

# HOME CARE HOLISTIC TERHADAP PERUBAHAN KECEMASAN DAN DEPRESI PADA PASIEN STROKE ISKEMIK

*(Home Care Holistic on the Change of Anxiety and Depression for the Patient with Stroke Ischemic)*

Luluk Widarti,\* Krisnawati\*

\*Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya,  
E-mail: lulukwidarti@yahoo.co.id

## ABSTRACT

**Introduction:** Stroke is the main cause of long-term disability. It was reported that one third out of stroke survivors showed dementia in three months after stroke. Stroke patients need medication and palliative caring so that home-care is highly recommended. In Indonesia, home-care nursing for ischemic stroke has not yet been optimally applied in caring patient with stroke. The objective of the study was to examine the effect of home care holistic nursing on the change of anxiety and depression for the patient with stroke ischemic. **Method:** An experimental research with quasy experimental specifically nonrandomized pre-post test control group design was applied in this study. The study was conducted in Surabaya by selecting ischemic stroke patients after being hospitalized at "A-Seruni was, Medic IRNA, Dr. Soetomo hospital". A sample of size 40 patients was divided equally into two groups, control and treatment groups. The treatment and control groups respectively received holistic home care and home care. The depression and anxiety level were measured by using questionnaires technique. The data were analyzed by using Levene's test for homogeneity of variance, and t-test. **Result:** The result showed that there were significantly different between both groups for psychological response such as anxiety with  $p$ -value = 0.000, depression with  $p$  = 0.000. **Discussion:** It was concluded that holistic home care could improve the psychological responses by decreasing anxiety and depression level in ischemic stroke patients. It is recommended to make standard operational procedure of holistic home care that can be implemented by all health personnel who take care ischemic stroke patients.

*Keywords: holistic home care, anxiety and depression, stroke*

## PENDAHULUAN

Stroke terjadi akibat adanya gangguan aliran 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 mati. 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.

Stroke merupakan penyebab utama kecacatan jangka panjang. Di Amerika Serikat, 90% kasus stroke yang selamat (*stroke*

*survivor*), mengalami kecacatan. Stroke juga menyebabkan biaya yang sangat tinggi baik secara medis maupun sosial. Karena itu sangatlah penting memperhatikan stroke iskemik (infark) karena sebagian besar kasus stroke iskemik (infark) berhasil diselamatkan. Kasus stroke yang selamat, bisa mempunyai resiko terjadinya gangguan kognitif atau demensia.

Dilaporkan bahwa sepertiga dari *stroke survivor* menunjukkan demensia dalam waktu 3 bulan setelah stroke. Demikian pula penelitian *hospital based* yang telah dilakukan di RS Dr. Sardjito Yogyakarta dan RSUD Dr. Soetomo Surabaya menunjukkan bahwa angka kejadian gangguan kognitif pasca-stroke iskemik adalah hampir 60%.

Stroke menyebabkan kelumpuhan sebelah bagian tubuh (*hemiplegia*). Kelumpuhan sebelah bagian tubuh kanan atau kiri, tergantung dari kerusakan otak. Bila kerusakan terjadi pada bagian bawah otak besar (*cerebrum*), penderita sulit menggerakkan 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 memengaruhi 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 Jeslid dalam Hunsley (1985); Gonzales, Tayler, dan Anton dalam Forstermann. Boissel dan Harmut (1998) 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. Gangguan emosional dan perubahan kepribadian tersebut bisa juga disebabkan oleh pengaruh kerusakan otak secara fisik. Penderitaan yang sangat umum pada pasien stroke adalah depresi. Tanda depresi klinis antara lain: sulit tidur, kehilangan nafsu makan atau ingin makan terus, lesu, menarik diri dari pergaulan, mudah tersinggung, cepat letih, membenci diri sendiri, dan berfikir untuk bunuh diri. Depresi seperti ini dapat menghalangi penyembuhan/rehabilitasi, bahkan dapat mengarah kepada kematian akibat bunuh diri. Depresi pasca-stroke, selayaknya ditangani seperti depresi lain yaitu dengan obat antidepresan dan konseling psikologis.

Metode penyembuhan stroke antara lain metode konvensional umumnya dengan pemberian obat yang 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 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. Model *home care* di Indonesia untuk penyembuhan pasien stroke sampai saat ini masih terfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik. *Home care* yang dilaksanakan hanya berdasarkan standar pelayanan seperti di rumah sakit, dengan demikian model asuhan keperawatan *home care* yang diberikan pada pasien stroke iskemik belum optimal. Keadaan tersebut akan bertambah parah jika tidak ada suatu upaya penanganan yang *holistic* dengan melibatkan beberapa pihak dan model asuhan yang lebih baik (Depkes, 2002).

Kelemahan metode penyembuhan stroke yang dilakukan di atas belum menyentuh aspek mental, padahal penderita stroke mengalami perubahan mental dan gangguan emosional. Untuk itu ditawarkan hal baru yaitu model perawatan *home care holistic* dengan pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual. Asuhan biologis (fisik) adalah pelayanan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan fisik. Asuhan keperawatan psikis ditekankan pada strategi koping yang positif supaya pasien dapat memecahkan persoalan sendiri dengan menggunakan kekuatan yang ada pada dirinya. Asuhan keperawatan sosial termasuk pelayanan untuk mempertahankan keseimbangan hubungan dan komunikasi dengan keluarga. Asuhan keperawatan pada aspek spiritual ditekankan pada penerimaan pasien terhadap sakit yang dideritanya.

Pendekatan *home care holistic* tersebut diharapkan dapat memengaruhi keseimbangan mental pasien stroke. Keseimbangan mental tersebut akan mempengaruhi sekresi CRF oleh PVN di hipotalamus. Dengan terkendalinya sekresi CRF akan terkendali pula sekresi ACTH oleh HPA (Hipotalamus, Pituitary, Adrenal), apabila model *home care holistic* dikategorikan mampu memperbaiki mekanisme koping pada pasien stroke iskemik melalui proses pembelajaran, maka dampak berikutnya adalah perbaikan respons psikologis berupa penurunan kecemasan dan depresi. Kondisi respons psikologis berkorelasi dengan perbaikan respons biologis yang dicerminkan oleh penurunan kecemasan dan depresi pada pasien stroke iskemik. Respons psikologis tersebut dapat mencegah terjadinya proses inflamasi lebih lanjut maupun perluasan infark serebri.

Sampai saat ini belum ada hasil penelitian yang menguji manfaat *home care holistic* terhadap perbaikan respons psikologis pada pasien stroke iskemik. Apabila peran *home care holistic* pada pasien stroke iskemik tidak diperjelas maka pemahaman tentang peran *home care holistic* tersebut tidak bisa dimanfaatkan bagi kepentingan penyembuhan pasien stroke iskemik maupun penanggulangan perkembangan infark serebri, sehingga kecacatan akibat stroke iskemik akan tetap besar. Hal ini secara umum tentu

akan memengaruhi kemampuan sumber daya manusia dan produktivitas.

Penelitian ini bertujuan menganalisis perbedaan kecemasan dan depresi sebelum dan sesudah intervensi antara kelompok model *home care holistic* dan kelompok model *home care*.

## BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian ini menggunakan rancangan *quasy-experimental* dengan bentuk nonrandomized *pre-post test control group design*. Kelompok perlakuan diberi *home care holistic* (Kp) dan kelompok kontrol diberi *home care* (Kk). Penelitian ini dimaksudkan untuk menguji adanya perbedaan tingkat kecemasan dan tingkat depresi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Subjek diukur respons psikologis berupa tingkat kecemasan dan tingkat depresi. Pengukuran dilakukan sebelum dan setelah intervensi selama 3 bulan. Pengukuran respons psikologis dilakukan sebelum dan setelah intervensi. Setelah itu hasil pengukuran kedua kelompok dibandingkan untuk menentukan perbedaan respons psikologis pada pasien stroke iskemik yang mendapatkan model *home care holistic* dan model *home care*.

Populasi dan sampel yang dimaksud dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke iskemik yang mengalami serangan pertama dan telah diijinkan pulang setelah rawat inap di Ruang Seruni A RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2009. Jumlah populasi pasien yang dirawat mulai bulan Januari sampai bulan Desember adalah 683 pasien, rata-rata tiap bulan 54 pasien. Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah pasien menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dengan menandatangani surat persetujuan atau *informed consent* baik sebagai subjek penelitian maupun tindakan keperawatan, umur antara 35–65 tahun, tidak menderita komplikasi penyakit lain, beragama Islam dan bertempat tinggal di wilayah kota Surabaya, sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini terdapat penyakit lain yang mengganggu pengukuran, misalnya, sirosis hepatitis, hepatitis, dekomposisi kordis.

Variabel penelitian yaitu *home care* adalah suatu pendekatan dalam asuhan keperawatan di rumah yang menekankan pada intervensi biologis (aspek fisik), *home care holistic* adalah suatu pendekatan dalam asuhan keperawatan di rumah yang menekankan pada intervensi bio-psiko-sosial-spiritual, tingkat kecemasan dan tingkat depresi diukur dengan daftar pertanyaan yang sudah diuji validitas dan reabilitasnya dengan skala data interval. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dan wawancara kemudian diolah dengan menggunakan analisis statistik *Levene's test* dan *t-test*.

## HASIL

Penelitian dilaksanakan di wilayah Kota Surabaya pada pasien stroke iskemik yang pulang setelah rawat inap di Ruang Seruni A IRNA Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Waktu penelitian selama 3 bulan (Februari sampai dengan Mei 2010). Pelaksanaan model *home care holistic* dilakukan oleh peneliti dan pelaksanaan model *home care* dilakukan oleh tim sebanyak 5 orang perawat dengan latar pendidikan Ners yang telah mendapatkan pelatihan tentang *home care* pada pasien stroke iskemik selama 1 minggu.

Besar sampel yang ditetapkan adalah 20 pasien untuk masing-masing kelompok. Kelompok 1 (perlakuan 20 orang) adalah kelompok pasien yang mendapatkan model *home care holistic* dan kelompok 2 (kontrol 20 orang) adalah kelompok yang mendapatkan model *home care*. Besarnya sampel sudah didasarkan pada perhitungan statistik.

Kelompok perlakuan mendapatkan intervensi model *home care holistic* berupa pendekatan dalam asuhan keperawatan di rumah yang menekankan pada intervensi bio-psiko-sosial-spiritual. Kegiatan penerapan model *home care holistic* meliputi; intervensi biologis (fisik); intervensi psikologis; intervensi sosial; dan intervensi spiritual.

Pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan *home care holistic* dilaksanakan oleh peneliti dengan jalan kunjungan rumah setiap responden secara individu 2 kali dalam seminggu (hari Senin-Kamis, dan hari Selasa-Jum'at) selama 3 bulan. Di samping

itu sewaktu-waktu pasien bisa langsung menghubungi peneliti melalui telepon ataupun telepon selular.

Kelompok kontrol mendapatkan intervensi model *home care* berupa pendekatan dalam asuhan keperawatan di rumah yang menekankan pada intervensi biologis (aspek fisik). Kegiatan penerapan model *home care* meliputi memberikan obat sesuai dengan anjuran dokter yang merawat, memenuhi kebutuhan nutrisi, memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit, memenuhi kebutuhan eliminasi, memenuhi kebutuhan aktivitas dan istirahat atau tidur, memenuhi kebutuhan integritas kulit (kebersihan dan kenyamanan fisik), dan mengobservasi tanda-tanda vital.

Pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan *home care* dilakukan oleh tim dengan rincian 5 perawat dengan jalan kunjungan rumah setiap responden secara individu, 2 kali dalam seminggu (hari Senin-Kamis, dan hari Selasa-Jum'at) selama 3 bulan. Di samping itu sewaktu-waktu pasien bisa langsung menghubungi tim perawat melalui telepon ataupun telepon selular.

Penelitian ini ada dua karakteristik responden yang dijadikan obyek penelitian yaitu karakteristik kelompok model *home care holistic* (Kp) dan yang mendapatkan perawatan model *home care* (Kk). Data tentang karakteristik kelompok model *home care holistic* dan yang mendapatkan perawatan model *home care* (Kk).

### Data Pelaksanaan *Home Care Holistic*

Selama intervensi kelompok perlakuan mendapatkan pemeriksaan tanda-tanda vital dan asuhan keperawatan berupa pelayanan untuk kesehatan fisik, mengajak pasien untuk menerapkan coping yang efektif, mengajak pasien untuk berinteraksi sosial, dan mengajak pasien untuk beribadah.

Kegiatan dimulai jam 08.00, peneliti mengadakan kunjungan rumah  $\pm$  1,5 jam setiap pasien. Kegiatan pertama adalah perkenalan/silaturahmi dengan pasien dan keluarga. Topik yang dibicarakan adalah keluhan-keluhan yang dialami pasien. Peneliti mendengarkan dan mencatat beberapa hal yang penting serta memberikan justifikasi dan penyuluhan.

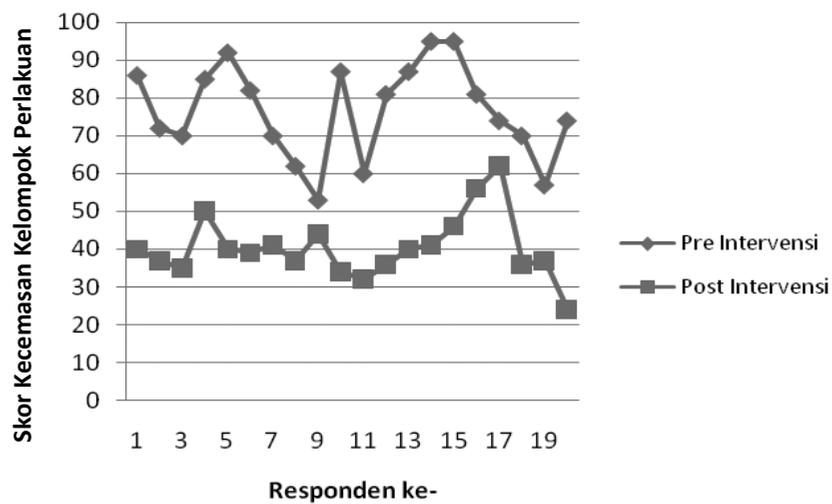
Pertemuan selanjutnya dilaksanakan bersama dengan keluarga pasien yang digunakan untuk menggali sejauh mana peran keluarga dalam memberikan dukungan sosial kepada pasien. Selanjutnya pasien menjalani program kontrol untuk mendapatkan perawatan dan terapi medik.

Pengaruh kecemasan responden sebelum intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan pengaruh kecemasan responden setelah intervensi untuk kelompok *home care holistic* (Kp). Untuk menguji apakah pengaruh kecemasan sebelum dan setelah intervensi untuk kelompok *home care holistic* (Kp) memiliki pola yang sama atau berbeda tiap

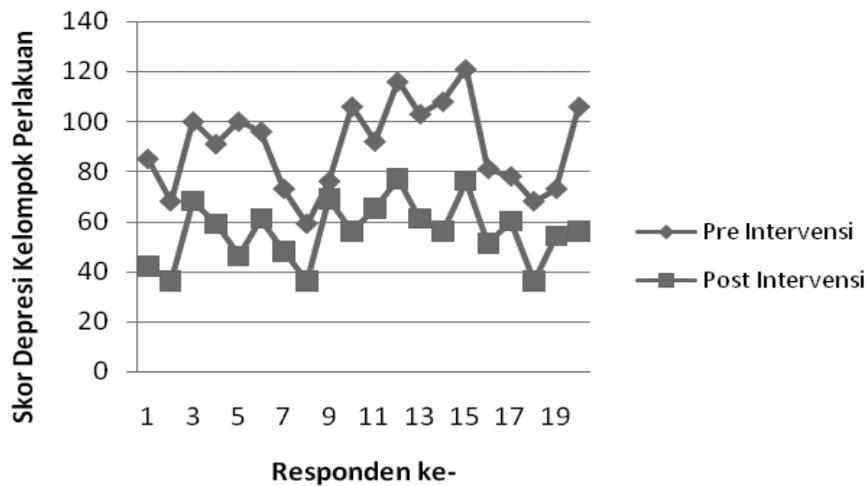
respondennya maka dilakukan pengujian t.

*Paired sample test* menghasilkan nilai signifikan sebesar 0,000 di mana nilai tersebut kurang dari 0,05, dengan demikian  $H_0$  ditolak dan disimpulkan bahwa ada perbedaan kecemasan sebelum dan setelah intervensi untuk kelompok *home care holistic* (Kp). Kecemasan pada kelompok *home care holistic* (Kp) sebelum intervensi, dilihat dari nilai *mean* = 76,65 yang artinya tingkat kecemasan berat, setelah intervensi nilai *mean* = 40,35 yang artinya tingkat kecemasan ringan.

Pengaruh depresi sebelum dan setelah intervensi untuk kelompok *home care holistic* (Kp) memiliki pola yang berbeda tiap



Gambar 1. Grafik perbedaan kecemasan antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok model *home care holistic* (Kp)



Gambar 2. Grafik perbedaan depresi antara sebelum dan setelah intervensi untuk kelompok *home care holistic* (Kp)

Tabel 1. Hasil *paired sample test* pada data pengaruh kecemasan sebelum dan setelah intervensi untuk kelompok *home care holistic* (Kp)

	Ukuran Statistik		Uji t	
	Rerata	SD	Nilai Stat.	Sign.
Sebelum Intervensi	76,65	12,466	11,950	0,000
Setelah Intervensi	40,35	8,375		

Tabel 2. Hasil *Paired sample test* pada data pengaruh depresi sebelum dan setelah intervensi untuk kelompok *home care holistic* (Kp)

	Ukuran Statistik		Uji t	
	Rerata	SD	Nilai Stat.	Sign.
Sebelum Intervensi	90	17,526	12,188	0,000
Setelah Intervensi	55,65	12,347		

responsdennya, dapat dilihat bahwa pengaruh depresi responden sebelum intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan pengaruh depresi responden setelah intervensi untuk kelompok *home care holistic* (Kp).

*Paired sample test* menghasilkan nilai signifikan sebesar 0,000 di mana nilai tersebut kurang dari 0,05, dengan demikian  $H_0$  ditolak dan disimpulkan bahwa ada perbedaan depresi sebelum dan setelah intervensi untuk kelompok *home care holistic* (Kp). Depresi pada kelompok *home care holistic* (Kp) sebelum intervensi, dilihat dari nilai *mean* = 90 yang artinya tingkat depresi berat, setelah intervensi nilai *mean* = 55,65 yang artinya tingkat depresi ringan.

## PEMBAHASAN

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. 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.

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. 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, aktivitas dan istirahat/tidur, integritas kulit dan mengobservasi tanda-tanda vital.

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. 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.

Pendekatan sosial diberikan dalam menunjang respons sosial yang adaptif kepada pasien dan keluarga. Dukungan

yang diberikan berupa dukungan emosional, dukungan informasi, dan dukungan materiil. Model ini dikembangkan dari konsep Pearlin dan Aneshensel. 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. 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. 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 (Schneck, 1998). Apabila dukungan semacam ini tidak ada maka keberhasilan program penyembuhan dan pemulihan akan sangat berkurang. Respons sosial ini dapat bersifat adaptif yang ditunjukkan dengan adanya perilaku yang responsif sedangkan respons sosial yang bersifat mal adaptif mengarah kekhawatiran yang berlebihan sehingga menimbulkan kecemasan, kalau keadaan ini berlangsung terus-menerus akan menimbulkan depresi (Stuart dan Laraia, 2000).

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. 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 Suryabrata (2000) 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. 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 koping 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 (Hawari, 2008). Dzikir akan membantu individu di dalam menghadapi kesulitan-kesulitan hidupnya, karena dengan dzikir individu melakukan penyerahan diri secara total kepada Tuhan. Kemudian akan menimbulkan harapan baru (*new hopefulness*) dan optimisme (*new optimism*) dengan keyakinan bahwa Tuhan akan memberikan pertolongan-Nya.

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 & Laraia, 2000). Depresi yang berkepanjangan akan berdampak pada keadaan fisik. 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 distress 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.

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. Pada kelompok pasien yang mendapatkan model perawatan *home care*, terapi yang diberikan hanya terapi somatik (fisik) saja sehingga dapat menimbulkan ketegangan secara psikologis (Depkes, 2002). 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 Caplan (2009). 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 & Laraia, 2000). Depresi yang berkepanjangan akan berdampak pada keadaan fisik (Proto, 1990).

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 Nursalam (2008) 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 respons fisik yang adaptif adalah dengan memberikan dukungan terapi somatik maupun fisioterapi untuk menghilangkan keluhan-keluhan somatik (fisik).

Respons 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).

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Model *home care holistic* yang menekankan pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual untuk membangun *coping style* yang positif, ternyata dapat memperbaiki respons psikologis yang dicerminkan oleh penurunan kecemasan dan depresi pada pasien stroke iskemik. Respons psikologis tersebut dapat mencegah terjadinya proses inflamasi lebih lanjut maupun perluasan infark serebri, sehingga kecacatan akibat stroke iskemik bisa dicegah dan penderita tetap produktif.

### Saran

Model *home care holistic* direkomendasikan untuk dapat digunakan dalam asuhan keperawatan pada berbagai kasus penyakit kronis dalam memperbaiki perubahan respons psikososial dan imunitas.

Perlu dukungan pembuat kebijakan di bidang pelayanan kesehatan dalam menerapkan model *home care holistic*, hal ini bisa ditetapkan oleh pimpinan instansi pelayanan dalam membuat SOP (Standar Operasional Prosedur) untuk dilaksanakan oleh semua tenaga kesehatan.

#### KEPUSTAKAAN

- Caplan, L.R., 2009. *Caplan's Stroke: A Clinical Approach*. Forth edition. Philadelphia: Elsevier Inc.
- Depkes, R.I., 2002. *Pedoman Perawatan Kesehatan di Rumah*. Jakarta: Direktorat Keperawatan dan keteknisian Dirjen Yanmed.
- Diwanto, M.A., 2009. *Tips Mencegah Stroke, Hipertensi dan Serangan Jantung*. Yogyakarta: Paradigma Indonesia.
- Hawari, D., 2001. *Stres, Depresi dan Kecemasan, Sebab Akibat serta Penanggulangannya*. Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa, Dana Bhakti Yasa, Cetakan X. Hlm. 43–87.
- Hawari, D., 2008. *Managemen Stres, Cemas dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI Jakarta.
- Hinkle, J.L., dan Guanci. 2007. Acute Ischemic Stroke Review. *Journal Neuroscience Nursing*. hlm. 285–310.
- Lumanthobing, S.M., 2007. *Stroke Bencana Peredaran Darah di Otak*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Nursalam, 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, 2005. *Efek PAKAR terhadap Respons Kognisi dan Biologis pada Pasien Terinfeksi HIV*. Disertasi tidak dipublikasikan. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Proto, L., 1990. *Self Healing. How to use your mind to heal your body*. Great Britain: Angus and Robertson.
- Ronaldson, S., 2000. *Spirituality. The Hearth of Nursing*. Melbourne: Ausmed Publication. Pp. 5–23.
- Schneck, M.J., 1998. *Acute Stroke: An Aggresive Approach to Intervention and Prevention*. Hospital Medicine. Pp. 11–28.
- Stuart, G.W. dan Laraia, M.T., 2000. *Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby.
- Suryabrata, S., 2000. *Psikologi Kepribadian*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sustrani, L.A., Alam, S., dan Hadibroto, I., 2004. *Stroke*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Umum.