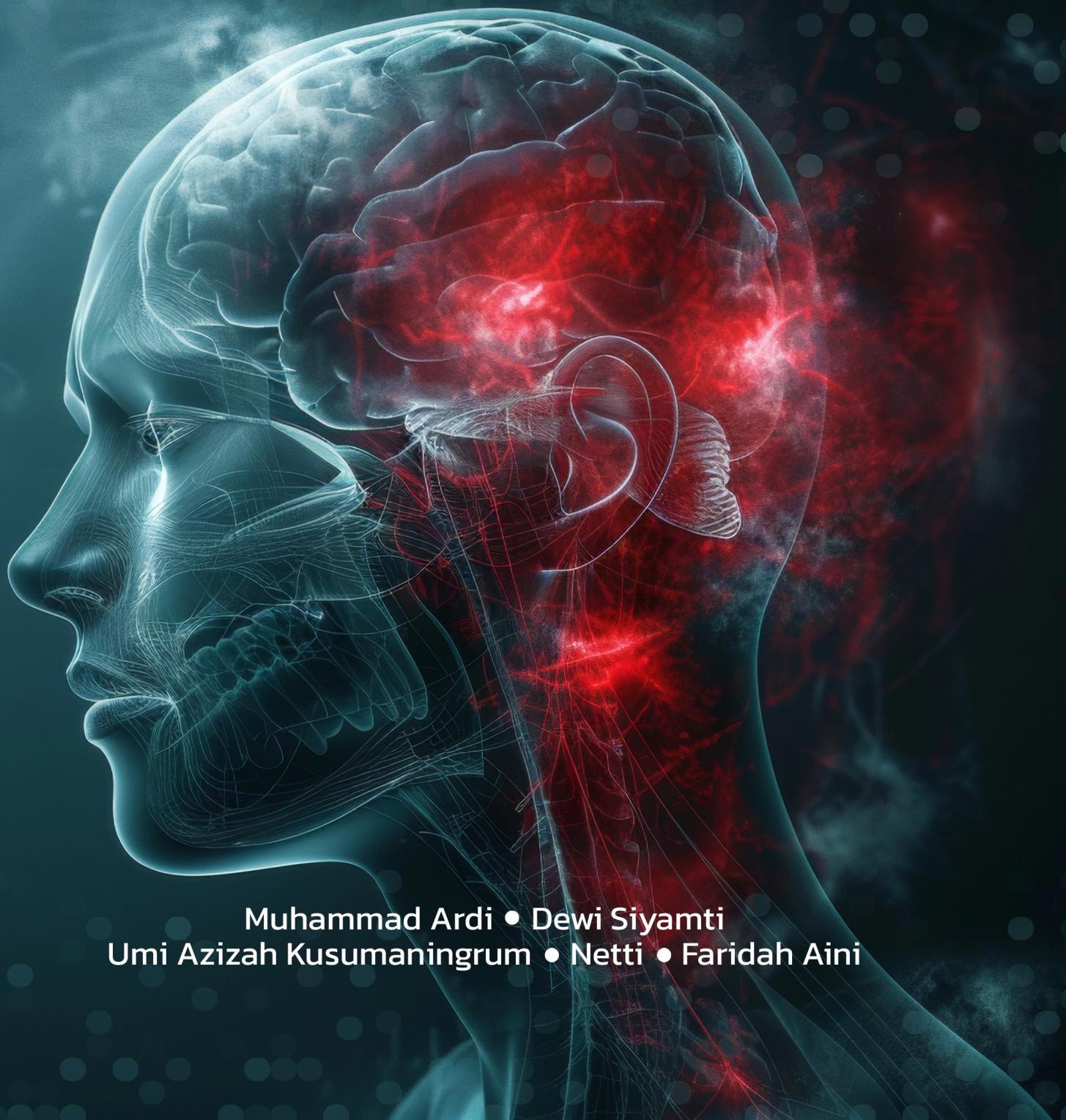


STROKE

PENCEGAHAN, PENANGANAN DAN PEMULIHAN



Muhammad Ardi • Dewi Siyamti
Umi Azizah Kusumaningrum • Netti • Faridah Aini

STROKE :

PENCEGAHAN, PENANGANAN, DAN PEMULIHAN

Muhammad Ardi, M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B.
Dewi Siyamti, S.Kep., Ns., M.Kep,
Umi Azizah Kusumaningrum, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Netti, S.Kep., M.Pd., M.Kep.
Ns. Faridah Aini, S.Kep., M.Kep., Sp.KMB.



STROKE : PENCEGAHAN, PENANGANAN, DAN PEMULIHAN

Penulis: Muhammad Ardi, M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B.

Dewi Siyamti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Umi Azizah Kusumaningrum, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Netti, S.Kep., M.Pd., M.Kep.

Ns. Faridah Aini, S.Kep., M.Kep., Sp.KMB.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Yang Yang Dwi Asmoro

ISBN: 978-623-8775-82-8

Cetakan Pertama: Desember, 2024

Hak Cipta © 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram : @bimbel.optimal



Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

Prakata

Dengan segala Puji dan Syukur kehadirat Allah SWT, kami persembahkan "Stroke : Pencegahan, Penanganan, dan Pemulihan" sebagai kontribusi ilmiah yang diharapkan mampu memperkaya wawasan dan praktik dalam bidang kesehatan. Stroke, sebagai salah satu penyebab utama kecacatan dan kematian di dunia, menuntut pendekatan tim multidisiplin dalam penatalaksanaan dan rehabilitasi.

Buku ini menghimpun hasil penelitian dan praktik terbaik yang melibatkan berbagai aspek penting, seperti peran keluarga dalam pemulihan pasien, teknik rehabilitasi, hingga pendekatan non-farmakologis. Kami berharap buku ini dapat memberikan manfaat besar dan inspirasi bagi tenaga kesehatan, praktisi, dan pembaca yang ingin mendalami cara penanganan stroke secara menyeluruh.

Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat dan dapat mendukung peningkatan kualitas hidup pasien stroke serta menjadi rujukan untuk pengembangan praktik keperawatan.

November, 2024

Penulis

Daftar Isi

Prakata	iii
Daftar Isi.....	iv
BAB 1 Efektivitas Slow-Stroke Back Massage dalam Meningkatkan Relaksasi pada Pasien Stroke Iskemik	1
A.Pendahuluan	1
B.Stroke Iskemik.....	1
C.Relaksasi pada Pasien Stroke Iskemik.....	2
D. <i>Slow-Stroke Back Massage</i>	2
E.Efektivitas <i>Slow-Stroke Back Massage</i>	3
F.Penutup	4
Referensi	5
Glosarium	6
BAB 2 Akupresur dan Perannya pada Perawatan Stroke serta Kesehatan Individu	7
A.Pendahuluan	7
B.Stroke	8
C.Akupresur	10
D.Akupresur untuk Stroke	12
E.Akupresur dan Kesehatan Tubuh	14
F.Penutup	16
Referensi	17
Glosarium	21
BAB 3 Resiliensi Keluarga Pasien Stroke	23
A.Pendahuluan	23
B.Konsep Keluarga	24
C.Struktur Fungsional Keluarga.....	24
D.Stres dan Adaptasi Keluarga	25
E.Resiliensi Keluarga	26
F.Peran Keluarga Dalam Perawatan Pasien Stroke.....	27
G.Penguatan Resiliensi Keluarga dengan Anggota Keluarga Stroke.....	28

H.Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pasien Stroke.....	29
I.Penutup.....	32
Referensi	33
Glosarium	34
BAB 4 Efektifitas Range of Motion (ROM) dan Deep Breathing Exercise pada pasien Stroke	35
A.Pendahuluan	35
B.Apa itu Stroke.....	36
C.Kenali Faktor Risiko Stroke.....	38
D.Kerusakan Neurologi dan Psikologis pada pasien stroke	39
E.Kekuatan Otot, ROM dan Stroke	41
F.Deep Breathing Exercise, ROM dan Stroke.....	43
G.Penutup.....	45
Referensi	46
Glosarium	47
BAB 5 Cougnitive Behaviour Therapy Menurunkan Depresi Paska Stroke	49
A.Pendahuluan	49
B.Stroke dan Depresi Paska Stroke	49
C.Patofisiologi Depresi Pasca Stroke.....	52
D.Dampak Depresi Terhadap Pemulihan Stroke.....	53
E.Konsep Dasar <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (CBT)	53
F. <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (CBT) dalam Pemulihan Pasca-Stroke.....	55
G.Implementasi CBT pada Pasien Depresi Pasca-Stroke.....	57
H.Penutup	63
Referensi	64
Glosarium	66
Profil Penulis.....	69

BAB 1

Muhammad Ardi

Efektivitas Slow-Stroke Back Massage dalam Meningkatkan Relaksasi pada Pasien Stroke Iskemik

Muhammad Ardi

A. Pendahuluan

Stroke iskemik terjadi akibat penyumbatan aliran darah secara tiba-tiba pada sistem saraf pusat karena adanya fenomena trombotik atau embolik, dan menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di dunia (Larson et al., 2023). Di Indonesia, prevalensi stroke pada penduduk berusia ≥ 15 tahun mencapai 8,3 per mil, dengan angka tertinggi di DI Yogyakarta dan terendah di Papua Pegunungan (Kemenkes, 2023). Pasien stroke iskemik sering kali mengalami gangguan psikologis, terutama ansietas dan depresi, yang memengaruhi sekitar 1 dari 3 penderita stroke dalam tahun pertama pasca-kejadian stroke (Chun et al., 2022).

Ansietas dan depresi memperberat proses rehabilitasi, mengurangi partisipasi aktif pasien, dan memperlambat pemulihan. Gangguan ini bahkan dapat meningkatkan risiko depresi hingga hampir enam kali lipat pada pasien yang mengalami kecemasan (Dulay et al., 2023). Oleh karena itu, dukungan emosional dan terapi relaksasi, seperti *Slow-Stroke Back Massage* (SSBM), menjadi penting dalam membantu pasien mengelola gangguan psikologis ini. SSBM menawarkan teknik sentuhan lembut yang dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan, serta mendukung stabilitas psikologis pasien selama proses pemulihan.

B. Stroke Iskemik

Stroke iskemik merupakan gangguan neurologis yang terjadi akibat penyumbatan aliran darah ke otak secara mendadak, sehingga menghambat pasokan oksigen dan nutrisi yang diperlukan oleh jaringan otak. Stroke ini dapat terjadi karena trombosis—pembentukan bekuan darah dalam pembuluh darah yang menyempit oleh plak aterosklerosis, atau emboli—gumpalan yang menyumbat aliran darah menuju otak, mengakibatkan kematian sel otak (Kuriakose, 2020). Kondisi ini memicu proses nekrosis yang merusak sel-sel saraf dan memengaruhi fungsi otak secara keseluruhan.

Proses patologis pada stroke iskemik melibatkan berbagai mekanisme, termasuk peradangan, stres oksidatif, toksitas yang disebabkan radikal bebas, gangguan sawar darah-otak, dan disfungsi homeostasis intraseluler. Aktivasi aksis HPA yang disertai peningkatan hormon stres, seperti kortisol, dapat memperburuk kerusakan pada hippocampus, bagian otak yang penting dalam pengaturan kognitif dan emosional. Hal ini dapat meningkatkan risiko gangguan kognitif dan emosional, seperti depresi dan ansietas post-stroke. Oleh karena itu, penting untuk memonitor pasien stroke iskemik, khususnya mereka dengan kadar kortisol tinggi dan potensi kerusakan hippocampus, guna mengidentifikasi risiko disfungsi kognitif dan emosional yang mungkin terjadi (Gulyaeva et al., 2021).

C. Relaksasi pada Pasien Stroke Iskemik

Relaksasi pada pasien stroke iskemik terjadi ketika aktivitas sistem saraf parasimpatis, atau "rest-and-digest," meningkat. Aktivasi sistem ini membantu mengurangi denyut jantung, menurunkan tekanan darah, dan meningkatkan aliran darah ke organ-organ vital termasuk otak, yang mendukung pemulihan fisik dan mental. Kondisi relaksasi ini juga meningkatkan produksi neurotransmitter seperti serotonin dan dopamin, yang membantu menstabilkan suasana hati, mengurangi kecemasan, dan menciptakan perasaan tenang dengan menekan aktivitas amigdala, pusat pengatur respons stres (Bamalan et al., 2024; Waxenbaum et al., 2024).

Relaksasi dapat dinilai melalui parameter psikologis dan fisiologis. Instrumen seperti *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) dan *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* sering digunakan untuk mengukur tingkat ansietas pada pasien stroke. Secara fisiologis, respons relaksasi dapat dievaluasi dengan mengukur tekanan darah, denyut nadi, dan kadar kortisol saliva, yang merupakan indikator pengurangan stres pada pasien stroke iskemik (Ardi & Ekowatiningsih, 2017; Kische et al., 2022).

D. Slow-Stroke Back Massage

Slow-Stroke Back Massage (SSBM) adalah teknik terapi komplementer yang melibatkan gerakan usapan lembut dan ritmis pada punggung. Metode ini, awalnya diperkenalkan oleh Elizabeth dan diperjelas dalam prosedur oleh Mok dan Woo, bertujuan untuk menstimulasi sistem saraf parasimpatis, yang berperan penting dalam menurunkan kecemasan, mengurangi nyeri, dan meningkatkan relaksasi. Langkah-langkah SSBM melibatkan teknik-teknik seperti penekanan pada area bahu, leher, dan tulang belakang secara bertahap dan perlahan, yang dapat meningkatkan sirkulasi dan membantu pemulihan (Harris, 2022; Mok & Woo, 2004).

Menurut Mok and Woo (2004), prosedur *massage* ini terdiri dari langkah-langkah berikut:

1. Pasien sebaiknya duduk di kursi membungkuk di atas meja dengan bantal atau berbaring dalam posisi tengkurap.
2. Pegang bagian atas bahu pasien dengan kedua tangan dan letakkan ibu jari masing-masing tangan tepat di bawah dasar tengkorak, buat gerakan melingkar kecil pada leher bagian atas.
3. Letakkan satu telapak tangan di dasar tengkorak dan lakukan usapan yang panjang dan lembut ke arah tulang belakang pasien hingga ke pinggang. Tangan kedua mengikuti tangan pertama di dasar tengkorak dan mengusap ke bawah tulang belakang saat tangan pertama kembali ke dasar tengkorak.
4. Letakkan tangan di kedua sisi leher di bawah telinga pasien dan usaplah ke bawah dan ke atas tulang bahu pasien dengan ibu jari tepat di atas tulang skapula. Ulangi gerakan ini beberapa kali.
5. Letakkan ibu jari masing-masing tangan di samping tulang belakang, dimulai dari bahu, dan gerakkan ibu jari ke bawah tulang belakang ke pinggang. Ulangi beberapa kali.
6. Akhiri dengan meletakkan telapak tangan di sisi leher pasien dan lakukan sapuan panjang dan terus menerus ke bawah leher, ke setiap bahu, dan ke punggung dekat tulang belakang. Ulangi seluruh pola ini beberapa kali.

Manfaat utama dari SSBM pada pasien stroke iskemik antara lain mengurangi kecemasan dan nyeri bahu, memperbaiki kualitas tidur, dan berpotensi mengurangi kelelahan. SSBM juga membantu dalam meningkatkan fungsi motorik pada tangan hemiplegik, meskipun peningkatannya kadang belum signifikan secara statistik (Ardi & Ekowatiningsih, 2017; Atashi et al., 2012; Mok & Woo, 2004). Sebagai teknik non-farmakologis, SSBM memberikan dampak yang positif dalam pengelolaan gejala dan meningkatkan kualitas hidup pasien, terutama pada tahap rehabilitasi stroke.

E. Efektivitas *Slow-Stroke Back Massage*

Slow-Stroke Back Massage (SSBM) adalah intervensi terapeutik yang efektif dalam meningkatkan relaksasi, mengurangi kecemasan, dan menurunkan nyeri, terutama bagi pasien yang baru pulih dari stroke. Teknik *massage* ini dilakukan dengan gerakan lambat dan berirama di sepanjang punggung, yang membantu mengatur sistem saraf otonom dengan meningkatkan aktivitas parasimpatis, sehingga memfasilitasi relaksasi dan mengurangi stres.

Tidak terdapat perbedaan signifikan tingkat relaksasi antara durasi SSBM 5 menit dan 10 menit. Rerata tekanan darah sistolik pada kelompok SSBM 5 menit adalah 132 mmHg, sedangkan untuk kelompok 10 menit adalah 131,8 mmHg.

Begitu pula, denyut nadi dan skor STAI menunjukkan tidak ada perbedaan statistik yang berarti antara kedua kelompok (Ardi & Ekowatiningsih, 2017)

SSBM secara signifikan mengurangi denyut jantung, menunjukkan keadaan rileks yang dapat bertahan beberapa hari setelah sesi pijat. Aktivitas ini mengaktifasi sistem saraf parasimpatis, yang berhubungan dengan relaksasi dan pemulihan, serta menurunkan tonus simpatis (Vakulenko & Vakulenko, 2022).

Secara keseluruhan, SSBM dapat dilakukan dalam durasi 5 menit atau 10 menit untuk meningkatkan relaksasi pasien post-stroke, berkontribusi pada kesehatan fisik dan emosional selama proses pemulihan. Terapi ini mudah diakses dan efektif, baik di rumah sakit maupun di rumah. Meskipun sesi 5 menit dan 10 menit sama-sama efektif, pelaksanaan SSBM yang lebih lama dapat memberikan manfaat lebih besar dalam mengurangi kecemasan dan meningkatkan kesejahteraan fisiologis pasien.

F. Penutup

Peningkatan relaksasi melalui terapi *Slow-Stroke Back Massage* (SSBM) pada pasien post-stroke iskemik menunjukkan hasil yang signifikan dalam mendukung proses rehabilitasi. Terapi ini tidak hanya efektif dalam mengurangi tingkat kecemasan dan nyeri, tetapi juga berkontribusi pada perbaikan fungsi motorik dan kualitas tidur pasien. Peningkatan aktivitas sistem saraf parasimpatis yang dihasilkan dari teknik *massage* ini memberikan dampak positif yang berkelanjutan, yang sangat penting bagi pasien post-stroke.

Meskipun penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengeksplorasi efek jangka panjang SSBM, bukti yang ada menunjukkan bahwa terapi ini dapat diterapkan sebagai intervensi non-farmakologis yang mudah diakses dan bermanfaat, baik di lingkungan rumah sakit maupun di rumah. Dengan demikian, SSBM dapat menjadi bagian integral dalam program rehabilitasi pasien stroke, membantu mereka mencapai pemulihan fisik dan emosional yang lebih baik

Referensi

- Ardi, M., & Ekowatiningsih, D. (2017). Efektivitas slow stroke back massage dalam meningkatkan relaksasi pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar*, 12(1), 20-24.
- Atashi, V., Mohammadi, F., Dalvandi, A., Abdollahi, I., & Kazemi, R. (2012). Effect of slow stroke back massage (SSBM) on shoulder pain and hand function in patients with stroke [Article]. *HAYAT*, 18(2).
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84870379020&partnerID=40&md5=87c285873a15bf058cf7c6ae2f1d2ac>
- Bamalan, O. A., Moore, M. J., & Khalili, Y. A. (2024). *Physiology, Serotonin*. StatPearls Publishing.
- Chun, H. Y., Ford, A., Kutlubaev, M. A., Almeida, O. P., & Mead, G. E. (2022). Depression, Anxiety, and Suicide After Stroke: A Narrative Review of the Best Available Evidence. *Stroke*, 53(4), 1402-1410.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.035499>
- Dulay, M. F., Criswell, A., & Hodics, T. M. (2023). Biological, Psychiatric, Psychosocial, and Cognitive Factors of Poststroke Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7).
<https://doi.org/10.3390/ijerph20075328>
- Gulyaeva, N. V., Onufriev, M. V., & Moiseeva, Y. V. (2021). Ischemic stroke, glucocorticoids, and remote hippocampal damage: A translational outlook and implications for modeling. *Front Neurosci*, 15, 781964.
<https://doi.org/10.3389/fnins.2021.781964>
- Harris, M. (2022). Massage. In *Complementary Therapies in Nursing: Promoting Integrative Care* (pp. 275-291). Springer Publishing Company.
<https://doi.org/10.1891/9780826194992.0015>
- Kemenkes, R. I. (2023). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 dalam angka*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kische, H., Zenker, M., Pieper, L., Beesdo-Baum, K., & Asselmann, E. (2022). Applied relaxation and cortisol secretion: findings from a randomized controlled indicated prevention trial in adults with stress, anxiety, or depressive symptoms. *Stress*, 25(1), 122-133. <https://doi.org/10.1080/10253890.2022.2045939>
- Kuriakose, D. (2020). Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 7609.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijms21207609>
- Larson, S. T., Ray, B. E., & Wilbur, J. (2023). Ischemic Stroke Management: Posthospitalization and Transition of Care. *American Family Physician*, 108(1), 70-77.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=37440741&site=ehost-live>

Mok, E., & Woo, C. P. (2004). The effects of slow-stroke back massage on anxiety and shoulder pain in elderly stroke patients [Article]. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10(4), 209-216.
<https://doi.org/10.1016/j.ctnm.2004.05.006>

Vakulenko, D. V., & Vakulenko, L. O. (2022). Applications of heart rhythm variability to study mechanisms of influence of differentiated massage in dorsopathy. In *Horizons in World Cardiovascular Research* (Vol. 24, pp. 15-30). Nova Science Publishers, Inc. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85143993174&partnerID=40&md5=e45a31172018e3b5c7ee67e5945eccdc>

Waxenbaum, J. A., Reddy, V., & Varacallo, M. (2024). *Anatomy, autonomic nervous system*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539845/>

Glosarium

H

HADS: adalah *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HPA: adalah *Hypothalamus-Pituitary-Adrenal*

S

SSBM: adalah *Slow-Stroke Back Massage*

STAI: adalah *State-Trait Anxiety Inventory*

BAB 2

Akupresur dan Perannya pada Perawatan Stroke serta Kesehatan Individu

Dewi Siyamti

A. Pendahuluan

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi saat ini memberikan dampak pada perkembangan dunia kesehatan, ragam penyakit dan perkembangan pengobatan untuk upaya pencegahan, pengobatan dan pemulihan individu juga terus berkembang. Indonesia telah berkomitmen dengan penetapan *Sustainable Development Goals* (SDGs) sejak September 2015 yang sejalan dengan rencana pembangunan nasional. Prinsip pelaksanaan SDGs bersifat universal, inklusif dan partisipatif dengan target terpenuhi pada 2030 mendatang yang mencakup 17 tujuan diantaranya; tanpa kemiskinan, tanpa kelaparan, kehidupan sehat dan sejahtera, pendidikan berkualitas, kesetaraan gender, air bersih dan sanitasi layak, energi bersih dan terjangkau, pekerjaan layak dan pertumbuhan ekonomi, industri inovasi dan infrastruktur, berkurangnya kesenjangan, kota dan pemukiman berkelanjutan, konsumsi dan produksi yang bertanggung jawab, penanganan perubahan iklim, ekosistem laut, ekosistem daratan, perdamaian, keadilan dan kelembagaan yang tangguh, serta kemitraan untuk mencapai tujuan (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, 2019). Tujuan bidang kesehatan dalam pemenuhan target SDGs yaitu sehat dan sejahtera. Hal ini dapat tercapai dengan peran aktif seluruh masyarakat, tidak hanya tenaga kesehatan dan pemerintah. Peningkatan kesadaran pola hidup bersih dan sehat, deteksi dini terhadap penyakit kronis, dan pemanfaatan fasilitas kesehatan bagi masyarakat masih perlu ditingkatkan lagi pada masyarakat. Hal ini akan memberikan dampak positif terhadap kesehatan individu, keluarga dan masyarakat, meningkatkannya usia harapan hidup, lebih produktif dan mencegah terjadinya komplikasi.

B. Stroke

Stroke adalah kondisi dimana peredaran darah pada otak terganggu sehingga menyebabkan kematian jaringan maupun perdarahan pada otak. Gangguan tersebut mempengaruhi fungsi tubuh yang diatur oleh otak. Stroke merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian pada individu dimana diagnosis ditegakkan dari hasil pencitraan untuk menentukan jenis iskemik atau perdarahan pada otak (Byna & Basit, 2020). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menunjukkan sebagian besar penyakit tidak menular (PTM) atau disebut sebagai penyakit kronis diderita oleh masyarakat (59%) yaitu hipertensi (22,2%), stroke (20,2%), diabetes (10,5%), katarak (19,5%) dan kanker (0,6%) pada penduduk usia >15 tahun (Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, 2023). Stroke disebabkan oleh beberapa predisposisi, di Indonesia penyebab stroke terbanyak diantaranya merokok, hipertensi, dan obesitas. Penanganan dan perawatan yang tepat menjadi kunci utama keselamatan pasien dan mencegah terjadinya disabilitas penderita stroke (Venketasubramanian et al., 2022). Hipertensi tidak terkontrol merupakan penyebab terbanyak terjadinya stroke.

Jenis stroke dibagi menjadi dua yaitu (American Stroke Association, 2024):

1. Stroke Iskemik

Kondisi dimana terjadi subatan pada pembuuh darah otak. Jenis ini paling banyak terjadi pada penderita stroke (87%)

2. Stroke Hemoragik

Disebut juga stroke perdarahan yaitu kondisi terjadi ruptur atau pecah pembuluh darah pada otak. Ruptur terjadi karena pembuuh darah mengalami kelemahan akibat aneurisma atau *arteriovenous malformation* (AVMs).

Stroke hemoragik lebih berbahaya dibandingkan dengan stroke iskemik karena berisiko kematian akibat spasem pembuluh darah dan peningkatan tekanan intrakranial. Stroke hemoragik merupakan penyebab terbesar kematian penderitanya setelah penyakit jantung koroner dan kanker (Setiawan, 2021).

Penderita stroke secara umum dapat mengalami penurunan kesadaran, kelemahan anggota gerak, bicara pelo atau *bel's palsy*, disfagia, dan pandangan kabur. Gambaran klinis stroke lainnya yaitu afasia, sakit kepala, disorientasi, dan gangguan kognitif. Stroke yang tidak ditangani dengan baik akan menimbulkan berbagai gangguan diantaranya kekakuan otot, melemahnya tendon, dan ketidakmampuan melakukan aktivitas mandiri sehari-hari (Kusuma & Sara, 2020). Menurut Kementerian Kesehatan tanda gejala stroke disingkat dengan istilah **SeGeRa ke RS** yaitu **S**enyum tidak simetris; **G**erak separuh anggota tubuh lemah tiba-tiba; **e**bicara **R**elo atau tidak dapat berbicara; **K**ebas atau baal, **R**abun atau pandangan

kabur; **Sakit kepala hebat** dan mengalami gangguan keseimbangan (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2024).

Perawatan penderita stroke terus dikembangkan dengan tujuan mencegah komplikasi. Keluarga berperan penting dalam perawatan penderita stroke terutama setelah pasien di rumah. Oleh karena itu diperlukan pemahaman dan motivasi pasien dan keluarga agar upaya perawatan dapat memberikan hasil yang optimal. Kondisi pasien dengan perawatan luka, perawatan antenatal, perawatan pasca stroke, dan kasus paliatif memerlukan perawatan yang lebih lama. Peningkatan jumlah penderita penyakit degeneratif berimbas pada lama perawatan dan waktu rehabilitasi. Pelayanan kesehatan ini memberikan peluang bagi pelaksana *home care* yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan, memaksimalkan kemandirian dan meminimalkan dampak penyakit (Idha Nurfallah, 2021).

Penderita stroke umumnya mengalami stress, kurang kepercayaan diri dan tidak berharga. Hal tersebut disebakan karena terjadi perubahan atau disabilitas selama mengalami stroke. Semakin besar kecacatan yang dialami maka semakin rendah *self efficacy* penderita stroke. Edukasi bagi penderita stroke dan keluarga merupakan satu hal yang penting sebagai bekal informasi perawatan saat di rumah. *Self efficacy* pada penderita stroke dapat ditingkatkan dengan peran keluarga dan orang terdekat sehingga individu memiliki motivasi dan kepercayaan diri yang tinggi terhadap kesehatan dan kemampuan dirinya (Saputra & Mardiono, 2022; Yohana Rembet & Dewi, 2023).

Rehabilitasi dini pada penderita stroke akut berpengaruh terhadap optimalisasi pemulihan dan pencegahan komplikasi sekunder gejala sisa stroke. Rehabilitasi dapat membantu penderita stroke mencapai fungsional optimal sehingga dapat mencegah penurunan fungsional di masa yang akan datang. Jika mengacu pada data SKI, sebagian besar penderita stroke merupakan lanjut usia. Hal ini menjadikan dukungan keluarga dapat mengurangi kebingungan penderita stroke pasca trauma. Dukungan keluarga akan meningkatkan coping sehingga penderita stroke akan mampu beradaptasi dan menerima berbagai keterbatasan pada fase rehabilitasi (Darussalam & Nugraheni, 2021; Jung et al., 2021).

Perawatan yang tepat dengan *self efficacy* yang tinggi, kepatuhan terhadap proses rehabilitasi dan dukungan keluarga yang baik akan mengoptimalkan rehabilitasi penderita pasca stroke untuk pulih dengan optimal.

C. Akupresur

Akupresur berkembang seiring dengan perkembangan pengobatan penyakit. Akupresur juga menjadi salah satu terapi yang digunakan untuk upaya preventif dan promotif di bidang kesehatan. Akupresur berasal dari bahasa Yunani yaitu kata **acus** (jarum) dan **pressure** (tekanan). Adaptasi bahasa Indonesia menjadi akupresure. Secara definisi, akupresur berarti pengobatan dengan cara menekan titik-titik tertentu pada tubuh sehingga diperoleh efek terhadap energi vital yang berpengaruh pada kualitas kesehatan (Ikhsan, 2019).

Falsafah pengobatan holistik suatu penyakit bersumber pada falsafah alamiah dimana alam merupakan makhluk Tuhan yang senantiasa patuh dengan segala hukum Nya. Falsafah ini menjadi dasar berfikir dan bertindak dalam ranah holistik dimana semua elemen saling terkait dalam hubungannya dengan manusia (Tuhan, alam, tumbuhan, hewan, manusia, dan individu itu sendiri).

1. Falsafah Tai Qi/Tai Chi (Holistik)

Segala sesuatu yang terdapat di alam semesta merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan yang terdiri dari makrokosmos dan mikrokosmos yang selanjutnya disebut sebagai konsep holistik.

2. Falsafah Liang Yi (Yinyang)

Setiap kesatuan memiliki aspek yang saling berlawanan dimana terjadi tarik menarik sehingga terbentuk keseimbangan dan harmonisasi.

3. Falsafah Lima Unsur/Wu Xing

Alam ini terdiri dari lima unsur yang membentuk keseimbangan dinamis dan tidak ada unsur yang murni.

4. Falsafah TBBD/Kaidah Alam

Maksud TBBD yaitu; Teratur, Berirama (*rhythmic*), Berkala (*periodic*), dan Daur ulang (*recycle*). Prinsip dari TBBD yaitu Sehat dan Sakit ditentukan dari kedisiplinan pelaksanaan TBBD dalam aspek kehidupan.

Prinsip holistik akupresur terhadap suatu penyakit merupakan terjadinya perubahan aspek Yin Yang yang tidak seimbang. Kondisi defisiensi atau ekses pada bagian tubuh atau organ akan berdampak pada bagian tubuh atau organ lainnya. Upaya memulihkan kondisi dari defisiensi atau ekses menjadi seimbang kembali merupakan intisari dari akupresur. Akupresur dilakukan dengan memberikan stimulasi pada titik-titik tubuh (meridian) dengan tujuan melancarkan perdarahan. Mekanisme kerja akupresur mencakup teori endorphin yaitu meningkatkan produksi relaksan sehingga dapat menghilangkan nyeri dan teori kekebalan tubuh

yang mengemukakan dengan akupresur dapat meningkatkan daya tahan tubuh terhadap paparan penyakit (Siyamti et al., 2022; Sulistiana et al., 2024).

Akupresur dapat dilakukan dengan beberapa kondisi yang harus dipenuhi, diantaranya ruangan dengan sirkulasi yang baik dan tidak pengap, pasien dalam kondisi rileks dan tanda-tanda vital stabil, pasien tidak dalam kondisi terlalu lelah, terlalu lapar atau terlalu kenyang, dapat menggunakan alat bantu pijat yang tidak tajam, dan terapi dapat melakukan pijatan dengan nyaman (Musmuliaidin, 2023).

Teknik penekanan pada akupresur disesuaikan dengan kondisi pasien, hal ini membantu menentukan frekuensi dan arah tekanan pada bagian tubuh. Satuan ukuran pada akupresur menggunakan satuan cun atau ruas jari, ukuran tulang atau batas anggota tubuh juga dapat digunakan sebagai ukuran untuk menentukan letak titik yang akan dilakukan penekanan. Terapi akupresur harus memperhatikan teori fenomena organ dimana setiap organ memiliki peran terhadap tubuh manusia. Organ tubuh berpasangan dimana organ padat/ Fu berpasangan dengan organ berongga/Zang, contoh dari pasangan Zang dan Fu yaitu ginjal dan kandung kemih (Saras, 2023).

Efektifitas akupresur telah banyak dibuktikan dari hasil penelitian-penelitian dengan berbagai masalah kesehatan diantara sebagai berikut (Komariah et al., 2021):

1. Akupresur terhadap penurunan nyeri

Akupresur dapat menurunkan berbagai jenis nyeri seperti dismenorea, nyeri kepala, nyeri pasca persalinan.

2. Akupresur terhadap penyakit kronis

Akupresur bermanfaat sebagai terapi alternatif dalam menurunkan kadar gula darah dan tekanan darah pada penderita diabetes dan hipertensi.

3. Akupresur terhadap gangguan neurologis

Akupresur berkontribusi untuk menurunkan derajat neuropati penderita diabetes mellitus. Akupresur juga efektif menurunkan derajat sindrom restless leg pada pasien yang menjalankan hemodialisis.

4. Akupresur terhadap gangguan psikologis

Akupresur dapat membantu menurunkan gejala depresi, kecemasan dan stress. Hasil tersebut dilakukan pada pasien lanjut usia, pasien dengan hemodialisis yang mengalami depresi dan stress.

5. Akupresur terhadap penurunan berbagai gejala klinis penyakit

Akupresur aurikuler dapat membantu mengurangi gejala mual dan muntah pada ibu hamil, pasca operasi dan pasien yang menjalankan kemoterapi.

Akupresur merupakan terapi non-invasif, sederhana, aman, gratis, dan dapat dilakukan secara mandiri. Edukasi akupresur menjadi salah satu upaya yang dapat diakukan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat terhadap terapi non invasif terutama penyakit PTM dan bermanfaat untuk kesehatan tubuh (Sutarno et al., 2024). Terapi akupresur menggunakan titik akupunktur di seluruh meridian tubuh sehingga dapat memperbaiki energi vital selanjutnya dapat membantu mengobati berbagai masalah kesehatan. Untuk mendapatkan manfaat optimal dari terapi akupresur perlu diperhatikan masalah kesehatan yang ingin ditangani, sehingga dapat menentukan titik meridian yang sesuai, frekuensi dan intensitas terapi dengan tepat (Komariah et al., 2021).

D. Akupresur untuk Stroke

Penyumbatan aliran darah ke otak menyebabkan gangguan fungsi sistem saraf dengan tanda klinis diantaranya hemiparese dan hemiplegi. Salah satu terapi yang dapat digunakan sebagai terapi pendamping pasca stroke yaitu akupresur. Stimulasi pada titik meridian tubuh akan memicu sekresi neuromodulator (dopamin dan asetilkolin) yang terbukti meninkatkan potensial aksi pada sinap dan pemetaan kortikal. Hal ini akan memberikan dampak positif pada penderita stroke pada masa rehabilitasi salah satunya peningkatan kekuatan otot (Purinasari et al., 2023). Beberapa terapi yang dipilih penderita stroke di Asia di antaranya; *ayurvedic massage, marma therapy, reiki, obat herbal, yoga, dan akupunktur atau akupresur* (Pandian et al., 2011). Berikut beberapa manfaat akupresur pada penderita stroke:

1. Peningkatan Rentang Gerak dan Kekuatan Otot

Banyak penelitian yang telah dilakukan dan menunjukkan efektifitas akupresur terhadap kekuatan otot dan rentang gerak sendi. Penelitian Asmawariza dan Wiguna menunjukkan efektifitas akupresur pada rentang gerak ektrimitas atas dan bawah dengan penerapan 14 titik pada pasien stroke non hemoragik. Akupresur dilakukan selama 15 menit tiap sesi dan dilakukan selama 7 hari pada titik LI 15, SI 9, TE 14, GB 21, SI 11, SI 12, ST 36, GB 34, ST 41, GB 39, ST 31, GB 30, SP 10, dan ST 34. Teknik pemijatan berlawanan arah jarum jam/ sedasi menggunakan ibu jari. Rentang gerak menunjukkan peningkatan pada intervensi kali ke 4, 5, 6 dan 7 (Reza & Hersika Asmawariza, 2020). Penelitian lain yang dilakukan pada pasien dengan stroke non hemoragik menunjukkan hasil peningkatan kekuatan otot dan rentang gerak, meskipun peningkatan kekuatan otot tidak signifikan namun dengan intervensi akupresur menunjukkan peningkatan rentang gerak dan kekuatan otot pada pasien. Secara umum durasi akupresur dilakukan selama 10-15 menit dapat dilakukan 1-2 kali sehari dengan

lama intervensi sekitar 2-8 minggu untuk mendapatkan efek dari intervensi yang diberikan. Titik umum yang digunakan diantaranya GB 20, ST 36, LV 3 dan GB 34. Jumlah titik meridian yang digunakan dapat ditambahkan sesuai fungsi dan tujuan terapi pada pasien (Addiarto et al., 2023; Nurahmasari & Septiany, 2024; Purinasari et al., 2023).

2. Meningkatkan kemampuan menelan

Disfagia merupakan salah satu permasalahan yang mungkin terjadi pada pasien stroke. Disfagia terjadi pada pasien dengan gejala kesulitan menelan atau mengunyah makanan, nyeri saat menelan, *drooling*, tersedak saat makan, dan sensasi makanan tersangkut pada saluran cerna. Beberapa titik akupresur yang digunakan pada penderita disfagia yaitu Yifeng, Lianquan, Tiantu, dan Taixi. Stimulasi pada titik -titik tersebut akan meningkatkan respon menelan pada pasien (Purinasari et al., 2023).

3. Menurunkan Stress dan Kecemasan

Pasien stroke pasca diagnosis secara umum mengalami perubahan emosional dan perilaku seperti marah, syok, penolakan, stress, dan cemas. Hal tersebut merupakan respon psikologis yang terjadi pada pasien. Sebanyak 71,8% pasien stroke mengalami tingkat kecemasan sedang, sisanya kecemasan ringan dan berat. Pendekatan spiritual dapat dilakukan untuk manajemen stress dan kecemasan, selain itu akupresur dapat dilakukan untuk memberikan efek relaksasi. Titik yang digunakan yaitu titik auricular Zhen, Benmen, Shierzhichang, dan Shen yang berfungsi meredakan kecemasan, depresi dan perbaikan kualitas hidup. Titik akupresur untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup yaitu GV 20, ST 36, LI 4, HT 7 dan LI 11 (Arif, 2020; Luo et al., 2023; Purinasari et al., 2023).

4. Mencegah dan Mengatasi Konstipasi

Gangguan pada vaskularisasi otak dapat menyebabkan kerusakan pada pusat kontrol motorik di lobus frontal. Kondisi tersebut mengakibatkan gangguan mobilitas pada penderita stroke yang berlanjut dengan terjadinya konstipasi. Gangguan mobilitas, kontipasi dan gangguan menelan pada pasien stroke menjadi masalah yang penting untuk diselesaikan. Beberapa terapi untuk menangani masalah konstipasi diantaranya massage abdomen, latihan otot dasar pangul dan akupresur. *Massage abdomen* dan latihan otot pangul dapat dilakukan selama 3 hari dan dilakukan evaluasi (Ferry & Khomsah, 2022; Windahandayani et al., 2021). Akupresur untuk mencegah dan mengatasi konstipasi dilakukan dengan auricular akupresur yang berfokus pada pengaturan lambung dan aktifitas usus besar serta sirkulasi Qi dan darah sehingga dapat

menghasilkan cairan dan meningkatkan peristaltik usus. Hal ini akan meningkatkan dorongan defekasi pada pasien. Hasil penelitian lain menunjukkan kombinasi abdominal massage dan auricular akupresur lebih signifikan untuk mengatasi masalah konstipasi pada penderita stroke (Chi Nieh et al., 2023; Edianto et al., 2020; Elvina et al., 2023).

5. Menjaga Kestabilan Tekanan Darah

Tekanan darah dalam persepsi pengobatan tradisional Korea berkaitan dengan sindrom panas dan angin berlebih pada tubuh individu dari hati, jantung atau ginjal. Titik meridian yang dapat digunakan untuk membantu menstabilkan tekanan darah pada penderita stroke diantaranya LR 3, LI 4, LI 11, GB 20, ST 36, SP 6, CV 4 dan PC 6 (Hong et al., 2020).

E. Akupresur dan Kesehatan Tubuh

Akupresur bermanfaat untuk pencegahan, penyembuhan penyakit, dan peningkatan kesehatan individu sesuai dengan kebutuhannya. Berbagai penelitian terus dilakukan untuk mendapatkan manfaat akupresur pada berbagai jenis penyakit dan upaya promotive kesehatan. Beberapa hasil penelitian penggunaan akupresur untuk kesehatan yaitu:

1. Menurunkan Tekanan Darah pada Hipertensi

Hipertensi masih menjadi salah satu masalah kesehatan secara global yang menyebabkan komplikasi serius. Terapi farmakologi membantu penderita hipertensi dalam menurunkan tekanan darah, namun ketidakpatuhan penderita terhadap pengobatan menyebabkan terjadinya efek samping. Kombinasi dengan terapi non farmakologi merupakan solusi yang tepat untuk menjadi terapi pendamping. Penelitian yang dilakukan Restawan, dkk menyimpulkan akupresure dapat membantu stabilisasi tekanan darah penderita hipertensi dengan pijatan pada titik LR 3, HT 7, dan KI 3 dengan durasi sekitar 3-440 menit setiap hari selama 4 minggu (Restawan et al., 2023).

Penelitian lain yang dilakukan untuk menurunkan tekanan darah penderita hipertensi yaitu dengan pemijatan sekitar 15 menit setiap hari pada titik 4 jari di atas *malleolus internus* yang merupakan pertemuan tulang metatarsal I dan II, area 3 jari di atas pergelangan tangan, pada lipat siku, area 2 jari di belakang *prominensia ilaryngeus* dan area depan arteri karotis (Sukmadi et al., 2021).

2. Menurunkan Nyeri

Akupresur digunakan secara luas untuk menurunkan nyeri pada berbagai kondisi. Pada nyeri menstruasi akupresur dapat digunakan secara mandiri maupun

diberikan oleh terapis pada titik SP 6, LI 4 dan PC 6 dengan teknik searah jarum jam sebanyak 30 kali selama 2 hari, metode ini terbukti mampu menurunkan nyeri menstruasi dibandingkan dengan hanya melakukan relaksasi nafas dalam (Siyamti et al., 2021). Penelitian yang dilakukan oleh Jatnika menyimpulkan akupresur secara signifikan menurunkan dismenorea dengan akupresur selama 2 bulan berturut-turut pada titik SP6 selama 20 menit setiap hari (Jatnika et al., 2022).

Penggunaan akupresur pada intensitas nyeri persalinan menunjukkan efektifitas terapi dengan pemijatan titik SP 6 dan LI 4 sekitar 30 menit selama kala I yang diyakini dapat menstimulasi endorphin lokal sehingga memberikan efek relaksasi dan membangkitkan semangat dan normalisasi fungsi tubuh (Marsilia & Kubilawati, 2022). Penelitian lain menyimpulkan efektifitas akupresur menurunkan intensitas nyeri persalinan menggunakan titik BL 32, LI 4, dan SP 6 dengan pemijatan selama 30 menit pada kala I aktif pembukaan 4-8 (Mukhoirotin & Mustafida, 2020).

Akupresur dapat membantu mengurangi nyeri tungkai bawah dengan pemijatan pada titik BL 40, BL 57 dan BL 60 selama 20 menit (Sholihah et al., 2021).

3. Meningkatkan Imunitas

Pengalaman pandemi Covid-19 menyadarkan masyarakat pentingnya Kesehatan dan daya tahan tubuh yang baik sehingga dapat bertahan terhadap paparan penyakit terutama yang bersumber dari virus. Imunitas menjadi keharusan bagi setiap individu untuk tetap beraktivitas dengan naman setiap hari. Akupresur dengan manfaat utama melancarkan aliran darah dan energi vital/Qi tepat digunakan untuk menstimulasi peningkatan fungsi tubuh sehingga imunitas meningkat. Beberapa titik yang dapat digunakan diantaranya LR 3, F3, B 57, dan R1 (Dina Indrati Dyah Sulistyowati et al., 2022). Akupresur dapat dilakukan mandiri sehingga dengan edukasi secara luas diharapkan menjadi kebiasaan baik yang membantu meningkatkan imunitas individu. Beberapa titik yang dapat yaitu SP 6, LI 4, dan PC 6 (Siyamti et al., 2023).

Imunitas pada anak tidak luput dari perhatian di masa sekarang ini, kemajuan teknologi dan perubahan lingkungan menjadi faktor eksternal yang berkontribusi terhadap kesehatan setiap anak. Akupresur dapat dilakukan pada anak dengan tujuan meningkatkan imunitas, mengurangi pusing dan memberikan rasa nyaman. Pemijatan dapat dilakukan pada titik LI 4, SP 6, ST 36, LV 3 dan LI 11 (Sari et al., 2023).

F. Penutup

Kesehatan merupakan aset berharga bagi setiap individu ditengah perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin masif. Hal ini tentunya berkaitan erat dengan perilaku adaptif setiap individu dalam menyikapi adanya perubahan. Kesadaran akan pentingnya gaya hidup yang sehat menjadi keharusan yang dimiliki oleh setiap orang agar dapat terus bergerak dan berkarya seiring perubahan zaman. Stroke masih menjadi satu dari lima PTM yang mendominasi secara global. Peningkatan pengetahuan dan perbaikan pola hidup menjadi dasar untuk meminimalkan risiko stroke pada setiap individu.

Referensi

- Addiarto, W., Abidin, Z., Puspitasari, Y., & Mariani. (2023). Perbandingan Efektifitas Latihan Rom Aktif Dan Akupresur Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Rawat Inap Rsud Dr. Haryoto Lumajang. *Professional Health Journal*, 5(1sp), 136–149. <https://doi.org/10.54832/phj.v5i1sp.455>
- American Stroke Association. (2024). *Type of Stroke*. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke>
- Arif, A. Z. (2020). Implementasi Dukungan Spiritual Berbasis Budaya Menurunkan Kecemasan pada Pasien Stroke. *Wiraraja Medika: Jurnal Kesehatan*, 10(2), 71–77. <https://doi.org/10.24929/fik.v10i2.1125>
- Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. (2023). Prevalensi, Dampak, serta Upaya Pengendalian Hipertensi & Diabetes di Indonesia. In *Kementerian Kesehatan*. <https://drive.google.com/file/d/1RGiLjySxNy4gvJLWG1gPTXs7QQRnkS--/view>
- Byna, A., & Basit, M. (2020). Penerapan Metode Adaboost Untuk Mengoptimasi Prediksi Penyakit Stroke Dengan Algoritma Naïve Bayes. *Jurnal Sisfokom (Sistem Informasi Dan Komputer)*, 9(3), 407–411. <https://doi.org/10.32736/sisfokom.v9i3.1023>
- Chi Nieh, H., O Wu, P., Ferng Ou, S., Ping Li, H., & Peng Chen, J. (2023). Effect of Accupresure on Alleviating Constipation among Inpatients with Stroke during the Acute Phase: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 53. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2023.101801>
- Darussalam, M., & Nugraheni, S. A. (2021). Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Post Stroke Pada fase Rehabilitasi: Literature Review. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(November), 867–878. <https://www.mdpi.com/1424-8220/23/3/1712>
- Dina Indrati Dyah Sulistyowati, Arwani, A., Nina Indriyawati, Wien Soelistyo Adi, Mardiyono, M., & Mardiyono, M. (2022). Aplikasi Hasil Penelitian Pelatihan Dan Penerapan Akupresur Untuk Meningkatkan Daya Tahan Tubuh Dan Mengurangi Kecemasan Pada Ibu Hamil Dan Menopouse Pada Era Adaptasi Covid 19. *Jurnal Pengabdian Ilmu Kesehatan*, 2(3), 104–111. <https://doi.org/10.55606/jpikes.v2i3.841>
- Edianto, E., Waluyo, A., Yona, S., & Gultom, Y. (2020). Penerapan Auricular Acupressure Untuk Mengurangi Konstipasi Pasien Kemoterapi. *JKEP*, 5(2), 161–170. <https://doi.org/10.32668/jkep.v5i2.387>
- Elvina, E., Masfuri, M., & Karias, I. M. (2023). Manajemen Nonfarmakologis dalam Mengurangi Resiko Konstipasi pada Pasien Ortopedi. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2), 1672–1682. <https://doi.org/10.31539/jks.v6i2.5756>
- Ferry, & Khomsah, I. Y. (2022). Pengaruh Pemberian Massage Abdomen Terhadap Konstipasi Pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Keperawatan Bunda*

Delima, 4(2), 27–32. <https://doi.org/10.59030/jkbd.v4i2.57>

Hong, S., Ahn, L., Kwon, J. H., & Choi, D. J. (2020). Acupuncture for Regulating Blood Pressure of Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26(12), 1105–1116. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0454>

Idha Nurfallah. (2021). Penerapan Telenursing dalam meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien Homecare dengan Stroke: Literatur review. *Promotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 215–224. <https://doi.org/10.56338/pjkm.v11i2.2062>

Ikhsan, M. N. (2019). *Dasar Ilmu Akupresur dan Moksibasi* (MNI (ed.)). Bhimaristan Press.

Jatnika, G., Badrujamaludin, A., & Yuswandi, Y. (2022). Pengaruh terapi akupresur terhadap intensitas nyeri dismenore. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 16(3), 263–269. <https://doi.org/10.33024/hjk.v16i3.7290>

Jung, S., Park, E., Kim, J., Park, B., Yu, J., Kim, A., & Jung, T. (2021). Effects of Self RehAbilitation Video Exercises (SAVE) on Functional Restorations in Patients with Subacute Stroke. *Healthcare*, 1–10. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/healthcare9050565>

Kementrian Kesehatan Indonesia. (2024). *Gejala dan Tanda-Tanda Stroke: Ingat SeGeRa Ke RS.*

Kementrian Perencanaan Pembangunan Nasional. (2019). *Peta Jalan SDGs Indonesia menuju 2030.* <https://www.unicef.org/indonesia/reports/roadmap-sdgs-indonesia>

Komariah, M., Mulyana, A. M., Maulana, S., Rachmah, A. D., & Nuraeni, F. (2021). Literature Review Terkait Manfaat Terapi Akupresur Dalam Mengatasi Berbagai Masalah Kesehatan. *Jurnal Medika Hutama*, 02(01), 402–406. https://www.researchgate.net/profile/Sidik-Maulana/publication/353286751_Literature_Review_Terkait_Manfaat_Terapi_Akupresur_dalam_Mengatasi_Berbagai_Masalah_Kesehatan/links/60f144e39541032c6d420ace/Literature-Review-Terkait-Manfaat-Terapi-Akupresur-dalam-Mengatasi-Berbagai-Masalah-Kesehatan.pdf

Kusuma, A. S., & Sara, O. (2020). Penerapan prosedur latihan ROM pasing sedini mungkin pada pasien stroke non hemoragik. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 5(10), 274–282. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.36418/syntax-literate.v5i10.1706>

Luo, L., Huang, L., Han, S.-J., Wu, D., Qian, Y., Jiang, K.-Q., & Yang, L. (2023). Effects of Auricular Point Acupressure with Lifestyle Interventions on Cerebrovascular Function among Adults with High Stroke Risk: A Randomized Controlled Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2023(1). <https://doi.org/10.1155/2023/6879150>

- Marsilia, I. D., & Kubilawati, S. (2022). Pengaruh Akupresur Titik SP6 dan LI4 terhadap Pengurangan Intensitas Nyeri Kala I Persalinan di PMB NY. T.O Desa Klapanunggal Kabupaten Bogor. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 11(2), 279. <https://doi.org/10.36565/jab.v11i2.567>
- Mukhoirotin, M., & Mustafida, H. (2020). Pemberian Akupresur Kombinasi Titik BL32 dan LI4, Titik BL32 dan Sp6 Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Persalinan. *Journal of Holistic Nursing Science*, 7(2), 133–141. <https://doi.org/10.31603/nursing.v7i2.3118>
- Musmuliaidin, D. (2023). *Terapi Akupresur sebagai Alternatif Pengobatan Diabetes melitus*. Nasya Expanding Management.
- Nurahmasari, N., & Septiani, M. (2024). Penerapan Terapi Akupresur Untuk Meningkatkan Kekuatan Otot Dan Rentang Gerak Sendi Pada Pasien Stroke. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Nusantara*, 5(1), 922–927. <https://doi.org/10.55338/jpkmn.v5i1.2845>
- Pandian, J. D., Liu, M., Misbach, J., & Venketasubramanian, N. (2011). Alternative therapies for stroke treatment in Asia. *International Journal of Stroke*, 6(6), 541–543. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00680.x>
- Purinasari, R., Handayani, F., & Johan, A. (2023). Pengaruh Akupresure pada Pasien Stroke: A Scoping Rewiew. *Jurnal Keperawatan*, 15(2), 787–800. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v15i2.927>
- Restawan, I. G., Sjattar, E. L., & Irwan, A. M. (2023). Effectiveness of acupressure therapy in lowering blood pressure in patients with hypertension: A systematic review. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 21(December 2022), 101292. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101292>
- Reza, R. I. W., & Hersika Asmawariza, L. (2020). Pengaruh Akupresur Stroke 14 Titik Terhadap Rentang Gerak Ekstermitas Atas dan Bawah pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Professional Health Journal*, 2(1), 51–63. <https://doi.org/10.54832/phj.v2i1.139>
- Saputra, A. U., & Mardiono, S. (2022). Edukasi Kesehatan Tentang Perawatan Lansia Dengan Kejadian Stroke. *Indonesian Journal Of Community Service*, 2(2), 188–193. <https://ijocs.rcipublisher.org/index.php/ijocs/article/view/182/131>
- Saras, T. (2023). *Akupresur: Panduan Praktis untuk Kesehatan dan Kebahagiaan* (W. Anita (ed.)). Tiram Media.
- Sari, D. N., Tambunan, I., Santoso, R., Oktaviani, M., & Ahmadiana, A. R. (2023). PENDEKAR: Peningkatan Derajat Kesehatan Anak Melalui Akupresur. *Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat*, 8(2), 350–359. <https://doi.org/10.30653/jppm.v8i2.358>
- Setiawan, P. A. (2021). Diagnosis dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. *Urnal Medika Hutama*, 1(1). <https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/2292720>

- Sholihah, I. A., Widyastari, S., & Hastuti, W. E. (2021). The Effect of Acupuncture and Acupressure Therapy Against a Decline in The Level of Pain in Lower Limb Pain in Dukuh Duwetan. *PLACENTUM: Jurnal Ilmiah Kesehatan Dan Aplikasinya*, 9(2), 82. <https://doi.org/10.20961/placentum.v9i2.30574>
- Siyamti, D., Adimayanti, E., & Windayanti, H. (2021). Acupressure to Reduce Dysmenorrhea in Adolescent. *Jurnal Kebidanan Dan Kesehatan Tradisional*, 06(1), 1–6. <https://doi.org/10.37341/jkkt.v0i0.222>
- Siyamti, D., Mardiyono, & Purnomo. (2022). Differences In Swallowing Function Before And After Shaker Exercise In Acute Stroke Patient. *Menara Jurnal of Health Science*, 1(3), 252–262. <http://jurnal.iakmikudus.org/index.php/mjhs>
- Siyamti, D., Sari, K., & Adimayanti, E. (2023). Penerapan Akupresur sebagai bagian Adaptasi Kebiasaan Baru untuk Meningkatkan Imunitas. *Jurnal Pengabdian Perawat*, 2(1), 105–110. <https://doi.org/10.32584/jpp.v2i1.2072>
- Sukmadi, A., Alifariki, L. O., Arfini Kasman A, I. M., & Siagian, H. J. (2021). Terapi Akupresur Menurunkan Tekanan Darah Pasien Hipertensi. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), 109–114. <https://doi.org/10.25047/jkes.v9i2.224>
- Sulistiana, A., Arwani, & Ta'adi. (2024). *Swedish Massage dan Akupresur dalam menurunkan Tekanan Darah*. Nas Media Indonesia.
- Sutarno, Pangesti, A. R., & Wulansari, N. (2024). Desain Video Tutorial Akupresur untuk Kenyamanan Pasien PTM dan Kronis. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*, 8(1), 83–89. <https://doi.org/https://doi.org/10.37294>
- Venketasubramanian, N., Yudiarto, F. L., & Tugasworo, D. (2022). Stroke Burden and Stroke Services in Indonesia. *Cerebrovascular Diseases Extra*, 12(1), 53–57. <https://doi.org/10.1159/000524161>
- Windahandayani, V. Y., Siswadi, Y., Tijtra, E., Carolus, S. S., & Korespondensi, A. (2021). Efektivitas Latihan Otot Dasar Panggul dalam Mencegah Konstipasi Pasien Stroke Non Hemoragik Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Exercise to Prevent Constipation in Non-Hemorrhagic Stroke Patients. *Jurnal Kedokteran Meditek*, 27(1), 16–21. <https://doi.org/https://doi.org/10.36452/jkdoktmeditek.v27i1.1924>
- Yohana Rembet, I., & Dewi, W. (2023). Self efficacy pada pasien stroke ditentukan oleh dukungan keluarga. *Watson Journal of Nursing*, 1(2), 34–40. <https://www.e-journal.stikesgunungmaria.ac.id/index.php/wjn/article/view/28/19>

Glosarium

AVMs: *arteriovenous malformation*

BBB: adalah

PTM: Penyakit tidak menular/penyakit kronis

SDGs: *Sustainable Development Goals*

SKI: Survei Kesehatan Indonesia

TBBD: Teratur, Berirama, berkala, daur Ulang

BAB 3

Resiliensi Keluarga Pasien Stroke

Umi Azizah Kusumaningrum

A. Pendahuluan

Stroke dapat terjadi pada siapa saja tanpa memandang usia, tetapi umumnya dialami oleh orang yang berusia diatas 60 tahun. Stroke merupakan penyebab disabilitas nomor satu dan penyebab kematian nomor tiga di dunia. Pasien dengan stroke rentan tidak patuh terhadap pengobatan dan program rehabilitasi karena faktor keterbatasan fisik dan psikis serta jenis perawatan stroke yang memerlukan perawatan jangka panjang.

Anggota keluarga yang menderita stroke merupakan penyebab stres bagi keluarga. Manifestasi stroke berupa gangguan sensibilitas dan gangguan mental, meningkatnya kebutuhan perawatan, beban ekonomi dan beban psikologis yang dirasakan oleh keluarga, merupakan beberapa kondisi yang penuh dengan stres. Kemampuan keluarga dalam menilai kondisi dan sumber daya keluarga dan dukungan sosial, menentukan strategi coping dan penguatan daya tahan keluarga menentukan keluarga untuk keluar dari kondisi penuh stres yang berakibat terhadap kesehatan keluarga. Ketidakmampuan keluarga dalam beradaptasi dengan kondisi yang ada akan menimbulkan berkurangnya dukungan keluarga terhadap pasien stroke, stigma keluarga, penyembunyian pasien, pengobatan yang tidak efektif, meningkatkan angka mortalitas pasien stroke (McCubbin H.I, Sussman M.B 2013; Park and Park 2014). Kemampuan keluarga untuk bangkit dan menjadi lebih kuat dalam situasi penuh dengan stress dimanakan kemampuan resiliensi keluarga (Friedman, Bowden, and Jones 2003).

Penguatan resiliensi keluarga tergantung dari nilai, struktur dan pola komunikasi keluarga. nilai keyakinan yang baik berefek terhadap persepsi sehat sakit keluarga. struktur keluarga berperan sebagai sumber daya coping keluarga dan pola komunikasi berfungsi sebagai sumber coping dan dukungan positif keluarga. Keluarga dengan anggota stroke yang memiliki resiliensi yang kuat akan berpengaruh pada kualitas hidup yang baik pada penderita stroke dan pada anggota keluarga yang lain (Walsh 2006)

B. Konsep Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, Bowden, and Jones 2003). Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan satu budaya (Salamung 2021).

Keluarga merupakan salah satu elemen terkecil masyarakat. Keberadaan keluarga di masyarakat akan menentukan perkembangan masyarakat (Stanhope and Lancaster 1996). Keluarga menjadi tempat sentral bagi pertumbuhan dan perkembangan individu, sehingga keluarga menjadi salah satu aspek terpenting dari keperawatan. Keluarga bersama dengan individu, kelompok dan komunitas adalah klien atau resipien keperawatan (Friedman, Bowden, and Jones 2003). Keluarga secara empiris, disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga dan kualitas kesehatan keluarga mempunyai hubungan yang erat (Isnaini et al. 2020). Keberadaan keluarga yang dinamis di lingkungan komunitas tersebut memerlukan pengawasan dan fasilitasi yang baik dari aspek kesehatan. Ketidaktahuan, ketidakmauan, dan ketidakmampuan keluarga dalam memfasilitasi tugas perkembangan dan melaksanakan tugas kesehatan keluarga akan mengakibatkan keluarga mengalami keadaan maladaptif dalam mencapai kemandirian keluarga (Asiva Noor Rachmayani 2015). Hal ini memerlukan suatu fasilitas dari perawat keluarga dalam mengoptimalkan keluarga dalam mencapai tugas perkembangan dan kemandirian keluarga.

C. Struktur Fungsional Keluarga

Struktur fungsional dalam keluarga menurut Friedmen (2003) digambarkan dari susunan struktur yang terdiri dari unit-unit yang saling terhubung, yaitu struktur komunikasi, struktur peran, struktur kekuatan serta struktur nilai dan norma (Nadirawati 2018):

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur. Terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai, dan ada hierarki kekuatan. Komunikasi keluarga bagi pengiriman yakni mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas, serta meminat dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik dan valid. Komunikasi dalam keluarga dikatakan tidak berfungsi apabila tertutup, adanya isu atau berita negatif, tidak berfokus pada satu hal, dan selalu mengulang isu dan pendapat sendiri.

Komunikasi keluarga bagi pengirim bersifat asumsi, ekspresi perasaan tidak jelas, judgemental ekspresi, dan komunikasi tidak sesuai. Penerima pesan gagal mendengar, diskualifikasi, ofensif (bersifat negatif), terjadi miskomunikasi, dan kurang atau tidak valid.

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan dari posisi tertentu. Ayah berperan sebagai kepala keluarga, ibu berperan sebagai daerah domestik keluarga, dan anak memiliki perannya masing-masing dan berharap dapat saling memahami dan mendukung. Selain peran utama terdapat peran informal, peran tersebut dilakukan dalam kondisi tertentu atau sudah menjadi kesepakatan antar anggota keluarga. Misalnya, jika suami mengizinkan istrinya bekerja di luar rumah, maka istri akan berperan informal. Begitu pula suami akan melakukan tugas informal tanpa sungkan dengan membantu istrinya mengurus rumah.

Kondisi struktur keluarga yang menggambarkan adanya kekuasaan yang digunakan untuk mengontrol dan mempengaruhi anggota keluarga lainnya dalam sebuah keluarga, setiap individu dalam keluarga memiliki kekuatan untuk mengubah perilaku anggotanya ke arah yang lebih positif dalam hal perilaku dan kesehatan. ketika seseorang memiliki kekuatan sebenarnya dia dapat mengontrol interaksi. Dimana kekuatan ini dapat dibangun dengan berbagai cara. Selain itu, terdapat banyak faktor dalam struktur kekuatan keluarga, diantaranya hak (*legitimate power*), ditiru (*referent power*), keahlian (*expert power*), hadiah (*reward power*), paksa (*coercive power*) dan *affective power*.

Sikap maupun kepercayaan dalam kehidupan keluarga sangat penting dimana didalamnya terdapat nilai yang merupakan sistematis. Nilai-nilai kekeluargaan juga dapat digunakan sebagai pedoman dalam menetapkan norma dan aturan. Norma merupakan perilaku sosial yang baik berdasarkan sistem nilai keluarga.

Nilai-nilai dalam keluarga tidak hanya dibentuk oleh keluarga itu sendiri, tetapi juga turunkan oleh keluarga istri atau suami. Perpaduan dua nilai dengan nilai berbeda akan menciptakan nilai baru bagi sebuah keluarga.

D. Stres dan Adaptasi Keluarga

Menurut teori sistem sosial, stres merupakan perubahan dalam keluarga itu, *steady state* dan respon keluarga terhadap tuntutan yang dialami sebagai hasil dari peristiwa penyebab stres. Stres pada keluarga menjadi bermasalah ketika tingkat stres dalam sistem keluarga mencapai tingkat dimana keluarga menjadi terganggu atau anggota menjadi tidak puas atau menampilkan gejala fisik atau emosional. Tingkat stres pada akhirnya tergantung pada definisi keluarga peristiwa penyebab

stres serta kecukupan sumber daya keluarga untuk memenuhi tuntutan perubahan yang terkait dengan penyebab stres. Sejarah perkembangan model resiliensi keluarga keluarga diawali dengan pengembangan model teori stress keluarga yang mengacu kepada model ABC-X dari Rueben Hills 1949. Menurut Hills, situasi yang menekan adalah sebuah peristiwa yang bisa menyebabkan gangguan dari kehidupan normal keluarga yang mengharuskan keluarga untuk adaptasi.

Stresor yang dijumpai kemudian akan direspon oleh individu dalam bentuk *primary appraisal*, yaitu evaluasi arti stresor atau kejadian yang tidak nyaman akan dipersepsikan sebagai bentuk ancaman dan membahayakan. Individu lebih berfokus pada stresor yang dialami. Kemampuan memahami situasi dan kemampuan mengatur reaksi emosi negatif akan membuat individu melanjutkan respon stres dalam bentuk *secondary appraisal*, yaitu melakukan kembali evaluasi untuk mengendalikan stresor dengan sumber coping yang dimiliki. Individu berfokus pada pemikiran apa yang bisa dikerjakan dalam situasi stres dengan sumber daya yang dimiliki. *Secondary appraisal* akan membawa individu melakukan *relational meaning* yang membuat individu memilih strategi coping dan mencapai adaptasi. Adaptasi merupakan hasil akhir dari stres, yaitu kemampuan menyesuaikan diri terhadap stresor setelah melalui proses penilaian terhadap stresor baik *primary appraisal* maupun *secondary appraisal* yang mempengaruhi strategi coping yang sesuai. Adaptasi yang ditunjukkan dengan pencapaian *emotional wellbeing, functional status* dan *health behavior* (Lazarus and Folkman 1984).

E. Resiliensi Keluarga

Keluarga sebagai caregiver sering mengalami stres yang tinggi akibat tuntutan fisik dan emosional yang berhubungan dengan perawatan anggota keluarga dengan stroke. Penelitian menunjukkan bahwa tanpa resiliensi yang baik, keluarga dapat merasa lemah dan tidak berdaya, yang berpotensi memperburuk kesehatan mental mereka (Kusumaningrum 2023).

Resiliensi adalah kemampuan untuk beradaptasi dan pulih dari situasi sulit. Dalam konteks keluarga *caregiver* pasien stroke, resiliensi mencakup kemampuan untuk mengatasi stres yang timbul dari tanggung jawab merawat pasien yang tidak dapat merawat dirinya sendiri. McCubin (1997) menyebutkan dua komponen resiliensi keluarga yaitu a) kemampuan keluarga untuk menjaga pola keberfungsi yang terbangun setelah adanya kesulitan dan tekanan; b) kemampuan keluarga untuk pulih dengan cepat dari trauma atau kejadian meneka yang menyebabkan perubahan dalam keluarga. Kedua komponen tersebut dalam resiliensi keluarga disebut sebagai karakteristik elastis dan daya mengapung. Keluarga yang resilien

adalah keluarga yang menunjukkan interaksi sebagai sesuatu yang dinamis, integrasi antara faktor-faktor protektif dan perbaikan yang meliputi optimisme, spiritualitas, keserasian, fleksibilitas, komunikasi, manajemen keuangan, waktu dan rekreasi, rutinitas dan ritual, serta dukungan sosial (McCubbin H.I, Sussman M.B 2013).

McCubbin H.I, Sussman M.B, and Patterson J.M. (2013) mengidentifikasi faktor resiliensi keluarga terdiri atas faktor protektif, faktor pemulihan dan faktor resiliensi keluarga umum. Faktor protektif keluarga meliputi perayaan keluarga, waktu dan rutinitas keluarga, dan tradisi keluarga. Faktor pemulihan meliputi integrasi keluarga, dukungan keluarga dan membangun harga diri, orientasi rekreasi keluarga dan optimisme keluarga. Sedangkan, faktor resiliensi keluarga umum adalah faktor yang dapat berperan sebagai faktor protektif dan faktor pemulihan keluarga yang meliputi strategi problem solving, proses komunikasi efektif, kesamaan, spiritualitas, fleksibilitas, kebenaran, harapan, dukungan sosial, serta kesehatan fisik dan emosional. Berdasarkan uraian di atas, diperoleh gambaran tentang faktor-faktor utama yang dapat membangun resiliensi keluarga, faktor tersebut dapat dibagi menjadi dua yakni:

1. Faktor internal, adalah faktor yang berasal dari diri individu, termasuk di dalamnya kapasitas kognitif, komunikasi, emosi, fleksibilitas, spiritual.
2. Faktor eksternal, adalah faktor yang berasal dari luar diri individu, termasuk di dalamnya dukungan dari anggota keluarga lain, menghabiskan waktu bersama keluarga, kondisi finansial yang baik, dan hubungan yang baik dengan lingkungan sosial.

F. Peran Keluarga Dalam Perawatan Pasien Stroke

Diperlukan kemandirian dan ketangguhan keluarga dalam perawatan pasien stroke secara mandiri karena perawatan pasien dengan stroke memerlukan waktu yang tidak dapat diprediksi, serta diperlukan pemahaman yang memadai tentang proses penyakit dan penatalaksanaan post stroke. Sehingga ketahanan keluarga adalah kunci untuk mengatasi stres dan tantangan yang muncul selama proses pengasuhan. Ketidakmampuan keluarga dalam menjalankan fungsi keluarga akan menimbulkan masalah berupa gagalnya proses pengobatan dan rehabilitasi pada pasien stroke. serta semakin meningkatnya beban keluarga baik fisik, psikis dan ekonomi.

Kemampuan peran keluarga dalam melaksanakan praktik asuhan kesehatan, yaitu fokus pada lima tugas keluarga dalam asuhan keperawatan keluarga:

1. Keluarga dapat mengenal masalah

Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan seluruh anggota keluarga terutama anggota keluarga dengan stroke. Apakah keluarga mengerti tentang penyebab, pengobatan dan penatalaksanaan post stroke secara mandiri.

2. Keluarga dapat mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit

Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk membawa anggota keluarga ke pelayanan kesehatan.

3. Keluarga dapat melakukan perawatan kesehatan terhadap anggota keluarga yang sakit.

Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit dan kepatuhan terhadap pengobatan dan program pemulihan post stroke, seperti memberikan diet

4. yang dianjurkan untuk pasien stroke, memantau minum obat, menfasilitasi program rehabilitasi, dan kontrol ke pelayanan kesehatan.

Keluarga dapat memodifikasi lingkungan dan memeliharaan kesehatan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga yang sakit.

5. Kemampuan keluarga dalam mengatur lingkungan, sehingga mampu mempertahankan kesehatan dan memelihara pertumbuhan serta perkembangan setiap anggota keluarga, seperti menjaga kenyamanan lingkungan fisik dan psikologis untuk seluruh anggota keluarga termasuk anggota keluarga yang sakit.

Keluarga dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan, seperti keluarga memanfaatkan Puskesmas, rumah sakit, atau fasilitas pelayanan kesehatan lain untuk anggota keluarganya yang sakit.

G. Penguatan Resiliensi Keluarga dengan Anggota Keluarga Stroke

Keluarga yang sehat mampu melaksanakan fungsi keluarga dengan baik di dalam situasi yang penuh stress karena dampak stroke pada anggota keluarga. Penguatan daya tahan keluarga melalui berjalannya fungsi keluarga meliputi tiga komponen besar, yaitu: memperkuat sistem nilai dan kepercayaan keluarga (*family belief systems*), memperkuat struktur dan fungsi keluarga sebagai suatu unit atau sistem (*organization patterns*), dan memperkuat pola komunikasi dan sistem kekuatan keluarga dalam mengatasi masalah (*communication/ problem solving*) (Walsh 2006, 2010, 2013, 2016). Kondisi keluarga yang tidak sehat akan berdampak lebih parah terhadap individu pasien stroke dan masalah yang melekat pada pasien, permasalahan pada anggota keluarga lainnya dan masalah pada keluarga sebagai suatu sistem.

Kemampuan keluarga untuk bertahan terhadap *stressor* dipengaruhi oleh sistem yang ada di masyarakat. Menurut Betty Neuman dalam teori *Health Care system* pertahanan masyarakat terhadap *stressor* dipengaruhi oleh inti komunitas dan delapan sub sistem komunitas. Inti komunitas meliputi sistem pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat, kondisi demografi masyarakat, sistem nilai dan kepercayaan masyarakat serta masalah kesehatan di komunitas salah satunya adalah dampak dari penyakit menular di Masyarakat dan penyakit tidak menular (PTM) beserta komplikasinya berupa stroke. Garis pertahanan masyarakat terhadap masalah kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi atas upaya pencegahan penyakit baik ditingkat primer, sekunder dan tertier (Nasrudin , Ah Yusuf, Hargono, and Tjipto Suwandi 2018).

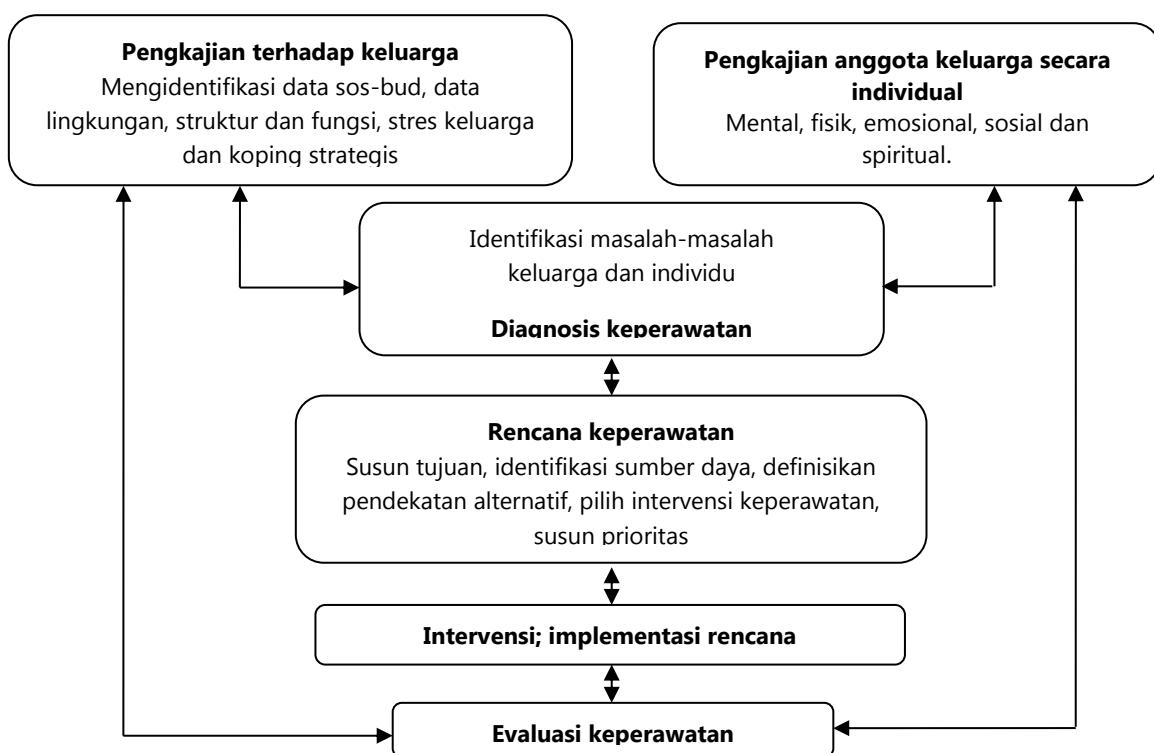
Model asuhan keperawatan keluarga dengan melakukan pendekatan teori *Family Centered Nursing* sangat sesuai dengan kesehatan keluarga dengan pasien Stroke. Asuhan keperawatan dengan pendekatan *Family Centered Nursing* mengkaji masalah kesehatan keluarga sebagai kumpulan individu dan keluarga sebagai suatu sistem. Tujuan asuhan keperawatan keluarga adalah untuk meningkatkan kesehatan keluarga melalui peningkatan fungsi keluarga dalam menjalankan lima tugas keluarga sehingga akan berdampak pula pada peningkatan resiliensi keluarga. Meningkatkan resiliensi keluarga sebagai caregiver pasien stroke adalah langkah penting untuk memastikan perawatan yang efektif dan mendukung kesehatan mental seluruh anggota keluarga. Hal ini tentunya memerlukan peran perawat komunitas sebagai garda terdepan petugas kesehatan yang ada di komunitas (Kusumaningrum, Wahyuni, and Nasrudin 2022)

H. Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pasien Stroke

Keluarga merupakan *entry point* dalam pemberian pelayanan kesehatan di masyarakat, untuk menentukan risiko gangguan akibat pengaruh gaya hidup dan lingkungan. Potensi dan keterlibatan keluarga menjadi makin besar, ketika salah satu anggota keluarganya memerlukan bantuan terus menerus karena masalah kesehatannya bersifat kronik, seperti misalnya pada pasien pasca stroke. Praktek keluarga sebagai pusat keperawatan (*family-centered nursing*), didasarkan pada perspektif bahwa keluarga merupakan unit dasar untuk keperawatan individu dari anggota keluarga. Keluarga adalah unit dasar dari sebuah komunitas dan masyarakat, mempresentasikan perbedaan budaya, relasi, lingkungan, dan sosioekonomi. Aplikasi dari teori ini termasuk mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, lingkungan, tipe keluarga dan budaya ketika melakukan pengkajian dan

perencanaan, implementasi dan evaluasi perawatan pada keluarga (Friedman, Marilyn M.; Bowden, Vicky R.; Jones 2003).

Penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan pasien stroke menggunakan pendekatan *family-centered nursing (FCN)* dengan melihat keluarga sebagai subsistem dari masyarakat (Friedman, 2003). Proses keperawatan keluarga dengan fokus pada keluarga sebagai klien meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.



Gambar 3.1 Model *family-centered nursing*, (Friedman, 2003)

Gambar model *family centered nursing* di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Perawat mengonseptualisasikan keluarga sebagai unit pelayanan, maka keluarga sebagai sistem merupakan fokusnya. Dalam praktiknya kebanyakan perawat keluarga bekerja bersama dengan keluarga dan anggota keluarga secara individu. Ini berarti bahwa perawat keluarga akan menggunakan proses keperawatan dalam pengkajian baik terhadap keluarga maupun anggota keluarga, yaitu:

- a. Pengkajian terhadap keluarga yang meliputi; mengidentifikasi data sosial budaya, data lingkungan, struktur dan fungsi, stres keluarga dan coping strategis.

b. Pengkajian anggota keluarga secara individu yang meliputi; mental, fisik, emosional, sosial dan spiritual.

2. Diagnosis keperawatan

Pengkajian terhadap keluarga mencapai puncaknya dengan mengidentifikasi masalah-masalah keluarga dan individu. Banyak sekali masalah keluarga dan individu yang berada dalam ruang lingkup praktik dari perawat, yang dinamakan diagnosa keperawatan keluarga. Diagnosa keperawatan keluarga di dalamnya termasuk juga masalah-masalah kesehatan yang aktual dan potensial yang mana karena pendidikan dan pengalaman, para perawat mampu dan diijinkan untuk menanganinya.

3. Rencana keperawatan

Pertama-tama perencanaan meliputi perumusan tujuan yang berorientasi pada klien. Penyusunan bersama tujuan tersebut terdiri atas kemungkinan sumber-sumber, menggambarkan pendekatan-pendekatan alternatif untuk memenuhi tujuan, menyeleksi intervensi keperawatan yang spesifik, memobilisasi sumber-sumber (termasuk penggerahan kemampuan perawatan diri) dan mengoperasionalisasikan perencanaan (menyusun prioritas dan menulis bagaimana perencanaan tersebut dilaksanakan dalam fase-fase).

Penyusunan tujuan bersama dengan keluarga menjadi penentu perencanaan yang efektif. Salah satu premis utama keperawatan keluarga adalah bahwa klien mempunyai tanggung jawab akhir dalam mengatur hidup mereka sendiri (salah satu prinsip dari penentuan nasib sendiri) dan bahwa kita juga menghormati keyakinan mereka (Friedman, Marilyn M.; Bowden, Vicky R.; Jones 2003).

Setelah penyusunan tujuan-tujuan, profesional perawatan kesehatan dan keluarga perlu menciptakan cara-cara alternatif untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Sebagaimana digambarkan bahwa sumber-sumber yang dapat dipakai untuk menangani kebutuhan perlu diidentifikasi. Sumber-sumber semacam itu meliputi pemakaian kekuatan yang paling dalam, termasuk sumber perawatan diri dari mereka, sistem pendukung dari mereka, dan sumber bantuan fisik dan komunitas.

Pengurutan prioritas yang dibuat oleh keluarga merupakan yang paling penting dalam penyusunan prioritas secara bersama. Perawat menetapkan intervensi terencana dengan urutan prioritas rendah, menengah, utama, dengan yang termasuk prioritas utama perlu dilaksanakan segera atau secepatnya. Faktor-faktor realita seperti kebijakan lembaga, kesulitan uang dan waktu, ketersediaan tenaga dan sumber-sumber lain yang mempengaruhi prioritas. Keselamatan klien dan situasi-situasi yang mengancam keselamatan klien

merupakan dua faktor penting yang perlu dipertimbangkan dalam menetapkan prioritas, yaitu (1) perasaan peka klien terhadap urgensi (ini penting dalam membangun hubungan), dan (2) tindakan-tindakan yang akan membawa atau memiliki efek terapeutik terhadap tindakan yang akan datang.

4. Intervensi; implementasi rencana

Tahap intervensi ini diawali dengan penyelesaian perencanaan perawatan. Implementasi dapat dilakukan oleh banyak orang; klien (keluarga dan individu), perawat dan anggota tim perawatan kesehatan yang lain, keluarga luas dan orang-orang lain dalam jaringan kerja sosial keluarga. Mengikuti pengkajian terhadap keluarga dan diskusi bersama terhadap masalah-masalah keluarga, perawat keluarga dan keluarga perlu memutuskan apakah intervensi keluarga diusulkan. Kriteria untuk membuat keputusan termasuk keinginan dan motivasi keluarga dalam menerima bantuan dan mencoba memecahkan masalah-masalahnya dan tingkat berfungsinya keluarga, tingkat keterampilan keluarga itu sendiri serta sumber-sumber yang tersedia. Selama pelaksanaan intervensi perawatan, data-data baru secara terus menerus mengalir masuk, karena informasi ini (respons-respons dari klien, perubahan-perubahan situasi) dikumpulkan, perawat perlu cukup fleksibel dan dapat beradaptasi untuk mengkaji ulang situasi dengan keluarga dan membuat modifikasi-modifikasi tanpa rencana sebelumnya.

5. Evaluasi keperawatan

Komponen kelima dari proses keperawatan adalah evaluasi. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Keefektifan ditentukan dengan melihat respons keluarga dan hasil (bagaimana keluarga memberikan respons), bukan intervensi-intervensi yang diimplementasikan. Evaluasi merupakan suatu upaya bersama antara perawat dan keluarga.

I. Penutup

Tingkat kesehatan individu berkaitan dengan tingkat kesehatan keluarga begitu juga sebaliknya tingkat kesehatan keluarga dapat mempengaruhi derajat kesehatannya. Untuk itu, jika terdapat disfungsi pada keluarga maka akan berdampak pada satu atau lebih anggota keluarga bahkan keseluruhan keluarga sehingga diperlukan keperawatan keluarga yang merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam proses asuhan keperawatan.

Referensi

- Asiva Noor Rachmayani. 2015. "Keperawatan Keluarga Dan Komunitas."
- Friedman, Marilyn M.; Bowden, Vicky R.; Jones, Ealine G. 2003. *Family Nursing: Research, Theory, And Practice. 5th Edition.* 5th ed. New Jersy: Prentice Hall.
- Friedman, M.M, V.R Bowden, and E.G. Jones. 2003. *Family Nursing: Research, Theory, & Practice.* 5th Editio. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Isnaini, Al Frihatin et al. 2020. "Hubungan Fungsi Keluarga Dengan Status Gizi Balita Pada Keluarga Tiri Di Kecamatan Panti Kabupaten Jember." *Jurnal Ilmu Keperawatan Komunitas* 3(1): 1–10.
- Kusumaningrum, Umi Azizah. 2023. "Resiliensi Keluarga: Studi Komparasi Di Kampung Tangguh Covid-19." *Indonesian Journal for Health Sciences* 7(1): 9–13.
- Kusumaningrum, Umi Azizah, Binarti Dwi Wahyuni, and Nasrudin Nasrudin. 2022. "Revitalisasi Kampung Tangguh COVID-19 Sebagai Upaya Penguatkan Resiliensi Keluarga." *Sasambo: Jurnal Abdimas (Journal of Community Service)* 4(1): 110–17.
- Lazarus, R. S., and S. Folkman. 1984. "Coping and Adaptation." In *The Handbook of Behavioral Medicine* . , 282–325.
- McCubbin H.I, Sussman M.B, and Patterson J.M. 2013. *Social Stress and the Family: Advances and Developments in Family Stress Theory and Research.* New York: Routledge.
- Nadirawati. 2018. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga.* Refika Aditama. http://slims.akperrsustira.ac.id//index.php?p=show_detail&id=1516.
- Nasrudin , Ah Yusuf, Cholichulhadi, Rachmat Hargono, and Tjipto Suwandi. 2018. "The Effect of Individual , Family and Environmental Factors on Family Stigma with Leprosy." *Advances in Social Science, Education and Humanities Research (ASSEHR)* 98(Icpsuas 2017): 153–57.
- Park, Sihyun, and Kyung Sook Park. 2014. "Family Stigma : A Concept Analysis." *Asian Nursing Research* 8(3): 165–71.
- Salamung, Niswa. 2021. Frontier Nursing Service quarterly bulletin *KEPERAWATAN KELUARGA (FAMILY NURSING)*.
- Stanhope, M, and J Lancaster. 1996. *Community Health Nursing: Promoting Health of Aggregates, Families, and Individuals.*
- Walsh, Froma. 2006. "Strengthening Family Resilience (2nd Ed.)." *Strengthening family resilience (2nd ed.)*.
- . 2010. "Spiritual Diversity: Multifaith Perspectives in Family Therapy." *Family Process* 49(3): 330–48.

- _____. 2013. "Community-Based Practice Applications of a Family Resilience Framework." In *Handbook of Family Resilience*, ed. Dorothy S. Becvar. New York: Springer Science Business Media, 65–82.
- _____. 2016. "Strengthening Family Resilience (3rd Ed.)." *Strengthening family resilience (3rd ed.)*.

Glosarium

F

FCN: adalah *Family Centered Nursing*

R

Resiliensi: adalah kemampuan untuk beradaptasi dan bertahan dalam situasi sulit atau menantang

S

Stroke: adalah kondisi serius yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terganggu atau berkurang

BAB 4

Efektifitas Range of Motion (ROM) dan Deep Breathing Exercise pada pasien Stroke

Netti

A. Pendahuluan

Sistem saraf mempunyai sifat yang unik dalam hal proses berpikir dan pengaturan yang sangat kompleks yang dapat dilakukan. Setiap menit menerima banyak informasi baik dari saraf sensorik maupun motorik dan mengintegrasikan sesuai dengan respon tumbuh dan mengatur berbagai aktifitas tubuh melalui pengaturan kontraksi otot rangka, kontraksi otot polos organ dalam dan sekresi dari kelenjar eksokrin dan endokrin. Aktivitas sistem saraf diawali oleh pengamalan sensorik yang merangsang reseptor sensorik. Seluruh aktifitas ini merupakan fungsi motorik sistem saraf (Hall, 2014). Hanya sebagian kecil informasi sensorik yang menimbulkan respon motorik. Sebagian besar disimpan dalam korteks serebral yang kita sebut memori. Terjadinya stroke (brain Attack) yang hilangnya fungsi otak secara tiba-tiba disertai dengan deficit neurologi (White, 2013).

Center For Disease Control Amerika Serikat menjelaskan bahwa dalam setiap 4 menit terjadi kematian akibat stroke (Carissa, 2021). Stroke merupakan penyumbang kematian kedua dan penyebab kecacatan paling tinggi serta pembiayaan kesehatan yang paling mahal di Indonesia. Menurut organisasi Kesehatan Dunia, 13,7 juta kasus stroke dan sekitar 5,5 juta kematian akibat stroke. Sementara 70% kejadian stroke dan 87% kematian dan kecacatan akibat stroke terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah (Kemenkes RI, 2022). Pasien harus segera mendapatkan terapi secara komprehensif dalam waktu 3 jam awal setelah serangan awal (Golden Period) agar dapat pengobatan yang optimal dan meminimalkan gejala sisa (Morjon, 2022). Dampak stroke juga dipengaruhi seberapa besar tingkat keparahan stroke tersebut, sehingga stroke dapat menyebabkan kematian (Larasati, 2021)

Penurunan kekuatan otot merupakan gejala umum yang sering terjadi pada penderita stroke akibat kerusakan pada sistem saraf yang mengatur fungsi motorik atau gerakan tubuh. Bagian otak yang mengatur tidak dapat mengirim sinyal ke bagian otot untuk berkontraksi seperti biasa. Kelemahan otot dapat mempengaruhi

kemampuan seseorang untuk bergerak dan melakukan aktifitas sehari-hari. Kehidupan pasien stroke selanjutnya banyak bergantung kepada keluarga. Ada keluarga tetap memberikan kasih sayang terhadap pasien seperti semula dan banyak juga keluarga menganggap pasien stroke adalah menambah beban sehingga tidak sedikit pula kejadian dimana pasien stroke di titipkan di panti jompo.

B. Apa itu Stroke

Stroke merupakan penyakit disfungsi pada system saraf akibat gangguan peredaran darah ke otak disebut juga Cerebrovascular Accident (CVA)/ Cerebrovascular Disease yang kejadiannya secara mendadak (Hariyanti, 2020). Stroke merupakan suatu keadaan dimana sel-sel otak mengalami kerusakan akibat suplai oksigen yang rendah akibat gangguan aliran darah ke otak. Merupakan gangguan otak yang paling destruktif yang berdampak secara fisik dan psikologis, terjadinya deficit neurologis pada sensasi, gerakan, pikiran, ingatan dan ucapan sehingga stroke dapat memberikan kecacatan bersifat sementara atau permanen dan kelabilan mental (White, 2013)

Stroke dapat dibedakan menjadi 2 jenis:

1. Stroke non Hemoragik (SNH/Iskemik/Infark).

Merupakan stroke akibat otak tidak mendapatkan aliran darah yang mengandung oksigen secara adekuat, sehingga dapat terjadi iskemik atau kematian jaringan otak. Stroke non Hemoragik dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu:

- a. Stroke Trombolitik, merupakan stroke yang disebabkan oleh okulasi darah karena sumbatan seperti aterosklerosis berat, biasanya pada mereka dengan kadar kolesterol tinggi dan hipertensi.
- b. Stroke Embolitik, stroke yang disebabkan gumpalan trombosit/fibrin pada pembuluh darah kecil sehingga mengalami bekuat dan sumbatan aliran darah ke otak.

2. Stroke Hemoragik

Merupakan stroke karena pecahnya pembuluh darah. Menurut International Classification of Diseases (ICD), berdasarkan dari penyebab stroke Hemoragik dibagi 2, yaitu:

- a. Perdarahan Intra Serebral (PIS), Stroke yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di parenkim otak akibat tekanan darah yang tinggi.
- b. Perdarahan Sub Arachnoidal (PSA), Stroke terjadi akibat terjadinya perdarahan atau aneurisma di ruangan sub arachnoid di intracranial

Penyebab stroke yang sering terjadi akibat sumbatan secara tiba-tiba akibat pengumpalan, perdarahan atau penyempitan pada pembuluh darah arteri yang mengalir ke otak. Bianca & Gerard (2022) menjelaskan bahwa otak membutuhkan 20% suplai darah yang mengalir dalam tubuh dan otak adalah organ yang paling banyak membutuhkan energi dari seluruh organ tubuh manusia. Banyak faktor yang dianggap berkontribusi sebagai epidemic stroke saat ini, seperti obesitas, hipertensi, diabetes mellitus, stress, merokok dan kebiasaan hidup yang tidak sehat. Selain itu dengan bertambahnya usia dapat menyebabkan ketidak elastisitas pembuluh darah dan jenis kelamin laki-laki beresiko tinggi untuk terjadi stroke karena merokok (Siprianus,2022).

Stroke memiliki bervariasi manifestasi akibat permasalahan anatomi di otak yang komplit dan dampak terjadinya perdarahan. Gejala neurologis muncul setelah neurone kekurangan glikogen yang mengakibatkan kegagalan energy yang bergerak cepat.

Gejala yang muncul bermacam-macam sesuai dengan bagian pembuluh darah, Tranggono (2024) menjelaskan yaitu:

1. Gangguan pada pembuluh darah karotis, menjadi 3 cabang:
 - a. Sumbatan aliran darah menuju otak bagian tengah (arteri serebri media)
 - 1) Gangguan rasa atau sensasi pada sebagian wajah, lengan kanan atau kiri
 - 2) Ekstremitas tidak bias digerakkan atau kaku (Hemiparesis)
 - 3) Gangguan bicara (Afasia)
 - 4) Penglihatan kabur atau hemianopsia
 - 5) Mata selalu melihat kesalah satu sisi (Deviation conjugate)
 - 6) Penurunan kesadaran
 - 7) Daya ingat menurun (prosopagnosia)
 - 8) Bicara pelo, mulut mencong (Disartri)
 - 9) Sepatu badan terasa mati
 - b. Sumbatan aliran darah menuju otak bagian depan (arteri serebri anterior)
 - 1) Kelumpuhan salah satu tungkai dan sensasi perabaan hilang
 - 2) Tidak dapat menahan air kencing atau tidak sadar sudah kencing
 - 3) Pingsan secara mendadak
 - 4) Sulit mengungkapkan perasaan
 - c. Sumbatan aliran darah menuju otak bagian belakang (arteri serebri posterior)
 - 1) Sulit memahami yang dilihat
 - 2) Tidak dapat mengenal warna
 - 3) Kebutaan pada mata atau lapang pandang menyempit
 - 4) Nyeri spontan

2. Gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris:
 - a. Gangguan gerakan bola mata
 - b. Kedua kaki melemah (hipotoni) dan tidak dapat berdiri (paraparesis inferior)
 - c. Serangan vertigo
 - d. Nistagmus (bola mata bergerak berulang dengan cepat)
 - e. Nausea, muntah dan gangguan menelan
 - f. Bicara sulit dimengerti (Disartri)
 - g. Kehilangan pendengaran mendadak

Deteksi dini stroke dapat dilakukan dengan metode FAST, yaitu:

1. F (Face/wajah), dimana kita minta pasien untuk tersenyum, disini wajah pasien akan terlihat apakah ada wajah yang tertinggal, kesimetrisan wajah atau mata.
2. A (Arms/tangan), apabila pasien tidak dapat untuk mengangkat dan atau menekuk tangan
3. S (Speech/ perkataan, apabila pasien kesulitan berbicara atau mengulang satu kalimat
4. T (time/waktu, apabila terdapat gejala pada Face, Arms dan Speech, maka segera di bawa ke fasilitas kesehatan

C. Kenali Faktor Risiko Stroke

Kenali faktor resiko dari strok? Ya, anda harus mengenal apa saja faktor resiko dari stroke, yaitu faktor kesehatan, gaya hidup dan usia dan genetik. Ada beberapa penyakit yang berisiko untuk terjadinya stroke, yaitu hipertensi, obesitas, Diabetes dan penyakit jantung. Yang termasuk faktor risiko dari gaya hidup adalah merokok, kurang aktifitas, alkoholik dan mengkonsumsi obat-obatan berbahaya tanpa dibawah pengawasan medis. Gejala stroke bervariasi dari setiap individu, namun stroke terjadi secara mendadak. Tapi biasanya stroke sering didahulu dengan gejala mual dan muntah, sakit kepala hebat yang datang secara tiba-tiba, penurunan kesadaran, gangguan keseimbangan dan tiba-tiba hilang penglihatan atau penglihatan ganda. Kita tidak dapat mengontrol usia atau riwayat keluarga, namun harus mampu mengambil langkah-langkah menurunkan risiko terkena stroke.

1. Tekanan darah tinggi, biasanya terjadi stroke pada tekanan darah sudah terlalu tinggi karena tekanan darah ini berubah mulai menjadi tinggi sering tidak menunjukkan gejala yang signifikan.
2. Mempunyai riwayat stroke sebelumnya, seperti Transient ischemic Attack (TIA) akan berpeluang untuk terjadi stroke karena sel yang mengalami lesi akibat stroke sebelumnya sering menjadi infark.

3. Kolesterol tinggi, biasanya hati memproduksi kolesterol sesuai dengan kebutuhan tubuh, tetapi apabila individu mengkonsumsi makanan yang mengandung kolesterol tinggi menyebabkan menumpuk diarteri (aterosklerosis) yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah, sirkulasi oksigen dan nutrisi berkurang ke sel menyebabkan sel otak iskemik.
4. Diabetes menyebabkan viskositas darah meningkat, menimbulkan plak di arteri dan pembuluh darah kapiler dan menyumbat sirkulasi di otak
5. Obesitas sering terjadi trigliserida yang tinggi dari pada lemak kecepatan tinggi (HDL) sehingga menimbulkan plak, menyebabkan pembuluh darah menyempit
6. Penyakit jantung, detak jantung yang tidak teratur menyebabkan pembesaran ruangan jantung sehingga akan terbentuk gumpalan darah masuk ke sirkulasi otak dan terjadi penyumbatan

D. Kerusakan Neurologi dan Psikologis pada pasien stroke

Stroke dapat mengganggu pergerakan ekstremitas, menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan sehingga menyebabkan pasien sangat ketergantungan pada orang lain dan tidak berdaya akibat terjadinya kerusakan neurologis, dimana kelainan fungsional tubuh akibat penurunan fungsi otak, Medulla Spinalis, saraf perifer dan otak.

Defisit sensorik meliputi penglihatan berupa penglihatan ganda, penurunan ketajaman penglihatan, hemianopia homomin, yaitu hilangnya penglihatan pada separuh lapang pandang pada sisi kedua mata yang sama. Kemungkinan defisit sensorik lainnya akan maksimal terjadi dalam 3 hingga hari setelah CVA. Defisit neurologis mulai membaik dalam waktu 2 hari seiringan dengan penurunan edema cerebral. Perkembangan bertahap dalam kembalinya berbagai fungsi dari proksimal ke distal, dan kondisi ini terjadi selama 1 hingga 2 tahun (Lewis, 2017)

Kerusakan Neurologis terjadi dibagi 2 yaitu: Biologis terjadi seperti:

1. Kerusakan Biologis
 - a. Derajat kerusakan neurologi: 0, dimana tidak ada gangguan fungsi
 - b. Derajat kerusakan neurologi: 1 (neuropraxia), dimana adanya kerusakan pada serabut myelin, tetapi tidak terjadi degenerasi Wallerian. Biasanya dapat kembali normal.
 - c. Derajat kerusakan neurologi 2 (ringan) disebut juga axonotmesis, dimana terjadi diskontinu myelin dan akson, tetapi tidak sampai ke jaringan encapsulating, epineurium dan perineurium. Perbaikan dapat terjadi tetapi lambat

- d. Derajat kerusakan neurologis 3 (sedang): dimana kerusakan pada myelin, akson dan endoneurium. Penyembuhan akan terjadi hanya sebagian dan lambat
- e. Derajat kerusakan neurologis 4 (sedang-berat), dimana terjadi kerusakan pada myelin, akson, endoneurium dan perineurium. Apabila sudah terbentuk skar pada jaringan saraf maka sulit terjadi penyembuhan
- f. Derajat kerusakan neurologis 5(berat) dimana terjadi pemisahan saraf, seperti terpotong

2. Kerusakan Psikologis:

- a. Derajat kerusakan 0, dimana tidak ada perubahan
- b. Derajat kerusakan neurologi 1, penyembuhan akan terjadi tanpa ada masalah motorik dan sensorik
- c. Derajat kerusakan neurologi 2, dimana pasien mengalami penurunan kemampuan melakukan beberapa aktifitas tetapi pasien tetap melakukan secara mandiri
- d. Derajat kerusakan neurologi 3 yaitu pasien memerlukan bantuan minimal dari orang lain
- e. Derajat kerusakan neurologi 4 yaitu pasien memerlukan bantuan dari orang lain untuk aktifitas sehari-hari seperti mandi, ke toilet, memakai baju, dan lain-lain
- f. Derajat kerusakan neurologi 5 yaitu pasien terbaring di tempat tidur dan memerlukan bantuan dari orang lain (total care) dan sering terjadi incontinensia

Pada pasien stroke diantaranya tidak mampu nya pasien mengangkat ektremitas nya dengan mandiri atau mengangkat dengan bantuan ektremitas lainnya. Gejala ini dapat terjadi secara mendadak dan fokal sehingga keadaan pasien yang telah melewati fase kritis harus segera mendapatkan rangsangan saraf sensorik dan motorik nya agar serabut otot yang terimbas akibat kerusakan saraf tidak mengalami fase diam dan kondisi ini bisa menyebabkan serabut ototnya mengecil atau atrofi (Desnayati, 2021).

Manifestasi klinik yang sering terjadi Kerusakan biologis atau defrisit neurologis yang umum terjadi adalah defisit motorik hemiplegi (kelumpuhan salah satu sisi tubuh pada sisi yang berlawanan dengan lesi otak), hemiparesis (kelemahan salah satu sisi tubuh), disartria (ketidakstabilan bicara akibat disfungsi otot. Kemudian juga akan terjadi Labilitas emosional (hilangnya kendali emosi), ketidakmampuan mengendalikan perilaku dan memproses berbagai informatika. Serangan Stroke dapat memengaruhi otak yang mengendalikan perilaku dan emosi,

sehingga akan banyak ditemui perubahan kondisi psikologis, seperti mudah tersinggung, mudah lupa, kurang perhatian (fokus) atau kebingungan. Selain itu adanya perasaan takut, frustasi, marah, sedih, cemas dan depresi. Dalam membantu pasien stroke untuk pemulihan kekuatan otot nya harus menjadi perhatian juga agar rehabilitasi otot dapat dilakukan dengan baik, pasien tidak merasa lebih tertekan atau depresi (Lewis, 2014).

Adanya keterbukaan dan kepercayaan pasien dan keluarga sangat membantu dalam latihan ROM karena pasien akan rileks dan bersemanagt. Penguat utama dalam membantu pasien latihan peningkatan kekuatan otot dengan ROM apabila perawat tahu tentang kondisi psikologis pasien dan mempunyai strategi dalam menciptakan suasana yang kondusif sehingga latihan ROM dapat dilaksanakan dengan baik (Fransiska, 2017).

Pasien pasca stroke sering mengalami depresi akibat kelemahan yang terjadi karena ketidaktahuan pasien pentingnya mendapatkan pengobatan dalam waktu maksimal 3 jam untuk mengurang gejala sisa yang akan terjadi. Keadaan seperti ini sering disesal setelah pasien pulang kerumah dengan kondisi pasien masih kelemahan pada sebelah tubuh anggota geraknya. Ketidakberdayaan pasien menyebabkan pasien merasa tidak berguna dan menurunkan produktifitas. Kualitas hidup pasien pasca stroke sering dikemukakan dampak dari stroke, padahal hal tersebut terjadi akibat terlambatnya mendapatkan pengobatan, perawatan dan rehabilitasi.

Manajemen medis pada pasien dengan CVA diarahkan pada pemeliharaan saluran nafas dan terapi suportif selama 24 hingga 48 jam pertama. Diagnosis dini serta mengetahui penyebab dan jenis stroke sangat diperlukan untuk menentukan pengobatan yang tepat. Catat waktu terjadinya gejala serangan awal stroke, karena agen trombolitik sangat efektif diberikan pada 3 jam pertama gejala stroke trombolitik sehingga kecacatan jangka panjang dapat dikurangi (Lewis, 2017).

E. Kekuatan Otot, ROM dan Stroke

Range of Motion (ROM) merupakan latihan yang digunakan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kemampuan untukmengerakkan persendian secara normal, meningkatkan massa otot dan tonus otot. Latihan ROM dapat dengan cara menggerakan persendian seoptimal nya dan seluas mungkin rentang sendi sesuai dengan kemampuan seseorang dan tidak menimbulkan ketidaknyamanan pada sendi yang di gerakkan. Dengan adanya pergerakkan sendi mengakibatkan meningkatkan sirkulasi perdarahan ke dalam kapsula sendi

sehingga sendi akan makin kokoh dan pasien mampu beraktifitas kembali dengan kapasitas yang sesuai dengan derajat perbaikan.

Kekuatan otot adalah kemampuan serabut otot atau jaringan otot untuk berkontraksi dan menghasilkan tenaga maksimal saat menahan beban. Pada pasien stroke dapat merusak bagian otak yang mengontrol sinyal saraf ke otot sehingga menyebabkan otot menjadi kaku, nyeri atau melemah.

Penurunan kekuatan otot adalah gejala umum yang sering terjadi pada pasien stroke, penurunan kekuatan otot bisa terjadi pada satu sisi atau kedua sisi tergantung pada área otak yang terdampak dari stroke. Penurunan kekuatan otot setelah stroke terjadi karena kerusakan pada sistema saraf yang mengatur fungsi motorik atau gerakan tubuh. Bagian otak yang terkena dampak dari stroke mungkin tidak lagi dapat mengirimkan sinyal saraf ke otot untuk berkontraksi dan bergerak seperti biasa. Kelemahan otot dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan, mengambil atau memegang benda bahkan kemampuan bicara juga terganggu. Kelemahan otot menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan tubuh dan meningkatkan risiko jatuh.

Kecenderungan kekuatan otot pada stroke baik non hemoragik maupun hemoragik akan menimbulkan masalah hambatan movilitas fisik karena adanya dysfungsi saraf, nyeri kepala akibat adanya gangguan sirkulasi sel sehingga metabolisme sel lebih banyak anaerob dan disertai terjadi penurunan kesadaran, bahkan sampai terjadi kematian. Kelumpuhan pada tungkai baik atas maupun bawah, sebelah sisi tubuh atau keduanya secara mendadak menimbulkan syok yang luar biasa, pasien merasa kehilangan seluruh hidupnya. Gangguan keseimbangan berupa vértigo dan sempoyongan, rasa baal pada wajah, kehilangan sebagian atau seluruh kemampuan bicara (afasia), gangguan daya ingat atau perubahan emocional dan prilaku.

Ada yang harus diperhatikan tentang faktor-faktor mempengaruhi kekuatan otot, yaitu koordinasi intermuskuler dimana otot-otot yang bekerja menghasilkan kekuatan maksimal, tetapi pada pasien stroke hal ini sering tidak terjadi. Adanya koordinasi intramuscular, dimana serabut otot yang bekerja sesuai dengan fungsinya dalam melaksanakan aktifitas, untuk meningkatkan kembali kekuatan otot tersebut, pada saat latihan diberikan beban yang dapat meningkatkan kembali kemampuan otot secara proporsional. Jangan lupa pada sendi dimana sendi sangat berperan dalam bergerak dan perpindahan.

F. Deep Breathing Exercise, ROM dan Stroke

Otak merupakan organ penting dalam tubuh yang membutuhkan suplai darah yang memadai untuk nutrisi dan pembuangan sisa-sisa metabolisme. Otak juga membutuhkan oksigen yang banyak, 18% dari total oksigen tubuh. Pengaliran darah ke otak dilakukan oleh dua pembuluh darah arteri utama yaitu sepasang arteri karotis interna dan sepasang arteri vertebralis. Vaskularisasi susunan saraf pusat sangat berkaitan dengan tingkat kegiatan metabolisme pada bagian tertentu serta jumlah dendrit dan sinaps didaerah tersebut (Sidarta, 1995).

Aliran darah di otak tergantung kondisi pembuluh darah arteri, tersumbat oleh trombus dan emboli serta pecahnya pembuluh darah tersebut dapat mempengaruhi aliran darah dan suplai oksigen, maka petolongan dan perbaikan pada pasien stroke sebaiknya dilakukan pada waktu yang tepat sehingga dapat mengurangi resiko perburukan seperti iskemik/infark, udema cerebral dan penurunan kesadaran sehingga dapat terjadi kecacatan permanen yang sangat berdampak terhadap kualitas hidup pasien pasca stroke. Sementara itu pasien stroke berkemungkinan akan mengalami penurunan kognitif pada tingkat tertentu. Mempertahankan oksigen sel yang adekuat akan membantu fase perbaikan dan rehabilitasi sehingga sel-sel penumbra yang berada disekitar lesi akan mendapat dan mempertahankan fungsi sel-sel otak tersebut (Hall, 2014). Otak manusia membutuhkan oksigen 20% dari oksigen keseluruhan untuk tubuh, sehingga diawal serangan stroke pasien harus diberikan terapi oksigen agar suplai oksigen ke jaringan otak tetap terpenuhi (Potter & Perry, 2013)

Deep Breathing exercise (DBE) merupakan latihan pernafasan dengan teknik bernafas secara perlahan dan dalam, menggunakan otot diafragma sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengambang. Output dari DBE dapat kita ukur dengan jumlah saturasi oksigen pada pasien tersebut dengan menggunakan alat Oksimetri. Melakukan DBE pada pasien stroke tentu dengan tingkat kesadaran yang penuh agar dapat mengikuti perintah dengan baik.

Dilakukan latihan ROM akan lebih efektif dengan di berikan latihan teknik nafas dalam (Deep Breathing Exercise). Kecukupan oksigen pada sel-sel otak yang mengalami gangguan perfusi cerebral perlu diperhatikan, karena sel melakukan metabolisme membutuhkan oksigen sehingga perbaikan sel otak akan lebih baik dan fungsi sel dapat ditopang dan dipertahankan dari sel yang normal disekitar sel yang rusak tersebut (Larasati, dkk, 2019).

Mengukur keberhasilan DBE dapat dinilai dengan jumlah saturasi oksigen dengan menggunakan Oksimetri. Saturasi oksigen merupakan gambaran kecukupan oksigen dalam tubuh untuk menentukan ketepatan sebuah terapi.

Memperbaiki status hemodinamik pada pasien stroke dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke cerebral dan memaksimalkan fungsi jaringan cerebral (Sulistiyani, 2023)

Kelemahan otot penderita stroke akan mempengaruhi kontraksi otot. Kontraksi otot dikarenakan berkurangnya suplai darah ke otak sehingga menghambat saraf otak dan medulla spinalis. Ketepatan penatalaksanaan medis untuk menghilangkan trombus atau emboli sangat diutamakan agar latihan ROM yang akan diberikan sangat efektif. Masalah lain yang ikut berkontribusi untuk menghambat terlaksananya latihan ROM. Salah satunya gangguan tingkat mobilisasi fisik pasien sering disebabkan kurangnya pergerakan seperti adanya tirah baring lama. Sementara aktifitas otot dan sendi hanya dilakukan saat pasien dikaukan control berobat ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan dengan fisioterapi dengan kondisi otot sudah mulai atrofi (Agustina, 2021).

Memberikan latihan ROM secara dini dapat meningkatkan kekuatan otot karena menstimulus motorik sel-sel saraf masih diprediksi masih adanya perbaikan. Semakin sering diberikan latihan pada motorik tersebut maka akan lebih banyak sel motorik yang terlibat sehingga akan menambah kekuatan otot tersebut. Pasien stroke harus mendapatkan pertolongan dalam waktu maksimal 3 jam setelah pasca terjadinya stroke dimana pemberian obat trombolitik efektif sehingga kerusakan sel tidak banyak dan dapat diperbaiki sehingga kecacatan permanen tidak terjadi (Lewis, 2017).

Latihan ROM yang dilaksanakan adalah ROM pasien, artinya pelaksanaan ROM dibantu oleh perawat atau tenaga kesehatan lain seperti fisioterapist atau keluarga yang sudah di berikan latihan oleh perawat tetapi pelaksanaan ROM tetap dibawah pengawasan perawat atau tenaga medis. Latihan ROM dilakukan dengan tujuan mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot, memelihara mobilitas sendi serta merangsang sirkulasi darah dan mencegah terjadinya kekakuan sendi. (Susanti, dkk, 2017)

Otot yang mengalami hemiparese perlu dilakukan rangsangan agar kekuatan otot meningkat dan mampu berkontraksi. Satu unit motor dinervasi oleh satu neuron sehingga besar kemungkinan sel penumbra yang ada disekitar sel yang rusak dapat menopang fungsi sel yang rusak sehingga berkemungkinan sel tersebut akan mengalami perbaikan, ROM dapat menimbulkan rangsangan sehingga mampu memperbaiki sirkulasi, kimiawi neurovaskuler dan muskloskeletal (Lewis, 2014).

Pada fase rehabilitasi pasien pasca stroke yang mendapatkan latihan ROM pasif dan aktif lebih awal akan mengalami sedikit gejala sisa dampak dari stroke tersebut (Pinzon, dkk (2010). Latihan ROM dilakukan secara bertahap dan sesuai dengan kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan frekwensi 2x sehari pagi

dan sore selama 10-15 menit selama 6 hari berturut-turut sangat berpengaruh terhadap kekuatan otot pasien stroke (Rina, 2014). Budi, dkk (2019) dalam penelitiannya menunjukkan hasil yang signifikan dimana latihan (ROM) menggenggam Bola terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pasien stroke Iskemik. Netti, dkk, 2023 dalam penelitiannya ada peningkatan yang signifikan pada kekuatan otot dengan mengkombinasikan Deep Breathing Exercise (DBE) dengan Range of Motion (ROM).

G. Penutup

Stroke merupakan suatu kejadian mendadak akibat disfungsi sel otak, stroke sering meninggalkan gejala sisa yang membuat pasien mengalami hambatan dalam mobilisasi, hambatan melakukan kebutuhan sehari-hari, gangguan menyampaikan apa yang dirasakan karena kelumpuhan saraf dan otot bicara dan juga dapat merubah perilaku dari penderita stroke menjadi pemarah, tiba-tiba menangis tanpa sebab, diam dan menarik diri dari lingkungan social. Kecepatan waktu pasien stroke mendapatkan pertolongan akan memberikan ($\leq 3,5$ jam) memberikan prognosis lebih baik dan meninggalkan gejala sisa yang sedikit. Mendapatkan pengobatan untuk menghancurkan thrombus atau emboli dan melanjutkan latihan untuk sel-sel otot dan jaringan otot secara kontinu dapat meningkatkan kekuatan otot sehingga pasien dapat melanjutkan produktifitas dan kehidupannya. Deep Breathing exercise (DBE) dan Range of Motion (ROM) dapat diajarkan kepada keluarga agar latihan otot dapat dilanjutkan dirumah beberapa kali sebelum waktu kontrol ulang pasien ke pelayanan kesehatan, sehingga pasien akan cepat mengalami peningkatan kekuatan otot. Tanpa di sadari, latihan tersebut juga memberikan efek positif dimana akan sering terjadi interaksi anggota keluarga dengan pasien dan keadaan ini juga dapat membantu pasien dalam pemulihian memori, menghilangkan rasa tidak berguna dan depresi. Kenali pasien terserang stroke, jangan biarkan pasien tidak mendapatkan pengobatan walaupun pasien masih dalam keadaan sadar, karena tanpa disadari kerusakan di otak tetap meluas dan progressive salah satunya edeme serebral sehingga sering pasien dibawa ke rumah sakit setelah terjadi penurunan kesadaran dan diam

Referensi

- Agustina Retna, dkk, 2021. Efektifitas Latihan Range of Motion Cylindrilcal Grip terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas atas pada pasien Stroke non Hemoragik di Ruangan Saraf RSUD Jend. Ahmad Yani Metro, Jurnal Cedika Muda, Vol 1 No 4 Desember 2021
- Budi H, Netti, Suryarinilsih Y. 2017. Upaya Peningkatan Produktivitas Masyarakat Guna Meningkatkan Kekuatan Motorik Pasien Pasca Stroke dengan memberikan ROM Exercise dan Screening Kesehatan. Jurnal Menara Ilmu. <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menarailmu/article/view/386/331>
- Desnayati, BAgus, dll. 2021. Efektifitas ROM (Range of Motion) terhadap kekuatan otot pada pasien Stroke di Rumah Sakit Royal Prima Tahun 2021
- Budi H, Netti, Suryarinilsih Y, 2019. Pengaruh Latihan Range of Motion (ROM) Menggenggam Bola terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pasien Stroke Iskemik. Jurnal Sehat Mandiri <https://jurnal.poltekkespadang.ac.id/ojs/index.php/jsm/article/15145>
- Fransiska, A, et.al. 2018. Pengaruh LATihan Range of Motion terhadap Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Atas pada Pasien PAска Stroke di Makasar. Journal of Islamic Nursing, 3(1). 2018.97-106.e-1ISSN: 2528-2549.
- Sulistiyani, dkk. 2023. Deep Breathing Exercise Efektif Dalam meningkatkan Saturasi Oksigen Pada PasienCovid-19 di RS Hermina. Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik, Vol 6 no 1, April 2023
- Lewis, Bucher, et.al, 2027. Medical Surgical Nursing, 10th Edition, Mosby Elsevier Inc
- Netti, Suryarinilsih, 2023, Effectiveness of Range of Motion (ROM) and Deep Breathing Exercise (DBE) increasing Muscle Strength in Post-Stroke Patient. The Malaysian Journal of Nursing. <https://ejournal.lucp.net/index.php/mn/article/view/1668/2067>
- Netti, Suryarinilsih Y, Budi H. 2022. Pengalaman Keluarga dalam meningkatkan Kualitas hidup Pasien Pasca Stroke. Journal Kesehatan Vokasional. UGM. <http://jurnal.ugm.ac.id/jkesvo/article/view/72136/34735>
- Rina, dkk, 2017. Pengaruh Range of Motion Exercise Terhadap Kekuatan Otot pada Psien Stroke di Wilayah Puskesmas Sitopo Surabaya, Jurnal Ners Lentera, Vol.5 no.2 September 2017
- Susanti, Bistara, dkk., 2019. Pengaruh Range of Motion Terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke, Jurnal Kesehatan Vokasional Vol. 4 no. 2. Mei 2019. Akademi Keperawatan Adi Husada Surabaya
- White, Duncan, Baumle, 2013. Medical Surgical Nursing, an integrated Approach, third Edition, Delmar Cengage Learning, USA
- Yudo, Tranggano. 2024. Buku Ajar Stroke, CV. Eureka Media Aksara, Purbalingga

Glosarium

Stroke Hemoragik: Stroke berdarah

Stroke Ischemic

Latihan ROM (Range of Motion): latihan pada otot dan sendi dengan rentang tertentu

DBE: Deep Breathing Exercise: latihan nafas dalam

TIA: transient Ischemic Attact:

PIS: Perdarahan Intra Serebral

PSA: Perdarahan Sub Arachnoidal

Cerebrovascular Accident (CVA):

Afasia: tidak bisa bicara

Dysatria: bicara yang tidak jelas

Hemiparese: kelemahan sebelah atau satu sisi tubuh

Incontinensia: BAK/BAB keluar tidak tahu

BAB 5

Cougnitive Behaviour Therapy Menurunkan Depresi Paska Stroke

Faridah Aini

A. Pendahuluan

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan global yang menempati peringkat utama penyebab kematian dan disabilitas di seluruh dunia. Pasca-stroke, pasien sering mengalami berbagai dampak fisik, psikologis, dan sosial, salah satunya adalah depresi. Depresi pasca-stroke (*Post-Stroke Depression, PSD*) dilaporkan mempengaruhi sekitar 30-50% pasien stroke, yang dapat menghambat proses pemulihan fisik dan mental, menurunkan kualitas hidup, serta meningkatkan risiko kematian. Oleh karena itu, pendekatan yang komprehensif diperlukan untuk menangani dampak ini, salah satunya adalah *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)*.

CBT adalah pendekatan psikoterapi yang berbasis bukti untuk mengatasi gangguan emosional dan perilaku dengan mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mengubah pola pikir negatif atau disfungsi kognitif pasien. Dalam konteks pasien pasca-stroke, CBT bertujuan untuk membantu mereka mengelola emosi negatif, meningkatkan coping mechanism, serta mendukung proses adaptasi terhadap keterbatasan fisik yang terjadi. Melalui teknik-teknik seperti restrukturisasi kognitif, pemecahan masalah, dan pelatihan keterampilan perilaku, CBT dapat memberikan dampak signifikan dalam mengurangi depresi dan meningkatkan kualitas hidup pasien pasca-stroke.

B. Stroke dan Depresi Paska Stroke

Stroke adalah kondisi medis serius yang terjadi ketika pasokan darah ke bagian otak terputus atau berkurang secara tiba-tiba. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan otak permanen dan berbagai komplikasi, termasuk disabilitas fisik, gangguan bicara, dan bahkan kematian. Stroke merupakan masalah neurologis yang penting dan penyebab utama kematian dalam praktik klinis. Di antara mereka yang selamat, lebih dari separuhnya mengalami cacat fisik dan/atau komplikasi kejiwaan yang signifikan, yang paling umum adalah depresi pasca stroke (PSD). Pada tahun 2017, stroke merupakan penyebab utama ketiga dari tahun-tahun hidup yang

disesuaikan dengan kecacatan (DALY) di seluruh dunia (GBD DALYs and HALE Collaborators, 2017).

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi prevalensi stroke adalah; Usia: Risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia, Jenis kelamin: Pria cenderung mengalami stroke lebih awal dibandingkan Wanita, Ras dan etnis: Beberapa kelompok ras dan etnis memiliki risiko stroke yang lebih tinggi, Riwayat keluarga: Memiliki riwayat keluarga dengan stroke meningkatkan risiko, Faktor risiko lainnya termasuk hipertensi, diabetes, penyakit jantung, kolesterol tinggi, merokok, obesitas, dan gaya hidup yang tidak sehat.

Di Indonesia, prevalensi stroke juga cukup tinggi dan terus meningkat. Berdasarkan data Riskesdas, prevalensi stroke di Indonesia mengalami kenaikan dari 7 per 1000 penduduk pada tahun 2013, menjadi 10,9 per 1000 penduduk pada tahun 2018. Stroke tidak hanya berdampak pada individu yang mengalaminya, tetapi juga memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Beberapa dampak yang ditimbulkan oleh stroke antara lain: Beban ekonomi: Stroke dapat menyebabkan biaya pengobatan yang tinggi dan produktivitas yang menurun, Disabilitas: Stroke seringkali menyebabkan disabilitas jangka panjang yang membutuhkan perawatan khusus, dan Beban psikologis: Stroke dapat menyebabkan stres, depresi, dan gangguan psikologis lainnya pada pasien dan keluarga.

Depresi pasca-stroke (*Post-Stroke Depression*, PSD) merupakan salah satu komplikasi neuropsikiatri yang paling umum terjadi setelah stroke. Prevalensi PSD bervariasi, dengan perkiraan sekitar 30-50% pasien stroke mengalami gejala depresi pada berbagai tingkat keparahan. PSD paling sering terdeteksi dalam enam bulan pertama setelah stroke, tetapi dapat bertahan hingga bertahun-tahun jika tidak ditangani dengan tepat. Depresi pasca stroke merupakan komplikasi yang sering terjadi dan dapat sangat memengaruhi kualitas hidup pasien (Saprianto Amalia L.R, Aini Farida, Sukarno, 2021)

Studi menunjukkan bahwa PSD lebih sering terjadi pada pasien dengan: Stroke iskemik dibandingkan stroke hemoragik, Lesi yang mengenai area tertentu otak, seperti korteks prefrontal dan ganglia basal, dan Keterbatasan fungsi fisik yang berat akibat stroke, seperti hemiparesis atau afasia. Depresi pada stroke disebut sebagai *vascular depression*. Depresi pada pasien stroke dapat dipengaruhi oleh faktor ekonomi, beban keluarga, depresi keluarga, teritori iskemik, luas iskemik. Perawat atau dokter kadang kurang memperhatikan aspek psikologis pada fase akut dan paska akut. Lokasi infark yang berhubungan dengan depresi adalah lesi anterior kiri, lesi basal ganglia kiri, lesi dekat dengan lobus frontal.

Prevalensi depresi pasca-stroke (PSD) bervariasi, tergantung pada metode diagnostik yang digunakan, waktu evaluasi, dan karakteristik pasien. Berdasarkan studi dan meta-analisis, estimasi prevalensi PSD adalah sekitar 30% pasien stroke mengalami PSD pada berbagai tahap pasca-stroke. Angka ini berasal dari meta-analisis besar yang menggabungkan data dari berbagai studi menggunakan berbagai metode diagnostik, termasuk wawancara klinis dan skala penilaian depresi. Variasi Berdasarkan Waktu; Fase akut (1-3 bulan): Prevalensi cenderung lebih tinggi, dengan angka berkisar antara 20-65% tergantung pada tingkat keparahan stroke dan disabilitas fisik yang dialami pasien, Fase kronis (di atas 6 bulan): Prevalensi menurun menjadi sekitar 20-30%, meskipun beberapa pasien menunjukkan depresi yang persists (Liu L, Xu M, 2023). Hasil penelitian (Daga K.A.Y., Wahid A., dan Aini Farida (2020) mengatakan bahwa kejadian hipertensi pada lansia sebanyak 23% dan sebagian besar penyebabnya adalah karena pasca stroke.

Pada literatur review ditemukan bahwa cakupan prevalensi PSD adalah 27 hingga 47% yaitu 47.4. Penelitian pola PSD sejak awal hingga 6 bulan telah dilakukan. Penelitian dilakukan pada 65 orang pasien stroke. Pasien diukur skala depresi tiap minggu dari awal serangan hingga 6 bulan setelah serangan. Depresi muncul sejak awal serangan. Depresi atau PSD meningkat pada minggu keempat. Skala depresi bertahan hingga minggu keempatbelas (Gbiri, Akinpelu, & Odole, 2014).

Diagnosis menggunakan kriteria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Text Revision* (DSM IV TR) (Yue Yet all, 2015). Berdasarkan kriteria depresi menurut DSM IV TR, disebut depresi mayor jika terdapat lebih atau sama dengan lima gejala. Depresi minor jika terdapat dua gejala berikut yang menetap selama lebih dari 2 minggu. Penilaian menggunakan wawancara klinis (DSM-5 atau ICD-10) menghasilkan angka prevalensi yang lebih rendah dibandingkan skala penilaian mandiri, seperti Beck Depression Inventory (BDI) atau *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

Gejala klinis PSD berupa perubahan *mood* depresi, apatis, penurunan berat badan, perubahan tidur, kelelahan, berkurangnya rasa berguna dan *anhedonia* (Feng, & Fang, 2014). Gejala PSD juga dapat dibagi menjadi dua, yaitu gejala somatic dan gejala psikologis. Gejala somatik seperti berkurangnya nafsu makan, kelelahan, melambatnya psikomotor dan gangguan mood. Dalam Skala Penilaian Hamilton untuk Depresi (HDRS) GRID, terdapat 17 tanda depresi yaitu, depresi mood, perasaan bersalah, bunuh diri, insomnia (awal tengah dan akhir), bekerja dan aktifitas, retardasi psikomotor, agitasi psikomotor, cemas psikis, cemas somatic, hilang nafsu makan, gejala somatik secara umum, minat seksual, kehilangan berat badan dan *insight*.

PSD dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko, baik biologis, psikologis, maupun sosial, antara lain: karakteristik Klinis Stroke; Lesi otak di hemisfer kiri sering dikaitkan dengan depresi, terutama jika mengenai korteks prefrontal, Tingkat keparahan stroke dan disabilitas fisik memiliki hubungan langsung dengan risiko depresi. Faktor Demografis; Wanita cenderung lebih rentan terhadap PSD dibandingkan pria, Usia tua juga menjadi faktor risiko utama karena meningkatnya kerentanan terhadap isolasi sosial dan penurunan fungsi fisik. Faktor Psikososial; Riwayat depresi sebelumnya, Kurangnya dukungan keluarga atau sosial, Stres karena kehilangan pekerjaan atau peran dalam keluarga.

C. Patofisiologi Depresi Pasca Stroke

Depresi pasca-stroke merupakan hasil interaksi kompleks antara kerusakan biologis, psikologis, dan sosial. Terjadinya depresi paska stroke dapat disebabkan karena perubahan neurologis dan neurokimia, kerusakan pada Lobus frontal dan basal ganglia sering dikaitkan dengan kejadian PSD. Lesi pada area ini mengganggu jalur limbik yang berperan dalam regulasi emosi. Beberapa studi menunjukkan lesi di hemisfer kiri lebih sering menyebabkan PSD dibandingkan hemisfer kanan, terutama bila melibatkan struktur seperti korteks prefrontal. Gangguan Neurotransmiter seperti; Serotonin: Stroke dapat mengurangi kadar serotonin akibat kerusakan pada nukleus rafe dorsalis, yang memengaruhi sirkuit serotonin di otak, Dopamin dan Noradrenalin: Penurunan dopamin di jalur mesolimbik dan noradrenalin di locus coeruleus juga berkontribusi terhadap gangguan mood, dan Hipotesis inflamasi: Sitokin proinflamasi seperti IL-6 dan TNF- α meningkat setelah stroke, memengaruhi fungsi neurotransmitter dan meningkatkan risiko depress. Penelitian yang dilakukan oleh Shi et al. (2020) menyoroti bahwa proses inflamasi memainkan peran utama, dengan kadar sitokin inflamasi yang meningkat pada pasien dengan PSD.

Gangguan mekanisme vaskular dan energi seluler juga dapat menyebabkan terjadinya PSD seperti; Hipoperfusi serebral: Penurunan aliran darah ke area tertentu otak setelah stroke dapat memperburuk disfungsi neuron dan mengurangi neuroplastisitas, yang terkait dengan gejala PSD, dan Stres oksidatif: Kerusakan akibat radikal bebas setelah stroke berkontribusi pada kerusakan jaringan saraf dan menurunkan fungsi sinaps. Stroke dapat menghambat kemampuan otak untuk memperbaiki diri melalui mekanisme neuroplastisitas. Gangguan pada jalur plastisitas ini (misalnya, melalui faktor neurotropik seperti BDNF) telah dikaitkan dengan kejadian PSD.

D. Dampak Depresi Terhadap Pemulihan Stroke

Depresi pasca-stroke dapat menyebabkan motivasi rendah untuk mengikuti program rehabilitasi fisik dan kognitif. Studi menunjukkan bahwa pasien dengan depresi memiliki tingkat keberhasilan rehabilitasi yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien tanpa depresi. Hal ini karena depresi sering kali menyebabkan kelelahan, kurang konsentrasi, dan isolasi sosial. Depresi dapat meningkatkan risiko komplikasi fisik, termasuk infeksi, karena berkurangnya aktivitas fisik dan gangguan pada sistem imun. Selain itu, pasien dengan PSD sering menunjukkan peningkatan tekanan darah, denyut jantung, dan risiko penyakit kardiovaskular (Paolucci, S., 2017).

Penelitian telah mengidentifikasi bahwa PSD secara signifikan menurunkan kualitas hidup pasien stroke. Gejala seperti anhedonia, perasaan tidak berdaya, dan gangguan tidur memperburuk kemampuan pasien untuk menikmati aktivitas sehari-hari dan mempertahankan hubungan sosial (Hackett, M. L., Köhler, S., O'Brien, J. T., & Mead, G. E., 2014). Depresi dapat mengganggu fungsi kognitif seperti konsentrasi, memori, dan kemampuan untuk menyelesaikan masalah.

Pasien stroke yang mengalami depresi memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami komplikasi seperti infeksi, ulkus dekubitus, dan jatuh. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa PSD dikaitkan dengan peningkatan risiko kematian pasca-stroke. Depresi memengaruhi pengelolaan faktor risiko sekunder, seperti tekanan darah tinggi, diabetes, dan kolesterol tinggi, yang semuanya berkontribusi pada prognosis jangka panjang yang buruk.

Hingga saat ini, mekanisme yang tepat bagaimana depresi menghambat pemulihan stroke belum sepenuhnya dipahami. Namun, beberapa teori menyebutkan bahwa depresi dapat mempengaruhi: Sistem saraf pusat: Depresi dapat mengubah aktivitas otak dan mengganggu jalur saraf yang terlibat dalam proses pemulihan, Sistem imun: Depresi dapat melemahkan sistem imun, sehingga meningkatkan risiko infeksi, dan Sumbu hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA): Depresi dapat menyebabkan disfungsi sumbu HPA, yang berperan penting dalam respons stres.

E. Konsep Dasar *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)*

Salah satu terapi psikologis yang banyak dikenal adalah Cognitive Behaviour Therapy (CBT) atau terapi kognitif dan perilaku. CBT adalah pendekatan psikoterapi berbasis bukti yang dirancang untuk membantu individu mengenali dan mengubah pola pikir, emosi, dan perilaku yang tidak adaptif. CBT merupakan kombinasi dari teori kognitif, yang berfokus pada bagaimana pikiran memengaruhi emosi dan perilaku, serta teori perilaku, yang menekankan peran pembelajaran dalam

membentuk perilaku. CBT juga banyak digunakan untuk menangani depresi karena memiliki tingkat keberhasilan yang baik serta tingkat relapse (kemungkinan kambuh) yang rendah. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan di Universitas Pennsylvania, disebutkan bahwa CBT memiliki efek keberhasilan lebih tinggi dibanding konsumsi antidepresan pada depresi orang dewasa. Pendekatan ini pertama kali dikembangkan oleh Aaron T. Beck pada 1960-an untuk menangani depresi, tetapi kini digunakan secara luas untuk berbagai gangguan mental seperti kecemasan, PTSD, OCD, dan lainnya.

CBT, seperti namanya, berfokus pada memahami pola pikir seseorang serta mengubahnya menjadi lebih baik. Melalui CBT, seseorang dapat dapat belajar mengenali serta mengendalikan gejala-gejala gangguan psikologis yang mungkin muncul. Misalnya, saat gejala depresi seperti menarik diri, mudah tersinggung, serta perasaan sedih yang berkelanjutan muncul, kita jadi bisa lebih waspada dan tahu apa yang sedang terjadi dengan diri kita.

Prinsip-prinsip dasar CBT adalah sebagai berikut:

1. **Pikiran, Perasaan, dan Perilaku Saling Terhubung.** CBT berasumsi bahwa pikiran memengaruhi perasaan, yang pada gilirannya memengaruhi perilaku. Pikiran negatif dapat menghasilkan emosi yang tidak menyenangkan dan perilaku yang maladaptif.
2. **Identifikasi Pola Pikiran yang Tidak Realistik.** CBT membantu individu mengenali "distorsi kognitif," yaitu cara berpikir yang tidak akurat atau tidak realistik, seperti overgeneralisasi, pemikiran hitam-putih, dan asumsi negatif
3. **Rekonstruksi Kognitif.** Salah satu tujuan utama CBT adalah menggantikan pikiran negatif dengan pikiran yang lebih realistik dan positif melalui teknik yang dikenal sebagai cognitive restructuring
4. **Fokus pada Masalah Saat Ini.** CBT lebih berfokus pada masalah saat ini daripada memproses masa lalu individu, meskipun pengalaman masa lalu dapat digunakan untuk memahami pola pikiran dan perilaku saat ini.
5. **Terapi Berbasis Kolaborasi.** Terapi ini melibatkan kolaborasi aktif antara klien dan terapis dalam menetapkan tujuan, mengidentifikasi masalah, dan mengembangkan strategi untuk perubahan.

CBT dalam mengatasi PSD berfokus pada dua hal, yaitu intervensi kognitif dan intervensi pada perilaku. Intervensi sendiri adalah pemberian perlakuan yang digunakan untuk mengurangi gangguan psikologis.

1. Intervensi kognitif

Walaupun otak adalah organ yang luar biasa keren, terkadang proses dalam berpikir kita masih belum sempurna ataupun obyektif. Saat dihadapkan

pada situasi tertentu, terkadang tanpa disadari kita langsung melompat ke simpulan akhir tanpa menimbang fakta yang ada, sering menggeneralisir sesuatu, ataupun kecenderungan melihat sisi negatif dari suatu hal. Hal inilah yang disebut dengan distorsi kognitif, yaitu kesalahan logika kita dalam berpikir. Apabila dibiarkan, kesalahan ini akan semakin berlarut-larut dan termanifestasi ke perilaku. Nah, langkah awal CBT adalah melatih kita untuk mengenali distorsi kognitif yang ada di pikiran, yang biasanya dipengaruhi oleh kesalahan kita dalam berlogika. Kemudian, kita akan dibimbing untuk berlatih menyanggah dan merubah pemikiran tadi menjadi lebih rasional serta obyektif. Seiring berjalannya waktu, proses ini akan berubah pemikiran yang lebih sehat serta adaptif.

2. Intervensi perilaku

Manusia adalah produk dari kebiasaan. Setelah proses berpikir kita dibiasakan dengan cara yang lebih sehat, tentu harus ditunjang dengan kebiasaan dalam berperilaku yang sehat pula untuk keadaan psikis. Pada CBT, psikolog akan membimbing kita untuk belajar mengenali diri sendiri dengan cara menentukan target capaian rutin dengan bimbingan psikolog, membuat catatan aktivitas harian, mendorong pasien untuk melakukan kegiatan menyenangkan, serta pelatihan ketrampilan psikologis yang mungkin kita butuhkan (misalnya relaksasi, peningkatan ketrampilan sosial, melatih cara berkomunikasi, dan keterampilan lainnya).

Perawat bertugas untuk membimbing serta mengarahkan proses terapi yang kita jalani. Karena itu penting untuk membangun rasa percaya dengan psikolog agar hasil terapi menjadi maksimal. Walaupun menjadi salah satu terapi untuk menangani depresi atau gangguan psikologis lainnya, fungsi CBT tidak berhenti saat gangguan psikologis tadi telah teratas. CBT juga dapat menjadi mekanisme pertahanan kita untuk lebih mengenali diri sendiri. Apa yang kita pelajari ketika CBT dapat digunakan apabila suatu saat nanti di masa depan, kita menghadapi masalah atau hal-hal yang dapat memicu pikiran negatif, perasaan cemas, atau gejala depresi. Ketika kita tahu lebih banyak tentang diri kita, kita tahu apa yang seharusnya dilakukan sehingga harapannya kita akan lebih siap menghadapi apapun yang mungkin terjadi dalam hidup. Pelaksanaan cognitive behavior therapy dilakukan sebanyak 3 kali pertemuan. Penelitian ini memberikan dampak pada depresi pasien (Peng Y et all, 2015).

F. *Cognitive Behaviour Therapy (CBT) dalam Pemulihan Pasca-Stroke*

Pada penelitian *cohort prospektif* selama delapan tahun, ditemukan bahwa mortalitas pasien dengan stroke dan depresi adalah 1.88 kali dari pada grup pasien tanpa stroke dan tanpa depresi. Pada analisa survival, pasien dengan depresi

sebelum dan sesudah terserang stroke memiliki *hazard ratio* sebesar 1.7 kali dari pada pasien yang tidak mengalami depresi sebelum dan setelah serangan stroke (Naess H et all, 2020). Pada meta analisis, PSD berhubungan dengan mortalitas. Hazard ratio mortalitas pada pasien stroke yang mengalami depresi setelah stroke adalah 1.52 kali (Bartoli F, 2013). Intervensi perlu dilakukan agar proses emosi pada pasien stroke menjadi baik. Penelitian untuk mengatasi PSD masih dalam tahap pilot studi pada tahun 2015. Pilot study terapi *cognitive behavior therapy* and *activation behavior* (AB) untuk mengatasi PSD telah dikembangkan (Huguet A et all, 2016).

Intervensi dalam mengatasi depresi yang berhubungan dengan penerimaan, pengingkaran dan menyalahkan diri sendiri adalah *cognitive behaviour therapy* (CBT). CBT mampu meningkatkan kemampuan pasien untuk menyatu dengan kondisi yang dialami. CBT dapat menurunkan kecemasan sosial pada berbagai populasi, meningkatkan menejemen diri (Jefrey A Culli, Andra L Teten, 2008; Swain, Hancock, & Hainsworth, 2013).

Pelaksanaan CBT, konselor dan pasien bekerjasama untuk mengidentifikasi dan mengubah pola pikir dan perilaku negatif yang menyebabkan timbulnya gangguan fisik-emosional. Fokus dalam terapi ini adalah berusaha mengubah pikiran atau pembicaraandiri (*self talk*). Menurut meta analisis, terapi ini efektif menangani kecemasan, depresi dan gangguan somatic (Öst LG, 2014).

Pasien stroke iskemik perlu diintervensi dengan menggunakan CBT agar PSD dapat dikendalikan. Ketiadaan PSD pada pasien stroke iskemik dapat meningkatkan kualitas hidup dan mencegah adanya risiko kecacatan yang lebih besar serta kecacatan. Neurogenesis juga dapat ditingkatkan dengan ketiadaan PSD. Neurogenesis yang optimal dapat mempercepat pemulihan secara seluler.

CBT menggabungkan tiga komponen yaitu; aktivasi perilaku (Mengajak pasien kembali terlibat dalam aktivitas yang memberi penghargaan emosional dan social), Restrukturisasi kognitif (Mengubah pikiran negatif yang sering muncul akibat keterbatasan fisik atau trauma pasca-stroke), dan Penguatan kemampuan coping (Mengajarkan strategi untuk mengelola stres dan meningkatkan rasa percaya diri).

Efektivitas CBT Berdasarkan Penelitian; Studi meta-analisis menunjukkan bahwa aktivasi perilaku, sebagai bagian dari CBT, efektif dalam mengurangi gejala depresi pasca-stroke dengan melibatkan pasien dalam kegiatan yang bermakna. Ini dapat dilakukan dalam sesi tatap muka atau daring dengan hasil yang sebanding (Richards et al., 2020), Kajian literatur lainnya mengungkapkan bahwa CBT juga dapat meningkatkan fungsi sosial dan emosional pasien stroke dengan membantu mereka menghadapi perubahan hidup akibat stroke (Pan, Z., Liu, P., et al. (2023).

Hasil literatur review melalui media elektronik pada Sience Direct dan Google Scholar dan menggunakan kata kunci "cognitive behavior therapy in patients with stroke, and depression", setelah penelusuran didapatkan 6 artikel yang memenuhi kriteria dengan tahun terbitan maksimal 10 tahun terakhir. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa cognitive behavior therapy adalah jenis perawatan perilaku jangka pendek yang berfokus membantu pasien mempertimbangkan hubungan antara keyakinan, pikiran, dan perasaan dan mengikuti pola dan tindakan perilaku. Selama cognitive behavior therapy, terjadi penurunan tingkat depresi serta kualitas hidup meningkat, menurunnya gejala psikososial, dan peningkatan harapan efikasi diri. Ada tiga fase cognitive behavior therapy yaitu fase modifikasi perilaku, restrukturisasi kognitif, dan mengurangi dampak buruk. Simpulan pada penelitian ini menunjukkan bahwa Cognitive Behaviour Therapy secara signifikan mengurangi masalah psikososial, kualitas hidup pasien meningkat dan mengurangi depresi (Aini, F., & Wakhid, A., 2020). Studi meta-analisis menunjukkan bahwa CBT secara signifikan mengurangi gejala depresi dan kecemasan pada pasien stroke dengan efek rata-rata (*effect size*) 0,75 ($p < 0,05$) (Hackett ML, Pickles K. (2022). Menurut Watkins, et al (2021) CBT meningkatkan skor kualitas hidup (SF-36) sebesar 25% pada kelompok intervensi dibandingkan kontrol ($p = 0,01$). Dengan peningkatan kualitas hidup menunjukkan penurunan depresi pasca stroke. CBT dikaitkan dengan peningkatan aktivitas pada area prefrontal cortex yang diukur melalui *fMRI*. (Zhao Y, et al, 2023). Area premotor terhubung dengan berbagai area otak yang terlibat dalam regulasi emosi, seperti amigdala dan korteks prefrontal. Kerusakan pada area premotor dapat mengganggu keseimbangan sirkuit emosi, sehingga menyebabkan seseorang lebih rentan mengalami emosi negatif seperti kesedihan dan putus asa. Jika premotor area cortex terjadi peningkatan fungsi maka secara langsung akan menurunkan kejadian depresi.

G. Implementasi CBT pada Pasien Depresi Pasca-Stroke

Cognitive Behaviour Therapy (CBT) adalah pendekatan terapi yang berstruktur dan berorientasi pada tujuan. Proses CBT biasanya terdiri dari beberapa tahap utama, yang membantu klien memahami hubungan antara pikiran, emosi, dan perilaku serta mengembangkan keterampilan untuk mengubah pola pikir dan perilaku yang tidak adaptif. Implementasi CBT pada pasien depresi pasca dibagi dalam empat sesi, setiap sesi dilaksanakan selama 30-45 menit untuk setiap pasien. Berikut adalah tahapan CBT yang dijelaskan sebagai berikut;

1. Sesi 1: Pengkajian

Mengungkapkan pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien yang berkaitan dengan stressor yaitu

pengalaman traumatis yang dialami, mengidentifikasi hal positif yang dimiliki, serta latihan satu pikiran otomatis negatif. Pengolahan informasi dari pasien mengalami perubahan karena defisit otak. Namun, gangguan dalam fungsi kognitif sering membuat orang mempunyai ide-ide dan perilaku berbeda dari orang lain. Hal ini tampak dalam kesalahan interpretasi persepsi diri dan kemampuan yang muncul pada pasien. Kesalahan dalam pengolahan informasi pada pasien skizofrenia ini yang sering dinamakan sebagai distorsi kognitif.

Terapi kognitif mengusulkan bahwa bukan peristiwa itu sendiri yang menimbulkan kecemasan dan respon maladaptif melainkan penilaian orang terhadap harapan, dan interpretasi dari peristiwa ini. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku maladaptif dapat diubah oleh keputusan langsung terhadap pikiran dan keyakinan seseorang. Secara khusus, terapi kognitif percaya bahwa respon maladaptif timbul dari distorsi kognitif, distorsi tersebut dapat meliputi kesalahan logika, kesalahan dalam penalaran, atau pandangan dunia individual yang tidak mencerminkan realitas yang distorsi mungkin baik positif atau negatif.

Pada tahap awal ini, terapis bekerja sama dengan klien untuk memahami masalah utama, faktor pemicu, dan konsekuensi perilaku. Tujuan: Mengidentifikasi pola pikir, emosi, dan perilaku yang tidak adaptif, serta menetapkan tujuan terapi. Langkah-Langkah: Wawancara awal untuk memahami riwayat masalah klien, Penggunaan alat penilaian seperti kuesioner atau skala depresi/kecemasan, Formulasi kasus menggunakan model CBT, seperti menghubungkan pikiran otomatis negatif dengan emosi dan perilaku. Pengkajian terhadap pikiran dan perilaku negatif pasien merupakan langkah awal yang dilakukan dalam terapi ini. Pasien akan menceritakan tentang pikiran, perasaan dan perilaku negatif yang dialami terkait masalah isolasi sosial yang mengalami penurunan kemampuan interaksi sosial. Dari beberapa pikiran negatif yang teridentifikasi maka akan dilatih satu pikiran negatif dengan beberapa pikiran positif dengan dibantu oleh terapis.

2. Sesi 2: Terapi Kognitif

Mereview latihan pikiran otomatis yang negatif yang pertama yang sudah dilatih sebelumnya dan melatih untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua. Terapi kognitif berusaha memfokuskan untuk menempatkan suatu pikiran, keyakinan, atau bentuk pembicaraan diri (*self talk*) terhadap orang lain yang lebih positif. Selain itu, terapi juga memfokuskan pada upaya membela jarkan pasien agar dapat memiliki cara berpikir yang lebih positif dalam berbagai peristiwa kehidupan. Dalam sesi ini pasien akan mengevaluasi pikiran negatif yang masih ada dan melanjutkan dengan melatih mengatasi pikiran

negatif yang kedua menggunakan pikiran positif. Tujuan tahap terapi kognitif adalah; Pasien mampu mereview pikiran otomatis yang negatif yang masih ada yang berkaitan dengan diri sendiri, dan Pasien mampu mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.

Perilaku merupakan respon yang timbul secara eksternal, dipengaruhi oleh stimulus lingkungan & dapat dikontrol secara primer oleh konsekuensi-konsekuensinya. Perilaku dapat diamati, diukur, & dicatat oleh diri sendiri maupun orang lain. Perilaku dapat ditingkatkan frekuensi terjadinya melalui reinforcement. Modifikasi perilaku seperti itu menurut Murray dan Wilson disebut operant conditioning. Dalam operant conditioning ini lingkungan sosial digunakan untuk membantu pasien dalam meningkatkan kontrol terhadap perilaku yang berlebihan atau berkurang.

Intervensi Perubahan Perilaku menerapkan teori belajar untuk persoalan hidup dengan tujuan membantu orang mengatasi kesulitan dalam kehidupan sehari-hari. Kesulitan-kesulitan ini sering terjadi bersama dengan masalah kesehatan atau kondisi psikiatris.

3. Sesi 3: Terapi Perilaku

Mengevaluasi pikiran otomatis negatif yang masih ada, mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki, mengidentifikasi perilaku positif yang baru, menyusun rencana perilaku yang ditampilkan untuk mengubah perilaku negatif yang timbul akibat stressor kejadian traumatis dengan memberikan konsekuensi positif atau konsekuensi negatif jika perilaku dilakukan atau tidak dilakukan.

Perilaku merupakan respon yang timbul secara eksternal, dipengaruhi oleh stimulus lingkungan & dapat dikontrol secara primer oleh konsekuensi-konsekuensinya. Perilaku dapat diamati, diukur, & dicatat oleh diri sendiri maupun orang lain. Perilaku dapat ditingkatkan frekuensi terjadinya melalui reinforcement. Modifikasi perilaku seperti itu menurut Murray dan Wilson disebut operant conditioning. Dalam operant conditioning ini lingkungan sosial digunakan untuk membantu pasien dalam meningkatkan kontrol terhadap perilaku yang berlebihan atau berkurang.

Intervensi Perubahan Perilaku menerapkan teori belajar untuk persoalan hidup dengan tujuan membantu orang mengatasi kesulitan dalam kehidupan sehari-hari. Kesulitan-kesulitan ini sering terjadi bersama dengan masalah kesehatan atau kondisi psikiatris. Perawat dapat menggunakan prinsip-prinsip berikut untuk memandu intervensi perubahan perilaku pasien (Stuart, 2016):

- a. Semua perubahan adalah perubahan diri. Pasien adalah peserta aktif dan agen utama perubahan. Perawat dan penyedia perawatan kesehatan lainnya

- adalah pelatih, bukan pelaku perubahan.
- b. *Self-efficacy* sangat penting. Pasien perlu merasa bahwa mereka mengendalikan kehidupan mereka sendiri dan menerima tanggung jawab atas upaya mereka. Semua pasien memiliki kekuatan.
 - c. Pengetahuan tidak berubah sama. Pendidikan adalah hanya salah satu bagian dari proses perubahan. Pasien perlu untuk mentransfer apa yang mereka ketahui ke dalam tindakan yang mereka ambil.
 - d. Sebuah aliansi terapi membantu pasien mulai dan mempertahankan perubahan. Dimensi responsif dan tindakan tentang hubungan perawat-pasien adalah bahan penting untuk perubahan.
 - e. Harapan adalah penting. Semua intervensi yang efektif didasarkan pada harapan positif dan penuh harapan bahwa kehidupan bisa lebih baik.

Kesiapan untuk berubah terkait dengan motivasi seseorang atau apa yang disebut kesiapan sebagai motivasi. Elemen sentral dalam meningkatkan motivasi dan perubahan perilaku akhirnya adalah untuk memperhitungkan kesiapan orang untuk berubah. Perubahan perilaku terjadi secara bertahap dari waktu ke waktu (Prochaska et al, 1992 dalam Stuart, 2016). Menyebutkan tahapan perubahan, yaitu: Tahap pertama dari perubahan adalah precontemplation. Pada tahap ini orang tidak berpikir bahwa mereka memiliki masalah, sehingga mereka tidak mungkin untuk mencari bantuan atau berpartisipasi dalam pengobatan. Dalam bekerja dengan pasien ini tujuannya adalah untuk mendengarkan pasien dan menciptakan iklim dimana pasien dapat mempertimbangkan, menjelajahi, atau melihat nilai manfaat dari perubahan.

Tahap kedua perubahan adalah kontemplasi. Hal ini ditandai dengan gagasan "ya, tapi." Seringkali pasien menyadari bahwa perubahan diperlukan, tetapi mereka tidak yakin dan ragu-ragu tentang apakah perlu usaha, waktu, dan energi untuk mencapainya. Mereka ambivalen tentang apa yang mereka mungkin harus menyerah jika mereka membuat perubahan. Dalam bekerja dengan pasien ini tujuannya adalah untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dimana pasien dapat mempertimbangkan perubahan tanpa merasa tertekan untuk melakukannya. Jika pasien didorong untuk mengubah dalam fase ini mereka cenderung aktif menolak.

Tahap ketiga perubahan adalah persiapan. Pada saat ini pasien telah membuat keputusan untuk berubah dan menilai bagaimana keputusan yang terasa. Pasien dapat dibantu untuk memilih tujuan pengobatan yang realistik dan cara yang berbeda untuk mencapai tujuan tersebut. Mereka perlu secara aktif

terlibat dalam merancang strategi mereka sendiri untuk perubahan.

Tahap keempat perubahan adalah tindakan. Pasien sekarang memiliki komitmen yang kuat untuk berubah dan telah mengidentifikasi rencana untuk masa depan. Mereka harus memberikan dukungan emosional dan membantu dalam mengevaluasi dan memodifikasi rencana mereka dari tindakan yang akan sukses.

Tahap kelima perubahan adalah pemeliharaan. Perubahan terus, dan fokus ditempatkan pada pasien apa yang perlu dilakukan untuk mempertahankan atau mengkonsolidasikan keuntungan. rencana pencegahan Mengantisipasi ancaman potensial untuk kambuh dan berkembang adalah penting. Setiap kambuh harus dilihat sebagai bagian dari proses perubahan dan bukan sebagai kegagalan.

Tahap keenam dan terakhir adalah terminasi. Hal ini didasarkan pada gagasan bahwa seseorang tidak akan terlibat dalam perilaku lama dalam kondisi apapun. Dengan demikian, mungkin lebih dari ideal dari tahap dicapai. Kebanyakan orang tinggal dalam tahap pemeliharaan dimana mereka menyadari ancaman yang mungkin untuk mengubah mereka inginkan dan memonitor apa yang harus mereka lakukan untuk menjaga perubahan tempat. Pasien lebih mungkin untuk terlibat dalam mengubah perilaku ketika penyedia mereka menilai kesiapan mereka untuk intervensi perubahan dan merencanakan perubahan yang sesuai.

Terapi perilaku digunakan untuk menguji dan mengubah kognisi maladaptif sehingga pasien mengerti ketidakakuratan asumsi kognitifnya dan mempelajari strategi dan carabaru dalam menghadapi masalah. Teknik perilaku yang diajarkan dalam sesi ini berupa relaksasi, deep breathing, cara komunikasi dan sosialisasi yang benar. Pemberian reinforcement positif secara terjadual terhadap pelaksanaan perilaku baru akan meingkatkan penggunaan perilaku baru yang positif tersebut dalam menghadapi masalah.

4. Sesi 4: Evaluasi Terapi kognitif dan perilaku

Mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, merivieu pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekwensi yang disepakati

Langkah berikut adalah untuk mengetahui lebih lanjut tentang pengalaman pasien dengan masalah dengan menggunakan analisis perilaku. Analisis ini terdiri dari tiga bagian (ABC dari perilaku): *Antecedent*: stimulus atau isyarat yang terjadi sebelum perilaku dan mengarah ke manifestasinya. *Behaviour/Perilaku*: apa yang orang katakan atau tidak katakan atau lakukan. *Consequence/Konsekuensi*: apa efeknya (positif, negatif, atau netral) orang

berpikirhasil dari perilaku.

Antecedent dapat mencakup lingkungan fisik, lingkungan sosial, atau perilaku seseorang, perasaan, atau pikiran. Perilaku dapat dipecah menjadi tindakan diskrit atau rangkaian langkah. Konsekuensi dapat dilihat sebagai imbalan kuat atau hukuman dari tindakan seseorang. Jadi masing-masing adalah elemen penting dari penilaian. Contoh dari analisis perilaku adalah sebagai berikut: Masalah: kecemasan, Konsekuensi yang ditakuti: takut kehilangan kontrol atau sekarat, Antecedent/kejadian: meninggalkan rumah, Perilaku: menghindari toko, restoran, dan tempat-tempat umum, dan Konsekuensi: pembatasan kegiatan sehari-hari.

Cara lain untuk menilai pengalaman seseorang adalah untuk mempertimbangkan ketiga sistem (Tindakan ABC's) yang berhubungan dalam kerangka terapi: Afektif: tanggapan emosional atau perasaan, Perilaku; manifestasi lahiriah dan tindakan, dan Kognitif: pemikiran tentang situasi. Ketiga unsur tersebut saling terkait dalam menjelaskan perilaku manusia yaitu; Perasaan mempengaruhi pemikiran, berpikir mempengaruhi tindakan, dan tindakan mempengaruhi perasaan.

Terapi kognitif dan perilaku yang telah dilatih pada sesi sebelumnya akan dievaluasi pelaksanaannya pada sesi ini. Pasien akan diminta untuk mendemonstrasikan cara merubah pikiran negatif yang mengganggu menjadi pikiran positif dan perilaku negatif menjadi perilaku positif yang dapat diterima oleh orang lain dan lingkungan.

5. Sesi 5: Kemampuan Merubah Pikiran Negatif Dan Perilaku Maladaptif Untuk Mencegah Kekambuhan

Pikiran akan mempengaruhi respon emosi dan perilaku. Pikiran yang positif akan menghasilkan perasaan dan perilaku yang positif dan dapat diterima oleh orang lain sehingga dapat menimbulkan kenyamanan. Ketrampilan berpikir dan berperilaku positif harus dilatih secara terus menerus sehingga menjadi suatu kebiasaan dalam hidup. Kunci untuk mencegah kekambuhan adalah kesadaran dari awal mengenali perilaku kambuh. Sekitar 70% dari pasien dan 90% dari keluarga mampu melihat gejala kekambuhan penyakit, dan hampir semua pasien tahu kapan gejala kambuh muncul. Fase prodromal terjadi sebelum kambuh (Stuart, 2016).

Fase prodromal adalah waktu antara timbulnya gejala dan kebutuhan untuk perawatan. Dengan mayoritas pasien dan keluarga menunjukkan periode prodromal yang berlangsung lebih dari 1 minggu, adalah penting bahwa perawat berkolaborasi dengan pasien, keluarga, dan anggota keluarga mengenai terjadinya kambuh.

Mengidentifikasi dan mengelola perilaku dan gejala membantu mengurangi jumlah dan keparahan relaps/kekambuhan. Pengajaran untuk pasien dan keluarga adalah intervensi efektif yang dapat memberikan mereka kendali atas kehidupan mereka dan menurunkan jumlah atau panjang rawat inap. Semakin banyak penelitian telah menunjukkan penurunan yang signifikan dalam tingkat kambuhan sebagai hasil dari intervensi psiko-pendidikan. Dalam sesi ini pasien diajarkan cara mencegah kekambuhan dengan menerapkan terapi kognitif dan perilaku dalam setiap kejadian yang mengganggu pasien melalui latihan terjadwal. Pasien juga diajarkan tentang pemahaman terhadap psikofarmaka dalam upaya mencegah kekambuhan.

H. Penutup

Depresi pasca-stroke merupakan faktor yang signifikan dalam memperlambat proses pemulihan dan menurunkan kualitas hidup pasien. Intervensi yang tepat dan dini sangat penting untuk meminimalkan dampak PSD terhadap pemulihan stroke. Dengan demikian, pemahaman mendalam tentang dampak PSD dan penerapan strategi yang efektif dapat meningkatkan hasil rehabilitasi dan memperbaiki prognosis pasien stroke.

CBT dirancang untuk membantu klien memahami hubungan antara pikiran, emosi, dan perilaku, serta mengembangkan keterampilan untuk mengatasi masalah secara adaptif. Proses ini melibatkan identifikasi pikiran negatif, rekonstruksi kognitif, dan latihan perilaku yang mendukung perubahan positif dalam kehidupan klien. CBT telah terbukti efektif dalam mengelola depresi pasca stroke. CBT memiliki efektivitas tinggi dengan dampak yang signifikan dan konsisten pada depresi pasca stroke. CBT merupakan intervensi non-farmakologis yang menjanjikan untuk menurunkan depresi pasca-stroke. Namun, penelitian lanjutan diperlukan untuk mengoptimalkan pendekatan ini pada populasi dengan keterbatasan fisik tertentu.

Referensi

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. (2011). Exposure therapy for anxiety: Principles and practice. *Guilford Press*.
- Aini Faridah, Wahid Abdul., Apriyatmoko R. (2021). *Cognitive behaviour Therapy (Cbt) to Reduce Post Ischemic Stroke Depression*. Annals of R.S.C.B., ISSN:1583-6258, Vol. 25, Issue 6, Pages. 3318 - 3323
- American Stroke Association. (2022). *Post-Stroke Depression Guidelines*.
- Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D., & Rudd, A. G. (2013). Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 14-21.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.
- Beck AT, et al. (2020). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Burns, D. D. (1999). *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: HarperCollins.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Danga K.D.Y, Aini Faridah, Wakhid Abdul. Deteksi Dini Kejadian Depresi pada Lansia. (2020). Repository Universitas Ngudi Waluyo
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2019). Cognitive-behavioral therapy: Principles, strategies, and
- GBD** DALYs and HALE Collaborators. (2017). Global, regional, and national disability adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392:1859–1922.
- Gbiri C a, Akinpelu a O, Odole a C. (2020). Prevalence, pattern and impact of depression on quality of life of stroke survivors. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 14(March):198–203.
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). *Particularly vulnerable populations and risk factors for post-stroke depression*. *The Lancet Neurology*.
- Hackett, M. L., Köhler, S., O'Brien, J. T., & Mead, G. E. (2014). Neuropsychiatric outcomes of stroke. *The Lancet Neurology*, 13(5), 525-534.
- Hackett ML, Pickles K. (2022). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Post-Stroke Depression. *Stroke Journal*.

- Hackett ML, Pickles K. (2022). Partnerships in Mental Health Recovery. *Stroke Journal*, 53(4), 889-898.
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: Frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1017-1025.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2022). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Liu L, Xu M, Marshall IJ, Wolfe CD, Wang Y, O'Connell MD. (2023). Prevalence and natural history of depression after stroke: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS Med* 20(3): e1004200. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004200>.
- Öst LG. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 61:105–21.
- Peng Y, Lu Y, Wei W, Yu J, Wang D, Xiao Y, et al. The Effect of a Brief Intervention for Patients with Ischemic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. Elsevier Ltd;2015;24(8):1793–802.
- Paolucci, S. (2017). Advances in antidepressant therapy after stroke: a critical approach. *Stroke Research and Treatment*.
- Robinson, R. G., & Jorge, R. E. (2016). Post-stroke depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, 173(3), 221-231.
- Saprianto, Amalia L.R, Aini Faridah, Sukarno. (2021). Relationship Of Family Support To Post Stroke Depression Levels In Outpatient Installation Dr. Kariadi Semarang. Proceeding International Conference On Health, Social Sciences And Technology. Vol 1 Issue 1 p. 115-117
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for stroke*.
- Shi, Y., et al. (2020). *Inflammatory Markers and Post-Stroke Depression: A Meta-Analysis*. PLOS Medicine, [PLOS](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1008121).
- Stuart, G. W. (2016). *Principles and practice of psychiatric nursing* (Edisi ke-11). Elsevier Health Sciences: Philadelphia.
- Taylor-Rowan, M., Momoli, F., et al. (2019). Antidepressant treatments and cognitive outcomes following stroke: a systematic review. *Stroke*, 50(11), 2851-2858.
- Towfighi, A., & Ovbiagele, B. (2019). Stroke prevention in women and the role of hypertension and depression. *Stroke*, 50(4), 879-886.
- Villa, R. F., Ferrari, F., & Moretti, A. (2018). Post-stroke depression: mechanisms and pharmacological treatment. *Pharmacology & Therapeutics*, 184, 131-144.

- Wang, S. B., Wang, Y. Y., Zhang, Q. E., Liu, J., et al. (2018). Cognitive behavioral therapy for post-stroke depression: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 235, 296-304.
- Wahid Abdul, & Aini Farida. (2020). Modul Pelaksanaan Cognitive Behaviour Therapy (CBT) (Psikoterapi Untuk Individu). HKI
- Watkins CL, et al. (2021). " Cognitive Therapy to Improve Emotional Wellbeing in Post-Stroke Patients. Journal *eurorehabilitation and Neural Repair*.
- Watkins CL, et al. (2021). CBT in Stroke Rehabilitation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 35(7), 567-579.
- Zhao Y, et al. (2023). Neural Changes in Cognitive Therapy for Stroke Patients. *Journal of Affective Disorders*, 315, 12-22.

Glosarium

B

BDI: *Beck Depression Inventory*

C

CBT: *Cognitive Behaviour Therapy*

D

DSM IV TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Text Revision*
DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*

H

HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HDRS GRID: *Hamilton Depression Rating Scale - General Rating Instrument for Depression.*

HPA: *hipotalamus-pituitari-adrenal*

I

ICD-10: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision.*

IL-6: Interleukin-6

P

PSD: *Pasca Stroke Depression*

O

OCD: *Obsessive-Compulsive Disorder*

T

TNF- α : *Tumor Necrosis Factor-alpha*.

Profil Penulis



Muhammad Ardi, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B. Lahir di Soppeng, 05 Juni 1979. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Hasanuddin tahun 2005. Profesi Ners di Universitas yang sama pada tahun 2006. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2011. Menyelesaikan Pendidikan Spesialis di Universitas yang sama pada tahun 2012. Sejak 2022 melanjutkan pendidikan pada Program Doktor Ilmu Keperawatan di Universitas Indonesia. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2005 sebagai instruktur di Jurusan Keperawatan Poltekkes Makassar. Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Makassar mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Gawat Darurat, dan Praktik Berdasarkan Bukti. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dan bergabung dalam Himpunan Perawat Medikal Bedah (HIPMEBI) Provinsi Sulawesi Selatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ardi@poltekkes-mks.ac.id

Motto: "Usaha yang serius membawa pada keberhasilan"



Dewi Siyamti, S.Kep., Ns., M.Kep. Penulis lahir di Semarang pada 17 Juni 1985 dan merupakan anak pertama dari pasangan Ibu Sunariyah dan Bapak Darso. Karir di bidang keperawatan dimulai dari pendidikan diploma di AKPER Ngudi Waluyo, Program Sarjana di Universitas Ngudi Waluyo, dan Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro. Penulis saat ini sebagai dosen dan peniliti di Universitas Ngudi Waluyo dengan *homebase* di Prodi D3 Keperawatan. Sebagai dosen dan peneliti, penulis berkomitmen untuk terus aktif menghasilkan karya-karya untuk berkontribusi dalam perkembangan pengetahuan keperawatan.

Korespondensi penulis: wwdewiq123@gmail.com

Profil Penulis



Umi Azizah Kusumaningrum, S.Kep., Ns., M.Kep. Lahir di Situbondo, 25 Januari 1978. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 Keperawatan pada Akper Soetomo Surabaya lulus tahun 1999. Melanjutkan jenjang S1 Keperawatan dan Profesi Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2007. Kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan pada Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2000 sebagai perawat pelaksana di RSUD Situbondo, tahun 2001 sebagai Dosen di Akper Bahrul Ulum Jombang dan tahun 2018 sampai saat ini sebagai Dosen Keperawatan Komunitas di Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi dan seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: umiazizahkn78@gmail.com

Motto: "Living your life well"



Ns. Netti, S.Kep., M.Pd., M.Kep. Lahir di Padang, 17 Oktober 1965 Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang Diploma III pada Akademi Keperawatan Padang tahun 1988, Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Andalas (Unand) tahun 2002, Pasca Sarjana Universitas Negeri Padang (UNP) tahun 2008 dan Pasca Sarjana Universitas Andalah (Unand) tahun 2020. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1989 sd 2002 di Akademi Keperawatan, berlanjut di Poltekkes Kemenkes Padang dari tahun 2002 sampai. Saat ini penulis bekerja mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah I dan II, PKMB I dan II, Keperawatan Kritis, Keperawatan Paliatif dan Farmakologi Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: netti.poltekkes@gmail.com

Motto: "Bismillah" Allah is with you every step on the may

Profil Penulis



Ns. Faridah Aini, S.Kep., M.Kep., Sp.KMB.

Lahir di Kab. Semarang. Pendidikan yang telah ditempuh oleh penulis adalah Sarjana Keperawatan lulus pada tahun 2002 dan Profesi Ners lulus pada tahun 2003 di Universitas Padjadjaran Bandung. Setelah itu penulis melanjutkan program Magister Keperawatan lulus pada tahun 2007 dan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah lulus pada tahun 2008 di Universitas Indonesia. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen Program Studi Keperawatan di Universitas Ngudi Waluyo Semarang.

Penulis mengampu mata ajar Keperawatan Dasar, Keperawatan Dewasa Sistem Endokrin, Pencernaan, Perkemihan, Reproduksi Pria, dan Imunologi. Keperawatan Dewasa Sistem Kardiovaskuler, Respirasi, Hematologi. Keperawatan Dewasa SIstem Muskuloskeletal Persyarafan, Penginderaan dan integument, Keperawatan hemodialisis, Perawatan luka modern, Keperawatan Gawat Darurat, dan Keperawatan Kritis. Ditahun 2024 ini telah menulis buku ajar keperawatan dewasa system EPPI, Pengkajian Keperawatan, dan Keperawatan Dasar.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: farida.aini29@gmail.com.

SINOPSIS BUKU

"Stroke : Pencegahan, Penanganan, dan Pemulihan" menghadirkan wawasan mendalam tentang berbagai pendekatan dalam upaya pencegahan, penanganan, dan pemulihan stroke. Buku ini dirancang sebagai sumber informasi yang membahas topik-topik penting dan relevan dengan upaya peningkatan kualitas hidup pasien stroke serta mendukung peran keluarga dan tenaga kesehatan dalam proses rehabilitasi.

Efektivitas terapi relaksasi seperti Slow Stroke Back Massage (SSBM), menjadi salah satu sorotan utama, dengan manfaatnya meningkatkan relaksasi pada pasien stroke iskemik melalui pengaruh psikologis maupun fisiologis, seperti penurunan tekanan darah dan denyut nadi. Selain itu, akupresur sebagai terapi komplementer dieksplorasi, terutama dalam membantu proses pemulihan pasien stroke dan relevansinya terhadap kesehatan individu.

Resiliensi keluarga juga menjadi perhatian, menyoroti pentingnya kemampuan anggota keluarga untuk beradaptasi secara positif, memberikan dukungan, dan perawatan pada pasien stroke selama proses pemulihan. Selain itu, latihan Range of Motion (ROM) dan Deep Breathing Exercise dibahas sebagai bagian dari program rehabilitasi untuk meningkatkan kekuatan otot, meningkatkan interaksi pasien dengan keluarga, memulihkan memori, dan mengurangi depresi.

Buku ini juga membahas tentang Cognitive Behaviour Therapy (CBT), suatu pendekatan psikoterapi yang terbukti efektif dalam menurunkan tingkat depresi pada pasien pasca-stroke. Terapi ini menggarisbawahi pentingnya pengelolaan aspek psikologis pasien stroke sebagai bagian dari upaya pemulihan.

Melalui berbagai kajian ilmiah ini, buku ini menjadi referensi yang sangat diperlukan oleh tenaga kesehatan, peneliti, dosen, mahasiswa, dan masyarakat umum yang peduli pada perbaikan kualitas hidup pasien stroke.

"Stroke : Pencegahan, Penanganan, dan Pemulihan" menghadirkan wawasan mendalam tentang berbagai pendekatan dalam upaya pencegahan, penanganan, dan pemulihan stroke. Buku ini dirancang sebagai sumber informasi yang membahas topik-topik penting dan relevan dengan upaya peningkatan kualitas hidup pasien stroke serta mendukung peran keluarga dan tenaga kesehatan dalam proses rehabilitasi.

Efektivitas terapi relaksasi seperti Slow Stroke Back Massage (SSBM), menjadi salah satu sorotan utama, dengan manfaatnya meningkatkan relaksasi pada pasien stroke iskemik melalui pengaruh psikologis maupun fisiologis, seperti penurunan tekanan darah dan denyut nadi. Selain itu, akupresur sebagai terapi komplementer dieksplorasi, terutama dalam membantu proses pemulihan pasien stroke dan relevansinya terhadap kesehatan individu.

Resiliensi keluarga juga menjadi perhatian, menyoroti pentingnya kemampuan anggota keluarga untuk beradaptasi secara positif, memberikan dukungan, dan perawatan pada pasien stroke selama proses pemulihan. Selain itu, latihan Range of Motion (ROM) dan Deep Breathing Exercise dibahas sebagai bagian dari program rehabilitasi untuk meningkatkan kekuatan otot, meningkatkan interaksi pasien dengan keluarga, memulihkan memori, dan mengurangi depresi.

Buku ini juga membahas tentang Cognitive Behaviour Therapy (CBT), suatu pendekatan psikoterapi yang terbukti efektif dalam menurunkan tingkat depresi pada pasien pasca-stroke. Terapi ini menggarisbawahi pentingnya pengelolaan aspek psikologis pasien stroke sebagai bagian dari upaya pemulihan.

Melalui berbagai kajian ilmiah ini, buku ini menjadi referensi yang sangat diperlukan oleh tenaga kesehatan, peneliti, dosen, mahasiswa, dan masyarakat umum yang peduli pada perbaikan kualitas hidup pasien stroke.

ISBN 978-623-8775-82-8



Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919