

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stroke non hemoragik

1. Pengertian

Stroke merupakan manifestasi akut disfungsi neurologis sebagian atau seluruhnya pada otak, sumsum tulang belakang atau retina yang berlangsung lebih dari 24 jam dan dapat mengakibatkan kematian akibat kerusakan pembuluh darah. Stroke yang disebabkan oleh infark yang dibuktikan melalui pemeriksaan radiologi, patologi, atau bukti lain yang menunjukkan iskemi otak, medulla spinalis, atau retina disebut stroke iskemik atau stroke non hemoragik (Kemenkes, 2019).

Stroke non hemoragik merupakan suatu tanda klinis terjadinya disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan oleh tidak mencukupinya aliran darah ke otak sehingga merusak kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak. Stroke non hemoragik adalah akibat umum dari aterosklerosis pembuluh darah otak besar dan kecil. Pada stroke non hemoragik penyumbatan dapat terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak (Saraswati, 2021).

Stroke non hemoragik adalah terjadinya sumbatan pada pembuluh darah atau hipoperfusi jaringan pada otak yang disebabkan berbagai faktor seperti aterosklerosis di jantung atau pembuluh darah di otak, emboli atau ketidakstabilan hemodinamik. Terdapat dua faktor yang dapat mencegah maupun memperberat stroke yaitu: faktor-faktor yang dapat dimodifikasi yaitu hipertensi, merokok, alkohol, narkoba, kurang beraktifitas, hiperlipidaemia, diet, diabetes melitus, atrial fibrillation, genetik. Faktor yang tidak dapat diubah yaitu usia, jenis kelamin, Ras/ethnic, *Transient ischaemic attack* (TIA) (Kuriakose,dkk., 2020).

2. Penyebab dan faktor predisposisi

Beberapa faktor risiko stroke yang dapat diidentifikasi diantaranya (Kemenkes, 2019) :

a. Riwayat keluarga

Faktor genetik merupakan salah satu risiko stroke di kemudian hari. Untuk memperkirakan adanya faktor genetik penyebab stroke dapat dilakukan anamnesis riwayat keluarga pasien stroke (Kemenkes, 2019).

b. Penyakit kardiovaskular

Risiko stroke meningkat pada orang dengan riwayat penyakit aterosklerotik, seperti penyakit jantung koroner, gagal jantung dan klaudikasio intermiten. Pencegahan stroke pada orang dengan faktor risiko tersebut dapat dilakukan dengan pemberian antiplatelet, yang akan dibahas pada bagian lain pedoman ini (Kemenkes, 2019).

c. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko stroke yang paling banyak, termasuk stroke lacunar. *The Joint National Committee Eighth* (JNC 8) dan *European Stroke Organization* (ESO) merekomendasikan skrining tekanan darah secara teratur dan penanganan yang sesuai (kelas I, peringkat bukti A), termasuk modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologik dengan target tekanan darah sistolik <150 mmHg dan diastolic <90 mmHg. Obat antihipertensi yang dapat dijadikan pilihan diantaranya diuretic tiazid, penyekat kanal kalsium penghambat angiotensin-converting enzyme, atau penyekat reseptor angiotensin. Untuk pasien dengan gagal ginjal kronik, obat antihipertensi yang digunakan adalah penghambat angiotensin-converting enzyme atau penyekat reseptor angiotensin (Kemenkes, 2019).

d. Merokok

Setiap pasien perlu ditanyakan apakah merokok atau tidak. Pasien

disarankan untuk berhenti merokok mengingat bukti epidemiologi yang menunjukkan rokok berisiko menyebabkan stroke iskemik dan perdarahan subarachnoid. Strategi penghentian merokok yang dapat dilakukan diantaranya konseling, penggunaan pengganti nikotin atau pemakaian obat oral untuk berhenti merokok. Beberapa hal yang perlu diketahui terkait rokok yaitu (Kemenkes, 2019):

- 1) Merokok menyebabkan peningkatan koagulabilitas darah, viskositas darah, kadar fibrinogen, mendorong agregasi platelet, meningkatkan tekanan darah, meningkatkan hematokrit, menurunkan kolesterol HDL dan meningkatkan kolesterol LDL.
- 2) Berhenti merokok dapat memperbaiki fungsi endotel.
- 3) Perokok pasif berisiko sama dengan perokok aktif.

e. Diabetes

Diabetes meningkatkan risiko stroke. Oleh karena itu, sebaiknya dilakukan pemeriksaan gula darah teratur. Kontrol gula darah dilakukan dengan modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologi. Pada pasien diabetes disarankan untuk mengontrol tekanan darah (target 130/80 mmHg sesuai JNC 8) dan dislipidemia. Hipertensi pada pasien diabetes dapat diberikan ACEI dan ARB, sementara dislipidemia dapat diberikan statin (Kemenkes, 2019).

f. Dislipidemia

Dislipidemia merupakan penyebab stroke keempat terbanyak di Indonesia, terutama pada stroke iskemik. Pasien dislipidemia disarankan melakukan modifikasi gaya hidup dan diberikan inhibitor HMG-CoA reductase (statin), terlebih pada pasien berisiko tinggi seperti riwayat jantung koroner dan diabetes. Pasien dengan LDL-C >150 mg/dL sebaiknya mendapat terapi (Kemenkes, 2019).

g. Fibrilasi atrium

Setiap pasien berusia >65 tahun sebaiknya dilakukan pemeriksaan nadi dan EKG untuk melihat adanya fibrilasi atrium. Justifikasi pemberian antikoagulan disesuaikan dengan skor CHA₂ DS₂-VASc. Pada pasien *non-valvular atrial fibrillation* yang diketahui menderita atrial fibrilasi dengan skor CHA₂ DS₂-VASc ≥ 2 sebaiknya diberikan antikoagulan. Pilihan antikoagulan adalah new-oral anticoagulants (NOACs) seperti dabigatran, apixaban, rivaroxaban atau warfarin dengan target INR 2,0-3,0. NOAC diketahui memiliki efektivitas yang lebih baik dengan warfarin, dengan efek samping yang relatif sama kecuali pada perdarahan gastrointestinal (lebih banyak pada NOAC). Pasien dengan CHA₂ DS₂-VASc skor 1 dengan risiko komplikasi perdarahan rendah, boleh tidak diberikan antitrombotik, antikoagulan ataupun aspirin. Sementara pasien dengan skor CHA₂ DS₂-VASc skor 0 tidak perlu diberikan antikoagulan. Pasien AF yang tidak bisa mendapatkan antikoagulan oral dapat diberikan aspirin. Pasien AF dengan katup jantung prostetik perlu mendapat antikoagulan jangka panjang dengan target INR berdasarkan tipe katup prostetiknya, tetapi tidak kurang dari INR 2,0 – 3,0 (Kemenkes, 2019).

h. *Patent foramen ovale* (PFO) dengan *right to left shunt*

Foramen ovale adalah celah yang ada antara dinding atrium kanan dan kiri, sehingga menyebabkan darah mengalir dari atrium kanan dan kiri. Pada sekitar 25% orang, celah ini tidak menutup, walaupun begitu sebagian besar orang tidak mengalami gejala. Pada pasien PFO, beberapa faktor seperti adanya *right to left shunt* (RLS) saat istirahat, RLS saat valsava, atau PFO disertai aneurisma septum arteria tau peningkatan mobilitas septum intraarteri diketahui berhubungan dengan stroke kriptogenik, dimana bentuk terseringnya adalah *embolic stroke of unknown source* (ESUS). ESUS paling baik dideteksi dengan *transesophageal*

echocardiography (TEE) yang juga dapat mendeteksi PFO. Namun, untuk mendeteksi RLS saat valsava paling baik menggunakan *agitated saline transcranial Doppler* (TCD) atau TCD *bubble contrast*. Pemeriksaan ini digunakan untuk melihat microemboli yang didasarkan atas penyuntikan microemboli secara intravena menggunakan campuran antara saline dan udara dengan perbandingan 1 cc udara : 9 cc saline atau pada pasien yang tidak diabetes dapat menggunakan glukosa. Seperti yang dilaporkan pada *tsivgoulis*, *agitated saline solution* aman digunakan dalam mendeteksi RLS. Berdasarkan penelitian yang ada, PFO diketahui dapat berhubungan dengan stroke terutama pada usia <55 tahun (Kemenkes, 2019).

i. Penyakit jantung lain

Pasien dengan riwayat infark miokard dengan elevasi segmen ST (*ST elevation myocardial infarct*, STEMI) dengan trombus mural ventrikel kiri atau kelainan akinetik segmen ventrikel kiri dapat diberikan warfarin untuk mencegah terjadinya stroke (Kemenkes, 2019).

3. Manifestasi klinis

Menurut Nurhidayat (2019) serangan stroke menyebabkan berbagai manifestasi defisit neurologik, tergantung pada letak lesi, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat. Tanda dan gejala dari stroke antara lain adalah kehilangan fungsi motorik, kehilangan fungsi berbahasa (afasia), gangguan fungsi persepsi, kerusakan kognitif dan efek psikologik, gangguan fungsi intelektual (demensia).

4. Patofisiologi

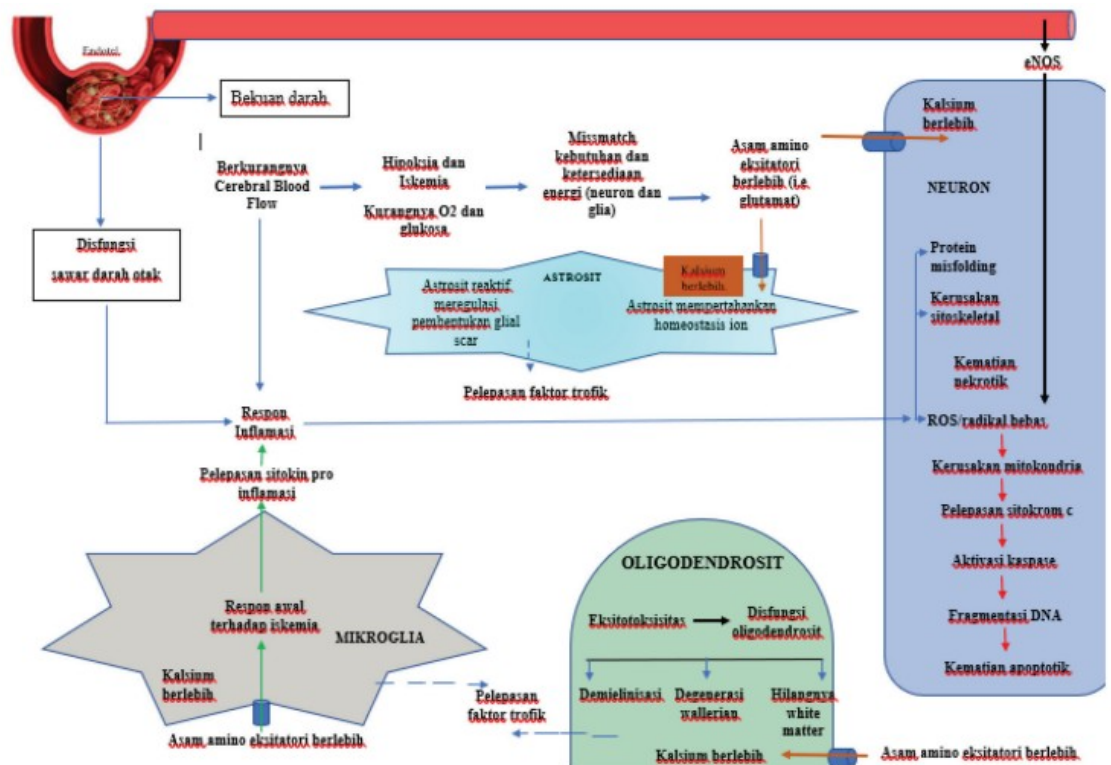
Stroke non hemoragik disebabkan oleh penurunan yang menetap atau sesaat dari aliran darah di arteri serebri, yang umumnya disebabkan oleh emboli atau trombus. Sebanyak 75% dari kasus

emboli berasal dari arteri ke arteri atau dari jantung. Emboli mengakibatkan penyumbatan arteri yang besar, dan kerusakan yang terjadi tergantung dari kolateral di bagian distal penyumbatan. Trombosis biasanya mengenai arteri kecil sehingga mengakibatkan infark lakuner atau ensefalopati sub-kortikal. Mikroangiopati menyebabkan trombosis dan hialinisasi terjadi pada 20% kasus. Oksidasi-fosforilasi adalah sumber utama energi di otak. Otak adalah organ dengan tingkat konsumsi oksigen dan glukose sangat tinggi serta tidak mempunyai cadangan energi, sehingga sangat rentan terhadap iskemik (Andyana, 2020).

Aliran darah otak (ADO) dalam keadaan normal adalah 50-60 ml/100 gram/menit jaringan otak, bila ADO menurun antara 10-25 ml/100 gram/menit maka akan terjadi aliran listrik yang senyap. ADO dibawah 10 ml/100 gram/ menit maka akan terjadi kematian sel melalui mekanisme nekrosis, daerah tersebut dikenal sebagai inti infark. Daerah antara inti infark dan sel normal, penurunan ADO tidak begitu berat seperti daerah inti infark dan masih ada perfusi dari pembuluh darah kolateral, sehingga untuk pemeliharaan fungsi sel energinya tidak seperti sel normal. ADO di daerah ini antara (10-25 ml/100 gram/menit), ini disebut iskemik penumbra, yang sangat potensial untuk dilakukan intervensi, dan merupakan target dari obat neuroprotektan. Pemberian terapi pada daerah ini akan menyelamatkan sel otak dan bila tidak diberikan terapi maka akan terjadi kematian sel lewat mekanisme apoptosis (Andyana, 2020).

Mekanisme yang multiple seperti eksitotoksik, respon mitokondria, pelepasan radikal bebas, misfolding protein, reaksi inflamasi, aktivasi sel glia (mikroglia dan astrosit) mengakibatkan kematian neuron, tetapi beberapa jalur ini juga berperan dalam penyembuhan. Faktor yang mempengaruhi perbaikan maupun kerusakan neuron adalah keseimbangan antara faktor yang merugikan dan menguntungkan. Inflamasi pada awalnya akan mengakibatkan

kerusakan sel neuron/jaringan dengan melepaskan sitokin dan radikal bebas, tetapi juga berefek memperbaiki sel neuron dengan cara remodeling sinaptik. Sel glia juga berperan ganda, saat fase penyembuhan adalah memperbaiki sawar darah otak, menstimuli angiogenesis dan sinaptogenesis, tetapi juga saat pembentukan jaringan parut mencegah plastisitas neuron, seperti gambar dibawah (Andyana, 2020).



Sumber : I Made Oka Adnyana, 2020

Patofisiologi utama stroke adalah penyakit jantung atau pembuluh darah. Manifestasi sekunder di otak adalah hasil dari satu atau lebih dari penyakit yang mendasari atau faktor resiko. Patologi utama termasuk hipertensi, aterosklerosis yang mengarah ke penyakit arteri koroner, dislipidemia, penyakit jantung, dan hiperlipemia (Charisma, 2021).

Patofisiologi stroke non hemoragik atau iskemik merupakan penyumbatan yang disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada

pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60 sampai 90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang biasa terjadi di dalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak (Charisma, 2021).

Oklusi akut pada pembuluh darah otak membuat darah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti adalah daerah atau bagian otak yang memiliki aliran darah kurang dari 10cc/100g jaringan otak tiap menit. Daerah ini beresiko menjadi nekrosis dalam hitungan menit. Daerah penumbra adalah daerah otak yang aliran darahnya terganggu tetapi masih lebih baik dikarenakan daerah ini masih mendapat suplai perfusi dari pembuluh darah (Charisma, 2021).

Infark iskemik serebri sangat erat hubungannya dengan aterosklerosis dan arteriosklerosis. Aterosklerosis dapat menimbulkan bermacam-macam manifestasi klinis dengan cara (Nim, 2018) :

- a) Menyempitnya lumen pembuluh darah dan mengakibatkan insufisiensi atau jantung tidak dapat memompa darah secara memadai keseluruhan tubuh.
- b) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadinya thrombus dan perdarahan aterm.

Dapat terbentuk thrombus yang kemudian terlepas sebagai emboli. Menyebabkan aneurisma yaitu lemahnya dinding pembuluh darah atau menjadi lebih tipis sehingga dapat dengan mudah robek.

5. Kondisi pascastroke

Pasca stroke adalah kondisi dimana seseorang telah mengalami serangan stroke sebelumnya dan memasuki pada tahap pemulihan atau rehabilitasi, pasien dapat dikatakan pasca stroke ketika telah melewati 48 jam pertama serangan stroke, 2 minggu sampai dengan hingga 6 bulan setelah serangan stroke disebut pasca stroke (Suzana, 2019).

Kondisi pasca stroke yang sering terjadi adalah terjatuh saat memulai menggerakkan sendi untuk berdiri dan berjalan, hal ini karena penurunan kemampuan untuk menyangga, menahan, dan menyeimbangkan massa tubuh, kesulitan untuk memulai, mengarahkan dan mengukur kecepatan otot (Pongantung, 2018).

Kemudian pasien pasca stroke mengalami kondisi *self care defisit* yaitu ketergantungan pada orang lain untuk melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, makan, minum dan sebagainya sehingga perlu adanya bantuan dari keluarga atau orang terdekat (Suzana, 2019).

Pasien pasca stroke mengalami berbagai gejala sisa sehingga harus menjalani perawatan dalam jangka waktu yang panjang. Perawatan pada pasien pasca stroke terdiri dari beberapa fase yaitu fase akut dan rehabilitasi. Fase akut perawatan pasien dilakukan di rumah sakit dengan tujuan untuk penanganan gangguan oksigenasi pada jaringan otak. Fase rehabilitasi dilakukan setelah kondisi pasien stabil. Perawatan pasien pasca stroke pada fase rehabilitasi ditujukan untuk penanganan gejala sisa yang dialami pasien. Pada fase pasca stroke perawatan pasien lebih banyak dilakukan di rumah. Pasien pasca stroke hanya kontrol ke rumah sakit untuk melakukan berbagai terapi rehabilitasi dan untuk mengambil obat yang harus mereka konsumsi. Kondisi tersebut dapat menyebabkan pemenuhan kebutuhan pasien pasca stroke lebih berfokus pada masalah fisik dan masalah psikologis (Pongantung, 2018).

Kebutuhan psikologis yang tidak terpenuhi dapat menyebabkan pasien pasca stroke mengalami berbagai masalah seperti depresi, keputusasaan, ketidakberdayaan, cemas dan lain-lain. Masalah psikososial

yang dialami pasien paska stroke dapat memperberat kondisinya dan menyebabkan pencapaian tujuan perawatan pada fase rehabilitasi membutuhkan waktu lebih lama. Selain itu kecemasan, depresi dan rendahnya dukungan sosial terhadap pasien paska stroke dapat menurunkan kualitas hidupnya (Oros, 2016).

Sebagian besar pasien paska stroke mengalami masalah psikologis seperti ketidakberdayaan yang diakibatkan proses penyakit yang melemahkan dan melumpuhkan anggota tubuh pasien hingga pengobatan yang panjang yang dapat menimbulkan ketidakberdayaan. Penderita penyakit kronis khususnya pada penyakit stroke akan mengalami ketidakberdayaan akibat dari pengobatan dan harapan kesembuhan terhadap penyakitnya (Hermawati, 2022).

Pemenuhan kebutuhan psikososial pasien paska stroke pada fase rehabilitasi harus dipenuhi melalui kerjasama antara petugas kesehatan dengan keluarga di rumah. Agar perawatan sesuai dengan kebutuhan yang dirasakan pasien paska stroke, maka perawat harus melakukan pengkajian terhadap kebutuhan psikososial yang dibutuhkan oleh pasien paska stroke (Oros,2016).

B. Konsep ketidakberdayaan

1. Definisi ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan adalah pandangan seseorang bahwa segala tindakan tidak akan mendapatkan hasil atau suatu keadaan individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan (Pardede,2020). Ketidakberdayaan merupakan persepsi atau respon seseorang bahwa tindakan yang dilakukannya tidak akan membawa hasil yang diharapkan atau tidak akan membawa perubahan hasil seperti yang diharapkan sehingga menyulitkannya dalam mengendalikan keadaan yang terjadi. Ketidakberdayaan adalah perasaan seseorang yang tidak memiliki kendali atas kejadian, orang, atau situasi yang mempengaruhi cara

pandang tujuan dan gaya hidup (Wahyudi, 2020).

Ketidakterdayaan adalah pengalaman tentang kurangnya kontrol seseorang terhadap situasi persepsi bahwa sesuatu tidak akan bermakna mampu mempengaruhi terhadap hasil yang ingin dicapai. Ketidakterdayaan dapat muncul akibat kebiasaan dimasa lampau dan perubahan kemampuan fisik akibat penyakit (Ummah, 2018). Ketidakterdayaan adalah suatu kondisi dimana individu merasa tidak mampu menahan segala hal menyakitkan dan tidak nyaman yang dialami oleh dirinya sendiri (Azari, 2020)

2. Etiologi ketidakterdayaan

Etiologi ketidakterdayaan antara lain (PPNI, 2018):

- a) Program pengobatan/perawatan yang mempunyai jangka panjang.
- b) Lingkungan yang tidak mendukung dalam pengobatan/perawatan.
- c) Interaksi interpersonal yang tidak memuaskan.

Ketidakterdayaan disebabkan karena kurangnya pengetahuan, ketidakadekuatan coping sebelumnya (seperti: Depresi), serta kurangnya kesempatan dalam membuat keputusan (Novi, 2019).

Faktor yang berhubungan dengan ketidakterdayaan yaitu (Novi, 2019):

- 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.

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 pasien 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)

4. Tanda dan gejala

a) Batasan karakteristik (PPNI,2018) :

- 1) Mayor Subjektif : Menyatakan frustasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya
Objektif : Bergantung pada orang lain
- 2) Minor Subjektif : Merasa dasingkan, Menyatakan keraguan tentang kinerja peran, Menyatakan kurang kontrol, Menyatakan rasa malu dan Merasa tertekan (depresi).
Objektif : Tidak berpartisipasi dalam perawatan dan Pengasingan

b) Batasan karakteristik pasien dengan ketidakberdayaan.

Ketidakberdayaan yang dialami pasien terdiri dari energi dan tingkatan yaitu (Novi, 2019) :

- 1) Rendah : Pasien akan mengungkapkan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi dan bersikap positif.
- 2) Sedang : Pasien akan mengalami ketergantungan kepada orang lain yang dapat mengakibatkan itabilitas, ketidaksukaan dan rasa bersalah.
- 3) Berat : Pasien akan menunjukkan sikap apatis, depresi terhadap perubahan dalam dirinya yang telah terjadi.

5. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan suatu faktor resiko yang menjadi sumber utama stress dan memiliki pengaruh dalam tipe dan sumber individu untuk menghadapi stress secara biologis, psikologis dan sosial budaya, faktor predisposisi tersebut antara lain (Sarani, 2021) :

a. Biologis

- 1) Riwayat keturunan
- 2) Gaya hidup (Merokok, Alkohol dan zat adiktif)
- 3) Penderita penyakit kronis (stroke, diabetes melitus)
- 4) Memiliki riwayat penyakit jantung paru-paru yang mengaktifkannya sehari-hari pasien.
- 5) Memiliki riwayat menderita penyakit secara progresif menimbulkan ketidakmampuan (Stroke, kanker terminal dan Aids)

b. Psikologis

- 1) Memiliki pengalaman perubahan didalam gaya hidup akibat lingkungan 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, merasa takut, 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 (pensiun, defisit memori, defisit motorik dan status finansial).
- 4) Cenderung bergantung dengan orang lain, tidak dapat berpartisipasi dalam social kemasyarakatan.

6. 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 keputusasaan.
 - 3) Perasaan malu serta rendah diri karena aktivitas bergantung dengan orang lain.
 - 4) Kehilangan rasa mandiri atau ketergantungan dengan orang lain.
- c. Sosial 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
7. Faktor penilaian terhadap stressor
- a. Kognitif
- 1) Mengungkapkan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi.
 - 2) Mengungkapkan ketidakpuasan dan frustrasi terhadap kemampuan untuk melakukan tugas atau aktivitas sebelumnya.
 - 3) Mengungkapkan keragu-raguan terhadap penampilan peran.
 - 4) Mengungkapkan dengan kata-kata bahwa tidak mempunyai kendali atau pengaruh terhadap situasi, perawatan diri atau hasil.

- 5) Mengungkapkan ketidakpuasan karena ketergantungan dengan orang lain.
- 6) Kurang dapat berkonsentrasi.

b. Afektif

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

c. Fisiologis

- 1) Perubahan tekanan darah
- 2) Perubahan denyut jantung dan frekuensi pernapasan
- 3) Muka tegang
- 4) Dada berdebar-debar dan keluar keringat dingin
- 5) Gangguan tidur, terutama kalau disertai dengan ketidakberdayaan

d. Perilaku

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

9) Gelisah atau tidak bisa tenang

e. Sosial

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

8. Faktor sumber koping

a. *Personal ability*

- 1) Keterampilan pemecahan masalah: kemampuan mencari sumber informasi, kemampuan mengidentifikasi masalah yang berhubungan ketidakberdayaan, kekuatan dan factor pendukung serta keberhasilan yang pernah dicapai. Kemampuan mempertimbangkan alternative aktivitas yang realistik. Kemampuan melaksanakan rencana kegiatan dan memantau kemajuan dari kondisi pengobatannya
- 2) Kesehatan secara umum: mempunyai keterbatasan mobilitas yang dapat dikendalikan oleh pasien.
- 3) Keterampilan sosial: kemampuan dalam berkomunikasi secara efektif terutama dalam pencarian sumber informasi untuk mengatasi ketidakberdayaannya
- 4) Pengetahuan : Kemampuan memahami perubahan fisik dan peran atau kondisi kesehatan dan kehidupannya
- 5) Integritas ego: pasien mempunyai pedoman hidup yang realistis, mengerti arah dan tujuan hidup yang diinginkan secara matang.

b. *Social support*

- 1) Kualitas hubungan antara pasien dengan keluarga dan anggota masyarakat di sekitarnya
- 2) Kualitas dukungan social yang diberikan keluarga, anggota masyarakat tentang keberadaan pasien saat ini

- 3) Komitmen masyarakat dan keluarga dalam menjalankan kegiatan atau perkumpulan di masyarakat
- 4) Tinggal di lingkungan keluarga dan masyarakat yang mempunyai norma tidak bertentangan dengan nilai budaya yang ada.

c. Material Asset

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

d. Positive belief

- 1) Keyakinan dan nilai: Pasien mempunyai keyakinan bahwa penyakitnya akan dapat disembuhkan dan menyadari adanya perubahan fisik akibatnya penyakitnya akan berdampak pada kehidupannya.
- 2) Motivasi: dengan perubahan gaya hidup yang terjadi klien dapat menjalani hidup dengan semangat
- 3) Orientasi terhadap pencegahan: pasien berfikir bahwa lebih baik mencegah daripada mengobati.

9. Faktor mekanisme coping

a. Konstruktif

- 1) Menilai pencapaian hidup yang realistis
- 2) Mempunyai penilaian yang nyaman dengan perubahan fisik dan peran yang dialami akibat penyakitnya

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

b. Destruktif

- 1) Tidak kreatif/kurang memiliki keinginan dan minat melakukan aktivitas harian (pasif)
- 2) Perasaan menolak kondisi perubahan fisik dan status kesehatan yang dialami dan marah-marah dengan situasi tersebut
- 3) Tidak mampu mengekspresikan perasaan terkait dengan perubahan kondisi kesehatannya dan menjadi merasa tertekan atau depresi
- 4) Kurang atau tidak mempunyai hubungan akrab dengan orang lain, kurang minat dalam interaksi sosial sehingga mengalami menarik diri dan isolasi sosial
- 5) Tidak mampu mencari informasi kesehatan dan kurang mampu berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang dapat berakhir pada penyerangan terhadap orang lain
- 6) Ketergantungan terhadap orang lain (regresi)
- 7) Enggan mengungkapkan perasaan yang sebenarnya (represi/supresi).

10. Pengukuran ketidakberdayaan (*Powerlessness Assessment Tool*)

Powerlessness Assessment Tool (PAT) dikembangkan di Brazil dan diuji pada sampel populasi 210 pasien dewasa dari bidang medis di bangsal bedah hasil uji validitas menunjukkan konsistensi internal yang baik (skala total *Cronbach's alpha* = 0,80) dan hasil uji reliabilitas ($P > 0,05$). Instrumen terdiri dari 12 item ukuran ketidakberdayaan yang dinilai 5 point skala likert dimana pada domain perilaku skor skala likert menjadi 5 = tidak pernah, 4 = jarang, 3 = kadang-kadang, 2 = sering, 1 = selalu. Pada domain persepsi diri dalam pengambilan keputusan dan domain respon emosional terhadap pengendalian situasi skor skala likert menjadi 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = kadang-kadang, 4 = sering, 5 = selalu. Skor Penilaian Ketidakberdayaan berkisar antara 12-60, dengan skor yang lebih tinggi mencerminkan perasaan ketidakberdayaan yang lebih intens. Dari 12 item dikelompokkan menjadi 3 domain yaitu “perilaku” (*alpha Cronbach* = 0,845), “persepsi diri dalam pengambilan keputusan” (*Cronbach's alpha* = 0,834), dan “respon emosional terhadap pengendalian situasi” (*Cronbach's alpha* = 0,578). Domain “perilaku” dapat disebut sebagai kontrol perilaku dan menilai perasaan pasien mengenai tingkat kendalinya perilakunya sendiri. “Persepsi diri dalam pengambilan keputusan” yaitu mengukur kemampuan yang dirasakan pasien untuk membuat keputusannya sendiri secara umum. “Respon emosional terhadap kendali yang dirasakan” yaitu menilai perasaan pasien mengenai hilangnya kendali atas berbagai aspek dalam hidupnya (Braga, 2009).

11. Penatalaksanaan ketidakberdayaan

Penatalaksanaan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa ketidakberdayaan pada lansia bertujuan agar mampu meningkatkan harga diri dan meningkatkan sumber daya individu,

memiliki mekanisme koping yang lebih efektif, mampu memulai hubungan atau interaksi dengan orang lain, serta dapat mengembangkan dan meningkatkan hubungan atau interaksi sosial dengan orang lain. Penatalaksanaan keperawatan untuk mengatasi ketidakberdayaan dapat dilakukan dengan terapi generalis (Mone, dkk, 2023).

Tindakan keperawatan generalis yang dilakukan pada pasien dengan ketidakberdayaan memberikan dampak adanya penurunan tanda dan gejala ketidakberdayaan dan peningkatan kemampuan pasien dalam mengatasi ketidakberdayaannya. Tindakan keperawatan terapi generalis yang dilakukan adalah latihan afirmasi positif (Asrina, dkk., 2022).

C. Terapi afirmasi positif

1. Definisi afirmasi positif

Afirmasi adalah sejumlah susunan kalimat walaupun itu hanya sebatas pikiran, dituangkan ke dalam tulisan, diucapkan kepada orang lain, atau didengar dari orang lain yang secara berulang-ulang (Nazmy, 2019). Afirmasi positif adalah suatu kalimat yang disusun agar disampaikan ke pikiran bawah sadar. Afirmasi positif dapat hanya sebatas pikiran, ditulis dalam suatu catatan, mendengar dari orang lain atau diucapkan kepada orang lain dengan cara berulang-ulang sehingga mampu memberikan kekuatan dan keyakinan dari dalam diri suatu individu.

Afirmasi merupakan metode yang paling mudah dan sederhana untuk mempengaruhi pikiran bawah sadar. Menurut Hakim (2020) afirmasi merupakan sekumpulan kata yang memiliki makna, maksud, tujuan, dan pengharapan yang sesungguhnya. Sedangkan menurut Almatin (2019), afirmasi adalah pernyataan singkat, sederhana, dan mengandung hal-hal yang positif, yang diulang baik secara pelan dan diucapkan keras secara bersama-sama yang

bertujuan untuk mempengaruhi dan membangun keyakinan. Macam-macam Afirmasi menurut Wandu (2020), yakni: afirmasi lisan, dalam hati, perasaan (keyakinan), dan tindakan. Sedangkan Isma Almatin (2020) mengklasifikasikan afirmasi dari tinjauan penerapan adalah afirmasi diri, afirmasi motivasi, afirmasi peredam emosi, dan afirmasi untuk membentuk pribadi (sosial).

2. Tujuan afirmasi positif

a) Meningkatkan rasa percaya diri

Afirmasi positif adalah kalimat positif yang ditujukan kepada diri sendiri untuk berbagai keperluan. Afirmasi ini bisa menumbuhkan rasa percaya diri lebih cepat dan hebat. Setiap orang juga dapat melakukannya karena aktivitas ini sangat sederhana dilakukan dimanapun dan kapanpun. Dengan mengucapkan pada diri Anda sendiri bahwa Anda merupakan pribadi yang cerdas dan penuh dengan kreatifitas positif atau Anda meyakinkan diri Anda bahwa Anda adalah pribadi menarik, berkelas, cerdas maka dengan sendirinya membuat semakin percaya diri (Almatin ,2020).

b) Meningkatkan kesehatan tubuh

Rasa senang merupakan penyembuh paling mujarab. Melakukan afirmasi diri sendiri akan sangat berguna ketika Anda dilanda kesakitan berkepanjangan tanpa adanya semangat dari orang-orang terdekat. Beri tahu diri Anda bahwa sudah memiliki karunia sehat dan senang dari sang pencipta kapanpun, dimanapun, maka Anda akan otomatis merasa suasana hati 7 menjadi ringan dan senang. Kesembuhan dirasa akan lebih cepat menjalan keseluruhan tubuh dengan melakukannya (Almatin ,2020).

c) Meningkatkan kenyamanan diri

Ketika Anda merasa ada yang salah dari diri Anda dan Anda

tidak pernah puas terhadap diri sendiri, apapun yang Anda lakukan, berafirmasi positif akan sangat baik. Dengan membayangkan apa yang ingin Anda lakukan atau raih, lalu mengatakan pada diri Anda bahwa Anda akan mencapainya atau Anda akan sukses akan membawa ketenangan dan kenyamanan dalam diri Anda. Setidaknya, katakan bahwa diri Anda sudah melakukan yang terbaik dan bagi orang yang selalu berusaha tidak akan ada kata gagal (Almatin ,2020).

d) Meminimalisir tekanan hidup (stress)

Seperti ketika orang lain menyemangati diri Anda, ada rasa puas dan semangat yang kemudian muncul dari dalam diri. Namun ketika Anda sedang stress tanpa ada orang sekitar yang menyemangati, cobalah untuk berafirmasi positif dengan menyatakan bahwa Anda sudah dan selalu mendapatkan kemudahan dalam setiap apapun proses yang dijalani. Atau, katakan pada diri Anda juga bahwa apapun kebutuhan Anda sudah dan selalu terpenuhi dengan cara yang mudah sehingga Anda tidak perlu lagi merasa stress akan satu pekerjaan atau kondisi yang menyulitkan (Almatin ,2020).

e) Menjadi pribadi bahagia

Berafirmasi mengatakan jika diri Anda berhak atas segala kelimpahan, kemakmuran, atau menyatakan bahwa segala usahanya akan terwujud dalam aktivitas sehari-hari akan sangat membawa dampak positif (Almatin ,2020).

3. Cara kerja afirmasi positif

Afirmasi positif dapat dilakukan ketika bangun tidur, sebelum tidur, atau setelah relaksasi seperti relaksasi otot atau nafas karena pada saat tersebut gelombang otak dalam kondisi reseptif, kondisi penuh harapan seperti doa. Afirmasi dilakukan dengan cara mengulang-ngulang kata. *Reticular activating system* (RAS) yang

merupakan pintu gerbang pikiran bawah sadar. Sugesti yang ditanamkan menggunakan bahasa sederhana, mudah dimengerti, secara detail dan jelas (Wandi,2020).

Setelah afirmasi positif diberikan, pesan tersebut mengendap di pikiran bawah sadar. Kekuatan kata-kata dalam sugesti, suasana lingkungan dan emosi adalah stimulus dari luar yang berupa pesan untuk pikiran bawah sadar. Keyakinan akan menjadi pikiran, pikiran menjadi kata-kata, kata-kata menjadi nilai-nilai dan nilai-nilai menjadi takdir (Wandi,2020).

4. Kalimat afirmasi positif

Untuk merancang sebuah afirmasi yang efektif terdiri dari dua tahap yaitu memformulasikan atau menyusun dan menentukan afirmasi apa yang disampaikan pada klien (Hakim ,2020):

- a) Pikiran bawah sadar harus menggunakan perintah yang jelas dan tidak ambigu, bahasa yang digunakan atau afirmasi yang diinginkan harus detail dan jelas.
- b) Positif programming dan afirmasikan apa yang kita inginkan. Menghindari penggunaan kalimat negasi seperti “tidak sakit”, “jangan sakit”, karena pikiran tidak mengenal negasi. Pikiran bekerja dengan gambar dan imajinasi. Jika kita berkata “tidak sakit” ,maka yang muncul dipikiran kita adalah sakit. Maka lebih baik menggunakan kata “nyaman”.
- c) Gunakan emosi
 Dalam merancang kalimat afirmasi, perlu memasukkan unsur perasaan atau emosi karena hal ini sangat efektif untuk orang yang *emotional suggestible*. Contoh : disaat anda menghembuskan nafas, rasakan betapa nikmatnya dan betapa nyamannya tubuh anda.
- d) Menggunakan kalimat sekarang atau present tense. Hindari kata “akan” atau “mungkin”.

- e) Dalam memberikan afirmasi hendaknya berhati-hati dan selalu berikan afirmasi yang aman, karena pemilihan kata dan struktur bahasa yang salah dapat membahayakan klien serta menghasilkan dampak yang dalam dan lama. Selain itu, afirmasi dapat masuk ke pikiran alam bawah sadar jika otak dalam kondisi rileks, minimal berirama alpha. Irama otak manusia yaitu :
- 1) *Betha* (12-25 Hz)
Dominan oada saat kondisi aktif, jika hanya beroperasi pada gelombang beta, maka menghasilkan kehidupan yang penuh khawatir, ketegangan dan pikiran tidak focus. Irama betha seseorang berada dalam batasan dan kendali ruang dan waktu.
 - 2) *Alpha* (8-12 Hz)
Gelombang alpha menghubungkan pikiran sadar dan pikiran bawah sadar, terjadi pada saat tubuh dan pikiran tenang serta rileks tetapi tetap waspada. Misalnya ketika sedang focus pada suatu objek.
 - 3) *Tetha* (4-8Hz)
Gelombang tetha terjadi saat kita hamper tidur atau disertai mimpi, gelombang ini dominan saat kita terhipnotis, meditasi dengan dalam. Dua kali sehari manusia berada dalam tahap tetha yaitu sbeelum tidur dan ketika akan terbangun dari tidur.
 - 4) *Delta* (0,1-4 Hz)
Dominan saat tidur terlelap tanpa mimpi, dalam tahap ini periode pemulihan sel dimulai.
- f) Untuk memberikan penekanan program afirmasi positif dalam alam bawah sadar, diawal kalimat dapat mengatakan “mulai saat ini dan seterusnya”.

g) Contoh kalimat afirmasi positif

Kalimat Afirmasi (Aprillia ,2019):

- 1) Aku memercayai tubuh ku
- 2) Tubuhku sehat dan kuat
- 3) Aku mampu dan kuat
- 4) Aku adalah wanita yang tegar dan kuat
- 5) Aku menerima diriku sebagai seseorang yang tangguh
- 6) Aku merasa yakin, aman, nyaman
- 7) Aku hidup dalam damai di dalam dunia
- 8) Aku mempercayai kebijaksanaan dari tubuhku
- 9) Aku mempercayai diri ku
- 10) Aku mempercayai kekuatan tubuh ku
- 11) Aku dicintai, didukung dan dipelihara oleh keluargaku
- 12) Aku tenang dan selaras

5. Teknik pelaksanaan afirmasi positif

Prosedur pelaksanaan teknik afirmasi positif adalah sebagai berikut (Febiana, 2020) :

a) Berfokuslah pada apa yang anda inginkan

Jika perawat ingin pasien menghentikan ketidakberdayanya maka jangan membuat pasien untuk mengatakan “saya tidak berdaya” karena kata kalimat tersebut akan membuat pasien berfokus pada perilaku yang ingin dia hindari. Jika pasien terus menerus memikirkan cara agar berhenti berhalusinasi, maka pasien akan cenderung makin menikmati dalam hal ini. Maka dari itu perawat haruslah berfokus pada apa yang diinginkan dengan mengatakan “saya ingin menjadi orang yang sehat”.

b) Gunakan waktu sekarang

Pikiran *subcious* akan menangkap sugesti tersebut sebagai sebuah perintah untuk melakukan suatu hal dihari kedepan.

Tetapi, pasien tidak paham hari kedepannya itu kapan. Pasien akan memahami hari kedepan sebagai besok, lusa, satu tahun atau bahkan dua tahun lagi. Maka dari itu hindarilah kalimat atau kata yang itu untuk hari kedepan. Misalnya “saya akan sehat” maka pasien hanya akan berpikiran bahwa ia akan sehat, dan sampai kapapun hanya menjadi akan yang berarti tidak benar-benar sehat. Jadi saat melakukan teknik ini hindari kata atau kalimat yang itu untuk masa depan, namun gunakanlah kata atau kalimat dimana hal itu menunjukkan waktu sekarang, misalnya “saya sedang berusaha menuju sehat dan saya pasti bisa”.

c) Gunakanlah kata maupun kalimat yang positif

Dalam membuat sebuah kalimat afirmasi positif haruslah tersusun dalam bentuk sebuah pernyataan yang positif, hindarilah kata yang menggunakan sebuah pernyataan yang negatif, contoh “saya tidak sakit” Kata dalam bentuk negatif memiliki efek yang sangat penting sekali saat perawat merumuskan kalimat afirmasi. Penggunaan pernyataan yang negatif akan berbahaya bagi pasien, karena ketika perawat mengucapkan kalimat afirmasi “saya tidak sakit”, pikiran bawah sadar pasien akan menangkapnya sebagai “saya orang yang sakit”. Kata “tidak” tertangkap oleh pikiran bawah sadar pasien. Jika sudah begitu maka pasien akan diliputi dengan perasaan bahwa dia benar-benar sakit, alih-alih perawat akan membuat pasien menghilangkan halusinasinya, malah akan membuat pasien semakin mengingat halusinasinya. Maka dari itu gunakanlah kata yang berkalimat positif, contoh “saya sehat”.

d) Gunakanlah kalimat yang spesifik

Pikiran bawah sadar pasien membutuhkan kalimat dan kata yang jelas. Maka dari itu perawat harus membuat kalimat

afirmasi yang spesifik sehingga pikiran bawah sadar pasien paham pada apa yang harus ia perintahkan kepada tubuh dan otaknya. Contoh kalimat spesifik yang bisa diberikan kepada pasien “saya sedang menuju sehat dan terbebas dari penyakit saya”.

6. Prosedur afirmasi positif pada pasien ketidakberdayaan pasca stroke
 Prosedur afirmasi positif pada pasien ketidakberdayaan pasca stroke adalah sebagai berikut (Febiana dan Lestari, 2020) :

No	Tahapan	Rasionalisasi
1	Melakukan komunikasi terapeutik	Komunikasi terapeutik adalah proses perawat dalam mempelajari pasien dengan pendekatan yang terencana atau terstruktur (Lestari, 2020).
2	Mengkaji masalah yang dirasakan pasien	Pengkajian sebagai tahap awal proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pada pengkajian ketidakberdayaan yaitu mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berpengaruh pada ketidakberdayaan (Sarani, 2021).
3	Pre test menggunakan powerlessness assessment tool (PAT)	Tujuan pre test untuk mengetahui seberapa besar ketidakberdayaan yang dialami pasien (Lestari, 2020)

4	Melatih pasien untuk melakukan rileksasi	Rileksasi dapat meningkatkan kemampuan otak dalam mensugesti diri. (Christoper, 2019)
5	Membantu pasien menyadari akibat dari pikiran negatif dan ketidakberdayaan	Pikiran negatif terkadang dapat menjadi penghalang bagi seseorang untuk memberikan kinerjanya yang terbaik, semangat untuk bekerja pun menurun jika otak sedang dipenuhi dengan hal-hal yang negatif baik secara sadar maupun tidak.pemikiran negatif dapat menciptakan emosi yang mendemotivasi bagi seseorang (Ramadia, 2019).
6	Melatih pasien untuk melakukan berpikiran positif dan meminta pasien untuk memikirkan minimal 7 pemikiran positif	Afirmasi positif sendiri digunakan untuk memprogram ulang pikiran manusia lalu membuang kepercayaan yang keliru dalam pikiran subconciuous. Tidak ada bedanya apakah kepercayaan tersebut nyata atau tidak, namun pikiran subconciuous diri kita selalu menerimanya sebagai sebuah hal yang nyata dan mempengaruhi pikiran concious dengan suatu ide atau gagasan yang lain (Hermawati, 2022).
	Ulangi setiap malam hari dengan waktu 10-15 menit	Setelah istirahat atau meditasi dan sebelum tidur agar pernyataannya lebih sugestif karena berada pada saat gelombang otak sedang reseptif, kondisinya dengan penuh harapan seperti dalam

		doa. Teknik pengulangan afirmasi dilakukan secara terus menerus akan sangat mempengaruhi imajinasi didalam pikiran bawah sadar. (Hapsari, 2019)
7	Post test menggunakan powerlessness assessment tool (PAT)	Tujuan pre test untuk mengetahui seberapa besar ketidakberdayaan yang dialami pasien setelah dilakukan tindakan (Febriana, 2020).
8	Dokumentasi keperawatan	Sebagai upaya untuk melindungi klien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya maka perawat diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap klien (Wijaya & Ariyana, 2019)

D. Konsep asuhan keperawatan psikososial (stress-adaptif)

1. Pengkajian fokus

Pengkajian model stress adaptasi dalam keperawatan kesehatan jiwa adalah sebagai berikut (Stuart dan Laraia, 2016):

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang menjadi sumber terjadinya stress yang memengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stress baik yang biologi, psikososial, dan sosiokultural. Adapun macam-macam faktor predisposisi meliputi hal sebagai berikut:

- 1) Biologis : latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan umum, dan terpapar racun.
- 2) Psikologis : kecerdasan, keterampilan verbal, moral, personal, pengalaman pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, motivasi, pertahanan pertahanan psikologis, dan kontrol.
- 3) Sosiokultural : usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi posisi sosial, sosial, latar belakang belakang budaya, budaya, keyakinan, keyakinan, politik, politik, pengalaman sosial, dan tingkatan sosial.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Adapun faktor presipitasi yang sering terjadi adalah kejadian yang menekan (*Stressful*) Ada tiga cara mengategorikan kejadian yang menekan kehidupan, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial. Ketegangan hidup Stress dapat meningkat karena kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja, dan kesendirian (Stuart dan Laraia, 2016).

c. Penilaian terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor meliputi respons kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, perilaku, dan respons respons sosial. sosial. Penilaian Penilaian adalah dihubungkan dengan evaluasi terhadap pentingnya suatu kejadian yang berhubungan dengan kondisi sehat. Respon kognitif Faktor kognitif memainkan peran sentral dalam adaptasi (Pardede, 2020).

- 1) Faktor kognitif yaitu mencatat kejadian yang menekan, serta memilih pola koping yang digunakan serta emosional, fisiologi, perilaku, dan reaksi sosial seseorang.
- 2) Respon afektif dalam penilaian terhadap stressor yaitu respons afektif utama adalah reaksi tidak spesifik atau

umumnya merupakan reaksi kecemasan, yang hal ini diekspresikan dalam bentuk emosi.

- 3) Respon fisiologis yaitu respon fisiologis merefleksikan interaksi beberapa neuroendokrin yang meliputi hormon, prolaktin, hormon *adrenokortikotropik* (ACTH), vasopresin, oksitosin, insulin, epineprin morepineprin, dan neurotransmitter lain di otak.
- 4) Respon perilaku yaitu respon perilaku hasil dari respon emosional dan fisiologis. Respon sosial, respon ini didasarkan pada tiga aktivitas, yaitu mencari arti, atribut sosial, dan perbandingan sosial.

f. Sumber Koping

Sumber koping meliputi aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial, serta motivasi.

g. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah suatu usaha langsung dalam manajemen stress. Ada tiga tipe mekanisme koping, yaitu sebagai berikut :

- 1) Mekanisme koping
Problem Focus yaitu Usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri.
- 2) Mekanisme koping
Cognitively Focus yaitu Usaha seseorang agar dapat mengontrol masalah dan menetralsasinya.
- 3) Mekanisme koping
Emotion Focus yaitu Pasien menyesuaikan diri terhadap distress emosional secara tidak berlebihan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang akan muncul pada kasus psikososial dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam

PPNI (2017) yaitu:

- a. Ketidakberdayaan berhubungan dengan :
 1. Diagnosis yang tidak terduga atau baru
 2. Peristiwa traumatis
 3. Diagnosis penyakit kronis
 4. Diagnosis penyakit terminal
 5. Rawat inap
- b. Kecemasan berhubungan dengan :
 - 5) Penyakit kronis progresif
 - 6) Penyakit akut
 - 7) Rencana operasi
 - 8) Kondisi diagnosis penyakit yang belum jelas
 - 9) Penyakit neurologis
 - 10) Tahap tumbuh kembang
- c. Keputusan berhubungan dengan :
 - 1) Penyakit kronis
 - 2) Penyakit terminal
 - 3) Penyakit yang tidak dapat disembuhkan
- d. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan :
 - 1) Mastektomi
 - 2) Amputasi
 - 3) Jerawat
 - 4) Parut atau luka bakar yang terlihat
 - 5) Obesitas
 - 6) Hiperpigmentasi pada kehamilan
- e. Berduka berhubungan dengan :
 - 1) Kematian anggota keluarga
 - 2) Amputasi
 - 3) Cedera medulla spinalis
 - 4) Penyakit terminal
 - 5) Putus hubungan kerja

3. Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Ketidakberdayaan (D.0092)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka keberdayaan meningkat (L.09071), dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalisasi frustrasi menurun • Ketergantungan pada orang lain menurun • Verbalisasi mampu melaksanakan aktivitas meningkat 	<p>Promosi Harapan (I.09307)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting • Pandu mengingat Kembali kenangan yang menyenangkan • Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan • Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks • Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok • Ciptakan lingkungan yang

		<p>memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> •Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistis •Anjurkan mempertahankan hubungan (mis: menyebutkan nama orang yang dicintai) •Anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain •Latih menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan •Latih cara mengembangkan spiritual diri •Latih cara mengenang dan menikmati masa lalu (mis: prestasi, pengalaman)
--	--	--

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan standart asuhan yang berhubungan dengan aktivitas keperawatan profesional yang dilakukan oleh perawat, dimana implementasi dilakukan pada pasien dan keluarga berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat. Pada situasi nyata, implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam

melaksanakan tindakan keperawatan. Dengan adanya perincinan kebutuhan waktu, diharapkan setiap perawat memiliki jadwal harian untuk masing-masing pasien sehingga waktu kerja perawat menjadi lebih efektif dan efisien (Elvita, 2018) .

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi dari pemberian asuhan keperawatan yakni pasien mampu menggunakan intervensi yang diberikan untuk mengurangi ketidakberdayaan dengan data objektif subjek pasien mengatakan mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya, merasa dianggap, menyatakan keyakinan peran, menyatakan dapat mengontrol diri dan merasa tidak tertekan dan data objektif dapat melaksanakan aktivitas secara mandiri dan mampu berpartisipasi dalam perawatan (Setiadi, 2017).