

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian, meliputi: 1) Konsep Depresi, 2) Konsep Stroke, 3) Konsep Kualitas Hidup, 4) Teori Model Konsep Keperawatan. Lazarus dan Folkman.

#### **2.1 Konsep Depresi**

##### **2.1.1 Defisini Depresi**

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan. Sebagaimana sebagian besar dari kita kadang-kadang mengalami kecemasan. Depresi sering kali berhubungan dengan berbagai masalah psikologis lain, seperti serangan panik, penyalahgunaan zat, disfungsi seksual, dan gangguan kepribadian (Davison dkk, 2010).

Memusatkan kepribadian menjadi hal yang sangat melelahkan bagi orang-orang yang mengalami depresi. Mereka tidak dapat dengan mudah memahami apa yang mereka baca dan apa yang dikatakan orang pada mereka. Setiap momen menjadi sangat berat dan kepala mereka terus dipenuhi dengan pikiran menyalahkan diri sendiri. Orang-orang yang depresi dapat mengabaikan kebersihan dan penampilan diri serta mengeluhkan berbagai simtom-somatik tanpa gangguan fisik yang jelas (Davidson, dkk, 2010).

### 2.1.2 Etiologi Depresi

Kaplan menyatakan bahwa faktor penyebab depresi dapat secara buatan dibagi menjadi faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial.

#### 1. Faktor biologi.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik, seperti: 5 HIAA (*5-Hidroksi indol asetic acid*), HVA (*Homovanilic acid*), MPGH (*5 methoxy-0- hidroksi phenil glikol*), di dalam darah, urin dan cairan *serebrospinal* pada pasien gangguan *mood*. *Neurotransmitter* yang terkait dengan patologi depresi adalah *serotonin* dan *epineprin*. Penurunan *serotonin* dapat mencetuskan depresi, dan pada pasien bunuh diri, beberapa pasien memiliki *serotonin* yang rendah. Pada terapi despiran mendukung teori bahwa *norepineprin* berperan dalam patofisiologi depresi (Kaplan, 2010). Selain itu aktivitas *dopamin* pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi *dopamin* seperti *Respirin*, dan penyakit dimana konsentrasi *dopamin* menurun seperti *parkinson*, adalah disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi *dopamin*, seperti *tyrosin*, *amphetamine*, dan *bupropion*, menurunkan gejala depresi (Kaplan, 2010). *Hipersekresi CRH* (*Corticotropin Releasing Hormon*) merupakan gangguan aksis HPA (*Hipotalamus-pituitary-adrenal*) yang sangat fundamental pada pasien depresi. *Hipersekresi* yang terjadi diduga akibat adanya defek pada sistem umpan balik *kortisol* di sistem *limpik* atau adanya kelainan pada sistem *monoaminogenik* dan *neuromodulator* yang mengatur CRH (Kaplan, 2010).

## 2. Faktor Psikososial

Menurut Freud dalam teori psikodinamikanya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai (Kaplan, 2010). Ada sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada lanjut usia yang pada umumnya berhubungan dengan kehilangan. Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial, dan penurunan fungsi kognitif (Kaplan, 2010). Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi: peristiwa kehidupan dan *stressor* lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial (Kaplan, 2010). Peristiwa kehidupan dan *stressor* lingkungan. Peristiwa kehidupan yang menyebabkan stres, lebih sering mendahului episode pertama gangguan *mood* dari episode selanjutnya. Para klinisi mempercayai bahwa peristiwa kehidupan memegang peranan utama dalam depresi, klinisi lain menyatakan bahwa peristiwa kehidupan hanya memiliki peranan terbatas dalam onset depresi. *Stressor* lingkungan yang paling berhubungan dengan onset suatu episode depresi adalah kehilangan pasangan (Kaplan, 2010). Faktor kepribadian. Beberapa ciri kepribadian tertentu yang terdapat pada individu, seperti kepribadian dependen, *anankastik*, *histrionik*, diduga mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya depresi. Sedangkan kepribadian antisosial dan paranoid (kepribadian yang memakai proyeksi sebagai mekanisme defensif) mempunyai resiko yang rendah (Kaplan, 2010).

### 3. Faktor Psikodinamika

Berdasarkan teori psikodinamika Freud, dinyatakan bahwa kehilangan objek yang dicintai dapat menimbulkan depresi (Kaplan, 2010). Dalam upaya untuk mengerti depresi, Sigmund Freud sebagaimana dikutip Kaplan (2010) mendalilkan suatu hubungan antara kehilangan objek dan melankolia. Ia menyatakan bahwa kekerasan yang dilakukan pasien depresi diarahkan secara internal karena identifikasi dengan objek yang hilang. Freud percaya bahwa introjeksi mungkin merupakan cara satu-satunya bagi ego untuk melepaskan suatu objek, ia membedakan melankolia atau depresi dari duka cita atas dasar bahwa pasien terdepresi merasakan penurunan harga diri yang melanda dalam hubungan dengan perasaan bersalah dan mencela diri sendiri, sedangkan orang yang berkabung tidak demikian. Kegagalan yang berulang. Dalam percobaan binatang yang dipapari kejutan listrik yang tidak bisa dihindari, secara berulang-ulang, binatang akhirnya menyerah tidak melakukan usaha lagi untuk menghindari. Disini terjadi proses belajar bahwa mereka tidak berdaya. Pada manusia yang menderita depresi juga ditemukan ketidakberdayaan yang mirip (Kaplan, 2010).

### 4. Faktor Kognitif

Adanya interpretasi yang keliru terhadap sesuatu, menyebabkan distorsi pikiran menjadi negatif tentang pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme dan keputusasaan. Pandangan yang negatif tersebut menyebabkan perasaan depresi (Kaplan, 2010).

Adapun pendapat tentang faktor resiko dan penyebab depresi menurut Tirto Jiwo (2012) adalah:

1. Kesepian atau keterasingan (*loneliness*)
2. Pengalaman hidup yang menekan (*stressful*) akhir-akhir ini
3. Kurangnya dukungan social
4. Riwayat penyakit depresi pada keluarga
5. Perbedaan biologis (*neurotransmitter* atau *hormonal*)
6. Adanya masalah keluarga atau masalah perkawinan
7. Masalah keuangan
8. Adanya trauma atau pelecehan pada masa kanak-kanak
9. Menganggur atau tidak punya pekerjaan
10. Penyalahgunaan obat atau narkotika
11. Pola pikir yang negatif.

Menurut teori *stress-vulnerability* model, ada beberapa resiko atau faktor penyebab depresi yaitu:

1. Genetika da riwayat keluarga: riwayat pada keluarga dengan penyakit depresi bukan berarti anak atau saudara akan menderita depresi. Penelitian menunjukkan bahwa pada orang-orang dengan riwayat keluarga penderita depresi maka kemungkinannya terkena depresi akan sedikit lebih besar dibandingkan masyarakat pada umumnya.
2. Kerentanan psikologis (*psychological vulnerability*) : kepribadian dan cara seseorang menghadapi masalah hidup kemungkinan juga berperan dalam mendorong munculnya depresi.

3. Lingkungan yang menekan (*stressful*) dan kejadian dalam hidup (*live events*) :  
berbagai penelitian menunjukkan bahwa pelecehan diwaktu kecil, perceraian atau ditinggal mati orang tua, kejadian pada orang dewasa diberhentikan-PHK, pension, ditinggal mati suami/ istri, masalah keuangan keluarga yang serius, bisa memicu timbulnya depresi. Menderita penyakit berat yang lama dan hidup menderita dalam jangka lama juga sering menjadi faktor penyebab depresi.
4. Faktor biologi: depresi kadang muncul setelah melahirkan atau terkena infeksi virus atau infeksi lainnya. Hal ini menunjukkan adanya faktor biologis dalam masalah depresi (Jiwo, 2012).

### **2.1.3 Gejala-gejala Depresi**

#### **1. Gejala Fisik**

Menurut beberapa ahli, gejala depresi yang kelihatan ini mempunyai rentangan dan variasi yang luas sesuai dengan berat ringannya depresi yang dialami. Namun secara garis besar ada beberapa gejala fisik umum yang relatif mudah dideteksi (Lumongga, 2009). Adapun gejalanya adalah:

1. Gangguan pola tidur. Misalnya sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit tidur.
2. Menurun tingkat aktivitas. Pada umumnya orang dengan depresi menunjukkan perilaku yang pasif, menyukai kegiatan yang tidak melibatkan orang lain.
3. Menurunnya efisiensi kerja. Penyebab jelas, orang yang terkena depresi akan sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada suatu hal, atau pekerjaan.

4. Menurunnya produktivitas kerja. Orang dengan depresi akan kehilangan sebagian atau seluruh motivasi kerjanya. Sebabnya, ia tidak lagi bisa menikmati dan merasakan kepuasan atas apa yang dilakukannya. Ia sudah kehilangan minat dan motivasi untuk melakukan kegiatannya seperti semula.
5. Mudah merasa letih dan sakit. Jelas saja, depresi merupakan perasaan negatif. Jika seseorang menyimpan perasaan negatif, maka jelas akan membuat letih karena membebani pikiran dan perasaannya.

## 2. Gejala Psikis

1. Kehilangan rasa percaya diri. Penyebabnya, orang yang dengan depresi cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negatif, termasuk menilai diri sendiri.
2. Sensitif. Orang dengan depresi suka mengaitkan sesuatu dengan dirinya. Perasaannya sensitif sekali, sehingga sering peristiwa yang terjadi dipandang berbeda oleh mereka dan bahkan salah diartikan. Akibatnya mudah tersinggung, mudah marah, perasa, curiga akan maksud orang lain, mudah sedih, murung dan lebih suka menyendiri.
3. Merasa diri tidak berguna. Perasaan tidak berguna ini muncul karena mereka merasa menjadi orang yang gagal terutama di bidang atau lingkungan yang seharusnya mereka kuasai.
4. Perasaan bersalah. Perasaan bersalah terkadang timbul dalam pemikiran orang dengan depresi. Mereka memandang suatu kejadian yang

menimpa dirinya sebagai suatu hukuman atau akibat dari kegagalan mereka menjalankan tanggung jawab yang dilaksanakan.

5. Perasaan terbebani. Banyak orang yang menyalahkan orang lain atas kesusahan yang dialaminya. Mereka merasa terbebani berat karena merasa terlalu dibebani tanggung jawab yang berat.

### 3. Gejala Sosial

Masalah depresi yang berawal dari sendiri pada akhirnya mempengaruhi lingkungannya. Orang dengan depresi merasa tidak mampu bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan sekalipun ada kesempatan.

Menurut Tirto Jiwo (2012) gejala depresi antara lain adalah:

1. Merasa sedih atau tidak bahagia.
2. Hal-hal kecil sudah membuat dirinya frustrasi atau sangat mengganggu.
3. Kehilangan minat atau kesenangan terhadap kegiatan sehari-hari yang dahulu disukainya.
4. Tidak bisa tidur atau kebanyakan tidur
5. Kehilangan dorongan seksual
6. Perubahan nafsu makan, bisa berupa kehilangan nafsu makan dan menjadi kurus atau bisa menjadi bertambah nafsu makan dan mengalami kegemukan
7. Tidak tenang, sulit duduk diam ditempat
8. Mudah meledak marah atau sangat mudah tersinggung.
9. Berpikir pelan, berbicara pelan dan lemah, begitu pula ketika bergerak atau menggerakkan bagian tubuhnya.



10. Sulit mengambil keputusan, kurang konsentrasi, gampang terganggu konsentrasinya, sulit mengingat.
11. Selalu merasa capai, lemah dan kehilangan tenaga, bahkan sebuah kegiatan kecil terasa sangat berat dan menghabiskan banyak tenaga.
12. Merasa tidak berharga, merasa bersalah dan selalu memikirkan kegagalan atau kesalahan masa lalu.
13. Sering berpikir tentang kematian atau bunuh diri
14. Tiba-tiba menangis tanpa sebab yang jelas
15. Gangguan fisik yang tidak jelas penyebabnya.

#### **2.1.4 Teori Psikologi dan Biologi Tentang Depresi**

##### **1. Teori Kognitif Tentang Depresi**

Teori kontemporer terpenting yang menganggap proses-proses berpikir sebagai faktor penyebab depresi adalah teori Aaron Beck (dalam Davison dkk, 2010). Pemikiran sentralnya adalah bahwa orang-orang yang depresi memiliki perasaan seperti demikian karena pemikiran mereka menyimpang dalam bentuk interpretasi negatif. Teori kognitif meyakini bahwa orang yang mengadopsi cara berpikir yang negatif ini memiliki risiko yang lebih besar untuk menjadi depresi bila dihadapkan pada pengalaman hidup yang menekan atau mengecewakan. Beck memandang konsep-konsep negatif mengenai *self* dan dunia ini sebagai cetakan mental atau skema-skema kognitif yang diadopsi saat masa kanak-kanak atas dasar pengalaman-pengalaman belajar dimasa awal. Anak-anak dapat menemukan bahwa tiada satupun yang mereka lakukan yang yang cukup baik sehingga dapat menyenangkan orang tua atau guru-guru mereka. Sebagai hasilnya,

mereka akan menganggap diri mereka sebagai orang yang pada dasarnya tidak kompeten dan memandang suram masa depan mereka. Keyakinan-keyakinan ini dapat akan membuat mereka menjadi lebih sensitif di kehidupan selanjutnya sehingga menginterpretasikan kegagalan atau kekecewaan apapun sebagai refleksi dari sesuatu yang pada dasarnya salah mengenai diri mereka sendiri. Kekecewaan kecil dan kegagalan pribadi menjadi “dibesar-besarkan melampaui proporsinya.” Bahkan suatu kekecewaan kecil dapat menjadi hempasan yang merusak atau kekalahan total, yang dapat menyebabkan depresi (Nevid, dkk. 2018).

Kecenderungan untuk membesar-besarkan pentingnya kegagalan kecil adalah suatu contoh dari suatu kesalahan dalam berpikir yang disebut Beck sebagai *distorsi* kognitif. Ia percaya bahwa distorsi kognitif membentuk tahapan-tahapan untuk depresi di saat menghadapi kehilangan personal atau peristiwa hidup yang negatif. Adapun segitiga kognitif dari depresi menurut Beck adalah sebagai berikut:

- a. Pandangan negatif tentang diri sendiri, yaitu memandang diri sendiri sebagai individu yang tidak berharga, penuh kekurangan, tidak dapat dicintai, dan kurang memiliki ketrampilan untuk mencapai kebahagiaan.
- b. Pandangan negatif tentang lingkungan, yaitu memandang lingkungan sebagai memaksakan tuntutan yang berlebihan atau memberikan hambatan yang tidak mungkin diatasi, yang terus menerus menyebabkan kegagalan dan kehilangan.
- c. Pandangan negatif tentang masa depan, yaitu memandang masa depan

sebagai tidak ada harapan dan meyakini bahwa dirinya tidak punya kekuatan untuk mengubah hal-hal menjadi lebih baik. Harapan orang ini terhadap masa depan hanyalah kegagalan dan kesedihan yang berlanjut serta kesulitan yang tidak pernah usai.

## 2. Teori Psikoanalisa Tentang Depresi

Menurut Freud, potensi depresi muncul pada awal masa kanak-kanak. Pada fase oral anak mungkin kurang atau terlalu terpenuhi kebutuhannya, sehingga ia terfiksasi pada fase ini mengakibatkan individu dependen, *low self esteem*. Hipotesanya adalah, setelah kehilangan orang yang dicintai, ia mengidentifikasi diri dengan orang tersebut seolah untuk mencegah kehilangan. Lama-lama ia malah marah pada dirinya sendiri, merasa bersalah. Teori ini merupakan dasar pandangan psikodinamika yang diterima secara luas menganggap depresi sebagai kemarahan yang terpendam yang balik menyerang diri sendiri (Davison dkk, 2010)

## 3. Teori *Behavioral* Tentang Depresi

Teori belajar berasumsi bahwa depresi dihasilkan dari ketidakseimbangan antara *output* perilaku dan *input reinforcement* yang berasal dari lingkungan (Nevid dkk, 2018). Kurangnya penguat untuk usaha seseorang dapat menurunkan motivasi dan menyebabkan perasaan depresi.

## 4. Teori *Humanistik-Eksistensial* Tentang Depresi

Teori eksistensial memfokuskan kehilangan harga diri sebagai penyebab depresi utama. Kehilangan harga diri dapat nyata atau simbolik, misal kehilangan kekuasaan, status sosial atau uang. Teori humanistik menekankan perbedaan *self* seseorang dengan keadaan yang nyata sebagai

sumber depresi dan kecemasan. Menurut pandangan ini depresi terjadi jika perbedaan antara ideal *self* dan kenyataan terlalu besar (Nevid dkk, 2018)

## 5. Teori Biologi

Berdasarkan teori biologi ada dua penyebab yang mempengaruhi depresi, yaitu *genetic* dan perubahan pada *neurokimia* (Davison dkk, 2010). Adapun faktor *neurokimia* adalah sebagai berikut: Faktor *neurotransmitter*: Dari *biogenik amin*, *norepinefrin* dan *serotonin* merupakan dua *neurotransmitter* yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan suasana hati. a) *Norepinefrin*: hubungan yang dinyatakan oleh penelitian ilmiah dasar antara turunnya regulasi *reseptor b-adrenergik* dan respon *antidepresan* secara klinis memungkinkan indikasi peran sistem *noradrenergik* dalam depresi. Bukti-bukti lainnya yang juga melibatkan *presinaptik reseptor adrenergik* dalam depresi, sejak reseptor reseptor tersebut diaktifkan mengakibatkan penurunan jumlah *norepinefrin* yang dilepaskan. *Presinaptik reseptor adrenergik* juga berlokasi di *neuron serotonergik* dan mengatur jumlah *serotin* yang dilepaskan, b) *Serotonin*: dengan diketahui banyaknya efek spesifik *serotin re uptake inhibitor (SSRI)*, contoh; *fluoxetin* dalam pengobatan depresi, menjadikan *serotonin neurotransmitter biogenik amin* yang paling sering dihubungkan dengan depresi, c) *Dopamine*: walaupun *norepinefrin* dan *serotonin* adalah *biogenik amin*, *dopamine* juga sering berhubungan dengan patofisiologi depresi, d) Faktor *neurokimia* lainnya: GABA dan *neuroaktif peptida* (terutama *vasopressin* dan *opiate endogen*) telah dilibatkan dalam patofisiologi → gangguan → suasana hati → Faktor → *neuroendokrin: Hypothalamus*

adalah pusat regulasi *neuroendokrin* dan menerima rangsangan *neuronal* yang menggunakan *neurotransmitter biogenicamin*. Berbagai macam *disregulasi endokrin* dijumpai pada pasien gangguan suasana hati. Faktor *Neuroanatomi*: Beberapa peneliti menyatakan hipotesisnya, bahwa gangguan suasana hati melibatkan patologi dan sistem limbik, *ganglia basalis* dan *hypothalamus*.

Penyebab yang kedua yaitu *genetic*. Data genetik menyatakan bahwa faktor yang signifikan dalam perkembangan gangguan perubahan suasana hati, yaitu pada penelitian anak kembar tentang depresi, pada kembar *monozigot* sebesar 50 persen sedangkan pada kembar *dizigot* 10 – 15 persen. Meskipun terdapat beberapa pendekatan tentang depresi, namun yang digunakan dalam penelitian ini adalah kajian depresi dengan pendekatan kognitif dari Aaron Beck, yang menyatakan bahwa depresi disebabkan oleh adanya *distorsi* kognitif atau pemikiran yang irasional

### **2.1.5 Diagnosa dan Screening Depresi**

Diagnosa dan derajat depresi menurut PPDGJ III (Maslim, 2013) adalah sebagai berikut:

1. Selama paling sedikit dua minggu dan hampir tiap hari mengalami suasana perasaan (suasana hati) yang depresif, kehilangan minat, kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju peningkatan keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas.
2. Keadaan tersebut paling sedikit dua minggu dan hampir tiap hari dialami, disertai berkurangnya konsentrasi dan perhatian, tidak berguna, pandangan masa depan suram dan pesimistik, gagasan membahayakan diri, tidur

terganggu, penurunan nafsu makan. Periode berikutnya gejala lebih pendek dari dua minggu dapat dibenarkan jika gejala tersebut luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.

3. Gejala-gejala tersebut diatas menyebabkan hambatan psikososial seperti cacat psikososial.

Derajat beratnya depresi ditentukan sebagai berikut:

- a. Depresi ringan: harus ada dua gejala dari kelompok (1) dan disertai minimal dua gejala dari kelompok (2), hambatan psikososial ringan dari kelompok (3), dan sedikit kesulitan dalam melanjutkan pekerjaan, hubungan sosial kegiatan harian).
- b. Depresi sedang: harus ada dua gejala dari kelompok (1), disertai minimal tiga gejala dari kelompok (2), hambatan psikososial sedang dari kelompok (3) dan sedikit kesulitan dalam melanjutkan pekerjaan , hubungan sosial kegiatan harian.
- c. Depresi Berat harus ada tiga gejala dari kelompok (1), disertai minimal empat gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat, sangat tidak mungkin mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf sangat terbatas.

Adapun alat yang digunakan untuk mengukur (*screening*) depresi adalah BDI (*Beck Depression Inventory*). BDI merupakan skala depresi yang disusun oleh Aaron T Beck pada tahun 1960-an. Skala ini didasarkan pada teori kognitif dan depresi dari Beck. BDI tidak hanya menangkap perubahan dalam suasana hati, tetapi juga perubahan dalam motivasi, fungsi fisik, dan fitur kognitif dari penderita depresi. Beck mulai memperhatikan karakteristik "*distorsi kognitif*"

yang terjadi pada depresi. Dalam pengamatan Beck, depresi atau perubahan suasana hati disebabkan oleh adanya gangguan berfikir. Skala BDI merupakan skala pengukuran interval yang mengevaluasi 21 gejala depresi, 15 diantaranya menggambarkan emosi, 4 perubahan sikap, 6 gejala somatik. Setiap gejala dirangking dalam skala intensitas 4 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0 – 63, nilai yang lebih tinggi mewakili depresi yang lebih berat. Pertanyaan dalam skala tersebut diisi sendiri oleh responden.

### **2.1.6 Strategi Coping**

Kata *coping* sendiri berasal dari kata *cope* yang dapat diartikan sebagai menghadapi, melawan, ataupun mengatasi. *Coping* adalah bagaimana orang berupaya mengatasi masalah atau menangani emosi yang umumnya negatif yang ditimbulkannya (Davison dkk, 2010). Pengertian *coping* hampir sama dengan *adjustment* (penyesuaian). Bedanya, *adjustment* mengandung pengertian yang lebih luas jika dibandingkan dengan *coping*, yaitu semua reaksi terhadap tuntutan, baik yang berasal dari lingkungan maupun dari dalam diri seseorang. Sedangkan *coping* dikhususkan pada bagaimana seseorang mengatasi tuntutan yang menekan (Lazarus, 2012).

Baron & Byrne (2012) mengemukakan bahwa *coping* adalah respon terhadap stres, yaitu apa yang dilakukan oleh individu yang dirasakan dan dipikirkannya untuk mengontrol dan mengurangi efek negatif dari situasi yang dihadapi. Namun pada umumnya, para ahli mendefinisikan istilah *coping* dengan mengacu pada konsep Lazarus. Menurut Lazarus & Folkman (2012), *coping* merupakan usaha-usaha yang meliputi tindakan dan usaha-usaha intrafisik untuk mengatur tuntutan-tuntutan lingkungan maupun internal serta konflik-konflik

yang dinilai dapat membebani atau melampaui potensi yang dimiliki oleh individu. Proses pengaturan tersebut meliputi usaha untuk menguasai, mengurangi, mentoleransi, dan meminimalkan tuntutan yang dihadapi oleh individu.

Berdasarkan uraian yang dikemukakan oleh para ahli di atas, maka dapat disimpulkan bahwa *coping* adalah usaha-usaha yang dilakukan oleh individu dalam menghadapi tuntutan, baik yang bersifat internal maupun eksternal yang membebani atau melampaui kemampuan yang dimiliki oleh individu. Usaha-usaha tersebut meliputi bagaimana menguasai, mengurangi, mentoleransi, dan meminimalkan tuntutan yang ada.

Taylor (2009) mengungkapkan bahwa *coping* berfungsi untuk mempertahankan keseimbangan emosi, mempertahankan *self image* yang positif, mengurangi tekanan lingkungan atau menyesuaikan diri terhadap kejadian yang negatif, dan tetap menjaga interaksi dengan orang lain. Sementara itu, Pearlin dan Schooler mengemukakan bahwa fungsi *coping* meliputi usaha untuk:

- a. Menghilangkan atau mengubah situasi yang menyebabkan masalah.
- b. Mengendalikan makna dari situasi yang dialami, sehingga situasi tersebut menjadi kurang bermasalah.
- c. Menerima konsekuensi emosional dalam batas yang dapat diatur.
- d. Strategi *Coping*

Strategi *coping* didefinisikan sebagai suatu proses tertentu yang disertai dengan suatu usaha dalam rangka merubah domain kognitif atau perilaku secara konstan untuk mengatur dan mengendalikan tuntutan dan tekanan eksternal maupun internal yang diprediksi akan dapat membebani dan melampaui



kemampuan dan ketahanan individu yang bersangkutan (Lazarus dan Folkman, 2012).

Dari beberapa teori yang menjelaskan mengenai *coping*, salah satu teori yang paling populer mengenai strategi *coping* adalah teori yang dikemukakan oleh Lazarus dan Folkman. Menurut Lazarus dan Folkman (2012) secara umum terdapat dua strategi *coping* yaitu *coping problem-focused coping* dan *emotional focused coping*.

a. *Problem-focused coping*

Merupakan salah satu bentuk *coping* yang lebih berorientasi pada pemecahan masalah (*problem solving*), meliputi usaha-udsaha untuk mengatur atau merubah kondisi objektif yang merupakan hambatan dalam penyesuaian diri atau melakukan sesuatu untuk merubah hambatan tersebut. *Problem focused coping* merupakan strategi yang bersifat eksternal. Dalam *problem focused coping* orientasi utamanya adalah mencari dan menghadapi pokok permasalahan dengan cara mempelajari strategi atau keterampilan-keterampilan baru dalam rangka mengurangi stressor yang dihadapi atau dirasakan.

b. *Emotional focused coping*.

Merupakan usaha-usaha untuk mengurangi atau mengatur emosi dengan cara menghindari untuk berhadapan langsung dengan *stressor*. *Emotional focused coping* merupakan strategi yang bersifat internal. Dalam *emotional focused coping*, terdapat kecenderungan untuk lebih memfokuskan diri dan melepaskan emosi yang berfokus pada kekecewaan ataupun distres yang dialami dalam rangka untuk melepaskan emosi atau

perasaan tersebut. Carver, dkk (2010) menambahkan bahwa respon lain yang diyakini sebagai bagian dari EFC adalah ketidaksesuaian perilaku (*behavioral disengagement*). *Behavioral disengagement* merupakan upaya seseorang untuk mengurangi stressor dengan cara menyerah pada situasi. *Behavioral disengagement* seringkali didistilahkan sebagai ketidakberdayaan (*helplessness*). Ketidakberdayaan ini akan diikuti oleh ketidaksesuaian mental (*mental disengagement*), individu dalam hal ini biasanya melakukan aktivitas yang tidak ada hubungannya dengan permasalahan yang sedang dihadapi, misalnya tidur seharian, menonton TV setiap saat dan lain sebagainya.

Carver & Smith. (2010) menambahkan bahwa bentuk strategi *coping* ada dua yaitu *adaptive coping* dan *maladaptive coping*. *Coping* juga diklasifikasikan menjadi *adaptive coping* dan *maladaptive coping*. *Adaptive coping* adalah *coping* efektif dalam mengatasi situasi yang membuat individu tertekan, sebaliknya *maladaptive coping* adalah *coping* tidak efektif. Adapun dimensi *adaptive coping* adalah *coping* aktif, penggunaan pertolongan, penyusunan positif, pengalihan diri, perencanaan, penerimaan, *coping* agama, dan humor. Sedangkan *maladaptive coping* terdiri dari penolakan, penggunaan zat, penggunaan dukungan emosional, ketidakberdayaan, pelepasan dan menyalahkan diri sendiri (Carver & Smith, 2010).

Strategi *coping* dapat juga diukur dengan skala *cope* atau *cope inventory* (Davison dkk, 2010). *Cope inventory* diterbitkan pada tahun 1989 oleh Charles S. Carver, Michel Scheier dan Jagdish Weintraub. Skala ini disusun untuk menilai respon *coping*. *Cope inventory* ini disusun berlandaskan teori tentang *coping* dari

Lazarus dan Folkman. Skala ini terdiri dari beberapa indikator yang tergolong dalam *adaptive coping* dan *maladaptive coping*. Adapun indikatornya adalah sebagai berikut, pengalihan yaitu perubahan sasaran ketakutan atau kecemasan kepada aktivitas yang lebih positif. *Coping* aktif dicirikan dengan pemecahan masalah. Penolakan yaitu menolak kenyataan atau mengingkari kenyataan yang terjadi. Penggunaan zat yaitu perubahan sasaran kecemasan dengan menggunakan zat atau obat-obatan seperti alkohol dan obat-obatan terlarang. Penggunaan dukungan emosional yaitu mencari dukungan secara emosional seperti kenyamanan dan penerimaan dari orang lain. Mencari pertolongan yaitu meminta bantuan kepada orang lain dalam mengatasi situasi yang menekan. Ketidakberdayaan yaitu upaya individu untuk mengurangi situasi tertekan dengan cara menyerah pada situasi. Pelepasan yaitu pelampiasan emosi negatif. Penyusunan positif yaitu berpikir positif terhadap situasi yang membuat individu tertekan. Perencanaan yaitu mengatur strategi untuk mengatasi situasi yang menekan. Humor yaitu mengatasi situasi tertekan dengan menceritakan hal-hal yang lucu. Penerimaan yaitu menerima keadaan atau situasi yang membuat individu tertekan. *Coping* agama yaitu kecenderungan individu untuk melibatkan unsur-unsur agama dalam mengatasi situasi yang menekan. Menyalahkan diri sendiri adalah melampiaskan kesalahan kepada diri individu sendiri atas situasi yang membuat individu tertekan (Carver & Smith, 2010).

Dalam menentukan dan melakukan strategi  *coping*  untuk mengatasi dan menghadapi masalah, tiap-tiap individu memiliki cara yang berbeda-beda tergantung dari situasi dan kondisi yang dihadapi. Seberapa jauh tingkat keberhasilan yang didapat dari strategi  *coping*  yang dilakukan juga tergantung dari

individu, situasi dan kondisinya masing- masing. Dari berbagai situasi dan kondisi tersebut para ahli mencoba menemukan benang merah yang dinyatakan sebagai faktor yang mempengaruhi *coping*. Taylor (2009) menyatakan faktor yang mempengaruhi *coping* yang dilakukan individu lebih berasal dari dukungan orang-orang di sekitar individu, seperti misalnya saudara, orang tua, suami atau istri, anak, teman atau menggunakan jasa tenaga profesional seperti psikolog yang dapat membantu individu dalam melakukan *coping* yang tepat, dalam usaha menghadapi dan memecahkan masalah yang dihadapi.

Carver & Smith, (2010) mengatakan bahwa strategi *coping* juga dipengaruhi oleh kepribadian. Tipe A dengan ciri-ciri ambisius, kritis terhadap diri sendiri, tidak sabaran, melakukan pekerjaan yang berbeda dalam waktu yang sama, mudah marah dan agresif, akan cenderung menggunakan strategi *coping* yang berorientasi emosi (EFC). Sebaliknya seseorang dalam kepribadian Tipe B, dengan ciri-ciri suka rileks, tidak terburu-buru, tidak mudah terpancing untuk marah, berbicara dan bersikap dengan tenang, serta lebih suka untuk memperluas pengalaman hidup, cenderung menggunakan strategi *coping* yang berorientasi pada masalah (PFC).

Menurut Parker (Kertamuda dan Herdiansyah, 2009), ketika seseorang melakukan strategi *coping*, ada tiga faktor yang mempengaruhinya. Ketiga hal tersebut adalah: (1) karakteristik situasional; (2) faktor lingkungan fisik dan psikososial; (3) faktor personal atau perbedaan individu yang mempengaruhi manifestasi *coping* antara lain jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, persepsi terhadap stimulus yang dihadapi dan tingkat perkembangan kognitif individu.

Berdasarkan beberapa teori di atas, dapat disimpulkan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi coping yang dilakukan individu adalah adanya dukungan sosial disertai adanya lingkungan yang mendukung, baik faktor lingkungan fisik maupun psikososial, usia, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, persepsi terhadap stimulus yang dihadapi, tingkat perkembangan kognitif, kepribadian, kebudayaan, kesenangan, dan tingkat usia individu.

## 2.2 Konsep Stroke

### 2.2.1 Pengertian

Stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan/atau gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal (atau global) yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian. Mekanisme *vascular* yang menyebabkan stroke dapat diklasifikasikan sebagai *emboli* atau *thrombosis* dan *hemoragik* (Lecture, 2008).

Corwin (2011) menyatakan bahwa *Cedera Vaskular Serebral (CVS)*, yang sering disebut stroke atau serangan otak, adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak. Individu yang terutama beresiko mengalami CVS adalah lansia dengan *hipertensi*, *diabetes*, *hiperkolesterolemia*, atau penyakit jantung. Pada CVS, hipoksia serebral yang menyebabkan cedera dan kematian sel *neuron* terjadi. Inflamasi, yang ditandai dengan pelepasan *sitokin proinflamasi*, produksi *radikal* bebas oksigen, dan pembengkakan serta *edema* ruang *interstisial*, terjadi pada kerusakan sel dan menyebabkan situasi yang memburuk. Demikian pula, *asidosis* terjadi akibat *hipoksia* dan mencederai otak lebih lanjut melalui aktivasi saluran *ion neuron* yang mendeteksi asam. Pada akhirnya, kerusakan otak terjadi setelah CVS, biasanya memuncak 24 sampai 72 jam setelah kematian sel

*neuron.*

### 2.2.2 Etiologi Stroke

Penyebab CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) dapat dibagi menjadi tiga, yaitu :

#### 1. Trombosis serebri.

*Aterosklerosis serebral* dan perlambatan sirkulasi *serebral* atau penyebab utama *thrombosis serebral* adalah penyebab paling umum dari stroke. *Thrombosis* ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya pada kaitanya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat *aterosklerosis* (Smeltzer, 2008).

#### 2. *Emboli selebri*

*Embolisme selebri* termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Penderita *embolisme* biasanya lebih muda dibandingkan dengan penderita *thrombosis*. Kebanyakan *emboli serebri* berasal dari suatu *thrombus* dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung (Price, 2013).

#### 3. *Hemoragik*

*Hemoragik* dapat terjadi diluar *durameter* (*hemoragik ekstra dural* atau *epidural*) di bawah *durameter* (*hemoragik subdural*), diruang *sub arachnoid* (*hemoragik subarachnoid*) atau dalam *substansial* otak (*hemoragik intra serebral*) (Price, 2013).

### 2.2.3 Faktor Resiko

#### 1. Hipertensi

Merupakan faktor resiko utama. Hipertensi dapat disebabkan *aterosklerosis* pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah atau menimbulkan perdarahan.

#### 2. Penyakit kardiovaskuler

Misalnya *embolisme serebral* berasal dari jantung seperti penyakit *arteri koronia*, gagal jantung kongestif, MCI, *hipertrofi ventrikel* kiri. Pada *febrilasi atrium* menyebabkan penurunan CO, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi stroke. Pada *aterosklerosis* elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga *perfusi* ke otak menurun juga pada akhirnya terjadi stroke.

#### 3. Diabetes militus

Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskulerisasi dan terjadi *aterosklerosis* elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga ada akhirnya terjadi stroke.

#### 4. Merokok

Pada perokok akan timbul *plaque* pada pembuluh darah oleh *nikotin* sehingga memungkinkan penumpukan *aterosklerosis* dan kemudian berakibat pada stroke.

5. Alkoholik

Pada alkoholik dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan *kardiak aritmia* serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi *emboli serebral*.

6. Peningkatan kolesterol

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan *aterosklerosis* dan terbentuknya *emboli* lemak sehingga aliran darah lambat termasuk ke otak, maka perfusi otak menurun.

7. Obesitas

Pada obesitas kadar kolesterol tinggi. Terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini berkontribusi pada stroke.

8. *Aterosklerosis*

Pada arterosklerosi, elastitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi otak menurun juga sehingga menyebabkan stroke.

9. Kontrasepsi

10. Riwayat kesehatan adanya stroke

Adanya keturunan keluarga yang pernah menderita penyakit stroke.

11. Umur (insiden meningkat sejalan dengan meningkatnya umur)

12. Stress emosional



#### 2.2.4 Klasifikasi Stroke

Klasifikasi stroke menurut Corwin (2011) dan Muttaqin (2011) adalah:

##### 1. Stroke *Iskemik*

Stroke *Iskemik* terjadi akibat adanya sumbatan arteri yang menuju ke otak, baik sumbatan itu terjadi di pembuluh arteri serebri (*thrombus*) maupun di pembuluh arteri yang menuju ke otak di area lain (*embolus*).

##### a. Stroke *Trombotik*

Stroke *trombotik* terjadi akibat adanya *oklusi arteri* di area otak, yang biasanya disebabkan oleh *aterosklerosis* berat. Seringkali stroke ini didahului oleh TIA (*Transient Ischemic Attack/ Serangan Otak Sementara*) sekali atau lebih sebelum stroke yang sebenarnya terjadi. TIA sendiri adalah gangguan fungsi otak yang singkat akibat *hipoksia serebral* dan terjadi kurang dari 24 jam.

##### b. Stroke *Embolik*

Stroke embolik terjadi akibat *oklusi arteri* oleh *embolus* dibagian tubuh selain otak. Hal ini biasanya bersumber dari jantung setelah *infark miokardium* atau *fibrilasi atrium*, dan *embolus* yang merusak arteri *karotis komunis* atau *aorta*

##### 2. Stroke *Hemoragik*

Stroke ini terjadi akibat *lesi vascular intraserebrum* mengalami *rupture*, sehingga terjadi perdarahan di ruang *subarachnoid* atau langsung ke dalam jaringan otak. Rupturnya pembuluh darah ini menyebabkan *iskemia* dan *hipoksia* di jaringan otak. Hal ini disebabkan oleh *hipertensi*, pecahnya *aneurisma*, atau *malformasi arteriovenosa*. *Hemoragi* dalam otak secara

signifikan meningkatkan tekanan *intracranial*, yang memperburuk cedera otak yang dihasilkannya. Biasanya terjadi ketika seseorang melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat.

### 2.2.5 Dampak Stroke Pada Pasien

Menurut *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* dalam (Yani, 2010), dampak yang mungkin timbul pada pasien stroke adalah:

#### 1. *Paralisis*

*Paralisis* dapat menyebabkan kesulitan dalam aktivitas sehari-hari seperti berjalan, berpakaian, makan, atau menggunakan kamar mandi. Biasanya terjadi unilateral (*hemiplegia*) dan paralisis terjadi kontralateral dari lesi di *hemisfer* otak. Beberapa pasien stroke juga mengalami kesulitan saat menelan (*disfagia*).

#### 2. Defisit fungsi kognitif

Stroke dapat menimbulkan dampak pada penurunan fungsi kognitif seperti proses berfikir, pemusatan perhatian, proses pembelajaran, pembuatan keputusan, maupun daya ingat. Defisit fungsi kognitif yang parah dapat menimbulkan keadaan yang disebut *apraksia* dan *agnosia*.

#### 3. Defisit bahasa

Stroke dapat menimbulkan dampak kesulitan dalam memahami (*afasia*) dan menyusun perkataan (*disartria*).

#### 4. Defisit emosional

Pasien stroke dapat mengalami kesulitan dalam mengontrol emosi mereka. Depresi sering terjadi pada pasien stroke. Depresi pasca stroke dapat

menghalangi pemulihan dan rehabilitasi stroke bahkan dapat mengarah pada percobaan bunuh diri.

#### 5. Rasa sakit

Rasa sakit, sensasi aneh, dan rasa kebas pada pasien stroke mungkin disebabkan banyak faktor meliputi kerusakan region sensorik otak, sendi yang kaku, atau tungkai yang lumpuh. Rasa sakit tersebut merupakan campuran dari rasa panas, dingin, terbakar, perih, mati rasa, dan rasa tertusuk. Rasa sakit tersebut terasa lebih parah di ekstremitas dan semakin parah dengan perubahan gerak dan temperatur terutama dingin.

Sedangkan menurut Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki, 2012), stroke menimbulkan dampak yang sangat besar dari segi ekonomi dan social karena biaya pengobatan dan perawatan sangat tinggi, disamping itu stroke juga menimbulkan dampak social akibat dari gejala sisa sehingga penderita tidak dapat bekerja kembali seperti sediakala dan sosialisasinya pun dapat terhambat.

#### **2.2.6 Program Rehabilitasi Pasien dengan Stroke**

Menurut Hariandja (2013) terapi yang biasa dilakukan oleh penderita stroke antara lain adalah fisioterapi, terapi okupasi, dan terapi wicara. Hal ini bergantung pada kebutuhan dan gejala yang dimiliki oleh penderita stroke. Terapi tersebut dapat dilakukan satu per satu maupun dipadukan. Prinsip rehabilitasi menurut Purwanti dan Maliya (2008) adalah:

1. Rehabilitasi dimulai sedini mungkin, bahkan dapat dikatakan bahwa rehabilitasi segera dimulai sejak dokter melihat penderita untuk pertama kalinya.

2. Tidak ada seorang penderitapun yang boleh berbaring satu hari lebih lama dari waktu yang diperlukan, karena akan mengakibatkan komplikasi.
3. Rehabilitasi merupakan terapi multidisipliner terhadap seorang penderita dan rehabilitasi merupakan terapi terhadap seorang penderita seutuhnya.
4. Faktor yang paling penting dalam rehabilitasi adalah kontinuitas perawatan.
5. Perhatian untuk rehabilitasi lebih dikaitkan dengan sisa kemampuan fungsi neuromuskuler yang masih ada, atau dengan sisa kemampuan yang masih dapat diperbaiki dengan latihan.
6. Dalam pelaksanaan rehabilitasi termasuk pula upaya pencegahan serangan berulang.
7. Penderita stroke lebih merupakan subjek rehabilitasi dan bukannya sekadar objek.

Adapun tahap rehabilitasi menurut Purwanti dan Maliya (2008) adalah:

1. Rehabilitasi stadium akut

Sejak awal tim rehabilitasi medic sudah diikutkan, terutama untuk mobilisasi. Programnya dijalankan oleh tim, biasanya latihan aktif dimulai sesudah prosesnya stabil, 24-72 jam sesudah serangan, kecuali perdarahan. Sejak awal terapi wicara diikutsertakan untuk melatih otot-otot menelan yang biasanya terganggu pada stadium akut. Psikolog dan pekerja sosial medic untuk mengevaluasi status psikis dan membantu kesulitan keluarga.

2. Rehabilitasi stadium subakut

Pada stadium ini kesadaran membaik, penderita mulai menunjukkan tanda-tanda depresi, fungsi bahasa mulai dapat terperinci. Pada *post stroke*

pola kelemahan ototnya menimbulkan hemiplegi posture. Kita berusaha mencegahnya dengan cara pengaturan posisi, stimulasi sesuai kondisi klien.

### 3. Rehabilitasi stadium kronik

Pada saat ini terapi kelompok telah ditekankan, dimana terapi ini biasanya sudah dapat dimulai pada akhir stadium subakut. Keluarga penderita lebih banyak dilibatkan, pekerja medik sosial, dan psikolog harus lebih aktif.

Menurut Purwanti dan Maliya (2008) program rehabilitasi segera dijalankan oleh tim, biasanya aktif dimulai sesudah prosesnya stabil, 24-72 jam sesudah serangan kecuali pada perdarahan. Tindakan mobilisasi pada perdarahan *subarachnoid* dimulai 2-3 minggu sesudah serangan. Latihan gerakan sendi anggota badan secara pasif 4 kali sehari untuk mencegah *kontraktur*. Adapun langkah-langkah mobilisasi dalam rehabilitasi menurut Purwanti dan Maliya (2008) ini meliputi:

#### a. Pelaksanaan mobilisasi dini posisi tidur

##### 1) Berbaring terlentang

Posisi kepala, leher, dan punggung harus lurus. Letakkan bantal dibawah lengan yang lumpuh secara hati-hati, sehingga bahu terangkat ke atas dengan lengan agak ditinggikan dan memutar ke arah luar, siku dan pergelangan tangan agak ditinggikan. Letakkan pula bantal dibawah paha yang lumpuh dengan posisi agak memutar ke arah dalam, lutut agak ditekuk

## 2) Miring ke sisi yang sehat

Bahu yang lumpuh harus menghadap ke depan, lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku di luruskan. Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, di bawah paha dan tungkai diganjal bantal, lutut ditekuk

## 3) Miring ke sisi yang lumpuh

Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahwa bahu penderita tidak memutar secara berlebihan. Tungkai agak ditekuk, tungkai yang sehat menyilang di atas tungkai yang lumpuh dengan diganjal bantal.

### b. Latihan gerak sendi

#### 1) Anggota Gerak Atas

##### (a) *Fleksi dan ekstensi*

Dukung lengan dengan pergelangan tangan dan siku, angkat lengan lurus melewati kepala klien, istirahatkan lengan terlentang diatas kepala di tempat tidur.

##### (b) *Abduksi dan adduksi*

Dukung lengan di pergelangan dengan telapak tangan dan siku dari tubuhnya klien, geser lengan menjauh menyamping dari badan, biarkan lengan berputas dan berbalik sehingga mencapai sudut 90° dari bahu.

##### (c) *Siku fleksi dan ekstensi*

Dukung siku dan pergelangan tangan, tekuk lengan klien sehingga lengan menyentuh ke bahu, luruskan lengan ke depan.

(d) Pergelangan tangan

Dukung pergelangan tangan dan tangan klien dan jari-jari dengan jari yang lain, tekuk pergelangan tangan ke depan dan menggenggam, tekuk pergelangan tangan ke belakang dan tegakkan jari-jari, gerakkan pergelangan tangan ke lateral.

(e) Jari *fleksi* dan *ekstensi*

Dukung tangan klien dengan memegang telakan tangan, tekuk semua jari sekali, luruskan semua jari sekali.

2) Anggota Gerak Bawah

(a) Pinggul *fleksi*

Dukung dari bawah lutut dan tumit klien, angkat lutut mengarah ke dada, tekuk pinggul sedapat mungkin, biarkan lutut menekuk sedikit atau dengan toleransi klien.

(b) Pinggul *fleksi* (kekuatan)

Dukung dari bawah lutut dan tumit klien, mengangkat kaki klien diluruskan setinggi mungkin, pegang sampai hitungan kelima.

(c) Lutut *fleksi* dan *ekstensi*

Dukung kaki bila perlu tumit dan belakang lutut, tekuk stinggi 90° dan luruskan kembali.

(d) Jari kaki *fleksi* dan *ekstensi*

Dukung telapak kaki klien, tekuk semua jari menurun dan dorong semua jari ke belakang.

(e) Tumit *inversi* dan *evers*

Dukung kaki klien di tempat tidur dengan satu tangan dan pegang telapak kaki dengan tangan yang lain, putar telapak kaki keluar, putar telapak kaki ke dalam.

3) Latihan duduk

Latihan di mulai dengan meninggikan letak kepala secara bertahap untuk kemudian dicai posisi setengah duduk dan pada akhirnya posisi duduk. Latihan duduk secara aktif sering kali memerlukan alat bantu, misalnya *trapeze* untuk pegangan penderita.

## **2.3 Konsep Kualitas Hidup**

### **2.3.1 Pengertian**

Kualitas hidup adalah ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi pada pasien. Pengukuran konseptual mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup, kemampuan seseorang untuk secara mandiri melakukan kegiatan sehari-hari (Brooker, 2009).

Kualitas hidup dapat menjadi istilah yang umum untuk menyatakan status kesehatan, meskipun istilah ini juga memiliki makna khusus yang memungkinkan penentuan ranking penduduk menurut aspek objektif maupun subjektif pada status kesehatan mereka. Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan (HRQOL, *health-related quality of life*) mencakup keterbatasan fungsional yang bersifat fisik maupun mental, dan ekspresi positif kesejahteraan fisik, mental, serta spiritual. HRQOL dapat digunakan sebagai sebuah ukuran integratif yang menyatukan mortalitas dan morbiditas, serta merupakan indeks berbagai unsur



yang meliputi kematian, morbiditas, keterbatasan fungsional, serta keadaan sehat sejahtera (Gybney dkk, 2009).

### **2.3.2 Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke**

Wyller dkk. (1998) melaporkan penelitiannya bahwa pasien stroke mempunyai kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih rendah jika dibandingkan dengan kelompok kontrol (Yani, 2010). Astrom M dan Asplund K, (2005) dalam Yani (2010) juga menyatakan bahwa stroke mengakibatkan terjadinya ketidakmampuan fisik, emosi, dan kehidupan sosial. Hal tersebut memberikan pengaruh besar terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke.

### **2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke**

Dalam penelitian Hafdia, A., et al, (2018) menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke adalah umur, kecacatan, kecemasan, dan dukungan keluarga. Sedangkan faktor yang tidak berhubungan adalah jenis kelamin, kormobiditas dan gangguan tidur. Dan dari hasil uji regresi logistik yang paling berhubungan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke adalah umur.

#### **1. Umur**

Penyakitt stroke lebih banyak ditemukan pada lansia dengan rerata usia > 55 tahun karena secara fisiologis terjadi perubahan fisik yang berhubungan dengan umur meliputi perubahan pembuluh darah secara umum termasuk pembuluh darah otak yang menjadi kurang elastik dan adanya penumpukan plak pada percabangan pembuluh darah otak yang berlangsung bertahun-tahun. Adanya plak yang terjadi pada pembuluh darah

otak akan mengganggu sirkulasi darah ke otak sehingga otak akan mengalami gangguan metabolisme, jika terjadi terus menerus akan terjadi iskemia dan akhirnya infark serebral (Bariroh, et al., 2016). Dan pada hasil penelitian hafdia, 2018. Menunjukkan bahwa pasien pasca stroke dengan kualitas hidup buruk lebih banyak pada umur beresiko yaitu  $\geq 55$  tahun dibandingkan dengan umur tidak beresiko. Demikian pula dengan pasien pasca stroke dengan kualitas hidup baik lebih banyak pada umur dengan resiko rendah.

## 2. Kecacatan

Stroke merupakan penyebab utama kecacatan jangka panjang, tingginya angka kecacatan akibat stroke disebabkan gangguan pada jaringan serebral sehingga berakibat ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari, gangguan mental emosi dan penurunan produktivitas sehingga kondisi tersebut berdampak pada kualitas hidup (Carod-Artal and Egido, 2014). Dan hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien pasca stroke dengan kualitas hidup baik lebih banyak pada cacat ringan dengan dibandingkan dengan cacat berat. Demikian pula dengan pasien pasca stroke dengan kualitas hidup buruk lebih banyak pada cacat berat dibandingkan dengan cacat ringan.

## 3. Kecemasan

Kecemasan adalah gangguan alami perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien pasca stroke dengan kualitas hidup buruk lebih banyak pada kondisi cemas dibandingkan

dengan kondisi normal. Demikian pula dengan pasien pasca stroke dengan kualitas hidup baik lebih banyak pada kondisi normal dibandingkan dengan kondisi cemas.

#### 4. Dukungan keluarga

Pasangan merupakan *support system* yang baik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Penelitian lain menemukan pasien yang tidak mempunyai pasangan ditemukan lebih memiliki kecemasan dibandingkan dengan pasien yang mempunyai pasangan. Meskipun status perkawinan bukan merupakan faktor resiko terjadinya penyakit stroke namun, status pernikahan merupakan salah satu dukungan social terhadap pasien sehingga dengan adanya pasangan hidup dapat memberikan dukungan kepada pasangan untuk menjalankan perilaku yang sehat dan positif. Dengan keberadaan pasangan yang selalu mendampingi dan memberikan dukungan ataupun bantuan saat pasien mengalami masalah terkait kondisi kesehatannya, maka pasien akan merasa lebih optimis dalam menjalani kehidupannya. Hal itu akan mempengaruhi keseluruhan aspek pada kualitas hidupnya. Oleh karena itu kualitas hidup pasien dengan status marital menikah lebih baik. Dukungan keluarga mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke dengan yaitu status pernikahan menikah akan meningkatkan kualitas hidup baik segi fisik, psikologis, hubungan social dan lingkungan hasil menunjukkan status pernikahan menikah atau masih memiliki pasangan lebih banyak memiliki kualitas hidup baik. Beberapa hal penting yang dapat dilakukan untuk mendukung anggota keluarga yang menderita stroke yaitu dengan meningkatkan kesadaran dirinya untuk

mengenali penyakit stroke, bahwa penyakit tersebut dapat dikontrol sehingga pasien memiliki kesadaran yang tinggi untuk mengelolah penyakitnya (Hafdia, A., et al, 2018).

### **2.3.2. Domain Pengukuran Kualitas Hidup**

*Stroke Specific Quality Of Life Scale (SSQOL)* merupakan sebuah kuesioner untuk menilai kualitas hidup yang dikembangkan oleh Williams yang berisi 49 item yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pada pasien stroke. Konsep dari kualitas hidup mencakup fisik, emosional dan aspek sosial yang dapat dipengaruhi dengan perubahan kesehatan. SSQOL dikembangkan sebagai pengukuran yang holistik. Setiap itemnya dikembangkan dari wawancara dengan penderita stroke iskemik dan seleksi 49 item merupakan hasil analisis *kohort* lebih dari 80 item pada penderita stroke iskemik. Item dikelompokkan menjadi 12 domain, yaitu: mobilitas, energi, fungsi ekstremitas atas, kerja/ produktivitas, *mood*, peran sosial, peran keluarga, penglihatan, bahasa, berfikir, personal dan perawatan diri. Tiap item dinilai dengan 5 poin *Likert scale*. Hasil respon berkisar dari 1 sampai 5, dengan total nilai tertinggi menunjukkan kualitas hidup yang tinggi, dan nilai rendah menunjukkan kualitas hidup yang rendah (William et al, 2007).

Menurut penelitian William et al, dalam pengembangan alat ukur ini didapatkan reliabilitas internal yang sangat baik dengan nilai *Cronbach's α* untuk tiap domain  $\geq 0.73$ . Sebagian besar domain menunjukkan validitas konstruksi yang cukup baik juga (William et al, 2007). Sebagai tambahan pada 49 item, terdapat 13 item diakhir kuesioner yang tidak dijumlahkan ke dalam skor total. Item ini digunakan untuk mengkategorikan seberapa besar stroke mempengaruhi tiap

domain dan keseluruhan kualitas hidup. Item ini berguna sebagai tambahan dalam tes psikometrik namun dapat diabaikan tergantung tujuan penggunaannya.

SSQOL memiliki cakupan fungsi yang lebih luas, terutama yang dipengaruhi oleh stroke dan menanyakan pertanyaan pada area ini akan berguna bagi pasien stroke. Sebagai contoh, *Short Form-36 (SF-36)* dan *European Quality of Life (EuroQol)* sering digunakan pada pasien stroke namun tidak menilai bahasa, fungsi tangan, kognisi atau pun penglihatan. Untuk itu, SSQOL dapat lebih baik dibandingkan alat ukur *Health Related Quality of Life (HRQOL)* yang generik untuk menilai perubahan bermakna setelah stroke selama perjalanannya (William et al, 2007).

Yont et al dari penelitiannya mengenai SSQOL yang dibuat dalam versi *Danish* pada populasi Turki, didapatkan bahwa SSQOL merupakan alat ukur yang valid dan reliabel dengan hasil koefisien korelasi untuk nilai *test-retest* sebesar 0.81. Konsistensi internal menunjukkan Cronbach's alpha = 0.97

## **Penilaian**

Skor total SSQQL sering dijadikan hasil untuk rujukan utama, namun skor satuan tiap dominan juga dapat membantu untuk mengetahui area yang paling dipengaruhi oleh stroke, area yang paling responsif dan paling tidak responsif, atau area yang dipengaruhi secara berbeda dengan kelompok pasien lainnya.

Skor total SSQQL merupakan rata-rata atas skor domain yang tidak disesuaikan atau tidak bias dan berkisar dari 1.0 (terendah/ terburuk) - 5.0 (tertinggi/ terbaik). Skor domain merupakan nilai rata-rata yang tidak bias dari masing-masing item dalam domain tersebut dan juga berkisar 1.0-5.0. Dikarenakan skor merupakan rata-rata dari item yang ada, maka skor tersebut

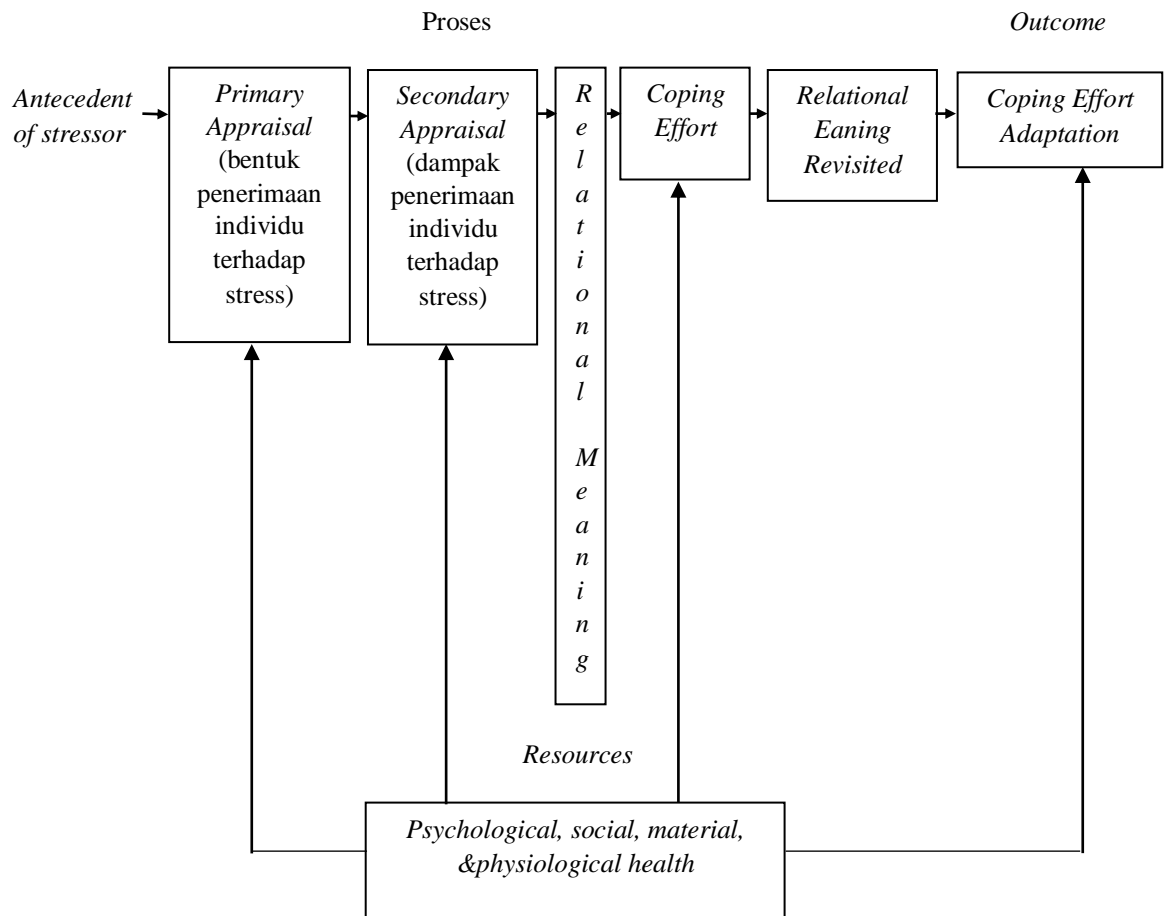
cenderung memiliki distribusi yang normal dan dapat dianalisis sebagai variabel berkelanjutan.

Item yang kosong dan tidak dijawab harus ditangani dengan cara-cara berikut: jika lebih dari setengah item dalam suatu domain tidak dapat dijawab, maka domain tersebut tidak dinilai dan skor total merupakan rata-rata dari skor sisa domain yang ada. Jika kurang dari setengah item yang tidak ada jawabannya dari sebuah domain, maka item yang dinilai harus dirata-rata dan dibulatkan ke integral paling dekat. Skor item yang diperhitungkan ini akan menggantikan item yang kosong (Yont, 2012).

## 2.4 Teori Model Konsep Keperawatan Lazarus dan Folkman

### 2.4.1. *Stress, Appraisal, and Coping Strategy in Transactional Theory*

Konsep dari stres berkembang dari definisi fisiologi terhadap stres sebagai konsep umum yang paling banyak diterima.



Gambar 2.1 Stres, appraisal and coping strategy in transactional theory

Setiap individu pasti akan mengalami stimulus atau peristiwa dalam hidupnya. Setiap stimulus atau peristiwa terkadang menimbulkan stress bagi individu. Stimulus ini kemudian disebut sebagai *antecedent of stressor*. Lazarus dan Folkman mengklarifikasikan *stressor* ke dalam dua domain yakni *personal stressor* (komitmen dan kepercayaan) dan *environmental stressor* (setiap aspek di luar personal yang dapat menjadi ancaman bagi kondisi personal seseorang).

Dalam penilaian awal (*primary appraisal*), individu akan menentukan makna dari suatu peristiwa yang dialaminya. *Primary appraisal* merupakan proses penentuan makna dari suatu peristiwa yang dialami oleh individu, apakah peristiwa tersebut dipersepsikan positif, netral ataukah negatif oleh individu. Peristiwa yang dinilai negatif kemudian dicari kemungkinan adanya persepsi *harm*, *threat* atau *challenge*. *Harm* adalah penilaian mengenai bahaya yang didapat dari peristiwa yang terjadi. *Threat* adalah penilaian mengenai kemungkinan buruk atau ancaman yang didapat dari peristiwa yang terjadi, dan *challenge* adalah tantangan akan kesanggupan untuk mengatasi dan mendapatkan keuntungan dari peristiwa yang terjadi pentingnya *primary appraisal* digambarkan dalam sebuah studi klasik mengenai stress oleh Lazarus. *Primary appraisal* memiliki tiga komponen yakni:

1. *Goal relevance*: yakni penilaian yang mengacu kepada tujuan yang dimiliki seseorang, yakni bagaimana hubungan peristiwa yang terjadi dengan tujuan personalnya.
2. *Goal congruence or incongruence*: yakni penilaian yang mengacu pada apakah hubungan antara peristiwa di lingkungan dan individu tersebut konsisten dengan keinginan individu atau tidak, apakah hal tersebut menghalangi atau memfasilitasi tujuan personalnya. Jika hal tersebut menghalanginya maka disebut *goal incongruence*. Apabila hal tersebut memfasilitasinya disebut *goal congruence*.
3. *Type of ego involvement*: yakni penilaian yang mengacu kepada berbagai macam aspek dari identitas ego atau komitmen seseorang.

Jika individu merasa adanya ancaman dari suatu peristiwa tersebut tetapi situasi tersebut tidak dirasa merugikan, maka akan berlanjut ke penilaian kedua



(*secondary appraisal*) yang merupakan penilaian kemampuan individu dalam melakukan koping. Individu yang merasakan adanya ancaman dalam penilaian kedua, tergantung bagaimana individu tersebut melakukan koping. *Secondary appraisal* memiliki tiga komponen:

1. *Blame an credit*: yakni penilaian siapa yang bertanggung jawab atas situasi yang menekan yang terjadi atas diri individu.
2. *Coping potensial*: yakni penilaian mengenai bagaimana individu dapat mengatasi situasi menekan atau mengaktualisasi komitmen pribadinya.
3. *Future expectancy*: penilaian mengenai apakah untuk alasan tertentu individu mungkin berubah secara psikologis untuk menjadi lebih baik ataukah lebih buruk.

Pengalaman subjektif atas stres merupakan keseimbangan antara *primary* dan *secondary appraisal*. Ketika *harm* dan *threat* yang ada cukup besar sedangkan kemampuan untuk mengadakan koping tidak memadai, maka stres yang besar akan dirasakan oleh seseorang individu. Sebaiknya, ketika kemampuan koping besar, stres dapat diminimalkan.

*Coping strategy* terdiri atas PFC (*Problem Focused Coping*) yakni strategi yang digunakan untuk mengatasi situasi yang menimbulkan stres dan EFC (*Emotion Focused Coping*) yakni strategi untuk mengatasi emosi negatif yang menyertai. Jika individu memiliki mekanisme koping yang cukup baik maka individu tersebut akan terbebas dari stres. Sebaliknya, apabila mekanisme koping yang dimiliki dirasa kurang, maka individu tersebut akan mengalami stres (Nursalam, 2013)