

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR MEDIS**

#### **A. Pengertian**

Menurut WHO (2016), stroke adalah tanda tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. Menurut Pudiastuti (2015), stroke merupakan gangguan peredaran darah di otak menyebabkan fungsi otak terganggu yang dapat mengakibatkan berbagai gangguan pada tubuh, terganggu bagian otak mana yang rusak. Bila terkena stroke dapat mengalami gangguan seperti hilangnya kesadaran kelumpuhan sertatidak berfungsinya panca indra/nafas berhenti berakibat fatal yaitu penderita akan meninggal. Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak.

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

*Stroke non hemoragik* didefinisikan sebagai infark otak, sumsum tulang belakang atau retina dan mewakili semua stroke secara menyeluruh (Utomo, 2022). Menurut (Hariyanti, 2020) stroke non hemoragik yaitu penyakit/gangguan fungsi saraf yang terjadi secara tiba-tiba akibat terhentinya aliran darah di otak.

*Stroke non hemoragik* merupakan stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah akibat adanya gangguan suplai darah ke otak sehingga aliran darah ke otak terhenti (Tamburian, 2020). Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah. Akibatnya, sebagian otak tidak menerima suplai darah yang membawa oksigen yang diperlukan, sehingga mengalami kematian sel/jaringan (P2PTM Kemenkes, 2019).

Jadi, stroke non hemoragik adalah gangguan persarafan yang terjadi secara mendadak/tiba-tiba pada penderitanya yang disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah sehingga aliran darah ke otak mengalami gangguan.

## **B. Proses Terjadinya Masalah**

### **1. Presipitasi dan Predisposisi**

Menurut Nastiti (2012). Berikut faktor-faktor yang berkaitan dengan stroke antara lain:

#### a. Faktor Presipitasi (faktor yang dapat diubah)

##### 1) Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan

arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke. Secara medis, tekanan darah di atas 140/90 tergolong dalam penyakit hipertensi. Oleh karena dampak hipertensi pada keseluruhan risiko stroke menurun seiring dengan penambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain di luar hipertensi berperan lebih besar terhadap risiko stroke. Orang yang tidak menderita hipertensi, risiko stroke meningkat terus hingga usia 90 tahun, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi. Sejumlah penelitian menunjukkan obat-obatan anti hipertensi dapat mengurangi risiko stroke sebesar 38 persen dan pengurangan angka kematian karena stroke sebesar 40 persen.

## 2) Diabetes Mellitus

Pada penderita DM, khususnya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple stroke. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari

jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada aterosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah, tetapi pada pembuluh darah kecil, misal dinding pembuluh darah penetrans, suatu end-arteries berdiameter kecil menebal karena proses jangka panjang dari deposisi hialin, produk lipid amorphous, dan fibrin. Suatu mikroaneurisma dapat terjadi pada daerah yang mengalami aterosklerosis tersebut dan selanjutnya dapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dengan lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan imajing (Misbach, 2013).

### 3) Kenaikan kadar kolesterol/lemak darah

Kenaikan level Low Density Lipoprotein (LDL) merupakan faktor risiko penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol di atas 240 mg%. Setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 mmol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke (Yulianto, 2011).

#### 4) Obesitas

Obesitas dapat meningkatkan risiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lainnya yang ikut menyertainya (Dourman, 2013). Fakta membuktikan bahwa stroke banyak dialami oleh mereka yang mengalami kelebihan berat badan dan bahkan sebagian kasus umumnya dialami oleh penderita obesitas (Lingga, 2013).

#### 5) Kebiasaan mengkonsumsi alkohol

Mengkonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistein, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan risiko stroke. Konsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat thrombosis sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin (Misbach, 2013).

#### b. Faktor Predisposisi (faktor yang tidak dapat diubah)

##### 1) Umur

Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risikonya.

Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok dewasa muda dan tidak memandang jenis kelamin.

## 2) Ras

Ada variasi yang cukup besar dalam insiden stroke antara kelompok etnis yang berbeda. Orang-orang dari ras Afrika memiliki risiko lebih tinggi untuk semua jenis stroke dibandingkan dengan orang-orang dari ras kaukasia. Risiko ini setidaknya 1,2 kali lebih tinggi dan bahkan lebih tinggi untuk jenis stroke ICH (Intracerebral Hemorrhage).

## 3). Faktor genetik

Terdapat dugaan bahwa stroke dengan garis keturunan saling berkaitan. Dalam hal ini hipertensi, diabetes, dan cacat pada pembuluh darah menjadi faktor genetik yang berperan. Selain itu, gaya hidup dan kebiasaan makan dalam keluarga yang sudah menjadi kebiasaan yang sulit diubah juga meningkatkan risiko stroke.

## 2. Psiko patologi/patofisiologi

Menurut Wijaya & Putri (2013), Infrak serebral adalah

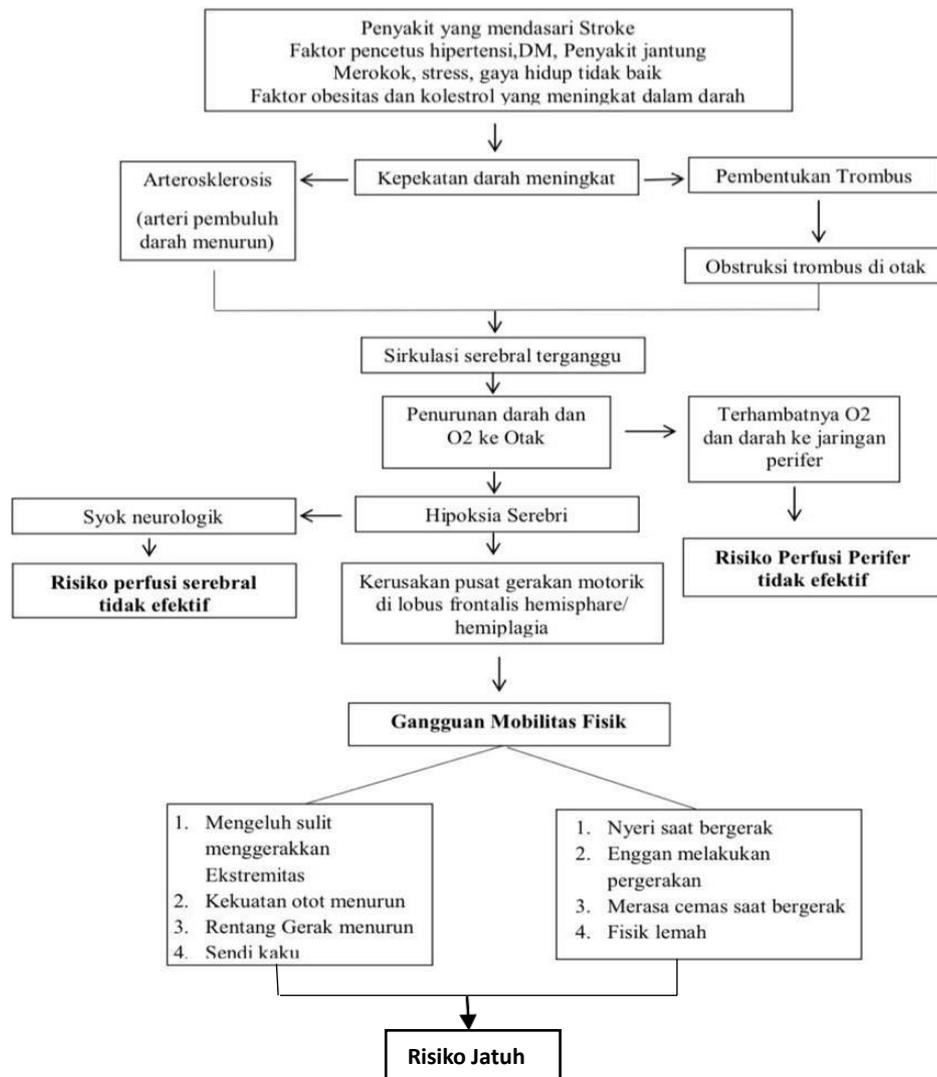
berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infrak bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan pant dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infrak pada otak. Trombus dapat berasal dari plak aterosklerotik, ataudarah dapat beku pada area yang stenosis, aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah, terbawa sebagai emboli dalam aliran darah.

Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lenih besar dari pada area infrak itu sendiri.

Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklus pada pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat, meyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah.

Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur aterosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian di bandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskular, karena penderita yang luas terjadi distruktur massa otak. Peningkatan tekanan otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum, letakan dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hernisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral : perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

### 3. Pathway



**Gambar 1 Patway SNH**

Sumber : (Haryono, 2019)

### 4. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis menurut Ayu (2018), ada stroke non hemoragik, gejala utama adalah timbulnya defisit neurologis secara mendadak/subakut, didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun

pagi dan biasanya kesadaran tidak menurun, kecuali bila embolus cukup besar, biasanya terjadi pada usia >50 tahun. Manifestasi klinis meliputi:

- a. Kelumpuhan wajah dan anggota badan yang timbul mendadak
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
- c. Perubahan status mental yang mendadak.
- d. Afasia (bicara tidak lancar)
- e. Ataksia anggota badan
- f. Vertigo, mual, muntah, atau nyeri kepala

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

- a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
- b. Tiba-tiba hilang rasa peka
- c. Bicara pelo
- d. Gangguan bicara dan bahasa
- e. Gangguan penglihatan
- f. Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
- g. Gangguan daya ingat

## 5. Pemeriksaan diagnostik

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

- a. Angiografi serebral Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi / nuptur.
- b. Elektro encefalography Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- c. Sinar x tengkorak Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.
- d. Ultrasonography Doppler Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque / arterosklerosis.
- e. CT-Scan Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.
- f. Magnetic Resonance Imagine (MRI) Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.
- g. Pemeriksaan foto thorax Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran vertrikel kiri yang merupakan salah

satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

h. Pemeriksaan laboratorium

1). Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meninggal pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

2). Pemeriksaan darah rutin.

Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsurangsur turun kembali.

## 6. Komplikasi

Menurut Bararah & Jauhar (2016), Komplikasi stroke pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

a. Bekuan darah (thrombosis) mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan

embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

- b. Decubitus bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus decubitus dan infeksi.
- c. Pneumonia pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.
- d. Atrofi dan kekakuan sendi (kontraktur) Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.
- e. Depresi dan kecemasan gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak digunakan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

## **7. Penatalaksanaan Medis**

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

### **c. Penatalaksanaan umum**

#### **1). Pada fase akut**

- a) Letakkan kepala pasien pada posisi 30 derajat, kepala dan

dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam ; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.

- b) Bebaskan jalan nafa, berioksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil Analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
- c) Demama diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya, jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
- d) Pemberian nutrisi dengan cara isotonic, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia (sulit menelan). Tetapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau selain isotonic. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube. Pantau jika kadar gula darah >150 mg harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama. Tekanan

darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol  $>220$  mmHg, diastole  $>120$  mmHg, mean Arteri Blood Plessure (MAP)  $>130$ mmhg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infrak mikroad akut, gagal jantung kongensif serta gagal ginjal. Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan oabat yang direkomendasikan yaitu nutrium nitropusid, penyakit reseptor alfa-beta, penyakit ACF, atau antagonis kalsium.

- e) jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol  $<90$ mmHg, diberikan NaCL 0,9% 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai tekanan dopamine 2-2  $\mu$ g/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.
- f) jika kejang, diberikan diazepam, 5-20 mg intravena pelan-pelan selama 3 menit maksimal 100mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin). Jika kejang muncul selama 2 minggu, diberikan antikonvulsan peroral jangka Panjang.
- g) jika didapat tekanan intracranial meningkat, diberikan mannitol bolus intravena 0,25g/kgBB per 30 menit selama 6 jam selama 3-5 hari.

## 2). Fase Rehabilitasi

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
  - b) Program manajemen bladder dan bowel.
  - c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi range of motion (ROM).
  - d) Pertahankan integritas kulit
  - e) Pertahankan komunikasi yang efektif
  - f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
  - g) persiapan pasien pulang.
- 3). Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

## C. Diagnosa Keperawatan

Menurut Purwanto (2016), Diagnosa keperawatan pada penyakit Stroke Non Hemoragik antara lain sebagai berikut :

- d. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan perdarahan intraserebral, oklusi otak, vasospasme, dan edema otak.
- e. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan akumulasi secret, kemampuan batuk menurun, penurunan mobilitas fisik sekunder, dan perubahan tingkat kesadaran.

- f. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase atau hemiplagia, kelemahan neuromuskuler pada ekstremitas.
- g. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring yang lama.
- h. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler, menurunnya kekuatan dan kesadaran, kehilangan kontrol otot atau kondisi di tandai oleh kelemahan untuk ADL, seperti makan dan mandi.

## D. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Diagnisa Keperawatan menurut SLKI,SIKI

No	Daignosa Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan perdarahan intraserebral, oklusi otak, vasospasme, dan edema otak.	<b>Kriteria hasil</b> 1. Tekanan darah sistole dan diastole tidak naik/normal 2. tidak ada keluhan nyeri kepala, mual, dan kejang	1. monitor tanda-tanda vital 2. baringkan klien (bad rest) total dengan posisi tidur terlentang tanpa bantal 3. ajarkan klien untuk menghindari batuk dan mengejan berlebih 4. ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung	1. untuk mengetahui keadaan umum pasien 2. monitor tanda-tanda status neurologis dengan GCS 3. batuk dan mengejan dapat meningkatkan tekanan intrakarnial dan potensial terjadi perdarahan berulang 4. rangsangan aktivitas dapat meningkatkan tekanan intracranial
2.	Ketidakefektifan bersihan jalan nafa yang berhubungan dengan akumulasi secret, kemampuan batuk menurun, penurunan mobilitas fisik sekunder, dan perubahan tingkat kesadaran.	<b>Kriteria hasil</b> 1. Bunyi nafas terdengar bersih 2. Rpnkhi tidak terdengar 3. Trakeal tube bebas sumbatan 4. Menunjukkan batuk efektif	1. Kaji bersihan jalan napas 2. Lakukan pengisapan lendir jika di perlukan 3. Ajarkan klien batuk efektif 4. Kolaborasi pemberian oksigen 100%	1. Obstruksi mungkin dapat disebabkan oleh akumulasi 2. Pengisapan lendir dapat membebaskan jalan nafas 3. Batuk efektif dapat mengeluarkan sekret 4. Dengan oksigen dapat membantu pernafasan
3.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase atau hemiplegia, kelemahan neuromoskuler pada ekstremitas.	<b>Kriteria hasil :</b> 1. Mampu menggerakkan otot pada kaki tangan jari-jari 2. Mampu menyeimbangkan badan	1. Kaji kemampuan secara fungsional dengan cara yang teratur klasifikasikan melalui skala 0-5 2. Ubah posisi setiap 2 jam dan sebagainya jika memungkinkan bisa lebih sering 3. Lakukan gerakan ROM aktif dan pasif pada semua ekstremitas 4. Bantu menggunakan keseimbangan duduk seperti meninggikan bagian kepala tempat	1. Mengetahui kebutuhan pasien dan keamanan pasien 2. Agar pasien tidak terjatuh 3. Menemani dan menjaga pasien 4. Membantu memudahkan pasien dan mencegah pasien agar tetap seimbang Program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan klien

No	Daignosa Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
			tidur, bantu untuk duduk di sisi tempat tidur Konsultasi dengan ahli fisioterapi	
4.	Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring yang lama.	Kriteria hasil : 1. Tidak ada lesi 2. Tidak terjadi pengelupasan kulit 3. Tidak ada kemerahan atau luka	1. Observasi terhadap eritema dan keputihan dan palpasi area skitar terhadap kehangatan dan pelunakan jaringan tiap mengubah posisi 2. Lakukan massase pada daerah yang menonjol yang baru mengalami tekanan pada waktu berubah posisi 3. Anjurkan klien untuk melakukan ROM dan mobilisasi jika mungkin Jaga kebersihan kulit dan hindari semaksimal mungkin trauma, panas terhadap kulit	1. Obstruksikan mungkin dapat disebabkan oleh akumulasi 2. Pengisapan lendir dapat membebaskan jalan nafas 3. Batuk efektif dapat mengeluarkan sekret 4. dengan oksigen dapat membantu pernafasan
5.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler, menurunnya kekuatan dan kesadaran, kehilangan kontrol otot atau kondisi di tandai oleh kelemahan untuk ADL, seperti makan dan mandi	Kriteria Hasil : keluarga pasien mampu membantu melakukan perawatan diri pada pasien	1. kaji kemampuan dan tingkat penurunan dalam skala 0-4 untuk melakukan ADL 2. hindari apa yang tidak dapat di lakukan oleh klien dan bantu bila perlu 3. menyandarkan tingkah laku atau sesuai tindakan pada perlindungan kelemahan	1. membantu dalam mengantisipasi dan merencanakan pertemuan kebutuhan individu 2. klien dalam keadaan cemas dan tergantung hal ini di lakukan untuk mencegah frustrasi dan harga diri klien 3. pertahankan dukungan pola pikir dan izinkan klien melakukan tugas, beri umpan balik yang positif untuk usahanya