

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke merupakan kondisi hilangnya fungsi otak akibat terganggunya aliran darah ke otak. Secara klinis, stroke ditandai sebagai sindrom yang muncul secara tiba-tiba, berkembang cepat, dan menyebabkan gangguan neurologis yang berlangsung setidaknya selama 24 jam atau lebih, dengan potensi menyebabkan kematian (Wijaya & Putri, 2016). Stroke juga dikenal sebagai kondisi yang mencerminkan adanya gangguan neurologis akibat kerusakan akut pada sistem saraf pusat (SSP) yang bersumber dari masalah vaskular, seperti infark serebral, perdarahan otak, atau perdarahan subaraknoid. Kondisi ini menjadi salah satu penyebab utama kecacatan dan kematian di berbagai negara (Martini et al., 2024).

Dapat disimpulkan bahwa stroke adalah kondisi hilangnya fungsi otak akibat terhentinya aliran darah ke otak secara tiba-tiba, yang menyebabkan gangguan neurologis yang berlangsung lebih dari 24 jam. Stroke, yang meliputi infark serebral, perdarahan serebral, dan perdarahan subaraknoid, merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian di seluruh dunia.

2. Etiologi Stroke

Menurut Wijaya dan Putri (2016) terdapat tiga penyebab stroke, diantaranya

a. Trombosis serebri

Aterosklerosis serebral dan penurunan aliran darah serebral merupakan faktor utama penyebab trombosis serebral, yang merupakan penyebab paling umum terjadinya stroke. Trombosis ditemukan pada sekitar 40% dari seluruh kasus stroke,

dan sering kali terkait dengan kerusakan pada dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis.

b. Emboli serebri

Embolisme serebri merupakan penyebab utama kedua dari stroke. Penderita emboli serebri umumnya lebih muda dibandingkan dengan penderita trombosis. Sebagian besar emboli serebri berasal dari gumpalan darah (trombosis) di jantung, sehingga kondisi ini pada dasarnya mencerminkan adanya masalah pada jantung.

c. Hemoragi

Hemoragi dapat terjadi di luar durameter (hemoragi epidural atau ekstra dural), di dalam durameter (hemoragi subdural), di ruang subarachnoid (hemoragi subarachnoid), atau di dalam substansi otak (hemoragi intrasfalik).

3. Tanda dan gejala stroke

Masriadi (2016) menjelaskan, gejala yang timbul pada stroke tergantung pada besarnya lesi dan Lokasi dari lesi

a. Berdasarkan besarnya lesi

- 1) Hemiparase/hemiplegia
- 2) Hemiparestesia
- 3) Afasia/diafasia motoric atau sensorik
- 4) Hemianopsia
- 5) Dysartria
- 6) Wajah tidak simetris
- 7) Gangguan gerakan tangkas atau tidak terkoordinasi

b. Berdasarkan lokasi terjadinya lesi

1) Lesi terjadi di serebrum

Akan muncul gangguan pada gerakan yang cepat dan terkoordinasi, disertai dengan gejala khas gangguan neuron motorik atas, seperti peningkatan tonus otot, peningkatan refleks tendon, serta munculnya refleks patologis pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan.

2) Lesi terjadi di serebellum

Akan terjadi penurunan kemampuan gerakan yang lincah, disertai dengan gejala seperti berkurangnya tonus otot, penurunan refleks tendon, serta tidak ditemukannya refleks patologis pada sisi tubuh yang mengalami gangguan gerak.

4. Klasifikasi stroke

1. Stroke non hemoragik

Stroke non-hemoragik terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, hal ini menyebabkan aliran darah ke otak berkurang. Haryono dan Utami (2019) mengklasifikasikan stroke non-hemoragik menjadi dua, yaitu:

1) Stroke trombotik

Stroke trombotik merupakan jenis stroke yang terjadi saat terbentuknya bekuan darah (trombus) di arteri yang menyuplai darah ke otak. Bekuan ini umumnya muncul akibat penimbunan lemak (plak) di dinding arteri, yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah dan berkurangnya aliran darah, yang disebut aterosklerosis.

2) Stroke embolik

Stroke embolik terjadi ketika bekuan darah terbentuk di luar otak dan terbawa aliran darah hingga menyumbat salah satu arteri di otak. Bekuan ini disebut

embolus. Stroke jenis ini muncul akibat penyumbatan arteri oleh embolus yang berasal dari bagian tubuh lain. Sumber embolus yang sering menyebabkan stroke meliputi jantung, terutama setelah serangan jantung (infark miokard) atau akibat fibrilasi atrium, serta dari arteri besar seperti arteri karotis komunis atau aorta.

2. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak bocor atau pecah. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh banyak kondisi seperti hipertensi tidak terkontrol, melemahnya dinding pembuluh darah (aneurisma) dan pengobatan dengan antikoagulan. Stroke hemoragik dibagi menjadi:

1) Hemoragik intraserebral

Perdarahan intraserebral terjadi ketika pembuluh darah di dalam otak pecah, menyebabkan darah mengalir ke jaringan otak di sekitarnya dan merusak sel-sel otak. Selain itu, area otak di luar lokasi perdarahan mengalami kekurangan pasokan darah, yang juga mengakibatkan kerusakan sel. Kondisi ini dapat dipicu oleh tekanan darah tinggi, cedera kepala, kelainan pembuluh darah (malformasi vaskular), penggunaan obat pengencer darah, serta berbagai kondisi medis lainnya.

2) Hemoragik subaraknoid

Perdarahan subaraknoid umumnya terjadi akibat aneurisma serebral atau kelainan pembuluh darah di dasar otak. Aneurisma serebral merupakan area pada arteri yang mengalami pembengkakan, berbentuk bulat atau tidak beraturan. Ketika pembengkakan ini membesar, dinding pembuluh darah menjadi lemah dan mudah pecah. Meski penyebab pasti aneurisma serebral belum diketahui, kondisi ini biasanya sudah ada sejak lahir dan berkembang secara perlahan seiring waktu.

3) *Transient Ischemic Attack* (TIA)

Serangan iskemik transien (*Transient Ischemic Attack*/TIA) adalah kondisi sementara yang menimbulkan gejala mirip stroke, disebabkan oleh penurunan aliran darah ke otak yang biasanya berlangsung sekitar lima menit. Seperti pada stroke iskemik, TIA terjadi ketika aliran darah ke sistem saraf terhambat oleh bekuan darah atau serpihan (debris). Namun, berbeda dengan stroke, TIA tidak menyebabkan kerusakan jaringan otak secara permanen dan gejalanya tidak menetap. Seseorang yang mengalami TIA memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami stroke di kemudian hari. Kejadian TIA dapat mengindikasikan adanya penyempitan atau sumbatan pada arteri menuju otak, atau adanya sumber emboli di jantung.

5. Penatalaksanaan stroke

Haryono dan Utami (2019) menjelaskan perawatan pada stroke tergantung dari jenis stroke yang dialami penderitanya:

a. Penatalaksanaan stroke non-hemoragik

Fokus utama dari penatalaksanaannya adalah untuk mengembalikan aliran darah seperti semula dengan prosedur berikut

1) Perawatan dengan obat-obatan

Terapi menggunakan obat penghancur bekuan darah harus dimulai dalam waktu 4,5 jam jika diberikan melalui pembuluh darah. Obat yang biasa digunakan adalah injeksi *vena activator plasminogen* jaringan (tPA), yang juga dikenal dengan nama alteplase, dan merupakan pengobatan standar untuk stroke non-hemoragik. Injeksi biasanya dilakukan melalui pembuluh darah di lengan. Obat ini bekerja dengan

melarutkan bekuan darah yang menyebabkan stroke, sehingga dapat membantu pemulihan lengkap bagi pasien yang mengalami stroke.

2) Prosedur *endovascular* darurat

Pengobatan stroke non-hemoragik terkadang melibatkan prosedur yang dilakukan langsung di dalam pembuluh darah yang tersumbat. Prosedur ini perlu dilakukan secepat mungkin, tergantung pada karakteristik bekuan darah yang ada

a) Obat diberikan langsung melalui selang kecil atau kateter yang dimasukkan melalui arteri di selangkangan dan diarahkan ke otak untuk menyuntikkan tPA langsung ke area yang terkena stroke. Prosedur ini dikenal dengan nama trombolisis *intra-arterial*.

b) Menghilangkan bekuan menggunakan *retriever stent*, dalam prosedur ini kateter digunakan untuk mengarahkan alat khusus ke pembuluh darah yang tersumbat di otak, yang kemudian menjebak dan mengangkat bekuan darah. Prosedur ini dilakukan ketika bekuan darah terlalu besar untuk dapat larut sepenuhnya dengan tPA, dan biasanya dilakukan bersamaan dengan pemberian tPA secara intravena.

3) Prosedur lainnya

Untuk mengurangi risiko terjadinya stroke dan TIA biasanya disarankan untuk dilakukan prosedur membuka arteri yang dipersempit oleh plak:

a) Endarterektomi karotis, yaitu menghilangkan plak dari arteri yang ada di sepanjang sisi leher ke otak.

b) Angioplasti dan *stent*, dalam prosedur ini arteri karotis diakses melalui arteri dipangkal paha, kemudian balon digelembungkan untuk memperluas arteri dan *stent* dimasukan untuk mendukung arteri yang terbuka.

b. Penatalaksanaan stroke hemoragik

Perawatan pada stroke hemoragik berfokus pada pengendalian perdarahan dan mengurangi tekanan di otak. tindakan yang dilakukan antara lain:

1) Tindakan darurat

Pasien yang mengonsumsi obat anti-platelet untuk mencegah bekuan darah sebaiknya diberikan obat-obatan atau transfusi darah untuk mengatasi efek pengencer darah. Selain itu, pasien akan diberi obat untuk menurunkan tekanan di otak (tekanan intrakranial), mengurangi tekanan darah, dan mencegah vasospasme atau kejang. Setelah perdarahan berhenti, perawatan medis akan dilakukan untuk membantu tubuh menyerap darah yang terkumpul.

2) Operasi perbaikan pembuluh darah

Pembedahan dapat digunakan untuk memperbaiki kelainan pembuluh darah yang berhubungan dengan stroke hemoragik

a) *Surgical clipping* adalah prosedur untuk menutup aneurisma. Dalam prosedur ini, sebagian bagian tengkorak akan dibuka untuk mengakses aneurisma yang menyebabkan stroke. Kemudian, sebuah klip kecil akan dipasang pada leher aneurisma untuk menghentikan aliran darah yang masuk ke dalamnya.

b) *Coiling (embolisasi endovaskular)* adalah prosedur di mana kateter dimasukkan melalui arteri femoralis menuju otak dengan bantuan pencitraan *x-ray*. Koil kawat kecil dan tipis kemudian diarahkan ke dalam aneurisma (disebut juga *aneurysm coiling*). Koil ini akan mengisi aneurisma, menghambat aliran darah, dan menyebabkan darah menggumpal di dalamnya.

B. Konsep Ketidakberdayaan

1. Definisi ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan merujuk pada ketidakmampuan untuk memobilisasi energi dan kurangnya upaya dalam menghadapi penyakit (Sutejo, 2017). Menurut Stuart, ketidakberdayaan adalah persepsi seseorang bahwa tindakannya tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan, serta perasaan kurangnya kendali terhadap situasi yang terjadi baru-baru ini atau yang akan datang (Widiarta dkk, 2023). Berdasarkan PPNI (2017), ketidakberdayaan adalah persepsi bahwa tindakan yang dilakukan tidak akan berdampak signifikan terhadap hasil, serta perasaan kurangnya kontrol terhadap situasi saat ini atau yang akan datang. Menurut NANDA, ketidakberdayaan adalah persepsi atau respons klien yang merasa bahwa perilaku atau tindakan yang telah dilakukan tidak akan menghasilkan hasil yang diharapkan atau tidak membawa perubahan sesuai harapan, sehingga klien merasa sulit untuk mengendalikan situasi yang sedang atau akan terjadi (Widiarta dkk, 2023).

Dapat disimpulkan bahwa ketidakberdayaan adalah persepsi individu yang merasa bahwa segala tindakannya tidak akan membuahkan hasil, atau suatu kondisi di mana individu merasa kurang mengendalikan situasi atau aktivitas yang dialami.

2. Rentang respon ketidakberdayaan



Gambar 1. Rentang Respon Ketidakberdayaan, Sumber: Stuart (2022)

a. Harapan

Harapan dapat mempengaruhi respons psikologis terhadap penyakit fisik. Ketidakmampuan untuk berharap dapat meningkatkan stres dan berujung pada penggunaan mekanisme koping yang tidak efektif. Dalam beberapa kasus, koping yang tidak memadai ini dapat menyebabkan masalah kesehatan mental.

b. Ketidakpastian

Ketidakpastian adalah kondisi di mana individu tidak dapat memahami peristiwa yang sedang terjadi. Hal ini dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk menilai situasi dan memperkirakan tindakan yang dapat diambil. Ketidakpastian menjadi lebih berbahaya jika disertai dengan rasa pesimis dan putus asa.

c. Putus asa

Putus asa ditandai dengan perilaku pasif, perasaan sedih dan harapan hampa, kondisi ini dapat membawa klien dalam upaya bunuh diri.

3. Etiologi ketidakberdayaan

Menurut PPNI (2017), beberapa penyebab ketidakberdayaan meliputi program perawatan atau pengobatan yang kompleks atau jangka panjang, lingkungan yang tidak mendukung perawatan atau pengobatan, serta interaksi interpersonal yang tidak memuaskan. Carpenito-Moyet (2017) menyatakan bahwa ketidakberdayaan dapat disebabkan oleh rasa nyeri, kecemasan, rendahnya harga diri, strategi koping yang tidak efektif, kurangnya pengetahuan dalam mengelola masalah, dan kurangnya dukungan sosial. Faktor-faktor yang terkait dengan ketidakberdayaan antara lain:

- a. Kesehatan lingkungan, meliputi kehilangan kendali atas privasi, properti pribadi, dan perawatan medis
- b. Hubungan interpersonal, meliputi penyalahgunaan kekuasaan, hubungan yang menyesatkan
- c. Penyakit yang berhubungan dengan pengobatan
- d. Penyakit kronis atau kelemahan
- e. Gaya hidup tidak berdaya, meliputi kegagalan dan ketergantungan berulang-ulang.

4. Klasifikasi ketidakberdayaan

Menurut Carpenito-Moyet (2017) terdapat dua jenis ketidakberdayaan, yaitu:

- a. Ketidakberdayaan situasional

Ketidakberdayaan situasional merupakan ketidakberdayaan yang muncul pada sebuah peristiwa spesifik dan mungkin berlangsung singkat

- b. Ketidakberdayaan dasar (*trait powerless*)

Ketidakberdayaan dasar merupakan ketidakberdayaan yang bersifat menyebar, mempengaruhi pandangan, tujuan, gaya hidup, dan hubungan.

5. Tanda dan gejala ketidakberdayaan

Menurut PPNI (2017) adapun tanda dan gejala dari ketidakberdayaan meliputi:

Tabel 1.
Tanda dan Gejala Ketidakberdayaan

1	2
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif	Objektif

1	2
1. Menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya	1. Bergantung pada orang lain
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif	Objektif
1. Merasa diasingkan	1. Tidak berpartisipasi dalam perawatan
2. Menyatakan keraguan tentang kinerja peran	2. Pengasingan
3. Menyatakan kurang control	
4. Menyatakan rasa malu	
5. Merasa tertekan (depresi)	

Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017)

6. Penatalaksanaan ketidakberdayaan

Menurut PPNI (2017) terdapat dua intervensi utama untuk mengatasi ketidakberdayaan yaitu:

- Promosi harapan, yaitu upaya untuk meningkatkan kepercayaan pada kemampuan untuk memulai dan mempertahankan tindakan.
- Promosi koping, merupakan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai atau merespon stressor dan atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada.

C. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

a. Pengumpulan data

1) Identitas klien

Pengkajian identitas klien berisi mengenai data pribadi yang meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, suku bangsa, agama, status perkawinan, pendidikan, alamat, tanggal masuk rumah sakit (MRS) dan tanggal pengkajian.

2) Keluhan utama/alasan masuk

Kronologis yang membuat klien dirawat di pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, atau klinik.

3) Riwayat kesehatan

Perlu dikaji mengenai riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan terdahulu dan riwayat hospitalisasi.

4) Faktor predisposisi

Menurut Stuart (2022) faktor predisposisi merupakan faktor risiko maupun faktor protektif yang mempengaruhi kualitas seseorang mengatasi stressor atau tekanan dalam hidupnya. Faktor predisposisi meliputi faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya.

a) Biologis

Menurut Wuryaningsih dkk (2018) faktor biologis merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan kondisi fisiologis klien dan turut berkontribusi sebagai stressor terjadinya masalah keperawatan. Widiarta dkk (2023) mengemukakan pada klien dengan ketidakberdayaan untuk aspek biologis yang perlu dikaji meliputi:

(1) Adanya perubahan status kesehatan yang mendadak atau kondisi fisik yang menyebabkan ancaman terhadap integritas diri. Misalnya ketidakmapuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar.

(2) Mengalami hospitalisasi

(3) Cedera fisik yang mengharuskan immobilisasi dan menyebabkan intoleransi aktivitas sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Misalnya tidak bisa berjalan pergi ke tempat kerja, tidak bisa menulis karena tangan mengalami patah tulang.

b) Psikologis

Menurut Stuart (2022), faktor psikologis dapat muncul akibat perasaan tidak mampu menghadapi ancaman, hilangnya kendali terhadap situasi, perasaan kehilangan fungsi dan harga diri, kegagalan dalam membangun mekanisme pertahanan terhadap ancaman, perasaan terisolasi, ketakutan terhadap kematian, serta munculnya rasa tidak berdaya dan tidak aman. Sementara itu, Widiarta dkk (2023) menyebutkan bahwa aspek psikologis yang perlu dievaluasi pada klien dengan kondisi ketidakberdayaan meliputi:

(1) Mengalami peristiwa yang bersifat traumatis

(2) Mengalami stres psikologis karena ketidakmampuan dalam mengendalikan rangsangan dari lingkungan

(3) Kehilangan kemampuan berkomunikasi secara verbal, berinteraksi sosial, dan menyampaikan permasalahan kepada orang lain

(4) Karakteristik kepribadian tertentu, seperti cenderung menarik diri, mudah menyerah, atau bergantung pada orang lain

(5) Kurangnya dukungan sosial dari lingkungan sekitar

c) Sosial budaya

Menurut Widiarta dkk (2023) beberapa faktor yang memengaruhi munculnya ketidakberdayaan antara lain usia, kondisi ekonomi, peran sosial, dan kepercayaan agama. Pada usia produktif, tekanan hidup atau gangguan fungsi dapat memberikan dampak signifikan terhadap kondisi psikologis dan keputusan yang diambil oleh individu. Dari sisi ekonomi, individu dengan kondisi finansial yang stabil cenderung lebih jarang mengalami masalah psikososial, sedangkan kehilangan pekerjaan bagi mereka yang memiliki tanggung jawab penting dapat menyebabkan gangguan emosional. Ketidakmampuan menjalankan peran sosial dan menjalin hubungan interpersonal, terutama yang disebabkan oleh keterbatasan fisik, juga dapat memperkuat perasaan tidak berdaya. Di samping itu, kurangnya keyakinan terhadap nilai positif dari setiap peristiwa sebagai bagian dari kehendak Tuhan dapat menambah tekanan psikologis yang dirasakan.

5) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah suatu proses yang dilakukan untuk menilai kondisi tubuh dari kepala hingga kaki secara langsung melalui penglihatan, perabaan, pendengaran, dan penciuman.

6) Pengkajian psikososial

Menurut Munith (2015) yang perlu dikaji dalam psikososial pasien antara lain:

a) Genogram

Genogram dibuat minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga. Hubungan keluarga perlu dikaji untuk mengidentifikasi pola hubungan keluarga dan untuk mengetahui riwayat penyakit keturunan.

b) Konsep diri

- (1) Citra tubuh, untuk mengetahui persepsi pasien terhadap tubuhnya, serta mengetahui bagian tubuh yang disukai dan kurang disukai.
- (2) Identitas, untuk mengetahui status dan posisi pasien sebelum dirawat dan kepuasan pasien terhadap status dan posisinya,
- (3) Peran, untuk mengetahui tugas atau peran yang diemban oleh pasien dalam keluarga hingga kelompok masyarakat dan kemampuan pasien dalam melaksanakan perannya.
- (4) Ideal diri, untuk mengetahui harapan terhadap tubuh, posisi, status dan peran. Mengetahui harapan pasien terhadap lingkungan dan penyakitnya.
- (5) Harga diri, untuk mengetahui hubungan pasien dengan orang lain dan penilaian orang lain terhadap pasien dan kehidupannya

c) Hubungan sosial

Untuk mengetahui siapa orang terdekat pasien dalam hidupnya, kelompok masyarakat yang diikuti dan sejauh apa pasien terlibat dalam kelompok masyarakat tersebut.

d) Spiritual

Untuk mengetahui pandangan dan keyakinan pasien serta kegiatan ibadah yang dilakukan

7) Status mental

- a) Apakah penampilan pasien rapi dan sesuai?
- b) Apakah pembicaraan pasien keras, gagap atau lambat?
- c) Apakah terdapat peningkatan atau penurunan aktivitas motorik?

- d) Apakah pasien merasa sedih, gembira berlebih, putus asa, khawatir, atau ketakutan?
- e) Apakah pasien terlihat defensif, tidak melakukan kontak mata, mudah tersinggung dan curiga selama wawancara?
- f) Apakah pasien mengalami persepsi halusinasi?
- g) Bagaimana proses dan isi pikir pasien?
- h) Bagaimana tingkat kesadaran pasien?
- i) Apakah pasien memiliki gangguan daya ingat?
- j) Bagaimana tingkat konsentrasi dan kemampuan penilaian pasien?
- k) Apakah pasien mengingkari penyakit yang dideritanya dan menyalahkan hal lain di luar dirinya?

8) Mekanisme koping

Mekanisme koping dapat dikategorikan sebagai *task-oriented reaction* dan *ego-oriented reaction*. *Task-oriented reaction* adalah berpikir, mencoba berhati-hati untuk menyelesaikan masalah, menyelesaikan konflik dan memberikan kepuasan. *Ego-oriented reaction* sering digunakan untuk melindungi diri. Reaksi ini sering disebut sebagai mekanisme pertahanan. Setiap orang menggunakan mekanisme pertahanan dan membantu seseorang mengatasi masalah keperawatan. Sehingga perlu dilakukan wawancara pada pasien dan keluarganya untuk mengetahui koping klien adaptif atau maladaptif.

9) Masalah psikososial dan lingkungan

Perlu dilakukan wawancara untuk mengetahui apa pasien memiliki masalah yang berhubungan dengan dukungan kelompok, lingkungan, pekerjaan, dan ekonomi.

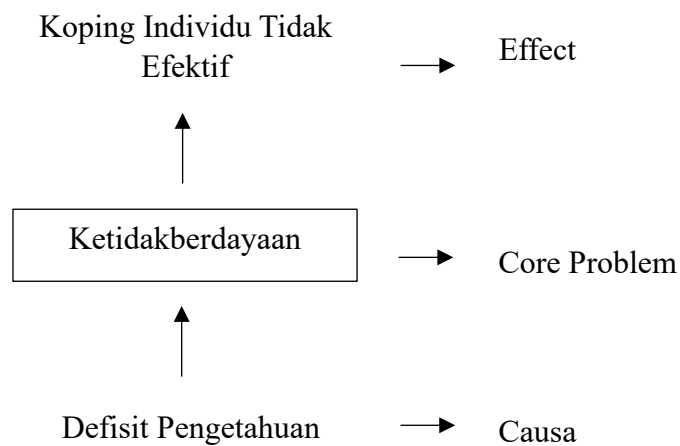
b. Daftar masalah keperawatan

Daftar masalah keperawatan adalah kumpulan kondisi atau masalah yang sering dihadapi oleh pasien dan diidentifikasi oleh perawat selama proses pengkajian. Daftar ini berfungsi sebagai panduan untuk menentukan diagnosa keperawatan yang tepat dan merencanakan intervensi yang sesuai (Yunike dkk 2022). Adapun daftar masalah yang mungkin muncul pada kasus ini:

- a) Ketidakberdayaan
- b) Defisit Pengetahuan
- c) Koping Individu Tidak Efektif

c. Pohon masalah

Pasien stroke mengalami disfungsi organ motorik, sehingga kemampuan untuk melakukan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas menjadi terbatas. Menurunnya kemampuan dalam melakukan aktivitas secara mandiri dapat menimbulkan masalah psikologis pada pasien karena ketergantungan pada orang lain untuk membantu aktivitas sehari-hari, yaitu mengalami ketidakberdayaan. Ketergantungan terhadap orang lain yang dapat mengakibatkan rasa marah, rasa bersalah dan ketidakpuasan terhadap kemampuan melakukan aktivitas secara mandiri. Jika ketidakberdayaan tidak ditangani, pasien akan mengalami harga diri rendah yang ditandai dengan merasa murung, tidak berguna, dan merasa gagal dalam hidupnya, persepsi negatif yang dirasakan klien ini nantinya akan mempengaruhi proses penyembuhan. Analisis data dijabarkan dalam bentuk pohon masalah.



Gambar 2. Pohon Masalah Ketidakberdayaan

Sumber: Widiarta, dkk, 2023

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah hasil penilaian klinis yang menggambarkan bagaimana klien merespons kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang sedang atau mungkin terjadi. Tujuan dari diagnosis ini adalah untuk mengenali respons individu, keluarga, maupun komunitas terhadap berbagai situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosis yang ditegakkan adalah ketidakberdayaan berhubungan dengan program pengobatan yang kompleks ditandai dengan menyatakan frustrasi atau tidak dapat melaksanakan aktivitas sebelumnya, merasa diasingkan, menyatakan keraguan tentang kinerja peran, menyatakan kurang kontrol, menyatakan rasa malu, merasa tertekan, bergantung pada orang lain, tidak berpartisipasi dalam perawatan, pengasingan (PPNI 2017).

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2.
Intervensi Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Ketidakberdayaan Akibat Stroke Di Ruang *Stroke Corner* RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2025

No	Diagnosis	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
	Ketidakberdayaan b.d Program Pengobatan yang Kompleks Menyatakan frustrasi atau tidak dapat melaksanakan aktivitas sebelumnya, merasa diasingkan, menyatakan keraguan tentang kinerja peran, menyatakan kurang control, menyatakan rasa malu, merasa tertekan, bergantung pada orang lain, tidak berpartisipasi dalam perawatan, pengasingan	Setelah dilakukan intervensi selama 8x20 menit diharapkan Keberdayaan meningkat dengan kriteria hasil 1. Verbalisasi mampu melaksanakan aktivitas meningkat 2. Verbalisasi keyakinan tentang kinerja peran meningkat 3. Berpartisipasi dalam perawatan meningkat Verbalisasi frustrasi ketergantungan pada orang lain menurun	Promosi (I.09307) Observasi 1. Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup Terapeutik 1. Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting 2. Pandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan 3. Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan 4. Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks

1	2	3	4
		4. Perasaan diasingkan menurun	5. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok
		5. Pernyataan kurang kontrol menurun	6. Ciptakan lingkungan yang memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual
		6. Pernyataan rasa malu menurun	Edukasi
		7. Perasaan tertekan (depresi) menurun	1. Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistis
		8. Pengasingan menurun	2. Anjurkan mempertahankan hubungan (mis. menyebutkan nama orang yang dicintai)
			3. Anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain
			4. Latihan menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan

1	2	3	4
			5. Latih cara mengembangkan spiritual diri 6. Latih cara mengenang dan menikmati masa lalu (mis. prestasi, pengalaman)
		Promosi	Koping
		(I.09312)	
		Observasi	
		1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan	
		2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki	
		3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan	
		4. Identifikasi pemahaman proses penyakit	
		5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan	
		6. Identifikasi metode	

1	2	3	4
			penyelesaian masalah
			7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial
			Terapeutik
			1. Diskusikan perubahan peran yang dialami
			2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
			3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
			4. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
			5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu
			6. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri

1	2	3	4
			7. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
			8. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
			9. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
			10. Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan tindakan
			11. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada di bawah tekanan
			12. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial
			13. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
			14. Dampingi saat berduka (mis.

1	2	3	4
			penyakit kronis, kecacatan)
			15. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
			16. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
			17. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam
			Edukasi
			1. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
			2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
			3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
			4. Anjurkan keluarga terlibat

1	2	3	4
			5. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
			6. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
			7. Latih penggunaan teknik relaksasi Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan
			8. Latihan mengembangkan penilaian obyektif

4. Implementasi

Menurut Martini dkk (2024) implementasi keperawatan merupakan segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh perawat didasarkan oleh klinis untuk pengetahuan dan penilaian mencapai peningkatan dan pemulihan kesehatan klien. Pelaksanaan keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Tabel 3.
Implementasi Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Ketidakberdayaan Akibat Stroke Di Ruang *Stroke Corner* RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2025

No	Tanggal, Jam	Diagnosis	Implementasi	Respon	Paraf

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Martini dkk (2024) evaluasi dalam proses keperawatan adalah kegiatan menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal. Evaluasi keperawatan bertujuan untuk mengukur keberhasilan dari perencanaan dan tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Menurut Yunique dkk (2022) evaluasi keperawatan disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional, seperti:

- a. S (*Subjektif*) adalah ungkapan perasaan maupun keluhan yang disampaikan pasien maupun keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan secara subjektif.
- b. O (*Objektif*) adalah pengamatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan melalui sikap pasien ketika dan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- c. A (*Assesment*) adalah analisa tenaga kesehatan setelah mengetahui respon subjektif dan objektif pasien yang dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang ada pada rencana keperawatan.
- d. P (*Planning*) adalah perencanaan untuk tindakan selanjutnya yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan setelah melakukan analisa atau *assessment*.

Evaluasi yang diharapkan dari pasien ketidakberdayaan sesuai dengan tujuan perencanaan dan kriteria hasil. Menurut PPNI (2017) tujuan dari ketidakberdayaan adalah keberdayaan meningkat, dengan kriteria hasil

- a. Verbalisasi mampu melaksanakan aktivitas meningkat
- b. Verbalisasi keyakinan tentang kinerja peran meningkat

- c. Berpartisipasi dalam perawatan meningkat
- d. Verbalisasi frustrasi ketergantungan pada orang lain menurun
- e. Perasaan diasingkan menurun
- f. Pernyataan kurang kontrol menurun
- g. Pernyataan rasa malu menurun
- h. Perasaan tertekan (depresi) menurun
- i. Pengasingan menurun

Tabel 4.
Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Ketidakberdayaan Akibat
Stroke Di Ruang *Stroke Corner* RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2025

No	Waktu	Diagnosis	Catatan Perkembangan	Paraf
			S O A P	