

# TESIS

*COPING BEHAVIOR* UNTUK MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP  
(STUDI KASUS PADA STRESS PASCA STROKE  
DI RSU ANUTAPURA PALU)

*COPING BEHAVIOR* TO INCREASE QUALITY OF LIFE  
(CASE STUDY STRESS PASCA STROKE IN RSU ANUTAPURA PALU)



RAHMAT LAPAIYO  
P1805206553

PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2008

*COPING BEHAVIOR* UNTUK MENINGKATKAN  
KUALITAS HIDUP  
(STUDI KASUS STRESS PASCA STROKE DI RSU ANUTAPURA PALU)

TESIS

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister

Program Studi  
Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi Promosi Kesehatan

Disusun dan di ajukan oleh :

RAHMAT LAPAIYO

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2008

## P R A K A T A

Alhamdulillah.... Allahu Akbar....selaksa puja dan puji penulis haturkan kehadiran Ilahi Robbi Allah SWT, yang atas karunia kesehatan dan kesempatannyalah hingga penyusunan thesis ini dapat penulis selesaikan pada waktunya. Tak lupa shalawat dan salam penulis kirimkan kepada Rasul akhirul zaman Muhammad SAW yang telah memberi kita kiblat-kiblat shahih yang jauh dari tipu daya dan muslihat dunia

Penulis menyadari bahwa sebagai hamba Allah yang Dhaif, kesempurnaan sangat jauh rasanya dari penyusunan thesis ini. Keterbatasan-keterbatasan dan kekurangan-kekurangan yang hadir dalam thesis ini merupakan refleksi dari ketidaksempurnaan penulis sebagai manusia. Namun dengan segala kerendahan dan ketulusan hati, penulis memberanikan diri mempersembahkan thesis ini sebagai hasil usaha dan kerja keras yang telah penulis lakukan selama ini.

Selama proses penyelesaian thesis ini , begitu banyak hambatan dan cobaan yang penulis hadapi namun berkat doa, bantuan moril dan spiritual yang ikhlas dari orang-orang terdekat khususnya spirit kedua orang tua penulis yang telah berpulang kesisiNya dan Istri penulis Onang Silfana beserta punggawa-punggawaku Ismu Faqih Wardhana, Taujihat Hilal Nugraha dan Taufihat ilal Anugerah telah menjadikan jalan panjang yang penulis lalui terasa lebih lapang dan dekat dimana sepanjang jalan tersebut

spirit dan motivasi mereka datang silih berganti untuk minta di dekap dan di genggam hingga tiba di ujung jalan penyelesaian akhir.

Ucapan terima kasih dari lubuk hati yang dalam penulis haturkan kepada Bapak Prof. dr. H. Veny Hadju, M.Sc, Ph.D. yang telah bersedia membimbing penulis sebagai ketua komisi penasihat dan berikut Bapak Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc. sebagai anggota komisi penasihat yang senantiasa memberikan arahan, dorongan dan bimbingan yang selalu penulis jadikan suplemen pembakar semangat selama proses penyusunan thesis ini.

Tak lupa pula penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dewan penguji yang terhormat atas masukan dan koreksinya yakni Prof. Dr. dr. H. M. Rusli Ngatimin, MPH, juga kepada Bapak Dr. dr. Muh. Syafar, MS dan Bapak Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS. Semoga apa yang mereka berikan akan dibalas oleh yang maha kuasa dengan limpahan rahmat dan karuniannya.

Melalui kesempatan ini pula penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada :

1. Bapak Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menuntut ilmu di salah satu institusi terbaik di negeri ini
2. Bapak Prof. Dr. dr. Abdul Razak Thaha, M.Sc selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin beserta jajarannya yang telah

berusaha memberikan fasilitas pendidikan terbaik yang sangat menunjang bagi penulis dalam meningkatkan kemampuan akademik

3. Bapak Prof. dr. H, Veny Hadju, M.Sc, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat beserta jajarannya yang selalu memberikan kemudahan fasilitas dan akses informasi yang seluas-luasnya demi peningkatan kualitas pendidikan dilingkungan FKM
4. Bapak Dr. drg. A. Zulkifli Abdullah, MS selaku Ketua program studi kesehatan masyarakat beserta jajarannya yang telah memberikan bantuan dan arahan selama ini.
5. Bapak Dr. dr. Muh. Syafar, MS selaku Ketua konsentrasi Promosi Kesehatan beserta jajarannya yang selalu meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan selama proses penyelesaian study.
6. Dr. Reny A. Lamadjido, Sp.PK selaku Direktur Rumah Sakit Umum Anutapura Palu yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk meningkatkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi sekaligus memberikan izin penelitian dilingkungan RSU Anutapura Palu, semoga hasil penelitian ini menjadi umpan balik yang baik bagi rumah sakit
7. Teman-teman sekawan seperjuangan mahasiswa program pasca sarjana promosi kesehatan yang selalu setia, seiya-sekata, senasib sepenanggungan dalam menjalani perkuliahan...tiada padanan kata lagi yang bisa penulis ungkapkan untuk semua yang telah kita lalui bersama. Semoga kebersamaan ini terus berlanjut di masa depan

8. Terkhusus juga penulis ucapkan penghargaan dan terima kasih setinggi-tingginya kepada para informan dan key informan yang bersedia memberikan waktunya selama proses penyusunan thesis ini. Semoga tidak stress lagi....Ya Allah...berikanlah mereka nikmat kesehatanmu dan ampuni dosa-dosa mereka. Amin..
9. Kepada keluarga, kerabat dan handai taulan serta seluruh teman sejawat di RS khususnya bag. Fisioterapi, bag. Perencanaan sebagai unit kerja penulis dan seluruh teman-teman di RSUD Anutapura Palu yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan dan doanya

Semoga thesis ini memberikan sumbangan pikiran yang bermanfaat bagi kita semua. Amin ya...Robbal..Alamin

*Wassalam*

Makassar, April 2008

Penulis.

## ABSTRAK

Rahmat Lapaiyo. ***Coping Behavior Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Studi Kasus Pada Stress Pasca Stroke*** (dibimbing oleh Veni Hadju dan Ridwan M. Thaha)

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang bertujuan untuk mengetahui strategi *coping* terhadap stress pada penderita pasca stroke dengan menggali informasi secara mendalam tentang kaitan antara variabel persepsi penderita, perilaku penderita, dukungan sosial dan kejadian stress lainnya.

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Anutapura Kota Palu yang berkualifikasi tipe B dengan melibatkan 7 orang informan dan *key informan* yakni istri / suami informan, anak informan, dokter spesialis saraf, perawat, petugas fisioterapi dan bagian psikologi. Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara mendalam (*indepth interiew*) dan dengan observasi partisipatif

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa : 1) Penderita pasca stroke sangat rentan terhadap stress disebabkan kemampuan *recovery* penderita stroke untuk kembali sehat seperti sediakala membutuhkan waktu yang lama sehingga penderita menjalani kehidupan sehari-harinya dalam keadaan *patofisiologi* dimana secara medis mereka dikatakan telah sembuh namun secara fungsional mereka masih mengalami keterbatasan; 2) Keadaan *disability* dalam waktu yang lama yang di derita oleh penderita stroke sangat mempegaruhi keadaan psikologinya sehingga mereka yang mempunyai persepsi dan perilaku yang positif, *personality* lebih tabah (*hardiness personallity*) dan mempunyai dukungan sosial (*social network*) yang baik yang akan mendapatkan pemulihan lebih cepat. 3) Strategy *coping behavior* pada dasarnya telah dilakukan oleh penderita pasca stroke dengan cara yang berbeda-beda sesuai dengan persepsi mereka terhadap keadaan stress yang mereka rasakan. Ke tujuh informan menggunakan *emotional focused coping* bahwa keadaan mereka merupakan ujian dan takdir dari Tuhan sedangkan pemecahan masalah dengan melibatkan orang lain belum banyak dilakukan oleh informan.

Sebagai kesimpulan bahwa *coping behavior* merupakan cara yang efektif dilakukan pada penderita pasca stroke untuk mengatasi stress psikologis dengan mengembalikan kepercayaan dirinya dan meringankan *disability* yang ada sehingga terjadi peningkatan kualitas hidup

Kata Kunci : *coping behavior*, stress, kualitas hidup, penderita pasca stroke

## ABSTRACT

Rahmat Lapaiyo. ***Coping behavior to increase quality of life, a case study of stress pasca stroke*** guided by Veny Hadju and Ridwan M. Thaha.

The aim of this study is to examine coping strategy of post stroke patient against their stress problem by deep searching factors that influenced i.e ; the perception, behavior, social support and other life stressor

The study carried out in General Hospital of Anutapura Palu Municipality which involved seven informans and the key informan are husband or wife, children, neurologist, nurse, physiotherapist, psychology unit. The primary data collected by deep interview and partisipatory observation

The result showed 1) the stroke patient is easy to stress because their recovery is required long time, so they live with phatophysiology condition 2) disability condition for long time could effected their psychology circumstance so that those with positive perception and behavior, hardiness personality and good social support would be recovery better. 3) coping behavior strategy basically have been done by the patient with different way based on their circumstance of stress perception which they feel. All the informan used emotional focused coping which felt that their condition is a test from God and it was their destiny, while problem solving by entagling others not yet a lot of done by informan

As conclusion that coping behavior represent an effective ways done by informan to overcome the psychological stress and to increase their self value in order to increase their quality of life

Key word : coping behavior, stress, quallity of life, pasca stroke

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	12
C. Tujuan Penelitian	
1. Tujuan Umum	13
2. Tujuan Khusus	13
D. Manfaat penelitian	14
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Tentang Stroke	15
1. Ketahui Faktor Stroke	17
2. Membaca Gejala Stroke	12
B. Tinjauan Tentang Coping	19
1. Coping Proses	21
2. Macam-macam coping	23
C. Tinjauan Tentang Stress	24
D. Tinjauan Umum Tentang Perubahan Perilaku	30
E. Tinjauan Tentang Dukungan Sosial	33
a. Definisi	37
b. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Sosial	39

F. Tinjauan Tentang <i>Social Support</i> dan Promosi Kesehatan	42
G. Disability Oriented Approach (DOA)	35
H. Kerangka Konsep	39
I. Proposisi	39
J. Definisi Konsep	40

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Jenis Penelitian	41
B. Tempat dan Subyek Penelitian	41
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	42
D. Tehnik dan Instrumen Penelitian	42
E. Analisa Data	43

### **BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	45
B. Karakteristik Informan	49
C. Persepsi Informan Terhadap Stress	53
D. Perilaku Stress	63
E. Dukungan Sosial	70
F. Kejadian Stress Lain	76
G. Coping Behavior	81
H. Promosi Kesehatan pada peningkatan kualitas hidup penderita stress pasca stroke	86
I. Penelitian-penelitian Lain Tentang Coping Terhadap Stress	93

### **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan	98
B. S a r a n	99

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **PEDOMAN WAWANCARA**

### **LAMPIRAN GAMBAR**

## DAFTAR GAMBAR

1. COPING PROCESS .....	21
2. SINDROM ADAPTASI UMUM .....	28
3. KERANGKA KONSEP PENELITIAN .....	39

## DAFTAR TABEL

TABEL 1	KARAKTERISTIK INFORMAN MENURUT UMUR, PENDIDIKAN DAN JENIS KELAMIN .....	49
TABEL 2	STRESS DAN TINGKAT PERKEMBANGAN .....	61
TABEL 3	KEJADIAN KEHIDUPAN YANG MENIMBULKAN STRES.....	77

## **LAMPIRAN – LAMPIRAN**

- I PEDOMAN WAWANCARA
- II MATRIKS SIMPULAN PENELITI DAN KLASIFIKASI HASIL  
WAWANCARA
- III GAMBAR DOKUMENTASI PENDERITA PASCA STROKE
- IV GAMBAR LATIHAN FUNGSIONAL PENDERITA STROKE UNTUK  
PENINGKATAN KUALITAS HIDUP
- V SURAT IZIN PENELITIAN
- VI SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Meningkatnya kejadian kesakitan, kematian dan kecacatan akibat berbagai penyakit degeneratif atau penyakit tidak menular yang terkait erat dengan perubahan gaya hidup, pola makan dan ketidakaktifan fisik ternyata tidak hanya terjadi di negara-negara yang sudah maju dan modern tetapi juga menunjukkan peningkatan yang signifikan di negara-negara sedang berkembang. Faktor pemicu dan pemacu meningkatnya penyakit degeneratif tersebut adalah kekurangpahaman masyarakat terhadap pentingnya manfaat aktifitas fisik bagi kesehatan, pemeliharaan kualitas hidup, serta pencegahan penyakit degeneratif. Masyarakat belum menyadari arti sehat yang sesungguhnya dan tidak mengamalkan perilaku sehat.

#### ***Cerita tentang Pak Amir,***

*"Waktu itu sekitar tahun 2003," tuturnya, "saya bersama beberapa rekan baru saja selesai melaksanakan operasi yang berakhir sekitar jam 4.20 menit sore. Setelah istirahat sebentar, kemudian saya izin pulang ke rumah di Perumnas. Menjelang tidur sekitar pukul sebelas lewat, tiba-tiba saja, tanpa merasakan apa-apa, saya berteriak-teriak.*

*Saya juga tidak tahu kenapa saya harus teriak, yang jelas seluruh badan saya lemas sekali. Anehnya tidak ada rasa pusing atau apapun selain lemas saja, seluruh anggota badan ini tak bisa digerakkan." Malam itu juga, Pak Amir langsung tak sadarkan diri. Karena begitu mendadak, **Meyti**, sang istri, menyangka ini penyakit biasa atau hanya kecapaian karena pak Amir mengatakan bahwa dirinya tidak apa-apa. Sehingga pak Amir baru dibawa ke RS Anutapura keesokan harinya. Sebelumnya, pak Amir memang tidak pernah sakit dan tak pernah mengeluh apa-apa. Dia bahkan terlihat sehat dan energik. Di rumah sakit, barulah Meyti mengetahui bahwa suaminya mengalami tekanan darah tinggi hebat hingga pembuluh darahnya pecah.*

*Satu setengah hari, pak Amir anfal tak sadarkan diri. Saat sadar pun, kondisinya begitu memprihatinkan. Dia tidak lagi mengenali orang lain, tidak bisa menggerakkan apa-apa, dan berbicara pun sangat sulit. Jadilah dia terbaring payah di tempat tidur. Meskipun demikian, kondisi ini disyukuri oleh Meyti. Karena menurut informasi yang diperolehnya dari dokter, stroke yang dialami suaminya merupakan serangan pertama dan biasanya prognosisnya masih baik*

*Akhirnya, pak Amir dirawat di rumah sakit selama satu setengah bulan. Sepanjang perawatan, Meyti setia menemaninya dan hampir tak pernah pulang ke rumah. Selama di rumah sakit, dirasakan pak Amir sebagai suatu penyiksaan. Karena praktis memang dia tak bisa melakukan apa-apa, semuanya dibantu orang lain. Inilah kondisi yang*

sangat menjemukan bagi pak Amir "Yah, pokoknya begitulah," ujarnya liris. Hiburan bagi pak Amir satu- satunya adalah sang istri yang full menemaninya di rumah sakit. Beruntungnya lagi, biaya perawatan dirinya ditanggung Askes dan Rumah Sakit tempatnya bekerja memberikan dispensasi pembayaran untuk karyawan yang bekerja di rumah sakit tersebut, sehingga ia dan keluarganya tak lagi pusing memikirkannya.

### **Hidup dengan Stroke**

Setelah kondisinya dianggap membaik, dia diperbolehkan pulang dengan tetap melakukan check up rutin. Apalagi anggota tubuhnya bagian kanan tak lagi berfungsi efektif. Terpaksalah dia hidup hanya dengan berbaring di tempat tidur. Bicaranya pun tak selancar dahulu. Bagi pak Amir yang dulu aktif lagi energik, apa yang dialaminya saat itu sungguh tidak menyenangkan

Pak Amir memang tidak menyangka bahwa dirinya yang dulu sehat tanpa keluhan apa-apa, harus terbaring payah di tempat tidur. Keinginan untuk bisa melakukan aktivitas sangatlah besar, namun kondisinya yang lemah membuatnya tak berdaya. Inilah yang justru membuatnya tambah stress. Padahal, penyakit yang dialaminya mengharuskan dia dalam keadaan rileks, tenang, tanpa memikirkan sesuatu yang berat-berat. Terpaksalah, ditelannya kepahitan hidup, mencoba berdamai dengan stroke yang menderanya. Keinginan untuk

*sembuh dan rasa tanggung jawabnya yang besar terhadap ekonomi keluarga, mendorong pak Amir segera mengakhiri semua penderitaan. Apalagi empat anaknya saat itu masih sekolah, sehingga masih membutuhkan biaya.*

*Begitu besar tekadnya untuk sembuh, dan bisa segera bekerja kembali. Apalagi dirinya merupakan tenaga inti dalam melaksanakan operasi di kamar operasi dan sering di panggil untuk membantu kegiatan operasi di rumah sakit lain. Meskipun sebenarnya pak Amir tahu, bahwa kondisi dirinya tak memungkinkan lagi untuk melakukan aktivitas berat*

*. Pengobatan alternatif adalah salah satu pilihannya. Hampir semua jenis pengobatan alternatif telah dicobanya. Tak satu pun saran dari rekan-rekannya dia abaikan. "Semua saran dari teman untuk berobat ke sana ke mari saya lakukan," katanya. Namun, ternyata pengobatan alternatif itu tak bisa membuat kondisinya menjadi lebih baik. Benih-benih keputusan pun mulai nampak menghampiri dirinya. Beruntungnya pak Amir, memiliki istri yang begitu sabar dan pengertian. Menurut penuturan Meyti, dirinya tak henti-hentinya berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhan suaminya, dia pun kerap kali membangkitkan semangat suaminya untuk tetap optimis dan memasrahkan semuanya kepada Yang Maha Penyembuh.*

*"Sempat dia bilang mau mati saja, tapi saya katakan jangan pernah mendahului keputusan Yang Di Atas. Ini adalah cobaan,*

*hadapi sampai benar-benar Allah memberi keputusan akhir," ungkap Meyti kepada suaminya.*

### ***Terapi dan Semangat Diri***

*Perlahan namun pasti, kepercayaan diri dan semangat pak Amir pun kembali muncul. Secara tak langsung, dukungan total dari istri dan empat anaknya, ditambah dengan kepercayaan diri dan semangat untuk sembuh membuat kondisinya secara psikologis membaik, meskipun fisiknya masih tak banyak berubah.*

*Untuk meningkatkan kondisi fisiknya, pak Amir pun mengikuti berbagai terapi di RS tempatnya bekerja. Mulai dari terapi wicara, terapi fisik, dan psikologik. Dia pun seringkali melakukan latihan sendiri dengan melakukan jalan kaki keliling perumahannya bersama sang istri. Dari menggunakan tongkat sampai akhirnya dilepasnya tanpa harus dibantu orang lain. Check up rutin pun dilakukannya, semua pantangan makanan dijalankannya dengan baik. Berangsur-angsur kondisinya mulai mengalami kemajuan amat berarti. Nada bicara yang tadinya kurang jelas, mulai terdengar enak dan lancar, fisiknya pun mulai lentur dan mudah digerakkan.*

*Dan peristiwa yang begitu mengharukan sang istri adalah, keinginan besar pak Amir untuk bekerja kembali menghidupi anak dan istrinya. Dia pun mulai belajar menulis lagi dengan menggunakan tangan kiri karena tangan kanannya sudah tak bisa digerakkan dengan*

*baik. Hampir setiap hari dia berlatih menulis dengan tangan kidal, tulisan yang mulanya acak-acakan menjadi rapi, laiknya menulis dengan tangan kanan. Setelah itu, pak Amir pun memberanikan diri untuk masuk kantor kembali.*

*Sambutan rekan-rekan kerja yang positif menambah kepercayaan dirinya. Pak Amir yang tadinya sebagai perawat instrumen dan perawat steril dijadikan perawat pembantu kamar operasi yang kegiatannya lebih ringan seperti melipat-lipat kain haas, menyediakan perlengkapan operasi, membuat laporan operasi dan lainnya. Dan yang membahagiakan, latihan menulis kidal yang dilakukannya berbulan-bulan sangat berguna untuk tugasnya sekarang, yaitu menangani bagian pelaporan dan lebih gembira lagi karena sekarang tangan kanannya sudah lumayan baik untuk digunakan*

*Meskipun kini dia memiliki berbagai keterbatasan, pak Amir tetap aktif bekerja dengan penuh semangat. Memang, stroke itu masih mendera tubuhnya. Memang, hanya setengah bagian tubuhnya yang berfungsi. Namun bukan alasan baginya untuk berada di rumah saja, berpangku tangan, dan berharap budi baik orang lain untuk menghidupi keluarganya.*

*Semangat tetap dia genggam, dibalik pembawaannya yang tenang, kalem, dan terkesan cool. Semangat sekeras baja, agar dapur tetap mengebul dan anak-anaknya menjadi "orang". Stroke berat bukan berarti selesailah segalanya.....*

Awalnya, pak Amir tidak pernah mengira bahwa dia akan terkena hipertensi atau darah tinggi. Celakanya lagi, hipertensi itu menyebabkan dia menderita stroke hingga harus terkapar di pembaringan. Padahal saat kejadian itu dia baru berusia 41 tahun. Bagaimana rasanya, ketika gairah kerja meningkat, semangat untuk membangun hidup pun tengah berada di puncaknya, tiba-tiba kondisi fisik mengharuskan anda berhenti, berbaring lemah tanpa daya? Pastilah perasaan sedih, frustrasi, dan jenuh yang luar biasa, menyerbu sanubari anda. Begitu pula yang dirasakan **pak Amir**, Lelaki berusia 46 tahun itu mendadak terserang stroke, justru di saat kondisi fisik dia rasakan sangat fit. Sakit yang dideritanya ini membuatnya hampir kehilangan semangat kerja bahkan semangat hidup..

Stress dan depresi merupakan konsekuensi yang paling sering terjadi pada kondisi pasca stroke (Hascinski, 1999). Pada awalnya akan terjadi *deny reaction* (pengingkaran) dan rasa tidak percaya akan kejadian yang dialaminya. Keadaan ini kemudian akan diikuti oleh perubahan emosional dan perilaku yang cenderung menuju kearah yang negatif. namun dengan strategi *coping* yang tepat dan dukungan sosial dari orang sekitar akan menumbuhkan kembali rasa percaya diri penerimaan terhadap apa yang terjadi.

Rasa percaya diri penderita stroke merupakan masalah yang sangat penting diperhatikan oleh petugas kesehatan. Salah satu

pendekatan yang dapat dilakukan yakni dengan perubahan perilaku berbasis rasa percaya (*credibility*) yang merupakan salah satu konsep promosi kesehatan. Model *innovation, communication and motivation – medico-socio-anthropologic* ICM – MSA (Ngatimin, 1987). Yang dilakukan dengan penuh inovasi oleh petugas kesehatan akan memudahkan penderita stroke meningkatkan pemahaman konsep sehat dan beralih dari posisi subyektif ke obyektif sehingga mereka percaya bahwa penyakit yang mereka derita merupakan penyakit yang dapat dicegah, diobati dan disembuhkan.

Stress juga sangat mempengaruhi kualitas hidup (*QoL*) penderita pasca stroke. Rata-rata penderita pasca stroke dilaporkan mempunyai kualitas hidup yang sangat rendah dibanding dengan penderita penyakit lain dengan usia yang sama (Wyller *et al.* 1998).

Stroke juga merupakan penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya keterbatasan dalam waktu yang lama *long-term disability* (Marja *et al.*, 1999) sehingga menimbulkan beban yang sangat besar baik dari segi sosial, ekonomi dan individu. Di sisi lain pasien stroke juga menunjukkan proses *coping* yang sangat baik pada kondisi keterbatasannya (King, 1996).

### ***Kisah om Ance yang malang***

*Sewaktu pertama kena stroke, keadaan om Ance sangat kacau meskipun stroke yang dialaminya masih stroke ringan. Keluarganya*

*belum mengetahui banyak apa dan bagaimana penyakit stroke itu disamping perilaku om Ance yang tempramental sehingga keluarganya tidak bisa berbuat banyak dalam usaha memperbaiki kondisinya. Om Ance yang mempunyai usaha bengkel mobil tersebut sering tidak mendengar nasihat dari keluarganya untuk rajin berobat dan berpantang makanan, hanya kemauan dia saja yang harus selalu dituruti.*

*Meskipun perlahan-lahan keadaannya semakin membaik, om Ance tetap saja pada gaya hidupnya yang dulu, makan tanpa pantangan, masih minum minuman beralkohol dan tetap saja merokok. Terlebih lagi om Ance sering mengkonsumsi obat-obat kuat yang dibelinya sendiri entah dimana. Akhirnya om Ance terkena stroke untuk yang kedua kalinya. Ketika itu stroke yang dialaminya termasuk stroke berat. Om Ance anfal di rumahnya lalu kemudian dibawa ke rumah sakit Bala Keselamatan. Selama satu minggu dirawat tidak ada perubahan yang berarti bahkan keadaannya semakin bertambah parah. Akhirnya om Ance meninggal dunia di rumah sakit tempat ia dirawat*

*Kalau saja om Ance mau mendengar nasihat keluarganya untuk berpantang makanan dan rajin check up, kalau saja om Ance mau merubah kebiasaannya minum minuman beralkohol dan mengkonsumsi obat-obat kuat mungkin om Ance masih bisa melanjutkan hidupnya dan masih bersama kita hari ini....*

Insiden Stroke di negara maju cenderung menurun karena usaha prevensi primer yang berhasil terutama dalam hal pencegahan terhadap hipertensi. Akan tetapi di negara berkembang insiden ini justru meningkat akibat pengaruh urbanisasi, perubahan gaya hidup, dan bertambahnya umur harapan hidup (Alex Kalache, 1995). Insiden stroke pada daerah perkotaan (*urban*) di Indonesia diperkirakan 5 kali lebih besar daripada insiden di daerah pedesaan (*rural*) (*Medical Research Unit. FK Unpad 1994*). Hal ini dapat dilihat dari jumlah pasien stroke yang dirawat di rumah sakit terutama RS tipe B yang merupakan rumah sakit yang berada di daerah perkotaan.

Berdasarkan data dari *National Stroke Association Amerika (NSA, 2006)*, stroke merupakan *leading cause* yang menyebabkan kematian dan telah membunuh 160.000 orang Amerika setiap tahun. Di samping itu setiap tahun tercatat lebih dari 750 kasus stroke baru terjadi di Amerika. Data NSA tersebut juga menunjukkan bahwa dalam setiap 45 menit ada satu orang Amerika yang terkena stroke (*www.stroke.org, 2003*)

Di Indonesia, belum ada data epidemiologis stroke yang lengkap, tetapi proporsi penderita stroke dari tahun ke tahun cenderung meningkat. Hal ini terlihat dari laporan Survei Kesehatan Rumah Tangga Depkes RI di berbagai rumah sakit di 27 provinsi di Indonesia. Hasil survei itu menunjukkan terjadinya peningkatan dari 0,72 per 100 penderita pada 1984 menjadi 0,89 per 100 penderita pada 1986 (Tjipto

Haryono, *www.tempo.co.id* 2007) Di RSUD Anutapura Palu, pada 2006 pasien stroke sebanyak 749 orang, pada 2007 sebanyak 806 orang (*medical record RSUD Anutapura Palu, 2007*)

Angka kejadian stroke di Indonesia meningkat dengan tajam. Bahkan, saat ini Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia berdasarkan data Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki, 2007). Di Indonesia sendiri stroke merupakan urutan ketiga yang menyebabkan kematian setelah jantung dan kanker. Bahkan menurut survei tahun 2004 stroke merupakan pembunuh nomor 1 di rumah sakit pemerintah di seluruh penjuru Indonesia (*www.medicastore.com*, 2006). Diperkirakan ada 500.000 penduduk yang terkena stroke. Dari jumlah tersebut sepertiganya bisa pulih kembali, sepertiga lainnya mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang dan sepertiga sisanya mengalami gangguan fungsional berat yang mengharuskan penderita terus menerus di kasur.

Biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan stroke dan kehilangan mata pencaharian sangat tinggi. Di Amerika Serikat, pada 1981 pernah dihitung biaya yang dikeluarkan untuk perawatan pasien stroke, yaitu sebanyak 7 milyar dolar dan pada 1996 meningkat menjadi 40 milyar dolar. Biaya tersebut terdiri dari *direct costs* (biaya rumah sakit, dokter, dan rehabilitasi) sebanyak 27 milyar dolar dan *indirect costs* (kehilangan

produkti vitas) sebanyak 13 milyar dolar. *American Heart Association* memperkirakan total biaya menjadi 51 milyar dolar pada 1995 (Tjipto Haryono, 2007)

Banyak studi yang menunjukkan efektifitas *coping* pada pasien pasca stroke. Dalam *The Journal of Rehabilitation* (1989) *coping* pada 166 penderita stroke memberikan hasil yang *significan* dan berbeda berdasarkan latar belakang keluarganya. (Power, 1985) bahwa *coping* pada stroke merupakan *early intervention* yang harus dilakukan dalam mempertahankan kemampuan fungsional dan mempercepat penderita keluar dari *rehabilitation centre*. (Hee Seung Kim, et al) memperlihatkan bahwa Korean pasien dengan cancer mempunyai tingkat stress yang tinggi dan lebih banyak menggunakan *emotion focused coping strategy*. (Supaporn Choeytim, 2001) meneliti *coping* pada 400 pelajar sekolah lanjutan tingkat 6 pada Mathayomsuksa menemukan bahwa 70.50% pelajar melakukan *coping* tehnik.

## B. Rumusan masalah

Dari latar belakang masalah diatas menunjukkan bahwa stroke dapat menimbulkan berbagai permasalahan yang dapat dirumuskan sebagai berikut :

- a. Ditemukan hasil bahwa penderita pasca stroke memiliki kualitas hidup yang rendah yang disebabkan adanya gangguan *mood* (*mood disorder*), keterbatasan fisik dan ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas fungsional sehingga rentan terhadap stress.

Diharapkan *coping behavior* dapat membantu penderita stress pasca stroke untuk meningkatkan kualitas hidupnya

- b. Bahwa manifestasi stress pada penderita pasca stroke dapat bermacam-macam tergantung konsep dirinya. diharapkan perilaku *coping* dapat tergeneralisasikan menjadi *preventive effort* sehingga semua penderita pasca stroke dapat mencegah, menolak bahkan menghilangkan perilaku negatif dan dapat meringankan *disability* yang terjadi

### C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian

#### 1. Tujuan Penelitian

##### b. Tujuan Umum

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif yang bertujuan untuk menilai sejauh mana *strategy coping behavior* yang dilakukan oleh penderita dalam meningkatkan kualitas hidupnya. Dalam studi ini peneliti ingin mengetahui keberhasilan strategi *coping* yang dilakukan oleh penderita, apa kiat-kiat yang mereka lakukan sehingga kualitas hidup sebagai orang dengan keterbatasan akan meningkat. Peneliti lebih memfokuskan diri melihat *coping* positif yang berhasil dilakukan oleh penderita stress pasca stroke (*succes story*).

##### c. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui dan menilai persepsi penderita pasca stroke terhadap stress

2. Untuk menggali bagaimana penderita pasca stroke melakukan *coping* terhadap penyakit yang di deritanya
3. Untuk menilai peran promosi kesehatan dalam peningkatan kualitas hidup penderita stress pasca stroke

Penelitian ini juga diharapkan memiliki kegunaan :

1. Secara teoretis.
  - a. Diharapkan dapat menambah wawasan tentang pendekatan biopsikososial pada penderita pasca stroke
  - b. Diharapkan dapat meningkatkan strategi *coping behavior* pada keadaan pasca stroke
  - c. Diharapkan dapat menambah dan memperluas wawasan keilmuan khususnya dimensi ilmu promosi dan perilaku
2. Secara praktis :

Diharapkan dapat memberi masukan yang bermanfaat bagi investigator dan petugas kesehatan dalam penanganan stress pasca stroke melalui *coping* strategi

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Tentang Stroke

Stroke termasuk penyakit *serebrovaskuler* (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (*infark serebral*) yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. WHO mendefinisikan bahwa stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan oleh yang lain dari itu.

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik maupun stroke hemoragik. Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena *aterosklerosis* (penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah) atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Hampir sebagian besar pasien atau sebesar 83% mengalami stroke jenis ini.

Pada stroke haemoragik, pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya. Hampir 70 persen kasus stroke haemorrhagik terjadi pada penderita hipertensi.

Pada stroke iskemik, penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. Darah ke otak disuplai oleh dua arteria karotis interna dan dua arteri vertebralis. Arteri-arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung. Suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam pembuluh darah arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap pembuluh darah arteri karotis dalam keadaan normal memberikan darah ke sebagian besar otak. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil.

Pembuluh darah arteri karotis dan arteri vertebralis beserta percabangannya bisa juga tersumbat karena adanya bekuan darah yang berasal dari tempat lain, misalnya dari jantung atau satu katupnya. Stroke semacam ini disebut *emboli serebral* (emboli = sumbatan, serebral = pembuluh darah otak) yang paling sering terjadi pada penderita yang baru menjalani pembedahan jantung dan penderita kelainan katup jantung atau gangguan irama jantung (terutama fibrilasi atrium). Emboli lemak jarang menyebabkan stroke. Emboli lemak terbentuk jika lemak dari sumsum tulang yang pecah dilepaskan ke dalam aliran darah dan akhirnya bergabung di dalam sebuah arteri.

Stroke juga bisa terjadi bila suatu peradangan atau infeksi menyebabkan penyempitan pembuluh darah yang menuju ke otak. Obat-obatan (misalnya kokain dan amfetamin) juga bisa mempersempit pembuluh darah di otak dan menyebabkan stroke. Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa terjadi jika tekanan darah rendahnya sangat berat dan menahun. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan darah yang banyak karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

#### **1. Ketahui Faktor Risiko Stroke**

Faktor Risiko Stroke adalah penyakit atau keadaan yang menyebabkan atau memperparah stroke. Dengan kata lain faktor resiko stroke adalah kondisi atau penyakit kelainan yang terdapat pada seseorang yang memiliki potensi untuk memudahkan orang tersebut mengalami serangan stroke pada suatu saat. Faktor resiko tersebut antara lain :

- a. Faktor resiko yang dapat diobati antara lain: usia, Jenis Kelamin, Ras, Genetik
- b. Faktor yang dapat diubah / diobati / dikendalikan / diperkecil, antara lain : Hipertensi, Diabetes, Penyakit jantung, Stress, Riwayat TIA / stroke sebelumnya, Merokok, Kolesterol tinggi,

Obesitas, Pola hidup atau pola makan yang berlebihan, Kurang olahraga

## 2. Membaca Gejala Stroke

Sebagian besar kasus stroke terjadi secara mendadak, sangat cepat dan menyebabkan kerusakan otak dalam beberapa menit (*completed stroke*). Kemudian stroke menjadi bertambah buruk dalam beberapa jam sampai 1-2 hari akibat bertambah luasnya jaringan otak yang mati (*stroke in evolution*).

Perkembangan penyakit biasanya (tetapi tidak selalu) diselingi dengan periode stabil, dimana perluasan jaringan yang mati berhenti sementara atau terjadi beberapa perbaikan. Gejala stroke yang muncul pun tergantung dari bagian otak yang terkena. Membaca isyarat stroke dapat dilakukan dengan mengamati beberapa gejala stroke berikut :

- a. Kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh.
- b. Hilangnya sebagian penglihatan atau pendengaran.
- c. Penglihatan ganda.
- d. Pusing.
- e. Bicara tidak jelas (rero).
- f. Sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat.
- g. Tidak mampu mengenali bagian dari tubuh.

- h. Pergerakan yang tidak biasa.
- i. Hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih.
- j. Ketidakseimbangan dan terjatuh.
- k. Pingsan.

Kelainan neurologis yang terjadi akibat serangan stroke bisa lebih berat atau lebih luas, berhubungan dengan koma atau stupor dan sifatnya menetap. Selain itu, stroke bisa menyebabkan depresi atau ketidakmampuan untuk mengendalikan emosi. Stroke juga bisa menyebabkan edema atau pembengkakan otak. Hal ini berbahaya karena ruang dalam tengkorak sangat terbatas. Tekanan yang timbul bisa lebih jauh merusak jaringan otak dan memperburuk kelainan neurologis, meskipun strokenya sendiri tidak bertambah luas.

## **B. Tinjauan Tentang Coping**

Garland & Bush (1982: 156-158) dalam Supaporn Choeytim mengatakan bahwa *coping* merupakan proses dimana seseorang mencoba untuk menghentikan, menghilangkan, atau menolak stress atau ancaman yang dapat mempengaruhi perilaku

Lazarus & Folkman (1984: 186-189), *coping* dapat diartikan sebagai percobaan kognitif dan perilaku yang dapat diubah-ubah disesuaikan dengan masalah dan kebutuhan individu

*Coping* merupakan proses bagaimana seseorang merespon dan menilai setiap kejadian yang berbeda berdasarkan kemampuan menilai mereka (E. Peacock & P. Wong, 1990). Misalnya, masuknya sebuah rangsangan yang merusak tetapi dapat dikontrol maka akan memberikan motivasi kepada seorang individu untuk mengembangkan tahap – tahap eksekusi untuk menolak rangsangan tersebut.

*Coping* adalah bagaimana cara mengenali sumber stress dalam kehidupan kita, mengenali bagaimana efeknya pada kita dan bertindak dengan cara yang membantu mengontrol level stress. Artinya, berusaha dengan berbagai cara untuk meminimalkan sumber stress, misalnya, dengan merubah lingkungan fisik atau gaya hidup atau bisa juga dengan mempelajari bagaimana tehnik rileksasi yang dapat menurunkan beban yang diakibatkan oleh stress yang tidak dapat dihindari sehingga tidak menimbulkan masalah kesehatan (prema, 2003).

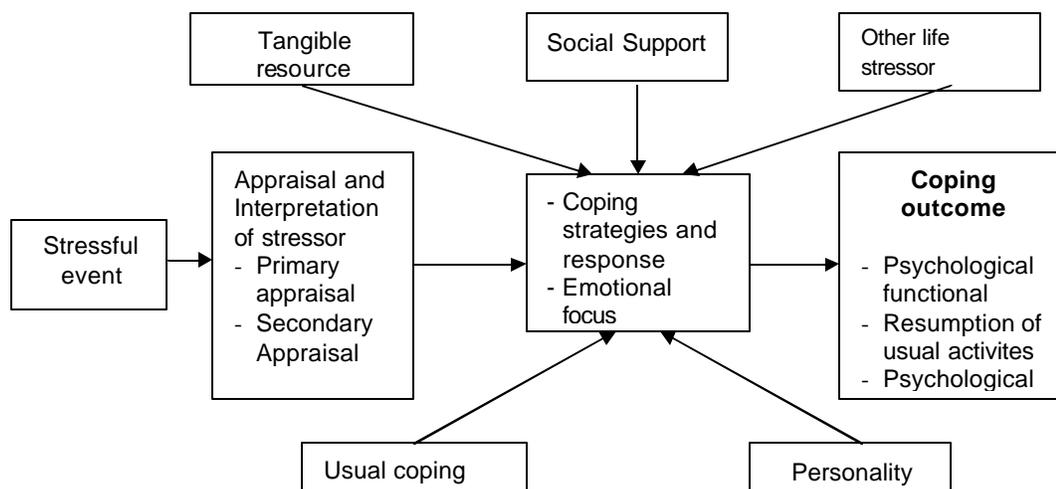
Secara alamiah baik disadari ataupun tidak sesungguhnya kita telah menggunakan strategi *coping* dalam menghadapi stress. Strategi *coping* adalah cara yang dilakukan untuk merubah lingkungan atau situasi atau menyelesaikan masalah yang sedang dirasakan / dihadapi. *Coping* yang efektif menghasikan adaptasi yang menetap yang merupakan kebiasaan baru dan perbaikan dari situasi yang lama, sedangkan *coping* yang tidak efektif berakhir dengan maladaptive yaitu perilaku yang menyimpang dari keinginan normative dan dapat

merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Setiap individu dalam melakukan *coping* tidak sendiri dan tidak hanya menggunakan satu strategi tetapi dapat melakukannya bervariasi tergantung dari kemampuan individu tersebut

Dapat disimpulkan bahwa *coping* merupakan proses individu yang digunakan untuk menilai suatu kondisi dan mempertimbangkan kondisi tersebut apakah merupakan ancaman dan atau dapat membahayakan sehingga berusaha untuk di hentikan, dikembalikan atau ditolak.

### 1. *Coping* Proses

Menurut Lazarus (1984:181) *coping* proses adalah merupakan proses yang situasional berdasarkan kejadian, *stressor* dan cara menilainya



Gambar 1. *coping* proses

Source : Taylor E. Shelly, Stress and development of illness, 1990

*Stressor* merupakan stimulus yang mengancam sehingga setiap individu menggunakan kemampuan mereka untuk menghilangkan ancaman tersebut dalam rangka menjaga kestabilan tubuh.

*Appraisal* merupakan proses dimana seseorang melakukan penilaian hubungan antara dirinya dan keadaan lingkungannya secara keseluruhan, tidak hanya keadaan saat itu tetapi juga keadaan dimasa lalu yang sedianya akan mempengaruhi keadaan masa depan. Sebagai contoh, hasil pemilihan presiden, dapat memberikan rasa puas, rasa senang, rasa marah, rasa kecewa, tergantung kandidat siapa yang terpilih. Kejadian ini akan menjadi mempengaruhi perubahan perilaku dan tindakan kita dimasa depan. *Appraisal* yang masuk akan dinilai secara kognitif dan akan ditentukan mana yang merupakan appraisal primer dan appraisal sekunder

a. *Appraisal* Primer, dikategorikan dalam 3 tipe :

- i. *Benign / Positif*; individu tidak terpengaruh pada keadaan yang berlangsung
- ii. *Venign / positif*; individu tersebut menilai bahwa mereka mendapatkan hal-hal yang baik serta keuntungan dari kejadian yang berlangsung
- iii. *Stress*; individu terpengaruh pada keadaan yang berlangsung

- b. *Appraisal* Sekunder, individu mampu menggunakan taktik berdasarkan kemampuan dirinya, pengetahuan dan pengalaman untuk menangkal efek merugikan dari kejadian yang berlangsung

## 2. Macam – macam *Coping*

### a. *coping* psikologis

pada umumnya gejala yang ditimbulkan akibat stress psikologis tergantung pada 2 faktor yaitu :

- i. bagaimana persepsi atau penerimaan individu terhadap stressor, artinya seberapa berat ancaman yang dirasakan oleh individu tersebut terhadap *stressor* yang diterimanya
- ii. keefektifan strategi *coping* yang digunakan oleh individu; artinya dalam menghadapi *stressor*, jika strategi yang digunakan efektif maka menghasilkan adaptasi yang baik dan menjadi suatu pola baru dalam kehidupan tetapi jika sebaliknya dapat mengakibatkan gangguan kesehatan fisik maupun psikologis

### b. *Coping* psikososial

Adalah reaksi psikososial terhadap adanya stimulus stress yang diterima atau dihadapi oleh klien. Menurut Stuart dan Sundeen (1991) bahwa terdapat dua kategori *coping* yang biasa dilakukan untuk mengatasi stress dan kecemasan :

i. Reaksi yang berorientasi pada tugas (*task oriented reaction*) cara ini digunakan untuk menyelesaikan masalah, menyelesaikan konflik dan memenuhi kebutuhan dasar. Terdapat tiga macam reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu menyerang, menarik diri dan kompromi

ii. Reaksi yang berorientasi pada ego

Reaksi ini sering digunakan oleh individu dalam menghadapi stress atau kecemasan, jika individu melakukannya dalam waktu sesaat maka akan mengurangi kecemasan, tetapi jika individu melakukannya dalam waktu yang lama akan dapat mengakibatkan gangguan orientasi realita, memburuknya hubungan interpersonal dan menurunnya produktifitas kerja. *Coping* ini bekerja tidak sadar sehingga penyelesaiannya sering sulit dan tidak realistis

### **C. Tinjauan Tentang Stress**

Stress adalah segala situasi dimana tuntutan non spesifik mengharuskan seorang individu untuk berespons atau melakukan tindakan (Selye, 1976). Respon atau tindakan ini termasuk respon fisiologis dan psikologis. Stress dapat menyebabkan perasaan negatif atau berlawanan dengan apa yang diinginkan atau mengancam kesejahteraan emosional.

Stress dapat mengganggu cara seseorang dalam mencerap realitas, menyelesaikan masalah, berpikir secara umum, hubungan seseorang dan rasa memiliki. Selain itu, mengganggu pandangan umum seseorang terhadap hidup, sikap yang ditujukan pada orang yang disayangi dan status kesehatan (Kline-Leydi.et.al, 1990).

Stimuli yang mengawali atau mencetuskan perubahan disebut stressor. Stressor menunjukkan suatu kebutuhan yang tidak terpenuhi dan kebutuhan tersebut bisa saja kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, lingkungan, perkembangan, spiritual atau kebutuhan kultural.

*Stressor* secara umum dapat diklasifikasikan sebagai internal dan eksternal. *Stressor* internal berasal dari dalam diri seseorang (misalnya; demam, kondisi seperti kehamilan atau menopause, atau suatu keadaan emosi seperti rasa bersalah). *Stressor* eksternal berasal dari luar diri seseorang (misalnya ; perubahan bermakna dalam suhu lingkungan, perubahan dalam peran keluarga atau sosial, atau tekanan dari pasangan)

Individu secara keseluruhan terlibat dalam merespons dan mengadaptasi stress, namun demikian, sebagian besar dari riset tentang stress berfokus pada respon psikologis atau emosional dan fisiologis, meski dimensi ini saling tumpang tindih dan berinteraksi dengan dimensi lain

Ketika terjadi stress, seseorang menggunakan energi fisiologis dan psikologis untuk berespons dan mengadaptasi. Besarnya energi

yang dibutuhkan dan keefektifan dari upaya untuk mengadaptasi bergantung pada intensitas, cakupan dan durasi *stressor* dan besarnya *stressor* lainnya. Respon stress adalah adaptif dan protektif dan karakteristik dari respon ini adalah hasil dari respon *neuroendokrin* yang terintegrasi.

Riset klasik yang dilakukan oleh Seyle (1946,1976) telah mengidentifikasi dua respon fisiologis terhadap stress :

1. *Local Adaptation Syndrome* (LAS)

Adalah respon dari jaringan, organ, atau bagian tubuh terhadap stress karena trauma, penyakit atau perubahan fisiologis lainnya. Tubuh menghasilkan banyak respon setempat terhadap stress. Respon setempat ini termasuk pembekuan darah, penyembuhan luka, akomodasi mata terhadap cahaya dan respon terhadap tekanan. Semua bentuk LAS mempunyai karakteristik berikut :

- a. respon yang terjadi adalah setempat; respon ini tidak melibatkan seluruh sistem tubuh
- b. respon adalah adaptif, berarti bahwa *stressor* diperlukan untuk menstimulasinya
- c. Respon berjangka pendek, respon tidak terdapat terus menerus
- d. Respon adalah restoratif, berarti bahwa LAS membantu dalam memulihkan homeostatis region atau bagian tubuh

Dua respon setempat, yaitu respon refleks nyeri dan respon inflamasi

a. Respon Refleks Nyeri

Respon refleks nyeri adalah respon setempat dari sistem saraf pusat terhadap nyeri. Respon ini adalah respon adaptif dan melindungi jaringan dari kerusakan lebih lanjut. Respon melibatkan reseptor sensoris, saraf sensoris yang menjalar ke medulla spinalis, neuron penghubung dalam medulla spinalis, saraf motorik yang menjalar dari medulla spinalis dan otot efektif.

b. Respon Inflamasi

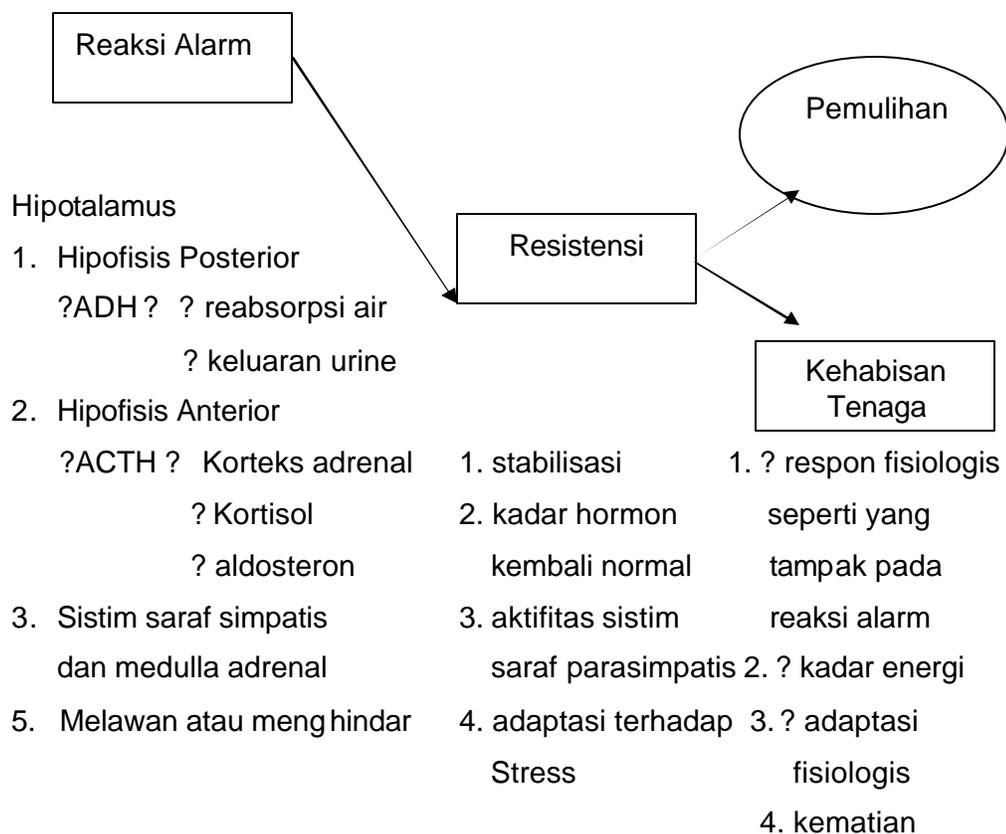
Respon inflamasi di stimuli oleh trauma dan infeksi. Respon ini memusatkan inflamasi, sehingga dengan demikian menghambat penyebaran inflamasi dan meningkatkan penyembuhan. Respon inflamasi dapat menghasilkan nyeri setempat, pembengkakan, panas, kemerahan, dan perubahan fungsi. Respon inflamasi terjadi dalam tiga fase.

Fase pertama mencakup perubahan dalam sel-sel dan sistem sirkulasi. Pada awalnya, penyempitan pembuluh darah terjadi pada tempat cedera untuk mengemdalikan perdarahan. Kemudian dilepaskan histamin pada tempat cedera, meningkatkan aliran darah ke area cedera dan meningkatkan jumlah sel darah putih untuk melawan infeksi. Hampir secara bersamaan dilepaskan kinin untuk meningkatkan permeabilitas kapiler sehingga memungkinkan masuknya protein, cairan dan

leukosit ke tempat yang mengalami cedera. Pada titik ini aliran darah setempat menurun, menjaga leukosit di tempat cedera untuk melawan infeksi

## 2. *General Adaptation Syndrome (GAS)*

GAS adalah respon fisiologis dari seluruh tubuh terhadap stress. Respon ini melibatkan beberapa sistem tubuh, terutama sistim saraf otonom dan sistim endokrin. GAS terdiri atas reaksi peringatan, tahap resisten, dan tahap kehabisan tenaga.



Gambar 2. Sindrom Adaptasi Umum (GAS)  
Source : Potter & Perry, Fundamental of Nursing

**Reaksi alarm** melibatkan pengerahan mekanisme pertahanan dari tubuh dan pikiran untuk menghadapi *stressor*. Kadar hormon meningkat untuk meningkatkan volume darah dan dengan demikian menyiapkan individu untuk bereaksi. Hormon lainnya dilepaskan untuk meningkatkan kadar glukosa darah kemudian menyiapkan energi untuk adaptasi

Aktifitas hormonal yang luas ini menyiapkan individu untuk melakukan respon melawan atau menghindar. Curah jantung, ambilan oksigen dan frekuensi pernapasan meningkat, pupil mata berdilatasi dan frekuensi jantung meningkat untuk menghasilkan energi lebih banyak.

Selama reaksi alarm individu dihadapkan pada *stressor* spesifik. Respon fisiologis individu adalah melibatkan sistem utama tubuh dan berlangsung dari hitungan waktu dari menit sampai jam, kemungkinan juga merupakan ancaman terhadap hidup

**Tahap Resisten**, tubuh kembali menjadi stabil, kadar hormon, frekuensi jantung, tekanan darah dan curah jantung kembali ke tingkat normal. Jadi individu berupaya untuk beradaptasi terhadap *stressor*. Jika stress dapat diatasi, tubuh akan memperbaiki kerusakan yang telah terjadi, namun jika *stressor* terus menetap seperti pada penyakit kelumpuhan, penyakit mental parah jangka panjang maka individu akan memasuki tahap ketiga yakni kehabisan tenaga

Tahap kehabisan tenaga, terjadi ketika tubuh tidak dapat lagi melawan stress dan ketika energi yang diperlukan untuk

mempertahankan adaptasi sudah menipis, respon fisiologis menghebat, tetapi tingkat energi individu terganggu dan adaptasi terhadap *stressor* hilang. Tubuh tidak mampu untuk mempertahankan dirinya terhadap dampak *stressor*, regulasi fisiologis menghilang, dan jika stress berlanjut, dapat terjadi kematian

#### **D. Tinjauan Umum Tentang Perubahan Perilaku**

Beberapa Teori tentang perubahan perilaku memberikan asumsi yang berbeda. Hosland (1953) mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar individu yang terdiri dari stimulus yang diberikan kepada organisasi dapat diterima atau ditolak, bila stimulus diterima artinya ada perhatian dan stimulus tersebut efektif, apabila stimulus telah mendapatkan perhatian maka selanjutnya organisme akan mengolah stimulus tersebut sampai terjadi kesiediaan untuk bertindak, setelah bersikap maka akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu dan berarti telah terjadi perubahan perilaku.

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk diatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Pada garis besarnya perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek yakni aspek fisik, psikis, dan sosial. Akan tetapi dari tiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang

tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya.

Namun demikian pada realitasnya sulit dibedakan atau di deteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio-budaya masyarakat, dan sebagainya sehingga proses terbentuknya perilaku ini dapat ditelusuri.

Hal yang terpenting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatannya lainnya.

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO yang dikutip oleh Notoatmojo (2003), bentuk perubahan perilaku yang dikelompokkan dalam tiga kelompok, diantaranya:

1. Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya

dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat didalamnya juga akan mengalami perubahan.

## 2. Perubahan Terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

## 3. Kesiapan Untuk Berubah (*Readiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya). Dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiapan untuk berubah yang berbeda-beda.

Didalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkrit dan positif.

Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku oleh WHO yang dikutip oleh Notoatmojo (2003), diantaranya :

### 1. Menggunakan kekuatan / kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/ perundangan-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat.

## 2. Pemberian Informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.

## 3. Diskusi Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara pemberian informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Artinya masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya.

## **E. Tinjauan Tentang Dukungan Sosial**

Sejak individu itu dilahirkan ke dunia ini ia selalu dilingkupi oleh benda-benda. Kemudian terjadi interaksi dengan individu-individu yang lain di dalam kelompok sehingga dapat membentuk individu menjadi person dan mengubah sifat-sifat aslinya menjadi sifat-sifat kemanusiaan. Baik suku-suku yang masih sederhana maupun orang-orang modern yang hidup di kota-kota besar selalu berinteraksi dalam kelompok sosialnya.

Melalui kelompok itulah individu dapat memuaskan keseluruhan yang fundamental dan memperoleh kesempurnaan yang besar. Tetapi

sebaliknya melalui kelompok itu pula dia dapat merasakan kekecewaan dan mengalami kesulitan-kesulitan yang amat sangat

Setiap individu dalam kesehariannya akan selalu bergantung pada dukungan sosial sekitarnya, dimana dukungan sosial tersebut ditentukan oleh jaringan sosial yang dibangun oleh individu tersebut. Semakin tinggi kualitas dan kuantitas hubungan antara individu dan keluarganya terhadap jaringan sosial masyarakat sekitarnya maka akan semakin besar pula dukungan sosial yang akan diberikan terhadap individu itu sendiri.

Cobb, (1976) mendefinisikan *social support* sebagai informasi yang membuat seorang individu percaya bahwa perasaan dicintai, diperhatikan, dipuji dan berguna bagi orang lain yang diterapkan dalam bermasyarakat. Cobb membagi dukungan sosial tersebut dalam 3 kelompok sebagai berikut :

- 1, *Emotional support*, dukungan yang membuat orang percaya bahwa perasaan cinta, perhatian, keakraban, saling percaya akan membawa kedamaian
2. *Esteem support*, dukungan yang membuat individu merasa bernilai, terpuji dan dapat merasakan nilai pribadinya sendiri
3. *Socially support*, dukungan bahwa setiap individu merupakan bagian dari atau anggota suatu jaringan sosial sehingga harus ikut berpartisipasi bersama

Schaefer, et al (1981) menyatakan bahwa dukungan sosial mempunyai 3 komponen independen :

- c. *Tangible support*, bantuan langsung dengan memberikan barang, uang dan pelayanan
- d. *Emotional support*, dukungan emosional dimana setiap orang merasa bahwa mereka dicintai dan disayangi
- e. *Information support*, pemberian informasi kepada individu yang menuntun mereka memecahkan masalah dan meneruskan informasi tersebut kepada yang lain

Dengan demikian kehidupan manusia dalam masyarakat mempunyai dua macam fungsi yaitu berfungsi sebagai obyek dan sebagai subyek

Dari berbagai konsep yang berbeda kita dapat menyimpulkan bahwa dukungan sosial adalah bantuan dari jaringan sosial seperti keluarga, sepupu, kolega, atasan, dan hubungan-hubungan pribadi lainnya yang memberikan bantuan dalam bentuk barang, uang, informasi, dukungan emosional dalam suatu masyarakat

#### **F. *Disability Oriented Approach (DOA)***

DOA adalah suatu pendekatan menyeluruh berbasis perpaduan epidemiologi dan promosi kesehatan. Melalui pendekatan ini setiap orang mudah diyakinkan bahwa bila seseorang menderita penyakit, disaat itu terjadi *disability* (ketidakmampuan) yang berat ringannya

tergantung dari *virulensi* bibit penyakit, daya tahan tubuh yang bersangkutan serta pengaruh lingkungan sekitar. Keberadaan ketiga faktor ini secara berimbang dan memadai merupakan indikasi bahwa *disability* yang ada dapat di rehabilitasi secara sempurna. Pada keadaan kemampuan rehabilitasi terbatas pasien akan tetap sakit ataupun sembuh dengan cacat bahkan kematianpun dapat terjadi, tergantung tingkat keterbatasan tubuh yang disiapkan merehabilitasi *disability* bersangkutan (Ngatimin, 2001)

Mengacu pada asas epidemiologi bahwa penyakit akan muncul bila keberadaan individu (*host*), penyebab penyakit (*agent*) dan lingkungan sekitar (*environment*) yang tidak seimbang. Tegasnya bahwa selama “*agent, Host and environment* dalam keadaan seimbang, labil ataupun stabil, bersangkutan tidak akan jatuh sakit dan *disability* tidak akan terjadi

Mengacu pada *disability* sebagai *disability limitation* pada “*The five level of prevention*” (Leaveil and Clark, 1958, dalam Ngatimin, 1987) istilah ini termasuk dalam proses pencegahan tahap kedua dan ketiga untuk digunakan dalam mencapai tujuan promosi kesehatan yang berada pada tahap pencegahan kesatu

Mengacu pada konflik ini menuju mufakat karena tercapainya tujuan, diperlukan perhatian pada hal-hal sebagai berikut :

- a. Ide untuk menggunakan *disability* dalam konteks “DOA” agar tercapai hidup sehat merupakan istilah untuk menunjang suatu alat

- b. Terdapat patokan, *disability* belum terjadi sebelum timbulnya penyakit, bahkan *disability* tidak akan terjadi sepanjang penyakit dapat dicegah
- c. Dari sapek epidemiologi, timbulnya penyakit merupakan interaksi yang mengganggu keseimbangan “*agent, host dan environment*”
- d. Derita akibat *disability* tergantung dari berat ringannya penyakit, tingkat daya tahan tubuh serta perawatan dan pengobatan saat menderita penyakit
- e. Kesembuhan berbanding lurus dengan daya tahan tubuh dan kematian berbanding terbalik dengan kemampuan tubuh merehabilitasi *disability* yang ada

Berdasarkan kelima hal tersebut diatas, “DOA” dapat disimpulkan untuk ditempatkan :

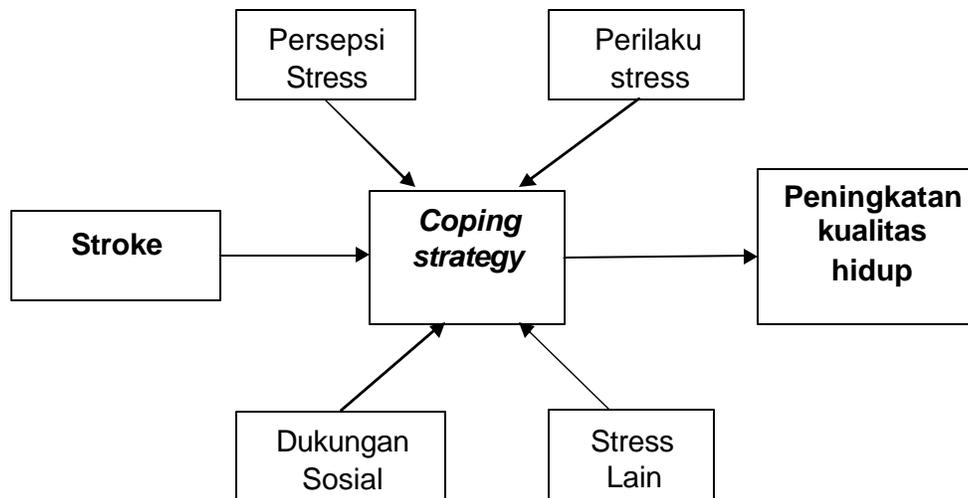
- a. Sebagai alat untuk mendukung pengalaman perilaku sehat secara berkesinambungan sehingga “*the man behind the gun*” perlu dipersiapkan untuk mampu menggunakan alat sebaik serta seefisien mungkin
- b. Sebagai alat sehingga untuk mencapai pengalaman “DOA” secara maksimum “hak asasi manusia” sebagai dasar manusia untuk hidup sehat harus dipertahankan
- c. Alat untuk meyakinkan bahwa *disability* adalah sesuatu yang tidak enak, menyakitkan serta menyebabkan, sehingga *disability* perlu dihindari seraya menjaga diri agar tidak jatuh sakit melalui

pengalaman perilaku sehat yang mampu mengendalikan keseimbangan

Melalui pemahaman tentang “DOA” seraya mengaplikasikannya kedalam kegiatan SADAR SEHAT akan memberikan dampak dalam hal :

- a. memudahkan warga masyarakat pada tingkat pemahamannya tentang sehat cenderung berada pada posisi obyektif sehingga mereka menyadari bahwa penyakit yang mereka derita merupakan suatu hal yang wajar dan dapat diobati
- b. menyederhanakan pengertian tentang “hidup sehat” seraya mengemukakan keutamaan upaya pencegahan daripada upaya pengobatan
- c. meningkatkan kesadaran “hidup sehat” bagi pasien dan keluarganya guna menjauhi resiko-resiko penyebab terjadinya stroke serta hal-hal lain yang merugikan kesehatan mereka termasuk gaya hidup kebiasaan sehari-hari, serta mereka yang masih menjalani perawatan di rumah sakit maupun yang berobat jalan

### G. Kerangka Konsep



### H. Proposisi

1. Persepsi penderita *pasca* stroke terhadap stress sangat menentukan strategi *coping* yang akan dilakukannya. Semakin baik tingkat persepsinya terhadap *coping behavior* maka semakin baik kualitas hidupnya
2. Perilaku dan kepercayaan diri penderita *pasca* stroke berhubungan erat dengan berat ringannya penyakit. Perilaku positif yang akan membawa pada peningkatan kualitas hidup
3. *Coping behavior* akan meningkatkan kepercayaan diri penderita stress *pasca* stroke pada peningkatan kualitas hidup
4. *Coping behavior* dapat membantu meringankan *disability* yang terjadi pada penderita *pasca* stroke
5. Semakin besar dukungan sosial yang diberikan semakin cepat pemulihan yang terjadi

## I. Definisi Konsep

1. *Stroke*, dalam penelitian ini adalah penyakit gangguan pembuluh darah otak (*serebrovascular*) yang diderita oleh informan
2. Persepsi Stress, pendapat informan tentang tekanan psikologi yang dideritanya selama mengalami stroke
3. Perilaku Stress, perubahan perilaku yang muncul disebabkan perasaan stress yang dialami selama menderita stroke
4. *Coping Behavior* adalah proses dimana informan mencoba untuk menghentikan, menghilangkan efek stress selama menderita penyakit stroke dengan menggunakan caranya masing-masing
5. Peningkatan kualitas hidup, keadaan dimana penderita stroke menyadari keadaannya dan menemukan kembali kepercayaan dirinya untuk melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari sehingga kemampuan fungsionalnya meningkat dan mengurangi gangguan *disability* yang ada
6. Dukungan Sosial adalah perhatian yang diberikan oleh orang sekitarnya ketika informan mengalami stroke
7. Stress lain adalah kejadian lain yang tidak menyenangkan yang datang ketika informan mengalami stroke sehingga menambah tekanan psikologisnya