berusia di atas 50 tahun, tekanan darah sistolik yang tinggi (140 mmHg atau lebih) dianggap sebagai faktor risiko untuk stroke atau penyakit kardiovaskuler lain yang lebih besar dibandingkan dengan tekanan darah diastolik yang tinggi. Namun, tekanan darah meningkat seiring usia dan orang yang memiliki tekanan darah normal pada usia 55 tahun mempunyai risiko stroke hampir dua kali lipat dibandingkan orang berusia muda.

2. Penyakit jantung

Orang yang mengidap masalah jantung, misalnya angina, fibrilasi atrium, gagal jantung, kelainan katup, katup buatan, dan cacat jantung bawaan, berisiko besar mengalami stroke. Bekuan darah yang dikenal sebagai embolus, kadang-kadang terbentuk di jantung akibat adanya kelainan di katup jantung, irama jantung yang tidak teratur, atau setelah serangan jantung. Embolus ini terlepas dan mengalir ke otak atau bagian tubuh lain. Setelah berada di otak, bekuan darah tersebut dapat menyumbat arteri dan menimbulkan stroke iskemik.

3. Kolesterol tinggi

Meskipun zat lemak (lipid) merupakan komponen integral dari tubuh kita, kadar lemak darah (terutama kolesterol dan trigleserida) yang tinggi meningkatkan risiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner. Keadaan ini juga dikaitkan dengan peningkatan 20% risiko stroke iskemik atau TIA.

4. Obesitas

Untuk mempertahankan berat badan, seorang dewasa yang sehat rata-rata memerlukan asupan makanan harian sekitar 30-35 kkal untuk setiap kilogram beratnya. Bagi orang yang lebih tua kebutuhan ini mungkin lebih sedikit, terutama jika mereka tidak banyak beraktivitas fisik. Makanan yang tidak sehat dan tidak seimbang (misalnya, makanan yang kaya

lemak jenuh, kolesterol, atau garam dan kurang buah serta sayuran) adalah salah satu faktor risiko stroke yang paling signifikan.

5. Diabete mellitus

Mengidap penyakit ini akan menggandakan kemungkinan terkena stroke, karena diabetes menimbulkan perubahan pada sistem vascular (pembuluh darah dan jantung) serta mendorong terjadinya aterosklerosis.

6. Strees emosional

Kadang-kadang pekerjaan, hubungan pribadi, keuangan, dan faktor-faktor lain menimbulkan stres psikologis, dan penyebabnya tidak selalu dapat dihilangkan. Meskipun sebagian besar pakar stroke menganggap bahwa serangan stres yang timbul sekali-sekali bukan merupakan faktor risiko stroke, namun stres jangka panjang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan kadar kolesterol.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke Iskemik, gejala klinis meliputi:

- d. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks

bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

e. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

f. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

g. Afasia (kesulitan dalam bicara) Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri.

Afasia dibagi menjadi 3 yaitu:

(1) Afasia motorik

Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak

dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

(2) Sensorik

Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensori pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren.

(3) Afasia global

Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

h. Disartria (bicara cedel atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian, pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

i. Gangguan penglihatan, diplopia.

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital.

Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf cranial III, IV dan VI.

j. Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.

k. Inkontinensia.

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

2.1.4 Penatalaksanaan

a. Keperawatan

1. Fase akut

Pasien yang koma dalam pada saat masuk rumah sakit dipertimbangkan mempunyai prognosis buruk. Sebaliknya, pasien sadar penuh menghadapi hasil yang lebih dapat diharapkan. Fase akut biasanya berakhir 48 sampai 72 jam. Dengan mempertahankan jalan napas dan ventilasi adekuat adalah prioritas dalam fase akut ini.

- a. Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.
- b. Intubasi endotrakea dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke masif, karena henti pernafasan biasanya faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini.
- c. Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia), yang mungkin berkaitan dengan kehilangan refleks jalan

napas, immobilitas, atau hipoventilasi.

- d. Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda gagal jantung kongestif.

b. Medis

Tindakan medis terhadap pasien stroke meliputi diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkat maksimum

3 sampai 5 hari setelah infark serebral. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari trombosit dapat diserepkan karena trombosit memainkan peran sangat dalam pembentukan trombus dan embolisasi

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral, dan luasnya area cedera.

a. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenisasi jaringan.

b. Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah.

Curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral.

Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi eksterm perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.

c. Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Disritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan pengehentian trombus lokal. Selain itu, disritmia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki.

2.2 Konsep Ketidakberdayaan

2.2.1 Pengertian

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). Ketidakberdayaan merupakan persepsi atau tanggapan klien bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukan tidak membawa hasil seperti yang diharapkan, sehingga klien sulit untuk mengendalikan situasi yang telah terjadi atau yang nantinya akan terjadi (Nanda, 2015).

Tentunya seseorang pasien yang telah mengalami ketidakberdayaan dia akan kehilangan kontrol terhadap hal yang akan terjadi didalam hidupnya dan meraka merasa segala sesuatu yang berada pada dirinya tidak bermakna, perasaan ketidakberdayaan muncul karena distress serta perubahan emosional seperti agitasi, frustrasi, marah, merasa takut dan cemas. Perasaan ketidakberdayaan ini dialami oleh pasien stroke dan seringkali disertai dengan depresi (Kanine, Esrom, 2018).

Ketidakberdayaan ialah suatu kondisi dimana individu merasa tidak mampu menahan segala hal menyakitkan dan tidak nyaman yang dialami oleh dirinya sendiri (Azari, 2020)

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 (Carpenito, 2018 dalam Novi N.A, 2017). Faktor yang berhubungan dengan ketidakberdayaan menurut (Doenges, Townsend, M, 2008 dalam Novi N.A, 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.

Dampak dari hormon glucocorticoid yang terdapat pada lapisan luar adrenal yang berpengaruh dalam metabolisme glukosa, selain gangguan struktur otak terdapat ketidakseimbangan neurotransmitter pada otak. Neurotransmitter adalah zat kimia yang berada pada otak yang kemudian ditransmisikan oleh salah satu neuron menuju neuron lain dengan menggunakan rangsangan tersebut.

2.2.4 kondisi klinis terkait ketidakberdayaan

Diagnosa yang tidak terduga atau baru, Peristiwa traumatis, Diagnosis penyakit kronis, Diagnosis penyakit terminal.

2.2.5 Tanda dan gejala

1. Batasan karakteristik SDKI :

- a. Mayor Subjektif : 1. Menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya. Objektif :1. Bergantung pada orang lain.
- b. 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 Pengasingan.

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
- Menurut (Nanda, 2011)

2.2.6 Faktor predisposisi

Menurut (Stuart & Laraia, 2005 dalam Asep Hidayat, 2014) 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

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

b. Psikologis

- 2. Memiliki pengalaman perubahan didalam gaya hidup akibat lingkungan tempat tinggal.
- 3. Ketidakmampuan dalam mengambil suatu keputusan serta mempunyai kemampuan untuk melakukan komunikasi verbal yang kurang atau tidak mampu untuk mengekspresikan perasaan yang dirasakan terkait dengan penyakit atau kondisi yang sedang terjadi.

4. Tidak mampu menjalankan peran akibat suatu penyakit secara progresif menimbulkan ketidakmampuan (stroke, kanker terminal dan AIDS)

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.

1. Identitas Pasien

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

2. 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)

3. Riwayat sekarang

- a. Riwayat kesehatan sekarang
- b. Riwayat kesehatan dahulu
- b. Riwayat kesehatan psikologi
- c. Riwayat kesehatan keluarga

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

- a. ketidakberdayaan
- b. kecemasan
- c. Penampilan tidak efektif

2.3.3 Intervensi Ketidakberdayaan

4. Tujuan Intervensi Keperawatan

- a. Tujuan Umum: Pasien Menunjukkan kepercayaan kesehatan dengan kriteria: merasa mampu melakukan, merasa dapat mengendalikan dan merasakan ada sumber-sumber
- b. Tujuan Khusus : Pasien menunjukkan partisipasi: keputusan perawatan kesehatan ditandai dengan
 1. Mengungkapkan dengan kata-kata tentang segala perasaan ketidakberdayaan.
 2. Mengidentifikasi tindakan yang berada dalam kendalinya
 3. menghubungkan tidak adanya penghalang untuk bertindak
 4. Mengungkapkan dengan kata-kata kemampuan untuk melakukan tindakan yang diperlukan
 5. Melaporkan dukungan yang adekuat dari orang terdekat, termasuk teman dan tetangga
 6. Melaporkan waktu, keuangan pribadi dan asuransi kesehatan yang memadai
 7. Melaporkan ketersediaan alat, bahan, pelayanan dan transportasi

5. Rencana Tindakan

- a. Bantu pasien untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berpengaruh pada ketidakberdayaan (misalnya: pekerjaan, aktivitas hiburan, tanggung jawab peran, hubungan antar pribadi). Rasional: mengidentifikasi situasi/hal-hal yang berpotensi dapat dikendalikan dan dapat digunakan sebagai sumber kekuatan bagi pasien.
- b. Diskusikan dengan pasien pilihan yang realistis dalam perawatan, berikan penjelasan untuk pilihan tersebut.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- i. Biarkan pasien mengemban tanggung jawab sebanyak mungkin atas praktik perawatan dirinya. Dorong kemandirian pasien, tetapi bantu pasien jika tidak dapat melakukannya.

Rasional: memberikan pilihan kepada pasien akan meningkatkan perasaannya dalam mengendalikan hidupnya.

- j. Berikan umpan balik positif untuk keputusan yang telah dibuatnya.

2.3.4 Implementasi

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)

2.3.5 Evaluasi

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 :

6. Berhasil : perilaku pasien sesuai dengan pertanyaan tujuan dalam waktu dan tujuan yang telah ditetapkan . Tercapai sebagian : pasien telah menunjukkan perilaku tetapi belum sebaik dengan perilaku yang telah ditentukan dalam pertanyaan tujuan.
7. 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 :

S : Data subyektif merupakan perkembangan suatu keadaan pasien yang didasarkan pada apa yang telah dirasakan, dikeluhkan dan yang diungkapkan.

O : Data obyektif merupakan perkembangan yang dapat diamatidan juga dapat diukur oleh seorang perawat atau tim kesehatan yang lainnya

A : Analisis merupakan penelitian dari kedua jenis data tersebut baik data subjektif maupun data objektif, apakah berkembang dengan baik atau malah kemunduran.

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

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian Keperawatan

<p>Nama : Ny H.</p> <p>Usia : 58 tahun</p> <p>Tahun no reg : -</p> <p>Ruangan : -</p> <p>Tgl masuk rs: -</p> <p>Tgl pengkajian : 5 oktober 2021</p> <p>Alamat : Jl. Puskesmas 29</p> <p>Kondisi Utama : lemas, kesemutan, anggota gerak atas dan bawah kanan masih tidak bisa digerakkan</p>	<p>Kondisi saat ini :</p> <p>Ny. H mengatakan badannya merasakan lemas dan anggota gerak atas dan bawah kanan masih tidak bisa digerakkan, pasien mengatakan tidak bisa melakukan kegiatan seperti dulu lagi dan merasa tidak berdaya akibat penyakitnya, pasien mengatakan kondisi ini membuat Ny. H merasa sangat kecewa, dan cemas karena pasien tidak dapat beraktivitas seperti sebelumnya, pasien merasa malu, juga merasa seperti diasingkan oleh keluarganya, dan takut selalu sering merepotkan keluarga, dan anaknya karena kegiatan sehari-hari seperti BAK, BAB harus dibantu oleh anak</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 2. Ny. H menderita diabetes melitus 1 tahun yang lalu 3. Ny. H sering mengkonsumsi coffe 4. Ny. H tidak rutin check up pelayanan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Badan lemas, mengalami kesemutan kesemutan, gatal, gemetaran pusing, Kadar glukosa darah tinggi 	Internal	Sejak 3 minggu yang lalu	<ul style="list-style-type: none"> • Stroke
Psikologis : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. H memiliki kepribadian yang terbuka setiap ada masalah akan dibicarakan dengan suaminya 2. Ny. H malu karena tidak bisa melakukan aktivitas dengan baik 3. Merasa kecewa akan penyakitnya yang ia derita 4. Pasien merasa seperti diasingkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Malu, jarang berkomunikasi, lemas. • Merasa diasingkan oleh keluarga • Sering kepikiran penyakitnya • Merasa tertekan Sering kepikiran penyakitnya 	Internal	Sejak 3 minggu yang lalu	<ul style="list-style-type: none"> • Cemas, takut panikan, kwatir
Sosiocultural : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. H seorang perempuan umur 58 tahun 2. Ny . H menikah dan memiliki 3 orang anak 3. Ny.H merupakan ibu rumah tangga 4. Sebelumnya Ny.H aktif terlibat dalam kegiatan dilingkungan tempat tinggal seperti perwiritan atau 	<ul style="list-style-type: none"> • Cemas karena tidak bisa bersosial mengikuti kegiatan lingkungan tempat tinggalnya 	Eksternal	Sejak 2 minggu yang lalu	Cemas

<p>Pengajian</p> <ol style="list-style-type: none"> Ny.H merupakan orang jawa dan menurut Ny.H tidak ada kebiasaan yang bertentangan dengan kesehatan Ny.H beragama islam dan taat menjalankan ibadah Ny.H jarang check up penyakitnya 				
<p>GENOGRAM</p> <p>Keterangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ : perempuan □ : laki-laki ○ : pasien // : cerai ┌ : garis keturunan └ : garis perkawinan □ : tinggal serumah dengan pasien ⊗ : meninggal 	<p>Ny.H Setelah menikah dan memiliki 3 orang anak, anak pertama perempuan dan kedua laki-laki</p>			

3.1.2 Penilaian (Respon) Terhadap Stressor

STRESSOR	KOGNITIF	AFEKTIF	FISIOLOGIS	PERILAKU	SOSIAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN
BIOLOGIS • (Stroke)	<ul style="list-style-type: none"> Menurut Ny.H penyakit Stroke diakibatkan karena coffe Menganggap penyakit yang diderita serius Tidak tahu apa yang harus dilakukan untuk penyakitnya 	<ul style="list-style-type: none"> Ny.H merasa malu,sedih dan bingung dengan kondisi penyakitnya 	<ul style="list-style-type: none"> Pusing Sulit tidur Tidak nafsu makan Ny.H tampak lemas Pemeriksaan TTV TD: 160/90 mmhg N : 85 x / menit P : 22 x / menit S: 37 ⁰ C <ul style="list-style-type: none"> SPO2= 90% Kgd sewaktu : 200 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> Ny.H jarang kontrol ke rumah sakit Ekspresi muka lesu Ny.H tampak lemas dan gemetaran 	<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"> Ketidak berdayaan

<p>PSIKOLOGIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • sedih, cemas, kesal dan Bingung dengan kondisi penyakit dan pengobatan serta Perawatannya 	<ul style="list-style-type: none"> • Ny.H tidak tahu bahwa badannya menjadi lemah, gemeteran dan luka yang lama sembuh merupakan dampak dari penyakit yang diderita • Ny.H mengaku bosan di rumah sakit • Ny.H tidak tahu pengobatan seperti apa lagi yang dapat dilakukan untuk mengobati penyakitnya 	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa kesal dengan 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 makan • Ny.H tampak lemas • Wajah Ny.H tampak lemas • Wajah Ny.H tampak pucat • Pemeriksaan TTV <p>TD: 160/90 mmhg N : 88 x / menit P : 20 x / menit S: 36⁰C</p> <ul style="list-style-type: none"> • SPO2= 90% • Kgd sewaktu : 200 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak cemas dan tidak tenang • Kadang Ny.H tampak murung • Ny.H tampak gelisah • Ny.H tampak pasif dalam menerima perawatan Ny.H menunduk saat bercerita 	<ul style="list-style-type: none"> • Hubungan Ny.H dengan suami baik • Ny.H kurang bersosialisasi dengan keluarga • Ny.H tetap mengikuti program pengobatan yang diberikan kepadanya akan tetapi sikap Ny.H pasif dalam menerima perawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansietas • Kurang pengetahuan
--	---	--	--	--	---	--

<p>SOSIAL BUDAYA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sering memikirkan anak-anak yang masih Yang jauh dari rumah merasa kasihan kepada suami yang harus menjaga dan merawatnya setiap hari. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ny.H merasa tidak berdaya dengan keadaannya sejarang yang tidak bisa bekerja bingung memikirkan anak-anak yang jauh merantau menurut pasien, dukungan keluarga nomor satu • Ny.H berfikir ia selalu merepotkan suaminya bila terlalu lama dalam keadaan seperti ini • Merasa Kasihan kepada suami yang harus menjaga dan merawat pasien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa khawatir dan sedih kepada suami yang merawatnya setiap hari • Merasa bersalah karena merasa merepotkan suami • Merasa bosan dengan keadaan sekarang 	<ul style="list-style-type: none"> • Pusing • Mual • Mulut tampak kering • Sulit tidur • Bahu terasa tegang • Konstipasi • Tidak nafsu makan • Ny.H tampak lemas • Wajah Ny.H tampak pucat Pemeriksaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontak mata ada tapi tidak bertahan lama • Volume suara mengecil • Ny.H tampak gelisah 	<ul style="list-style-type: none"> • Hubungan Ny.H dengan suami baik • Hubungan Ny.H dengan petugas kesehatan baik • Ny.H tetap mengikuti program pengobatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Penampilan peran tidak efektif
--	--	--	---	--	---	---

3.1.3 Sumber Koping

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERSONAL ABILITY	SOSIAL SUPPORT	MATERIA ASSETS	POSITIE BELIEFS	TERAPI
Ketidakberdayaan	<ul style="list-style-type: none"> Ny.H mampu mengungkapkan perasaan malu Ny.H mengatakan bila cemasnya memuncak maka ia akan mengambil air wudhu dan sholat 	<ul style="list-style-type: none"> Ny.H mendapat dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya terutama dari suaminya Suami dan adik Ny.H bergantian merawat pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Sosial ekonomi Ny.H menengah Pengobatan ditanggung BPJS Jarak rumah Ny.H dengan tempat pelayanan kesehatan lebih kurang 500 meter 	<ul style="list-style-type: none"> Ny.H percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya Ny.H berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan Suaminya 	Terapi spesialis: <ul style="list-style-type: none"> Relaksasi progresif Psikoedukasi keluarga Behavior therapy Psikoedukasi keluarga

Penampilan peran tidak efektif	<ul style="list-style-type: none"> • Ny.H dapat menyebutkan penyebab penampilan peran tidak efektif • Ny.H menganggap suami tidak mampu sebagai pengganti akibat kondisi yang berubah 			<ul style="list-style-type: none"> • Ny.H selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya • Ny.H yakin, bila ia mengikuti petunjuk dan saran dari petugas kesehatan maka ia akan cepat sembuh • Ny.H yakin suami dan keluarga mendukung supaya lekas sembuh • Ny.H percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya • Ny.H berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan suaminya 	
---------------------------------------	---	--	--	---	--

Kurang pengetahuan	<ul style="list-style-type: none"> Ny.H mampu mengenal dan menilai Komplikasi dari penyakitnya Ny.H mampu melatih cara hidup sehat 	<ul style="list-style-type: none"> Ny.H mendapat dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya terutama dari suaminya Suami dan keluarga Ny.H bergantian menjaga dan mengunjungi pasien Tetangga Ny.H dan teman di tempat kerja juga banyak yang mengunjungi pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Sosial ekonomi Ny.H menengah Ny.H tinggal di rumah sendiri, rumah permanen Sarana dan prasarana tersedia Biaya pengobatan ditanggung oleh asuransi BPJS Jarak rumah Ny H dengan tempat pelayanan kesehatan (RSMM) lebih kurang 500 meter 	<ul style="list-style-type: none"> Ny.H percaya bahwa petugas kesehatan akan membantunya Ny.H berharap cepat sembuh agar tidak merepotkan suaminya Ny.H selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya Ny.H yakin, bila ia mengikuti petunjuk dan saran dari petugas kesehatan maka ia akan cepat sembuh Ny.H yakin suami dan keluarga mendukung supaya lekas sembuh 	Terapi generalis: <ul style="list-style-type: none"> SP 1-2 kurang pengetahuan Terapi spesialis: <ul style="list-style-type: none"> Terapi suportif, FPE
---------------------------	--	--	---	--	--

3.1.4 Mekanisme Koping

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

3.1.5 Status Mental

1. Penampilan	Bersih, rapi, tidak tercium bau, Ny.H tampak lemas
2. Pembicaraan	Susah berbicara akibat dari kelumpuhan sebelah dari anggota tubuh (afasia)
3. Aktivitas motoric	Tubuh sulit digerakkan
4. Interaksi selama wawancara	Cukup kooperatif, meskipun afasia
5. Alam perasaan	Sedih, merasa cemas ,takut dan bingung mengenai kondisi penyakit, suami dan anak-anaknya
6. Afek	Datar
7. Persepsi	Ny.H mengalami 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	Ny.H dapat menyebutkan kembali nama suami
11. Daya ingat	Ny.H tidak dapat mengingat beberapa kejadian dalam hidupnya
12. Kemampuan berhitung	Kemampuan berhitung cukup baik
13. Penilaian	Ny.H belum mampu menyebutkan bagaimana caranya agar Ny.C lekas sembuh
14. Daya tilik diri	Ny.H menyadari bahwa saat ini ia sdang sakit, Ny.H hanya bisa berdoa supaya lekas sembuh agar tidak terus merepotkan suaminya. Ny.H menyadari ia memiliki suami, anak-anak dan keluarga yang menyayangnya dan mendukung kesembuhannya

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

3.2 Diagnosa Dan Terapi

DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN TERAPI KEPERAWATAN	DIAGNOSA MEDIS
1. Ansietas Sp1: menjelaskan 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 melalui kegiatan spritual Terapi Spesialis: PMR,TS,Logo ACT Penampilan peran tidak efektif Terapi perilaku 2. Kurang pengetahuan Terapi suportif, FPE	Stroke

3.3 Implementasi Tindakan Kperawatan Dan Evaluasi

IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI
Tanggal : 05 Oktober 2021 Jam : 11.00 wib a. Kaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan pasien mengurangi ketidakberdayaan b. Jelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat dari kecemasan c. Latihan cara mengatasi kecemasan : 1) Teknik relaksasi napas dalam 2) Distraksi : bercakap-cakap hal positif 3) Hipnotis 5 jari fokus padahal-hal yang positif d. Bantu pasien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan.	S : <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan : merasa lebih tenang tetapi belum sepenuhnya cemasnya hilang Pasien mengatakan ia mampu mengidentifikasi situasi yang mencetus ansietas O : <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak rileks dan tidak gelisah lagi Klen mampu menjelaskan kembali penjelasan yang sudah diberikan A : Ansietas (+)

	<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 pasien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan
<p>Tanggal : 06 Oktober 2021</p> <p>Jam : 11.00 wib</p> <p>a. Latihan cara mengatasi kecemasan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teknik relaksasi napas dalam - Distraksi : bercakap-cakap hal positif - Hipnotis 5 jari fokus padahal-hal yang positif <p>b. Bantu pasien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan : merasa lebih tenang dan tidak merasa cemas lagi • Pasien mengatakan ia mampu mengidentifikasi situasi yang mencetus ansietas • Pasien mengatakan sudah bisa melakukan teknik tarik napas dalam • Pasien mengatakan sudah bisa melakukan teknik distraksi • Pasien mengatakan sudah bisa melakukan teknik hipnotis 5 jari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak rileks dan tidak gelisah lagi • Klen mampu menjelaskan kembali penjelasan yang sudah diberikan • Pasien mampu melakukan teknik napas dalam • Pasien mampu melakukan distraksi • Pasien mampu melakukan hipnotis 5 jari

	<p>A : Ansietas (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bantu pasien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan • Terapi Perilaku • Terapi Kognitif • Pendidikan Kesehatan
<p>Tanggal : 07 Oktober 2021</p> <p>Jam : 11.00 wib</p> <p>a. Latihan cara mengatasi kecemasan kepada klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teknik relaksasi napas dalam - Distraksi : bercakap-cakap hal positif - Hipnotis 5 jari fokus padahal-hal yang positif <p>b. Bantu pasien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan.</p>	<p>S : pasien mengatakan kecemasan sedikit berkurang, mampu mengatas 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: Ansietas (-)</p> <p>P : Latihan relaksasi nafas dalam 3x sehari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distraksi 3x sehari <p>Latihan hipnotis 5 jari 3x sehari</p>
<p>Tanggal : 08 Oktober 2021</p> <p>Jam : 11.00 wib</p> <p>a. Latihan cara mengatasi kecemasan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teknik relaksasi napas dalam - Distraksi : bercakap-cakap hal positif - Hipnotis 5 jari fokus padahal-hal yang positif <p>b. Bantu pasien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan</p>	<p>S: pasien masih malu akan penyakitnya, namun pasien terlihat mau berkomunikasi kepada suami.</p> <p>O: pasien terlihat masih merasa harga dirinya rendah, tidak mampu mengidentifikasi masalahnya sendiri</p> <p>A: Ansietas (-)</p> <p>P : Latihan relaksasi nafas dalam 3x sehari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distraksi 3x sehari <p>Latihan hipnotis 5 jari 3x sehari</p>

Tanggal : 09 Oktober 2021 Jam : 10.00 wib a. 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 	S: Pasien mengatakan: ansietasnya belum teratasi karena pasien masih belum merasa tenang, masih cemas, dan masih merasa tidak berdaya. O: pasien terlihat masih merasa tidak berdaya akan penyakitnya, belum mampu mengidentifikasi situasi pemicu dari ansietas
--	---

<p>b. Bantu pasien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan</p>	<p>A: Ansietas (-)</p> <p>P : Latihan relaksasi nafas dalam 3x sehari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distraksi 3x sehari <p>Latihan hipnotis 5 jari 3x sehari</p>
<p>Tanggal : 10 Oktober 2021 Jam : 11.00 wib</p> <p>a. Latihan cara mengatasi kecemasan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teknik relaksasi napas dalam - Distraksi : bercakap-cakap hal positif - Hipnotis 5 jari fokus padahal-hal yang positif <p>b.Bantu pasien melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan.</p>	<p>S: pasien sudah mampu mengidentifikasi masalah, pasien mampu melakukan teknik Tarik nafas dalam secara mandiri</p> <p>O: pasien terlihat antusias, mengidentifikasi masalahnya sendiri</p> <p>A: Ansietas (-)</p> <p>P : Latihan relaksasi nafas dalam 3x sehari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distraksi 3x sehari <p>Latihan hipnotis 5 jari 3x sehari</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada pembahasan hal ini penulis membahas tentang kesenjangan yang ditemukan antara teori dengan kasus yang penulis buat, pada pembahasan ini penulis menganalisa tentang hambatan yang ditemukan pada saat penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

Pada tahap pengkajian ditemukan adanya beberapa kesenjangan diantaranya respon perilaku. Pada respon perilaku menurut teori tanda gejalanya adalah rasa terbakar di jantung, sering kencing dan kulit terasa panas, sedangkan pada kasus adalah pasien tidak menunjukkan respon perilaku seperti pada teori. Hal ini disebabkan karena kecemasan yang dialami pasien masih tahap sedang.

Pada tahap diagnosa dan perencanaan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus dimana diagnosa yang diangkat adalah kecemasan, penampilan peran tidak efektif dan kurang pengetahuan sama halnya dengan intervensi, rencana asuhan keperawatan pada Ny. H dimulai setelah data terkumpul yang didapat dari hasil pengkajian. Tindakan yang diberikan pun yaitu terapi dan pendidikan kesehatan. Pembahasan pada implementasi penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang sudah ditetapkan. Sebelumnya penulis melakukan kontrak waktu kepada pasien untuk melakukan implementasi, selama tahap implementasi tidak ada hambatan dan pasien kooperatif dalam mengikuti terapinya.

Pada tahap evaluasi penulis hanya dapat melaksanakan diagnosa keperawatan yang pertama saja. Pada 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 distraksi
- f. Mampu mengatasi ansietas melalui hipnotis lima jari
- g. Mampu mengatasi ansietas melalui kegiatan spritual

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Konsep asuhan keperawatan di harapkan yang telah disusun dan dilaksanakan kepada Ny.H dimiliki dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi didapat hasil bahwa Ny.H dengan keluhan utama malu akan penyakit stroke sehingga tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya data objektif yaitu pasien tampak badan lemas, kesemutan, gatal, gemetaran pusing luka yang lama sembuh, Tekanan darah tinggi Dari masalah masalah diatas maka diperoleh prioritas masalah yang diangkat adalah tentang kebutuhan rasa aman nyaman yang berfokus pada cemas. Kemudian diberikan intervensi secara konsep yaitu terapi teknik relaksasi napas dalam, terapi distraksi, hipnotis lima jari dan pendidikan kesehatan. Dari hasil implementasi ada beberapa intervensi yang berhasil teratasi seperti pasien mengatakan sudah lebih tenang dan cemas nya sedikit berkurang dan mampu mengenali gejala, tanda, penyebab dan akibat dari kecemasan. Sedangkan pasien masih bingung dalam melakukan terapi hipnotis lima jari maka intervensi dilanjutkan.

5.2 Saran

1. Untuk Keluarga

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

2. Untuk Masyarakat/Pembaca

Diharapkan kasus dan materi ini dapat dijadikan sebagai bahan ajar dan data untuk menangan dan menghadapi kasus ketidakberdayaan pada masalah psikososial.

DAFTAR PUSTAKA

- 1 Kemenkes. (2018). Profil kesehatan indonesia tahun 2018 Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- 2 Lemone, P., & Burke, K. (2019). *Medical surgical nursing: assement & management of clinical problem. 7th Edition*. St. Louis: Missouri. Mosby-Year Book, Inc
- 3 Mutaqqin, A. (2013). Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan
- 4 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>
- 5 Pardede, JA, Keliat, BA, Damanik, RK, & Gulo, ARB (2020). Optimalisasi Coping Perawat dalam Mengatasi Kecemasan di Masa Pandemi Covid-19 di Era New Normal. *Jurnal Peduli Masyarakat* , 2 (3), 105-112. <https://doi.org/10.37287/jpm.v2i3.128>
- 6 Tarwanto,(2013),*Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta:CV Sagung Seto.
- 7 Price, S.A., & Wilson, L. M. (2006). Patofisiologi konsep klinis proses penyakit. Edisi 3, Jakarta : EGC
- 8 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), 12.
- 9 Sitorus, R. J. (2019). Faktor-faktor resiko yangb mempengaruhi kejadian stroke pada usia muda kurang dari 40 tahun (studi kasus di semarang). *Jurnal Epidemiologi*. Diunduh pada tanggal 23 Juli 2017 dari <http://www.eprints.undip.ac.id/6482.pdf>
- 10 Smeltzer,S.C., & Bare, B. G. (2018). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing. 11th edition*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins
- 11 Stockslager, J., & Schaeffer, L. (2019). Buku Saku: Asuhan Keperawatan Geriatric.
- 12 Word Health Organization (WHO). (2014). *Environmental health*.diunduh pada 23 juli 2017 dari <http://www.who>.

- 13 Pardede, J. A. (2020). Konsep Ketidakberdayaan. doi: [10.31219/osf.io/hd3g6](https://doi.org/10.31219/osf.io/hd3g6)
- 14 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>.
- 15 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.
- 16 PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1 Jakarta : DPP PPNI.
- 17 Pardede, J. A. (2020). Terapi Keluarga.
- 18 Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, And Prevention. *Medika Tadulako: Jurnal Ilmiah Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan*, 6(1), 60-73.
- 19 Nuraliyah, S., & Burmanajaya, B. (2017). Mekanisme Koping dan Respon Ketidakberdayaan pada Pasien Stroke. *JURNAL RISET KESEHATAN POLTEKES DEPKES*, 39-40. <https://doi.org/10.34011/juriskesbdg.v11i1.227>
- 20 Setiawan, I. D., Trisyani, Y., & Lumbantobing, V. B. M. (2018). *Pengalaman Hidup Pasien Paska Stroke Di Bandung (The Life Experiences of Post-Stroke Patients In Bandung)*. *Journal of Nursing Care and Biomolecular*, 3(1), 42-51. <http://dx.doi.org/10.32700/jnc.v3i1.70>
- 21 Dewi, Fuji. P. (2017). Efektifitas Pemberian Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke di IGD Rumah Sakit Pusat Otak Nasional. Universitas Muhammadiyah. Jakarta
- 22 Hermawati. (2017). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Intervensi Pemberian Posisi Elevasi Kepala Untuk Meningkatkan Nilai Saturasi Oksigen Di Ruang Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017. Stikes Muhammadiyah Samarinda :
- 23 Hermawati. (2017). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Intervensi Pemberian Posisi Elevasi Kepala Untuk Meningkatkan Nilai Saturasi Oksigen Di Ruang Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017. Stikes Muhammadiyah Samarinda
- 24 Pramudita, A., & Pudjonarko, D. (2016). *Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Fungsi Kognitif Penderita Stroke Non Hemoragik*. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 5(4), 460-474. doi.org/10.14710/dmj.v5i4.14242

- 25 Nugraha, D. W., Dodu, A. E., & Chandra, N. (2017). *Klasifikasi Penyakit Stroke Menggunakan Metode Naive Bayes Classifier (Studi Kasus Pada Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu)*. *semanTIK*, 3(2).
- 26 Pardede, J. A., Huda, A., Saragih, M., & Simamora, M. (2021). Verbals Bullying Related to Self-Esteem on Adolescents. *Jendela Nursing Journal (JNJ)*, 5(1), 16-22. <https://doi.org/10.31983/jnj.v5i1.6903>
- 27 Pardede, J. A., Safitra, N., & Simanjuntak, E. Y. (2021). Konsep Diri Berhubungan Dengan Kejadian Depresi Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 5(3), 92-99. <http://dx.doi.org/10.32419/jppni.v5i3.240>
- 28 Azari, A. A., & Zururi, M. I. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Pada Lansia. *Medical Jurnal Of Al Qodiri*, 6(2), 66-72.
- 29 Pardede, J. A., Sitepu, S. F. A., & Saragih, M. (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam dengan Terapi Hipnotis Lima Jari Terhadap Kecemasan Pre Operatif. *Jurnal Kesehatan Jiwa*, 1(10).