



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE DENGAN  
GANGGUAN KONSEP DIRI DI POLIKLINIK SYARAF  
RSUP DR M.DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**NURUL FATIHA SARI**

**NIM : 193110144**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE DENGAN  
GANGGUAN KONSEP DIRI DI POLIKLINIK SYARAF  
RSUP DR M.DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Ke Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar  
Ahli Madya Keperawatan**

**NURUL FATIHA SARI**

**NIM : 193110144**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama : Nurul Fatihah Sari  
NIM : 193110144  
Program Studi : D3 Keperawatan Padang  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan  
Gangguan Konsep Diri di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.  
M.Djamil Padang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

### DEWAN PENGUJI

Ketua penguji : N. Rachmadanur, S.Kp, MKM (  )  
Penguji 1 : Tasman, M.Kep, Sp.Kom (  )  
Penguji 2 : Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa (  )  
Penguji 3 : Hj. Reflita, S.Kp, M.Kep (  )

Ditetapkan di : Poltekkes Kemenkes Padang  
Tanggal : 26 April 2022

Mengetahui,  
Ka. Prodi DIII-Keperawatan Padang  
  
Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa  
NIP: 19701020 199303 2 002

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Konsep Diri di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang**” Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tanpa bantuan dan bimbingan dari Ibu **Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa** selaku pembimbing I sekaligus Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang, dan Ibu **Hj. Reflita, S.Kp, M.Kep** selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Dr. dr. H. Yusiman Yusuf, Sp. BA(K) MARS selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang beserta staf yang telah mengizinkan untuk melakukan penelitian.
3. Ibu Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, M.Kep, Sp.KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
4. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
5. Teristimewa kepada orang tua dan saudara tercinta yang telah memberikan semangat, dukungan, dan doa restu yang tak dapat ternilai dengan apapun dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Rekan- rekan seperjuangan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang, serta semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, peneliti berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta peneliti mendoakan semoga segala bantuan yang telah diberikan mendapatkan balasan dari Allah SWT. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan. Amin.

Padang, April 2022

Peneliti

### LEMBAR ORISINALITAS

Karya tulis ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Nurul Fatihah Sari

NIM : 193110144

Tanda Tangan 

Tanggal : 07 Juni 2021

v

Poltekkes Kemenkes Padang

v

Poltekkes Kemenkes Padang

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**  
**Karya Tulis Ilmiah**

Karya Tulis Ilmiah berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Konsep Diri di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang" telah diperiksa, disetujui, dan dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan Padang.

Padang, 22 April 2022

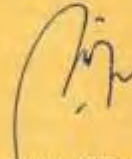
Menyetujui,

Pembimbing I



**Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa**  
NIP : 19701020 199303 2 002

Pembimbing II




**Hj. Reflita, S.Kp, M.Kep**  
NIP : 19581014 198212 2 001

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang  
Politeknik Kesehatan Padang



  
**Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa**  
NIP. 19701020 199303 2 002

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Nurul Fatiha Sari  
NIM : 193110144  
Tempat, Tanggal Lahir : Bandung, 04 Oktober 2001  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Alamat : Jl. Angku Balinduang No.22 Kampuang III  
Tabek Barawak, Jorong Kapalo Koto, Kec.  
Sungai Pua, Kab. Agam, Provinsi Sumatera  
Barat

Nama Orang Tua  
Ayah : Yendri (alm)  
Ibu : Mery Yanti

### Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	TK	TK Islam Ibnu Syam, Kubang Putiah	2006-2007
2.	SD	SDN 15 Kapalo Koto	2007-2013
3.	SMP	MTsN 06 Agam	2013-2016
4.	SMA	SMAN 01 Sungai Pua	2016-2019
5.	D-III Keperawatan	Poltekkes Kemenkes RI Padang	2019-2022



**HEALTH POLYTECHNIC MINISTRY OF HEALTH PADANG**  
**D-III NURSING STUDY PROGRAM PADANG**

Scientific Writing, 20 April 2022

**Nurul Fatiha Sari**

"Nursing Care for Stroke Patients with Impaired Self-Concept at the Neurology Polyclinic, Dr. M.Djamil Hospital, Padang"

Contents : xiv +82 pages, 2 charts, 15 attachment

**ABSTRACT**

Stroke in Indonesia is ranked third as the most common disease after heart and cancer. Stroke sufferers often experience psychological disorders, especially disorders of self-concept. The results of the preliminary study found 311 stroke cases in the Desember 2021-November 2021 range in Dr.M.Djamil Hospital, Padang. The results of interviews with three stroke patients found that most of them felt useless. The purpose of this study was to describe the application of nursing care to stroke patients with impaired self-concept at the Neurology Polyclinic, Dr.M.Djamil Hospital, Padang. The research design used is descriptive in the form of a case study. The study was conducted from Desember 2021 to Mei 2022. The study was conducted at the neurology polyclinic of Dr.M.Djamil Padang Hospital, then the care was continued to the patient's home. The population in this study were stroke patients who were controlled at the Neurology Polyclinic of RSUP Dr.M.Djamil Padang, who experienced self-concept disorders as many as 3 out of 9 people, samples were taken using purposive sampling method, and one patient met the criteria. Collecting data using measurement techniques, interviews, and documentation.

The results showed that the client felt ashamed of his situation, felt useless, and could not carry out his role. Nursing care is compiled using the SDKI, SLKI, and SIKI books. The nursing diagnoses raised were impaired body image, low self-esteem, and ineffective role performance. Interventions are given in accordance with nursing diagnoses. The implementation given is like exploring the positive aspects that exist in the client to help increase self-esteem. Evaluation found that the client began to accept his current situation. It is hoped that through further researchers can develop more interesting implementations.

Keywords (Key Word): Self-concept, Body Image, Stroke, Nursing Care.

**Bibliography : 34 (2012-2021)**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**  
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, 20 April 2022

**Nurul Fatiha Sari**

**“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Konsep Diri di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang”**

Isi : xiv +82 halaman, 2 bagan, 15 lampiran.

**ABSTRAK**

Stroke di Indonesia menduduki peringkat ketiga sebagai penyakit yang paling banyak diderita setelah jantung dan kanker. Penderita stroke seringkali mengalami gangguan psikologis terutama gangguan konsep diri. Hasil studi pendahuluan didapatkan 311 kasus stroke dalam rentang Januari-November 2021 di RSUP Dr. M.Djamil Padang. Hasil wawancara dengan tiga pasien stroke didapatkan sebagian besar dari mereka merasa tidak berguna. Tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan penerapan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang. Desain penelitian yang digunakan ialah deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian dilakukan dari bulan Desember 2021 sampai Mei 2022. Penelitian dilakukan di poliklinik syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang, kemudian pemberian asuhan dilanjutkan ke rumah pasien. Populasi dalam penelitian ini yaitu pasien stroke yang kontrol ke Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang, yang mengalami gangguan konsep diri sebanyak 3 dari 9 orang, sampel diambil menggunakan metode *purposive sampling*, dan didapatkan satu pasien yang memenuhi kriteria. Pengumpulan data menggunakan teknik pengukuran, wawancara, dan dokumentasi.

Hasil penelitian didapatkan bahwa klien merasa malu dengan keadaannya, merasa tidak berguna, dan tidak bisa menjalankan perannya. Asuhan Keperawatan disusun menggunakan buku SDKI, SLKI, dan SIKI. Diagnosa keperawatan yang diangkat adalah gangguan citra tubuh, harga diri rendah, dan penampilan peran tidak efektif. Intervensi yang diberikan sesuai dengan diagnosa keperawatan. Implementasi yang diberikan seperti menggali aspek positif yang ada dalam diri klien untuk membantu dalam peningkatan harga diri. Evaluasi didapatkan bahwa klien mulai menerima keadaannya saat ini. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat mengembangkan implementasi yang lebih menarik.

Kata kunci (*Key Word*) : Konsep diri, Citra Tubuh, Stroke, Asuhan Keperawatan.

**Daftar Pustaka : 34 (2012-2021)**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR ORISINALITAS .....</b>	<b>v</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BABI PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN .....</b>	<b>8</b>
A. Konsep Dasar Stroke .....	8
1. Defenisi .....	8
2. Jenis-jenis.....	8
3. Faktor Risiko.....	10
4. Manifestasi Klinis .....	13
B. Konsep Diri Pada Pasien Stroke .....	14
1. Defenisi Konsep Diri .....	14
2. Rentang Respon Konsep Diri .....	15
3. Konponen-konponen Konsep Diri.....	18
4. Penyebab Gangguan Konsep Diri.....	22
5. Psikodinamika Konsep Diri Pada Stroke.....	24
C. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Konsep Diri pada Stroke.....	25
1. Pengkajian Keperawatan.....	25
2. Diagnosa Keperawatan .....	29
3. Intervensi Keperawatan .....	30
4. Implementasi Keperawatan.....	36
5. Evaluasi Keperawatan.....	37
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>38</b>
A. Jenis dan Desain Penelitian .....	38
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	38
C. Populasi dan Sampel Penelitian .....	38
D. Alat / Instrumen Pengumpulan Data.....	39
E. Teknik Pengumpulan Data .....	40

F. Jenis Data .....	42
G. Prosedur Penelitian .....	43
H. Analisa Data .....	43
<b>BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS .....</b>	<b>44</b>
A. Deskripsi Kasus .....	44
B. Pembahasan Kasus .....	59
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>81</b>
A. Kesimpulan.....	<b>81</b>
B. Saran.....	82

**DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Bagan Rentang Respon Konsep Diri .....	14
Bagan 2.2 Bagan Psikodinamika Konsep Diri .....	23
Bagan 4.1 Bagan Genogram .....	74

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	29
Tabel 4.1 Pengkajian Keperawatan.....	43

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Pengantar Izin Pengambilan Data Dari Institusi Poltekkes  
Kemenkes Padang
- Lampiran 2 Surat Izin Pengambilan Data Dari Inst Rekam Medis
- Lampiran 3 Surat Izin Pengambilan Data Dari Inst IRNA Non Bedah  
(Neuro)
- Lampiran 4 Surat Pengantar Izin Penelitian Dari Institusi Poltekkes  
Kemenkes Padang
- Lampiran 5 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian Dari Diklat
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian Dari Inst Rawat Jalan
- Lampiran 8 Surat Keterangan Selesai Penelitian Dari Diklat
- Lampiran 9 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 10 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2
- Lampiran 11 Gant Chart
- Lampiran 12 Informent Consent
- Lampiran 13 Daftar Hadir Kunjungan
- Lampiran 13 Format Skrining Pasien Stroke dengan Gangguan Konsep Diri
- Lampiran 14 Format Pengkajian Keperawatan Psikososial
- Lampiran 15 Foto Dokumentasi Kunjungan

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Stroke merupakan salah satu Penyakit Tidak Menular (PTM) yang menyerang pembuluh darah di otak yang ditandai dengan kehilangan fungsi cerebral fokal atau global dimana terjadi selama 24 jam atau lebih, sehingga mengakibatkan disabilitas pada bagian tubuh bahkan kematian, hal ini disebabkan karena pendarahan spontan atau suplai darah yang tidak cukup di jaringan otak (Budianto et al., 2021). Penyakit stroke ini merupakan salah satu penyakit tidak menular yang paling banyak diderita oleh orang didunia.

Menurut data *World Health Organization* 2018, ada 17 juta orang meninggal karena penyakit *CVD (Cardiovaskuler Diase)* terutama penyakit jantung dan stroke. Stroke merupakan penyebab utama kematian kedua setelah penyakit jantung dan merupakan penyebab utama kecacatan ketiga di seluruh dunia.. Sementara itu *World Stroke Organization (WSO)* menyebutkan bahwa lebih dari 13,7 juta kasus stroke baru ditemukan setiap tahunnya dan jumlah kematian akibat stroke mencapai 5,5 juta, juga ditemukan bahwa lebih dari 116 juta jiwa mengalami kecacatan karena stroke, baik itu cacat permanen maupun cacat ringan (WSO, 2019)

Di Indonesia stroke menempati posisi ketiga sebagai penyakit yang paling banyak diderita setelah jantung dan kanker, dengan angka kematian sebesar 15,4 %. Jumlah kematian yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun. Jumlah penderita stroke pada tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk diatas 15 tahun yaitu 10,9 permil. Posisi pertama ditempati oleh Kalimantan Timur dengan pengidap penyakit stroke (14,7%), sementara posisi terendah pada Provinsi Papua (4,1%), (Kemenkes RI, 2018)



Angka kejadian stroke di Sumatera Barat mencapai 10,7 permil, hal ini mengalami peningkatan dari hasil Riskesdas sebelumnya yang mana hanya 7,4 permil (Kemenkes RI, 2018). Di kota Padang berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kota Padang (2021), didapatkan data bahwa stroke merupakan salah satu penyakit terbanyak yang terjadi di Kota Padang, dengan prevelensi kejadian sebanyak 812 kasus.

Stroke memiliki berbagai gejala yang dapat dilihat dari aspek fisik, psikologis, dan sosial. Gejala fisik yang sangat menonjol dari pasien stroke adalah kelumpuhan, kesulitan dalam berbicara, kelemahan, dan adanya sensasi di wajah. Pada aspek sosial dapat dilihat adanya perubahan pada pola komunikasi, hubungan sosial, dan aktivitas sehari-hari yang mengalami ketergantungan pada orang lain terutama orang-orang terdekat, kemudian gangguan pada suasana emosi, dimana menjadi lebih mudah menangis, dan sering murung juga kerap dialami oleh penderita stroke (Irianto, 2014). Perubahan fisik yang dialami oleh penderita stroke dapat mempengaruhi psikologis, misalnya bibir yang tidak simetris dan kelumpuhan yang dialami pada penderita stroke merupakan salah satu pemicu terjadinya gangguan citra tubuh, yang mana citra tubuh atau gambaran diri merupakan salah satu bagian dari konsep diri.

Konsep diri adalah manifestasi dari bentuk identitas yang dipandang secara komprehensif untuk mendukung kepribadian yaitu cara kita memandang diri kita baik secara fisik, pengetahuan, perilaku, dan pendirian dalam bercakap-cakap. Seseorang dengan konsep diri yang negatif akan memandang bahwa dirinya lemah, tidak kompeten, gagal, dan merasa tidak diakui keberadaannya oleh orang lain. Orang dengan konsep diri yang negatif akan menganggap sebuah tantangan sebagai halangan bukan kesempatan, dan jika gagal dalam suatu hal akan ada dua pihak yang disalahkan yaitu dirinya atau orang lain (Muhith, 2015)

Sarigumilan (2013) menjelaskan bahwa konsep diri dibagi menjadi lima bagian yaitu citra tubuh, ideal diri, peran, identitas, dan harga diri. Citra tubuh adalah pandangan seseorang terhadap tubuhnya. Pada pasien stroke akan terjadi disfungsi motorik, seperti hemiplegia, dan bibir yang pelo sehingga akan menyebabkan terjadinya gangguan pada gambaran diri. Kemudian bagian konsep diri yang kedua yaitu ideal diri, pada pasien stroke karena kondisi fisiknya yang telah mengalami perubahan menyebabkan hilangnya kemampuan untuk mencapai keinginan atau cita-cita yang sudah dirancang sebelumnya, dimana hal ini mengakibatkan terjadinya gangguan pada ideal diri. Kemudian peran, terjadinya gangguan peran pada pasien stroke dikarenakan pasien stroke merasa tidak bisa memenuhi perannya lagi seperti menjadi tulang punggung keluarga, dimana hal ini menjadi penyebab gangguan peran diri pada pasien stroke. Selanjutnya identitas, identitas diri yang negatif pada pasien stroke disebabkan karena pasien merasa tidak percaya diri dengan kondisi fisiknya, pasien tidak percaya diri karena kelumpuhan pada sebagian tubuhnya atau karena bibirnya yang pelo. Dan bagian dari konsep diri yang terakhir yaitu harga diri, setelah terkena stroke, maka akan terjadi perubahan yang besar dalam hidup, seperti tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri, dan tidak bisa menjalankan peran yang dijalani sebelumnya, sehingga pasien stroke akan merasa dirinya tidak berguna dan hanya menyusahkan orang lain.

Penelitian yang dilakukan oleh Zarmi (2017) dengan judul hubungan kondisi fisik dan mekanisme coping individu dengan harga diri penderita pasca stroke di Poliklinik saraf RSUD Raden Mataher Jambi, diketahui bahwa dari 60 responden sebanyak 32 responden mengalami gangguan fisik, dan 86,5% diantaranya memiliki harga diri yang rendah. Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value nya 0,001 yang berarti adanya hubungan antara kondisi fisik dengan harga diri pasien stroke, mereka merasa tidak mampu melakukan sesuatu dengan kondisi fisik yang dialami. Hal yang sama juga ditemui pada hasil penelitian Sedubun, dkk(2021) tentang hubungan konsep diri dengan kejadian depresi pada pasien

pasca stroke di poliklinik saraf RSUD Labuang Baji Makassar. Dari 40 responden yang diwawancarai 62,8% memiliki gambaran diri yang negatif, 69,8% mengalami harga diri rendah, 72,1% memiliki identitas diri negatif, 62,8% memiliki peran diri negatif, dan 72,1% responden mengalami depresi. Didapatkan nilai  $p$ -value  $< 0,05$ , hasil ini menunjukkan bahwa adanya hubungan antara konsep diri dengan kejadian depresi pada pasien stroke.

Pasien dengan gangguan konsep diri apabila tidak diberikan terapi yang baik berisiko memicu gangguan jiwa kearah yang lebih berat. Seperti pada aspek harga diri rendah, pasien cenderung menyendiri. Kebiasaan itu akan memicu munculnya masalah isolasi sosial (Direja dalam Febrina, 2018)

Pasien stroke memerlukan perawatan dalam jangka waktu yang panjang dan membutuhkan dukungan keluarga secara optimal sehingga pasien dapat beradaptasi dengan kondisi yang dialami. Peran perawat dalam kasus gangguan konsep diri yaitu mempertahankan dan meningkatkan konsep diri pada pasien stroke, perawat berperan memotivasi dan mendampingi pasien dan bekerja sama dengan keluarga agar selalu memberi dukungan kepada pasien (Simbolon, 2017). Perawat juga berperan sebagai liaison nurse untuk mengkoordinasikan kondisi pasien antara rumah sakit dengan pusat pelayanan sekunder maupun primer sehingga psikologis pasien stroke dapat terpantau selama rawatan dirumah oleh keluarga.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Frinsca Luthfiah (2018) tentang “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Konsep Diri di RSUP Dr.M.Djamil Padang” dari hasil pengkajian didapatkan keluhan pasien saat dikaji yaitu pasien merasakan adanya perubahan pada tubuhnya terutama ekstremitas pasien yang sulit digerakan serta keadaan bibir pelo membuat pasien merasa sangat lemah dan tidak berguna. Peneliti menegakan tiga diagnosa keperawatan, yaitu Gangguan citra tubuh, ketidakefektifan perfoma peran, dan

harga diri rendah. Implementasi yang dilakukan yaitu membina hubungan saling percaya, membantu pasien untuk mendiskusikan perubahan-perubahan yang disebabkan karena adanya penyakit, mendukung pasien untuk bisa mengidentifikasi kekuatan, dan mendukung sikap pasien terkait dengan harapan yang realistis.

Berdasarkan data dari Rekam Medis RSUP Dr.M.Djamil Padang, diperoleh data jumlah pasien stroke pada tahun 2021 sebanyak 268 pasien (hemoragik dan iskemik) dan pasien rawat jalan sebanyak 43. Saat dilakukan survey awal ke ruang rawat inap syaraf pada tanggal 21 Desember 2021, peneliti melakukan wawancara dengan perawat diruangan, perawat mengatakan pasien stroke memang cenderung mengalami gangguan psikologis seperti pasien merasa tidak berguna, dan merasa tidak bisa menjalani perannya dalam keluarga lagi. Peneliti juga melakukan wawancara kepada 2 orang pasien stroke, salah satu pasien mengatakan merasa malu dengan kondisi tubuhnya, seperti bibir yang tidak simetris dan cara bicara yang pelo yang berarti citra tubuhnya terganggu. Pasien yang lain mengatakan dirinya sudah tidak berguna, dan tidak bisa menjadi tulang punggung keluarga lagi yang berarti peran dirinya terganggu. Upaya yang dilakukan oleh perawat diruangan yaitu memberikan latihan ROM kepada pasien untuk memperbaiki ekstremitas pasien, agar nantinya pasien menjadi lebih percaya diri sehingga psikologis pasien nantinya akan membaik, perawat juga memberikan edukasi kepada keluarga agar selalu memberikan dukungan kepada pasien.

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, peneliti telah melakukan penelitian tentang : “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Konsep Diri di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang”

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah yang peneliti angkat adalah “Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Konsep Diri di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M. Djamil Padang”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien Stroke dengan gangguan konsep diri.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri.
- f. Mampu mendeskripsikan dokumentasi keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri.

## **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Melalui Direktur Rumah Sakit, hasil penelitian ini dapat digunakan untuk memotivasi perawat dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan terhadap kasus gangguan konsep diri pada pasien stroke.

2. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini berguna untuk menambah wawasan dan pengalaman dalam melakukan penelitian.

3. Bagi Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Melalui ketua jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang, hasil penelitian ini dijadikan sebagai bahan untuk latihan kasus bagi mahasiswa tentang gangguan konsep diri pada pasien stroke.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan untuk dikembangkan asuhan keperawatannya lebih lanjut oleh peneliti selanjutnya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Stroke**

##### **1. Pengertian Stroke**

Stroke atau cedera serebrovaskuler (CVA) adalah defisit neurologis yang terjadi karena terhambatnya suplai darah ke otak yang mengakibatkan rusak atau matinya sel-sel yang ada di otak sehingga menimbulkan gejala-gejala klinis seperti kelumpuhan pada wajah atau anggota tubuh, gangguan sensibilitas, gangguan penglihatan, dan gangguan dalam berbicara (Bararah, 2015)

Menurut Hankey, dkk (2019) stroke merupakan penyakit dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dimana gejala ini akan berkembang pesat dan dapat menyebabkan kematian atau kehilangan kesadaran secara mendadak yang terjadi pada pasien dengan pendarahan subaraknoid.

Defensi lain juga dijelaskan oleh Irianto (2014) yang menjelaskan bahwa Stroke merupakan gangguan pada bagian tertentu di otak yang terjadi dikarenakan pecahnya atau tersumbatnya pembuluh darah sehingga darah tidak mencapai otak yang menyebabkan otak kekurangan oksigen dan lokasi yang kekurangan oksigen menjadi rusak, tanda dan gejala yang dialami tergantung pada bagian otak yang terkena. Tipe dan beratnya stroke yang dialami mempunyai gejala yang bervariasi tergantung dari bagian otak yang terkena

##### **2. Jenis-jenis Stroke**

Menurut Pudiastuti (2015) Stroke terbagi menjadi dua kategori yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik.

a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah stroke yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah di otak, sehingga menghambat aliran darah normal yang menyebabkan darah keluar ke bagian otak dan merusaknya. Stroke hemoragik terbagi menjadi dua jenis yaitu :

- 1) *Hemoragik intraserebral*, yaitu pendarahan yang terjadi didalam jaringan otak
- 2) *Hemoragik subaraknoid*, yaitu pendarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

Stroke hemoragik disebabkan oleh :

- 1) Iskemia, yaitu penurunan aliran darah ke otak
- 2) Trombosit

Merupakan penyebab stroke yang utama, umumnya karena arteroklerosis (penyempitan pada pembuluh darah dikarenakan adanya tumpukan plak) , hipertensi juga merupakan suatu faktor dasar yang penting. Thrombus mengakibatkan oklusi lumen arteri dan menurunkan perfusi yang kemudian dapat menyebabkan iskemia dan infark.

- 3) Embolisme Cerebra

Bekuan darah atau material lain yang terbawa ke otak dari bagian tubuh lain

b. Stroke Iskemik

Stroke iskemik adalah keadaan dimana tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan sebagian atau keseluruhan aliran darah ke otak terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan flek pada dinding pembuluh darah atau adanya bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Penyumbatan bisa terjadi disepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak.



Stroke iskemik dibagi menjadi tiga, yaitu :

- 1) Stroke trombotik: Proses terbentuknya thrombus hingga menjadi gumpalan
- 2) Stroke embolik : Tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah
- 3) Hipoperfusi sistemik : Aliran darah keseluruh bagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung.

### 3. Faktor Risiko Stroke

Menurut Junaidi (2013) faktor risiko stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan dan faktor risiko yang dapat dikendalikan.

#### a. Faktor Risiko yang Tidak Dapat Dikendalikan

##### 1) Faktor keturunan

Sampai sekarang masih belum diketahui gen mana pada faktor keturunan ini yang dapat menyebabkan terjadinya stroke. Jenis stroke bawaan cerebral autosomal-dominant arteriopathy dengan infark subkortikal dan leukoenselepati (CADASIL) telah diketahui lokasi gennya yaitu pada kromosom 19q12.

##### 2) Umur

Risiko terjadinya stroke meningkat seiring bertambahnya usia. Umur 55 tahun keatas memiliki risiko terjadinya stroke iskemik dua kali lipat. Sedangkan penderita yang berumur antara 70-79 tahun banyak menderita pendarahan intrakranial.

##### 3) Jenis kelamin

Pria memiliki risiko terkena stroke lebih tinggi daripada wanita dengan perbandingannya yaitu 1,3 : 1, namun risiko terjadinya stroke pada pria dan wanita hampir sama. Pria yang berumur 45 tahun keatas memiliki kemungkinan terkena stroke 25% dimana pria cenderung mengalami stroke iskemik dua kali lipat dibandingkan wanita, sedangkan risiko bagi wanita hanya 20% dan wanita lebih sering

menderita pendarahan subarachnoid dimana tingkat kematiannya dua kali lebih tinggi dibandingkan pria.

b. Faktor Risiko yang Dapat Dikendalikan

1) Stress

Stress apabila tidak dikendalikan dengan baik maka akan memberikan sinyal kepada tubuh bahwa tubuh dalam keadaan tidak baik sehingga nantinya tubuh akan menghasilkan hormon-hormon kewaspadaan seperti adrenalin, kortsitol, katekolamin, epinefrin, dan lainnya, dimana hal ini akan menyebabkan peningkatan pada tekanan darah dan denyut jantung. Apabila hal ini terus atau sering terjadi maka dapat merusak pembuluh darah dan menyebabkan terbentuknya plak.

2) Hipertensi

Semakin tinggi tekanan darah maka semakin tinggi juga risiko terkena stroke, karena tekanan darah yang tinggi menekan dinding pembuluh darah dan memaksa jantung untuk bekerja lebih keras, sehingga menyebabkan pembuluh darah menyempit. Pembuluh darah yang menyempit inilah yang menyebabkan terhambatnya aliran darah ke otak, yang nantinya akan menyebabkan serangan stroke.

3) Merokok

Merokok dapat meningkatkan kemungkinan sel-sel darah menggumpal pada dinding arteri. Ini meningkatkan risiko pembentukan plak di pembuluh darah. Merokok juga menurunkan jumlah HDL/kolesterol baik dan menurunkan kemampuan HDL dalam menyingkirkan kolesterol LDL yang berlebihan.

4) Aktivitas fisik yang rendah

Hidup secara aktif dapat membantu tubuh mengontrol berat badan serta mengurangi risiko serangan jantung dan stroke. Hidup sehari-hari secara aktif sangat membantu menjaga kesehatan. Kegiatan seperti jogging, berenang, senam, atau bersepeda merupakan cara hidup untuk sehat. Olahraga yang rutin tidak hanya membentuk

kemampuan sistem kardiovaskuler namun juga membangun kemampuan untuk mengatasi stress. Olahraga yang rutin mampu menghilangkan produk sampingan biokimiawi dari stres, lemak darah, gula, kolesterol, membakar habis produk hormone, dapat menurunkan tekanan darah yang tinggi dan kegemukan.

5) Diabetes Melitus

Diabetes mempercepat terjadinya aterosklerosis atau penumpukan plak-plak diseluruh pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak dan jantung, dikarenakan darah pada penderita diabetes cenderung pekat. Kadar glukosa darah yang tinggi pada stroke akan memperbesar meluasnya area infark karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa yang dilakukan secara anaerob (oksigen sedikit) yang merusak jaringan otak.

6) Obesitas

Obesitas dapat meningkatkan kejadian stroke terutama apabila disertai dengan dyslipidemia dan hipertensi melalui proses aterosklerosis. Obesitas juga dapat menyebabkan stroke melalui efek snoring dan sleep apnea, karena terhentinya suplai oksigen secara mendadak ke otak.

7) Hiperkolesterol

Kolesterol merupakan zat di dalam aliran darah dimana makin tinggi kolesterol semakin besar kemungkinan kolesterol tersebut tertimbun pada dinding pembuluh darah. Hal ini menyebabkan saluran pembuluh darah menjadi sempit sehingga menyebabkan suplai darah ke otak terganggu. Inilah yang menyebabkan stroke iskemik atau penyempitan pembuluh darah.

8) Pola makan yang tidak baik

9) Meminum kopi

10) Mengonsumsi alcohol

#### 4. Manifestasi Klinis Stroke

Menurut Smeltzer dalam Ariani (2012), manifestasi stroke adalah sebagai berikut :

##### a. Defisit lapangan penglihatan

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

Penglihatan pada penderita menyempit, sehingga penderita tidak bisa melihat objek dalam jangkauan yang luas, penderita mengabaikan salah satu sisi tubuh, dan akan kesulitan dalam menilai jarak.

- 2) Kehilangan penglihatan perifer yaitu penderita akan kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek atau batas objek
- 3) Diplopia (penglihatan ganda)

##### b. Defisit motorik

- 1) Hemiparesis

Kondisi ketika salah satu sisi tubuh mengalami kelemahan sehingga sulit digerakkan, contohnya pada penderita stroke yaitu kelemahan pada wajah, lengan, dan kaki, di sisi yang sama

- 2) Ataksia

Kesulitan dalam berjalan dan tidak tegak saat berdiri, serta kesulitan dalam menyatukan kaki

- 3) Disartria

Gangguan dalam bicara dikarenakan kelemahan otot

- 4) Disfagia

Kesulitan dalam menelan

##### c. Defisit verbal

- 1) Afasia ekspresif

Penderita dapat memahami hal yang akan disampaikan, tetapi tidak mampu mengungkapkannya dan berbicara dalam respons tunggal.

- 2) Afasia reseptif

Penderita mampu berbicara namun tidak masuk akal. Penderita tidak mampu memahami kata yang dibicarakan

3) Afasia global

Kombinasi dari afasia ekspresif dan reseptif

d. Defisit kognitif

Penderita stroke berpotensi kehilangan memori jangka pendek maupun panjang, penurunan perhatian, penurunan kemampuan dalam berkonsentrasi, dan perubahan penilaian

e. Defisit emosional

Penderita akan mengalami kehilangan control diri, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress, depresi, menarik diri, rasa takut, marah, serta perasaan isolasi.

## **B. Konsep Diri Pada Pasien Stroke**

### **1. Pengertian Konsep Diri**

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, perasaan, kepercayaan, dan pendirian yang diketahui oleh seorang individu tentang dirinya, dimana hal ini nantinya akan mempengaruhi bagaimana individu tersebut berhubungan dengan orang lain. Konsep diri berkembang secara bertahap. Konsep diri dipelajari melalui pengalaman seorang individu yaitu dari bagaimana ia berhubungan dengan orang lain dan berinteraksi dengan dunia luar (Yusuf, dkk, 2015)

Menurut Beck dan William dalam Azizah, dkk(2016)konsep diri adalah bagaimana cara individu memandang dirinya secara utuh. Konsep diri termasuk pandangan individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek, serta tujuan dan keinginannya.

Muhith (2015)mengatakan bahwa konsep diri merupakan manifestasi dari bentuk identitas yang dipandang secara komprehensif untuk mendukung kepribadian. Konsep diri dapat diartikan sebagai cara individu memandang dirinya secara utuh, yang meliputi penilaian terhadap fisik, intelektual,

kepercayaan, sosial, perilaku, emosi, spiritual, dan pendirian dalam percakapan sehari-hari. Dengan konsep diri, individu bisa membayangkan bagaimana ia bercermin untuk mengetahui jati diri.

Konsep diri dikatakan negatif apabila seorang individu menganggap bahwa dirinya lemah, tidak berdaya, tidak dapat berbuat apa-apa, tidak kompeten, gagal, tidak menarik, dan tidak disukai. Orang dengan konsep diri yang negatif akan cenderung bersikap pesimis terhadap kehidupan dan masalah yang dihadapinya (Muhith, 2015).

Gangguan konsep diri adalah sebuah kondisi dimana seseorang memandang dirinya secara negatif (Muhith, 2015). Konsep diri yang negatif bisa dilihat melalui hubungan antara individu dan sosial yang kurang.

## 2. Rentang Respon Konsep Diri

Individu dalam kehidupannya tidak akan terlepas dari stressor, yang mana stressor ini akan menimbulkan ketidakseimbangan didalam diri. Dalam usaha untuk mengatasi ketidakseimbangan tersebut, maka individu menggunakan koping yang bersifat membangun. Respon individu terhadap konsep dirinya dapat dilihat sepanjang rentang respon konsep diri yaitu dari adaptif sampai maladaptif dimulai dari aktualisasi diri, konsep diri positif, harga diri rendah, kekacauan identitas, dan depersonalisasi (Muhith, 2015).



**Gambar 2.1**  
**Rentang Respon Konsep Diri**

*Sumber :Stuart (2013)*

Rentang respon konsep diri dari adaptif sampai maladaptif, yaitu :

a. Aktualisasi diri

Aktualisasi diri yaitu kemampuan seseorang dalam mengendalikan dan mengatur diri sendiri sehingga bebas dari berbagai tekanan. Menurut Maslow dalam Yusuf, dkk (2015), karakteristik aktualisasi diri meliputi :

- 1) Realistik
- 2) Cepat menyesuaikan diri dengan orang lain
- 3) Persepsi yang akurat dan tegas
- 4) Dugaan yang benar terhadap kebenaran/kesalahan
- 5) Akurat dalam memperbaiki masa yang akan datang
- 6) Mengerti seni, musik, politik, filosofi
- 7) Rendah hati
- 8) Mempunyai dedikasi untuk bekerja
- 9) Kreatif, fleksibel, spontan, dan mengakui kesalahan
- 10) Terbuka dengan ide-ide baru
- 11) Percaya diri dan menghargai diri
- 12) Kepribadian yang dewasa
- 13) Dapat mengambil keputusan

b. Konsep diri positif

Konsep diri dikatakan positif apabila individu memiliki pengalaman yang positif dalam dirinya (Dermawan & Rusdi, 2013). Adapun konsep diri yang positif menurut Munith (2015) sebagai berikut :

- 1) Apabila seorang individu merasa memiliki kepribadian yang hangat, penuh keramahan, memiliki minat terhadap orang lain, memiliki sikap empati, supel, memiliki tenggang rasa, dan peduli akan orang lain
- 2) Memandang dan mengarahkan dirinya untuk menjadi seseorang yang berpegang teguh pada nilai dan moral etik
- 3) Mencintai dan merasa bahagia saat berada ditengah-tengah keluarga, merasa bangga hal yang dimilikinya, dan mendapat banyak kasih sayang dan dukungan dari orang-orang terdekat

- 4) Menganggap bahwa dirinya mampu berprestasi secara akademik, dihargai oleh teman-temannya, merasa nyaman di lingkungan sekitar, dan menghargai orang yang memberi ilmu kepadanya

c. Harga diri rendah

Harga diri rendah yaitu sebuah perasaan negatif terhadap diri sendiri, yang ditandai dengan hilangnya rasa percaya diri, dan merasa gagal dalam mencapai keinginannya (Munith, 2015).

Tanda atau perilaku seseorang dengan harga diri rendah yaitu :

- 1) Merasa dirinya tidak berguna
- 2) Produktifitas menurun
- 3) Hilangnya rasa percaya diri
- 4) Mudah marah dan tersinggung
- 5) Pandangan hidup yang pesimis
- 6) Mengingkari kemampuan diri sendiri
- 7) Merasa bersalah dan khawatir
- 8) Sulit bergaul dengan orang lain
- 9) Sering mengkritik diri sendiri

d. Kekacauan identitas

Kekacauan identitas merupakan kegagalan individu dalam menyatukan berbagai pengalaman di masa kanak-kanak kedalam kepribadian psikososial saat dewasa (Suliswati & Dkk, 2012)

Perilaku yang berhubungan dengan kekacauan identitas menurut Azizah, dkk (2016) yaitu :

- 1) Kode moral tidak dilakukan
- 2) Kontradiksi dengan ciri kepribadian
- 3) Eksploitasi hubungan interpersonal
- 4) Perasaan kosong
- 5) Tidak mampu berempati kepada orang lain
- 6) Tidak ada atau kurang ciri kepribadian
- 7) Masalah dalam hubungan intim



- 8) Perasaan hampa
- 9) Tingkat ansietas tinggi

e. Depersonalisasi

Depersonalisasi adalah perasaan yang tidak nyata dimana seseorang tidak dapat membedakan antara kenyataan dan alam bawah sadarnya. Hal ini meliputi perasaan asing terhadap diri sendiri, sulit dalam membedakan antara dirinya dengan orang lain dan lingkungan (Azizah, dkk,2016)

Perilaku yang berhubungan dengan depersonalisasi yaitu :

- 1) Kehilangan identitas
- 2) Perasaan asing terhadap diri sendiri
- 3) Perasaan tidak aman, rendah diri, takut, dan malu
- 4) Tidak realistis
- 5) Merasa terisolasi
- 6) Tidak ada rasa puas
- 7) Sukar membedakan diri dengan orang lain
- 8) Merasakan dunia sebagai mimpi
- 9) Halusinasi pendengaran dan penglihatan
- 10) Disorientasi waktu dan tempat
- 11) Gangguan daya ingat
- 12) Komunikasi tidak selaras
- 13) Menarik diri

### 3. Komponen-komponen Konsep Diri

Komponen-komponen konsep diri menurut Yusuf, dkk (2015)

a. Gambaran diri (*Body Image*)

Gambaran diri adalah pandangan seseorang terhadap tubuhnya baik secara sadar maupun tidak sadar. Sikap ini mencakup perasaan tentang ukuran dan bentuk tubuh , fungsi, penampilan dan potensi tubuhnya.

Gambaran diri merupakan hal yang paling utama dalam konsep diri karena tubuh merupakan bagian yang paling terlihat dari diri seseorang. Sikap seseorang terhadap tubuhnya mencerminkan kepuasan seseorang terhadap tubuhnya, semakin puas individu menyukai dan menerima dirinya, maka seorang individu akan lebih bebas dan aman dari kecemasan sehingga harga dirinya meningkat (Stuart, 2013)

Gangguan citra tubuh adalah perubahan pandangan menjadi negatif terhadap tubuh yang diakibatkan karena perubahan ukuran, bentuk, struktur, dan fungsi pada (Yusuf, dkk, 2015)

Menurut Azizah, dkk (2016) Perubahan citra tubuh dapat dikarenakan oleh :

- 1) Perubahan ukuran tubuh, seperti berat badan yang turun akibat suatu penyakit atau berat badan yang naik
- 2) Perubahan bentuk tubuh yang diakibatkan karena tindakan invasif seperti operasi
- 3) Perubahan struktur tubuh, seperti pemasangan alat dalam tubuh
- 4) Perubahan fungsi tubuh yang dapat merubah sistem tubuh
- 5) Keterbatasan dalam bergerak dan berkegiatan

Tanda dan gejala gangguan citra tubuh (Azizah, dkk, 2016)

- 1) Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang mengalami perubahan
- 2) Menolak adanya perubahan fungsi tubuh
- 3) Pandangan yang negatif terhadap tubuh
- 4) Mengungkapkan keputusasaan dan ketakutan
- 5) Menolak penjelasan perubahan pada tubuh

b. Ideal diri

Ideal diri ialah pandangan tentang bagaimana seseorang berperilaku berdasarkan standar. Standar dapat berupa aspirasi, tujuan, atau nilai yang diyakininya. Ideal diri dipengaruhi oleh kebudayaan, keluarga, ambisi, keinginan, dan kemampuan individu dalam menyesuaikan diri dengan norma yang ada di masyarakat. Gangguan ideal diri adalah terlalu tingginya ideal diri, atau sulit dicapai dan tidak realistisnya ideal diri (Stuart, 2013)

Tanda dan gejala gangguan ideal diri menurut Azizah, dkk (2016) :

- 1) Mengungkapkan keputusasaan akibat penyakitnya, misalnya seseorang yang putus asa karena tidak bisa berjalan lagi karena penyakit stroke nya
- 2) Mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi, misalnya seseorang yang merasa bisa sembuh dari penyakitnya padahal prognosis penyakitnya buruk.

c. Harga diri

Harga diri merupakan penilaian terhadap hasil yang dicapai oleh diri sendiri, dengan melihat apakah hal yang dicapai sesuai dengan yang diinginkan. Harga diri didapatkan dari diri sendiri dan orang lain. Seseorang akan merasa harga dirinya tinggi apabila banyak mencapai keberhasilan, sebaliknya seseorang akan merasa tidak berharga apabila banyak mengalami kegagalan.

Menurut Coopersmith dalam Azizah, dkk (2016), ada empat cara untuk meningkatkan harga diri :

- 1) Memberi kesempatan berhasil, dengan cara memberikan kesempatan untuk mencapai sesuatu.
- 2) Menanamkan gagasan, untuk meningkatkan kreativitas
- 3) Mendorong aspirasi, dengan memberikan pujian terhadap hal positif yang dicapai

- 4) Membantu membentuk coping, dengan memberikan latihan dan contoh penyelesaian masalah yang baik.

Gangguan harga diri dapat dijabarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilangnya kepercayaan diri, serta merasa gagal dalam mencapai keinginan.

d. Peran

Peran adalah sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang sesuai dengan posisinya di masyarakat. Setiap orang memiliki beberapa peran yang berhubungan dengan posisi mereka di masyarakat. Posisi seseorang dalam masyarakat bisa menjadi penyebab gangguan peran karena posisi yang tidak mungkin bisa dilaksanakannya.

Gangguan peran dapat disebabkan diantaranya karena konflik peran, peran yang tidak jelas, peran yang tidak sesuai dengan kenyataan atau peran yang terlalu banyak. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyesuaian diri terhadap peran adalah sebagai berikut :

- 1) Kejelasan antara perilaku dengan peran yang diemban
- 2) Konsisten terhadap peran yang dilakukan
- 3) Kesesuaian dan keseimbangan antara peran yang diterima
- 4) Keselarasan budaya dan harapan individu terhadap peran
- 5) Pemisahan situasi yang akan menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran.

Gangguan penampilan peran merupakan berubahnya atau berhentinya fungsi peran sebelumnya yang disebabkan oleh beberapa hal diantaranya karena suatu penyakit, proses menua, putus sekolah atau karena putus kerja. Peran yang berubah diantaranya :

- 1) Peran dalam keluarga
- 2) Peran dalam pekerjaan atau sekolah
- 3) Peran dalam berbagai kelompok

e. Identitas Diri

Identitas adalah penilaian oleh seorang individu terhadap diri sendiri yang diperoleh melalui pengamatan terhadap dirinya, dan menyadari bahwa dirinya berbeda dengan orang lain. Seseorang yang memiliki identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berbeda dengan orang lain. Kemandirianpun akan timbul ketika seseorang meyakini dirinya berharga. Ciri-ciri seseorang yang memiliki identitas diri yang positif adalah sebagai berikut :

- 1) Memandang diri sebagai individu yang utuh dan berbeda dengan orang lain
- 2) Mengakui jenis kelamin sendiri
- 3) Memandang berbagai aspek dalam diri sebagai satu kesatuan
- 4) Menilai diri sesuai dengan penilaian masyarakat
- 5) Menyadari adanya hubungan antara masa lalu, masa sekarang, dan masa yang akan datang
- 6) Mempunyai tujuan dan nilai yang jelas

#### **4. Penyebab Gangguan Konsep Diri**

Berbagai hal yang dapat menyebabkan gangguan konsep diri diantaranya (Munith, 2015).

a. Pola asuh orang tua

Pola asuh orang tua menjadi faktor yang signifikan dalam mempengaruhi konsep diri. Sikap positif dari orang tua akan menumbuhkan pemikiran yang positif dan sikap yang menghargai diri sendiri. Sikap negatif dari orang tua akan menimbulkan diri seorang individu merasa dirinya tidak berharga dan tidak pantas untuk disayangi.

b. Kegagalan

Kegagalan yang dialami terus menerus akan menyebabkan seorang individu beranggapan bahwa penyebab kegagalannya adalah dirinya yang

tidak mampu dan lemah. Kegagalan akan membuat seseorang merasa tidak berguna

c. Depresi

Seseorang yang sedang depresi akan mempunyai pemikiran yang negatif terhadap diri dan orang disekitarnya. Segala situasi atau stimulus akan dipersepsikan secara negatif

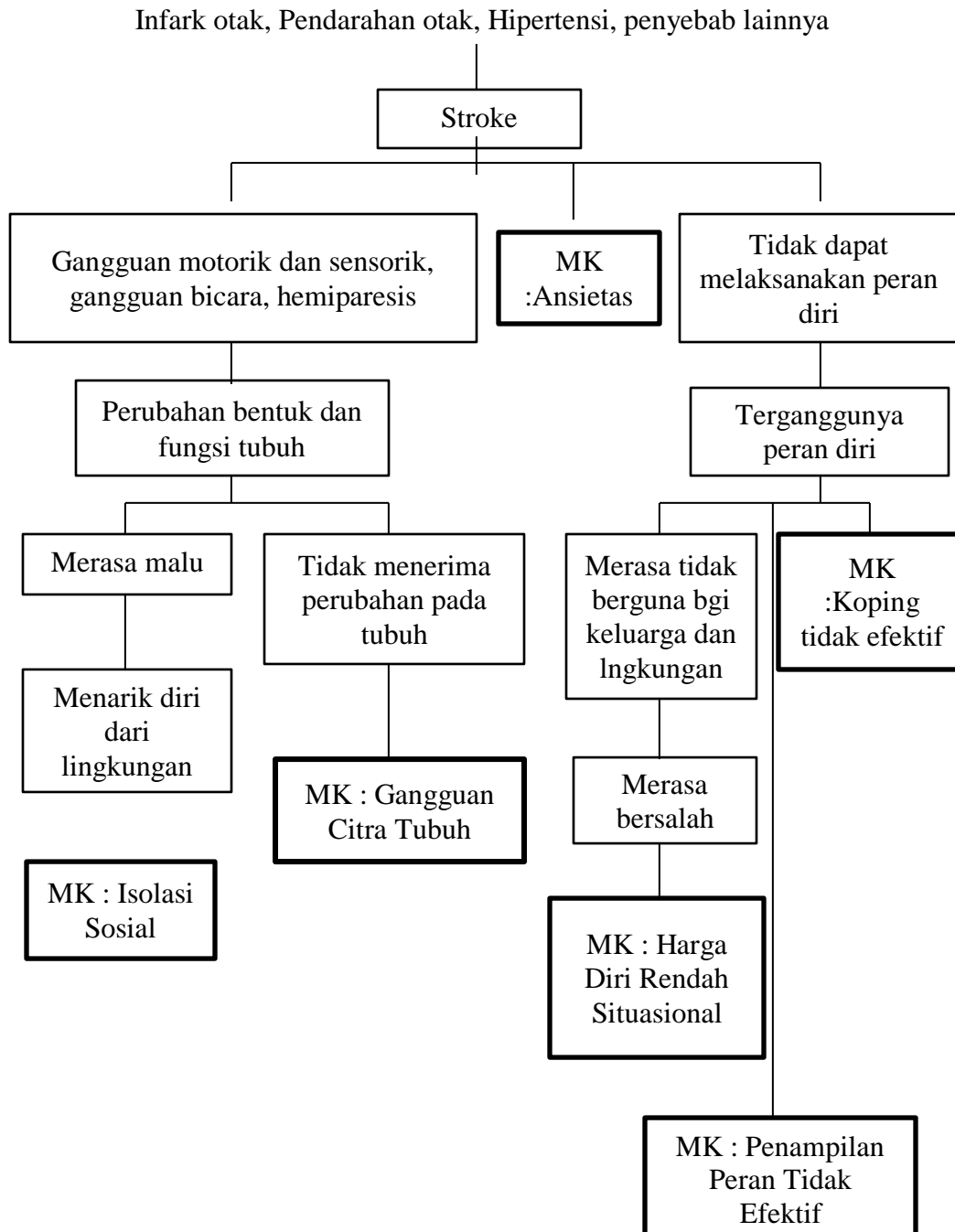
d. Kritik internal

Kritik terhadap diri sendiri sering menjadi acuan dalam bertindak atau berperilaku agar kita dapat diterima oleh masyarakat dan dapat beradaptasi di lingkungan sekitar dengan baik.

e. Merubah konsep diri

Seringkali diri sendiri seseorang lah yang menyebabkan persoalan bertambah rumit dengan berpikir negatif terhadap suatu keadaan atau terhadap diri sendiri. Namun karena sifatnya yang dinamis, konsep diri dapat mengalami perubahan kearah yang lebih positif.

## 5. Psikodinamika Gangguan Konsep Diri Pada Pasien Stroke



**Gambar 2.2**  
**Psikodinamika Konsep Diri Pada Pasien Stroke**

*Sumber :Muhith (2015), Padila (2018), SDKI (2017)*

## C. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Konsep Diri Pada Pasien Stroke

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistic, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual

Seorang perawat jiwa diharapkan mempunyai kesadaran dan kemampuan tilik diri (*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi dengan terapeutik, dan memiliki kemampuan merespons secara efektif, karena hal-hal tersebut akan menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat.

Stuart dan Sundeen dalam Yusuf (2015) mengatakan bahwa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki pasien adalah aspek yang harus digali selama pengkajian.

Pengkajian keperawatan jiwa menurut Yusuf (2015) meliputi hal-hal sebagai berikut :

#### a. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis.

#### b. Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, alamat, hubungan dengan pasien, dan pendidikan



c. Keluhan utama / alasan masuk

Keluhan utama merupakan alasan pasien masuk ke rumah sakit. Pada pasien stroke biasanya mereka masuk karena kelemahan disalah satu bagian tubuh, atau kehilangan kesadaran.

d. Faktor predisposisi

1) Faktor yang mempengaruhi harga diri, meliputi perilaku yang objektif dan teramati, pasien juga bersikap subjektif. Perilaku berhubungan dengan harga diri rendah. Biasanya pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri merasa tidak berguna, malu ditemui oleh keluarga dan teman-temannya, dan sering termenung.

2) Faktor yang mempengaruhi peran adalah tuntutan peran kerja dan harapan peran kultural. Biasanya pasien merasa ia tidak bisa melaksanakan perannya dalam keluarga lagi.

3) Faktor yang mempengaruhi identitas personal meliputi perubahan dalam struktur sosial.

e. Faktor Presipitasi

Ketegangan peran hubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dimana individu mengalaminya sebagai frustrasi. Ada tiga jenis transisi peran yaitu transisi peran perkembangan, transisi peran situasi, dan transisi peran sehat ke sakit

1) Transisi peran perkembangan

Perubahan normative yang berkaitan dengan pertumbuhan. Perubahan ini termasuk tahap perkembangan individu, norma budaya, dan tekanan untuk penyesuaian diri

2) Transisi peran situasi

Terjadi dengan bertambahnya atau berkurangnya anggota keluarga

3) Transisi peran sehat-sakit

Sebagai akibat pergeseran dari keadaan sehat ke keadaan sakit. Transisi ini dicetuskan oleh :

- a) Kehilangan bagian tubuh
- b) Perubahan ukuran, bentuk, dan fungsi tubuh
- c) Perubahan fisik berhubungan dengan tumbuh kembang normal
- d) Prosedur medis dan keperawatan

Biasanya pada pasien Stroke dengan gangguan konsep diri, yang menjadi faktor presipitasinya karena perubahan bentuk, ukuran, dan fungsi tubuh.

f. Pemeriksaan Fisik

Yang perlu dikaji dalam pemeriksaan fisik adalah tekanan darah pasien, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu, berat badan, dan tinggi badan pasien.

g. Aspek psikososial

Yang perlu dikaji adalah :

1) Konsep diri pasien

a) Gambaran diri

Biasanya pasien mengatakan tidak bisa menerima perubahan pada tubuhnya.

b) Ideal diri

Biasanya pasien mengatakan putus asa dengan keadaannya

c) Harga diri

Biasanya pasien mengatakan merasa tidak berharga lagi, dan merasa membebani keluarga dan orang-orang terdekatnya

d) Peran

Biasanya pasien mengalami penurunan produktivitas, dan merasa ia tidak bisa lagi memenuhi tanggung jawabnya lagi.

e) Identitas diri

Biasanya pasien merasa tidak percaya diri dengan keadaannya.

- 2) Hubungan sosial  
Hubungan sosial antara pasien dengan orang sekitar biasanya berkurang.
  - 3) Spiritual  
Biasanya pasien mengakui adanya Tuhan, dan semakin dekat dengan Tuhan, namun kadang merasa tidak terima dengan keadaan yang dialaminya.
- h. Status mental
- 1) Penampilan  
Biasanya penampilan pasien dibantu oleh keluarga seperti berpakaian.
  - 2) Kesadaran  
Biasanya tingkat kesadaran pasien compos mentis, pasien mengerti semua yang terjadi di lingkungannya, namun terjadi gangguan motorik seperti gerakan yang dilang-ulang, dan gerakan tubuh pasien yang canggung
  - 3) Disorientasi  
Biasanya pasien sadar akan tempat, waktu, dan orang disekitarnya
  - 4) Aktivitas motorik  
Biasanya terjadi kelumpuhan di sebagian tubuh pasien, sehingga pasien tidak banyak bergerak, lemah, dan lesu
  - 5) Afek/Emosi  
Biasanya pasien merasa sedih, depresi, dan cemas
  - 6) Persepsi  
Biasanya pasien tidak mengalami halusinasi, ilusi, depersonalisasi, dan derealisasi
  - 7) Proses pikir
    - a) Arus pikir  
Biasanya pembicaraan nyambung, ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya
    - b) Isi pikir

Pasien biasanya memikirkan dan cemas dengan penyakitnya

c) Bentuk pikir

Biasanya pasien berpikiran realistic yaitu sesuai kenyataan

8) Memori

Biasanya tidak ada gangguan memori pada pasien, baik itu memori jangka panjang maupun jangka pendek

9) Tingkat konsentrasi

Biasanya pasien kurang mampu berkonsentrasi

10) Daya tilik diri/ Insight

Biasanya pasien mengetahui tentang penyakitnya, namun kurang bisa menerima keadaan yang dialami.

11) Interaksi selama wawancara

Biasanya pasien mudah tersinggung, dan kurangnya kontak mata

i. Aktivitas sehari-hari (ADL)

Biasanya pasien untuk makan, mandi, berpakaian, dan berhias dibantu oleh keluarga, untuk BAB/BAK biasanya memakai pempers dan untuk berjalan biasanya menggunakan kursi roda.

j. Mekanisme koping

1) Pertahanan jangka pendek

Biasanya pasien melakukan aktivitas yang dapat memberikan pelarian sementara dari krisis seperti menonton, mendengarkan musik, dan lain-lain.

2) Pertahanan jangka panjang

Biasanya pasien menutup identitas dirinya terhadap lingkungan.

k. Aspek medik

Pasien dengan diagnosa medis Stroke

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada pasien dengan gangguan konsep diri diantaranya : (SDKI , 2017)

- a. Gangguan citra tubuh b.d Perubahan fungsi tubuh
- b. Harga diri rendah situasional b.d Perubahan pada Citra tubuh
- c. Penampilan peran tidak efektif b.d Perubahan peran
- d. Koping tidak efektif b.d Ketidacukupan persiapan untuk menghadapi stressor
- e. Ansietas b.d Krisis Situasional
- f. Isolasi sosial b.d Perubahan Penampilan fisik

### 3. Intervensi Keperawatan

Diagnosa	SLKI (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)	SIKI (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
<p>Gangguan Citra Tubuh b.d Perubahan fungsi tubuh</p> <p><b>Defenisi :</b> Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif (Gejala) :</b> Mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh</p> <p><b>Objektif (Tanda) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kehilangan bagian tubuh</li> <li>b. Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif (Gejala) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak mau</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan citra tubuh meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melihat bagian tubuh meningkat</li> <li>b. Menyentuh bagian tubuh meningkat</li> <li>c. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh meningkat</li> <li>d. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun</li> <li>e. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun</li> <li>f. Focus pada bagian tubuh menurun</li> <li>g. Focus pada penampilan masa lalu menurun</li> <li>h. Focus pada kekuatan masa lalu menurun</li> </ol>	<p>Promosi Citra Tubuh</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan</li> <li>b. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh</li> <li>c. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</li> <li>d. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> <li>e. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</li> </ol> <p><i>Tarapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</li> <li>b. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</li> <li>c. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh</li> <li>d. Diskusikan cara mengembangkan harapan</li> </ol>

<p>mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh</p> <p>b. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh</p> <p>c. Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/rekasi orang lain</p> <p>d. Mengungkapkan perubahan gaya hidup</p> <p><b>Objektif (Tanda):</b></p> <p>a. Menyembunyikan bagian tubuh secara berlebihan</p> <p>b. Menghindari melihat/menyentuh bagian tubuh</p> <p>c. Fokus berlebihan pada bagian tubuh</p> <p>d. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh</p> <p>e. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu</p> <p>f. Hubungan sosial berubah</p>		<p>citra tubuh secara realistis</p> <p>e. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p> <p>b. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>c. Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p> <p>d. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok.</p>
<p>Harga diri rendah situasional b.d Perubahan pada Citra tubuh</p> <p><b>Defenisi :</b></p> <p>Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan harga diri meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Penilaian diri positif meningkat</p> <p>b. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat</p> <p>c. Penerimaan penilaian</p>	<p>Promosi Harga Diri</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</p> <p>b. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan</p> <p><i>Tarapeutik</i></p> <p>a. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri</p>

<p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif (Gejala) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menilai diri negatif</li> <li>Merasa malu</li> <li>Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri</li> <li>Menolak penilaian positif tentang diri sendiri</li> </ol> <p><b>Objektif (Tanda) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berbicara pelan dan lirih</li> <li>Menolak berinteraksi dengan orang lain</li> </ol> <p><b>Gajala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif (Gejala) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sulit berkonsentrasi</li> </ol> <p><b>Objektif (Tanda) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kontak mata kurang</li> <li>Lesu dan tidak bergairah</li> <li>Pasif</li> </ol>	<p>positif terhadap diri sendiri meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Minat mencoba hal baru meningkat</li> <li>Postur tubuh menampakkan wajah meningkat</li> <li>Kontak mata meningkat</li> <li>Kosentrasi meningkat</li> <li>Percaya diri berbicara meningkat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan pernyataan tentang harga diri</li> <li>Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri</li> <li>Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri</li> <li>Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas</li> <li>Berikan umpan balik positif atas peningkatan pencapaian tujuan</li> <li>Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien</li> <li>Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</li> <li>Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain</li> <li>Anjurkan mengevaluasi perilaku</li> <li>Latih pernyataan /kemampuan positif diri</li> <li>Latih cara berpikir dan perilaku positif</li> </ol>
<p>Penampilan peran tidak efektif b.d Perubahan peran</p> <p><b>Defenisi :</b></p> <p>Pola perilaku yang berubah atau tidak sesuai dengan harapan, norma, dan lingkungan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan penampilan peran membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Verbalisasi harapan terpenuhi meningkat</li> <li>Verbalisasi kepuasan peran meningkat</li> <li>Adaptasi peran</li> </ol>	<p>Dukungan pena,pilan peran</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi berbagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan</li> <li>Identifikasi peran yang ada dalam keluarga</li> <li>Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi</li> </ol>

<p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif (Gejala) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Merasa bingung menjalani peran</li> <li>Merasa harapan tidak terpenuhi</li> <li>Merasa tidak puas dalam menjalankan peran</li> </ol> <p><b>Objektif (Tanda) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Konflik peran</li> <li>Adaptasi tidak adekuat</li> <li>Strategi koping tidak efektif</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif (Gejala) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Merasa cemas</li> </ol> <p><b>Objektif (Tanda):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Depresi</li> <li>Dukungan sosial kurang</li> </ol>	<p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Strategi koping yang efektif meningkat</li> <li>Verbalisasi perasaan cemas menurun</li> <li>Konflik peran menurun</li> <li>Afek depresi menurun</li> </ol>	<p><i>Tarapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan</li> <li>Fasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku</li> <li>Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan</li> <li>Diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan terhadap orang lain</li> <li>Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran</li> <li>Ajarkan perilaku baru yang dibutuhkan oleh pasien/keluarga untuk memenuhi peran</li> </ol>
<p>Koping tidak efektif b.d Ketidacukupan persiapan untuk menghadapi stressor</p> <p><b>Defenisi :</b></p> <p>Ketidakmampuan menilai dan merespons stressor dan atau ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan status koping membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perilaku koping adaptif meningkat</li> <li>Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat</li> <li>Partisipasi sosial meningkat</li> <li>Kemampuan membina hubungan meningkat</li> </ol>	<p>Promosi koping</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kemampuan yang dimiliki</li> <li>Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan</li> <li>Identifikasi pemahaman proses penyakit</li> <li>Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan</li> <li>Identifikasi metode penyelesaian masalah</li> </ol>



<p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif(Gejala):</b> Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah</p> <p><b>Objektif (Tanda) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan</li> <li>Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif (Gejala):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar</li> <li>Kekhawatiran</li> </ol> <p><b>Objektif (Tanda) ;</b> Partisipasi sosial kurang</p>		<p>f. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial</p> <p><i>Tarapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan perubahan peran yang dialami</li> <li>Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</li> <li>Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri</li> <li>Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</li> <li>Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis</li> <li>Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia</li> <li>Dampingi saat berduka (penyakit kronis, kecacatan)</li> <li>Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang sama</li> <li>Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>Anjurkan keluarga terlibat</li> <li>Latih penggunaan teknik relaksasi</li> <li>Latih mengembangkan penilaian objektif</li> </ol>
<p>Anxietas b.d Krisis Situasional</p> <p><b>Defenisi :</b> Kondisi emosi dan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil :</p>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> </ol>

<p>pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif (Gejala) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Merasa bingung</li> <li>Merasa khawatir dengan kondisi yang dialami</li> <li>Sulit berkonsentrasi</li> </ol> <p><b>Objektif (Tanda) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tampak gelisah</li> <li>Sulit tidur</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor :</b></p> <p><b>Subjektif (Gejala):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Merasa tidak berdaya</li> </ol> <p><b>Objektif (Tanda) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Frekuensi nadi meningkat</li> <li>Tekanan darah meningkat</li> <li>Kontak mata buruk</li> <li>Berorientasi pada masa lalu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>Perilaku gelisah menurun</li> <li>Perilaku tegang menurun</li> <li>Konsenterasi membaik</li> <li>Pola tidur membaik</li> <li>Perasaan keberdayaan membaik</li> <li>Kontak mata membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p><i>Tarapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ciptakan suasana tarapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien</li> <li>Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>Latih teknik relaksasi</li> </ol>
<p>Isolasi sosial b.d Perubahan Penampilan fisik</p> <p><b>Defenisi :</b> Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan keterlibatan sosial meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Minat interaksi</li> </ol>	<p>Promosi sosialisasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</li> <li>Identifikasi hambatan</li> </ol>

<p>erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif (Gejala) :</b></p> <p>a. Merasa ingin sendirian</p> <p>b. Merasa tidak aman ditempat umum</p> <p><b>Objektif (Tanda) :</b></p> <p>a. Menarik diri</p> <p>b. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif (Gejala):</b></p> <p>a. Merasa berbeda dengan orang lain</p> <p>b. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas</p> <p><b>Objektif (Tanda) :</b></p> <p>a. Afek sedih</p> <p>b. Tidak ada kontak mata</p> <p>c. Tidak bergairan/lesu</p> <p>d. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain</p>	<p>meningkat</p> <p>b. Verbalisasi isolasi menurun</p> <p>c. Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun</p> <p>d. Perilaku menarik diri menurun</p> <p>e. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun</p> <p>f. Afek murung/sedih menurun</p> <p>g. Kontak mata membaik</p>	<p>melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p><i>Tarapeutik</i></p> <p>a. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan</p> <p>b. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan</p> <p>c. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain</p> <p>b. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain</p> <p>c. Latih mengekspresikan marah dengan tepat</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan pengaplikasian rencana tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan

(Rohmah, 2016). Implementasi keperawatan yang diberikan kepada pasien berupa dukungan, tindakan yang bisa memperbaiki kondisi, pendidikan kesehatan untuk klien dan keluarga, serta tindakan pencegahan masalah kesehatan jika muncul dikemudian hari (Olfah, 2016). Implementasi yang dilakukan pada kasus gangguan konsep diri pada pasien stroke diantaranya mendiskusikan perubahan tubuh dan fungsinya, menjelaskan kepada keluarga tentang pentingnya dukungan terhadap pasien, mengajarkan teknik relaksasi, dan mendiskusikan strategi positif dalam meningkatkan konsep diri (PPNI, 2019)

## **5. Evaluasi**

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan berdasarkan buku SLKI dan SIKI (Rohmah, 2016). Kriteria hasil yang diharapkan pada tahap evaluasi gangguan konsep diri pada pasien stroke yaitu melihat bagian tubuh meningkat, konsentrasi meningkat, strategi coping yang efektif meningkat, dan perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun (PPNI, 2019)

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **A. Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus yaitu suatu penelitian yang dimaksudkan untuk mengeksplorasi atau mengklarifikasi suatu gejala, atau fenomena (Samsu, 2017). Penelitian deskriptif ini bertujuan untuk membuat gambaran atau deskriptif secara objektif.

Penelitian ini diarahkan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan bagaimana asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang

### **B. Waktu Dan Tempat Penelitian**

Penelitian dilakukan di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang, setelah didapatkan sampel yang sesuai dengan kriteria peneliti, asuhan keperawatan dilanjutkan di rumah klien yang beralamatkan di Tanjung Alai, Kel.Balai Gadang, Koto Tangah. Waktu penelitian dimulai dari Desember 2021 sampai dengan Mei 2022. Waktu penelitian studi kasus dilakukan dari tanggal 04 April 2022 sampai 10 April 2022

### **C. Populasi Dan Sampel**

#### **1. Populasi**

Populasi dalam suatu penelitian merupakan kumpulan individu atau objek yang akan diteliti. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien stroke rawat jalan di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M. Djamil Padang. Data yang peneliti dapatkan pada saat proses penelitian dari tanggal 28 Februari 2022 sampai 11 Maret 2022 terdapat 9 pasien stroke yang kontrol ke Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang dalam rentang waktu tersebut.

## 2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang mewakili suatu populasi (Saryono & Aggreini, 2013). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien stroke dengan masalah gangguan konsep diri yang melakukan kunjungan ke Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang. Peneliti melakukan skrining terlebih dahulu kepada pasien stroke yang peneliti temui di poliklinik syaraf RSUP Dr. M.Djamil Padang yaitu sebanyak 9 orang pasien yang melakukan kunjungan dalam hari yang berbeda, dari 9 orang pasien tersebut didapatkan hasil skrining sebanyak 3 orang pasien yang mengalami gangguan konsep diri, maka dari 3 orang pasien tersebut akan digunakan teknik *purposive sampling* untuk mendapatkan sampel sesuai dengan kriteria yang telah peneliti tetapkan.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

- a. Kriteria Inklusi
  - 1) Pasien stroke yang bersedia dijadikan responden dan diberikan asuhan kerumah.
  - 2) Pasien stroke yang kooperatif
  - 3) Pasien stroke dalam usia produktif (15-64 tahun)
- b. Kriteria Eksklusi
  - 1) Pasien srtoke yang mengalami penurunan kesadaran

Dari 3 pasien tersebut, didapatkan 1 orang pasien yang memenuhi kriteria yang kemudian langsung dijadikan sebagai sampel dalam penelitian, 2 pasien lain tidak bisa dijadikan sebagai sampel karena tidak memenuhi kriteria penelitian, dimana kedua pasien tersebut tidak bersedia untuk diberikan asuhan keperawatan.

### D. Alat / Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format tahapan proses keperawatan jiwa mulai dari pengkajian sampai pada evaluasi. Instrumen

pengumpulan data berupa format tahapan proses keperawatan pada pasien dengan gangguan konsep diri mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Cara pengumpulan data dimulai dari wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Alat yang digunakan dalam penelitian adalah tensimeter.

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari : identitas pasien, keluhan saat dikaji, faktor predisposisi, faktor presitipasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan psikologis, konsep diri, dan status mental.
2. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, data masalah dan etiologi.
3. Format diagnosa keperawatan terdiri dari : nama pasien, diagnosa keperawatan, tanggal ditemukannya masalah dan paraf, serta tanggal dipecahkannya masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, diagnosa keperawatan, intervensi SLKI dan SIKI.
5. Format pencatatan perkembangan keperawatan terdiri dari : nama pasien, hari dan tanggal, jam dan implementasi keperawatan serta paraf yang melakukan implementasi keperawatan.

## **E. Teknik Pengumpulan Data**

### **1. Pengukuran**

Pengukuran adalah pengumpulan data penelitian dengan mengukur objek dengan menggunakan alat ukur tertentu, misalnya berat badan dengan timbangan berat badan, tensi dengan tensimeter, dan sebagainya (Supardi, sudihyo, 2013).

Dalam penelitian ini, peneliti mengukur dengan menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti melakukan pengukuran tekanan darah, menghitung frekuensi napas, menghitung frekuensi nadi, dan mengukur tanda-tanda vital.

### **2. Wawancara**

Wawancara adalah cara pengumpulan data penelitian melalui pertanyaan yang diajukan secara lisan kepada responden / informan untuk menjawabnya.

Wawancara bisa dilakukan secara tatap muka antara peneliti dengan responden (Supardi, sudihyo, 2013). Dalam penelitian ini peneliti melakukan wawancara dengan klien dan keluarga klien dengan cara membina hubungan saling percaya terlebih dahulu, kemudian pertanyaan diajukan secara lisan terhadap klien maupun keluarga. Data yang didapatkan selama wawancara meliputi : identitas klien, riwayat keluarga, keluhan, dan pengkajian psikososial klien.

### 3. Dokumentasi

Dokumentasi adalah salah satu teknik pengumpulan data untuk memperoleh informasi melalui fakta yang tersimpan dalam bentuk data sekunder, misalnya rekam medic, laporan bulanan, laporan tahunan, catatan pasien, surat keterangan, arsip foto, hasil rapat, jurnal kegiatan, dan sebagainya (Supardi, sudihyo, 2013). Selama proses penelitian, peneliti mendokumentasikan kegiatan dalam bentuk foto.

## F. Jenis Data

### 1. Data primer

Data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung. Data primer disebut juga sebagai data asli atau data baru yang memiliki sifat up to date. Untuk mendapatkan data primer, peneliti harus mengumpulkannya secara langsung. Teknik yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data primer antara lain observasi, dan wawancara (Sandu & Sodik, 2015).

Data primer dalam penelitian ini dikumpulkan langsung dari klien yaitu pengkajian pada klien dan keluarga, meliputi : identitas klien dan keluarga, keluhan utama, faktor predisposisi, faktor presipitasi, dan status mental.

Data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam, yaitu :

- a. Data objektif yang ditemukan secara nyata. Data objektif yang didapatkan oleh peneliti dalam penelitian ini yaitu melalui observasi atau pemeriksaan langsung kepada klien.



b. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data subjektif dalam penelitian ini diperoleh dari wawancara dengan pasien dan keluarga.

## 2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang telah tersedia hasil pengumpulan data untuk keperluan tertentu, yang dapat digunakan sebagian atau seluruhnya sebagai sumber data penelitian (Supardi, Sudihyo, 2013).

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh langsung dari rekam medis RSUP Dr.M.Djamil Padang.

## **G. Prosedur Penelitian**

1. Peneliti meminta surat izin penelitian dari instansi asal peneliti (Poltekkes Kemenkes Padang)
2. Peneliti mendatangi RSUP Dr.M.Djamil Padang dan menyerahkan surat izin penelitian dari institusi ke ruangan Direktur Rumah Sakit
3. Surat izin penelitian dari direktur dilanjutkan ke diklat, kemudian diklat memberikan surat konfirmasi melakukan penelitian.
4. Surat konfirmasi penelitian diberikan kepada ka. Instalasi untuk ditandatangani, kemudian surat konfirmasi yang telah ditandatangani ka. Instalasi diserahkan kepada kepala ruangan Poliklinik Syaraf Dr.M.Djamil Padang
5. Kemudian Karu memberikan izin penelitian
6. Peneliti datang setiap hari ke Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang untuk memilih sampel penelitian.
7. Peneliti melakukan skrining kepada setiap pasien stroke yang melakukan kunjungan ke Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang, apabila pasien tidak memenuhi kriteria penelitian, maka pencarian sampel dilakukan dihari berikutnya sampai ditemukan sampel yang sesuai kriteria. Dalam rentang

waktu 2 minggu terdapat 9 pasien stroke yang kontrol, dari 9 pasien tersebut 3 pasien mengalami gangguan konsep diri, dan 1 pasien memenuhi kriteria.

8. Peneliti meminta persetujuan dari responden dan memberikan lembaran informed consent untuk ditandatangani oleh responden.
9. Peneliti melakukan kontrak dengan responden untuk memberikan asuhan selama satu minggu ke rumah pasien, dengan 7 kali kunjungan
10. Peneliti meminta waktu responden untuk dilakukan pengkajian dan wawancara menggunakan format pengkajian dengan teknik wawancara dan anamnesa
11. Setelah melakukan asuhan selama waktu yang ditentukan, kemudian peneliti pamit kepada responden.

#### **H. Analisis data**

Analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan jiwa gangguan konsep diri. Analisa yang dilakukan adalah menentukan kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi klien, dan dalam melakukan analisa peneliti menggunakan tiga standar PPNI yaitu SDKI, SLKI, dan SIKI.

## BAB IV

### DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

#### A. Deskripsi Kasus

Penulisan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri telah dilakukan asuhan keperawatan mulai dari tanggal 04 April 2022 sampai dengan 10 April 2022. Pengkajian dilakukan terlebih dahulu di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang pada tanggal 11 Maret 2022 kemudian dilanjutkan ke rumah pasien yang beralamatkan di Tanjung Alai, Kel.Balai Gadang, Koto Tangah.. Hasil penelitian ini meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

#### 1. Pengkajian Keperawatan

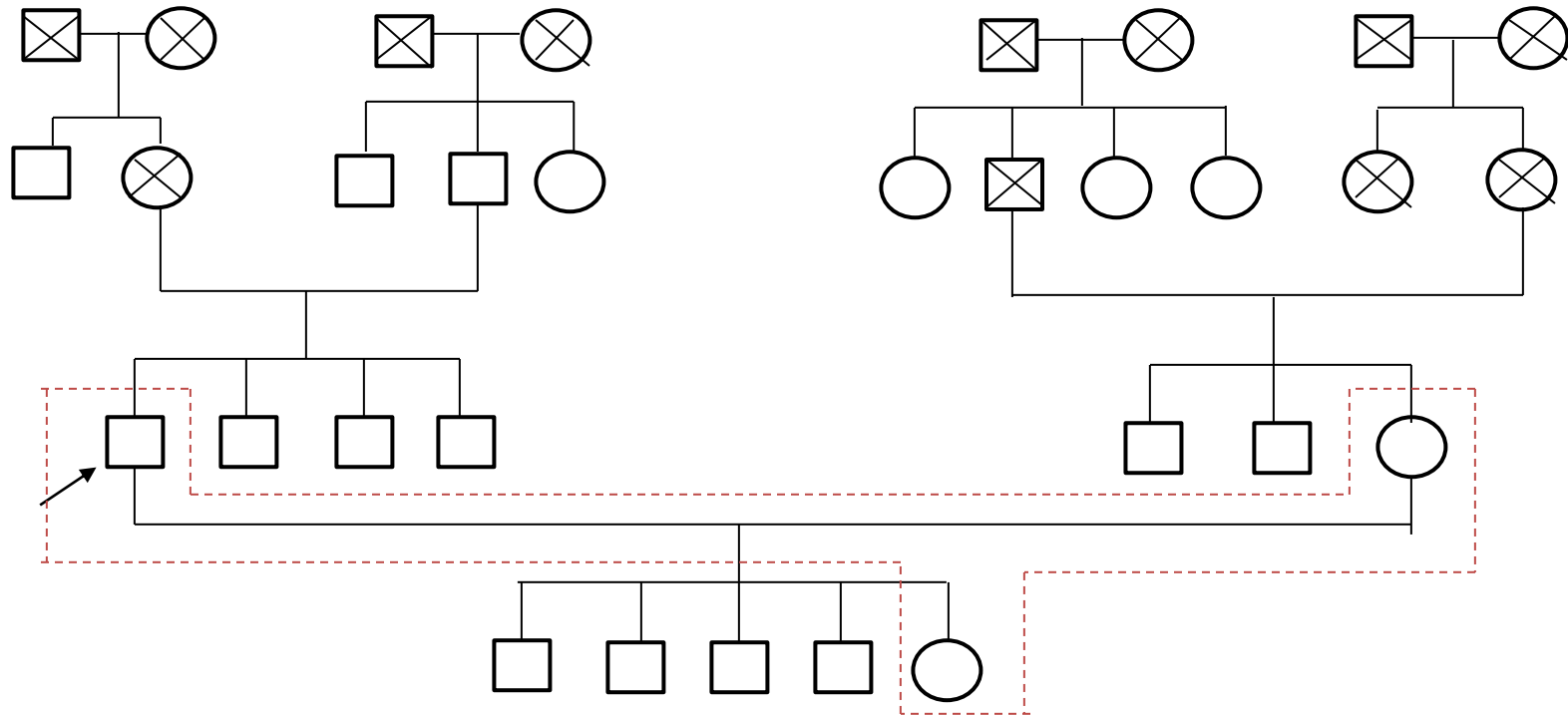
Pengkajian Keperawatan	Responden
Identitas Pasien	Pengkajian dilakukan oleh peneliti pada tanggal 04 April 2022. klien berjenis kelamin laki-laki dengan inisial Tn S, berumur 59 th,mempunyai 5 orang anak, pendidikan terakhir SD, pekerjaan sebagai seorang buruh proyek harian, agama islam, alamat rumah di Tanjung Alai, Kel.Balai Gadang, Koto Tangah.
Keluhan Utama	Pada saat dilakukan pengkajian, bicara pasien pelo, esktremitas atas klien sebelah kanan, dan kedua ektremitas bawah mengalami kelemahan sehingga klien tampak kesulitan dalam berbicara.
Faktor Predisposisi	Saat ini klien mengalami kelemahan di ekstremitas atas bagian kanan dan kedua ekstremitas bawah, serta bicara yang pelo, klien juga tampak kesulitan dalam berbicara. Saat dilakukan pengkajian klien banyak diam dan menghindari kontak mata,

	klien juga tampak sering memegang dan memijit bagian ekstremitas yang mengalami kelamahan. Kelumpuhan yang dialami klien membuat klien merasa membebani anggota keluarganya.
Faktor Presipitasi	klien memiliki riwayat hipertensi sebelumnya, suka mengosumsi makanan yang bersantan, dan mengosumsi goreng-gorengan.
Data Pengukuran	Dari hasil pemeriksaan fisik, didapatkan tanda-tanda vital klien yaitu : Tekanan darah 156/96 mmHg, frekuensi nadi 18x/mnt, frekuensi pernapasan 18x/mnt, suhu 36, Tinggi badan 158 cm, dan Berat Badan 54 kg. Dari hasil anamnesa klien mengalami keluhan fisik yaitu kelemahan di esktremitas, dan bicara yang pelo. klien banyak diam, dan menghindari kontak mata.
Psikososial Gambaran Diri	Klien merasakan terjadinya perubahan pada tubuhnya, terutama bagian ekstremitas klien, serta keadaan bibir yang pelo, hal ini membuat klien malas untuk berkomunikasi dengan orang lain. Klien merasa sudah kehilangan fungsi tubuh, klien merasa tidak berguna dan menyusahkan anggota keluarganya.
Psikososial identitas diri	Klien merupakan seorang laki-laki berusia 59 th, klien merupakan anak pertama dari 4 bersaudara. Saat ini klien mempunyai seorang istri dan 5 orang anak.
Psikososial Peran Diri	Klien merupakan seorang buruh proyek yang bekerja setiap hari untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarganya. Klien mengatakan walaupun semua anaknya sudah bekerja, ia tetap merasa tidak bisa memenuhi tanggung jawabnya sebagai seorang suami untuk menafkahi istrinya. Klien juga mengatakan tidak bisa mengikuti kegiatan-kegiatan dimasyarakat lagi, hal ini membuat klien merasa sedih
Psikososial	Klien mengatakan harapan nya untuk bisa menggendong dan

Ideal Diri	bermain-main dengan cucu pertamanya tidak bisa terpenuhi.
Psikososial Harga Diri	Klien mengatakan karena kondisi fisiknya, ia tidak bisa beraktivitas secara mandiri, klien merasa tidak berguna dan merasa merepotkan anggota keluarganya terutama istri dan anak-anaknya. Klien juga merasa tidak dihormati lagi karena sering merepotkan orang-orang disekitarnya.
Hubungan Sosial	Orang yang berarti bagi klien adalah istri dan anak-anaknya. Saat sebelum sakit klien aktif berinteraksi dengan lingkungannya. Saat ini klien hanya berinteraksi dengan keluarganya saja.
Spiritual	Klien mennganut agama islam, saat sebelum sakit klien rajin melaksanakan shalat 5 waktu, dan mengikuti kegiatan agama. Namun semenjak sakit klien mengatakan sudah jarang shalat dan mengikuti kegiatan keagamaan.
Status Mental	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penampilan Dalam berpakaian klien tampak rapi, kadang menggunakan kemeja, dan kadang menggunakan baju kaos, namun saat keluar rumah klien tidak pernah menggunakan alas kaki.</li> <li>2. Pembicaraan Klien bicara agak lamban dan kurang jelas, klien hanya bicara ketika diajak bicara.</li> <li>3. Aktivitas motorik Klien mengalami kelemahan di ekstremitas atas sebelah kanan, dan kedua ekstremitas bawah.</li> <li>4. Afek dan emosi Afek klien labil, emosi klien berubah-ubah, klien terkadang marah-marah tanpa sebab..</li> <li>5. Interaksi selama wawancara Selama wawancara klien menghindari kontak mata, dan</li> </ol>

	<p>berbicara ketika ditanya atau diajak berbicara saja</p> <p>6. Persepsi sensori Klien merasa cemas jika ia tidak kunjung sembuh, klien merasa merepotkan keluarganya terus</p> <p>7. Proses pikir Klien merasa asing dengan tubuhnya semenjak ia sakit</p> <p>8. Tingkat kesadaran Compos mentis</p> <p>9. Orientasi Klien dapat mengungkapkan apa yang dirasakannya, terlihat dari klien yang bisa menjawab pertanyaan yang diberikan</p> <p>10. Memori Tidak ada gangguan dengan memori klien.</p> <p>11. Konsentrasi Konsentrasi klien mulai berkurang, terlihat saat pengkajian pertanyaan harus diulang-ulang karena klien kurang fokus</p>
Mekanisme Koping	Klien memiliki mekanisme koping adaptif, yaitu klien selalu bermusyawarah dengan istri dalam menyelesaikan masalah. Namun semenjak sakit mekanisme koping yang digunakan dulu sudah tidak efektif lagi. Saat ini klien hanya banyak diam dalam menghadapi masalah.
ADL	Dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari klien dibantu oleh keluarga. BAK,BAB, makan, berpakaian masih dibantu oleh keluarga
Diagnosa Medis	Stroke Infark

**Genogram**



**Keterangan :**



Laki-laki



Klien



Meninggal



Perempuan



Tinggal serumah

## 2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan oleh peneliti, didapatkan tiga diagnosa keperawatan yang disusun berdasarkan buku SDKI.

Diagnosa keperawatan prioritas utama yang ditemukan oleh peneliti adalah **Gangguan Citra Tubuh** yaitu perubahan persepsi seseorang tentang penampilan, struktur dan fungsi tubuh, yang disebabkan karena adanya perubahan struktur dan fungsi tubuh. Diangkatnya diagnosa ini didukung dengan tanda gejala mayor dan minor yang terbagi menjadi data subjektif dan objektif, data subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan bahwa ia sudah kehilangan fungsi tubuhnya, klien juga mengatakan merasa malu dengan keadaannya seperti cara bicara pelo yang membuat klien malu untuk berkomunikasi dengan orang sekitar. Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak sesekali memijat atau memegang bagian ekstremitas yang mengalami kelemahan.

Diagnosa keperawatan prioritas kedua yang ditemukan oleh peneliti adalah **Harga Diri Rendah**, yaitu perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan sebagai respon terhadap situasi yang dialami, yang disebabkan karena perubahan pada citra tubuh. Diangkatnya diagnosa ini didukung dengan tanda gejala mayor dan minor yang terbagi menjadi data subjektif dan objektif, data subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan bahwa ia merasa tidak berguna lagi karena keadaan fisiknya yang membuat ia selalu bergantung kepada keluarga. Klien juga merasa tidak dihormati lagi karena selalu merepotkan orang-orang disekitarnya. Didukung juga dengan data objektif yaitu klien seringkali menghindari kontak mata saat berbicara dengan lawan bicaranya,



Diagnosa keperawatan prioritas ketiga yang ditemukan oleh peneliti adalah **Penampilan Peran Tidak Efektif**, yaitu pola perilaku yang berubah atau tidak sesuai dengan harapan disebabkan karena hambatan fisik, harga diri rendah, dan perubahan citra tubuh. Diangkatnya diagnosa ini didukung dengan data bahwa klien mengatakan tidak bisa memenuhi perannya lagi sebagai seorang kepala keluarga yang menafkahi istrinya, dan hanya bergantung kepada anak-anaknya. Klien juga mengatakan semenjak sakit tidak bisa mengikuti kegiatan-kegiatan sosial dilingkungannya.

### 3. Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan prioritas pertamayaitu **Gangguan Citra Tubuh**, intervensi keperawatan yang akan dilakukan peneliti berdasarkan buku SIKI adalah promosi citra tubuh. Intervensi yang akan diberikan diantaranya : (1) Observasi : peneliti akan membina hubungan saling percaya dengan klien, meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya, Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan harga diri rendah, monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri, dan monitor apakah klien bisa melihat bagian tubuh yang berubah (2) Tarapeutik : diskusikan persepsi klien dan keluarga tentang citra tubuh, diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya, diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh, diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri, dan diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (3) Edukasi : Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh, lakukan upaya peningkatan citra tubuh, anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh, latih fungsi tubuh yang dimiliki, dan gali aspek positif yang dimiliki

Diagnosa keperawatan prioritas kedua yaitu **Harga Diri Rendah**, intervensi keperawatan yang akan dilakukan peneliti berdasarkan buku SIKI adalah Promosi harga diri. Intervensi yang akan diberikan diantaranya : (1) Observasi

: peneliti akan membina hubungan saling percaya dengan klien, meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya, monitor pernyataan klien tentang harga dirinya, beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaan tentang perubahan tubuh yang terjadi, dan monitor tingkat harga diri dari waktu ke waktu. (2) Tarapeutik : motivasi klien untuk terlibat dalam aktivitas yang positif untuk dirinya, diskusikan pernyataan tentang harga diri, diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri, gali aspek positif yang dimiliki klien, fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri, berikan pujian terhadap kegiatan yang bisa dilakukan klien. (3) Edukasi : Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan bagi klien, anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain, anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki, anjurkan mengevaluasi perilaku, atih cara berpikir dan perilaku positif.

Diagnosa keperawatan prioritas ketiga yaitu **Penampilan Peran Tidak Efektif**, intervensi keperawatan yang akan dilakukan peneliti berdasarkan SIKI adalah Dukungan penampilan peran. Intervensi yang akan diberikan diantaranya : (1) Observasi : peneliti akan membina hubungan saling percaya dengan klien, meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perubahan peran yang dialami, identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi, identifikasi peran dalam keluarga, dan identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi (2) Tarapeutik : Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan, fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik, diskusikan penampilan peran yang diinginkan. (3) Edukasi : Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan, diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan terhadap orang lain, diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran.

Untuk tindakan kolaborasi tidak dilakukan karena terapi obat pada klien tidak ada yang mengacu untuk psikososial klien.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien yaitu ketiga diagnosa keperawatan yang meliputi gangguan citra tubuh, harga diri rendah, dan penampilan peran tidak efektif. Implementasi keperawatan dilakukan selama lima hari dalam rentang waktu 06 April 2022 sampai dengan 10 April 2022. Implementasi juga diberikan kepada keluarga agar nantinya keluarga mampu menerapkan intervensi lanjutan kepada klien.

Tanggal 06 April 2022 dilakukan implementasi keperawatan untuk diagnosa gangguan citra tubuh, dan harga diri rendah.

##### **a. Gangguan citra tubuh**

- 1) Membina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga dengan bercakap-cakap.
- 2) Mendiskusikan perubahan-perubahan pada tubuh yang disebabkan karena penyakit stroke yang dialami klien
- 3) Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan terhadap keadaan tubuhnya dengan cara berbincang-bincang
- 4) Memonitor berapa kali klien mengkritik dirinya sendiri selama pembicaraan
- 5) Mendiskusikan dengan keluarga perubahan sikap yang dialami klien semenjak sakit

##### **b. Harga diri rendah**

- 1) Membina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga dengan cara salam terapeutik dan bercakap-cakap
- 2) Mengidentifikasi penilaian pasien terhadap dirinya dan pengaruhnya terhadap orang lain dengan cara berbincang-bincang
- 3) Mendiskusikan perubahan yang ada pada tubuh klien yang menyebabkan harga diri rendah

Tanggal 07 April 2022 dilakukan implementasi keperawatan untuk diagnosa gangguan citra tubuh, dan harga diri rendah

a. Gangguan citra tubuh

- 1) Melakukan upaya peningkatan citra tubuh dengan cara melatih fungsi tubuh yang mengalami gangguan, pada klien fungsi tubuh yang mengalami gangguan adalah bicara yang pelo, dan ekstremitas klien yang mengalami kelemahan.
- 2) Salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan terapi wicara, langkah pertama yang dilakukan adalah dengan cara menggerak-gerakan lidah kekanan, kekiri, keatas, dan kebawah. Kemudian langkah kedua yaitu menyebutkan huruf-huruf vokal, selanjutnya menyebutkan benda-benda yang ada disekitar klien.
- 3) Mengajarkan kepada keluarga teknik terapi wicara yang telah diajarkan kepada klien sebelumnya

b. Harga diri rendah

- 1) Mendiskusikan dengan klien tentang aspek positif yang dimiliki
- 2) Mendiskusikan cara mencapai harga diri yang lebih tinggi untuk mengetahui kelemahan dan kelebihan yang dimiliki
- 3) Membantu klien untuk memilih kegiatan yang dapat dilakukan.
- 4) Mendiskusikan dengan keluarga kegiatan-kegiatan yang bisa dilakukan oleh klien secara mandiri

Tanggal 08 April 2022, dilakukan implementasi untuk diagnosa gangguan citra tubuh, dan harga diri rendah

a. Gangguan citra tubuh

- 1) Mengidentifikasi peningkatan citra tubuh klien, dengan menanyakan kembali bagaimana pandangan klien tentang tubuhnya,
- 2) Mengevaluasi dan mengulang kembali terapi wicara yang telah diajarkan sebelumnya

- 3) Melatih fungsi tubuh klien yang mengalami gangguan yaitu ekstremitas klien dengan cara latihan gerak aktif, seperti latihan mengenggam-genggam tangan yang mengalami kelemahan, menggerak-gerakan kaki, dan latihan berjalan.
  - 4) Menanyakan perasaan klien setelah dilakukan kegiatan
  - 5) Mengevaluasi keluarga tentang terapi wicara yang telah diajarkan sebelumnya
  - 6) Mengajarkan kepada keluarga latihan gerak aktif untuk klien
  - 7) Mengedukasi keluarga agar selalu menerapkan terapi yang telah diajarkan kepada klien
- b. Harga diri rendah
- 1) Memonitor kembali tingkat harga diri klien
  - 2) Melakukan kegiatan yang telah dipilih klien sebelumnya yaitu makan dengan tangan yang mengalami kelemahan dan menyisir rambut
  - 3) Menanyakan perasaan klien setelah dilakukan kegiatan
  - 4) Memberikan pujian terhadap setiap kegiatan yang dilakukan oleh klien.
  - 5) Menjelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dari keluarga untuk psikologis klien
  - 6) Menjelaskan kepada keluarga agar selalu memberikan pujian kepada klien atas setiap kegiatan yang dilakukan oleh klien.

Tanggal 09 April 2022, dilakukan implementasi keperawatan untuk diagnosa penampilan peran tidak efektif.

- a. Membina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga dengan cara salam terapeutik dan bercakap-cakap.
- b. Berbincang-bincang dengan klien tentang perubahan peran yang dialami setelah sakit.

- c. Mendiskusikan dengan klien tentang peran yang diinginkan seperti klien mengatakan ingin bisa menjadi kepala keluarga yang bertanggung jawab terhadap keluarganya.
- d. Melibatkan keluarga dalam memberikan support dan semangat kepada klien.

Tanggal 10 April 2022, dilakukan implementasi keperawatan untuk diagnosa gangguan citra tubuh, harga diri rendah, dan penampilan peran tidak efektif.

- a. Gangguan citra tubuh.
  - 1) Memonitor tingkat citra tubuh klien.
  - 2) Mengevaluasi kembali kegiatan-kegiatan yang dapat melatih fungsi tubuh seperti terapi wicara, dan latihan gerak aktif
  - 3) Menilai apakah klien sudah bisa menerima bagian tubuh yang mengalami gangguan.
  - 4) Mengedukasi kepada keluarga pentingnya dukungan dari keluarga bagi psikologis klien
  - 5) Menjelaskan kepada keluarga agar selalu menerapkan perawatan citra tubuh secara rutin kepada klien.
- b. Harga diri rendah
  - 1) Memonitor tingkat harga diri klien
  - 2) Menggali kembali penilaian klien terhadap dirinya
  - 3) Mengevaluasi kembali kegiatan-kegiatan yang sudah dilakukan klien yaitu makan menggunakan tangan yang mengalami kelemahan, dan menyisir rambut
  - 4) Memberikan pujian terhadap setiap kegiatan yang dilakukan klien
  - 5) Menjelaskan kepada keluarga untuk menggali aspek positif yang dimiliki oleh klien
  - 6) Menjelaskan kepada keluarga untuk selalu memberikan pujian terhadap kegiatan yang dilakukan oleh klien.

- c. Penampilan peran tidak efektif
  - 1) Mendiskusikan dengan klien peran lain yang masih bisa dilakukan, seperti peran menjadi seorang kakek yang menyayangi dan bermain dengan cucunya
  - 2) Membantu klien agar mampu menerima ketegantungan dengan orang lain
  - 3) Melibatkan keluarga dalam memberikan support dan semangat kepada klien.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Tahapan evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana kriteria hasil yang telah ditetapkan berdasarkan SLKI tercapai. Hasil evaluasi yang telah dilakukan pada pasien dengan diagnosa gangguan citra tubuh, harga diri rendah, dan penampilan peran tidak efektif adalah :

- a. Evaluasi keperawatan tanggal 06 April 2022

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa gangguan citra tubuh yang didapatkan : **Subjektif** : klien mengatakan perubahan pada tubuhnya membuatnya merasa sedih, klien mengatakan malu untuk berkomunikasi dengan orang lain, klien mengatakan belum mampu menerima perubahan dalam tubuhnya. **Objektif** : klien menerima kedatangan peneliti, klien bersedia berbincang-bincang dengan peneliti, klien tampak sedih saat menceritakan tentang perubahan pada tubuhnya. **Analisa** : Masalah gangguan citra tubuh pada klien belum teratasi. **Planning** : Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa harga diri rendah yang didapatkan : **Subjektif** : klien mengatakan dirinya tidak berguna lagi, semua kebutuhan dan aktivitas sehari-harinya selalu bergantung kepada keluarga, klien merasa malu karena untuk makan saja dibantu oleh keluarga. **Objektif** :

klien menghindari kontak mata dengan lawan bicaranya, klien masih tampak labil. **Analisa** : Masalah harga diri rendah pada klien belum teratasi. **Planning** : Intervensi dilanjutkan

b. Evaluasi keperawatan tanggal 07 April 2022

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa gangguan citra tubuh adalah **Subjektif**: klien mengatakan masih malu dan belum bisa menerima kondisi tubuhnya. **Objektif** : klien masih tampak memijat-mijat ekstremitasnya yang mengalami kelemahan, klien mampu menyebutkan huruf-huruf vokal dan benda disekitarnya walaupun masih belum jelas. **Analisa** : Masalah gangguan citra tubuh pada klien belum teratasi, **Planning** : Intervensi dilanjutkan

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa harga diri rendah adalah, **Subjektif** : klien masih mengatakan dirinya tidak berguna, klien mengatakan masih malu dengan kondisi fisiknya. **Objektif** : klien masih menghindari kontak mata, klien mampu memilih kegiatan yang akan dilakukan. **Analisa** : Masalah harga diri rendah pada klien belum teratasi. **Planning** : Intervensi dilanjutkan.

c. Evaluasi keperawatan tanggal 08 April 2022

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa gangguan citra tubuh adalah, **Subjektif** : klien mengatakan akan mencoba untuk menerima perubahan pada tubuhnya, klien mengatakan mulai mencoba untuk berkomunikasi dengan orang lain tanpa rasa malu. **Objektif** : klien terkadang masih mengkritik bagian tubuhnya, klien tampak senang saat diberikan latihan gerak aktif. **Analisa** : Masalah gangguan citra tubuh pada klien teratasi sebagian. **Planning** : Intervensi dilanjutkan.



Evaluasi keperawatan untuk diagnosa harga diri rendah adalah, **Subjektif** : klien mengatakan masih belum bisa melakukan kegiatan dengan mandiri, klien mengatakan akan mencoba mencari kegiatan-kegiatan lain. **Objektif** : klien sudah mampu melakukan kontak mata walaupun hanya sesekali, klien mampu makan dan menyisir rambut secara mandiri. **Analisa** : Masalah harga diri rendah teratasi sebagian. **Planning** : Intervensi dilanjutkan.

d. Evaluasi keperawatan tanggal 09 April 2022.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa penampilan peran tidak efektif adalah, **Subjektif** : klien mengatakan tidak bisa menjalankan perannya lagi sebagai kepala keluarga. **Objektif** : klien tampak merasa bingung dengan perubahan peran yang dialami. **Analisa** : masalah penampilan peran tidak efektif belum teratasi. **Planning** : Intervensi dilanjutkan.

e. Evaluasi keperawatan tanggal 10 April 2022

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa gangguan citra tubuh adalah, **Subjektif** : klien mengatakan akan mencoba untuk berkomunikasi dengan orang disekitarnya tanpa rasa malu, klien mengatakan sudah mulai menerima keterbatasan fisik yang dialaminya, klien mengatakan akan menerapkan terapi wicara dan latihan gerak aktif secara rutin. **Objektif** : klien terkadang masih mengkritik bagian tubuhnya, klien mampu menerapkan terapi wicara yang diajarkan walaupun pengucapannya masih belum terlalu jelas, klien sudah mampu menggunakan anggota gerak yang mengalami kelemahan secara perlahan. **Analisa** : Sebagian masalah sudah teratasi. **Planning** : Intervensi dilanjutkan dengan latihan mandiri oleh klien.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa harga diri rendah adalah, **Subjektif** : klien mengatakan dirinya masih berguna dan bisa melakukan kegiatan-

kegiatan seperti makan dan menyisir rambut secara mandiri , klien mengatakan akan mencoba untuk menghargai dirinya walaupun ia masih belum yakin bertemu dengan orang banyak, karena terkadang masih merasa malu dengan kondisinya. **Objektif** : klien sudah tidak menghindari kontak mata selama berbicara, klien mulai membiasakan diri untuk melakukan kegiatan-kegiatan yang bisa dilakukan secara mandiri seperti makan sendiri dan memasang kancing baju walaupun masih belum sempurna. **Analisa** : Sebagian masalah sudah teratasi. **Planning** : Intervensi dilanjutkan dengan latihan mandiri oleh klien.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa penampilan peran tidak efektif adalah, **Subjektif** : klien mengatakan sudah menerima perubahan peran dirinya, dan akan mencoba menjalankan perannya sebagai seorang kakek. **Objektif** : klien tampak sudah menerima perubahan peran yang dialami. **Analisa** : Masalah tertatasi, **Planning** : Intervensi dilanjutkan dengan latihan mandiri dan dukungan dari keluarga.

## **B. Pembahasan Kasus**

Pada pembahasan kasus, akan dibahas tentang kesesuaian dan kesenjangan antara teori dengan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 04 April 2022 sampai dengan 10 April 2022 pada responden dengan penyakit stroke dengan gangguan konsep diri. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, mengakkan diagnosa keperawatan, merumuskan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian Keperawatan**

#### **a. Identitas Pasien**

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan oleh peneliti didapatkan identitas klien berjenis kelamin laki-laki dengan inisial Tn S, berumur 59 th, status kawin, mempunyai 5 orang anak, pendidikan terakhir SD, pekerjaan sebagai seorang buruh proyek harian, agama islam, alamat

rumah di Tanjung Alai, Kel.Balai Gadang, Koto Tangah. Hal ini sesuai dengan teori menurut Munith (2015), data yang dikumpulkan pada tahap pengkajian khususnya bagian identitas diantaranya adalah nama pasien, jenis kelamin, umur, tempat tanggal lahir, agama, pekerjaan, pendidikan, dan pekerjaan.

Klien berumur 59 tahun, dimana masih termasuk dalam rentang usia produktif. Faktor yang mempengaruhi konsep diri pada pasien stroke diantaranya adalah usia, kecacatan fisik, dan lama proses pemulihan. (Fadlullah, 2014). Menurut peneliti, usia sangat berpengaruh terhadap konsep diri, karena usia yang masih dalam rentang produktif memiliki tanggung jawab yang besar dan ketika mereka tidak bisa menjalankan tanggung jawab tersebut maka konsep diri akan terganggu. Asuhan keperawatan diberikan kepada klien yang berumur 59 tahun, hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa umur yang rentan mengalami gangguan konsep diri berada pada rentang 30-60 tahun, dimana umur tersebut termasuk kedalam usia produktif yang memiliki tanggung jawab yang besar.

#### **b. Keluhan Utama**

Pada saat dilakukan pengkajian, gejala yang dialami klien adalah cara bicarapelo, esktremitas atas klien sebelah kanan, dan kedua ektremitas bawah mengalami kelemahan sehingga klien tampak kesulitan dalam berbicara. Hasil penelitian Zarmi (2017) dengan judul hubungan kondisi fisik dan mekanisme coping individu dengan harga diri penderita pasca stroke di Poliklinik saraf RSUD Raden Mataher Jambi, sejalan dengan kasus peneliti, dimana diketahui bahwa dari 60 responden stroke sebanyak 32 responden mengalami gangguan fisik, dan 86,5% diantaranya memiliki harga diri yang rendah. Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value nya 0,001 yang berarti adanya hubungan antara kondisi fisik dengan harga

diri pasien stroke, mereka merasa tidak mampu melakukan sesuatu dengan kondisi fisik yang dialami.

Sesuai dengan teori Yusuf, dkk (2015), salah satu faktor yang mempengaruhi konsep diri adalah kehilangan/kerusakan bagian tubuh, perubahan ukuran, bentuk dan penampilan tubuh, proses penyakit dan dampaknya pada struktur dan fungsi tubuh serta proses pengobatan. Stuart (2016) juga menjelaskan bahwa salah satu pencetus gangguan konsep diri ialah transisi peran sehat-sakit yang dicetuskan oleh kehilangan bagian tubuh, prosedur medis dan keperawatan, perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal serta perubahan ukuran, bentuk, penampilan dan fungsi tubuh.

Berdasarkan analisa peneliti, perubahan bentuk dan fungsi tubuh mempengaruhi konsep diri seseorang. Keterbatasan fisik yang dialami klien seperti cara bicara yang pelo dan kelemahan pada ekstremitas disebabkan karena proses penyakit stroke, sehingga klien rentan mengalami gangguan pada konsep diri yang disebabkan oleh perubahan fisik tersebut. Penguatan positif dari lingkungan diperlukan untuk mencegah terjadinya gangguan konsep diri pada klien.

### **c. Faktor Predisposisi**

Klien mengalami gangguan konsep diri dikarenakan kelemahan di ekstremitas atas bagian kanan dan kedua ekstremitas bawah, serta bicara yang pelo membuat klien kesulitan dalam berbicara. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian oleh Luthfiah (2018) tentang konsep diri pada pasien stroke, faktor yang menyebabkan pasien stroke mengalami gangguan konsep diri dikarenakan keterbatasan fisik yang dialami. Sejalan juga dengan penelitian Dewi (2015), menjelaskan bahwa faktor yang

mempengaruhi konsep diri adalah stressor fisik berupa penyakit yang dialami, orang terpenting, dan persepsi diri sendiri.

Berdasarkan teori Yusuf (2015), faktor predisposisi gangguan citra tubuh diantaranya, kehilangan atau kerusakan bagian tubuh, terjadinya perubahan pada ukuran, bentuk, dan penampilan tubuh. Sementara faktor predisposisi untuk harga diri rendah adalah penolakan, kurang penghargaan, terlalu dituntut, kegagalan yang berulang, dan tidak mampu mencapai standar.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan faktor predisposisi pada klien sesuai dengan teori yang ada, karena faktor predisposisi yang dialami oleh klien adalah perubahan dari bentuk dan fungsi tubuh, yang mana hal ini berperan dalam perubahan konsep diri pada klien. Gangguan konsep diri pada klien dapat diperbaiki dengan cara menggali perasaan klien agar mau menerima keadaannya.

#### **d. Faktor presipitasi**

Klien memiliki riwayat hipertensi sebelumnya, suka mengosumsi makanan yang bersantan, dan mengosumsi goreng-gorengan. Hal ini sejalan dengan penelitian puspitasari (2020), tentang hubungan hipertensi terhadap kejadian stroke, faktor utama pencetus terjadinya stroke pada seseorang adalah hipertensi. Didukung juga dengan penelitian Khairatunnisa (2017) dengan judul faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian stroke pada pasien di RSUD H.Sanudin Kutacane Kabupaten Aceh Tenggara, didapatkan adanya hubungan antara faktor hipertensi terhadap kejadian stroke, dengannilai OR sebesar 6,18 (95% CI: 2,46 –15,51). Hal ini berarti bahwa pasien yang menderita stroke memiliki risiko 6,18 kali dengan hipertensi dibandingkan dengan yang tidak menderita stroke

Uraian diatas didukung dengan teori Yusuf, dkk (2015), bahwa faktor presipitasi gangguan konsep diri diantaranya adalah, ketegangan peran, trauma, transisi peran sehat-sakit, dan transisi peran perkembangan. Sementara menurut Junaidi (2013), faktor yang mempengaruhi terjadinya stroke adalah merokok, hipertensi, aktivitas fisik yang rendah, pola makan yang tidak baik, dan stress.

Menurut analisa peneliti faktor presipitasi yang dialami oleh klien sesuai dengan teori yaitu transisi peran sehat-sakit, dimana hal ini terjadi karena klien memiliki riwayat hipertensi sebelumnya, suka mengosumsi makanan yang berminyak, dan bersantan, dimana hal tersebut yang menjadi salah satu faktor pemicu klien menderita stroke.

**e. Gambaran Diri**

Klien merasakan terjadinya perubahan pada tubuhnya, terutama bagian ekstremitas klien, serta keadaan bibir yang pelo. Klien merasa sudah kehilangan fungsi tubuhnya yang menyebabkan klien merasa tidak berguna dan klien merasa selalu menyusahkan anggota keluarganya.

Keadaan yang dialami klien sejalan dengan penelitian Novria (2017) tentang konsep diri pada pasien stroke, dalam penelitian tersebut responden juga memiliki gambaran diri negatif yang diakibatkan karena kondisi fisiknya, juga terlihat dalam penelitian Sedubun, dkk (2021) yang berjudul Hubungan konsep diri dengan kejadian depresi pada pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf RSUD Labuang Baji Makassar, menunjukkan bahwa 62,8% dari 40 responden memiliki gambaran diri negatif, yang akan mempengaruhi konsep diri klien.

Berdasarkan teori Muhith (2015) faktor-faktor yang mempengaruhi gambaran diri yaitu tindakan operasi, kegagalan fungsi tubuh yang dapat

mengakibatkan depersonalisasi yaitu tidak mengakui atau asing terhadap bagian tubuh, perubahan tubuh, dan standar sosial budaya. Citra tubuh, ideal diri, peran, identitas, dan harga diri merupakan bagian dari komponen konsep diri. Apabila salah satu komponen konsep diri terganggu, maka akan terjadi gangguan konsep diri (Azizah, dkk, 2016).

Berdasarkan analisa peneliti, persepsi negatif klien tentang tubuhnya membuktikan bahwa klien memiliki citra tubuh negatif. Penyebab gangguan citra tubuh pada klien disebabkan oleh perubahan dan kehilangan fungsi tubuh karena penyakit stroke. Diperlukan upaya seperti peningkatan citra tubuh dan penerimaan keadaan agar gangguan citra tubuh dapat diperbaiki.

#### **f. Identitas Diri**

Klien merupakan seorang laki-laki berusia 59 th, klien mengatakan merasa berbeda dengan orang lain, karena kelemahan pada ekstremitasnya, klien juga mengatakan bahwa dirinya selalu bergantung dengan orang lain. Penelitian Sedubun, dkk (2021) menyatakan sekitar 72,1% dari 40 responden memiliki identitas diri yang negatif, responden yang diwawancarai mengatakan bahwa ia ragu dengan kemampuan yang dimiliki setelah sakit, menganggap dirinya tidak sempurna, dan menganggap dirinya akan selalu bergantung terhadap orang lain.

Umumnya pasien pasca stroke akan mengalami kecacatan, baik itu cacat ringan maupun berat. Kecacatan ini akan berpengaruh terhadap konsep diri, karena ia merasa memiliki identitas diri yang tidak jelas, gambaran diri yang negatif, harga diri yang rendah, serta tidak dapat melaksanakan peran seperti sebelumnya (Potter & Perry, 2010).

Berdasarkan analisa peneliti, gangguan identitas diri yang dialami klien sesuai dengan teori, dimana klien merasa tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, dan hanya bergantung kepada keluarga, sehingga menyebabkan klien memiliki identitas diri yang negatif.

**g. Peran Diri**

Klien merasa tidak bisa memenuhi perannya sebagai kepala keluarga lagi karena saat ini ia sudah tidak bekerja, kegiatan-kegiatan kemasyarakatan juga tidak bisa diikuti lagi. Penelitian Luthfiah (2018) tentang konsep diri pada pasien stroke, sejalan dengan kasus peneliti bahwa pasien stroke akan cenderung mengalami gangguan peran diri.

Uraian diatas didukung dengan teori Muhith (2015), peran seseorang selama sakit akan berubah menjadi peran sakit. Peran klien yang akan berubah diantaranya peran klien dalam keluarga, pekerjaan, dan peran dalam masyarakat. Klien tidak bisa memenuhi perannya lagi setelah sakit. Untuk meningkatkan peran menjadi positif diperlukan petunjuk dan konseling untuk membantu penyesuaian perubahan peran yang dialami oleh klien (Suratun, 2017).

Berdasarkan analisa peneliti klien mengalami gangguan peran diri karena pada klien terjadi perubahan peran dalam keluarga, pekerjaan, dan masyarakat. Dukungan dari keluarga sangat diperlukan untuk mengatasi masalah peran diri yang dialami oleh klien, hal ini sesuai dengan penelitian oleh Isnaini (2016) bahwa dukungan keluarga mempengaruhi kesembuhan individu, hal ini disebabkan banyak dari mereka keinginan untuk sembuh bukan dari diri mereka sendiri. Jika keluarga tidak memberikan dukungan emosional kepada individu, maka seseorang tersebut akan selalu berpikiran negatif tentang peran dirinya.



#### **h. Harga Diri**

Dari kasus, ditemukan bahwa klien memiliki persepsi negatif tentang dirinya. Klien mengungkapkan bahwa ia tidak bisa melakukan apa-apa lagi karena kondisi fisiknya. Hal ini membuat klien merasa tidak berguna dan merasa merepotkan anggota keluarganya terutama istri dan anak-anaknya. Klien juga merasa tidak dihormati lagi oleh orang-orang disekitarnya. Hal ini sejalan dengan penelitian Supu (2020), tentang Hubungan status fungsional dengan harga diri pasien stroke di Poliklinik Saraf RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dari hasil penelitian didapatkan  $p\text{-value} < 0,05$  yang berarti terdapat hubungan antara tingkat ketergantungan dengan harga diri pasien stroke, dimana pasien stroke dengan tingkat ketergantungan berat memiliki harga diri yang rendah.

Berdasarkan teori Wilianto (2017), seorang individu yang memiliki pemahaman terkait sikap, harapan dan penilaian tentang dirinya dengan positif maka akan memunculkan harga diri atau penilaian tentang diri yang tinggi. Sedangkan sikap yang menunjukkan ketidakmampuan dalam menerima maka hal ini dapat menimbulkan penilaian tentang diri yang rendah dengan rasa tidak aman akibat kegagalan fungsi tubuh (Keliat dalam Muhith, 2015).

Berdasarkan analisa peneliti klien mengalami harga diri rendah, dapat dilihat dari pernyataan klien yang mengatakan bahwa ia merasa tidak berguna dan merepotkan anggota keluarga. Hal ini sesuai dengan teori oleh Azizah, dkk (2016) yang menyatakan bahwa perilaku seseorang yang mengalami harga diri rendah diantaranya ialah mengkritik diri sendiri, merasa tidak mampu, menarik diri dari realita, pesimis menghadapi hidup, dan perasaan negatif terhadap tubuh.

Gangguan harga diri yang dialami oleh klien disebabkan karena kondisi fisik klien yang mengalami perubahan, yang membuat klien tidak bisa lagi melakukan aktivitas secara mandiri, sehingga klien merasa tidak berguna dan selalu merepotkan orang-orang disekitarnya. Keadaan yang dialami oleh klien dapat mengakibatkan gangguan konsep diri yang diakibatkan oleh penilaian diri dan mengkritik diri sendiri secara negatif. Jadi menurut analisa peneliti persepsi negatif yang dimiliki oleh klien sesuai dengan teori yang ada.

**i. Status Mental**

Penampilan klien tampak rapi, kadang menggunakan kemeja, dan kadang menggunakan baju kaos. Bicara klien agak lamban dan kurang jelas, bicara hanya ketika diajak berbicara, afek klien labil karena emosi klien sering berubah-ubah, selama wawancara klien menghindari kontak mata, klien merasa asing dengan tubuhnya semenjak ia sakit dan merasa cemas jika ia akan selalu merepotkan anggota keluarganya, tidak ada gangguan dengan memori klien, namun konsentrasi klien mulai berkurang. Hal ini sejalan dengan penelitian Putri, dkk (2017) di RSUD dr.Zainoel Abidin Banda Aceh, bahwa pasien stroke cenderung mengalami gangguan kognitif, seperti gangguan dalam berbahasa, gangguan emosi, dan gangguan memori.

Perilaku yang berhubungan dengan personalisasi ialah perasaan asing dengan diri, gangguan citra tubuh, gangguan berpikir bingung, gangguan penilaian, afek tumpul, dan komunikasi tidak sesuai (Yusuf dkk, 2015)

Berdasarkan uraian diatas keluhan yang dialami oleh klien sesuai dengan teori yang ada. Dapat dilihat dari kontak klien yang menghindari kontak mata selama berbicara, hal ini disebabkan karena rasa malu dengan kondisinya saat ini. Status mental klien juga sesuai dengan teori dimana

pasien pasca stroke akan mengalami gangguan dalam berbicara, dan beraktivitas, serta akan adanya penurunan kemampuan kognitif.

**j. Mekanisme Koping**

Mekanisme koping yang digunakan klien semenjak sakit yaitu mekanisme koping maladaptif, dimana klien hanya diam dan menghindar dalam menghadapi masalah. Penelitian Nuraliyah dan Burmanajaya (2019) tentang Mekanisme Koping dan Respon Ketidakberdayaan pada Pasien Stroke di Poliklinik Saraf di RS PMI Bogor, sejalan dengan kasus, dimana 63% dari 54 pasien yang diwawancarai menggunakan koping maladaptif dan memiliki rasa ketidakberdayaan.

Muhith (2015), mengatakan bahwa sumber koping yang digunakan oleh individu selama sakit akan berbeda dengan sebelumnya. Selama sakit sumber koping yang biasa digunakan individu untuk mengatasi masalah psikososialnya adalah melakukan kegiatan-kegiatan yang disenangi, mengembangkan bakat, kreatifitas. Sementara menurut Azizah, dkk (2016), mekanisme koping yang digunakan oleh orang pasca sakit diantaranya fantasi, disosiasi, isolasi, proyeksi, dan menghindar.

Berdasarkan analisa peneliti, mekanisme koping yang digunakan oleh seseorang setelah sakit tergantung pada psikososial pasien tersebut, ada yang menggunakan mekanisme koping adaptif, ada juga yang menggunakan mekanisme koping maladaptif. Dalam kasus klien menggunakan mekanisme koping maladaptif, dimana klien menghindari dan memilih diam dalam menghadapi masalah, hal ini dikarenakan psikososial klien yang terganggu.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang peneliti temukan pada klien adalah gangguan citra tubuh, harga diri rendah, dan penampilan peran tidak efektif. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Luthfiah (2018) tentang konsep diri pada pasien stroke di RSUP Dr.M.Djamil Padang, dimana responden dalam penelitian mengalami masalah harga diri rendah, gangguan citra tubuh, dan gangguan identitas. Didukung juga dengan hasil penelitian oleh Sedubun, dkk (2021) yang berjudul Hubungan konsep diri dengan kejadian depresi pada pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf RSUD Labuang Baji Makassar, dimana konsep diri pada 40 responden mayoritas mengalami gangguan konsep diri, dengan komponen konsep diri yaitu : mayoritas responden memiliki identitas diri yang negatif, gambaran diri yang negatif, peran yang negatif, dan mengalami harga diri rendah.

Berdasarkan teori Azizah, dkk (2016), kemungkinan masalah keperawatan yang muncul pada orang dengan gangguan konsep diri adalah gangguan citra tubuh, gangguan harga diri, dan gangguan identitas diri. Sejalan dengan teori Muhith (2015), masalah keperawatan yang biasa ditemukan pada orang dengan gangguan konsep diri diantaranya gangguan citra tubuh, gangguan ideal diri, gangguan identitas diri, gangguan peran diri, dan gangguan harga diri.

Dalam kasus, klien memandang perubahan pada dirinya secara negatif, ia merasa terdapat perubahan dalam dirinya semenjak menderita stroke. Klien juga merasa kehilangan bagian dan fungsi tubuh yang dimilikinya selama ini. Klien juga merasa malu untuk berkomunikasi dengan orang-orang karena cara bicaranya yang pelo. Berdasarkan faktor tersebut peneliti mengangkat diagnosa gangguan citra tubuh ke dalam rencana asuhan keperawatan yang akan peneliti lakukan.

Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang tubuh, yang diakibatkan oleh perubahan ukuran bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna, dan objek yang sering kontak dengan tubuh. Gangguan tersebut diakibatkan karena kegagalan dalam penerimaan diri akibat adanya persepsi yang negatif terhadap tubuhnya secara fisik (Muhith, 2015).

Menurut analisa peneliti diagnosa keperawatan gangguan citra tubuh yang diangkat sesuai dengan teori, karena klien memandang perubahan pada tubuhnya secara negatif, dan klien merasa malu dengan kondisi tubuhnya saat ini. Persepsi negatif tentang citra tubuh yang dialami klien disebabkan karena perubahan yang terjadi secara mendadak pada bentuk dan fungsi tubuhnya.

Diagnosa kedua yang peneliti angkat adalah harga diri rendah, dimana klien merasa sudah tidak berguna lagi, klien berpikir orang-orang disekitar tidak menghormatinya lagi karena ia selalu merepotkan orang lain. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Zarmi (2017) dengan judul hubungan kondisi fisik dan mekanisme coping individu dengan harga diri penderita pasca stroke di Poliklinik Saraf RSUD Raden Mataher Jambi, didapatkan hasil bahwa 86,5% dari 30 responden yang mengalami keterbatasan fisik pasca serangan stroke, mengaku bahwa mereka merasa malu, dan tidak berguna lagi. Penderita stroke beranggapan bahwa mereka akan menjadi beban bagi keluarga.

Perilaku yang ditunjukkan oleh klien sesuai dengan teori Azizah, dkk (2016) bahwa perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah diantaranya mengkritik diri sendiri, produktivitas menurun, merasa tidak mampu, mudah tersinggung, menarik diri, dan keluhan fisik. Gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, dan merasa gagal mencapai keinginan (Yusuf dkk, 2015).

Diagnosa ketiga yang peneliti temukan ialah penampilan peran tidak efektif, peneliti mengangkat masalah keperawatan tersebut karena klien mengatakan bahwa semenjak sakit ia tidak bisa menjalankan perannya sebagai kepala keluarga yang bertanggung jawab, dan tidak bisa menafkahi istrinya lagi. Hal ini sesuai dengan teori bahwa penampilan peran tidak efektif adalah berubah atau berhentinya fungsi peran yang disebabkan oleh penyakit, proses menua, putus sekolah, dan putus hubungan kerja (Azizah dkk, 2016).

Menurut analisa peneliti ketidaksesuaian peran yang dialami oleh klien dikarenakan terjadinya peralihan peran, dimana saat sehat klien bertanggung jawab terhadap keluarganya, namun semenjak sakit klien bergantung kepada keluarganya. Oleh karena itu diperlukannya keterlibatan dan dukungan dari keluarga agar dapat menjaga keseimbangan psikologis klien yang mengalami tekanan, sehingga pasien dapat menunjukkan adaptasi psikologis yang lebih baik ke orang lain. Peneliti juga beranggapan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dengan masalah keperawatan yang peneliti angkat berdasarkan keluhan dari pasien.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan keperawatan terhadap masalah gangguan citra tubuh disusun berdasarkan buku SIKI, intervensi keperawatan yang akan dilakukan peneliti berdasarkan buku SIKI adalah promosi citra tubuh. Intervensi yang akan diberikan diantaranya : (1) Observasi : peneliti akan membina hubungan saling percaya dengan klien, meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya, mengidentifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan harga diri rendah, dan monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri (2) Tarapeutik : diskusikan persepsi klien dan keluarga tentang citra tubuh, diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya, diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh, dan diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri (3) Edukasi : lakukan upaya peningkatan citra tubuh, dengan cara

melatih fungsi tubuh yang dimiliki, dan menggali aspek positif dalam diri, serta mengedukasi keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh.

Intervensi yang dilakukan terhadap klien sejalan dengan intervensi yang dilakukan oleh Luthfiah (2018) tentang Asuhan keperawatan jiwa pada pasien stroke di RSUP Dr.M.Djamil Padang, bahwa intervensi yang diberikan untuk gangguan citra tubuh yaitu promosi citra tubuh.

Berdasarkan teori Rohadirja (2012), agar dapat mengubah gambaran diri menjadi positif, responden harus diberikan motivasi yang kuat dari keluarga, pasangan, dan teman-teman. Motivasi yang diberikan berupa pujian, penerimaan oleh keluarga, dan dukungan untuk sembuh.

Menurut analisa peneliti, rencana keperawatan yang sudah direncanakan sesuai dengan teori yang ada, juga diperlukan keterlibatan keluarga dalam intervensi untuk menangani gangguan citra tubuh pada klien.

Perencanaan keperawatan pada diagnosa harga diri rendah , intervensi keperawatan yang akan dilakukan peneliti berdasarkan buku SIKI adalah Promosi harga diri. Intervensi yang akan diberikan diantaranya : (1) Observasi : peneliti akan membina hubungan saling percaya dengan klien, meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya, monitor pernyataan klien tentang harga dirinya, beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaan tentang perubahan tubuh yang terjadi, dan monitor tingkat harga diri dari waktu ke waktu. (2) Tarapeutik : motivasi klien untuk terlibat dalam aktivitas yang positif untuk dirinya, diskusikan pernyataan tentang harga diri, menggali aspek positif yang dimiliki klien, diskusikan kegiatan yang akan meningkatkan harga diri klien, dan berikan pujian terhadap kegiatan yang bisa dilakukan klien. (3) Edukasi : jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan bagi klien, anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain.

Intervensi yang dilakukan terhadap klien sejalan dengan intervensi yang dilakukan oleh Luthfiah (2018) tentang Asuhan keperawatan jiwa pada pasien stroke di RSUP Dr.M.Djamil Padang, intervensi yang diberikan untuk masalah harga diri rendah yaitu promosi harga diri.

Intervensi yang bisa diberikan pada pasien dengan harga diri rendah diantaranya, bina hubungan saling percaya, gali perasaan klien, monitor pernyataan pasien mengenai dirinya, berikan pujian terkait hal-hal yang dilakukan klien, monitor tingkat harga diri klien dari waktu ke waktu, berikan pernyataan positif kepada klien tentang dirinya, gunakan pendekatan yang tenang, bantu pasien memahami tentang proses penyakit (Wagner dkk, 2013)

Menurut analisa peneliti intervensi yang akan peneliti berikan sesuai dengan teori yang ada, karena kondisi klien membuat klien mengalami harga diri rendah. Hal tersebut tentu saja membutuhkan intervensi psikososial untuk meningkatkan harga diri klien. Tentunya diperlukan juga dukungan dari keluarga dalam mengatasi masalah ini.

Perencanaan pada diagnosa penampilan peran tidak efektif, intervensi keperawatan yang akan dilakukan peneliti berdasarkan buku SIKI adalah Dukungan penampilan peran. Intervensi yang akan diberikan diantaranya : (1) Observasi : peneliti akan membina hubungan saling percaya dengan klien, meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perubahan peran yang dialami, identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi, dan identifikasi peran dalam keluarga. (2) Tarapeutik : diskusikan penampilan peran yang diinginkan, berikan dukungan emosi kepada klien, melakukan upaya peningkatan peran. (3) Edukasi : diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan, diskusikan



perubahan peran dalam menerima ketergantungan terhadap orang lain, jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dari mereka.

Intervensi yang dilakukan terhadap klien sejalan dengan intervensi yang dilakukan oleh Novria (2017) tentang Asuhan keperawatan Asuhan keperawatan gangguan konsep diri pada pasien stroke di Rumah Sakit Nasional Stroke Bukittinggi, intervensi yang diberikan adalah dukungan penampilan peran untuk masalah penampilan peran tidak efektif.

Hendayeni dan Sari (2018) menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan unsur terpenting bagi individu dalam menghadapi masalah psikososial yang dialami, yang mana hal tersebut juga akan berpengaruh terhadap konsep diri pasien. Berdasarkan analisa peneliti intervensi yang akan diberikan terhadap klien dengan masalah penampilan peran tidak efektif sesuai dengan teori yang ada. Intervensi dukungan keluarga juga sesuai dengan teori karena dalam menangani masalah psikososial, klien perlu dukungan dan motivasi dari keluarga.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang peneliti lakukan disesuaikan dengan intervensi yang sudah disusun sebelumnya. Peneliti mampu mengimplementasikan rencana tindakan yang telah disusun. Implementasi keperawatan yang peneliti lakukan untuk masalah gangguan citra tubuh diantaranya adalah membina hubungan saling percaya pada klien dengan bercakap-cakap tentang perasaan klien, mendiskusikan perubahan-perubahan pada tubuh yang disebabkan karena penyakit stroke yang dialami pasien, memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan terhadap keadaan tubuhnya dengan cara berbincang-bincang. Implementasi dilakukan dengan metode tanya jawab yang juga didampingi oleh keluarga. Melakukan upaya peningkatan citra tubuh dengan cara melatih fungsi tubuh

yang mengalami gangguan, seperti mengajarkan klien untuk terapi wicara yaitu melatih pasien untuk menggerak-gerakan lidahnya, kemudian melatih pasien untuk menyebutkan huruf-huruf vocal dan benda-benda disekitarnya,. Melakukan kegiatan-kegiatan yang dapat melatih fungsi tubuh klien seperti latihan gerak aktif, membantu pasien untuk menerima ketergantungan pada orang lain dengan tepat, dan mengajarkan keluarga tentang perawatan citra tubuh.

Implementasi yang telah peneliti lakukan sejalan dengan implementasi yang diberikan oleh Novria (2018) dalam penelitiannya yang berjudul Asuhan keperawatan Asuhan keperawatan gangguan konsep diri pada pasien stroke di Rumah Sakit Nasional Stroke Bukittinggi, implementasi yang dilakukannya adalah membina hubungan saling percaya pada klien dengan cara salam dan memberikan sentuhan terapeutik, bercakap-cakap dengan klien tentang perasaannya, mendengarkan pembicaraan klien, memberikan informasi tentang kondisi penyakit yang diderita klien saat ini, memberikan kesempatan klien mengungkapkan perasaan terhadap keadaan tubuhnya dengan cara berbincang-bincang, memperhatikan ekspresi klien saat bicara.

Salah satu tindakan yang peneliti lakukan adalah upaya peningkatan citra tubuh, salah satu upaya yang peneliti lakukan yaitu membantu klien dalam terapi wicara, karena salah satu faktor penyebab klien mengalami gangguan citra tubuh karena cara bicaranya yang pelo, maka apabila kita memperbaiki fisik pada klien, gangguan citra tubuh yang dialami juga akan berangsur membaik.

Implementasi keperawatan yang peneliti lakukan untuk masalah harga diri rendah diantaranya, membina hubungan saling percaya pada klien dengan cara salam dan memberikan sentuhan tarapeutik, menggali perasaan klien tentang harga dirinya, mendiskusikan dengan klien tentang aspek positif yang

dimiliki, mendiskusikan cara mencapai harga diri yang lebih tinggi untuk mengetahui kelemahan dan kelebihan yang dimiliki. Mendampingi klien dalam melaksanakan latihan seperti makan dengan tangan kanan klien yang mengalami kelemahan, melatih pasien dalam melakukan tindakan yang masih bisa dilakukan seperti menyisir rambut, memasang kancing baju, memberikan pujian terhadap kegiatan yang dilakukan klien, serta monitor tingkat harga diri dari waktu ke waktu.

Menurut Azizah, dkk (2016), cara yang bisa dilakukan untuk meningkatkan harga diri adalah memberi kesempatan kepada klien untuk mengerjakan sesuatu yang bisa diselesaikannya, dan beri pujian, kemudian memotivasi kreativitas klien untuk berkembang, mendorong aspirasi klien dengan cara menanggapi aspirasi yang positif, dan yang terakhir yaitu membantu klien untuk membentuk koping, dengan memberikan latihan dan contoh penyesuaian masalah yang baik. Peran keluarga juga sangat diperlukan dalam mengatasi masalah harga diri rendah, yang mana akan berpengaruh terhadap konsep diri klien (Hendayani & Sari, 2018).

Implementasi keperawatan yang peneliti lakukan untuk masalah penampilan peran tidak efektif adalah, membina hubungan saling percaya pada klien dengan cara salam terapeutik dan bercakap-cakap, kemudian berbincang-bincang dengan klien tentang perubahan peran yang dialami setelah sakit. Mendiskusikan dengan klien tentang peran yang diinginkan seperti klien mengatakan ingin bisa menjadi kepala keluarga yang bertanggung jawab terhadap keluarganya, dan melibatkan keluarga dalam memberikan support dan semangat kepada klien.

Implementasi yang telah peneliti lakukan sejalan dengan implementasi yang diberikan oleh Novria (2018) dalam penelitiannya yang berjudul Asuhan

keperawatan Asuhan keperawatan gangguan konsep diri pada pasien stroke di Rumah Sakit Nasional Stroke Bukittinggi, implementasi yang dilakukannya adalah hubungan saling percayadengan bersalaman dan senyuman,menanyakan penyebab perubahanperan pada klien, menyampaikanhal-hal yang mutlak sepertimenginformasikan tentangpenyebab perubahan peran,menggunakan sentuhan tangan,melibatkan keluarga untukmemberi support, memberikanreinforcement positif.

Berdasarkan teori Muhith (2015) tindakan keperawatan yang bisa diberikan kepada seseorang dengan gangguan peran diri adalah membina hubungan saling percaya, berikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya, hindari memberikan penilaian negatif, utamakan memberikan pujian realistis, diskusikan bersama klien kegiatan yang masih bisa dilakukan selama sakit, dan rencanakan bersama klien aktivitas yang bisa dilakukan bersama.

Berdasarkan analisa peneliti, dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien, tidak ada ditemukan kesenjangan antata teori dan kasus. Tindakan yang dilakukan peneliti sudah sesuai dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan SIKI.

Implementasi juga peneliti terapkan kepada keluarga, seperti mengajarkan kepada keluarga perawatan citra tubuh yaitu terapi wicara dan latihan gerak aktif, menjelaskan kepada keluarga untuk menggali aspek positif yang dimiliki klien, menjelaskan kepada keluarga agar selalu memberikan pujian atas setiap kegiatan yang dilakukan klien, serta menjelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dari keluarga untuk psikologis klien.

Yulianti (2015) menyatakan bahwa keluarga merupakan unsur terpenting dalam individu menyelesaikan masalah. Rasa percaya diri klien dapat tumbuh

dengan dukungan keluarga serta memotivasi klien dalam menghadapi masalah dan meningkatkan kualitas hidup.

Dukungan keluarga meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan, memberi kenyamanan fisik, dan psikologis. Keluarga mempunyai beberapa fungsi dukungan yaitu berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional.

Faktor pendukung yang peneliti dapatkan dalam melakukan implementasi keperawatan yaitu, klien cukup kooperatif selama pertemuan, keluarga klien juga terbuka dan mau bekerja sama dengan peneliti dalam memberikan asuhan. Namun peneliti menemukan sedikit kendala yaitu saat implementasi terkadang pasien melamun dan kurang berkonsentrasi sehingga implementasi yang peneliti lakukan membutuhkan waktu yang lumayan lama.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Kriteria hasil yang diharapkan pada pasien dengan **gangguan citra tubuh** adalah verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun, fokus pada bagian tubuh menurun, verbalisasi kecacatan bagian tubuh meningkat, dan verbalisasi kehilangan bagian tubuh meningkat. Hasil evaluasi yang peneliti dapatkan adalah, klien mengatakan mulai mencoba untuk menerima keterbatasan fisik yang dialaminya saat ini, klien mengatakan mencoba untuk berkomunikasi dengan orang-orang disekitar tanpa rasa malu, kemudian klien dapat menerapkan terapi wicara yang diajarkan oleh peneliti walaupun pengucapan vokal klien masih belum terlalu jelas, klien sudah mampu menggunakan anggota gerak yang mengalami kelemahan secara perlahan. Keluarga juga telah memahami betapa pentingnya dukungan dan motivasi dari keluarga untuk klien dalam menghadapi penyakit yang diderita klien saat ini, yaitu keluarga selalu mengajarkan terapi wicara dan melatih anggota tubuh

klien yang lemah, dimana hal ini sudah diajarkan oleh peneliti kepada keluarga sebelumnya.

Kriteria hasil yang diharapkan pada pasien dengan **harga diri rendah** adalah penilaian diri positif meningkat, penilaian penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat, kontak mata meningkat, perasaan malu menurun, dan perasaan tidak mampu menurun. Evaluasi yang didapatkan oleh peneliti ialah, klien telah mampu membangun hubungan terapeutik dengan peneliti, klien selalu tersenyum saat peneliti datang, saat berbicara klien sudah mulai melakukan kontak mata walaupun hanya sesekali, klien mulai bisa melatih anggota gerak yang mengalami kelemahan secara perlahan, keluarga klien mengatakan klien mulai membiasakan diri untuk melakukan kegiatan-kegiatan yang bisa dilakukan secara mandiri seperti makan sendiri dan memasang kancing baju walaupun masih belum sempurna. Keluarga klien juga mengatakan klien tampak sering melakukan rentang gerak aktif seperti menggenggam tangan. Klien mengatakan dirinya ternyata masih bisa melakukan hal-hal yang ia pikir tidak bisa lakukan sebelumnya dan mencoba untuk menghargai dirinya walaupun ia masih belum yakin bertemu dengan orang banyak, karena terkadang masih merasa malu dengan kondisinya.

Kriteria hasil yang diharapkan pada pasien dengan **penampilan peran tidak efektif** adalah, strategi koping yang efektif meningkat, dukungan sosial meningkat, dan konflik peran menurun. Evaluasi keperawatan yang peneliti dapatkan adalah, klien sudah mulai menerima perubahan peran yang diakibatkan oleh penyakit yang diderita, keluarga mengatakan akhir-akhir ini klien tampak sesekali bermain dengan cucunya. Keluarga klien menyadari pentingnya peran dan motivasi keluarga dalam mendukung klien, istri klien mengatakan bahwa anak-anak klien mengatakan kepada klien bahwa klien tidak perlu merasa terbebani karena sudah tidak bisa bekerja lagi, semua anak

klien saat ini sudah bekerja, dan tidak perlu memikirkan kebutuhan sehari-hari lagi. Namun sesekali klien masih tampak sedih dan melamun.

Menurut Azizah, dkk (2016), hasil evaluasi yang diharapkan bagi penderita dengan gangguan konsep diri diantaranya klien mampu melanjutkan peran yang diinginkan, klien menunjukkan peningkatan dalam harga diri, klien mampu memandang dirinya sebagai individu yang positif, dan klien mampu mencapai identitas diri yang positif. Sementara menurut Yusuf, dkk (2015), evaluasi yang diharapkan terbagi dua yaitu kemampuan yang diharapkan dari pasien diantaranya : (1) klien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, (2) klien dapat melakukan aktivitas seperti biasa, (3) klien dapat melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki. Sementara kemampuan yang diharapkan dari keluarga adalah : (1) keluarga mampu memberikan dukungan emosional kepada klien, dan (2) keluarga mampu memberikan pujian pada klien terhadap kemampuannya dalam melakukan aktivitas.

Berdasarkan analisa peneliti, hasil evaluasi keperawatan yang didapatkan pada klien sudah sesuai dengan teori yang ada, dimana klien sudah bisa membina hubungan saling percaya dengan peneliti, klien mulai belajar untuk menerima keadaannya, mencoba untuk melakukan kegiatan yang masih bisa dilakukannya, dan keluarga pun memahami betapa pentingnya motivasi dari mereka untuk klien.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Setelah peneliti melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri. Berdasarkan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 04 April 2022 sampai dengan 10 April 2022, maka dapat disimpulkan.

#### **A. Kesimpulan**

Kesimpulan hasil penelitian Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang, sebagai berikut.

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pada pengkajian, peneliti tidak menemukan perbedaan antara teori dan kasus yang peneliti kaji. Dalam teori disebutkan salah satu faktor presipitasi dari gangguan konsep diri adalah perubahan peran sehat-sakit. Berdasarkan pengkajian yang peneliti lakukan faktor presipitasi pada klien adalah adanya riwayat hipertensi, dan kebiasaan pola hidup yang tidak sehat yang menyebabkan klien menderita stroke.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang peneliti temukan pada klien adalah gangguan citra tubuh, harga diri rendah, dan penampilan peran tidak efektif. Dalam menegakkan diagnosa peneliti tidak menemukan hambatan karena pasien cukup kooperatif, dan keluarga pasien cukup terbuka kepada peneliti.

##### **3. Intervensi Keperawatan**

Pada perencanaan dapat peneliti simpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang ditemukan antara intervensi yang telah peneliti susun dengan teori. Perencanaan yang telah disusun untuk diagnosa prioritas utama gangguan citra tubuh adalah promosi citra tubuh yang terdiri dari tindakan observasi, tarapeutik, dan edukasi.



#### **4. Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk diagnosa prioritas utama gangguan citra tubuh diantaranya membina hubungan saling percaya, mendiskusikan perubahan bentuk dan fungsi tubuh pada klien, dan melakukan upaya peningkatan citra tubuh.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Pada evaluasi untuk masalah keperawatan sudah mulai teratasi. Klien mulai menerima kondisi tubuhnya, mencoba untuk menghargai dirinya, dan mulai menggali aspek positif dalam dirinya.

### **B. Saran**

#### **1. Bagi Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang**

Melalui Direktur, diharapkan agar perawat lebih mengoptimalkan pemberian asuhan kepada pasien stroke dengan gangguan konsep diri. Bagi perawat Poliklinik Syaraf agar lebih mengoptimalkan pemberian *Discharge Planning* kepada keluarga supaya terlaksananya perawatan lanjutan atau *continuity of care* pada pasien stroke dengan baik.

Diharapkan juga perawat lebih mengoptimalkan dalam mengkoordinasikan kondisi pasien antara rumah sakit dengan pusat pelayanan sekunder ataupun primer bahkan perawatan keluarga (*Home Care*) sehingga psikologis pasien stroke dapat terpantau disemua sektor untuk menghasilkan perawatan yang komprehensif, dan berkesinambungan.

#### **2. Bagi Prodi D-III Keperawatan Padang**

Diharapkan bagi institusi agar menjadikan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai sumber bacaan di institusi, dan agar institusi pendidikandapat mengembangkan ilmu pendidikan keperawatan jiwa khususnya gangguan psikososial konsep diri baik di praktek klinik maupun praktek lapangan.

### **3. Bagi Keluarga**

Diharapkan agar keluarga lebih memahami pentingnya dukungan psikologis bagi penderita stroke, dan lebih memahami peran keluarga sebagai perantara antara pasien dengan fasilitas kesehatan, kemudian berkoordinasi dalam pemberian dukungan psikologis bagi penderita stroke.

### **4. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan konsep diri menggunakan implementasi yang lebih menarik dan efektif, dengan tujuan agar tercapainya konsep diri yang positif pada klien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, A. (2012). *Sistem Neurobehavior*. salemba medika.
- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. *Indomedia Pustaka*, 657.
- Bararah, T. (2015). *Asuhan keperawatan : Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesioanl*. salemba medika.
- Budianto, P., Prabaningtyas, H., Putra, S. E., Mirawati, diah K., Muhammad, F., & Hafizan, M. (2021). *Stroke iskemik akut : dasar dan klinis*. January, 84.
- Febrina, R. (2018). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Keluarga Dengan Harga Diri Rendah Kronis di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang. *Karya Tulis Ilmiah. Program Studi D III Keperawatan Padang. Politeknik Kemenkes Padang*.
- Hankey, G., Macleod, M., & Gorelick, P. (2019). *Warlow's Stroke : Pratical Management* (4th ed.). Wiley Blackwell.
- Hendayeni, Sari. (2018). Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Konsep Diri Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Poli Klinik Saraf Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Medika Sainatika*. Vol 10.No1
- Irianto, K. (2014). *Epidemiologi Penyakit Menular Dan Tidak Menular*. Penerbit Alfabeta.
- Junaidi, I. (2013). *Stroke : Waspadai Ancamannya*. Penerbit ANDI.
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Lindsay, M. P., Author, C., Norrving, B., Sacco, R. L., Brainin, M., Hacke, W., Martins, S., Pandian, J., & Feigin, V. (2019). Global Stroke Fact Sheet 2019 Authors : *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2019*, 806–817.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa : Teori dan Aplikasi*. CV Andi Offset.

- Nuraliyah, Burmanajaya. (2019). Mekanisme Koping Dan Respon Ketidakberdayaan Pada Pasien Stroke. *Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung*. Vol.11.No 1
- Olfah. (2016). *Dokumentasi Keperawatan*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Padila. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Pudiastuti, R. D. (2015). *Penyakit Pemicu Stroke* (3rd ed.). Nuha Medika.
- Putri, Mutiawati, Mahdani. (2017). Hubungan Derajat Stroke Terhadap Status Kognitif Pada Pasien Stroke Iskemik Di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Medisia*. Vol 2.No.1
- Riset Kesehatan Dasar. 2018. Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kementerian RI.
- Rohmah, N. (2016). *Proses Keperawatan : Teori Dan Aplikasi* (3rd ed.). Ar-Ruz Media.
- Samsu. (2017). Metode penelitian: teori dan aplikasi penelitian kualitatif, kuantitatif, mixed methods, serta research & development. In *Diterbitkan oleh: Pusat Studi Agama dan Kemasyarakatan (PUSAKA)*.
- Sandu, S., & Sodik, A. (2015). *Dasar Metode Penelitian*. Literasi Media Puplishing.
- Sarigumilan, R. (2013). *Skripsi Sarjana Keperawatan : Hubungan Komponen Konsep Diri Dengan Kejadian Depresi Pada Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang*. Universitas Andalas.
- Sedubun, M. L., & Mahmuddin, H. (2021). *Pada Pasien Pasca Stroke Di Poliklinik Saraf Rsud Labuang Baji Makassar*. 1, 157–164.
- Simbolon, P. S. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Konsep Diri Pasien Stroke Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi*

- Kesehatan*, 4(2), 167–178. <https://doi.org/10.32668/jitek.v4i2.66>
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practic of Psychiatric Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Suliswati, & Dkk. (2012). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. EGC.
- Supardi,sudihyo, & rustika. (2013). *No TitleBuku Ajar Metodologi Riset Metodologi Riset Keperawatan*. Trans Info Media.
- Suryawantie, dkk. (2019). Hubungan konsep Diri Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Pasca Stroke Di Poli Neurologi RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2018. *Jurnal Keperawatan & Kebidanan STIKes Mitra Kencana Tasikmalaya*. vol 3.no1
- Usman, dkk. (2020). Pelaksanaan *Continuity Of Care* Melalui Dukungan Emosional Keluarga Pada Pasien Stroke Iskemik. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. Vol 3. No. 4. PPNI Jawa Tengah
- World Health Organitation. 2017. Tersedia pada [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2018/en/](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/)
- Yusuf, A. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. salemba medika.
- Zarmi, dkk. (2017). Hubungan Kondisi Fisik Dan Mekanisme Koping Individu Dengan Harga Diri Penderita Pasca Stroke Di Poliklinik Saraf RSUD Raden Mataher Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim*, Vol.6 No.2

# LAMPIRAN



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
JL. SIMPANG PONDOK KOPI NANGGALO TELP. (0751) 7051300 FAX: (0751) 7051128 PADANG 25146  
Email : [iprotikpknk@gmail.com](mailto:iprotikpknk@gmail.com) Telp. Jurusan Keperawatan (0751) 7051848



Nomor : PP.03.01/0864 / 2021  
Lamp : -  
Perihal : *Izin Survey Data*

16 Desember 2021

Kepada Yth. :  
Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Survey Data** di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin ( Nama Mahasiswa Terlampir ):

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Poltekkes Kemenkes Padang





Lampiran :  
Nomor : PP.03.01/ /2021  
Tanggal : 16 Desember 2021

**NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA**

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Areka Novita	193110126	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur pada Pasien TB Paru Di Ruang IRNA Penyakit Dalam RSUP DR.M.Djamil Padang
2	Bunga Latifa	193110130	Asuhan Keperawatan pada Pasien CHF Di Bangsal Jantung RSUP DR.M.Djamil Padang
3	Gustia Anggun Rizovi	193110134	Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara Di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang
4	Indah Triana Putri	193110137	Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindroma Nefrotik Di Ruang IRNA Kebidanan Dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang
5	Mutiara Putri Sari	193110141	Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Serviks Di IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang
6	Nurul Fatiha Sari	193110144	Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Konsep Diri pada Pasien Stroke Di RSUP Dr.M.Djamil Padang
7	Ade Surya Ningsih	193110121	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien dengan Tb Paru Di Irna Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang
8	Sinta Arya Ningsih	193110153	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang
9	Zahratul Janinah	193110200	Asuhan Keperawatan pada Pasien Hipertensi dengan Diabetes Mellitus (DM) Di IRNA Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang





**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

ZL. SIMPANG PONDOK KOPI NANGGALO TELP. (0751) 7951300 FAX: (0751) 7958128 PADANG 25146



10	Adni Tamara	193110161	Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien dengan Infark Miokard Akut di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang
11	Afri Mursal	193110122	Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Inap Syaraf RSUP DR. M. Djamil Padang
12	Farda Apta Wandri	193110173	Asuhan Keperawatan pada Pasien Human Immunodeficiency Virus (HIV) Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) Di Ruang Ina Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil Padang
13	Ali Akbar Pramayasa	193110123	Asuhan Keperawatan Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit pada Pasien dengan CKD di RSUP Dr. M. Djamil Padang

“Direktor Poltekkes Kemenkes Padang”



Dr. Burhan Muskm, SKM, M.Si

Nip. 196101131986031002



**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM**  
**KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN**

Jln. Perintis Kemerdekaan Padang - 25127  
Telp. (0751) 893324, 810253, 810254, ext 245  
Email : diklat.mdjamil@yahoo.com

**NOTA DINAS**

Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/334/XII/2021

Yth : 1. Ka. Instalasi Rekam Medis  
2. Ka. IRNA Non Bedah (Neuro)

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan  
Hal : Izin Survei Awal  
Tanggal : 23 Desember 2021

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama : Nurul Fatihah Sari  
NIM/ BP : 193110144  
Institusi : D3 Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang


Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Konsep Diri pada Pasien Stroke di RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

*KS 4/2/2021*

*Ar 23/12*

  
dr. Adriani Zanir

LEMBARAN DISPOSISI  
Instalasi Rekam Medis

No/Nomor

Jabatan

Koordinator Penelitian Dan Pendidikan

Isi / Ringkasan

Izin Sirval Awal / izin Melakukan Penelitian an. *riset tentang manajemen rekam medis, Nurdul Fadiah S*

INTRUKSI / INFORMASI :

*AKK Penyany Bantu*

*Mohon dipantau setiap*

*abm yang berlaku ts*

*28/12/20*

DITERUSKAN KEPADA :

- Ka. Instalasi Rekam Medis
- Sekretaris Rekam Medis
- Sub P.J. Administrasi
- Sub P.J. Logistik
- P.J. Rekam Medis IGD
- P.J. Rekam Medis Rawat Jalan
- P.J. Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap
- P.J. Monitoring, Evaluasi Rekam Medis & Pelaporan
-



**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM**  
**KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN**

Jln. Perintis Kemerdekaan Padang -25127  
Telp. (0751) 893324, 810253, 810254, ext 245  
Email : diklat.mdjamil@yahoo.com

**NOTA DINAS**

Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/401/XII/2021

Yth. : 1. Ka. Instalasi Rekam Medis  
      (2) Ka. IRNA Non-Bedah (Neuro)

Dan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan  
Hal : Izin Survei Awal  
Tanggal : 23 Desember 2021

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

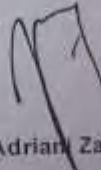
Nama : Nurul Fatiha Sari  
NIM/ BP : 193110144  
Institusi : D3 Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

**"Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Konsep Diri pada Pasien Stroke di RSUP Dr. M. Djamil Padang"**

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

*Kepada Yth Bapak Ibu SP & Karu  
di Non Bedah II (Neurologi)  
Agar difasilitasi penelitian mahasiswa  
d/n Nurul Fatiha Sari  
atas bantuan dan pertimbangannya  
diucapkan terima kasih*

  
dr. Adrian Zanir



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG  
JL. SIMPANG PONDOK KOPI NANGGALO TELP. (0751) 7051300 FAX: (0751) 7058128 PADANG 25144  
Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>



Nomor : PP.03.01/00329/2022  
Perihal : Izin Penelitian

21 Januari 2022

Kepada Yth. :  
Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n :

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1	Nurul Fatihah Sari / 193110144	Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Gangguan Konsep Diri di Poliklinik Syaraf di RSUP Dr.M.Djamil Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Wadir I,

  
Eyo Sugriana, S.K.M.M.Kes  
Nip. 19630818 198808 1001



HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE  
RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**  
*DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL*  
"ETHICAL APPROVAL"

Nomor : LB.02.02/5.7/45/2022

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :  
*The research protocol proposed by*

Peneliti utama : Nurul Fatma Sari  
*Principal Investigator*

Nama Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang  
*Name of the Institution*

Dengan judul :  
*Title*

**"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan  
Konsep Diri Di Poliklinik Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang"**

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

*Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.*

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu Februari 2022 sampai dengan Februari 2023.

*This declaration of ethics applies during the period February 2022 until February 2023*

Padang, 10 Februari 2022

  
Dr. dr. Dedy Anum, SpKK(K), FIBSDV FAADV  
NIP. 19601126 200801 2 014



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG**



Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127  
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax. (0751) 323731  
Website : www.rsdjamil.co.id, E-mail : rsudjamil@yahoo.com

Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/s:9/II/2022

11 Februari 2022

Perihal : Izin Melakukan Penelitian  
a.n. Nurul Fatihah sari

Yang terhormat,  
Wadir I Poltekkes Kemenkes Padang  
DI

Tempat

Sehubungan dengan surat Wadir I Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PP.03.01/00379/2022 tanggal 21 Januari 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Nurul Fatihah sari  
NIM/BP : 193110144  
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :

**"Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Gangguan Konsep Diri di Poliklinik Syaraf di RSUP Dr. M. Djamil Padang "**

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan dikeluarkannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUP Dr. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Diklit RSUP. Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk CD/soft copy/upload link: [bit.ly/itbangrsupmdjamil](mailto:bit.ly/itbangrsupmdjamil)).
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian  
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan



dr. Adrian Zahar  
NIP. 197309112008012008

Tembusan :  
1. Instalasi Terkait  
2. Yang bersangkutan

TERAKREDITASI KARS  
INTERNASIONAL





**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM**  
**KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN**  
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127 Telp. (0751) 32371, 810253, 810254, ext 245  
Email : diklat.mdjamil@yahoo.com

**NOTA DINAS**

Nomor: LB.01.02/XVI.1.3.2/ 745/III/2022

Yth. : 1. Ka. Instalasi Rawat Jalan (Poliklinik Syaraf)  
2. Ka. IRNA Non Bedah (Syaraf)

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan  
Hal : Izin Melakukan Penelitian  
Tanggal : 11 Februari 2022

Sehubungan dengan surat Wadir I Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PP.03.01/00379/2022 tanggal 21 Januari 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirimkan peneliti:

Nama : Nurul Fatmahanisari  
NIM/BP : 193110144  
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :

**"Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Gangguan Konsep Diri di Poliklinik Syaraf di RSUP Dr. M. Djamil Padang "**

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

*Aris Kaput Kofu Poli Syaraf  
untuk Melakukan Penelitian  
Syarif  
Syarif*

*dr. Adrian Zanit*

Note: Mohon disampaikan kembali apabila yang bersangkutan telah selesai pengambilan data penelitian





**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG**



Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127  
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax: (0751) 323731  
Website : www.nadjamin.co.id, E-mail : rsupdjamil@yahoo.com

**SURAT KETERANGAN**  
LB.01.02/XVI.1.3.2/144/V/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Adnani Zanir  
NIP : 197309112008012008  
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Nurul Fatiha sari  
NIM/BP : 193110144  
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Jalan RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 28 Februari 2022 s/d 11 Maret 2022, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

**"Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Gangguan Konsep Diri di Poliklinik Syaraf di RSUP Dr. M. Djamil Padang "**

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 31 Mei 2022

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian  
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan



dr. Adnani Zanir  
NIP. 197309112008012008



TERAKREDITASI KARS  
★★★★★

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA GANGGUAN KONSEP DIRI PADA PASIEN STROKE DI RUANG RAWAT INAP SYARAF  
RSUP DR. M.DJAMIL PADANG  
TAHUN 2022**

No	KEGLATAN	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei
1	Konsultasi dan Acc Judul Proposal										
2	Pembuatan Proposal dan Konsultasi										
3	Pendaftaran Sidang Proposal										
4	Sidang Proposal										
5	Perbaikan Proposal										
6	Penelitian dan Penyusunan										
7	Pendaftaran Ujian KTI										
8	Sidang KTI										
9	Perbaikan KTI										
10	Pengumpulan Perbaikan KTI										
11	Publikasi										

Pembimbing I

Pembimbing II

Padang, Januari 2022

Mahasiswa



Hestri Sasmita S.Kp., M.Kep., Sp.Jiwa  
NIP. 197010201993032002



Nurul Fatmahan Sari  
NIM. 193110144



Hi. Reflita, S.Kp., M.Kep  
NIP. 195810141982122001

### Permohonan Menjadi Responden

Kepada Yth,  
Bapak/ibu calon Responden  
Di Tempat

Dengan Hormat  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nurul Fatihah Sari  
NIM : 193110144  
Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes  
Kemenkes Padang

Bersama ini kami memohon Bapak/ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini yang berjudul " **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Konsep Diri Di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang**".

Penelitian ini bersifat sukarela. Ibu/Bapak dan keluarga boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun bapak/ibu dan keluarga inginkan tanpa ada konsekuensi dan dampak tertentu.

Sebelum bapak/ibu memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan untuk ikut serta dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini untuk melihat Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke dengan Gangguan Konsep Diri Di Poliklinik Syaraf RSUP Dr. M.Djamil Padang
2. Dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Hasil penelitian ini akan diberikan institusi tempat peneliti bekerja dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas bapak dan ibu.
3. Jika ada yang belum jelas, silahkan ditanyakan kepada peneliti
4. Jika bapak/ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam peneliti ini, silahkan bapak/ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan yaitu *informed consent*

Padang, 04 - 04 - 2022

Peneliti: Nurul Fatihah Sari

## INFORMED CONCENT

( Lembar Persetujuan )

Yang bertanda tangan dibawah ini:

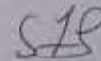
Nama Responden : SYOFYAN  
Umur/ tgl lahir : 50 th / 24 Desember 1963  
Penanggung jawab : SYOFIA HILDA  
Hubungan : Istri

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama: **Nurul Fatiha Sari, NIM 193110144**, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Demikianlah surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Padang, 04 April 2022

Responden



( Syofia Hilda )

### DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Nurul Fatima Sari  
NIM : 193110144  
Asal Institusi : Poltekkes Kemenkes RI Padang  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Konsep Diri Di Poliklinik Syaraf RSUP Dr.M.Djamil Padang

No	Hari/Tanggal	Nama Responden/Penanggung Jawab	Tanda Tangan
1	04 - 04 - 2022	Syafira Hilda	Syafira Hilda
2	05 - 04 - 2022	Syafira Hilda	Syafira Hilda
3	06 - 04 - 2022	Syafira Hilda	Syafira Hilda
4	07 - 04 - 2022	Syafira Hilda	Syafira Hilda
5	08 - 04 - 2022	Syafira Hilda	Syafira Hilda
6	09 - 04 - 2022	Syafira Hilda	Syafira Hilda
7	10 - 04 - 2022	Syafira Hilda	Syafira Hilda

## SKRINING GANGGUAN KONSEP DIRI

### A. Identitas Responden

Petunjuk pengisian : Isilah data dibawah ini dengan tepat dan benar. Berilah tanda *check list* (v) pada pilihan jawaban yang tersedia

1. Inisial Nama : S
2. Usia : 50 th
3. Jenis Kelamin :  Pria  Wanita
4. Pendidikan :  SD  SMP  SMA  
 D3/S1/S2
5. Jenis Stroke :  Stroke iskemik  Stroke hemoragik

## B. Skrining Gangguan Konsep Diri Pada Pasien Stroke

Petunjuk pengisian : Berilah tanda *check list* (v) pada kolom pilihan yang tersedia sesuai dengan situasi dan kondisi yang terjadi pada anda semenjak mengalami stroke.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
<b>Gambaran Diri</b>			
1.	Saya mengeluh dengan keterbatasan gerak yang saya alami	✓	
2.	Penampilan saya menjadi tidak menarik lagi	✓	
3.	Saya menyentuh (menijjat) bagian tubuh saya yang sakit	✓	
4.	Saya merasa bagian tubuh saya yang sakit sudah tidak bisa berfungsi lagi	✓	
5.	Saya merasa khawatir dengan respon orang lain setelah melihat kondisi tubuh saya		✓
<b>Ideal diri</b>			
6.	Saya merasa telah menyusahkan keluarga semenjak saya sakit	✓	
7.	Saya pernah menyalahkan Tuhan atas penyakit stroke ini		✓
8.	Saya belum beradaptasi dengan perubahan kondisi fisik saya	✓	
9.	Saya merasa akan menyerah dengan penyakit stroke yang saya alami		✓
10.	Saya malas mengikuti kegiatan terapi yang dilaksanakan tenaga medis		✓
<b>Harga diri</b>			
11.	Saya merasa kecewa dengan diri saya	✓	

	sendiri		
12.	Saya merasa tidak bisa melakukan apa-apa dengan kondisi saya saat ini	✓	
13.	Saya tidak percaya diri dengan kondisi saya saat ini	✓	
14.	Saya merasa tertekan dengan kondisi yang saya alami		✓
15.	Saya merasa malu untuk bertemu dengan orang lain	✓	
<b>Peran diri</b>			
16.	Saya membutuhkan bantuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan saya	✓	
17.	Saya merasa gagal melaksanakan tanggung jawab sebagai seorang ayah/ibu/anak semenjak sakit	✓	
18.	Saya merasa harapan saya tidak bisa terpenuhi lagi	✓	
19.	Saya merasa tidak bisa aktif lagi dalam kegiatan yang biasa saya lakukan karena kondisi saya	✓	
<b>Identitas diri</b>			
20.	Semenjak sakit saya tidak mampu mengambil keputusan untuk diri saya maupun orang lain		✓
21.	Saya malu dengan diri saya karena mengalami stroke	✓	
22.	Saya merasa mengalami perubahan dalam diri saya semenjak saya sakit		✓
23.	Saya merasa tidak sempurna lagi	✓	
24.	Saya kurang bisa menerima keterbatasan	✓	



## DOKUMENTASI

**Kunjungan 1**



**Kunjungan 2**



**Kunjungan 3**



**Kunjungan 4**



**Kunjungan 5**



**Kunjungan 6**



**Kunjungan 7**



## **FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL**

### **I. IDENTITAS KLIEN**

Inisial : Tn. S  
Tanggal Pengkajian : 04 April 2022 - 05 April 2022  
Umur : 59 th  
Informan : Pasien dan keluarga

### **II. KELUHAN UTAMA**

Pada saat dilakukan pengkajian, bicara pasien pelo, esktremitas atas klien sebelah kanan, dan kedua ektremitas bawah mengalami kelemahan sehingga klien tampak kesulitan dalam berbicara.

### **III. FAKTOR PREDISPOSISI**

Saat ini klien mengalami kelemahan di ekstremitas atas bagian kanan dan kedua ekstremitas bawah, serta bicara yang pelo, klien juga tampak kesulitan dalam berbicara. Saat dilakukan pengkajian klien banyak diam dan menghindari kontak mata, klien juga tampak sering memegang dan memijit bagian ektremitas yang mengalami kelamahan. Kelumpuhan yang dialami klien membuat klien merasa membebani anggota keluarganya.

### **IV. FAKTOR PRESTISIPASI**

klien memiliki riwayat hipertensi sebelumnya, suka mengosumsi makanan yang bersantan, dan mengosumsi goreng-gorengan.

### **V. FISIK**

1. Tanda Vital : TD: 156/96 mmHg N: 88x/mnt  
S: 36 P: 18x/mnt

2. Ukur : TB:158 cm BB: 56 kg
3. Keluhan fisik : Ada

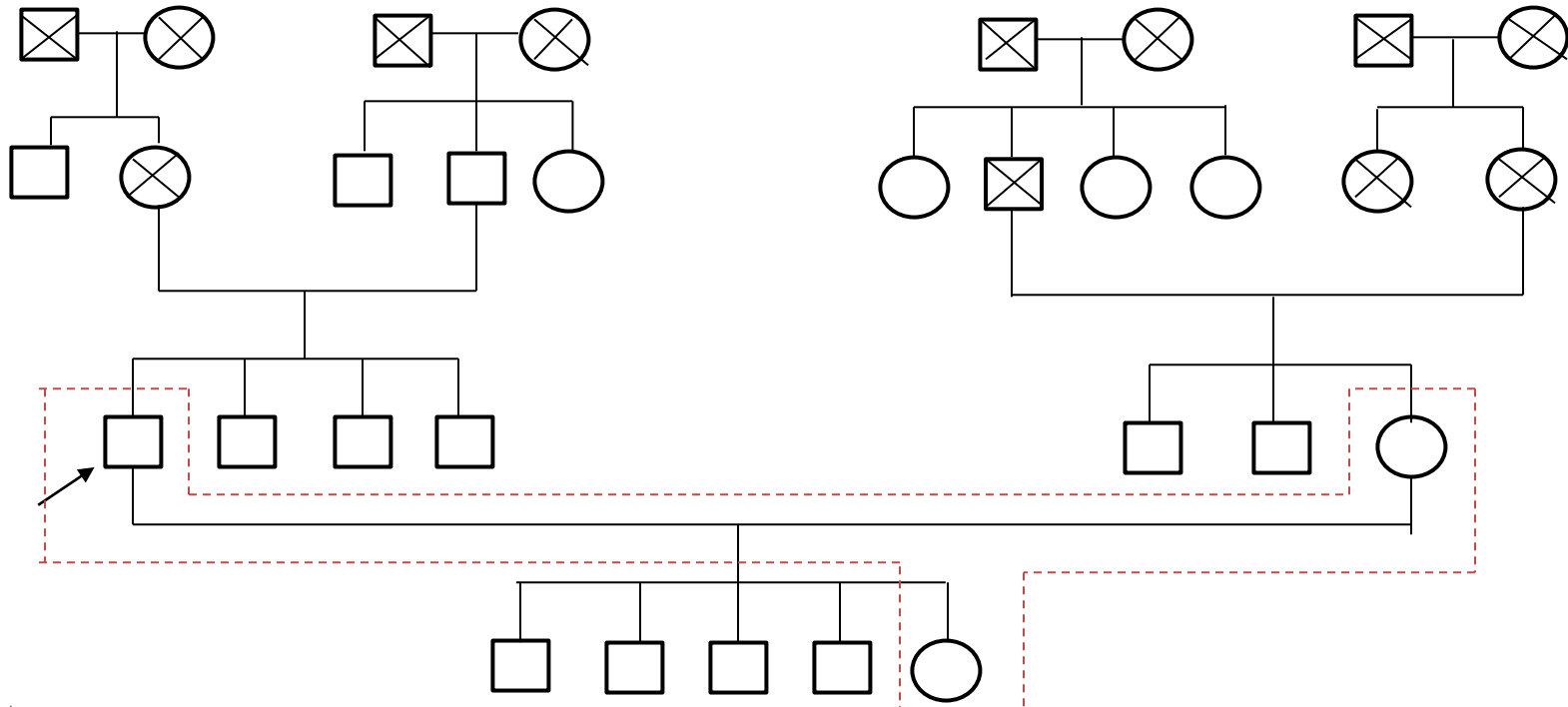
Jelaskan:

Kelamahan pada ekstremitas bawah, dan bibir yang tidak simetris



# VI. PSIKOSOSIAL

## 1. Genogram



Keterangan :



Laki-laki



Klien



Meninggal



Perempuan



Tinggal serumah

2. Konsep diri:

a. Gambaran diri

Klien merasakan terjadinya perubahan pada tubuhnya, terutama bagian ekstremitas klien, serta keadaan bibir yang pelo, hal ini membuat klien malas untuk berkomunikasi dengan orang lain. Klien merasa sudah kehilangan fungsi tubuh, klien merasa tidak berguna dan menyusahkan anggota keluarganya.

b. Identitas

Klien merupakan seorang laki-laki berusia 59 th, klien merupakan anak pertama dari 4 bersaudara. Saat ini klien mempunyai seorang istri dan 5 orang anak.

c. Peran

Klien merupakan seorang buruh proyek yang bekerja setiap hari untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarganya. Klien mengatakan walaupun semua anaknya sudah bekerja, ia tetap merasa tidak bisa memenuhi tanggung jawabnya sebagai seorang suami untuk menafkahi istrinya. Klien juga mengatakan tidak bisa mengikuti kegiatan-kegiatan dimasyarakat lagi, hal ini membuat klien merasa sedih

d. Ideal diri.

Klien mengatakan harapannya untuk bisa menggendong dan bermain-main dengan cucu pertamanya tidak bisa terpenuhi.

e. Harga diri

Klien mengatakan karena kondisi fisiknya, ia tidak bisa beraktivitas secara mandiri, klien merasa tidak berguna dan merasa merepotkan anggota keluarganya terutama istri dan anak-anaknya. Klien juga merasa tidak dihormati lagi karena sering merepotkan orang-orang disekitarnya.

3. Hubungan sosial:

a. Orang berarti:

Orang yang berarti bagi klien adalah istri dan anak-anaknya, serta orang-orang yang berada disekitar klien. Saat sebelum sakit klien aktif berinteraksi dengan lingkungannya. Saat ini klien hanya berinteraksi dengan istri dan anak-anaknya

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat: Tidak ada

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:

Hambatan yang dirasakan klien dalam berhubungan dengan orang lain adalah cara bicara yang pelo, sehingga klien kesulitan dalam berkomunikasi

4. Spiritual:

a. Nilai dan keyakinan:

Klien menganut agama Islam, dan klien yakin bahwa penyakit yang dialaminya saat ini merupakan cobaan dari Allah SWT.

b. Kegiatan ibadah:

Klien mengatakan sebelum sakit ia sering beribadah dan mengikuti kegiatan-kegiatan agama, namun semenjak sakit klien jarang shalat dan mengikuti kegiatan keagamaan.

## VII. STATUS MENTAL

1. Penampilan

Dalam berpakaian klien tampak rapi, kadang menggunakan kemeja, dan kadang menggunakan baju kaos, namun saat keluar rumah klien tidak pernah menggunakan alas kaki.

2. Pembicaraan



Klien bicara agak lamban dan kurang jelas, klien hanya bicara ketika diajak bicara.

3. Aktivitas motorik

Klien mengalami kelemahan di ekstremitas atas sebelah kanan, dan kedua ekstremitas bawah. Sehingga dalam beraktivitas klien selalu dibantu oleh keluarga.

4. Afek dan emosi

Afek klien labil, emosi klien berubah-ubah, klien terkadang marah-marah tanpa sebab..

5. Interaksi selama wawancara

Selama wawancara klien menghindari kontak mata, dan berbicara ketika ditanya atau diajak berbicara saja

6. Persepsi sensori

Klien merasa cemas jika ia tidak kunjung sembuh, klien merasa merepotkan keluarganya terus

7. Proses pikir

Klien merasa asing dengan tubuhnya semenjak ia sakit

8. Tingkat kesadaran

Compos mentis

9. Orientasi

Klien dapat mengungkapkan apa yang dirasakannya, terlihat dari klien yang bisa menjawab pertanyaan yang diberikan

10. Memori

Tidak ada gangguan dengan memori klien.

11. Konsentrasi

Konsentrasi klien mulai berkurang, terlihat saat pengkajian pertanyaan harus diulang-ulang karena klien tidak menjawab.

### VIII. **Aktivitas Sehari-hari/ ADL**

1. Makan

Dibantu keluarga

2. BAB/BAK

Dibantu keluarga

3. Mandi

Dibantu keluarga

4. Berpakaian/berhias

Dibantu keluarga

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang : 2-3 jam

Tidur malam : 7-8 jam

Kegiatan sebelum dan sesudah tidur:

Tidak ada

### IX. **MEKANISME KOPING**

Klien memiliki mekanisme koping adaptif, yaitu klien selalu bermusyawarah dengan istri dalam menyelesaikan masalah. Namun semenjak sakit mekanisme koping yang digunakan dulu sudah tidak efektif lagi.

### X. **Diagnosa Medis**

Stroke Infark

## XI. ANALISA DATA

<b>Data</b>	<b>Masalah</b>
<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Klien mengatakan merasakan perubahan pada tubuhnya semenjak sakit</li><li>b. Klien mengatakan malas berkomunikasi dengan orang lain karena cara bicaranya yang pelo</li><li>c. Klien mengatakan kehilangan kaki dan tangannya tidak berfungsi lagi</li><li>d. Klien mengatakan merepotkan anggota keluarganya.</li></ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Klien tampak memijat ekstremitasnya yang mengalami kelemahan</li><li>b. Klien tampak melamun</li><li>c. Klien tampak gelisah saat bercerita dengan orang lain.</li><li>d. Klien mengungkapkan perasaan negatif</li></ul>	<p><b>Gangguan Citra tubuh berhubungan dengan kehilangan struktur/bentuk tubuh</b></p>

<p>tentang tubuhnya</p>	
<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan dirinya merasa tidak berguna</li> <li>b. Klien mengatakan tidak bisa beraktivitas secara mandiri lagi</li> <li>c. Klien mengatakan malu untuk berkomunikasi dengan orang lain</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak sedih</li> <li>b. Klien menghindari kontak mata selama wawancara</li> <li>c. Klien sering mengkritik dirinya sendiri</li> <li>d. Klien tampak tidak bersemangat</li> </ul>	<p><b>Harga Diri Rendah berhubungan dengan perubahan citra tubuh</b></p>

<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan perannya sebagai kepala keluarga tidak terlaksana lagi</li> <li>b. Klien mengatakan bingung dengan perannya saat ini</li> <li>c. Klien mengatakan tidak bisa mengikuti kegiatan kemasyarakatan lagi</li> <li>d. Klien merasa takut karena selalu merepotkan anggota keluarganya.</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak sedih</li> <li>b. Klien tampak kecewa dengan keadaannya saat ini</li> </ul>	<p><b>Penampilan Peran Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Fisik</b></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

**XII. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

No.	Diagnosa	Tanggal	Tanggal	Paraf

	<b>Keperawatan</b>	<b>Muncul</b>	<b>Teratasi</b>	
1.	Gangguan Citra Tubuh	05 April 2022	10 April 2022	Nurul
2.	Harga Diri Rendah	05 April 2022	10 April 2022	Nurul
3.	Penampilan Peran Tidak Efektif	05 April 2022	10 April 2022	Nurul

### XIII. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan		
	Tujuan	Kriteria	Tindakan
Gangguan Citra Tubuh	Citra tubuh meningkat	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Melihat bagian tubuh meningkat</li> <li>j. Menyentuh bagian tubuh meningkat</li> <li>k. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh meningkat</li> <li>l. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun</li> <li>m. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun</li> <li>n. Focus pada bagian tubuh</li> </ul>	<p>Promosi Citra tubuh</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Peneliti akan membina hubungan saling percaya dengan klien</li> <li>b. Meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya</li> <li>c. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan</li> <li>d. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan harga diri rendah</li> <li>e. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> <li>f. Monitor apakah klien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</li> </ul> <p>Tarapeutik :</p>

		<p>menurun</p> <p>o. Focus pada penampilan masa lalu menurun</p> <p>p. Focus pada kekuatan masa lalu menurun</p>	<p>a. Diskusikan persepsi klien dan keluarga tentang citra tubuh</p> <p>b. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</p> <p>c. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh</p> <p>d. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</p> <p>e. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p> <p>b. Lakukan upaya peningkatan citra tubuh</p> <p>c. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>d. Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p> <p>e. Gali aspek positif yang dimiliki</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p>Harga Diri Rendah</p>	<p>Harga diri meningkat</p>	<p>i. Penilaian diri positif meningkat</p> <p>j. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat</p> <p>k. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat</p> <p>l. Minat mencoba hal baru meningkat</p> <p>m. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat</p> <p>n. Kontak mata meningkat</p> <p>o. Kosenterasi meningkat</p> <p>p. Percaya diri berbicara meningkat</p>	<p>Promosi harga diri</p> <p>Observasi :</p> <p>a. Terapkan hubungan saling percaya</p> <p>b. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</p> <p>c. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaan tentang perubahan tubuh yang terjadi</p> <p>d. Monitor tingkat harga diri dari waktu ke waktu.</p> <p>Tarapeutik :</p> <p>a. Motivasi klien untuk terlibat dalam aktivitas yang positif untuk dirinya</p> <p>b. Diskusikan pernyataan tentang harga diri</p> <p>c. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri</p> <p>d. Gali aspek positif yang dimiliki klien</p> <p>e. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang</p>
--------------------------	-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>meningkatkan harga diri</p> <p>f. Berikan pujian terhadap kegiatan yang bisa dilakukan klien</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan bagi klien</p> <p>b. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain.</p> <p>c. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</p> <p>d. Anjurkan mengevaluasi perilaku</p> <p>e. Latih cara berpikir dan perilaku positif</p>
Penampilan Peran Tidak Efektif	Penampilan peran membaik	<p>h. Verbalisasi harapan terpenuhi meningkat</p> <p>i. Verbalisasi kepuasan peran meningkat</p>	<p>Dukungan penampilan peran</p> <p>Observasi</p> <p>a. Terapkan hubungan saling percaya</p> <p>b. Identifikasi penyebab perubahan peran yang</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>j. Adaptasi peran meningkat</li> <li>k. Strategi koping yang efektif meningkat</li> <li>l. Verbalisasi perasaan cemas menurun</li> <li>m. Konflik peran menurun</li> <li>n. Afek depresi menurun</li> </ul>	<p>dialami, identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Identifikasi peran dalam keluarga.</li> <li>d. Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi</li> </ul> <p>Tarapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan</li> <li>b. Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik</li> <li>c. Diskusikan penampilan peran yang diinginkan</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan</li> <li>b. Diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan terhadap orang lain</li> </ul>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			c. Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran
--	--	--	----------------------------------------------------------------

#### XIV. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
06 April 2022	Gangguan Citra Tubuh	<p>6) Membina hubungan saling percaya pada klien dengan bercakap-cakap dengan klien.</p> <p>7) Mendiskusikan perubahan-perubahan pada tubuh yang disebabkan karena penyakit stroke yang dialami klien</p> <p>8) Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan terhadap keadaan tubuhnya dengan cara berbincang-bincang</p> <p>9) Memonitor berapa kali klien</p>	<p><b>S:</b> klien mengatakan perubahan pada tubuhnya membuatnya merasa sedih, klien mengatakan malu untuk berkomunikasi dengan orang lain, klien mengatakan belum mampu menerima perubahan dalam tubuhnya</p> <p><b>O:</b> klien menerima kedatangan peneliti, klien bersedia berbincang-bincang dengan peneliti, klien tampak sedih saat menceritakan tentang perubahan pada tubuhnya.</p>	

	<p>Harga Diri Rendah</p>	<p>mengkritik dirinya sendiri selama pembicaraan</p> <p>4) Membina hubungan saling percaya pada klien dengan cara salam tarapeutik dan bercakap-cakap</p> <p>5) Mengidentifikasi penilaian pasien terhadap dirinya dan pengaruhnya terhadap orang lain dengan cara berbincang-bincang</p> <p>6) Mendiskusikan perubahan yang ada pada tubuh klien yang menyebabkan harga diri rendah</p>	<p><b>A:</b> Masalah gangguan citra tubuh pada klien belum teratasi.</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan.</p> <p><b>S :</b> klien mengatakan dirinya tidak berguna lagi, semua kebutuhan dan aktivitas sehari-harinya selalu bergantung kepada keluarga, klien merasa malu karena untuk makan saja dibantu oleh keluarga.</p> <p><b>O:</b> klien menghindari kontak mata dengan lawan bicaranya, klien masih tampak labil.</p> <p><b>A:</b> Masalah harga diri rendah pada klien belum teratasi.</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>07 April 2022</p>	<p>Gangguan Citra Tubuh</p>	<p>4) Melakukan upaya peningkatan citra tubuh dengan cara melatih fungsi tubuh yang mengalami gangguan, pada klien fungsi tubuh yang mengalami gangguan adalah bicara yang pelo, dan ekstremitas klien yang mengalami kelemahan.</p> <p>5) Salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan terapi wicara, langkah pertama yang dilakukan adalah dengan cara menggerak-gerakan lidah kekanan, kekiri, keatas, dan kebawah. Kemudian langkah kedua yaitu menyebutkan huruf-huruf vokal, selanjutnya menyebutkan benda-benda yang ada disekitar klien.</p>	<p><b>S:</b> klien mengatakan masih malu dan belum bisa menerima kondisi tubuhnya.</p> <p><b>O:</b> klien masih tampak memijat-mijat ekstremitasnya yang mengalami kelemahan, klien mampu menyebutkan huruf-huruf vokal dan benda disekitarnya walaupun masih belum jelas.</p> <p><b>A:</b> Masalah gangguan citra tubuh pada klien belum teratasi,</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--------------------------	-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	Harga Diri Rendah	<p>5) Mendiskusikan dengan klien tentang aspek positif yang dimiliki</p> <p>6) Mendiskusikan cara mencapai harga diri yang lebih tinggi untuk mengetahui kelemahan dan kelebihan yang dimiliki</p> <p>7) Membantu klien untuk memilih kegiatan yang dapat dilakukan.</p>	<p><b>S:</b> klien masih mengatakan dirinya tidak berguna, klien mengatakan masih malu dengan kondisi fisiknya.</p> <p><b>O :</b> klien masih menghindari kontak mata, klien mampu memilih kegiatan yang akan dilakukan.</p> <p><b>A:</b> Masalah harga diri rendah pada klien belum teratasi.</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan.</p>	
08 April 2022	Gangguan Citra Tubuh	<p>8) Mengidentifikasi peningkatan citra tubuh klien, dengan menanyakan kembali bagaimana pandangan klien tentang tubuhnya,</p> <p>9) Mengevaluasi dan mengulang kembali terapi wicara yang telah diajarkan sebelumnya</p>	<p><b>S:</b> klien mengatakan akan mencoba untuk menerima perubahan pada tubuhnya, klien mengatakan mulai mencoba untuk berkomunikasi dengan orang lain tanpa rasa malu.</p> <p><b>O:</b> klien terkadang masih mengkritik</p>	

	<p>Harga Diri Rendah</p>	<p>10) Melatih fungsi tubuh klien yang mengalami gangguan yaitu ekstremitas klien dengan cara latihan gerak aktif, seperti latihan menggenggam-genggam tangan yang mengalami kelemahan, menggerak-gerakan kaki, dan latihan berjalan.</p> <p>11) Menanyakan perasaan klien setelah dilakukan kegiatan</p> <p>a. Memonitor kembali tingkat harga diri klien</p> <p>b. Melakukan kegiatan yang telah dipilih klien sebelumnya yaitu makan dengan tangan yang mengalami kelemahan dan menyisir rambut</p> <p>c. Menanyakan perasaan klien</p>	<p>bagian tubuhnya, klien tampak senang saat diberikan latihan gerak aktif.</p> <p><b>A:</b> Masalah gangguan citra tubuh pada klien teratasi sebagian.</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan.</p> <p><b>S:</b> klien mengatakan masih belum bisa melakukan kegiatan dengan mandiri, klien mengatakan akan mencoba mencari kegiatan-kegiatan lain.</p> <p><b>O:</b> klien sudah mampu melakukan kontak mata walaupun hanya</p>	
--	--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



		<p>setelah dilakukan kegiatan</p> <p>d. Memberikan pujian terhadap setiap kegiatan yang dilakukan oleh klien.</p>	<p>sesekali, klien mampu makan dan menyisir rambut secara mandiri.</p> <p><b>A:</b>Masalah harga diri rendah teratasi sebagian.</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan.</p>	
09 April 2022	Penampilan Peran Tidak Efektif	<p>e. Membina hubungan saling percaya pada klien dengan cara salam tarapeutik dan bercakap-cakap.</p> <p>f. Berbincang-bincang dengan klien tentang perubahan peran yang dialami setelah sakit.</p> <p>g. Mendiskusikan dengan klien tentang peran yang diinginkan seperti klien mengatakan ingin bisa menjadi kepala keluarga yang bertanggung jawab terhadap keluarganya.</p>	<p><b>S:</b> klien mengatakan tidak bisa menjalankan perannya lagi sebagai kepala keluarga.</p> <p><b>O:</b> klien tampak merasa bingung dengan perubahan peran yang dialami.</p> <p><b>A:</b> masalah penampilan peran tidak efektif belum teratasi.</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan.</p>	

		h. Melibatkan keluarga dalam memberikan support dan semangat kepada klien.	
10 April 2022	Gangguan Citra Tubuh	<p>6) Memonitor tingkat citra tubuh klien.</p> <p>7) Mengevaluasi kembali kegiatan-kegiatan yang dapat melatih fungsi tubuh seperti terapi wicara, dan latihan gerak aktif</p> <p>8) Menilai apakah klien sudah bisa menerima bagian tubuh yang mengalami gangguan.</p> <p>9) Mengedukasi kepada keluarga pentingnya dukungan dari keluarga bagi psikologis klien</p> <p>10) Mengajarkan kepada keluarga cara perawatan citra tubuh yaitu terapi wicara, dan latihan gerak aktif, agar dapat diajarkan secara rutin</p>	<p><b>S</b> : klien mengatakan akan mencoba untuk berkomunikasi dengan orang disekitarnya tanpa rasa malu, klien mengatakan sudah mulai menerima keterbatasan fisik yang dialaminya, klien mengatakan akan menerapkan terapi wicara dan latihan gerak aktif secara rutin.</p> <p><b>O</b>: klien terkadang masih mengkritik bagian tubuhnya, klien mampu menerapkan terapi wicara yang diajarkan walaupun pengucapannya masih belum terlalu jelas, klien sudah mampu menggunakan anggota gerak yang mengalami kelemahan</p>

	<p>Harga Diri Rendah</p>	<p>kepada klien oleh keluarga.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor tingkat harga diri klien</li> <li>b. Menggali kembali penilaian klien terhadap dirinya</li> <li>c. Mengevaluasi kembali kegiatan-kegiatan yang sudah dilakukan klien yaitu makan menggunakan tangan yang mengalami kelemahan, dan menyisir rambut</li> <li>d. Memberikan pujian terhadap setiap</li> </ol>	<p>secara perlahan.</p> <p><b>A</b> : Sebagian masalah sudah teratasi.</p> <p><b>P</b>: Intervensi dilanjutkan dengan latihan mandiri oleh klien.</p> <p><b>S</b>:klien mengatakan dirinya masih berguna dan bisa melakukan kegiatan-kegiatan seperti makan dan menyisir rambut secara mandiri , klien mengatakan akan mencoba untuk menghargai dirinya walaupun ia masih belum yakin bertemu dengan orang banyak, karena terkadang masih merasa malu dengan kondisinya.</p>	
--	--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>Penampilan Peran Tidak Efektif</p>	<p>kegiatan yang dilakukan klien</p> <p>4) Mendiskusikan dengan klien peran lain yang masih bisa dilakukan,</p>	<p><b>O:</b> klien sudah tidak menghindari kontak mata selama berbicara, klien mulai membiasakan diri untuk melakukan kegiatan-kegiatan yang bisa dilakukan secara mandiri seperti makan sendiri dan memasang kancing baju walaupun masih belum sempurna.</p> <p><b>A:</b> Sebagian masalah sudah teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan dengan latihan mandiri oleh klien.</p> <p><b>S:</b> klien mengatakan sudah menerima perubahan peran dirinya, dan akan mencoba menjalankan</p>	
--	---------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>seperti peran menjadi seorang kakek yang menyayangi dan bermain dengan cucunya</p> <p>5) Membantu klien agar mampu menerima ketegantungan dengan orang lain</p> <p>6) Melibatkan keluarga dalam memberikan support dan semangat kepada klien.</p>	<p>perannya sebagai seorang kakek.</p> <p><b>O:</b> klien tampak sudah menerima perubahan peran yang dialami.</p> <p><b>A :</b> Masalah tertatasi,</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan dengan latihan mandiri dan dukungan dari keluarga.</p>	
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



