

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Penanganan terhadap stroke akhir ini berkembang dengan pesat mulai dari penelitian faktor resiko, patofisiologi, manajemen dan obat-obatan serta penanganan pasca stroke.

Perhatian terhadap penanganan stroke iskemik akut sampai saat ini kebanyakan diarahkan kepada neuron yang terganggu karena iskemia. Masih jarang perhatian tertuju kepada lingkungan di jaringan serebral yang mengalami iskemia, padahal pada saatnya juga akan memperberat neuron itu sendiri.

Beberapa tahun terakhir banyak perhatian ditujukan peran dari inflamasi setelah oklusi arterial dan reperfusi. Pada Stroke iskemik terjadi proses seluler dan molekuler yang mendasari transisi dari iskemia menjadi inflamasi, meliputi reaktivitas mikrovaskuler, aktivasi dan kemotaksis dari leukosit polimorfonuklear, perubahan biologi reseptor endotel, sintesis dan pelepasan sitokin, transmigrasi dan infasi dari leukosit ke jaringan otak, dan trombosis mikrovaskuler (Fuerstein, 1997; Yamasaki Kogure, 1997).

Penelitian ini dilakukan untuk mengungkap peran *home care holistic* terhadap perubahan respons psikologis dan biologis pada pasien stroke iskemik. Paradigma psikoneuroimunologi diterapkan pada penelitian ini.

Variabel yang diteliti adalah *home care holistic*. Alasan pemilihan variabel tersebut karena model *home care holistic* adalah hal baru yang perlu diungkap perannya terhadap perbaikan respons psikologis dan biologis pada pasien stroke iskemik. Variabel kecemasan dan depresi adalah respons psikologis yang sering

dialami pasien stroke iskemik karena ketakutan, ketidakberdayaan dalam menghadapi hidup.

Pada penelitian ini kelompok perlakuan diberikan intervensi berupa pendekatan *home care holistic* dan kelompok kontrol diberikan intervensi berupa *home care*. Idealnya pada kelompok kontrol tidak diberi intervensi, namun tidak etis pasien stroke tidak diberikan perawatan apapun, kemudian dimasukkan dalam sampel penelitian.

*Home care holistic* berupa pendekatan dalam asuhan keperawatan di rumah yang menekankan pada intervensi bio-psiko-sosial-spiritual yang mempunyai peran terhadap perbaikan respons psikologis yang bisa berpengaruh terhadap respons biologis. Selanjutnya respons biologis dapat memodulasi respon imun melalui sistem imun syaraf otonom dan sistem endokrin pada pasien stroke iskemik (Ader, 2001). Melalui penelitian ini dapat dijelaskan bahwa model *home care holistic* dapat menurunkan respons psikologis (kecemasan, depresi) yang berdampak pada perbaikan imunitas.

#### **6.1. Perbedaan Kecemasan Sebelum dan Sesudah Intervensi antara Kelompok Model *Home care holistic* (Kp) Dan Kelompok Model *Home Care* (Kk)**

Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan biologis dan perilaku serta secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping untuk melawan kecemasan. Intensitas perubahan perilaku akan meningkat sejalan dengan peningkatan tingkat cemas (Carpenito, 2002). Hal ini dijelaskan oleh Ader dan Cohen (1991) bahwa

gejala kecemasan antara lain didapati adanya sifat-sifat yang kompulsif dari pasien neurosa cemas. Pada penelitian ini pasien menunjukkan sering gelisah dan gugup sewaktu diajak berbicara. Kecemasan yang muncul pada pasien dengan stroke iskemik antara lain cemas tentang kesembuhan penyakitnya, cemas akan biaya pengobatan dan kecemasan akan masa depannya.

Pada penelitian ini setelah pasien diberikan model *home care holistic* mengalami penurunan kecemasan. Berdasarkan hasil uji beda diperoleh signifikansi sebesar 0,000 yang artinya ada perbedaan kondisi kecemasan pada pasien stroke iskemik kelompok model *home care holistic* dengan kelompok model *home care* setelah intervensi (tabel 5.11). Penerapan model *home care holistic* selalu menekankan pada pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual.

Perawatan biologis diberikan terapi somatik neurologis terhadap stroke-nya yang meneruskan terapi dari dokter yang merawat juga memenuhi kebutuhan nutrisi, cairan dan elektrolit, eliminasi, aktifitas dan istirahat/tidur, integritas kulit dan mengobservasi tanda- tanda vital (Sustrani L, et al. 2004).

Pendekatan psikologis diberikan suportif dan kognitif pada saat kondisi mental emosional pasien dalam keadaan stabil agar pasien dapat menerima kenyataan dan mengembalikan rasa percaya diri (Hawari, 2008). Pendekatan implementasi psikologis yang diberikan berupa memfasilitasi teknik koping yang konstruktif dengan jalan mengajak pasien untuk menemukan makna dari penyakit, menggali potensi diri pasien, mengajak pasien untuk mengidentifikasi cara yang biasa digunakan untuk mengatasi kesal, marah atau sesuatu yang tidak menyenangkan, memfasilitasi pandangan yang positif

tentang konsep diri dan memotivasi untuk melakukan aktifitas (Pearlin & Schooler, 1978).

Pendekatan sosial diberikan dalam menunjang respon sosial yang adaptif kepada pasien dan keluarga. Dukungan yang diberikan berupa dukungan emosional, dukungan informasi, dan dukungan materiil. Model ini dikembangkan dari konsep Pearlin & Aneshensel, 1986 (dalam Weiss & Lonngquist). Pendekatan sosial agar pasien tidak rendah diri dan banyak bergaul guna menghindari keterasingan dengan jalan melakukan teknik komunikasi terapeutik, terbuka, eksplorasi dan klarifikasi, mendorong pasien untuk meredakan ketegangan emosinya membantu pasien untuk menerima pikiran dan perasaannya, membantu pasien untuk mengekspresikan perasaannya, mengajak pasien untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang berkenaan dengan perawatannya, menyakinkan kepada pasien bahwa dia adalah tetap sebagai individu yang berguna bagi keluarga dan masyarakat, mengajak keluarga untuk memberi dukungan sosial, memfasilitasi hubungan interpersonal yang memuaskan. Gottlieb (1983) menjelaskan bahwa dukungan sosial sebagai informasi atau nasehat verbal dan non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau berupa kehadiran dan mempunyai manfaat emosional atau berpengaruh pada perilaku penerimanya. Menurut Caplan (dalam Friedman, 1998) menerangkan bahwa keluarga memiliki fungsi suportif.

Keluarga memainkan sebuah peran yang sangat penting dalam menentukan perilaku anggota keluarganya yang sakit, bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan (Schofield, 1998). Apabila

dukungan semacam ini tidak ada maka keberhasilan program penyembuhan dan pemulihan akan sangat berkurang. Respon sosial ini dapat bersifat adaptif yang ditunjukkan dengan adanya perilaku yang responsif sedangkan respon sosial yang bersifat mal adaptif mengarah kekhawatiran yang berlebihan sehingga menimbulkan kecemasan, kalau keadaan ini berlangsung terus menerus akan menimbulkan depresi (Stuart & Sundeen, 1995).

Pendekatan spiritual diberikan dengan menekankan bahwa apa yang dialaminya itu sebagai ujian atau cobaan keimanan oleh karenanya pasien diberi semangat untuk tidak berputus asa dalam berupaya memulihkan kesehatannya disertai dengan sholat, doa dan dzikir. Dzikir secara psikologis akan menciptakan perasaan damai, tenang dan suasana emosi diliputi oleh emosi-emosi positif. Dzikir jika dilakukan dengan penuh konsentrasi akan memunculkan gelombang alpha, yaitu gelombang otak yang timbul jika kondisi tubuh rileks (Wuiffes, dalam Subandi, 1995). Efek lain dari meditasi dzikir adalah menimbulkan perubahan kesadaran seseorang, dari kesadaran normal menuju kesadaran lain yang sering disebut sebagai *altered states of consciousness* (ASC). Menurut Ludwig (dalam Subandi, 1995), perubahan-perubahan yang terjadi ketika individu berada dalam kondisi ASC antara lain adanya perubahan pikiran, perubahan perasaan tentang waktu, perubahan kontrol diri, persepsi, *body image*, dan perasaan/pengalaman yang sulit untuk diceritakan. Dzikir secara fisiologis akan memacu keluarnya zat penenang alamiah (Sheridan dan Radmacker, 1990). Zat *Endorphine* ini bisa distimulasi dengan latihan meditasi dzikir melalui konsentrasi yang mendalam pada

kalimat-kalimat dzikir sehingga beberapa individu setelah melakukan dzikir merasakan keadaan psikologisnya sangat tenang dan damai.

Dzikir dapat juga dikatakan sebagai strategi coping untuk menghadapi berbagai kesulitan yang dihadapi manusia. Dengan berdzikir individu akan memperoleh kekuatan, harapan, optimisme dan semangat baru untuk memecahkan masalahnya, mengatasi kesulitan-kesulitan, dan menghadapinya dengan positif (Delmonte, 1990). Dzikir akan membantu individu di dalam menghadapi kesulitan-kesulitan hidupnya, karena dengan dzikir individu melakukan penyerahan diri secara total kepada Allah swt. Yang kemudian akan menimbulkan harapan baru (*new hopefulness*) dan optimisme (*new optimism*) dengan keyakinan bahwa Allah swt. Akan memberikan pertolongan-Nya.

## **6.2. Perbedaan Depresi Sebelum dan Sesudah Intervensi antara Kelompok Model *Home care holistic* (Kp) Dan Kelompok Model *Home Care* (Kk)**

Pada penelitian ini didapatkan bahwa pasien stroke iskemik mengalami depresi yang berat dan berkepanjangan. Stigmatisasi sosial akan memperparah perasaan depresi dan harga diri yang rendah (Stuart, 2000). Depresi yang berkepanjangan akan berdampak pada keadaan fisik. Maramis (2003) mengartikan depresi adalah kesedihan yang berkepanjangan yang ditandai dengan putus asa untuk melakukan kegiatan apapun. Distres spiritual berupa harapan yang terlalu berlebihan, tidak sabar dan tidak dapat mengambil hikmah dari sakitnya, memperparah kondisi sakitnya. Menurut Ronaldson (2000) pasien dengan penyakit terminal yang menjalani perawatan lama mengalami distres spiritual yang berat.

Depresi pasca stroke dikarenakan gangguan pada fungsi alat gerak, pada mental emosionalnya, alam perasaannya tidak stabil, terkadang marah-marah, murung dan sedih atau sebaliknya merasa gembira dan bersemangat. Gangguan mental emosional tersebut sangat tidak wajar (Hawari, 2008). Pada penelitian ini setelah pasien diberikan model *home care holistic* mengalami perubahan depresi, karena pasien sudah tidak merasa rendah diri, banyak bergaul dan pasien bersemangat untuk tidak berputus asa dalam memulihkan kesehatannya disertai dengan sholat, doa dan dzikir. Setelah pasien diberikan model *home care holistic*, pasien mengalami penurunan depresi.

Berdasarkan hasil uji beda diperoleh signifikansi sebesar 0,000 yang artinya ada perbedaan kondisi depresi pada pasien stroke iskemik kelompok model *home care holistic* dengan kelompok model *home care* setelah intervensi (tabel 5.19). Pada kelompok pasien yang mendapatkan model perawatan *home care*, terapi yang diberikan hanya terapi somatik (fisik) saja sehingga dapat menimbulkan ketegangan secara psikologis (Blackburn dan Davidson, 1994). Saat individu mengalami ketegangan psikologis, dirinya akan menganggap situasi yang membuat dirinya tertekan sebagai suatu ancaman sehingga akan menyebabkan dirinya merasa cemas, sedangkan apabila situasi yang membuatnya cemas terjadi berulang kali maka akan terjadi depresi. Sebagaimana disampaikan oleh Charmaz (1991) jika seseorang merasakan penyakit yang diderita merupakan penyakit kronis dan sulit penyembuhannya, maka pasien sering merasa gagal dalam hidupnya akibatnya mereka menjadi sedih, sensitif dan mudah marah setiap menghadapi masalah. Stigmatisasi sosial akan memperparah perasaan depresi

dan harga diri yang rendah (Stuart, 2000). Depresi yang berkepanjangan akan berdampak pada keadaan fisik (Proto, 2002).

Pada penelitian ini kelompok pasien yang mendapatkan model perawatan *home care holistic* menunjukkan penurunan respons depresi. Hal ini dikarenakan terapi yang diberikan bukan hanya terapi somatik (fisik) saja melainkan dengan pendekatan *holistic* yaitu bio-psiko-sosial-spiritual. Penggunaan model tersebut akan mempercepat respons adaptif. Menurut Roy dikutip oleh Fawcett (1995) menjelaskan bahwa tujuan asuhan keperawatan adalah mempercepat respons adaptif 4 komponen (yang meliputi adaptasi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual). Model *home care holistic* diterapkan pada pasien untuk menunjang respon fisik yang adaptif adalah dengan memberikan dukungan terapi somatik maupun fisioterapi untuk menghilangkan keluhan-keluhan somatik (fisik).

Respon psikologis yang adaptif pada pasien yang mengalami kecemasan dan atau depresi yaitu diberikan terapi kejiwaan/psikologik berupa psiko terapi suportif, terapi ini dimaksudkan untuk memberikan motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta percaya diri bahwa ia mampu mengatasi masalah yang sedang dihadapinya dan psiko terapi kognitif dengan terapi ini dimaksudkan untuk memulihkan fungsi kognitif pasien, yaitu kemampuan untuk berfikir secara rasional konsentrasi dan daya ingat (Hawari, 2008).

Respon sosial yang adaptif adalah dengan memberikan dukungan sosial kepada pasien berupa dukungan emosional, dukungan informasi, dan



dukungan material. Model ini dikembangkan dari konsep Pearlin Aneshensel, 1986 (dalam Weiss & Lonnquistl) membedakan tiga jenis dukungan keluarga. Keluarga memainkan sebuah peran yang sangat penting dalam menentukan perilaku anggota keluarga yang sakit, bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan (Schofield *et al.* 1998).

Respons spiritual yang adaptif adalah dengan memberikan strategi koping (teknik kognisi) agar pasien mempunyai harapan untuk hidup, pasien merasa tabah menghadapi sakitnya, dan bisa mengambil hikmah terhadap sakit yang diderita. Menguatkan harapan yang realistis kepada pasien terhadap kesembuhan dan meyakinkan kepada pasien bahwa sekecil apapun kesembuhan, akan memberikan ketenangan dan keyakinan pasien untuk berobat sehingga diharapkan pasien menjadi lebih tabah dan sabar. Ketabahan hati sangat dianjurkan kepada pasien. Perawat dapat menguatkan diri pasien dengan memberikan contoh nyata dan atau mengutip kitab suci atau pendapat orang bijak (Faugier & Hicken, 1996). Sebagaimana di dalam Al Qur'an surat Al-Baqaroh ayat 286, bahwa Tuhan tidak akan memberikan cobaan kepada umat-Nya, melebihi kemampuannya. Pasien harus diyakinkan bahwa semua cobaan yang diberikan Tuhan kepada dirinya pasti mengandung hikmah yang sangat penting dalam kehidupannya, sebagaimana dikutip oleh Kauman & Nipan (2003) bahwa musibah (penyakit) diberikan kepada manusia oleh Allah SWT untuk menguji tingkat keimanan seseorang. Barangsiapa yang tetap bersabar dalam menghadapi musibah yang menimpa dirinya, niscaya ia akan memperoleh derajat yang begitu tinggi dihadapan Allah SWT.

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).

### **6.3. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan dalam penelitian ini antara lain adalah pemeriksaan respon psikologis dan respon biologis tidak dilakukan secara *time series* melainkan *pre* dan *post* intervention. Selanjutnya variabel biologis pada pasien *stroke* hanya diukur dengan *biomarker* sakit saja tanpa diukur dengan *biomarker* sehat. Variabel nonfisik pada pasien *stroke* hanya diukur dengan respon psikologis saja melainkan respon sosial dan spiritual belum diukur.

### **6.4. Penemuan Baru**

Model *home care holistic* mempunyai pengaruh terhadap perbaikan mekanisme koping pada pasien stroke iskemik melalui proses pembelajaran. Perbaikan koping tersebut ditunjukkan oleh perbaikan respons psikologis berupa penurunan kecemasan dan depresi. Perbaikan respons psikologis meningkatkan motivasi untuk tetap hidup berkualitas.

Model *home care holistic* yang menekankan pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual untuk membangun *coping style* yang positif, dapat memperbaiki respons psikologis berupa penurunan tingkat kecemasan dan depresi, serta dapat memperbaiki respons biologis yang dicerminkan oleh penurunan kadar Cortisol, *IFN- $\gamma$* , dan *TNF- $\alpha$*  pada pasien stroke iskemik. Respons biologis tersebut dapat mencegah terjadinya proses inflamasi lebih lanjut maupun perluasan infark serebri, sehingga kecacatan akibat stroke

iskemik bisa dicegah dan penderita tetap produktif. Hal ini terkait dengan definisi sehat menurut WHO (1974), sehat adalah keadaan yang sempurna dari fisik, mental, sosial, tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan.