

BAB 4

LAPORAN KASUS

A. Hasil Laporan Kasus

1. Kondisi lokasi laporan kasus

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sanjiwani Gianyar merupakan rumah sakit yang terletak di Kabupaten Gianyar yang beralamat di Jalan Ciung Wanara No. 2 Gianyar. RSUD Sanjiwani menyediakan berbagai layanan kesehatan bagi masyarakat yang mencakup layanan gawat darurat, instalasi radiologi, rawat jalan, rawat inap dan layanan khusus berupa bedah onkologi dan poliklinik eksekutif.

Tempat yang digunakan dalam pengambilan kasus adalah Ruangan *Stroke Corner* yang terletak di Gedung Ayodya Lantai 3. Ruang *Stroke Corner* di RSUD Sanjiwani merupakan ruangan khusus untuk melakukan perawatan pada pasien dengan gangguan neurologis akut seperti stroke. Di ruangan stroke corner tersedia tujuh tempat tidur dan satu ruang isolasi untuk pasien yang memerlukan penanganan stroke dan rehabilitasi dini.

2. Karakteristik subyek laporan kasus

Pasien Tn.S berusia 68 tahun dan berstatus menikah. Dalam kesehariannya Tn.S bekerja sebagai peternak. tingkat Pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD) dan tinggal bersama istri, anak, menantu, dan cucunya. Pasien sebelumnya mengalami hipertensi, pasien tidak memiliki gangguan kejiwaan dan riwayat kekerasan

3. Hasil laporan kasus

a. Pengkajian keperawatan

1) Identitas pasien

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 7 April 2025 Pukul: 10.00 WITA diperoleh data pasien Tn.S berusia 68 tahun dengan jenis kelamin laki-laki. Tn. S beralamat di Blahbatuh, Gianyar, kesehariannya Tn.S bekerja sebagai peternak kambing dengan pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD) dan beragama Islam.

2) Alasan masuk

Pada tanggal 4 April 2025 pasien mengeluh merasakan sakit kepala dan secara tiba-tiba tubuh pada bagian kanan lemas dan tidak dapat digerakan, oleh anak dan menantunya pasien kemudian diantar ke UGD RSUD Sanjiwani, Gianyar untuk mendapat penanganan. Setelah dilakukan pemeriksaan, oleh dokter pasien didiagnosis mengalami stroke hemoragik, perdarahan tersebut dikatakan memperangruhi saraf kranial ke-7 dan ke-12 sehingga pasien tidak dapat berbicara seperti biasanya (cadel dan terkadang tidak jelas), tubuh bagian kanannya terasa lemas dan tidak dapat digerakan. Pasien kemudian dirawat diruang *stroke corner* untuk menjalani pengobatan.

3) Keluhan utama

Saat dikaji pasien mengeluh tangan dan kaki kanannya lemas tidak bisa digerakkan, sehingga harus dibantu untuk makan, minum, buang air dan melakukan aktivitas lainnya sehingga dirinya merasa sedih dan malu karena harus bergantung pada anaknya hanya untuk hal sepele yang biasa dia lakukan sebelumnya. Pasien juga menambahkan setelah dirawat selama empat hari dirinya hanya bisa

merasakan sentuhan saja pada bagian kanan tubuhnya, namun belum bisa bergerak sehingga merasa tidak menguasai tubuhnya.

4) Riwayat kesehatan

Keluarga pasien mengatakan ayahnya memiliki hipertensi yang baru diketahui saat pasien berusia 40 tahunan, awalnya pasien dikeluhkan sering mengalami sakit kepala sehingga diperiksakan ke dokter. Pasien kemudian diharuskan untuk rutin meminum obat penurun tekanan darah, namun sejak satu tahun terakhir pasien tidak pernah meminum obatnya lagi meski sudah dibujuk. Pasien mengatakan dirinya malas untuk minum obat karena tensi tingginya tidak hilang-hilang, hanya rendah karena obat bukan sembuh sepenuhnya.

5) Faktor predisposisi

Pasien sebelumnya mengalami hipertensi semenjak usia 40 tahun, namun semenjak satu tahun terakhir pasien tidak meminum obatnya lagi karena merasa penyakitnya tidak sembuh meski dirinya rutin meminum obat.

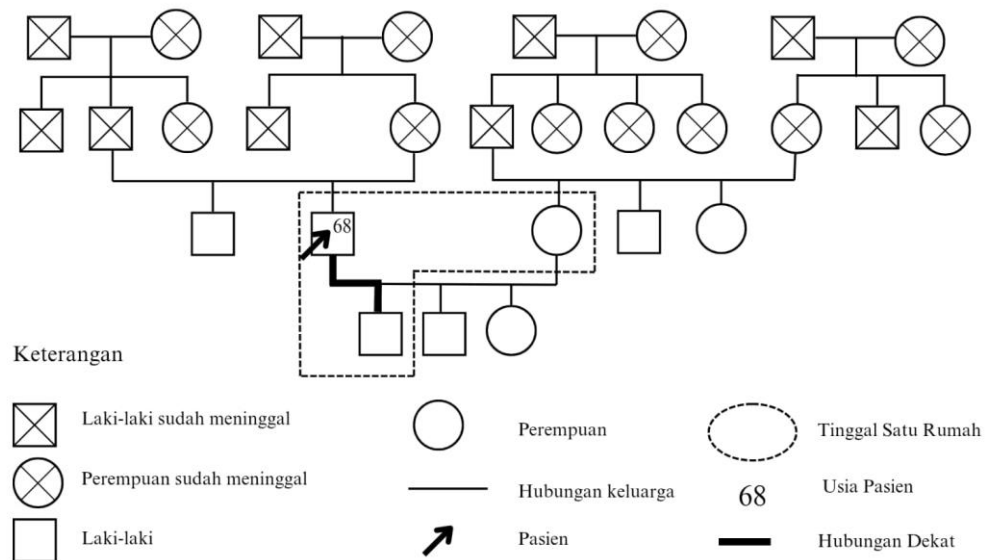
6) Pemeriksaan fisik

Data yang diperoleh dalam pemeriksaan fisik adalah tingkat kesadaran pasien *composmentis*, tekanan darah 170/90 mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36°C, dan penapasan 20x/menit. Tinggi badan pasien 165 cm dengan berat badan 60 kg. Bentuk kepala normosepalis, warna rambut berwarna hitam dan beruban dibeberapa sisi. Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik dan tidak terdapat gangguan penglihatan. Telinga simetris, bersih, tidak terdapat cairan keluar dari telinga, tidak terdapat gangguan penglihatan. Hidung bersih, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat sumbatan pada jalan napas. Bibir

pasien tampak kering, mulut, gigi dan lidah bersih. Tidak terdapat pembengkakan pada kelenjar tiroid. Ekstremitas lemah terutama pada bagian kanan.

7) Pengkajian psikososial

a) Genogram



Gambar 3. Genogram Tn. S Dengan Ketidakberdayaan Akibat Stroke Di Ruang *Stroke Corner* RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2025

Tn. S adalah anak kedua dari dua bersaudara, kedua orang tuanya telah meninggal. Dari riwayat keluarga tidak ada yang mengalami stroke dan penyakit turunan lain seperti hipertensi dan diabetes. Saat ini Tn.S tinggal bersama istri, anak, menantu dan cucunya.

Masalah Keperawatan: Tidak terdapat masalah keperawatan

b) Konsep diri

(1) Citra tubuh

Pasien menyatakan “Saya puas dengan tubuh saya, bagian tubuh favorit tangan karena selalu melakukan banyak aktivitas dengan tangan, tapi tubuh bagian kanannya sekarang masih lemas, tidak dapat gerak seperti sedia kala jadi sedih”

(2) Identitas

Pasien mengatakan “Saya seorang peternak sebelum sakit, setiap hari mengurus kambing. Dalam keluarga saya sebagai seorang ayah dan kakek, saya senang kalau berbincang dengan keluarga”

(3) Peran

Pasien mengatakan dirinya “Saya puas menjadi peternak dan ayah serta kakek dalam keluarga. Tapi sekarang saya tidak dapat mengurus peternak karena sedang dirawat”. Keluarga pasien mengatakan “Bapak tidak pernah mengungkapkan pendapatnya kalau ditanya terkait rencana perawatan, padahal biasanya bapak cukup aktif dalam diskusi keluarga”

(4) Ideal diri

Pasien mengatakan dirinya “Saya ingin menjadi orang yang sehat, saat ini ingin segera sembuh dan dapat kembali beraktivitas seperti sebelumnya”

(5) Harga diri

Pasien mengatakan “Saya berhubungan baik dengan keluarga dan tetangga, semua menganggap saya orang yang aktif. Tapi sekarang saya merasa tidak berdaya karena kondisi saya saat ini yang tidak dapat melakukan aktivitas seperti sebelumnya”

Masalah keperawatan; Risiko harga diri rendah situasional

c) Hubungan sosial

Pasien mengatakan “Orang yang berarti untuk saya adalah anak dan cucu, dalam diskusi keluarga saya masih sering memberikan masukan kepada anak. Dalam kegiatan kelompok atau dalam masyarakat saya berperan sebagai anggota masyarakat. Saya tidak memiliki hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain”

Masalah Keperawatan: Tidak terdapat masalah keperawatan

d) Spiritual

Pasien menganut agama Islam dan rutin menjalani ibadah sholat 5 waktu serta menjalani rukun Islam. Dalam beribadah pasien selalu menjalani sholat dirumahnya, namun setiap hari jumat pasien selalu menjalani sholat jumat ke masjid. Selama dirawat pasien menjalani ibadah dengan berdzikir dan berdoa dalam hati agar segera diberi kesembuhan.

Masalah Keperawatan: Tidak terdapat masalah keperawatan

e) Alam perasaan

Pasien “Saya merasa frustasi karena harus bergantung pada anak hanya untuk hal sepele yang biasa saya lakukan sebelumnya. Selama dirawat saya hanya bisa merasakan sentuhan saja pada bagian kanan tubuh, tapi belum bisa bergerak rasanya tidak menguasai tubuh”

Masalah keperawatan: Ketidakberdayaan

8) Status mental

Tn.S terlihat rapi dan menggunakan pakaian dengan sesuai, kondisi pasien saat ini mempengaruhi saraf kranial ke-7 dan ke-12 sehingga saat berkomunikasi pasien cenderung menjawab pertanyaan dengan cadel dan terkadang berbicara dengan nada yang kurang jelas. Dalam beraktivitas pasien cenderung pasif dikarenakan ekstremitas bagian kanan masih lemah. Interaksi pasien selama wawancara pasien terkadang mengalihkan kontak mata. Pasien tidak mengalami persepsi halusinasi, pasien tidak memiliki gangguan memori jangka pendek maupun panjang. Keluarga pasien mengatakan selama dirawat pasien merasa sedih karena belum bisa bergerak dan harus dibantu terus.

Masalah keperawatan: Ketidakberdayaan

9) Mekanisme koping

Koping maladaptive pasien dapat dilihat dari pasien menarik diri dari interaksi sosial, keluarga pasien mengatakan “Semenjak dirawat bapak jarang menceritakan masalahnya”. Untuk koping adaptif dapat dilihat dari pasien masih sering berdoa kepada Tuhan dan mendengar *sholawat*.

10) Data fokus keperawatan

a) Daftar masalah keperawatan

Tabel 6.
Daftar Masalah Tn.S Dengan Ketidakberdayaan Akibat Stroke Di Ruang *Stroke Corner* RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2025

No	Data Subjektif	Data Objektif	Masalah
1	2	3	4
1.	- “Saya merasa sedih dan malu karena harus bergantung pada anak hanya untuk hal sepele yang biasa saya lakukan sebelumnya. Selama dirawat saya hanya bisa merasakan sentuhan saja pada bagian kanan tubuh, tapi belum bisa bergerak rasanya belum bisa bergerak rasanya tidak menguasai tubuh” - “Saya puas menjadi peternak dan ayah serta kakek dalam	- Pasien terlihat selalu dibantu oleh anaknya dalam beraktivitas seperti makan dan minum - Pasien jarang mengungkapkan pendapatnya terkait program perawatan	Ketidakberdayaan

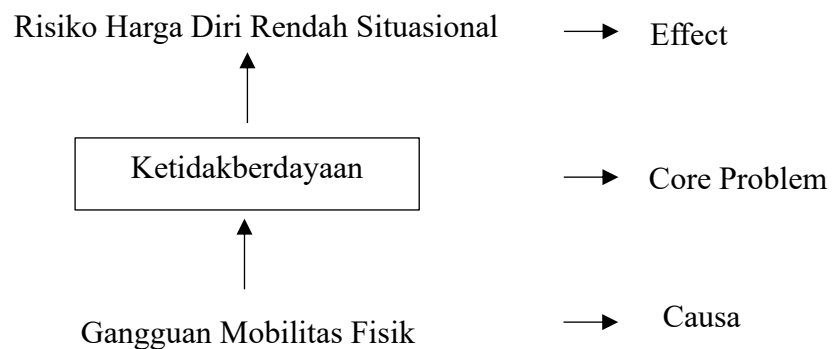
1	2	3	4
	keluarga. Tapi sekarang saya tidak dapat mengurus peternak karena sedang dirawat”.		
	- “Bapak tidak pernah mengungkapkan pendapatnya kalau ditanya terkait rencana perawatan, padahal biasanya bapak cukup aktif dalam diskusi keluarga”		
2.	- Pasien mengeluh tangan dan kaki kanannya lemas tidak bisa digerakkan, sehingga harus dibantu untuk makan, minum, buang air dan melakukan aktivitas lainnya	- Kekuatan otot pasien menurun - Rentang gerak pasien menurun. - Gerakan pasien terbatas pada ektremnitas kanan - Fisik pasien terlihat lemah	Gangguan Mobilitas Fisik
3.		Faktor risiko perasaan tidak berdaya	Risiko Harga Diri Rendah Situasional

Berdasarkan uraian diatas didapatkan tiga masalah keperawatan yaitu:

- (1) Ketidakberdayaan
- (2) Risiko harga diri rendah situasional
- (3) Gangguan mobilitas fisik

b) Pohon masalah

Berdasarkan kemampuan dan waktu yang dimiliki, dari ketiga masalah keperawatan diatas yang menjadi prioritas adalah *core problem* pada kasus ini yaitu ketidakberdayaan. Hubungan dari ketiga masalah keperawatan yang ditemukan digambarkan dengan pohon masalah dibawah ini:



Gambar 4. Pohon Masalah Tn. S Dengan Ketidakberdayaan Akibat Stroke Di Ruang *Stroke Corner* RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2025

b. Diagnosis keperawatan

Dalam penyusunan diagnosis keperawatan digunakan komponen *problem* (P), *etiology* (E) dan *symptom* (S). Masalah yang ditemukan adalah ketidakberdayaan berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik ditandai dengan pasien merasa frustrasi karena harus selalu dibantu, pasien belum bisa bergerak sehingga merasa tidak memiliki kontrol atas tubuhnya, pasien merasa tidak dapat melakukan tugasnya sebagai peternak karena sedang dirawat, pasien terlihat selalu dibantu oleh anaknya dalam beraktivitas seperti makan dan minum dan pasien jarang mengungkapkan pendapatnya terkait program perawatan. Apabila tidak ditangani akan muncul masalah risiko harga diri rendah situasional berhubungan dengan ketidakberdayaan.

c. Intervensi keperawatan

Tujuan asuhan keperawatan pada pasien dengan ketidakberdayaan akibat stroke adalah membina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan tindakan yang akan diberikan berupa membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi harapan, menyusun tujuan sesuai dengan harapan, mengidentifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan, mengidentifikasi cara penyelesaian masalah, dan mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki. Adapun intervensi keperawatan pada kasus ini ditulis dalam tabel, sebagai berikut:

Tabel 7.
Intervensi Keperawatan Tn. S Dengan Ketidakberdayaan Akibat Stroke Di Ruang
Stroke Corner RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2025

Diagnosis	Tujuan	Intervensi
1	2	3
Ketidakberdayaan b.d gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan intervensi sebanyak 6 x pertemuan selama 20 menit diharapkan keberdayaan meningkat dengan kriteria hasil 1. Bina hubungan saling percaya tercapai 2. Berpartisipasi dalam perawatan meningkat 3. Verbalisasi keyakinan tentang kinerja peran meningkat 4. Verbalisasi mampu melaksanakan aktivitas meningkat 5. Verbalisasi frustrasi ketergantungan pada	Bina Hubungan Saling Percaya mengucapkan salam, memperkenalkan diri, dan menjelaskan tujuan mengunjungi pasien Observasi 1. Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup 2. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan 3. Identifikasi kemampuan yang dimiliki 4. Identifikasi pemahaman proses penyakit 5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 6. Identifikasi metode penyelesaian masalah Terapeutik

1	2	3
	orang lain menurun	1. Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki arti penting
6.	Pernyataan rasa malu	2. Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan
	menurun	3. Diskusikan perubahan peran yang dialami
		4. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
		5. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
		6. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
		Edukasi
		1. Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistis
		2. Anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain
		3. Latihan menyusun tujuan sesuai dengan harapan
		4. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
		5. Anjurkan keluarga terlibat
		6. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik

d. Implementasi keperawatan

Tabel 8.
Implementasi Keperawatan Tn. S Dengan Ketidakberdayaan Akibat Stroke Di Ruang *Stroke Corner* RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2025

N o	Diagnosi s	Waktu	Implementasi	Respon	TTD/Nam a Terang
1	2	3	4	5	6
1.	Ketidakberdayaan b.d gangguan mobilitas fisik	Temu 1 Senin, 7 April 2025 Pukul 10.00-10.20 WITA	a. Membina hubungan saling percaya Menjelaskan tujuan mengunjungi pasien b. Melakukan kontrak waktu temu 1 c. Melakukan pengkajian d. Membuat kontrak waktu untuk temu 2	S: Pasien mengatakan “Selamat pagi, nama saya S, umur 68 tahun. Saya tinggal di Blahbatuh dan bekerja sebagai peternak”. “Saya bersedia untuk dilakukan wawancara selama 20 menit kedepan”. “Saya masuk tanggal 4 kemarin, karena badan tiba-tiba lemas tidak dapat digerakkan sampai sekarang, saya frustrasi karena harus selalu dibantu”. “Saya memiliki waktu	 Rastiti

1	2	3	4	5	6
				luang nanti agak sore sekitar pukul 4".	
				O:	
				Pasien menjawab salam dan memperkenalkan namanya.	
				Selama wawancara pasien terkadang menghindari kontak mata dan berbicara cadel.	
2.	Ketidak berdayaa n b.d gangguan mobilitas fisik	Temu 2 Senin, 7 April 2025 Pukul 16.00-16.20 WITA	a. Melakukan kontrak waktu untuk temu 2 b. Mengidentifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup c. Melatih pasien Menyusun tujuan sesuai dengan harapan d. Membuat kontrak waktu temu 3	S: Pasien mengatakan "Saya ingin cepat sembuh ingin bisa bergerak. Saya jenuh dirumah sakit terus, tidak ada yang bisa saya lakukan hanya tidur saja disini". Keluarga pasien mengatakan "Saya juga ingin bapak segera sembuh".	 Rastiti

1	2	3	4	5	6
				Pasien mengatakan “Saya hanya ingin pulang, ingin kembali mengurus kambing”. “Besok saya bisa jam 10 pagi” O:Pasien dan keluarga memiliki harapan terhadap kesembuhan pasien, namun pasien belum bisa menyusun tujuan untuk terlibat dalam perawatan.	
3.	Ketidak berdayaa n b.d gangguan mobilitas fisik	Temu 3 Selasa, 8 April 2024 Pukul 10.00- 10.20 WITA	a. Melatih pasien menyusun tujuan sesuai dengan harapan b. Mengidentifika si kegiatan jangka pendek dan panjang c. Menyadarkan pasien bahwa kondisi yang dialami	S: Pasien mengatakan “Betul saya memang harus fokus dengan perawatan agar segera pulih. Jadi saat ini saya ingin mengikuti program perawatan,	 Rastiti

1	2	3	4	5	6
			memiliki arti penting	kemudian saya kembali	
			d. Membuat kontrak waktu untuk temu 4	meminum obat penurun tekanan darah”. “Dalam waktu dekat saya akan mengikuti program perawatan, dalam jangka panjang saya akan merawat diri saya dengan rutin minum obat dan menjaga pola makan”. “Nanti sore bisa pada pukul 4”	
				O: Pasien mampu menyusun tujuan dan mengetahui kegiatan jangka pendek dan panjang yang akan dilakukan untuk meningkatkan kesehatannya	
4.	Ketidak	Temu 4	a. Mengidentifikasi dampak	S:	

1	2	3	4	5	6
berdayaa	Selasa, 8		situasi terhadap	Pasien	
n b.d	April		peran dan	mengatakan	
gangguan	2025		hubungan	“Tentu	
mobilitas	Pukul	b. Menganjurkan	pasien untuk	berpengaruh	
fisik	16.00- 16.20	WITA	mengungkapka n perasaan dan persepsi	terhadap peran, terutama pekerjaan dan hubungan	
			c. Mendiskusikan	dengan	
			perubahan	keluarga”. “Iya	
			peran yang	dik, saya akan	
			dihadapi	jujur dengan	
			d. Menganjurkan	semua yang	
			pasien untuk	saya rasakan,	
			mempertahanka	terimakasih	
			n hubungan	sudah mau	
			e. Membuat	mendengar	
			kontrak waktu	cerita saya”.	
			temu 5	“Kalau	
				pekerjaan jelas	
				terdampak saya	
				dirawat jadi	
				tidak bisa	
				berkerja, jika	
				sudah pulang	
				namun belum	
				bisa gerak juga	
				tetap tidak bisa	
				bekerja, tapi	
				menantu saya	
				sudah bantu	
				urus jadi saya	
				tenang, saja.	
				Namun saya	



Rastiti

1	2	3	4	5	6
				belum bisa bertemu dengan cucu, saya kangen ngrobrol sama cucu, saya merasa jahat sama cucu”.	
				“Iya saya setuju dengan saran adik lewat telepon dan telpon video, jadi saya bisa tetap berkomunikasi dengan cucu, saya bisa menjadi kakek yang baik”.	
				“Besok bisa jam 10 pagi”	
				O:	
				Pasien merasa dapat melakukan perannya kembali (peran sebagai kakek) setelah disarankan untuk tetap berhubungan dengan cucunya melalui telepon	

1	2	3	4	5	6
5.	Ketidak berdayaa n b.d gangguan mobilitas fisik	Temu 5 Rabu. 9 April 2025 Pukul 10.00- 10.20 WITA	a. Mengidentifika si pemahaman pasien terhadap proses penyakit b. Mengidentifika si cara penyelesaian masalah c. Membuat kontrak temu 6	S: Pasien mengatakan “Sudah dijelaskan oleh dokter kalau saya kena stroke gara-gara ada perdarahan di otak, dipicu oleh tensi saya yang tinggi. Terus berpengaruh ke saraf yang mengatur gerakan makanya sekarang susah bergerak”. “Sekarang saya sudah bisa mengikuti perawatan, tadi dokter sudah mulai minta untuk memijat- mijat tangan kaki kanan dan sudah bisa coba gerak-gerak”. “Bisa nanti siang pukul 14.00” O:	 Rastiti

1	2	3	4	5	6
				Pasien mengetahui faktor risiko dan dampak dari penyakitnya.	
6.	Ketidak berdayaa n b.d gangguan mobilitas fisik	Temu 6 Rabu, 9 April 2025 Pukul 14.00-14.20 WITA	a. Melibatkan pasien dalam perawatan (Latihan ROM) b. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki c. Membuat kontrak temu 7	S: Pasien mengatakan “Saya bersedia untuk melakukan latihan gerak tersebut”. “Saya sekarang sudah memiliki kesadaran untuk menjaga kesehatan, tadi juga sudah bisa menggerakkan jari dan bisa menggenggam meski kurang kuat, nanti jika sering digerakkan mungkin saya sudah bisa menggenggam sesuatu”. “Besok saya bisa pukul 10.00” O:	 Rastiti

1	2	3	4	5	6
				Selama latihan ROM pasien dapat menggerakkan pergelangangan tangan, telapak tangan dan jarinya namun masih lemah	
7.	Ketidak berdayaan b.d gangguan mobilitas fisik	Temu 7 Kamis, 10 April 2025 Pukul 10.00-10.20 WITA	a. Melibatkan pasien dalam perawatan (Latihan ROM) b. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki c. Membuat kontrak temu 8	S: “Iya dik, saya bersedia untuk latihan gerak lagi. Sekarang saya sudah bisa menggenggam plang tempat tidur”. “Iya sebelumnya sudah bisa menggenggam dan kaki sudah bisa digerakkan, sebentar lagi saya bisa bergerak lagi jika sering latihan gerak, saya tidak perlu bergantung lagi kea nak dan bisa mandiri”. “Bisa besok pukul 09.00”	 Rastiti

1	2	3	4	5	6
				O:	
				Pasien terlihat sudah bisa menggenggam plang <i>bed</i> dan sudah bisa menggerakkan kakinya dengan pelan.	
8.	Ketidak berdayaan b.d gangguan mobilitas fisik	Temu 8 Jumat, 11 April 2025 Pukul 09.00-09.20 WITA	a. Mendiskusikan alasan mengkritik diri b. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki c. Mengajukan keluarga terlibat dalam memberi dukungan d. Memotivasi pasien untuk tetap fokus dengan kemajuan yang dialaminya saat ini	S: Pasien mengatakan “Iya saya tadinya malu karena tidak bisa bergerak, saya juga sering dengar orang dengan stroke itu akan lumpuh, jadi saya malu jika semisal saya menjadi seperti itu. Tapi sekarang saya sudah bisa bergerak jadi saya tidak perlu takut”. Keluarga pasien mengatakan “Iya dik, saya selalu	 Rastiti

1	2	3	4	5	6
				mendukung	
				bapak dan	
				mendoakan agar	
				segera sembuh,	
				bapak juga	
				sekarang sudah	
				sering bercerita	
				tentang	
				perasaannya	
				jadi saya bisa	
				selalu	
				menyemangati	
				bapak”. Pasien	
				mengatakan	
				“Betul dik, saya	
				sudah memiliki	
				tujuan saya juga	
				sudah mulai	
				mencapai tujuan	
				itu, saya sudah	
				bisa bergerak	
				sedikit-sedikit.	
				Harusnya saya	
				fokus pada	
				kemajuan yang	
				saya lakukan	
				untuk pulih	
				dibanding harus	
				malu karena	
				terbayang	
				ucapan orang	
				lain.	
				Terimakasih	
				sudah	

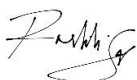
1	2	3	4	5	6
				membantu saya ya dik” O: Pasien sudah menyadari hal positif yang dimilikinya dan sudah menerima kondisinya, keluarga pasien juga selalu mendukung pasien	

e. Evaluasi keperawatan

Tabel 9.

Evaluasi Keperawatan Tn. S Dengan Ketidakberdayaan Akibat Stroke Di Ruang
Stroke Corner RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2025

No	Diagnosis	Waktu	Catatan Perkembangan	TTD>Nama Terang
1	2	3	4	5
1	Ketidak berdayaan b.d gangguan mobilitas fisik	Senin, 7 April 2025 Pukul 10.20 WITA	S: Pasien mengatakan “Selamat pagi, nama saya S, umur 68 tahun. Saya tinggal di Blahbatuh dan bekerja sebagai peternak”. “Saya bersedia untuk dilakukan wawancara selama 20 menit kedepan”. O: Pasien menjawab salam dan memperkenalkan namanya. Selama wawancara pasien terkadang menghindari kontak mata dan berbicara cadel.	 Rastiti

1	2	3	4	5
			A: Tujuan 1 Bina Hubungan Saling Percaya tercapai P: Lanjutkan intervensi a. Mengidentifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup b. Melatih pasien Menyusun tujuan sesuai dengan harapan	
2.	Ketidak berdayaan b.d gangguan mobilitas fisik	Senin, 7 April 2025 Pukul 16.20 WITA	S: Pasien mengatakan “Saya ingin cepat sembuh ingin bisa bergerak. Saya jenuh dirumah sakit terus, tidak ada yang bisa saya lakukan hanya tidur saja disini”. Keluarga pasien mengatakan “Saya juga ingin bapak segera sembuh”. Pasien mengatakan “Saya hanya ingin pulang, ingin kembali mengurus kambing”. O: Pasien dan keluarga memiliki harapan terhadap kesembuhan pasien, namun pasien belum bisa menyusun tujuan untuk terlibat dalam perawatan. A: Tujuan 2 Berpartisipasi Dalam Perawatan Meningkatkan belum tercapai P: Ulangi intervensi a. Melatih pasien menyusun tujuan sesuai dengan harapan b. Mengidentifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang	 Rastiti

1	2	3	4	5
			c. Menyadarkan pasien bahwa kondisi yang dialami memiliki arti penting	
3.	Ketidak berdayaan b.d gangguan mobilitas fisik	Selasa, 8 April 2024 Pukul 10.20 WITA	S: Pasien mengatakan “Saat ini saya ingin mengikuti program perawatan, kemudian saya kembali meminum obat penurun tekanan darah”. “Dalam waktu dekat saya akan mengikuti program perawatan, dalam jangka panjang saya akan merawat diri saya dengan rutin minum obat dan menjaga pola makan”. O: Pasien mampu menyusun tujuan dan mengetahui kegiatan jangka pendek dan panjang yang akan dilakukan untuk meningkatkan kesehatannya A: Tujuan 2 Berpartisipasi Dalam Perawatan Meningkatkan tercapai P: Lanjutkan intervensi - Mengidentifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan - Menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan dan persepsi - Mendiskusikan perubahan peran yang dihadapi - Menganjurkan pasien untuk mempertahankan hubungan	 Rastiti

1	2	3	4	5
4.	Ketidak berdayaan b.d gangguan mobilitas fisik	Selasa, 8 April 2025 Pukul 16.20 WITA	S: Pasien mengatakan “Tentu berpengaruh terhadap peran, Kalau pekerjaan jelas terdampak saya dirawat jadi tidak bisa berkerja, namun saya belum bisa bertemu dengan cucu, saya kangen ngrobrol sama cucu, saya merasa jahat sama cucu”. “saya akan menghubungi cucu lewat telepon dan telpon video, jadi saya bisa tetap berkomunikasi dengan cucu, saya”. O: Pasien merasa dapat melakukan perannya kembali (peran sebagai kakek) setelah disarankan untuk tetap berhubungan dengan cucunya melalui telepon. A: Tujuan 3 Verbalisasi Keyakinan Tentang Kinerja Peran Meningkatkan tercapai P: a. Mengidentifikasi pemahaman pasien terhadap proses penyakit Mengidentifikasi cara penyelesaian masalah	 Rastiti
5.	Ketidak berdayaan b.d gangguan mobilitas fisik	Rabu. 9 April 2025 Pukul 10.20 WITA	S: Pasien mengatakan “Sudah dijelaskan oleh dokter kalau saya kena stroke gara-gara ada perdarahan di otak, dipicu oleh tensi saya yang tinggi. Terus berpengaruh ke saraf yang	 Rastiti

1	2	3	4	5
			mengatur gerakan makanya sekarang susah bergerak”. “Sekarang saya sudah bisa mengikuti perawatan, tadi dokter sudah mulai minta untuk memijat-mijat tangan kaki kanan dan sudah bisa coba gerak-gerak”. O: Pasien mengetahui faktor risiko dan dampak dari penyakitnya. A: Tujuan 4 Verbalisasi Mampu Melaksanakan Aktivitas Mandiri Meningkatkan dan Tujuan 5 Verbalisasi Frustrasi Ketergantungan Pada Orang Lain Menurun belum tercapai P: Ulangi Intervensi - Melibatkan pasien dalam perawatan (Latihan ROM) - Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki	
6.	Ketidak berdayaan b.d gangguan mobilitas fisik	Rabu, 9 April 2025 Pukul 14.20 WITA	S: “Saya sekarang sudah memiliki kesadaran untuk menjaga kesehatan, tadi juga sudah bisa menggerakkan jari dan bisa menggenggam meski kurang kuat, nanti jika sering digerakkan mungkin saya sudah bisa menggenggam sesuatu”. O: Selama latihan ROM pasien dapat menggerakkan pergelangan tangan, telapak tangan dan jarinya namun masih lemah	 Rastiti

1	2	3	4	5
			A: Tujuan 4 Verbalisasi Mampu Melaksanakan Aktivitas Mandiri Meningkatkan dan Tujuan 5 Verbalisasi Frustrasi Ketergantungan Pada Orang Lain Menurun belum tercapai P: Ulangi Intervensi - Melibatkan pasien dalam perawatan (Latihan ROM) - Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki	
7.	Ketidak berdayaan b.d gangguan mobilitas fisik	Kamis, 10 April 2025 Pukul 10.20 WITA	S: “Sebelumnya sudah bisa menggenggam dan kaki sudah bisa digerakkan, sebentar lagi saya bisa bergerak lagi jika sering latihan gerak, saya tidak perlu bergantung lagi kea nak dan bisa mandiri”. O: Pasien terlihat sudah bisa menggenggam plang <i>bed</i> dan sudah bisa menggerakkan kakinya dengan pelan. A: Tujuan 4 Verbalisasi Mampu Melaksanakan Aktivitas Mandiri Meningkatkan dan Tujuan 5 Verbalisasi Frustrasi Ketergantungan Pada Orang Lain Menurun tercapai P: Lanjutkan Intervensi Mendiskusikan alasan mengkritik diri	


Rastiti

1	2	3	4	5
			b. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki c. Mengajukan keluarga terlibat dalam memberi dukungan d. Memotivasi pasien untuk tetap fokus dengan kemajuan yang dialaminya saat ini	
8.	Ketidak berdayaan b.d gangguan mobilitas fisik	Jumat, 11 April 2025 Pukul 09.20 WITA	S: “Saya juga sering dengar orang dengan stroke itu akan lumpuh, jadi saya malu jika semisal saya menjadi seperti itu. Tapi sekarang saya sudah bisa bergerak jadi saya tidak perlu takut”. Keluarga pasien mengatakan “Saya selalu mendukung bapak dan mendoakan agar segera sembuh”. Pasien mengatakan “Saya sudah memiliki tujuan saya juga sudah mulai mencapai tujuan itu, saya sudah bisa bergerak sedikit-sedikit. Harusnya saya fokus pada kemajuan yang saya lakukan untuk pulih dibanding harus malu karena terbayang ucapan orang lain. Terimakasih sudah membantu saya ya dik” O: Pasien sudah menyadari hal positif yang dimilikinya dan sudah menerima kondisinya, keluarga pasien juga selalu mendukung pasien A: Tujuan 6 Pernyataan Rasa Malu Menurun tercapai	 Rastiti

1	2	3	4	5
		P:		
		Lanjutkan untuk mengatasi diagnosis		
		keperawatan kedua		

B. Pembahasan Laporan Kasus

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada pada pasien dengan ketidakberdayaan berjenis kelamin laki-laki yang berumur 68 tahun. Hasil pengkajian subjektif didapatkan Pasien merasa sedih dan malu karena harus selalu dibantu anaknya hanya untuk hal sepele yang biasa dia lakukan sebelumnya. Selama dirawat pasien hanya bisa merasakan sentuhan saja pada bagian kanan tubuhnya, namun belum bisa bergerak sehingga merasa tidak menguasai tubuhnya. Pasien merasa tidak dapat melakukan tugasnya sebagai peternak karena sedang dirawat, keluarga pasien mengungkapkan pasien tidak pernah mengungkapkan pendapatnya dalam pengambilan keputusan terkait rencana perawatan, padahal ayahnya cukup aktif dalam diskusi keluarga. Data objektif ditemukan pasien terlihat bergantung pada anaknya untuk melakukan aktivitasnya dan kurang terlibat dalam perawatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Nuraliyah dan Burmanajaya (2019) juga menunjukkan temuan yang serupa, yaitu individu yang mengalami ketidakberdayaan cenderung merasa kehilangan kendali atas kehidupannya dan menganggap segala hal menjadi tidak berarti. Kondisi ini biasanya dipicu oleh tekanan psikologis serta perubahan emosi seperti kegelisahan, frustrasi, kemarahan, ketakutan, dan kecemasan. Temuan ini diperkuat oleh studi Modjo dkk (2022), yang mengungkapkan bahwa ketidakberdayaan pada pasien stroke muncul karena

ketergantungan mereka terhadap orang lain, sehingga menyulitkan mereka untuk mengalihkan pikiran negatif menjadi lebih positif.

Berdasarkan hasil pengkajian dan temuan sebelumnya, peneliti berpendapat bahwa kemandirian pasien memiliki pengaruh yang signifikan terhadap aspek psikologis mereka. Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara mandiri dan ketergantungan pada orang lain dapat menimbulkan frustrasi dan kehilangan kontrol atas kegiatan sehari-hari, yang berujung pada perasaan tidak berdaya, malu karena merepotkan orang lain, dan kehilangan tanggung jawab. Kondisi fisik yang menunjukkan ketidakberdayaan ini dapat memicu perasaan negatif yang lebih mendalam, seperti rendah diri dan ketidakberdayaan psikologis. Selain itu, hal ini juga menunjukkan bahwa hubungan sosial dan peran dalam keluarga sangat penting bagi pasien.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ditemukan adalah ketidakberdayaan berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik dan risiko harga diri rendah situasional berhubungan dengan ketidakberdayaan. Hasil yang didapat sesuai dengan PPNI (2017) yang menyatakan tanda gejala dari ketidakberdayaan berupa menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya, menyatakan keraguan tentang kinerja peran, menyatakan kurang kontrol, menyatakan rasa malu, bergantung pada orang lain, dan tidak berpartisipasi dalam perawatan.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan terkait tanda dan gejala dari ketidakberdayaan, karena data yang diperoleh dari laporan kasus ketidakberdayaan mengikuti Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Namun dapat disimpulkan

bahwa pasien yang mengalami kesulitan dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya secara mandiri dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang diberikan meliputi promosi harapan dan promosi koping. Berdasarkan panduan dari PPNI (2017), kedua intervensi ini merupakan pendekatan utama dalam menangani ketidakberdayaan, karena dapat membantu pasien dalam meningkatkan kemampuan mereka untuk menghadapi kondisi yang dialami. Temuan ini juga didukung oleh Modjo dkk (2022), yang menjelaskan bahwa upaya untuk membantu pasien yang mengalami ketidakberdayaan dapat dilakukan melalui latihan berpikir positif, melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan terkait perawatan, pengobatan, dan rencana masa depan. Oleh karena itu, penting untuk mengelola rasa tidak berdaya dengan meningkatkan kemampuan pasien dalam mengendalikan situasi yang masih bisa mereka lakukan, serta memberikan edukasi tentang penyakit yang mereka derita guna memperkuat pemahaman dan kemandirian pasien.

Intervensi yang berfokus pada peningkatan harapan dan pengembangan kemampuan koping memiliki peran penting dalam meningkatkan keberdayaan pasien yang mengalami ketidakberdayaan. Dengan menumbuhkan harapan, pasien menjadi lebih optimis terhadap kondisi kesehatannya, yang pada akhirnya mendorong keterlibatan aktif dalam proses perawatan. Di sisi lain, keterampilan koping yang diasah melalui metode yang tepat membantu pasien dalam mengelola tekanan emosional dan perasaan frustrasi. Terjalannya hubungan yang dilandasi kepercayaan antara pasien dan tenaga kesehatan juga menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pemulihan. Selain itu, keterlibatan pasien dalam proses pengambilan

keputusan terkait pengobatan dan perawatan dapat memperkuat rasa kepemilikan serta tanggung jawab terhadap kesehatan diri mereka.

4. Implementasi keperawatan

Intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, yaitu melalui delapan sesi pertemuan dengan durasi masing-masing 20 menit. Selama proses intervensi, perawat berperan dalam mendampingi pasien dan keluarganya untuk menetapkan tujuan, menyusun rencana kegiatan jangka pendek dan panjang, membahas perubahan peran yang dialami, serta mendorong keterlibatan keluarga melalui pemberian afirmasi positif. Tujuan dari langkah-langkah ini adalah untuk meningkatkan tingkat keberdayaan pasien. Temuan ini selaras dengan hasil penelitian Ramadia et al. (2019), yang menyebutkan bahwa kemampuan untuk mengubah pikiran negatif dapat mengurangi rasa ketidakberdayaan, membantu pasien mengenali penyebab dari kondisi yang dialami, dan meningkatkan kemampuan dalam mengendalikan diri. Selain itu, Pranoto dan rekan-rekannya (2020) menegaskan bahwa dukungan dari keluarga memiliki peran besar sebagai sumber motivasi bagi penderita stroke dalam upaya meningkatkan kualitas hidup. Sebaliknya, kurangnya dukungan tersebut dapat melemahkan kepercayaan diri pasien dalam menghadapi penyakit serta menjalani aktivitas sehari-hari.

Penerapan intervensi dalam mengatasi ketidakberdayaan pada pasien stroke menunjukkan bahwa terjalinnya hubungan yang baik antara tenaga kesehatan dan pasien, ditambah dengan dukungan keluarga yang solid, sangat berperan dalam meningkatkan keberdayaan pasien. Strategi komunikasi terapeutik, seperti pelatihan dalam mengelola situasi, mengendalikan pikiran, dan mengatasi pola pikir negatif, memberikan bekal penting bagi pasien untuk menghadapi tantangan

emosional yang muncul. Selain itu, penetapan tujuan yang realistis, baik dalam jangka pendek maupun panjang, mampu memberikan arah serta dorongan bagi pasien untuk lebih aktif dalam proses pemulihan. Dengan demikian, intervensi yang dirancang secara menyeluruh dan terarah dapat berkontribusi signifikan dalam mengurangi ketidakberdayaan dan memperbaiki kualitas hidup pasien stroke.

5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi setelah pelaksanaan intervensi keperawatan menunjukkan tercapainya seluruh tujuan, seperti peningkatan keyakinan pasien terhadap kemampuan mereka dalam menjalankan peran, peningkatan partisipasi pasien dalam program perawatan, serta berkurangnya perasaan kurang kontrol dan rasa malu, peningkatan dalam melaksanakan aktivitas dan pengurangan frustrasi akibat ketergantungan pada orang lain. Berdasarkan PPNI (2017), kriteria hasil ketidakberdayaan mencakup peningkatan dalam kemampuan melaksanakan aktivitas, keyakinan tentang kinerja peran, partisipasi dalam perawatan, serta penurunan frustrasi akibat ketergantungan pada orang lain, perasaan kurang kontrol, rasa malu, dan perasaan tertekan.

Berdasarkan hasil evaluasi, intervensi keperawatan yang diberikan efektif dalam meningkatkan keyakinan diri, partisipasi pasien, dan mengurangi perasaan kurang kontrol serta rasa malu. Namun, intervensi perlu dilanjutkan dengan melibatkan pasien lebih aktif dan memberikan dorongan berkelanjutan untuk membantu proses penyembuhan pasien.

C. Kelemahan Laporan Kasus

Berdasarkan pengalaman penulis dalam proses pengambilan kasus ini, kelemahan dalam pengambilan kasus ini yaitu tidak adanya papan komunikasi atau

alat bantu visual bagi pasien afasia yang menghambat komunikasi terapeutik, hal ini tentu berdampak pada kurang akuratnya pengkajian untuk kebutuhan kenyamanan dan emosi pasien. Serta ruang perawatan yang sempit menyulitkan akses alat bantu dan membatasi ruang gerak untuk memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi roda.