

PERILAKU CARING

"Meningkatkan Kondisi Psikologis dan Biologis Pasien Stroke"



PERILAKU CARING

Meningkatkan Kondisi Psikologis dan Biologis Pasien Stroke

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar;
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

- Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
- 2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,000 (lima ratus juta rupiah).

PERILAKU CARING

Meningkatkan Kondisi Psikologis dan Biologis Pasien Stroke

Dr. Luluk Widarti, M.Kes.



PERILAKU CARING MENINGKATKAN KONDISI PSIKOLOGIS DAN BIOLOGIS PASIEN STROKE

Luluk Widarti

Desain Cover: Dwi Novidiantoko

Sumber: https://www.freepik.com

> Tata Letak: Haris Ari Susanto

> Proofreader: Haris Ari Susanto

Ukuran: x, 49 hlm, Uk: 15.5x23 cm

> ISBN: 978-623-02-0482-1

Cetakan Pertama: Januari 2020

Hak Cipta 2020, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2020 by Deepublish Publisher All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT DEEPUBLISH (Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl.Rajawali, G. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman Jl.Kaliurang Km.9,3 - Yogyakarta 55581 Telp/Faks: (0274) 4533427 Website: www.deepublish.co.id www.penerbitdeepublish.com

E-mail: cs@deepublish.co.id

Kata Pengantar

Assalamu'alaikum, Wr. Wb

Segala puji bagi Allah SWT, Tuhan semesta alam. Shalawat dan salam kami sampaikan untuk Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga, sahabat dan seluruh pengikutnya hingga akhir zaman.

Dengan segala kerendahan hati, akhirnya kami dapat menghadirkan **Perilaku Caring Meningkatkan Kondisi Psikologis dan Biologis Pasien Stroke** ke hadapan Pembaca yang budiman. Buku ini terdiri dari Bab Pendahuluan, Bab Stroke, Bab Pengobatan Pasien Pasca Stroke dan berisi sekitar 48 halaman yang masing-masing bab/bagian berisi tema mengenai Problematika Pelayanan Kesehatan, pengertian stroke serta perilaku caring yang dapat membantu proses penyembuhan pasien stroke.

Kehadiran buku ini diharapkan dapat memenuhi kebutuhan pembaca akan ulasan mengenai metode penyembuhan stroke dengan perilaku caring yang dapat menurunkan kondisi depresi pasien stroke.

Kami berharap buku ini dapat menjadi khazanah baru terkait keilmuan seputar suport keluarga kepada pasien stroke, serta dapat memenuhi dahaga ilmu pengetahuan di Indonesia. Amiiin...

Wassalamu'alaikum, Wr. Wb.

Hormat kami,

Penerbit Deepublish

Daftar Isi

Kata Pen	gantar	ν
Daftar Isi		vii
Daftar Ta	bel	ix
BAB I	PENDAHULUAN	1
A.	Problematika Pelayanan Kesehatan	1
В.	Tujuan Penulisan	4
C.	Manfaat Penulisan	5
BAB II	STROKE	7
A.	Pengertian Stroke	7
В.	Etiologi	7
C.	Patofisiologi	8
D.	Manifestasi Klinis	10
E.	Pemeriksaan penunjang	11
BAB III	PENGOBATAN PASIEN PASCA STROKE	13
A.	Konvensional	
В.	Komplementer	
C.	Nutrisi Pasien Pasca Stroke	15
D.	Herbal	16
E.	Psikologis	17
F.	Religi	17
BAB IV	DEPRESI, ADL, DAN KORTISOL	19
A.	Depresi	
В.	Activity Daily Living (ADL)	20
C	Kortisol	

BAB V	PERILAKU CARING	23
BAB VI	PELAKSANAAN PENELITIAN MODEL PERILAKU	
	CARING	29
A.	Rancangan Penelitian	29
В.	Kerangka Konsep Penelitian	30
C.	Hipotesis	30
D.	Populasi Dan Sampel	31
E.	Variabel Penelitian	31
F.	Definisi Operasional	31
G.	Proses Pengumpulan Data	32
Н.	Analisis Data	33
BAB VII A.	PENGARUH PERILAKU CARING TERHADAP KEADAAN PSIKOLOGIS DAN BIOLOGIS PASIEN STROKE	
В.	Stroke Pengaruh Caring Terhadap Kemandirian ADL Pasien Stroke	
C.	Pengaruh Caring Terhadap Kadar Kortisol Pada Pasien Stroke	39
BAB VIII	PENUTUP	43
A.	Kesimpulan	43
В.	Saran	43
Referensi.		45
Tentang p	penulis	49

Daftar Tabel

Tabel 1 :	Mengukur ADL Melalui Indeks Barthel	21
Tabel 2 :	Hasil Paired Sample Test Pada Data Depresi	
	Sebelum dan Sesudah Intervensi Pada Pasien	
	yang Diberi Model perilaku caring keluarga	37
Tabel 3 :	Hasil Paired Sample Test Pada Data Depresi	
	Sebelum dan Sesudah Intervensi untuk	
	kelompok kontrol diberi pengobatan	
	konvensional	37
Tabel 4:	Hasil Paired Sample Test Pada Data Tingkat	
	kemandirian (ADL) Sebelum dan sesudah	
	Intervensi Untuk perlakuan diberi Model	
	perilaku <i>caring</i> keluarga	38
Tabel 5 :	Hasil Paired Sample Test Pada Data Tingkat	
	kemandirian (ADL) sebelum dan sesudah	
	Intervensi untuk kelompok kontrol diberi	
	pengobatan konvensional	39
Tabel 6 :	Hasil <i>Paired Sample Test</i> Pada Data Kadar	
	Kortisol Sebelum dan sesudah Intervensi antara	
	Kelompok intervensi model perilaku caring	
	keluarga (Kp)	40
Tabel 7 :	Hasil <i>Paired Sample Test</i> Pada Data Kadar	
	Kortisol Sebelum dan sesudah Intervensi pada	
	Kelompok kontrol (Kk).	40

BAB I PENDAHULUAN

A. Problematika Pelayanan Kesehatan

Stroke terjadi akibat adanya gangguan suplai darah ke otak. Ketika aliran darah ke otak terganggu maka oksigen dan nutrisi tidak dapat dikirim ke otak. Kondisi ini akan mengakibatkan kerusakan sel otak (Diwanto, 2009). Persentasi tertinggi stroke adalah stroke iskemik, yang terjadi akibat penyumbatan aliran darah. Penyumbatan dapat terjadi karena timbunan lemak yang mengandung kolesterol (disebut plak) dalam pembuluh darah besar (arteri karotis) atau pembuluh darah sedang (arteri serebri) atau pembuluh darah kecil (Sustrani L, et al. 2004).

Dampak penyakit stroke menyebabkan kecacatan jangka panjang, sehingga penyakit ini perlu mendapat perhatian, mengingat prevalensinya semakin meningkat dan mengakibatkan morbiditas dan mortalitas penderita. Ini juga merupakan kasus tunggal yang paling banyak menyebabkan kecacatan. Lebih dari 250.000 orang hidup dengan kecacatan disebabkan oleh stroke. Dari penelitian yang dilakukan selama 7 tahun pada lebih dari 20.000 orang didapatkan 452 penderita stroke dan lebih dari 100.000 mengalami stres dalam hidupnya (The stroke assosiation). Di Indonesia, data Riskesdas 2013 menyebutkan prevalensi stroke mencapai 12,1 per seribu orang. Diperkirakan, angka ini akan terus meningkat sejalan dengan peningkatan faktor risikonya. Diperkirakan jumlah penderita stroke mencapai 212 ribu orang, jumlah penderita stroke terus meningkat setiap tahun, bukan hanya menyerang penduduk usia tua, tetapi juga dialami oleh mereka yang berusia muda dan produktif. Diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena stroke. Sekitar 2,5% atau 125.000 orang meninggal dan sisanya cacat ringan maupun berat. Kecacatan yang mereka sandang akibat serangan stroke, bukan hanya menjadi beban keluarga, tapi juga beban masyarakat secara umum (Yastroki, 2007).

Stroke menyebabkan kelumpuhan sebelah tubuh bagian (hemiplegia). Kelumpuhan sebelah bagian tubuh kanan/kiri, tergantung dari kerusakan otak. Bila kerusakan terjadi pada bagian bawah otak besar (cerebrum), penderita sulit menggerakan tangan dan kakinya. Bila terjadi pada otak kecil (cerebellum), kemampuan untuk mengkoordinasikan gerakan tubuhnya akan berkurang. Kondisi demikian membuat pasien stroke mengalami kesulitan melaksanakan kegiatan sehari-hari. Pasien stroke mungkin kehilangan kemampuan indera merasakan (sensorik) yaitu rangsang sentuh atau jarak. Cacat sensorik dapat mengganggu kemampuan pasien mengenal benda yang sedang dipegangnya. Kehilangan kendali pada kandung kemih merupakan gejala yang biasanya muncul setelah stroke, dan seringkali menurunkan kemampuan saraf sensorik dan motorik. Pasien stroke mungkin kehilangan kemampuan untuk merasakan kebutuhan kencing atau buang air besar.

Dampak psikologis penderita stroke adalah perubahan mental. Setelah stroke memang dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi intelektual lainnya. Semua hal tersebut dengan sendirinya mempengaruhi kondisi psikologis penderita. Marah, sedih, dan tidak berdaya seringkali menurunkan semangat hidupnya sehingga muncul dampak emosional berupa kecemasan yang lebih berbahaya. Pada umumnya pasien stroke tidak mampu mandiri lagi, sebagian besar mengalami kesulitan mengendalikan emosi. Penderita mudah merasa takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan mental yang mereka alami. Keadaan tersebut berupa emosi yang kurang menyenangkan yang dialami oleh pasien stroke karena merasa khawatir berlebihan tentang kemungkinan hal buruk yang akan terjadi. Hal ini didukung oleh teori Spielberger, Liebert, dan Morris dalam (Elliot, 1999); Jeslid dalam Hunsley (1985); Gonzales, Tayler, dan Anton dalam Frietman (1997). Mereka telah mengadakan percobaan untuk mengukur kecemasan yang dialami individu selanjutnya kecemasan tersebut didefinisikan sebagai konsep yang terdiri dari dua dimensi utama, yaitu kekhawatiran dan emosionalitas (Ghufron, 2010). Gangguan emosional dan perubahan kepribadian tersebut bisa juga disebabkan oleh pengaruh kerusakan otak secara fisik. Penderitaan yang sangat umum pada pasien stroke adalah depresi, keadaan seperti ini dapat menghalangi penyembuhan/rehabilitasi,

bahkan dapat mengarah kepada kematian akibat bunuh diri (Sustrani L, et al. 2004).

Metode penyembuhan stroke antara lain metode konvensional umumnya dengan pemberian obat yang merupakan penanganan yang paling lazim diberikan selama perawatan di rumah sakit maupun pasca di rumah sakit. Obat apa yang diberikan tergantung dari jenis stroke yang dialami apakah iskemik atau hemoragik. Kelompok obat yang paling populer untuk menangani stroke adalah Antitrombotik, Trombolitik, Neuroprotektif, Antiansietas dan Antidepresi. Untuk metode operatif, tindakan ini bertujuan untuk memperbaiki pembuluh darah yang cacat. Dengan begitu diharapkan dapat meningkatkan peluang hidup pasien, dan pada gilirannya dapat menyelamatkan jiwa pasien. Teknik fisioterapi dilakukan pada penderita stroke yang mengalami hambatan fisik. Penanganan fisioterapi pasca stroke adalah kebutuhan yang mutlak bagi pasien untuk dapat meningkatkan kemampuan gerak dan fungsinya. Intervensi penanganan pasien pasca stroke di Indonesia sampai saat ini masih terfokus pada penyembuhan biologis. Terapi yang diberikan pada pasien pasca stroke hanya konvensional sehingga belum optimal. Keadaan tersebut akan bertambah parah jika tidak ada suatu upaya penanganan yang holistic.

Untuk itu ditawarkan hal baru berupa intervensi komprehensif dan perilaku caring keluarga yaitu pengembangan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual dan perilaku caring keluarga. Pendekatan biologis diberikan untuk penyembuhan neuron dan fisiknya yaitu dengan jalan pemberian obat antitrombotik, trombolitik, neuroprotektif dan untuk fisiknya diberikan nutrisi, herbal dan fisioterapi. Pendekatan psiko dikembangkan dengan penekanan pada strategi koping yang positif berdasarkan model adaptasi dari Roy. pasien dapat memecahkan persoalan sendiri dengan Sehingga menggunakan kekuatan yang ada pada dirinya. Pendekatan sosial pelayanan untuk mempertahankan keseimbangan hubungan komunikasi dengan keluarga. Pendekatan spiritual yaitu dengan sholat 5 waktu dikembangkan dengan sholat tahajjud, wirid dan doa yang dilakukan secara ikhlas dan khusyuk dan perilaku caring keluarga berupa kepedulian, perhatian, dan tanggung jawab yang dilakukan dengan ikhlas

tidak hanya sebuah perasaan emosional dalam memberikan asuhan kepada pasien dan nantinya bisa berkontribusi terhadap kesembuhan pasien.

Intervensi komprehensif dan perilaku *caring* keluarga tersebut diharapkan dapat mempengaruhi keseimbangan mental pasien stroke. Keseimbangan mental tersebut akan mempengaruhi sekresi CRF di hipotalamus. Dengan terkendalinya sekresi CRF akan terkendali pula sekresi ACTH oleh HPA (hipotalamus, pituitary, adrenal), apabila intervensi komprehensif dan perilaku *caring* keluarga dikategorikan mampu memperbaiki mekanisme koping pada pasien stroke iskemik melalui proses pembelajaran, maka dampak berikutnya adalah perbaikan respons psikologis berupa penurunan depresi dan peningkatan tingkat kemandirian. Kondisi respons psikologis berkorelasi dengan perbaikan respons biologis yang dicerminkan oleh penurunan kadar cortisol dan limfosit pada pasien pasca stroke iskemik. Respons biologis tersebut dapat mencegah terjadinya proses inflamasi lebih lanjut maupun perluasan infark serebri.

Namun sampai saat ini belum ada hasil yang membuktikan bahwa setelah dilakukan Intervensi komprehensif dan perilaku *caring* keluarga pada pasien stroke iskemik dapat mengalami penurunan depresi dan peningkatan tingkat kemandirian serta penurunan kadar kortisol dan limfosit. Hasil penelitian ini bilamana terbukti akan mempengaruhi perluasan infark serebri, sehingga intervensi komprehensif dan perilaku *caring* keluarga dapat dimanfaatkan untuk usaha peningkatan pencegahan dan pengobatan pasien stroke iskemik sehingga kecacatan yang dengan sendirinya mempengaruhi kemampuan dan sumber daya produktivitas bisa ditekan dan masyarakat penderita stroke masih bisa mandiri dan produktif yang pada akhirnya tidak membebani keluarga maupun pemerintah karena angka kecacatan dan angka penderita stroke bisa menurun.

B. Tujuan Penulisan

1. Tuiuan Umum

Untuk menjelaskan intervensi komprehensif, perilaku *caring* keluarga terhadap perubahan Depresi, Tingkat Kemandirian Pasien, Kortisol dan Limfosit pada pasien pasca stroke.

2. Tujuan Khusus

- a. Membuktikan bahwa ada perbedaan Depresi, Tingkat Kemandirian Pasien, Kortisol dan Limfosit pada pasien pasca stroke sebelum dan sesudah intervensi komprehensif, perilaku *caring* keluarga dan intervensi konvensional (standar).
- b. Membuktikan perbedaan Depresi, Tingkat Kemandirian Pasien, Kortisol dan Limfosit pada pasien stroke sesudah intervensi komprehensif dan perilaku *caring* keluarga dibanding kontrol pada pasien pasca stroke iskemik sesudah intervensi konvensional (standar).

C. Manfaat Penulisan

- 1. Sebagai informasi ilmiah penerapan intervensi komprehensif dan perilaku *caring* keluarga pada pasien pasca stroke iskemik untuk pengembangan ilmu keperawatan.
- 2. Mengembangkan dan memajukan cara penanganan pada pasien stroke dengan pengobatan dan perawatan yang komprehensif sehingga mempercepat kesembuhan pasien dan mengurangi kecacatan serta mencegah terjadinya serangan ulang pasien pasca stroke yang biasanya membutuhkan waktu lama dan biaya yang tidak sedikit, membahayakan bahkan mematikan.
- Mengembangkan dasar keperawatan dan terapi komplementer yang sangat diperlukan perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien pasca stroke iskemik dengan motivasi untuk hidup menurun.

BAB II STROKE

A. Pengertian Stroke

Cerebrovaskuler Accident (CVA) atau stroke adalah pecahnya pembuluh darah otak secara mendadak dengan akibat penurunan fungsi neurologis. Stroke adalah disfungsi neurologi akut yang disebabkan oleh gangguan aliran darah yang timbul secara mendadak dengan tanda dan gejala sesuai dengan daerah fokal pada otak yang terganggu (Hariyanto & Sulistyowati, 2015).

Cedera serebrovaskular (CVA), stroke iskemik atau "serangan otak", adalah hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat gangguan suplai darah ke bagian otak. Dampaknya adalah gangguan suplai darah ke otak yang menyebabkan hilangnya pergerakan, daya pikir, memori, kemampuan berbicara, atau sensasi untuk sementara waktu atau permanen (Brunner & Suddarth, 2014).

B. Etiologi

Trombosis Serebral

Trombosis merupakan pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan terganggunya aliran darah ke otak. Hambatan aliran darah ke otak menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen atau hipoksia kemudian menjadi iskemik dan berakhir pada infark.

2. Emboli Serebral

Emboli merupakan benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak. Sumber emboli diantaranya adalah udara, tumor, lemak, dan bakteri.

3. Perdarahan Intraserebral

Pecahnya pembuluh darah otak akan menyebabkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan akibatnya otak akan bengkak, jaringan otak internal tertekan sehingga menyebabkan infark otak dan edema (Tarwoto, 2013).

C. Patofisiologi

Otak merupakan bagian tubuh yang sangat sensitive oksigen dan glukosa karena jaringan otak tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen dan glukosa seperti halnya pada otot. Meskipun berat otak sekitar 2% dari seluruh berat badan, namun menggunakan sekitar 25% suplay oksigen dan 70% glukosa. Jika aliran darah ke otak terhambat maka terjadi iskemia dan terjasi gangguan metabolisme otak yang kemudian terjadi gangguan perfusi serebral. Area otak disekitar yang mengalami hipoperfusi disebut penumbra. Jika aliran darah ke otak terganggu lebih dari 30 detik pasien dapat menjadi tidak sadar dan dapat terjadi kerusakan jaringan otak yang permanen jika aliran darah otak terganggu lebih dari 4 menit. Untuk mempertahankan aliran darah ke otak maka tubuh akan melakukan dua mekanisme tubuh yaitu mekanisme anastomosis dan mekanisme autoreglasi. Mekanisme anastomosis berhubungan dengan suplay darah ke otak untuk pemenuhan kebutuhan oksigen dan glukosa. Sedangkan mekanisme autoregulasi adalah otak melakukan makenisme/usaha sendiri dalam menjaga keseimbangan. Misalnya jika terjadi hipoksemia otak maka pembuluh darah otak akan mengalami vasodilatasi.

1. Mekanisme Anastomosis

Otak diperdarahi melalui 2 arteri karotis dan 2 arteri vetebralis. Arteri karotis terbagi menjadi karotis interna dan karotis eksterna. Karotis interna memperdarahi langsung kedalam otak dan bercabang kira-kira setinggi kiasma optikum ke arteri serebri anterior dan media. Karotis eksterna memperdarahi wajah, lidah, dan faring, meningens.

Arteri vertebralis berasal dari arteri subclavia. Arteri vertebralis mencapai dasar tengkorak melalui jalan tembus dari tulang yang dibentuk oleh prosesus transverse dari vertebra servikal mulai dari C6 sampai dengan C1. Masuk keruang kranial melalui foramen magnum, dimana

arteri-arteri vertebra bergabung menjadi arteri basilar. Arteri barsilar bercabang menjadi dua arteri serebral posterior yang memenuhi kebutuhan darah permukaan medial dan inferior arteri baik bagian lateral lobus temporal dan occipital.

Meskipun arteri karotis interna dan verterbrasilaris merupakan 2 sistem arteri yang terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tetapi keduanya disatukan oleh pembuluh dan anastomosis yang membentuk sirkulasi wilisi. Arteri serebri posterior dihubungkan dengan arteri serebri media dan arteri serebri anterior dihubungkan oleh arteri komunikan anterior sehingga terbentuk lingkaran yang lengkap. Normalnya aliran darah dalam arteri komunikans hanyala sedikit arteri ini merupakan penyelamat bilamana terjadi perubahan tekanan darah arteri yang dramatis.

2. Mekanisme Autoregulasi

Oksigen dan glukosa adalah dua elemen yang penting untuk metabolisme serebaral yang dipenuhi oleh aliran darah secara terus menerus. Aliran darah serebral dipertahankan dengan kecepatan konstan 750 ml/menit. Kecepatan secara konstan ini dipertahankan oleh suatu mekanisme homeostasis sistemik dan lokak dalam rangka mempertahankan kebutuhan tubuh nutrisi dan darah secara adekuat.

Terjadinya stroke sangat erat dengan perubahan aliran darah otak, baik karena sumbatan/oklusi pembuluh darah otak ataupun karena perdarahan pada otak menimbulkan tidak adekuatnya suplay oksigen dan glukosa. Berkurangnya oksigen atau meningkatnya karbondioksida merangsang pembuluh darah untuk berdilatasi sebagai kompensasi tubuh untuk meningkatkan aliran darah lebih banyak. Sebaliknya keadaan vasodilatasi memberikan efek pada peningkatan tekanan intrakranial.

Kekurangan oksigen dalam otak (hipoksia) akan menimbulkan iskemia. Keadaan iskemia yang relative pendek/cepat dan dapat pulih kembai disebut transient attacks (TIAs). Selama periode *anosia* (tidak ada oksigen) metabolisme otak cepat terganggu. Sel otak akan mati dan terjadi perubahan permanen antara 3-10 menit anoksi

D. Manifestasi Klinis

Serangan kecil atau serangan awal stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke akut gejala klinis meliputi:

- Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motoric di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot vulenter dan sensori sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun flexi.
- Gangguan sensibilitas pada suatu atau lebih anggota badan Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.
- 3. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma) Terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadi gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
- 4. Afasia (kesulitan dalam bicara)
 - Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami Bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area *Wernicke*, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pengengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicara pasien tidak nyambung atau inkohren. Pada afasia

global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

5. Disatria (bicara cadel atau pelo)

Merupakan kesulitas bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapan menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disatria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan otot bibir, lidah dan laring. Paien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

6. Gangguan penglihatan diplopia

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV, dan VI.

7. Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan lobus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.

8. Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel ataupun bladder sering terjadi hal ini terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

9. Vertigo, mual, muntah, dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

E. Pemeriksaan penunjang

1. Radiologi

- a. Computerized Tomografi Scaning (CT Scan): mengetahui area infark, edema, hematoma, sruktur dan sistem ventrikel otak.
- b. Magnetic Resonance Imaging (MRI): Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena.

- Elektro Encephalografi (EEG): Mendentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- d. Angiografi Serebral: Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau rupture.
- e. Sinar X tengkorak: Mengetahui adanya klasifikasi karotis interna pada trombosis cerebral.
- f. Pungsi Lumbal: Menunjukkan adanya tekanan normal, jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragik subarachnoid atau perdarahan intracranial. Kontraindikasi pada peningkatan tekanan intracranial.
- g. Elektro kardiogram, mengetahui adanya kelainan jantung juga menjadi faktor penyebab stroke.

2. Laboratorium

- a. Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED.
- b. Pemeriksaan gula darah sewaktu
- c. Kolesterol, lipid
- d. Asam urat
- e. Eektrolit
- f. Masa pembekuan dan masa perdarahan (Tarwoto, 2013)

BAB III PENGOBATAN PASIEN PASCA STROKE

A. Konvensional

Terapi merupakan penanganan yang paling lazim diberikan selama perawatan di rumah sakit maupun setelahnya. Obat apa yang diberikan tergantung dari jenis stroke yang dialami apakah iskemik atau hemoragik. Kelompok obat yang paling populer untuk menangani stroke adalah (Sustrani, dkk, 2004):

1. Antitrombotik

Kelompok antitrombotik diberikan untuk mencegah pembentukan gumpalan darah yang mungkin tersangkut di pembuluh darah serebral dan menyebabkan stroke. Yang termasuk dalam kelompok ini adalah:

- a. Antiplatelet adalah jenis obat-obatan yang sifatnya mencegah penggumpalan dengan mengurangi kegiatan platelet (sel darah) yang sifatnya merangsang terjadinya penggumpalan. Para dokter memberikan jenis obat ini untuk mencegah terjadinya stroke iskemik. Obat antiplatelet yang akrab di telinga kita karena terjual bebas adalah aspirin. Jenis antiplatelet lainnya yang sering diresepkan dokter adalah Clopidogrel dan Ticlopidine.
- b. Antikoagulan adalah jenis obat yang digunakan untuk mengurangi risiko stroke dengan meredam sifat penggumpalan pada darah. Obat antikoagulan yang paling populer adalah warfarin (dikenal juga sebagai coumadin) dan heparin.

2. Trombolitik

Obat trombolitik digunakan untuk mengatasi pasien pasca stroke iskemik yang parah dan berlanjut. Obat-obatan ini dimaksudkan untuk menghentikan stroke dengan melarutkan gumpalan darah yang menyumbat aliran darah dari jantung ke otak.

Dari kelompok trombolitik, senyawa rt-PA (*recombinant tissue plasminogen activator*) merupakan bentuk rekayasa genetika dari t-PA, zat trombolitik yang dibuat oleh tubuh. Senyawa ini memberikan efek yang optimal bila diberikan melalui infus dalam batas waktu 3 jam setelah permulaan gejala stroke terjadi, tetapi sering dokter terlambat dan baru bisa memberikannya setelah memastikan bahwa pasien itu benar menderita stroke iskemik, sehingga keefektifannya berkurang.

Masalahnya, obat trombolitik dapat meningkatkan perdarahan dan tidak boleh diberikan untuk kasus stroke hemoragik. Oleh karena itulah, obat ini hanya boleh digunakan setelah pasien dipastikan secara seksama benar mengalami stroke iskemik, bukan sroke hemoragik.

3. Neuroprotektif

Obat neuroprotektif digunakan untuk melindungi kerusakan lebih lanjut dari saraf otak karena akibat ikutan dari stroke. Kelompok ini harus digunakan dengan sangat hati-hati, karena efek sampingnya juga berbahaya. Misalnya nimodine, salah satu antagonis kalsium bekerja mengurangi risiko kerusakan saraf (Vasospasm cerebral) pada perdarahan di dalam otak (Subaracchnoid) dengan menghambat kalsium yang berfungsi sebagai pengirim pesan pada jaringan saraf otak.

Dengan terjadinya pasokan darah dan oksigen, reaksi itu justru dapat merusak otak sehingga perlu dikendalikan. Tetapi obat ini juga mengakibatkan pembuluh darah tersebut mengerut secara tidak berurutan sehingga menghentikan aliran darah. Terapi yang diberikan kepada pasien pasca stroke iskemik selain terapi somatik neurologis terhadap strokenya juga diberikan psikofarmaka (antiansietas dan antidepresi).

B. Komplementer

1. Fisioterapi

Penanganan fisioterapi pasca stroke mutlak diperlukan untuk dapat meningkatkan kemampuan gerak dan fungsinya. Berbagai metode intervensi seperti pemanfaatan electrotheraphy, hidrotheraphy, exercise theraphy telah terbukti memberikan manfaat yang besar dalam mengembalikan gerak dan fungsi pada pasien pasca stroke. Akan tetapi

peran serta keluarga juga sangat menentukan keberhasilan program terapi yang diberikan. Kemampuan anggota keluarga memberikan penanganan akan berdampak sangat baik bagi pemulihan pasien. Interaksi antara pasien dan terapis amat sangat terbatas, lain halnya dengan keluarga pasien yang memiliki waktu relatif lebih banyak. Dampak lain adalah jika pemahaman anggota keluarga kurang tentang penanganan pasien stroke maka akan menghasilkan proses pembelajaran sensomotorik yang salah, justru akan memperlambat proses perkembangan gerak.

Penanganan Fisioterapi pasca stroke pada prinsipnya adalah proses pembelajaran sensomotorik pada pasien dengan salah satu metode intervensi fisioterapi adalah *exercise theraphy*.

C. Nutrisi Pasien Pasca Stroke

Tujuan dilakukan diet pada penyakit stroke adalah untuk memberikan makanan secukupnya untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan komplikasi penyakit, memperbaiki keadaan stroke, seperti disfagia, pneumonia, kelainan ginjal dan dekubitus. Serta mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Namun sebelum dilakukan diet untuk penderita penyakit stroke, diperlukan pemenuhan syarat dalam melakukan diet stroke, adalah:

- 1. Protein cukup yaitu 0,8-1 g/kg BB. Apabila pasein berada dalam keadaan gizi kurang, protein diberikan 1,2-1,5 g/kg BB. Apabila penyakit disertai komplikasi gagal ginjal kronik protein diberikan rendah yaitu 0,6 g/kg BB.
- 2. Energi yang cukup yaitu 25-45 kkal/kg BB. Pada fase akut nergi diberikan 1100-1500 kkal/ hari.
- 3. Lemak cukup yaitu 20-25% dari kebutuhan energi total. Utamakan sumber lemak tidak jenuh ganda, batasi sumber lemak jenuh yaitu 10 % dari kebutuhan energi total. Kolesterol dibatsi 300 mg.
- 4. Karbohidrat cukup yaitu 60-70% dari kebutuhan energi total. Untuk pasien dengan diabetes mellitus diutamakan karbohidrat kompleks.
- 5. Vitamin cukup, terutama vitamin A, riboflavin B6, asam folat, B12, C dan vitamin E.

- 6. Mineral cukup, terutama kalsium, magnesium dan kalium. Penggunaan natrium dibatasi dengan memberikan garam dapur maksimal 1 ½ sendok teh/ hari (setara dengan kira-kira 5 gram garam dapur atau 2 gram natrium).
- 7. Serat cukup, untuk membantu menurunkan kadar kolesterol darah dan mencegah konstipasi.
- 8. Cairan cukup yaitu 6-8 gelas/hari, kecuali pada keadaan edema dan aistes, cairan dibatasi. Minuman hendaknya diberikan setelah selesai makan agar porsi makanan dapat dihabiskan. Untuk pasien dengan disfagia, cairan diberikan secara hati-hati. Cairan dapat dikentalkan dengan gel atau guarcol.
- 9. Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan pasien.
- 10. Makanan diberikan dalam porsi kecil dan sering

Nutrisi yang dianjurkan untuk penyakit stroke:

- 1. Sumber Karbohidrat: Beras, kentang, ubi, singkong, hunkwe, tapioka, sagu, biskuit, bihun.
- 2. Sumber protein hewani: Daging sapi dan ayam tanpa kulit, ikan, telur ayam, susu skim.
- 3. Sumber protein nabati: Semua kacang-kacangan dan produk olahan (Tahu, tempe).
- 4. Sayuran: Bayam, wortel, kangkung, kacang panjang, labu siam, tomat, taoge.
- 5. Buah-buahan: Buah segar, di jus ataupun di olah dengan cara di setup. Seperti pisang, papaya, mangga, jambu biji, melon, semangka.
- 6. Sumber lemak: minyak jagung dan minyak kedelai; margarine dan mentega dikonsumsi dalam jumlah terbatas, Santan encer.

D. Herbal

Pengobatan herbal tentu tidak diberikan ketika terjadi serangan, tetapi untuk mencegah kembalinya serangan stroke. Pengobatan herbal kebanyakan adalah untuk menstabilkan tekanan darah yang dinilai minim efek samping. Mereka khawatir apabila terlalu banyak mengonsumsi obat kimia justru akan menyebabkan komplikasi pada ginjal dan hati.

Hal utama yang perlu di perhatikan untuk pengobatan penyakit stroke adalah dengan memperhatikan nutrisi dan memperbanyak asupan sayur dan buah dan pengobatan herbal untuk serangan stroke juga diperlukan suplemen alami untuk pengobatan herbal. Suplemen yang memiliki fungsi utama adalah memperbaiki metabolisme tubuh dan mengoptimalkan fungsi seluruh organ tubuh agar berfungsi optimal dalam memperbaiki kerusakan sel/saraf pada setiap organ tubuh dan juga memperbaiki sistem imunitas tubuh.

E. Psikologis

Penderita stroke hendaknya mendapatkan pendekatan psikologis dalam menjalani tata laksana pengobatan meskipun pasien tidak mengalami kondisi gangguan jiwa. Pasalnya, keluhan fisik yang dialami sering dilatarbelakangi kondisi kesehatan jiwa pasien.

Pengetahuan dan kesadaran mengenai adanya hubungan timbal balik antara fisik dan psikis merupakan hal yang penting dalam usaha penyembuhan penyakit, terlebih—lebih pada keadaan psikosomatis "Gangguan psikosomatik itu sangat berhubungan antara fisik dan mental.

Pasien dengan penyakit tertentu seperti penderita stroke, yang sangat rentan mengalami gangguan kejiwaan atau depresi. Kondisi ini membuat pasien tersebut membutuhkan penanganan lebih berupa pendekatan psikosomatik. Pada intinya Psikosomatik tidak hanya akan mengatasi gangguan mental dan psikis pasien tetapi juga dapat membantu kesembuhan fisik. Intervensi yang akan diterapkan yaitu: konsep ilmu keperawatan berdasarkan model adaptasi dari Roy.

F. Religi

Penderita stroke kebanyakan disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler atau penyakit yang berhubungan dengan pembuluh darah dan kolesterol (LDL, HDL, trigliserid, dan total kolesterol), darah tinggi dan tingkat stres seseorang, sebagaimana hasil penelitian tentang pengaruh Psikoneuroimunologi terhadap pengamal sholat tahajud dan doa, dengan menjalani sholat tahajud secara ihlas, khusyu, tepat gerakan sholatnya, tepat waktu dan istiqomah, bisa memberikan respon positif.

Tetapi shalat tahajud yang dapat dirasakan manfaatnya tentu bukan sekadar "melakukan" shalat tahajud. Namun shalat tahajud yang dilakukan dengan khusuk, yang didasari oleh kesadaran mendalam terhadap makna, tujuan, dan konsekuensinya. "Jadi ini bukan sekedar ritual untuk menggugurkan kewajiban, sehingga pada pelaksanaannya tetap harus dikerjakan dengan rileks, namun rutin dan disertai dengan ketepatan gerakannya.

BAB IV

DEPRESI, ADL, DAN KORTISOL

A. Depresi

1. Definisi Depresi

Beck (dalam McDowell & Newel, 1996) mendefinisikan depresi sebagai keadaan abnormal sebagai organisme yang dimanifestasikan dengan tanda dan gejala sebagai berikut:

- a. Manifestasi emosi seperti suasana hati yang pedih dan pilu, tidak menyukai diri sendiri (perasaan negatif pada diri sendiri) hilangnya atau kurangnya respon gembira pada situasi yang menimbulkan kesenangan, hilangnya rasa senang dan menangis.
- b. Manifestasi kognitif berupa rendahnya penilaian terhadap diri sendiri, pikiran-pikiran negatif terhadap masa depan, menyalahkan, mengkritik atau mencela diri sendiri, tidak dapat membuat keputusan dan gambaran yang salah tentang diri sendiri.
- c. Manifestasi motivasional hilangnya motivasi untuk melakukan segala aktivitas, keinginan untuk menghindar dan menarik diri, meningkatnya ketergantungan dan yaitu menginginkan bantuan, pengarahan dan bimbingan.
- d. Manifestasi fisik dan vegetatif seperti hilangnya nafsu makan, mengalami gangguan tidur, hilangnya nafsu sexsual, perasaan lelah yang sangat berat, gangguan berat badan dan kemampuan fisik.

2. Kasus depresi pasca stroke

Pada penelitian Hawari (2008) menyatakan seorang pasien laki-laki berusia 50 tahun, beragama Islam menderita stroke untuk kedua kalinya, yang mengakibatkan kelemahan pada alat gerak (lengan dan tungkai) kanan. Semula pasien adalah seorang pekerja keras, tidak kenal waktu (*Workaholic*) dan temperamental (mudah tersinggung dan mudah marah). Pada serangan pertama kali pasien diperingatkan oleh dokter agar menjaga kesehatannya (pasien adalah penderita darah tinggi), mengurangi beban

kerja dan dapat mengendalikan emosi. Waktu itu belum ada dampak stroke atau dengan kata lain sesudah mengalami serangan stroke kondisi fisik pasien kembali pulih.

Serangan stroke kedua terjadi satu tahun kemudian dengan dampak kelemahan pada alat gerak sebelah kanan. Serangan stroke kedua ini disebabkan pasien tidak menjaga kesehatannya, tidak kontrol ke dokter dan tidak mentaati nasihat dokter. Berbeda dengan kondisi stroke yang pertama, pada stroke yang kedua ini selain terdapat gangguan pada fungsi alat gerak sebelah kanan, terdapat gangguan pada mental emosionalnya, alam perasaannya tidak stabil terkadang marah-marah, murung dan sedih, atau sebaliknya, merasa bergembira dan bersemangat. Gangguan mental emosional tersebut sangat tidak wajar, pasien pada suatu saat menunjukkan gejala depresi namun pada saat lain menunjukkan gejala maniakal.

Pada pemeriksaan psikiatrik pada diri pasien ditemukan gangguan alam perasaan (*mood disorder*) dalam bentuk depresi bipolar yang terjadi sesudah stroke. Depresi bipolar ini berdasarkan pengamatan bahwa dalam riwayat penyakit suatu saat pasien dalam kondisi episode depresif dan pada saat yang lain menunjukkan gejala-gejala episode sebaliknya yaitu episode manik.

Terapi yang diberikan kepada pasien selain terapi somatik neurologis terhadap strokenya juga diberikan psikofarmaka (antidepresi) untuk mengatasi gangguan alam perasaannya. Diberikan psikoterapi (suportif, kognitif, psikodinamik) pada saat kondisi mental emosional pasien dalam keadaan stabil agar pasien dapat menerima kenyataan dan mengembalikan rasa percaya diri. Fisioterapi diberikan untuk melatih fisik pasien terutama alat gerak sebelah kanan agar berangsur-angsur kembali kuat seperti semula.

B. Activity Daily Living (ADL)

1. Pengertian

Istilah ADL mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan dan minum, toiletting, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun dan duduk, transfer. Bergeser

dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat lain) (Sugiarto, 2005).

2. Cara Pengukuran ADL Melalui Indeks Barthel

Tabel 1 Mengukur ADL Melalui Indeks Barthel

ADL	INDIKATOR SKOR	SKOR	
Makan	0 : Tidak dapat dilakukan sendiri		
	5 : Memerlukan bantuan dalam beberapa hal		
	10 : Dapat melakukan mandiri		
Mandi	0 : Tidak dapat dilakukan sendiri		
	5 : Dapat melakukan sendiri		
Kebersihan diri	0 : Memerlukan bantuan		
	5 : Dapat melakukan sendiri (mencukur, sikat gigi,		
	dll)		
Berpakaian	0 : Tidak dapat dilakukan sendiri		
	5 : Memerlukan bantuan		
	10 : Dapat melakukan mandiri		
Defekasi	0 : Inkontenensia alvi		
	5 : Kadang terjadi Inkontenensia		
	10 : Tidak terjadi Inkontenensia		
Miksi	0 : Inkontenensia uri atau menggunakan kateter		
	5 : Kadang terjadi Inkontenensia		
	10 : Tidak terjadi Inkontenensia		
Penggunaan	0 : Tidak dapat dilakukan sendiri		
toilet	5 : Memerlukan bantuan		
	10 : Mandiri		
Transfer	(dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat		
	tidur)		
	0 : Tidak dapat melakukan, tidak ada		
	keseimbangan duduk		
	5 : Perlu bantuan beberapa orang, dapat duduk		
	10 : Perlu bantuan minimal		
25.111	15 : Dapat melakukan sendiri		
Mobilitas	0 : Immobil		
	5 : Memerlukan kursi roda		
	10 : Berjalan dengan bantuan		
NT '1 .	15 : Mandiri / pakai tongkat		
Naik tangga	0 : Tidak dapat melakukan		
	5 : Perlu bantuan		
	10 : Mandiri		
	TOTAL SKOR (1 - 100)		

C. Kortisol

Kortisol adalah hormon korteks adrenal yang digunakan sebagai indikator stres perifer (Dunn, 1994).

Pasien stroke dengan segala gangguan yang dialaminya dan dengan segala kekhawatiran terhadap kelangsungan hidupnya akan menyebabkan timbulnya stress baik fisik maupun psikis. Gangguan dan kekhawatiran tersebut dapat menjadi stressor yang kemudian akan direspon oleh tubuh.

Menurut Lisdiana dalam penelitiannya yang berjudul Regulasi Kortisol Pada Kondisi Stres Dan Addiction, stress fisik maupun psikis dapat menyebabkan naiknya sekresi ACTH (adenocorticotrophin hormone) yang berujung pula pada naiknya kadar kortisol. Proses ini diawali dengan tubuh merespon terhadap stress dengan melepaskanhormon stress dimulai dari sekresi corticotrophin releasing factor (CRF) ke aliran darah yang kemudian mencapai kelenjar pituitary. Di kelenjar pituitary CRF merangsang pelepasan ACTH, ACTH merangsang kelenjar adrenals untuk melepaskan berbagai hormon pula, yang salah satunya adalah hormon kortisol.

BAB V PERILAKU *CARING*

Caring adalah fenomena universal yang mempengaruhi cara manusia berpikir, merasa, dan mempunyai hubungan dengan sesama. Sejak *Florence Nightingale*, perawat harus mempelajari pelayanan dari berbagai filosofi dan persepsi etik. Caring sebagai bentuk dasar dari praktik keperawatan di mana perawat membantu klien pulih dari sakitnya, memberikan penjelasan tentang penyakit klien, dan mengelola atau membangun kembali hubungan. Caring membantu perawat mengenali intervensi yang baik, dan kemudian menjadi perhatian dan petunjuk untuk memberikan caring nantinya.

Caring secara umum dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk berdediksi bagi orang lain (sense of dedication to another person), pengawasan dengan waspada (watchful supervision), perasaan empati pada orang lain dan perasaan cinta atau menyayangi (feeling exhibiting concern and empathy for others and a loving feeling). Secara teoritis, pengertian caring adalah tindakan yang menunjukkan pemanfaatan lingkungan pasien dalam membantu penyembuhan, memberikan lingkungan yang bersih, ventilasi yang baik dan tenang kepada klien (Florence Nightingale, 1860). Caring atau care tidak mempunyai pengertian yang tegas, tetapi ada tiga makna dimana ketiganya tidak dapat dipisahkan yaitu memberi perhatian, bertanggung jawab dan ikhlas (Delores Gaut, 1984). Dalam keperawatan, caring merupakan bagian inti yang penting terutama dalam praktik keperawatan. Rubenfeld (1999), mendefinisikan "Caring": memberikan asuhan, dukungan emosional pada klien, keluarga dan kerabatnya secara verbal maupun non verbal. Jean Watson (1985), "Caring" merupakan komitmen moral untuk melindungi, mempertahankan dan meningkatkan martabat manusia.

Caring merupakan "heart" profesi, artinya sebagai komponen yang fundamental dari fokus sentral serta unik dari keperawatan (Barnum, 1994). Meskipun perkataan caring telah digunakan secara umum, tetapi tidak terdapat definisi dan konseptualisasi yang universal mengenai caring

itu sendiri (Swanson, 1991, dalam Leddy, 1998). Setidaknya terdapat lima perspektif atau kategori mengenai caring, yaitu caring sebagai sifat manusia (Benner & Wrubel, Leininger), caring sebagai intervensi terapeutik (Orem), dan caring sebagai bentuk kasih sayang (Morse et al., 1990, dalam Leddy, 1998).

Marriner dan Tomey (1994) menyatakan bahwa caring merupakan pengetahuan kemanusiaan, inti dari praktik keperawatan yang bersifat etik dan filosofikal. Caring bukan semata-mata perilaku. Caring adalah cara yang memiliki makna dan memotivasi tindakan. Caring juga didefinisikan sebagai tindakan yang bertujuan memberikan asuhan fisik memperhatikan emosi sambil meningkatkan rasa aman dan keselamatan klien (Carruth et all, 1999) Sikap caring diberikan melalui kejujuran, kepercayaan, dan niat baik. Caring menolong klien meningkatkan perubahan positif dalam aspek fisik, psikologis, spiritual, dan sosial. Bersikap caring untuk klien dan bekerja bersama dengan klien dari berbagai lingkungan merupakan esensi keperawatan. Dalam memberikan asuhan, perawat menggunakan keahlian, kata-kata yang lemah lembut, sentuhan, memberikan harapan, selalu berada di samping klien, dan bersikap caring sebagai media pemberi asuhan (Curruth, Steele, Moffet, Rehmeyer, Cooper, & Burroughs, 1999). Para perawat dapat diminta untuk merawat, namun tidak dapat diperintah untuk memberikan asuhan dengan menggunakan spirit caring.

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa Caring merupakan "heart" profesi, artinya sebagai komponen yang fundamental dari fokus sentral serta unik dari keperawatan. Caring secara umum dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk berdediksi bagi orang lain pengawasan dengan waspada, perasaan empati pada orang lain dan perasaan cinta atau menyayangi. Secara teoretis, pengertian caring adalah tindakan yang menunjukkan pemanfaatan lingkungan pasien dalam membantu penyembuhan, memberikan lingkungan yang bersih, ventilasi yang baik dan tenang kepada klien. *Caring* atau *care* tidak mempunyai pengertian yang tegas, tetapi ada tiga makna dimana ketiganya tidak dapat dipisahkan yaitu memberi perhatian, bertanggung jawab dan ikhlas.

Perilaku Caring berdasarkan 10 faktor karatif:

- 1. Membentuk Sistem Nilai Humanistik-Altruistik
 - a. Mengenali nama
 - b. Mengenali Karakteristik Klien
 - c. Mengenali kelebihan dan kekurangan klien
 - d. Mendahulukan kepentingan klien daripada kepentingan pribadi
 - e. Memberikan waktu pada klien meskipun sedang sibuk
 - f. Memperhatikan dan mendengarkan apa yang menjadi kebutuhannya
 - g. Menghargai dan menghormati pendapat dan keputusan klien terkait dengan perawatannya
 - h. Memberikan informasi kepada klien terkait asuhan keperawatan yang di berikan
 - i. Menggunakan sentuhan untuk kesembuhan
 - j. Memberikan kesempatan pada klien untuk menentukan asuhan keperawatan yang akan dijalaninya
- 2. Menanamkan Keyakinan dan Harapan
 - a. Memotivasi klien untuk menghadapi penyakitnya secara relistik
 - b. Membantu klien untuk memahami alternative tindakan pengobatan dan perawatan yang ditentukan
 - c. Menjelaskan kepada klien timdakan pengobatan yang dilakukan
 - d. Memberikan dukungan spiritual misalnya dengan pendekatan religi seperti mendatangkan pemuka agama sesuai dengan keyakinan yang dianut klien sehingga meningkatkan motivasi klien untuk bertahan hidup
- 3. Meningkatkan Kepekaan Terhadap Diri Sendiri dan Orang Lain
 - a. Memperkenalkan diri kepada klien saat di awal kontrak dan membuat kontrak
 - b. Menyampaikan tujuan
 - c. Menyepakati kontrak
 - d. Menjelaskan kepada klien bahwa perawatan akan selalu ada setiap klien membutuhkan
 - e. Menyediakan waktu bagi klien untuk mengekspresikan perasaan dan pengalamannya

- f. Menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan pada klien
- g. Melakukan komunikasi terapeutik setiap konsekuensi dengan klien
- 4. Membina Hubungan Saling Percaya
 - a. Memperkenalkan diri kepada klien saat di awal kontrak dan membuat kontrak
 - b. Menyampaikan tujuan
 - c. Menyepakati kontrak
 - d. Menjelaskan kepada klien bahwa perawatan akan selalu ada setiap klien membutuhkan
 - e. Menyediakan waktu bagi klien untuk mengekspresikan perasaan dan pengalamannya
 - f. Menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan pada klien
 - g. Melakukan komunikasi terapeutik setiap konsekuensi dengan klien
- 5. Mengembangkan dan Menerima Ekspresi Perasaan Positif dan Negatif
 - a. Menjadi pendengar aktif dengan mendengarkan keluhan klien
 - b. Mendengarkan ekspresi klien tentang keinginannya untuk sembuh dan apa yang dilakukan ketika sembuh
 - c. Memotivasi klien untuk mengungkapkan perasaannya baik positif maupun negative
 - d. Menerima aspek positif maupun negative sebagai aspek kekuatan yang dimilikinya
 - e. Menjelaskan tentang pemahaman diri perawat terhadap penderitaan klien
- 6. Menggunakan Metode Ilmiah dalam Menyelesaikan Masalah
 - a. Mengkaji, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi proses keperawatan sesuai dengan masalah klien
 - b. Mempertimbangkan untuk mengabulkan permintaan klien dalam memperoleh sesuatu yang membuat klien cemas bila tidak dilakukan
 - c. Memenuhi keinginan klien yang bermacam-macam dengan sabar
 - d. Selalu menanyakan keinginan klien yang spesifik

- 7. Meningkatkan Proses Pembelajaran Inerpersonal Untuk Meningkatkan Tanggung Jawab Kesehatan Klien
 - a. Menjelaskan setiap keluhan klien secara rasional dan ilmiah sesuai dengan tingkat pemahaman klien dan cara mengatasinya
 - b. Selalu menjelaskan setiap tindakan yang dilakukan
 - c. Menunjukkan situasi yang bermanfaat agar klien memahami proses penyakitnya
 - d. Mengajarkan cara pemenuhan kebutuhan sesuai masalah yang dihadapi klien
 - e. Menanyakan kepada klien tentang kebutuhan pengetahuan yang ingin diketahuinya terkait dengan penyakitnya
 - f. Meyakinkan klien tentang kesediaan perawat untuk menjelaskan apa yang ingin diketahui
- 8. Menciptakan Suasana Suportif, Korektif, dan Protektif terhadap Mental, Fisik, Sosiokultural, dan Spiritual.
 - a. Menyetujui keinginan klien untuk bertemu dengan ulama agama
 - b. Menghadiri pertemuan klien dengan ulamanya
 - c. Memfasilitasi atau menyediakan keperluan klien ketika akan berdoa atau beribadah sesuai dengan agamanya
 - d. Bersedia mencarikan alamat dan menghubungi keluarga yang sangat diharapkan mengunjungi klien
 - e. Bersedia menghubungi teman klien atas permintaan klien
- 9. Membantu Memenuhi Kebutuhan Dasar Manusia
 - a. Bersedia memenuhi kebutuhan dasar dengan ikhlas
 - b. Menyatakan perasaan bangga dapat menjadi orang yang bermanfaat bagi klien
 - c. Menghargai privasi klien ketika sedang memenuhi kebutuhannya
 - d. Menunjukkan pada klien bahwa klien adalah orang yang pantas dihargai dan dihormati
- 10. Menghargai Kekuatan Eksternal yang Ada dalam Kehidupan
 - a. Memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk melakukan hal-hal yang bersifat ritual demi proses penyembuhannya

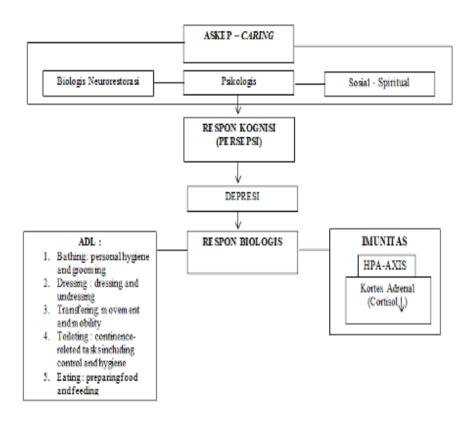
- b. Mampu memfasilitasi kebitihan klien dan keluarga terhadap keinginan melakukan terapi alternatif sesuai pilihannya
- c. Memotivasi klien dan keluarga untuk berserah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa
- d. Menyiapkan kelien dan keluarganya ketika menghadapi fase berduka

BAB VI PELAKSANAAN PENELITIAN MODEL PERILAKU CARING

A. Rancangan Penelitian

Pengujian model yang sudah dibangun menggunakan rancangan *Quasi-experimental* dengan bentuk nonrandomized *pre test-post test control group design* (Nasir, 2005). Kelompok perlakuan diberi Model perilaku *caring* keluarga berbasis neurorestorasi (Kp) dan kelompok kontrol diberi pengobatan konvensional (Kk). Penelitian ini dimaksudkan untuk menguji adanya perbedaan terhadap perubahan depresi, tingkat kemandirian pasien, kortisol pada pasien pasca stroke iskemik, pengukuran terhadap Depresi, Tingkat Kemandirian Pasien, Kortisol dilakukan sebelum dan setelah intervensi. Setelah itu hasil pengukuran kedua kelompok dibandingkan untuk menentukan perbedaan respons biologis dan psikologis serta kemandirian pasien pada pasien pasca stroke iskemik yang mendapatkan perilaku *caring* keluarga berbasis neurorestorasi dan pengobatan konvensional (standar).

B. Kerangka Konsep Penelitian



C. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah: Ada perbedaan Depresi, Tingkat Kemandirian Pasien (ADL), Kortisol pada penderita stroke iskemik yang mendapatkan Model perilaku *caring* keluarga berbasis neurorestorasi dibanding kontrol yang mendapatkan *treatment* konvensional (standar)

D. Populasi Dan Sampel

Populasi dan sampel dalam penelitian ini pasien stroke iskemik yang mengalami serangan pertama dan telah diizinkan pulang dari rumah sakit, dengan jumlah 60 pasien.

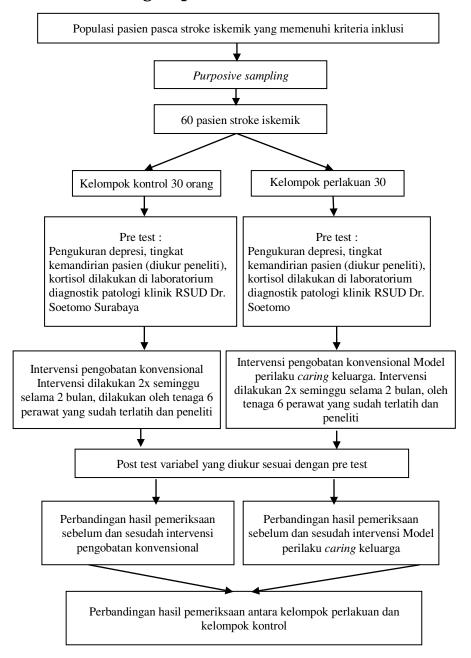
E. Variabel Penelitian

- 1. Variabel bebas adalah Model perilaku caring keluarga
- 2. Variabel tergantung adalah Depresi, Tingkat Kemandirian Pasien (ADL), Kortisol

F. Definisi Operasional

- 1. Pengobatan konvensional
 - a. Intervensi biologis atau fisik
 - b. Obat-obatan diberikan sesuai dengan intruksi dokter spesialis saraf.
 - c. Fisioterapi dilakukan 2x seminggu oleh ahli fisioterapi
 - d. Nutrisi sesuai dengan diet pasien pasca stroke dilakukan oleh ahli gizi
- Model perilaku *caring* keluarga
 Tindakan yang dilakukan meliputi faktor karatif Jean Watson
- 3. Tingkat depresi di ukur skala pengukuran depresi menggunakan alat ukur Beck (McDowell & Newel 1996)
- 4. Tingkat kemandirian/ADL diukur dengan Indeks Barthel
- Kadar kortisol yang diukur dari serum dengan teknik INDIRECT ELISA dan skala data rasio diperiksa di Laboratorium Diagnostik terpadu RSUD Dr Soetomo.

G. Proses Pengumpulan Data



H. Analisis Data

Pengujian model yang sudah dibangun menggunakan rancangan *Quasi-experimental* dengan bentuk nonrandomized *pre test-post test control group design* (Nasir, 2005). Kelompok perlakuan diberi Model perilaku *caring* keluarga berbasis neurorestorasi (Kp) dan kelompok kontrol diberi pengobatan konvensional (Kk). Penelitian ini dimaksudkan untuk menguji adanya perbedaan terhadap perubahan depresi, tingkat kemandirian pasien, kortisol pada pasien pasca stroke iskemik, pengukuran terhadap Depresi, Tingkat Kemandirian Pasien, Kortisol dilakukan sebelum dan setelah intervensi. Setelah itu hasil pengukuran kedua kelompok dibandingkan untuk menentukan perbedaan respons biologis dan psikologis serta kemandirian pasien pada pasien pasca stroke iskemik yang mendapatkan perilaku *caring* keluarga berbasis neurorestorasi dan pengobatan konvensional (standar).

BAB VII PENGARUH PERILAKU CARING TERHADAP KEADAAN PSIKOLOGIS DAN BIOLOGIS PASIEN STROKE

Kegiatan penelitian dilaksanakan pada pasien stroke yang pulang setelah rawat inap di Rumah Sakit yang dijalankan selama 2 bulan.

Kegiatan penelitian dilakukan terhadap 30 pasien yang mendapatkan perlakuan *caring* keluarga (selanjutnya disebut kelompok perlakuan) dan 30 pasien yang mendapatkan pengobatan konvensional/standar (selanjutnya disebut kelompok kontrol).

Kelompok perlakuan mendapatkan intervensi berupa model perilaku *caring* keluarga yaitu:

- 1. Perilaku caring fisik:
 - a. Bathing (personal hygien & groming)
 - b. Dressing (dressing and underssing)
 - c. Transfering (movement and mobility)
 - d. Toilething (continence releted tasks including control and hygien)
 - e. Eating (preparing food and feeding)
 - f. Memberikan obat
 - g. Memenuhi kebutuhan oksigen
 - h. Memenuhi kebutuhan nutrisi
 - i. Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
 - j. Memenuhi kebutuhan eliminasi
 - k. Memenuhi kebutuhan aktivitas dan istirahat tidur
 - 1. Memenuhi kebutuhan integritas kulit
 - m. Mencegah dan mengatasi reaksi fisiologis
- 2. Perilaku caring psikologis
- 3. Perilaku caring sosial
- 4. Perilaku caring spiritual

Sedangkan kelompok Kontrol mendapatkan intervensi dimana perilaku *caring* yang diberikan hanya menekankan pada intervensi biologis saja sedangkan psiko-sosial-spiritual belum begitu mendapat perhatian. Kegiatan penerapan pengobatan konvensional (standar) hanya meliputi membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia

A. Pengaruh Caring Terhadap Depresi Pada Pasien Stroke

Pada umumnya pasien – pasien depresi memperlihatkan gejala – gejala yang mengarah pada konsep diri yang negatif. Pasien merasa sedih dan memandang masa depannya dalam keputusasaan. Mereka menilai keadaan dirinya tanpa harapan, dan dalam hal sedemikian itu mereka meyakini bahwa dirinya perlu dikasihani, bahkan mereka menduga tidak mempunyai prospek ke depan atau merasa hanya menjadi beban belaka (Ibrahim, 2011).

Dalam hal ini pasien yang pulang dari rawat inap di Rumah Sakit merasa bahwa mereka telah kehilangan sesuatu dalam dirinya, bila pasien sudah memiliki tanda dan gejala depresi maka yang dikhawatirkan adalah penyakit yang diderita akan semakin berat karena secara psikologis pasien merasa terbebani. *Caring* yang diberikan keluarga sangatlah berpengaruh pada depresi pasien yang pulang setelah rawat inap dari rumah sakit, keluarga bisa memulai dengan mengetahui masalah emosi, fisik dan medis yang dihadapi pasien stroke dengan mendapatkan pelatihan pasien, keluarga juga harus mengikuti dan mencermati bagaimana dokter dan terapi lain menggarap rehabilitas medis pada pasien, oleh sebab itu hal ini juga penting untuk keluarga lakukan (Alfred, 2016).

Φ Hasil Penelitian Φ Pada kelompok perlakuan

Tabel 2: Hasil *Paired Sample Test* Pada Data Depresi Sebelum dan Sesudah Intervensi Pada Pasien yang Diberi Model perilaku *caring* keluarga

Variabel	Ukuran Statistik		Uji t		N
(kelompok perlakuan)	Mean	SD	Nilai Stat.	Sign	17
Sebelum Intervensi	83,1	10,7	5,703	0,000	30
Setelah Intervensi	73,2	11,1			30

Dari data di atas, menyatakan bahwa jumlah pasien pada penelitian ini sebanyak 30 pasien. Hasil uji *paired sample test* menghasilkan nilai signifikasi sebesar 0,000. Dimana nilai tersebut kurang dari 0,05, dengan demikian Ho ditolak dan disimpulkan bahwa ada perbedaan depresi sebelum dan sesudah intervensi untuk perlakuan diberi Model perilaku *caring* keluarga berbasis neurorestorasi (Kp). Depresi pada kelompok perilakuan sebelum intervensi, dilihat dari nilai *mean* = 83,1, setelah intervensi nilai *mean* = 73,2.

Pada kelompok kontrol

Tabel 3: Hasil *Paired Sample Test* Pada Data Depresi Sebelum dan Sesudah Intervensi untuk kelompok kontrol diberi pengobatan konvensional

Variabel	Ukuran Statistik		Uji t		N
(kelompok perlakuan)	Mean	SD	Nilai Stat.	Sign	17
Sebelum Intervensi	82,8	5,4	-0,670	0,508	30
Setelah Intervensi	84,0	9,6			30

Dari data tabel di atas, menyatakan bahwa jumlah pasien pada penelitian ini sebanyak 30 pasien. Hasil uji *paired sample test* menghasilkan nilai signifikasi sebesar 0,508.

Dimana nilai tersebut lebih dari 0.05 dengan demikian Ho diterima dan disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan depresi sebelum dan sesudah intervensi untuk Kelompok pengobatan konvensional (standar) (Kk). Depresi pada kelompok perilakuan sebelum intervensi, dilihat dari nilai mean = 82.8, setelah intervensi nilai mean = 84.0.

Pada penelitian ini kelompok pasien yang mendapatkan intervensi model perilaku *caring* keluarga menunjukkan penurunan respons depresi. Hal ini dikarenakan terapi yang diberikan bukan hanya terapi somatik (fisik) saja melainkan dengan pendekatan model perilaku *caring* keluarga.

Pada pasien yang sudah mulai mampu mengambil hikmah dari sakit dan pasien sudah berpikiran positif terhadap semua cobaan yang dialaminya, sehingga pasien diharapkan memperoleh suatu ketenangan selama sakit (Ronaldson, 2000).

B. Pengaruh Caring Terhadap Kemandirian ADL Pasien Stroke

ADL adalah keterampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi/berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat (Sugiarto, 2005: 5).

Dalam hal ini pasien stroke yang pulang dari rawat inap, didapatkan hasil tingkat ketergantungan rendah, sedang dan berat.

Φ Hasil Penelitian Φ Pada kelompok perlakuan

Tabel 4: Hasil *Paired Sample Test* Pada Data Tingkat kemandirian (ADL) Sebelum dan sesudah Intervensi Untuk perlakuan diberi Model perilaku *caring* keluarga.

Variabel	Ukuran Statistik		Uji t		N.T
(kelompok perlakuan)	Mean	SD	SE	P value	N
Before Intervensi	74,6	15,4	-10,279	0,000	30
after Intervensi	81,1	15,5			30

Dari data tabel di atas, menyatakan bahwa jumlah pasien pada penelitian ini sebanyak 30 pasien. Hasil uji *paired sample test* menghasilkan nilai signifikasi sebesar 0,000. Dimana nilai tersebut kurang dari 0,05, dengan demikian Ho ditolak dan disimpulkan bahwa ada perbedaan tingkat kemandirian sebelum dan sesudah intervensi untuk

perlakuan diberi Model perilaku *caring* keluarga berbasis neurorestorasi (Kp). Depresi pada kelompok perilakuan sebelum intervensi, dilihat dari nilai mean = 74,6, setelah intervensi nilai mean = 81,1.

Pada kelompok kontrol

Tabel 5: Hasil *Paired Sample Test* Pada Data Tingkat kemandirian (ADL) sebelum dan sesudah Intervensi untuk kelompok kontrol diberi pengobatan konvensional.

Variabel	Ukuran St	atistik	Uji t		N.T
(kelompok kontrol)	Mean	SD	SE	P value	17
before Intervensi	82,3	6,0	1,747	0,091	30
after Intervensi	80,8	7,2		0,091	30

Dari data tabel di atas, menyatakan bahwa jumlah pasien pada penelitian ini sebanyak 30 pasien. Hasil uji *paired sample test* menghasilkan nilai signifikasi sebesar 0,091. Dimana nilai tersebut lebih dari 0,05, dengan demikian Ho diterima dan disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan tingkat kemandirian sebelum dan sesudah intervensi untuk kelompok kontrol diberi pengobatan konvensional (Kk). Depresi pada kelompok perilakuan sebelum intervensi, dilihat dari nilai *mean* = 82,3, setelah intervensi nilai *mean* = 80,8.

C. Pengaruh Caring Terhadap Kadar Kortisol Pada Pasien Stroke

Pada saat pasien mengetahui bahwa menderita stroke iskemik disertai manifestasi kelumpuhan, wajah tidak simetris dan gangguan bicara, maka akan terjadi stres psikologi, sosial dan spiritual. Rangsang stres berat yang dialami pasien stroke iskemik berjalan mengikuti jalur sistem sensorik menuju talamus. Di talamus rangsang stres akan menuju ke korteks sensoris dan kemudian menuju ke amigdala. Keadaan ini akan mempengaruhi sistem imun. Pengaruh respons stres pada fungsi sistem imun terjadi melalui peptida hipotalamus dan pituitary, yaitu CRF (corticotropin relealising Factor) dan ACTH (adrenocorticotropic Hormone). CRF merupakan subtansi utama yang menggambarkan sinyal

stresor ke sistem imun, CRF mengakibatkan aksis HPA menjadi aktif, berupa peningkatan ACTH yang akan merangsang korteks adrenalis untuk meningkatkan sekresi cortisol. Pada kondisi stres kadar cortisol tinggi. Tingginya kadar hormon ini memicu masalah tekanan darah tinggi. Cortisol adalah hormon korteks adrenal yang digunakan sebagai indikator stres perifer (Pinel, 1993; Carlson, 1994; Dunn, 1994).

Φ Hasil Penelitian Φ Pada kelompok perlakuan

Tabel 6: Hasil *Paired Sample Test* Pada Data Kadar Kortisol Sebelum dan sesudah Intervensi antara Kelompok intervensi model perilaku *caring* keluarga (Kp).

Variabel	Ukuran Statistik Uji t		Jji t	NI NI	
(kelompok perlakuan)	Mean	SD	SE	P value	IN
Before Intervensi	10,13	4,44	5,408	0,000	30
After Intervensi	8,55	3,87			30

Dari data table di atas, menyatakan bahwa jumlah pasien pada penelitian ini sebanyak 30 pasien. Hasil uji *paired sample test* menghasilkan nilai signifikasi sebesar 0,000. Dimana nilai tersebut kurang dari 0,05, dengan demikian Ho ditolak dan disimpulkan bahwa ada perbedaan cortisol sebelum dan sesudah intervensi untuk perlakuan diberi Model perilaku *caring* keluarga berbasis neurorestorasi (Kp). Depresi pada kelompok perilakuan sebelum intervensi, dilihat dari nilai *mean* = 10,13, setelah intervensi nilai *mean* = 8.55.

Pada kelompok kontrol

Tabel 7: Hasil *Paired Sample Test* Pada Data Kadar Kortisol Sebelum dan sesudah Intervensi pada Kelompok kontrol (Kk).

Variabel	Ukuran Statistik Uji t		NI		
(kelompok kontrol)	Mean	SD	SE	P value	14
Sebelum Intervensi	10,15	4,84	-2,151	0,04	30
Setelah Intervensi	10,93	4,20			30

Dari data tabel di atas, menyatakan bahwa jumlah pasien pada penelitian ini sebanyak 30 pasien. Hasil uji *paired sample test* menghasilkan nilai signifikasi sebesar 0,04. Dimana nilai tersebut kurang dari 0,05, dengan demikian Ho ditolak dan disimpulkan bahwa ada perbedaan hasil kadar kortisol sebelum dan sesudah intervensi antara Kelompok kontrol model (Kk).

BAB VIII PENUTUP

A. Kesimpulan

Model perilaku caring keluarga berbasis nerorestorasi mempuanyai efek terhadap perbaikan mekanisme coping pada pasien stroke melalui proses pembelajaran. Perbaikan coping tersebut ditunjukkan oleh perbaikan respon kognisi. Sehingga menurunkan tingkat depresi pasien.

Model perilaku caring keluarga berbasis nerorestorasi sebagai model terapi kognisi untuk membangun coping style yang positif pada pasien stroke bermanfaat dalam menyelesaikan masalah. Perbaikan positif coping style terbukti bisa menurunkan hormon cortisol.

Model perilaku caring keluarga berbasis nerorestorasi dapat meningkatkan mekanisme coping sehingga pasien masih punya semangat dan tidak ingin membebani keluarga maka terjadi peningkatan ADL dan pasien masih punya semangat untuk produktif.

B. Saran

Model perilaku caring keluarga berbasis nerorestorasi direkomendasikan untuk digunakan dalam asuhan keperawatan kasus penyakit stroke di semua instansi pelayanan kesehatan.

Secara umum Model perilaku caring keluarga berbasis nerorestorasi dapat digunakan dalam asuhan keperawatan pada kasus penyakit kronis seperti kanker dan diabetes dalam memperbaiki imunitas.

Perlu dukungan pembuat kebijakan di bidang pelayanan kesehatan dalam menerapkan model perilaku caring, hal ini bisa ditetapkan oleh pimpinan instansi pelayanan dalam membuat SOP (standar operasional prosedur) untuk dilaksanakan oleh perawat.

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut efek Model perilaku caring keluarga berbasis nerorestorasi terhadap perbaikan biomolekuler pada pasien stroke khususnya untuk biomaker sehat maupun sakit pada pasien stroke. Hasil penelitian ini semakin memperjelas peran Model perilaku caring keluarga berbasis nerorestorasi sebagai model terapi kognisis.

Referensi

- Abdul.2012. Hubungan perilaku caring perawat dengan tingkat kepuasan pasien Andriyani, Heni. 2015. Hubungan Antara Caring Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien. Jurnal kesehatan diakses tanggal 03desember 2012 dariwww.unimus.ac.id
- Abdurrasyid.2009.hemiparese post stroke non hemoragik. KTI. Yogyakarta: YAB Yogyakarta
- Al Rasyid, Soertidewi L, editors. Unit stroke: manajemen stroke secara komprehensif. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2013.
- Atkinson, R. L., C. R. Atkinson., & E. R. Hilgard. (2015). Pengantar Psikologi. Jilid 1. Cetakan VI. Alih bahasa: Nurjanah Taufik dan Rukmini Barhara. Jakarta: Erlangga.
- Ballard, C., E. Rowan, S. Stephens, R. Kalaria, & R. A. Kenny. (2014). Prospective Follow-up Study Between 3 and 15 Month After Stroke: Improvement and Decline Cognitive Function among Dementia Free Stroke Survivors > 75 years of age 2003. Stroke. Pp. 2440-4.
- Barone, F. C., B. Arvin, R. F. White, A. Miller, C. L. Webb, R. N. Willette, P. G. Lysko, & G. Z. Feuerstein. (2012). Tumor Necrosis Factor-alfa, A Mediator of Focal Ischemic Brain Injury. Stroke. Pp. 1233-1244.
- Bartoli, F., Lilli, N., Lax, A., Crocamo, C., Mantero, V., Carrà, G., et al. 2013. Depression after Stroke and Risk of Mortality: A Systematic Review and Meta Analysis. Stroke Research and Treatment, Volume 2013:1-11.
- Braga, M. F. M., V. A. Anderjaska, S. T. Manion, C. J. Hough, & H. Li. (2013). Stress Impair alA Adrenoceptor-Mediated Noradregenic Facilitation of GABAergic Transmission in the Basolateral Amygdala. Neuropsychopharmacology. Pp. 45-58.
- Braun, C. M., S. K. Huang, G.G. Bashin, A. Kagey-Sabotka, L. M. Lichtenstein, & D. M. Essayan. (2004). Corticosteroid modulation

- of human, antigen-specific Th1 and Th2 responses. J Allergy Clin Immunol. Pp. 400-7.
- Bremner, J. D., R. B. Innis, S. M. Southwick, L. Staib, S. Zoghbi, D. S. Charney. (2000). Decreased benzodiazepine receptor binding in prefrontal cortex in combat-related posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. Pp. 1120-1126.
- Brooks, G. A., & T. D. Fahey. (2007). Exercise Physiology. New York: Wm C Brown Pub.
- Buckley, M.B. (2003). Lipids and Stroke. BR J Diabetes Vasc Dis. Pp. 170-6.
- Bull, Eleanor dan Jonathan Morrell. 2007. Kolesterol. Jakarta: Erlangga. Castelli, William P. 2002. *Cholesterol Cures: More Than 325 Ways to Lower Cholesteerol*. Prevention Health Book
- Burns, D. (2005). Terapi Kognitif: Pendekatan Baru bagi Penanganan Depresi. Terjemahan. Jakarta: Airlangga.
- Calhoun, J. F., & J. R. Acocella. (2004). Psikologi tentang penyesuaian dan hubungan kemanusiaan. Alih bahasa: R. S. Satmoko. Semarang: IKIP Semarang Press.
- Demchuk A, Hill MD, Barber PA, Silver B, Patel SC, Levine S. *Importance of Early*
- Donnan GA, Dewey HM, Thrift AG, Sturm J. 2008. The Epidemiologi Of Stroke. In Munsat TL, Ed. Stroke: Selected Topics. New York Demos Medical Publishing, 1-7.Li, C., Hedblad, B., Rosvall, M., Buchwald, F., Khan, F.A., dan Engstrom, G., "Stroke Incidence, Recurrence, and Case-Fatality in Relation to Socioeconomic Position: A Population-Based Study of Middle-Aged Swedish Men and Women," Journal of American Hearth Association, vol. 39, hal. 2191-2196, (2008).
- Ehrlich, L. C., S. Hu, W. S. Sheng, R. L. Sutton, G. I. Rockwold, P. K. Peterson, & C. C. Chao. (2003). Cytokine regulation of human mikroglial cell IL-8 produktion. J.Immunol. Pp. 1944-8.
- Elenkov, I. J., D. A. Papanicolaou, R. L. Wilder, & G. P. Chroursos. (2010). Modulatory effect of glucocorticoids and catecholamines on human interleukin-12 and interleukin-10 production: clinical implications. Proc Assoc Am Physician. Pp. 374-81.

- Gofir, A., Indera., 2013. Hitung Angka Leukosit Sebagai Salah Satu Prediktor Prognosis Functional Outcome dan Lama Perawatan Rumah Sakit Pada Stroke Iskemik Akut. Media Litbangkes, Vol. 24 No. 2, 67-74.
- Gross, J.J. dan Thompson, R.A. 2007. Emotion Regulation. Conceptual Foundations. Handbook of Emotion Regulation, edited by James J. Gross. New York: Guilford Publications.
- Ir.B.Mahendra dan dr.Evi Racmawati N.H. cetakan ke V 2008. *Atasi Stroke Dengan Tanaman Obat*, Penebar Swadaya
- Ischemic Computed Tomography Changes Using ASPECTS in NINDS rtPA Stroke Study. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2005: 1524-4628.
- Junaidi, Iskandar. 2011. Stroke Waspadai Ancamannya. Yogyakarta: AND Lingga, Lanny. 2013. All About Stroke Hidup Sebelum Dan Pasca Stroke. Jakarta: Kompas Gramedi
- Moore E,Agur R dan Moore L.2013. Anatomi Berorientasi Klinis 5thed.dialih oleh hartanto H. Jakarta: Erlangga.
- Murtaqin, 2013. Perbedaan Latihan Rangge Of Motion (ROM) Pasif Dan Aktif Selama 1-2 Minggu Terhadap Peningkatan Rentang Gerak Sendi Pada Penderita Stroke, Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 8, No.1.
- Muttaqin, A. 2008. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan. Jakarta: Salemba Medika
- Parent JM, Vexler ZS, Gong C, Derugin N, FerrieroDM. Rat forebrain neurogenesis and striatal neuron replacement after focal stroke. Ann Neurol. 2015; 52: 802-13
- Rahayu, Kun Ika N. 2014. Pengaruh Pemberian Latihan Rangge Of Motion (ROM) Terhadap Kemampuan Motorik Pada Pasien Post Stroke, JURNAL KEPERAWATAN, P-ISSN 2086-3071 E-ISSN 2443-0900.
- Rosjidi, CH dan Nurhidayat, S. 2009. Buku Ajar Perawatan Cedera Kepala & Stroke. Yogyakarta: Ardana Media
- Santoso, Singgih. 2010. *Statistik Multivariat Konsep Dan Aplisai Dengan SPSS*. Jatakta: PT Elex Media Komputindo

- Shuaib, Ashfaq. 2010. Introduction of Portable Computed Tomography Scanners,in The Treatment of Acute Stroke Patients Via Telemedicinein Remote 39 Communities. World Stroke Organization International Journal of Stroke Vol. 5. Canada.
- Sugiarto, Andi. (2005). Penilaian Keseimbangan Dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari Pada Lansia Dip Anti Werdha Pelkris Elim Semarang Dengan Menggunakan Berg Balance Scale Dan Indeks Barthel. Semarang: UNDIP
- Sutrisno. Alfred. 2011. Stroke??? You must Know Before You Get it!. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Wilkins, Williams. 2011. Nursing: Menafsirkan Tanda-tanda dan Gejala Penyakit.Pt. Indeks. Jakarta NANDA. 2008. Nursing Diagnosis; Prinsip and Clasification. Philadelphia.

Tentang penulis



Dr. Luluk Widarti. S.Kep., Ns., M.Kes. Lahir di Mojokerto, 13 Mei 1966. Penulis memulai jenjang perguruan tinggi S-1 di Universitas Airlangga Jurusan Keperawatan pada tahun 2000 dan selesai tahun 2003. Kemudian Di tahun berikutnya penulis meneruskan S-2 di Universitas Airlangga dengan jurusan Ilmu Kesehatan sampai tahun 2006. Setahun kemudian penulis kembali meneruskan pendidikan S-3 di Universitas Airlangga dengan jurusan Ilmu

Kedokteran dan dapat di selesaikan tahun 2011. Saat ini penulis memiliki jabatan sebagai Lektor Kepala serta Dosen Keperawatan (Poltekkes Kemenkes Surabaya). Penulis juga memiliki segudang riwayat dalam penulisan Artikel Ilmiah, Penelitian, Pemakalah Seminar Ilmiah (oral Presentation)/ Nara Sumber, karya buku dan masih banyak lagi.

PERILAKU CARING

"Meningkatkan Kondisi Psikologis dan Biologis Pasien Stroke"



Dr. Luluk Widarti, M.Kes., lahir di Mojokerto pada 13 Mei 1966. Ia menyelesaikan studi S-1 hingga S-3 di Universitas Airlangga dengan bidang Ilmu Keperawatan (S-1), Ilmu Kesehatan (S-2), dan Ilmu Kedokteran (S-3). Penulis merupakan Lektor Kepala dan seorang dosen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes

Surabaya. Selain itu, Ia juga pernah bertanggung jawab sebagai Kaprodi D-3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surabaya, assessor beban kinerja dosen (BKD), Pengurus HIPENI Jawa Timur, Anggota Penulis Buku Perguruan Tinggi, Pengurus PPNI tingkat provinsi, dan masih banyak lagi.

Penulis sering menjadi narasumber dan ahli di bidang *neuro* sains, terutama tentang penanganan pasien stroke secara holistic, yaitu bio, psiko, sosial, dan spiritual. Penulis juga merupakan pemilik dari Klinik Margo Rahayu di Desa Sumber Kembar, Kecamatan Kutorejo, Kabupaten Mojokerto yang digunakan untuk penanganan pasien stroke secara holistic.

Penulis sering mengikuti berbagai penelitian, memublikasikan artikel ilmiah, dan menerbitkan karya berupa buku. Di antara artikel ilmiah yang pernah dibuat penulis adalah "Home Care Holistik terhadap Perubahan Kecemasan dan Depresi pada Pasien Stroke Iskemik" dan "Model Perilaku Promosi Kesehatan tentang Deteksi Dini Kanker Serviks pada Masyarakat di Wilayah Puskesmas Urang Agung, Kab. Sidoarjo". Sementara itu, beberapa judul buku yang sudah pernah diterbitkan oleh penulis adalah Modul Kesehatan Reproduksi Remaja, Modul Hidup Bahagia dengan Stroke, Modul Sex dan Sexualitas, Buku Ajar KMB, dan masih banyak lagi.



