

TESIS

PENINGKATAN MOTIVASI UNTUK SEMBUH PASIEN STROKE YANG DILAKUKAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI RUANG SARAF RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA



Oleh:

CHRISTINA YULIASTUTI

NIM : 131041044

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2012

TESIS

PENINGKATAN MOTIVASI UNTUK SEMBUH PASIEN STROKE YANG DILAKUKAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI RUANG SARAF RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep.)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh :

CHRISTINA YULIASTUTI

NIM : 131041044

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Christina Yuliasuti

NIM. : 131041044

Tanda Tangan : 

Tanggal : 14 Juli 2012

Lembar Pengesahan

PENINGKATAN MOTIVASI UNTUK SEMBUH PASIEN STROKE YANG
DILAKUKAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI RUANG SARAF
RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA

Christina Yuliasuti

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL JULI 2012

Oleh :

Pembimbing I



Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS
NIP. 194806021981031002

Pembimbing II



Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep.,Ns., MANP
NIP. 197703162005012001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., Sp.PD-KPTI, FINASIM
NIP. 19470812.197412.1.001

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Christina Yuliasuti
NIM : 131041044
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Peningkatan Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada tanggal 20 Juli 2012

Panitia Penguji,

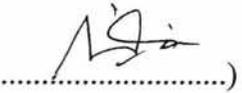
1. Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc, MPDK, DTM&H,
Sp.PD-KPTI, FINASIM

(.....)

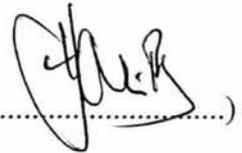
2. Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS

(.....)

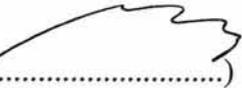
3. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep.,Ns., MANP

(.....)

4. Dr. Hari Basuki N., dr., M.Kes

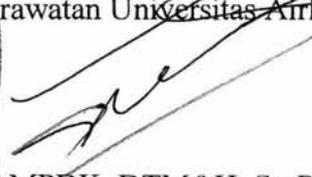
(.....)

5. Dr. Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes

(.....)

Mengetahui,
Ketua Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga




Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc, MPDK, DTM&H, Sp.PD-KPTI, FINASIM
NIP. 19470812.197412.1.001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala berkat-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul Peningkatan Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya tepat waktu.

Penyelesaian tesis ini tidak lepas dari bantuan dan pengarahan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini dengan segala kerendahan hati kami sampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS., selaku pembimbing I yang dengan kesabaran memberikan motivasi dan bimbingan dalam penyusunan tesis ini. Demikian juga kepada Ninuk Dian K., S.Kep.,Ns., MANP selaku pembimbing II yang banyak memberikan bimbingan dan semangat dalam penyusunan tesis ini, kiranya Tuhan senantiasa memberkati dan memberikan kebahagiaan kepada beliau berdua bersama keluarga.

Ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya juga kami sampaikan kepada :

1. Rektor Universitas Airlangga, Prof. Dr. Fasich, Apt., atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk menempuh pendidikan program magister keperawatan.
2. Laksamana Pertama TNI dr. Adi Riyono, Sp.KL., Ka Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk melakukan penelitian.
3. dr. Moch. Djumhana, Sp.M, Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk mengembangkan diri.

4. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes, sebagai Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang memberikan kesempatan untuk melakukan studi pada Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga.
5. Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc, MPDK, DTM&H, Sp.PD-KPTI, FINASIM, Ketua Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang banyak memfasilitasi proses perkuliahan pada Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga.
6. Dr. Hari Basuki N., dr., M.Kes dan Dr. Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes., selaku panitia penguji yang berkenan memberikan banyak masukan dan arahan demi kesempurnaan tesis ini
7. Prof. Dr. Yusti Probowati, Psi., Dekan Fakultas Psikologi Universitas Ubaya Surabaya yang memberikan banyak masukan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
8. dr. I Ketut Tirka Nandaka, Sp.KJ, selaku ketua komite etik penelitian kesehatan beserta anggota komite etik Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang memberikan masukan dan kesempatan melakukan penelitian.
9. Diyah Arini, S.Kep.,Ns., M.Kes, selaku Ka Prodi DIII Keperawatan yang selalu memberikan dukungan dan motivasi agar studi di Program magister ini segera dapat diselesaikan, dan seluruh civitas Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah berkenan membantu dalam penyusunan tesis ini.
10. Endang Susanti, AMK., Asih Dwi Nastiti, AMK dan seluruh perawat Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah berkenan berpartisipasi dan membantu dalam melakukan penelitian, serta responden Pasien Stroke di Ruang Saraf yang telah bersedia dengan tulus menjadi peserta penelitian.

11. Seluruh civitas akademika Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan rekan-rekan pada program Magister Keperawatan yang telah berkenan memberikan masukan dalam penyusunan tesis ini.
12. Ibu dan keluarga tersayang yang penuh kesabaran selalu mendoakan dan memberikan nasehat untuk selalu bersyukur dan tegar menghadapi masalah.
13. Seseorang tersayang yang dengan setia menemani dan memberikan dukungan mental saat peneliti hilang semangat dan akhirnya mampu menyelesaikan tesis ini.
14. Serta semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu-persatu dan telah banyak membantu peneliti sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini.

Peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan tesis ini, untuk itu kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari segenap pembaca. Akhirnya semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Surabaya, 10 Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Christina Yuliasuti
NIM : 131041044
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen :
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Peningkatan Motivasi untuk Sembuh pada Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : 14 Juli 2012

Yang menyatakan



(Christina Yuliasuti)

SUMMARY

INCREASED MOTIVATION TO RECOVER AMONG STROKE PATIENTS UNDERGOING THERAPEUTIC COMMUNICATION AT NEUROLOGIC WARD, Dr. RAMELAN NAVY HOSPITAL, SURABAYA

By Christina Yulastuti

Stroke is a cerebrovascular disease referring to each sudden neurological abnormality due to blood flow congestion or cessation of cerebral arterial supply system (Price & Wilson, 2005). Today, Indonesia is a country with largest stroke patients in Asia, and according to data provided by Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki) Jakarta, stroke cases in Indonesia increases from one year to another. Stroke cases at Neurological Ward, dr. Ramelan Navy Hospital, Surabaya, from December to February 2012 was 132 patients, averagely 44 patients per month.

Stroke may have impacts that present as not only physical disabilities, but also emotional and psychosocial disorder among the patients. It is possible that a stroke patient is mentally unready to accept the reality of disabilities due to stroke attack, making the patient become stressful. This can be indicated by low motivation to recover from stroke. Those who have willingness to recover from stroke usually have drove from himself to heal. This drive is generally termed as self-motivation, and it is this self-motivation that should be arised (Wardhana, 2011). If such motivation is consistently maintained, it may endorse recovery.

Therapeutic communication develops positive perception among the patients so that the coping mechanism will be appropriate and direct all actions of the patients toward recovery. This is called the motivation to recover. The objective of this study was to analyze improved motivation to recover in stroke patients undergoing therapeutic communication.

This study used experiment pre-test and post-test control group design. Total replication was 21 respondents, 11 served as treatment group and 10 respondents as control group. The independent variable was therapeutic communication, which was given as intervention. The dependent variable was motivation to recover and HSP70 level. Data collection used questionnaire and observation sheet. Data analysis was done using Paired *t*-test and independent *t*-test with significance level of 0.05.

Results showed that after therapeutic communication was given for stroke patients, there was increasing motivation to recover ($p = 0.001$), and there was an increase in Heat Shock Proteins 70 (HSP70) level ($p = 0.007$). There was significant difference in the motivation to recover between stroke patients with therapeutic communication and those undergoing communication according to ward standard ($p = 0.022$), and there was no significant difference in HSP70 level between stroke patients undergoing therapeutic communication and those undergoing communication according to ward standard ($p = 0.850$).

Increased motivation to recover among stroke patients due to therapeutic communication intervention principally increases patients' capability in developing constructive coping strategy to overcome their problem. Nurse uses appropriate

therapeutic communication technique to establish positive spiritual belief and knowledge of the patients in relations with their recovery, which may produce strong motivation to carry out any effort in enhancing recovery process. It was found that therapeutic communication also has effect on stress response, presenting as the increase of HSP70 level. However, such increase related more to stress biologically, that is the ischemic condition and inflammation in stroke patients.

In conclusion, therapeutic communication emphasized on spritual aspects may affect the increase of motivation to recover, that is the core of the recovery and improved HSP70 level, reducing ischemic injury and protect nerve cells through anti-inflammatory mechanism.

ABSTRACT**INCREASED MOTIVATION TO RECOVER AMONG STROKE PATIENTS UNDERGOING THERAPEUTIC COMMUNICATION AT NEUROLOGIC WARD, Dr. RAMELAN NAVY HOSPITAL, SURABAYA****By Christina Yuliasuti**

Motivation to recover is the core of post-stroke recovery, as it may serve as the base of the patients actions toward recovery. The objective of this study was to analyze increased motivation to recover in stroke patients undergoing therapeutic communication.

This study used experiment pre-test and post-test control group design. The experiment unit was stroke patients in Neurological Wards, Dr. Ramelan Navy Hospital, Surabaya, who met the inclusion criteria. Total replication was 21 respondents, comprising 11 respondents in treatment group and 10 respondents in control group. The independent variable was therapeutic communication, which was provided as intervention. The dependent variable was motivation to recover and HSP70 level. Data collection was undertaken using questionnaire and observation level. Data were analyzed with paired t-test and Independent t-test with significance level of 0.05.

Results showed that after therapeutic communication was given for stroke patients, there was increasing motivation to recover ($p = 0.001$), and there was an increase in Heat Shock Proteins 70 (HSP70) level ($p = 0.007$). There was significant difference in the motivation to recover between stroke patients with therapeutic communication and those undergoing communication according to ward standard ($p = 0.022$), and there was no significant difference in HSP70 level between stroke patients undergoing therapeutic communication and those undergoing communication according to ward standard ($p = 0.850$).

In conclusion, with therapeutic communication nurses may direct the stroke patients toward positive spirituality. Spiritual power is a source of energy that increase motivation to recover and increase the HSP70 level as the healing repair process. It is suggested to improve nurses capability in therapeutic communication *with training on the use of technique and models in therapeutic communication (spirituality aspect)*.

Keywords: motivation to recover, Heat Shock Proteins 70 (HSP70), therapeutic communication, spirituality, Stroke

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Prasyarat Gelar	iii
Pernyataan Orisinalitas	iv
Persetujuan	v
Penetapan Panitia Penguji	vi
Kata Pengantar	vii
Pernyataan Persetujuan Publikasi Karya Ilmiah untuk Kepentingan Akademis	x
<i>Summary</i>	xi
<i>Abstract</i>	xiii
Daftar Isi	xiv
Daftar Gambar	xvii
Daftar Tabel	xviii
Daftar Bagan	xxi
Daftar Lampiran	xxii
Daftar Singkatan	xxiii
Bab 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah	7
1.4 Tujuan Peneitian	8
1.4.1 Tujuan Umum	8
1.4.2 Tujuan Khusus.....	8
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.5.2 Manfaat Praktis	8
Bab 2 Tinjauan Pustaka	10
2.1 Konsep Stroke	10
2.1.1 Pengertian Stroke	10
2.1.2 Penyebab Stroke.....	10
2.1.3 Jenjang iskemik dan Cedera sekunder	11
2.1.4 Tanda dan Gejala Stroke.....	13
2.1.5 Klasifikasi Stroke.....	13
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik.....	14
2.1.7 Dampak Stroke	15
2.1.8 Manajemen Stroke	17
2.1.9 Komplikasi Stroke.....	18
2.2 Konsep Stres	19
2.2.1 Pengertian Stress.....	19
2.2.2 Mekanisme Stres.....	20

2.3 Konsep Persepsi	20
2.3.1 Pengertian Persepsi	20
2.3.2 Proses Persepsi	22
2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Persepsi	23
2.4 Konsep Motivasi	24
2.4.1 Pengertian Motivasi	24
2.4.2 Motivasi intrinsik dan ekstrinsik.....	25
2.4.3 Teori Motivasi.....	25
2.4.4 Motivasi untuk Sembuh	30
2.5 Konsep Spiritualitas	33
2.5.1 Pengertian Spiritualitas	33
2.5.2 Spiritualitas dalam Keperawatan	33
2.5.3 Aspek Spiritualitas.....	34
2.5.4 Faktor Spiritualitas/religiusitas	38
2.6 Konsep Komunikasi Terapeutik	39
2.6.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik	39
2.6.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik	39
2.6.3 Komponen Komunikasi	42
2.6.4 Teknik Komunikasi Terapeutik Perawat	42
2.6.5 Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik	50
2.6.6 Tahap Komunikasi Terapeutik.....	51
2.6.7 Faktor-faktor penghambat Komunikasi	60
2.7 Konsep Model Interaksi King	61
2.8 Konsep <i>Heat Shock Protein 70</i>	64
Bab 3 Kerangka Konseptual dan Hipotesis Penelitian	67
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	67
3.2 Hipotesis Penelitian	69
Bab 4 Metode Penelitian	70
4.1 Desain Penelitian	70
4.2 Unit Eksperimen dan Replikasi	70
4.2.1 Unit Eksperimen	70
4.2.2 Replikasi	71
4.3 Variabel Penelitian	71
4.3.1 Klasifikasi Variabel	71
4.3.2 Definisi Operasional	72
4.4 Responden dan Bahan Penelitian.....	73
4.5 Instrumen Penelitian	73
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	74
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	74
4.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data.....	75
4.9 Kerangka Operasional.....	77
Bab 5 Analisis Hasil Penelitian	78
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	78
5.1.1 Visi, Misi dan Motto Rumkital Dr. Ramelan Surabaya	78
5.1.2 Fasilitas Pelayanan di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya	79

5.1.3 Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya	80
5.2 Karakteristik Data Umum	81
5.3 Data Khusus Penelitian	86
5.3.1 Motivasi untuk sembuh pasien Stroke.....	86
5.3.2 Kadar <i>HSP70</i> pasien Stroke	88
Bab 6 Pembahasan	93
6.1 Motivasi untuk sembuh pasien Stroke.....	93
6.2 Kadar <i>HSP70</i> pasien Stroke	102
6.3 Keterbatasan Penelitian	106
Bab 7 Kesimpulan dan Saran	107
7.1 Kesimpulan	107
7.2 Saran	107
DAFTAR PUSTAKA	109
LAMPIRAN-LAMPIRAN	113

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Penelitian	6
Gambar 2.1 Alur Mekanisme Respons Tubuh Terhadap Stres.....	20
Gambar 2.2 Model Interaksi King	62
Gambar 3.1 Kerangka konseptual	67

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Desain Penelitian	70
Tabel 4.2	Definisi Operasional	72
Tabel 4.3	Klasifikasi Pernyataan Kuesioner Motivasi untuk sembuh	74
Tabel 5.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur	81
Tabel 5.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	81
Tabel 5.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Agama	82
Tabel 5.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir	82
Tabel 5.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan	83
Tabel 5.6	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perawatan	83
Tabel 5.7	Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Menderita Stroke	84
Tabel 5.8	Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Masuk RS	84
Tabel 5.9	Karakteristik Responden Berdasarkan Diagnosis Medis	85
Tabel 5.10	Karakteristik Responden Berdasarkan Kejadian Serangan	85
Tabel 5.11	Hasil Uji Analisis <i>Independent t-test</i> (pre-pre) Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang dilakukan Komunikasi Terapeutik dengan yang dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012 ...	86
Tabel 5.12	Hasil Uji Analisis <i>Independent t-test</i> (post-post) Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang dilakukan Komunikasi Terapeutik dengan yang dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012	87
Tabel 5.13	Hasil Uji Analisis <i>Paired-t-test</i> (pre-post) Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012	87

Tabel 5.14 Hasil Uji Analisis <i>Paired-t-test</i> (pre-post) Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012	88
Tabel 5.15 Hasil Uji Analisis <i>Independent t-test</i> Perubahan Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang dilakukan Komunikasi Terapeutik dengan yang dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012	88
Tabel 5.16 Hasil Uji Analisis <i>Independent t-test</i> (pre-pre) Kadar <i>Heat Shock Proteins 70</i> Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik dengan yang dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012	89
Tabel 5.17 Hasil Uji Analisis <i>Independent t-test</i> (post-post) Kadar <i>Heat Shock Proteins 70</i> Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik dengan yang dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012	89
Tabel 5.18 Hasil Uji Analisis <i>Paired-t test</i> (pre-post) Kadar <i>Heat Shock Proteins 70</i> Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012	90
Tabel 5.19 Hasil Uji Analisis <i>Paired-t test</i> (pre-post) Kadar <i>Heat Shock Proteins 70</i> Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012.....	90
Tabel 5.20 Hasil Uji Analisis <i>Independent t-test</i> Perubahan Kadar <i>Heat Shock Proteins 70</i> Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik dengan yang dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012	91
Tabel 5.21 Hasil Uji Analisis <i>Korelasi Pearson</i> Perubahan Motivasi untuk Sembuh dengan Perubahan Kadar <i>Heat Shock Proteins 70</i> Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012	91

Tabel 5.22 Hasil Uji Analisis <i>Korelasi Pearson</i> Perubahan Motivasi untuk Sembuh dengan Perubahan Kadar <i>Heat Shock Proteins 70</i> Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012	92
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

DAFTAR BAGAN

Bagan 4.1 Kerangka Operasional 77

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian	113
Lampiran 2	Keterangan Kelaikan etik (<i>Ethical Clearance</i>)	114
Lampiran 3	Penjelasan untuk Mendapatkan Persetujuan	115
Lampiran 4	Persetujuan Menjadi Responden Penelitian	116
Lampiran 5	Instrumen Penelitian	117
Lampiran 6	Panduan Komunikasi Terapeutik	120
Lampiran 7	Prosedur Pengukuran <i>HSP70</i>	133
Lampiran 8	Hasil Analisis Statistik	135
Lampiran 9	Dokumentasi Pemeriksaan <i>HSP70</i> di TDC Unair	145

DAFTAR SINGKATAN

ATP	: Adenosin Tri Phosphat
CBF	: <i>Cerebral Blood Fluid</i>
CVA	: <i>Cerebrovascular attack</i>
EEG	: <i>Electroencephalogram</i>
ERG	: <i>Exsistence Relatedness Growth</i>
HSP70	: <i>Heat Shock Proteins 70</i>
IPS	: Insan Pasca Stroke
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
NMDA	: N-Metil-D-Aspartat
NOS	: Nitra Oksida Sintase
Rumkital	: Rumah Sakit Angkatan Laut
TDC	: <i>Tropical Disease Center</i>
Yastroki	: Yayasan Stroke Indonesia

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke sering menimbulkan permasalahan yang kompleks, baik dari segi kesehatan, ekonomi maupun sosial serta membutuhkan penanganan yang komprehensif termasuk upaya pemulihan dalam jangka waktu lama bahkan sepanjang sisa hidup pasien (Mulyatsih, 2003). Orang yang mempunyai keinginan sembuh dari sakit karena serangan stroke, biasanya ada dorongan dari dalam dirinya untuk sembuh. Dorongan ini secara umum dapat disebut sebagai motivasi diri dan motivasi inilah yang harus dibangkitkan (Wardhana, 2011), jika motivasi tersebut dipertahankan secara konsisten dapat mendorong pemulihan.

Di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, penderita stroke mengalami ketergantungan pada orang lain, tidak dapat melakukan pekerjaan maupun aktivitas lain, merasa tidak mampu serta menyesuaikan diri terhadap kondisi sakit. Hal ini dapat mengakibatkan perubahan dalam kehidupan penderita yang menjadi salah satu pemicu terjadinya stres. Hal tersebut dapat dilihat dari motivasi yang rendah untuk pulih dari kondisi Stroke. Komunikasi yang telah dilakukan perawat dengan pasien di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dalam hal pemenuhan kebutuhan dasar manusia sehari-hari serta pemberian motivasi untuk segera sembuh, namun hingga saat ini motivasi untuk sembuh pada pasien stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik di tempat penelitian belum dapat dijelaskan.

Menurut data yang diberikan oleh Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki) Jakarta, kasus Stroke di Indonesia meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 1990-an kasus stroke diperkirakan menyerang 500.000 orang dan meninggal atau cacat karena serangan stroke diperkirakan mencapai 125.000 orang. Suatu angka yang cukup memprihatinkan dan angka tersebut naik lebih besar setelah tahun 2000-an. Pada tahun 2004 hasil pemantauan pada beberapa rumah sakit di Indonesia, pasien stroke yang menjalani rawat inap sebanyak 23.636 orang, sedangkan yang menjalani rawat jalan atau tidak dibawa ke rumah sakit karena masalah biaya dan masalah jarak ke rumah sakit yang jauh, diperkirakan jauh lebih besar (Yastroki dalam Wardhana, 2011). Saat ini Indonesia merupakan negara dengan jumlah pasien *stroke* terbesar di Asia, karena berbagai sebab selain penyakit *degeneratif*, terbanyak karena stres ini sangat memprihatinkan mengingat *Insan Pasca Stroke* atau IPS biasanya merasa rendah diri dan emosinya tidak terkontrol dan selalu ingin diperhatikan. Para IPS biasanya merasa kondisi tubuhnya yang cacat menyebabkan mereka tidak berdaya dan merasa perlu dibantu oleh anggota keluarga lain. Bila tidak diberikan semangat mereka selamanya akan bergantung dengan anggota keluarga lain dan tidak mandiri (Yastroki).

Kasus stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr.Ramelan Surabaya pada bulan Desember hingga Pebruari 2012 sebanyak 132 pasien, dengan rata-rata perbulan 44 pasien. Berdasarkan studi pendahuluan terhadap 3 orang pasien Stroke didapatkan 1 pasien (33,3%) pernah menurun kondisinya karena motivasi kurang, namun ingin segera pulih dari sakitnya seperti dulu setelah diberikan motivasi oleh perawat, 1 pasien merasa tenang karena merupakan serangan stroke yang ke

dua (33,3%) dan 1 pasien (33,3%) masih tidak menerima kondisi sakitnya sekarang, cenderung diam dan merasa tidak mampu melakukan apa-apa.

Serangan stroke baik stroke iskemik maupun stroke hemoragik akibat yang ditimbulkan sama, yaitu hilangnya fungsi kontrol otak yang berakibat pada kelumpuhan bagian tubuh tertentu. Keadaan inilah yang menimbulkan komplikasi dan dampak pada penderita stroke yang perlu mendapat perhatian, agar komplikasi dan dampak yang ditimbulkan tidak menjadi lebih parah (Wardhana, 2011). Pada tahap awal setelah terjadinya stroke, pasien merasa bingung dan mengalami ketergantungan yang sangat besar terhadap orang lain (Mulyatsih, 2003). Ketidakberdayaan serta kurangnya penerimaan diri pasien menjadi faktor psikologis yang mampu mengarahkan pasien pada tingkat stres, cemas bahkan depresi (Stuart dan Sundeen, 1998). Hal ini didukung oleh Wardhana (2011) bahwa dampak Stroke tersebut tidak hanya berupa keterbatasan fisik namun juga gangguan emosional dan psikososial penderita, ada kemungkinan penderita stroke tidak siap mental untuk menerima kenyataan adanya cacat akibat serangan stroke yang bisa menyebabkan penderita stroke jadi stres. Respons terhadap stresor tersebut dipengaruhi oleh *stress perception* penderita stroke. Persepsi terhadap stressor inilah yang harus diubah ke arah positif supaya dapat menghasilkan respons yang positif juga, untuk dapat mencapai hal tersebut diperlukan interaksi sosial antara perawat dan pasien dimana pada akhirnya hubungan saling percaya dapat ditindaklanjuti dengan hubungan timbal balik saling menguntungkan dan harus dikerjakan dengan penuh tanggung jawab dengan suasana *human caring* (Nasir, et al., 2011).

Lima-Basto (2010) dalam *systematic review*-nya menjelaskan bahwa untuk mencapai hubungan perawat dan pasien yang timbal balik dalam suasana yang dinamis dimana penetapan kontrak dan hubungan yang saling menguntungkan memerlukan strategi komunikasi. Hubungan yang terapeutik menyangkut hubungan pribadi, berfokus pada pasien dan diarahkan untuk mencapai tujuan bersama. Penelitian Fleischer, et al (2009) menunjukkan bahwa tujuan utama komunikasi dan interaksi antara perawat dan klien adalah mempengaruhi status kesehatan dan kesejahteraan pasien.

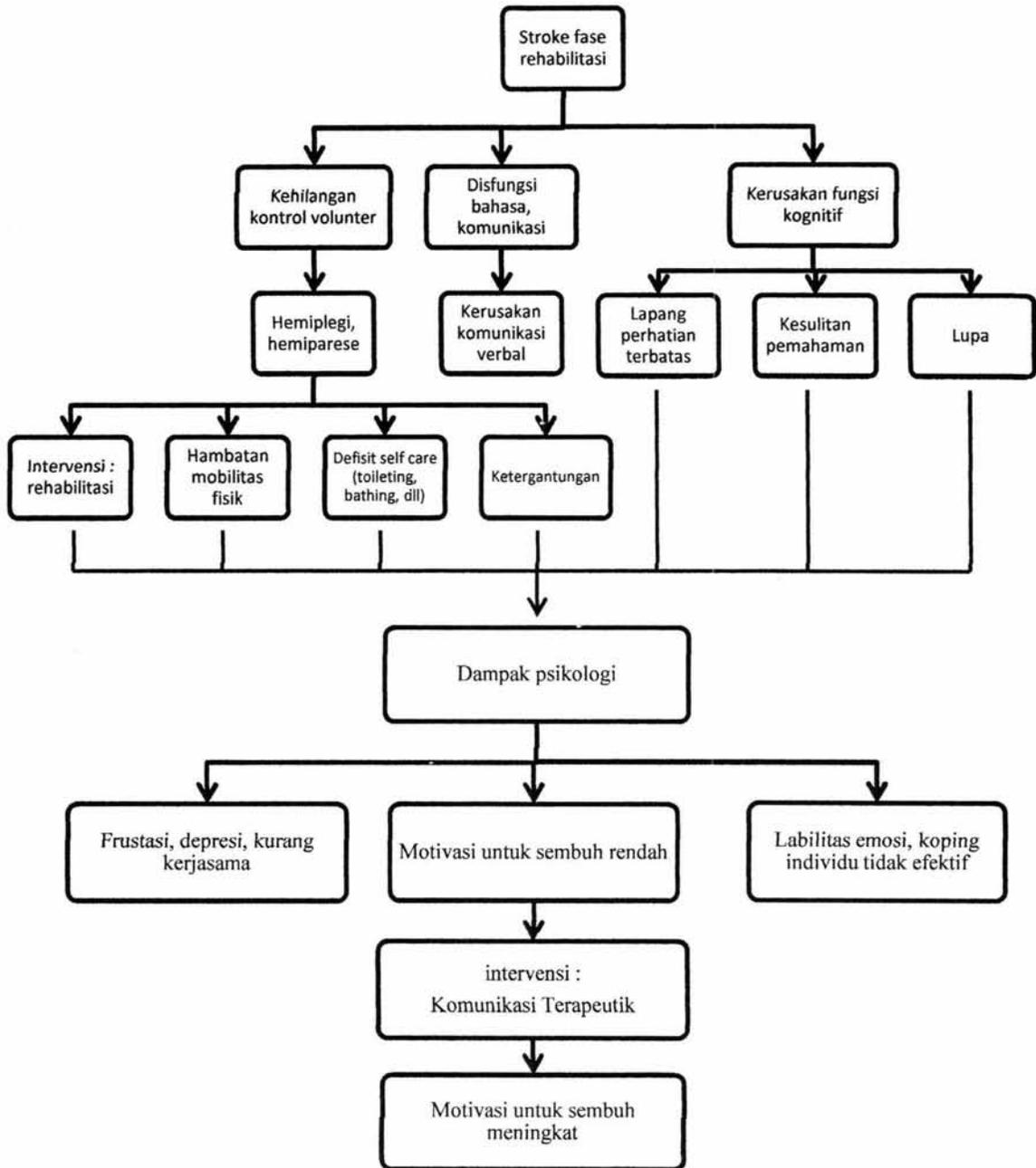
Komunikasi terapeutik sengaja dirancang agar hubungan perawat dan klien menjadi efektif dalam rangka mencapai kesembuhan (Nasir, et al., 2011). Komunikasi terapeutik membangun persepsi yang positif dalam diri pasien sehingga mekanisme koping yang digunakan akan tepat dan mengarahkan segala tindakan ke arah kesembuhan yang disebut motivasi untuk sembuh. Di dalam otak persepsi positif dan motivasi untuk sembuh akan merangsang hipotalamus dan mempengaruhi sel dalam berespon terhadap stresor pasien stroke (kelemahan, ketergantungan, pemulihan yang lama, dll) sehingga kadar *heat shock proteins (HSP) 70* meningkat. Penelitian menyebutkan HSP70 melindungi sel melalui pencegahan agregasi protein, pelipatan kembali sebagian protein yang telah mengalami denaturasi, mengurangi respon inflamasi dan menghambat jalur kematian sel (Brown, tanpa tahun), dan mencegah kerusakan dan efek negatif terhadap stress sehingga ada perbaikan endotel.

Motivasi berkaitan erat dengan kebutuhan seseorang, dimana pada pasien stroke yang menjadi kebutuhannya adalah tidak tergantung dengan orang lain, dapat bekerja dan beraktivitas kembali, hal ini timbul karena adanya perubahan

dalam diri pasien yang dirangsang melalui pemberian komunikasi terapeutik. Begitu terjadi perubahan, timbul energi dan motivasi untuk sembuh yang mendasari perilaku ke arah tujuan. Motivasi ini merupakan respons dari persepsi yang benar terhadap stressor pasien. Dengan demikian dapatlah dikatakan bahwa motivasi sembuh pada dasarnya adalah kondisi mental yang mendorong dilakukannya suatu tindakan (*action atau activities*) dan memberikan kekuatan (*energy*) yang mengarah kepada pencapaian kesembuhan. Penerimaan akan kondisi sakitnya, harapan yang dimiliki, serta pengetahuan yang benar akan rencana pemulihan, menjadi motif utama yang mendorong pasien Stroke untuk dapat bangkit kembali. Apabila pasien tidak termotivasi untuk sembuh, maka perilaku yang ditunjukkan menjadi tidak mengarah pada upaya kesembuhan seperti latihan fisik dalam masa pemulihan dan rehabilitasi, sehingga berpotensi memunculkan berbagai masalah kesehatan lain seperti timbulnya kontraktur, atropi dan lain-lain yang pada akhirnya menghambat pemulihan, memperpanjang masa hari rawat dan memperbanyak pengeluaran biaya.

Hubungan terapeutik antara pasien dan perawat dapat dilaksanakan melalui komunikasi terapeutik sehingga meningkatkan motivasi untuk sembuh pasien yang merupakan inti pemulihan pasca stroke, tetapi penelitian tentang peningkatan motivasi pada pasien pasca stroke yang diberikan komunikasi terapeutik di tempat ini belum pernah dilakukan, sehingga perlu diteliti lebih lanjut. Apabila hal ini dapat dijelaskan secara ilmiah, maka komunikasi terapeutik dapat lebih diaplikasikan secara benar dalam pemberian pelayanan keperawatan profesional khususnya dalam meningkatkan motivasi untuk sembuh pada pasien pasca stroke.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Penelitian Peningkatan Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Penjelasan Identifikasi Masalah :

Stroke sering menimbulkan berbagai dampak pada penderitanya, kehilangan kontrol volunter yang menyebabkan penderita mengalami hemiplegi/hemiparese sehingga memungkinkan terjadi hambatan mobilitas fisik, defisit *self care* dan ketergantungan pada orang lain. Penderita juga dapat mengalami disfungsi bahasa sehingga kesulitan dalam berkomunikasi verbal, serta dapat juga terjadi kerusakan fungsi kognitif. Selanjutnya dampak tersebut akan memicu stres sebagai respon tubuh terhadap beban psikologis (akibat stroke) yang menimpa diri penderita. Dampak psikologis dapat berupa depresi, labilitas emosi serta motivasi untuk sembuh yang rendah. Apabila pasien tidak termotivasi untuk sembuh, maka perilaku yang ditunjukkan menjadi tidak mengarah pada upaya kesembuhan seperti latihan fisik dalam masa pemulihan dan rehabilitasi, sehingga berpotensi memunculkan berbagai masalah kesehatan lain. Motivasi untuk sembuh ini merupakan inti pemulihan pasca stroke, karena dapat mendasari perilaku penderita kearah tujuan yaitu kesembuhan. Komunikasi terapeutik pada penderita stroke diharapkan dapat meningkatkan motivasi untuk sembuh.

1.3 Rumusan Masalah

1. Apakah terdapat peningkatan motivasi untuk sembuh pada pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik?
2. Apakah terdapat peningkatan kadar *heat shock proteins* 70 (HSP70) pada pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis peningkatan motivasi untuk sembuh pada pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis peningkatan motivasi untuk sembuh pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik.
2. Menganalisis peningkatan kadar *heat shock proteins 70* (HSP70) pada pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan tambahan informasi dalam pengembangan ilmu keperawatan bahwa komunikasi terapeutik membangun persepsi positif dan motivasi untuk sembuh pada pasien stroke sehingga menyebabkan kadar HSP70 meningkat yang melindungi sel dalam berrespons terhadap stresor sehingga terjadi perbaikan endotel.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi responden (pasien Stroke)

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan gambaran bagi pasien stroke mengenai pentingnya mempunyai persepsi yang positif terhadap kondisi sakitnya, hal ini akan membangkitkan motivasi untuk sembuh.

2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran dan pedoman bagi pelaksanaan penelitian selanjutnya.

3. Bagi Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan wawasan lebih luas bahwa komunikasi terapeutik dapat digunakan untuk memotivasi pasien stroke untuk dapat mencapai tahap pemulihan yang optimal.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Pengertian Stroke

Istilah *stroke* atau penyakit serebrovaskular mengacu kepada setiap gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau berhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak (Price & Wilson, 2005). Stroke atau cedera serebrovaskular (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, yang biasa diakibatkan oleh trombosis, embolisme, iskemia dan hemoragi (Smeltzer, 2002).

Gejala stroke dapat bersifat fisik, psikologis dan perilaku. Gejala fisik yang paling khas adalah paralisis, kelemahan, hilangnya sensasi diwajah, lengan atau tungkai disalah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara, kesulitan menelan dan hilangnya sebagian penglihatan disatu sisi. Seorang dikatakan terkena stroke jika salah satu atau kombinasi apapun dari gejala diatas berlangsung selama 24 jam atau lebih (Feigin, 2007).

2.1.2. Penyebab Stroke

1. Trombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak dan leher). Aterosklerosis serebral dan pelambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama, trombosis serebral merupakan penyebab yang umum pada serangan stroke.
2. Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain). Abnormalitas patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis, infeksi, penyakit jantung rematik dan infark miokard serta infeksi

pulmonal adalah tempat-tempat asal emboli. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabang yang merusak sirkulasi serebral.

3. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak). Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.

4. Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Hemoragi dapat terjadi diluar durameter (hemoragi ekstradural dan epidural), dibawah durameter (hemoragi subdural), diruang subarakhnoid (hemoragi subarakhnoid) atau didalam substansi otak (hemoragi intraserebral) (Smeltzer, 2002).

2.1.3 Jenjang Iskemik dan Cedera sekunder

Price & Wilson (2005 :1116) mengemukakan bahwa sebagian besar stroke berakhir dengan kematian sel di daerah pusat lesi (infark) tempat aliran darah mengalami penurunan drastis sehingga sel tersebut biasanya tidak dapat pulih. Ambang perfusi ini biasanya terjadi apabila CBF hanya 20% dari normal atau kurang. CBF normal adalah sekitar 50ml/100 g jaringan otak/menit. *The National Stroke Association* (2001) telah meringkaskan mekanisme cedera sel akibat stroke sebagai berikut :

1. Tanpa obat-obat neuroprotektif, sel-sel saraf yang mengalami iskemia 80% atau lebih (CBF 10 ml/100 g jaringan otak/menit) akan mengalami kerusakan ireversibel dalam beberapa menit.
2. Cedera dan kematian sel otak berkembang sebagai berikut :
 - a. Tanpa pasokan darah yang memadai, sel-sel otak kehilangan kemampuan untuk menghasilkan energi-terutama adenosin trifosfat (ATP)

- b. Apabila terjadi kekurangan energi ini, pompa natrium-kalium sel berhenti berfungsi sehingga neuron membengkak
- c. Salah satu cara sel otak berespons terhadap terhadap kekurangan energi ini adalah dengan meningkatkan konsentrasi kalsium intrasel. Yang memperparah masalah, dan mendorong konsentrasi ke tingkat yang membahayakan, adalah proses eksitotoksisitas, yaitu sel otak melepaskan neurotransmitter eksitatorik glutamat dalam jumlah berlebihan. Glutamat yang dibebaskan ini merangsang aktivitas kimiawi dan listrik di sel otak lain dengan melekat ke suatu molekul di neuron lain, reseptor N-metil-D-aspartat (NMDA). Pengikatan reseptor ini memicu pengaktifan enzim nitra oksida sintase (NOS), yang menyebabkan terbentuknya molekul gas, nitrat oksida (NO). Pembentukan NO dapat terjadi secara cepat dan jumlah besar sehingga terjadi penguraian dan kerusakan struktur-struktur sel yang vital. Proses ini terjadi melalui perlemahan asam deoksiribonukleosida (DNA) neuron, yang, pada gilirannya, mengaktifkan enzim, poli (adenosin difosfat-(ADP) ribosa) polimerase (PARP). PARP adalah suatu enzim nukleus yang mengenali kerusakan pada untai DNA dan sangat penting dalam perbaikan DNA (Mandri et al, 2001). Namun, PARP diperkirakan menyebabkan dan mempercepat eksitotoksisitas setelah iskemia serebrum, sehingga terjadi deplesi energi sel yang hebat dan kematian sel (apoptosis).
- d. NO terdapat secara alami di tubuh dan meningkatkan banyak fungsi fisiologik yang bergantung pada vasodilatasi, seperti ereksi penis; zat ini juga merupakan bahan aktif dalam obat vasodilator kuat seperti natrium nitroprusid (Nipride). Namun, dalam jumlah berlebihan, NO dapat menyebabkan

kerusakan dan kematian neuron. Obat yang dapat menghambat NOS dan produksi NO atau menghambat kerja enzim PARP mungkin akan bermanfaat untuk mengurangi kerusakan otak akibat stroke.

- e. Sel otak akhirnya mati akibat kerja berbagai protease (enzim yang mencerna protein sel) yang diaktifkan oleh kalsium, lipase (enzim yang mencerna membran sel), dan radikal bebas yang terbentuk akibat jengjang iskemik.

Akhirnya, jaringan otak yang mengalami infark membengkak dan dapat menimbulkan tekanan dan distorsi serta merusak batang otak.

2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala dari stroke dapat berupa defisit lapang pandang seperti kehilangan setengah lapang penglihatan, kehilangan penglihatan perifer, dan diplopia. Defisit motorik (seperti *Hemiparesis*, *Hemiplegia*, *Ataksia*, *Disartria* dan *Disfagia*), defisit sensori (seperti *Parestesia*), defisit verbal (seperti *Afasia ekspresif*, tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, *Afasia reseptif*: tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, *Afasia global*: kombinasi *afasia ekspresif dan reseptif*). Defisit kognitif (seperti kehilangan memori jangka pendek dan panjang, Penurunan lapang perhatian, Perubahan penilaian, Kerusakan untuk berkonsentrasi). Defisit emosional (seperti kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, perasaan isolasi) (Smeltzer, 2002).

2.1.5 Klasifikasi

1. Klasifikasi Stroke menurut patologi serangan Stroke
 - a. Stroke Hemoragi, stroke ini merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid, disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak

- pada area otak tertentu. Biasanya kejadian saat melakukan aktifitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun.
- b. Stroke Nonhemoragi, stroke ini dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat istirahat, bangun tidur, atau dipagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan edema sekunder.
2. Klasifikasi stroke menurut perjalanan penyakit atau stadium
 - a. TIA, gangguan neurologis fokal yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja dan gejala akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.
 - b. Stroke involusi, stroke yang terjadi masih terus berkembang dan gejala neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses dapat berjalan 24 jam atau beberapa hari.
 - c. Stroke komplet, gangguan neurologis yang timbul sudah menetap atau permanen.

(Muttaqin, 2008)

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang diperlukan dalam membantu menegakkan diagnosis Stroke menurut Muttaqin, (2008) meliputi angiografi serebri, pungsi lumbal, *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), Ultrasonografi Doppler, Elektroencefalogram (EEG), CT scan.

2.1.7 Dampak Stroke

Dampak Stroke biasanya tergantung dari bagian otak yang mengalami injuri, keparahan dan status kesehatan seseorang. Keparahan yang ditimbulkan berdasarkan dari ukuran dan letak terjadinya perdarahan dan infark yang terjadi dalam otak, sehingga dapat diketahui seberapa besar gangguan fungsional yang diderita oleh pasien. Defisit neurologis yang terjadi tergantung dari pembuluh darah mana yang tersumbat dan ukuran area otak yang mengalami ketidakadekuatan perfusi. Dampak Stroke menurut Mutaqqin (2008) dan Smeltzer (2004) meliputi :

1. Gangguan motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegi (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis, kelemahan otot pada satu sisi tubuh.

2. Disfungsi bahasa dan komunikasi

Penurunan kemampuan bahasa tergantung dari daerah lesi yang mempengaruhi fungsi dari serebri. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area wernicke) didapatkan disfasia reseptif, yaitu penderita tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area broca) didapatkan disfasia ekspresif dimana penderita

dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar.

3. Gangguan persepsi sensori

Gangguan ini dapat berupa pasien mengalami ketidakmampuan untuk menginterpretasi sensasi. Kehilangan sensorik karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan proprioseptif (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil dan auditorius.

4. Kerusakan fungsi kognitif dan psikologis

Kerusakan fungsi kognitif dan psikologis didapatkan bila kerusakan terjadi pada lobus frontal kapasitas, memori atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi, yang menyebabkan pasien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi. Masalah psikologis lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh labilitas emosional, frustrasi dan kurang kerjasama.

5. Gangguan eliminasi

Setelah Stroke penderita mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitten

dengan teknik steril. Demikian halnya adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Mutaqqin, 2008).

6. Gangguan kesadaran

Kualitas kesadaran pasien Stroke merupakan parameter yang paling mendasar dan penting. Serangan Stroke pada hemisfer serebri, biasanya tidak langsung mengakibatkan penurunan kesadaran, namun serangan Stroke yang sangat parah pada bagian otak ini mungkin menurunkan kesadarannya sebagai akibat terjadinya edema serebral. Perubahan terjadi dalam otak dan batang otak kemungkinan terdesak sehingga kesadaran berangsur-angsur terus menurun. Namun demikian, sebagian pasien yang mengalami Stroke pada hemisfer serebri tetap sadar selama perjalanan penyakitnya.

2.1.8 Manajemen Stroke

Terapi darurat memiliki tiga tujuan, yaitu : yang pertama mencegah terjadinya cedera otak akut dengan memulihkan perfusi ke daerah iskemik non infark, yang kedua memperbaiki cedera saraf sedapat mungkin, yang ketiga mencegah cedera neurologik lebih lanjut dengan melindungi sel didaerah iskemik dari kerusakan lebih lanjut (Smeltzer, 2002).

Pada stroke iskemik akut, mempertahankan fungsi jaringan adalah tujuan dari apa yang disebut sebagai strategi *neuroprotektive*. Terapinya dapat berupa hipotermia, dan pemakaian obat neuroprotektif seperti antikoagulasi, trombolisis intravena, trombolisis intra arteri. Selain itu terapi yang digunakan adalah terapi perfusi dimana dilakukan induksi hipertensi untuk meningkatkan tekanan darah arteri rata-rata sehingga perfusi otak dapat meningkat. Pengendalian edema dan

terapi medis umum juga dilakukan, serta terapi bedah untuk mencegah tekanan dan distorsi pada jaringan yang masih sehat (Price & Wilson, 2005).

2.1.9 Komplikasi Stroke

Komplikasi medis yang sering menyebabkan kematian dalam bulan pertama setelah stroke adalah : yang pertama terjadi pembengkakan otak diikuti oleh dislokasi yang menyebabkan tertekannya pusat-pusat vital di otak yang mengendalikan pernapasan dan denyut jantung. Kedua, terjadi pneumonia aspirasi yang diakibatkan masuknya makanan atau cairan kedalam paru oleh karena mengalami disfagia. Ketiga, terjadi bekuan darah di arteri jantung dan paru. Keempat, terjadi infeksi saluran kemih, infeksi dada, dan infeksi kulit akibat dekubitus. Kelima, terjadi komplikasi kardiovaskuler seperti gagal jantung (Smeltzer, 2002).

Setelah stroke iskemik atau perdarahan intraserebrum, sel yang mati dan hematoma itu diganti oleh kista yang mengandung cairan serebrospinalis. Pada kondisi ini mungkin pasien mengalami komplikasi yang dapat menyebabkan kematian atau cacat. Gejala sisa stroke mencakup komplikasi antara lain : 80% pasien Stroke mengalami penurunan parsial atau total gerakan dan kekuatan lengan atau tungkai di salah satu sisi tubuh, 30% mengalami masalah komunikasi, 30% mengalami kesulitan menelan (disfagia), 10% mengalami masalah melihat, banyak pasien stroke menderita sakit kepala, tanpa pencegahan yang memadai, 10-20% pasien dapat mengalami dekubitus (Feigin, 2007).

2.2 Konsep Stres

2.2.1 Pengertian Stres

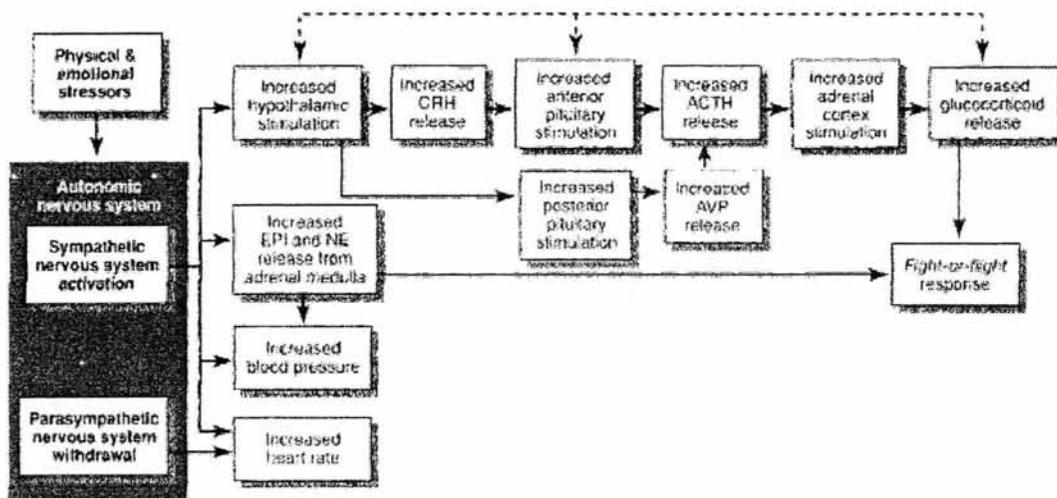
Menurut Selye, stres adalah respons manusia yang bersifat nonspesifik terhadap setiap tuntutan kebutuhan yang ada dalam dirinya (Pusdiknakes, Dep.Kes.RI,1989). Stres adalah reaksi atau respons tubuh terhadap stresor psikososial (tekanan mental atau beban kehidupan) (Hawari, 2001).

Dhabhar & Mc Ewen, 1997 (dalam Asiyah, 2010:13) menyatakan bahwa stres adalah kumpulan dari beberapa kejadian, terdiri dari stimulus (*stressor*) yang memberikan reaksi segera terhadap otak (*stress perception*) dan aktivitas sistem fisiologis (*stress response*). *Stress response* ini seringkali dipandang memiliki efek adaptif, ketika stres terjadi secara akut dan menimbulkan efek yang membahayakan ketika stres terjadi secara kronik. Konsep ini selanjutnya disebut sebagai *stress perception* dan *stress response*. Kedua bentuk stres ini menggambarkan respon terhadap stimulus dan stressor. *Stress perception* merupakan tahap awal dalam mengartikan sumber stres atau stressor yang diterima organ sensoris dan menentukan ketepatan *stress response* terhadap stressor tersebut. Dengan demikian *stress perception* yang bersifat kontekstual dapat ditelaah secara empirik melalui pengukuran *stress response* yaitu perubahan biologis dari semua sistem yang terkait dengan ketahanan tubuh. Semua sensasi yang diterima oleh organ sensoris akan dipersepsi oleh individu. Selanjutnya individu akan merespon stressor tersebut hingga dapat mencapai keseimbangan baru (*eutres*) atau menyebabkan gangguan keseimbangan (*distress*) (Putra, 2005 dalam Asiyah, 2010:13).

2.2.2. Mekanisme Stres

Empat variabel psikologik yang mempengaruhi mekanisme respons stres :

1. Kontrol: keyakinan bahwa seseorang memiliki kontrol terhadap *stresor* yang mengurangi intensitas respons stres.
2. Prediktabilitas: *stresor* yang dapat diprediksi menimbulkan respons stres yang tidak begitu berat dibandingkan stresor yang tidak dapat diprediksi.
3. Persepsi: pandangan individu tentang dunia dan persepsi *stresor* saat ini dapat meningkatkan atau menurunkan intensitas respons stres.
4. Respons koping: ketersediaan dan efektivitas mekanisme mengikat ansietas dapat menambah atau mengurangi respons stres.



Sumber : Klein & Corwin (2002) dalam Corwin (2008)

Gambar 2.1 Alur mekanisme respons tubuh terhadap stress

2.3 Konsep Persepsi

2.3.1 Pengertian Persepsi

Persepsi adalah proses ketika kita menjadi sadar akan banyaknya stimulus yang mempengaruhi indra kita. Persepsi mempengaruhi rangsangan (stimulus)

atau pesan apa yang diserap dan apa makna yang kita berikan kepada mereka ketika mereka mencapai kesadaran (DeVito, 1997:75, dikutip Rosmawaty, 2010).

Sensasi adalah pengalaman elementer yang segera, yang tidak memerlukan penguraian verbal, simbolis, atau konseptual, dan terutama sekali berhubungan dengan kegiatan alat indera. Persepsi manusia dapat dibedakan menjadi dua bagian, yaitu persepsi terhadap objek (lingkungan fisik) dan persepsi terhadap manusia (persepsi sosial) (Mulyana, 2005:171-175, dikutip Rosmawaty, 2010)

Persepsi terhadap obyek atau lingkungan fisik adalah persepsi yang telah ditangkap oleh kesemua alat indera. Persepsi yang diterima oleh setiap individu akan berbeda-beda satu dengan yang lainnya. Hal tersebut dipengaruhi oleh latar belakang pengalaman, sosial budaya, dan suasana psikologis yang berbeda akan membuat persepsi yang berbeda atas suatu obyek.

Persepsi terhadap manusia (persepsi sosial) ialah proses menangkap arti objek-objek sosial dan kejadian-kejadian yang kita alami dalam lingkungan kita. Menurut Sarwono, 2002:94, dikutip oleh Rosmawaty, 2010), persepsi sosial ialah persepsi mengenai orang tertentu atau orang lain, dan untuk memahami orang dan orang lain. Ada dua hal yang ingin diketahui dalam persepsi sosial, yaitu keadaan dan perasaan orang lain saat ini, ditempat ini, melalui komunikasi non lisan atau lisan dan kondisi yang lebih permanen yang ada dibalik segala yang tampak saat ini (niat, sifat, motivasi dan sebagainya) yang diperkirakan menjadi penyebab dari kondisi saat ini.

Menurut Rosmawaty (2010:63), perbedaan persepsi tersebut mencakup hal-hal berikut : Pertama, persepsi terhadap objek melalui lambang-lambang fisik, sedangkan persepsi sosial melalui lambang-lambang verbal dan non verbal.

Kedua, persepsi terhadap objek menanggapi sifat-sifat luar, sedangkan persepsi sosial menanggapi sikap luar dan juga sifat dalam (perasaan, motif). Kebanyakan objek ketika dipersepsi, tidak akan mempersepsi kita. Sedangkan persepsi terhadap manusia bersifat interaktif atau saling mempersepsi. Ketiga, objek tidak bereaksi, sedangkan manusia bereaksi ketika dipersepsi. Dengan kata lain, persepsi terhadap objek bersifat statis, sedangkan persepsi terhadap manusia lebih dinamis.

2.3.2 Proses persepsi

Persepsi memiliki sistem yang dapat mengarahkan realitas di luar individu ke dalam bentuk realitas yang ada di dalam diri individu tersebut, baik dalam hal pikiran, perasaan, maupun sikap (Weaver, 1993 dalam Rosmawaty, 2010:62). Weiten (2007) seperti dikutip dalam Putra (2011), menyebutkan bahwa persepsi merupakan hasil aktivitas seleksi, organisasi dan interpretasi dari stimuli. Proses persepsi meliputi :

1. Seleksi

Proses penyaringan oleh indra terhadap rangsangan dari luar, intensitas dan jenisnya dapat banyak atau sedikit (Sobur, 2010 : 447). Faktor yang mempengaruhi seleksi sebagai berikut :

- a. Stimulus, segala sesuatu yang menyebabkan organ indrawi (mata, telinga, hidung, lidah dan kulit) berrespons, berfungsi dan menjadi aktif. Stimulus yang kuat maupun yang berulang sering meningkatkan perhatian.
- b. Motivasi, dorongan dari dalam, insentif, *intention* atau impuls yang dapat menyebabkan seseorang bertindak dengan cara tertentu.

2. Organisasi

Proses pengorganisasian rangsangan (yang telah dipilih) menjadi pola bermakna, dipahami dan tepat.

3. Interpretasi

Interpretasi dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pengalaman masa lalu, sistem nilai yang dianut, motivasi, kepribadian, dan kecerdasan. Interpretasi juga bergantung pada kemampuan seseorang untuk mengadakan pengkategorian informasi yang diterimanya, yaitu proses mereduksi informasi yang kompleks menjadi sederhana (Sobur, 2010: 447).

2.3.3 Faktor yang mempengaruhi persepsi

Menurut Santoso (2004:11-15) yang dikutip oleh Rosmawaty (2010:66-67), enam faktor yang mempengaruhi persepsi yaitu :

1. Pengetahuan, ialah hasil dari proses menjadi tahu setelah melakukan penginderaan melalui panca indera terhadap suatu obyek.
2. Motivasi, merupakan istilah yang menunjukkan kepada seluruh proses gerakan atau usaha untuk menyediakan kondisi dan situasi sehingga individu itu melakukan suatu kegiatan yang dapat dilakukannya untuk mencapai suatu tujuan atau beberapa tujuan.
3. Sensasi, merupakan tahap awal dalam penerimaan informasi yang berhubungan dengan kegiatan alat penginderaan.
4. Atensi atau perhatian adalah proses mental ketika stimuli menjadi menonjol dalam kesadaran pada saat stimuli lainnya melemah. Stimulus akan diperhatikan karena mempunyai sifat-sifat yang menonjol, seperti gerakan, intensitas stimuli, kebaruan, dan perulangan.

5. Ekspektasi atau pengharapan ialah sesuatu yang diinginkan seseorang. Bila suatu obyek atau stimulus tidak sesuai dengan pengharapan seseorang, maka akan terjadi penyimpangan persepsi.
6. Memori ialah suatu sistem berstruktur sehingga dapat merekam fakta atau informasi tentang suatu obyek atau stimulus, kemudian menyimpannya dan dapat memanggilnya bila informasi tersebut diperlukan.

2.4. Konsep Motivasi

2.4.1 Pengertian motivasi

Motivasi adalah suatu perubahan energi di dalam pribadi seseorang yang ditandai dengan timbulnya afektif dan reaksi untuk mencapai tujuan (McDonald, 1959, dikutip Hamalik, 2002). Perumusan ini mengandung tiga unsur yang saling berkaitan sebagai berikut :

1. Motivasi dimulai dari adanya perubahan energi dalam pribadi.
Perubahan-perubahan dalam motivasi timbul dari perubahan-perubahan tertentu di dalam sistem neurofisiologis dalam organisme manusia.
2. Motivasi ditandai dengan timbulnya perasaan (*affective arousal*).
Mula-mula merupakan ketegangan psikologis, lalu merupakan suasana emosi. Suasana emosi ini menimbulkan kelakuan yang bermotif. Perubahan ini mungkin disadari, mungkin juga tidak.
3. Motivasi ditandai oleh reaksi-reaksi untuk mencapai tujuan. Pribadi yang bermotivasi mengadakan respon yang tertuju ke arah suatu tujuan. Respon itu berfungsi mengurangi ketegangan yang disebabkan oleh perubahan energi dalam dirinya.

Motivasi merupakan satu penggerak dari dalam hati seseorang untuk melakukan atau mencapai sesuatu tujuan. Motivasi juga bisa dikatakan sebagai rencana atau keinginan untuk menuju kesuksesan dan menghindari kegagalan hidup. Dengan kata lain motivasi adalah sebuah proses untuk tercapainya suatu tujuan. Seseorang yang mempunyai motivasi berarti ia telah mempunyai kekuatan untuk memperoleh kesuksesan dalam kehidupan.

2.4.2 Motivasi Intrinsik dan Ekstrinsik

Motivasi dapat berupa motivasi intrinsik dan ekstrinsik. Motivasi yang bersifat intrinsik adalah manakala sifat pekerjaan itu sendiri yang membuat seorang termotivasi, orang tersebut mendapat kepuasan dengan melakukan pekerjaan tersebut bukan karena rangsangan lain seperti status ataupun uang atau bisa juga dikatakan seorang melakukan hobynya. Sedangkan motivasi ekstrinsik adalah manakala elemen elemen diluar pekerjaan yang melekat di pekerjaan tersebut menjadi faktor utama yang membuat seorang termotivasi seperti status ataupun kompensasi.

2.4.3 Teori Motivasi

Pendekatan teori motivasi dapat membantu memahami masalah kebutuhan manusia secara lebih lebih utuh. Teori motivasi sebagai berikut (Sobur, 2003) :

1. Teori Motivasi Abraham Maslow (1943-1970)

Abraham Maslow (1943-1970) mengemukakan bahwa pada dasarnya semua manusia memiliki kebutuhan pokok. Hirarki kebutuhan Maslow meliputi :

- a. Kebutuhan fisiologis (rasa lapar, rasa haus, dan sebagainya)
- b. Kebutuhan rasa aman (merasa aman dan terlindung, jauh dari bahaya)

- c. Kebutuhan akan rasa cinta dan rasa memiliki (berafiliasi dengan orang lain, diterima, memiliki)
- d. Kebutuhan akan penghargaan (berprestasi, berkompotensi, dan mendapatkan dukungan serta pengakuan)
- e. Kebutuhan aktualisasi diri (kebutuhan kognitif: mengetahui, memahami, dan menjelajahi; kebutuhan estetik: keserasian, keteraturan, dan keindahan; kebutuhan aktualisasi diri: mendapatkan kepuasan diri dan menyadari potensinya)

Bila makanan dan rasa aman sulit diperoleh, pemenuhan kebutuhan tersebut akan mendominasi tindakan seseorang dan motif-motif yang lebih tinggi akan menjadi kurang signifikan. Orang hanya akan mempunyai waktu dan energi untuk menekuni minat estetika dan intelektual, jika kebutuhan dasarnya sudah dapat dipenuhi dengan mudah. Karya seni dan karya ilmiah tidak akan tumbuh subur dalam masyarakat yang anggotanya masih harus bersusah payah mencari makan, perlindungan, dan rasa aman.

2. Teori Motivasi Herzberg

Menurut Herzberg (1966), ada dua jenis faktor yang mendorong seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan dan menjauhkan diri dari ketidakpuasan. Dua faktor itu disebutnya faktor higiene (faktor ekstrinsik) dan faktor motivator (faktor intrinsik). Faktor higiene memotivasi seseorang untuk keluar dari ketidakpuasan, termasuk didalamnya adalah hubungan antar manusia, imbalan, kondisi lingkungan, dan sebagainya (faktor ekstrinsik), sedangkan faktor motivator memotivasi seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan, yang termasuk

didalamnya adalah achievement, pengakuan, kemajuan tingkat kehidupan, dsb (faktor intrinsik).

3. Teori Motivasi Vroom

Teori dari Vroom (1964) tentang *cognitive theory of motivation* menjelaskan mengapa seseorang tidak akan melakukan sesuatu yang ia yakini ia tidak dapat melakukannya, sekalipun hasil dari pekerjaan itu sangat dapat ia inginkan.

Menurut Vroom, tinggi rendahnya motivasi seseorang ditentukan oleh tiga komponen, yaitu:

- a. Ekspektasi (harapan) keberhasilan pada suatu tugas
- b. Instrumentalis, yaitu penilaian tentang apa yang akan terjadi jika berhasil dalam melakukan suatu tugas (keberhasilan tugas untuk mendapatkan outcome tertentu).
- c. Valensi, yaitu respon terhadap outcome seperti perasaan positif, netral, atau negatif. Motivasi tinggi jika usaha menghasilkan sesuatu yang melebihi harapan. Motivasi rendah jika usahanya menghasilkan kurang dari yang diharapkan.

4. *Achievement Theory* menurut McClelland

Mc Clelland (1961) menyatakan bahwa ada tiga hal penting yang menjadi kebutuhan manusia, yaitu:

- a. Kebutuhan akan prestasi (*Need for achievement*) : dorongan untuk lebih unggul, berprestasi, dan berusaha keras untuk sukses. Peraih prestasi tinggi memiliki hasrat untuk menyelesaikan hal-hal dengan lebih baik. Mereka tidak menyukai kemenangan oleh kebetulan, melainkan tantangan menyelesaikan

suatu masalah dan menerima tanggung jawab pribadi untuk sukses ataupun kegagalan.

- b. Kebutuhan akan kekuasaan (*needs for power*) : kebutuhan untuk membuat orang lain berperilaku dalam suatu cara yang mana tidak akan mereka lakukan jika tidak terpaksa. Individu dengan *needs for power* ini menikmati untuk dibebani, bergulat untuk dapat mempengaruhi orang lain, suka ditempatkan dalam situasi kompetitif, berorientasi status, dan cenderung lebih peduli akan prestise dan memperoleh pengaruh terhadap orang lain daripada kinerja yang efektif.
- c. Kebutuhan akan afiliasi (*Needs for affiliation*) : hasrat untuk hubungan antarpribadi yang ramah dan akrab, untuk disukai dan diterima baik oleh orang lain. Individu dengan motif afiliasi yang tinggi berjuang keras untuk persahabatan, menyukai situasi yang kooperatif, dan sangat menginginkan hubungan yang melibatkan derajat pemahaman timbal balik yang tinggi.

5. Teori Motivasi ERG

Clayton Alderfer mengetengahkan teori motivasi ERG yang didasarkan pada kebutuhan manusia akan keberadaan (*existence*), hubungan (*relatedness*), dan pertumbuhan (*growth*). Teori ini sedikit berbeda dengan teori Maslow. Ia berpendapat bahwa ada tiga kelompok :

- a. Eksistensi : mencakup butir-butir yang oleh Maslow dianggap sebagai kebutuhan faali dan keamanan.
- b. Keterhubungan, adalah hasrat yang kita miliki untuk memelihara hubungan antarpribadi yang penting. Termasuk disini hasrat sosial dan status.

- c. Pertumbuhan, yaitu suatu hasrat intrinsik untuk perkembangan pribadi, mencakup komponen intrinsik dari aktualisasi diri pada teori kebutuhan Maslow.

Disamping menggantikan lima kebutuhan dengan tiga, teori ERG ini juga memperlihatkan bahwa ;

- a. lebih dari satu kebutuhan dapat beroperasi terus, dan
- b. jika kepuasan dari suatu kebutuhan tingkat-lebih-tinggi tertahan, maka hasrat untuk memenuhi kebutuhan ditingkat yang lebih rendah meningkat.

Disini ketiga kategori dapat beroperasi sekaligus dengan tingkat yang berbeda-beda. Teori ini konsisten dengan perbedaan individual diantara orang-orang. Variabel seperti pendidikan, latar belakang keluarga, dan lingkungan budaya dapat mengubah tingkat kepentingan kebutuhan bagi tiap individu. Alfeder mengemukakan bahwa jika kebutuhan yang lebih tinggi tidak atau belum dapat dipenuhi maka manusia akan kembali pada gerak yang fleksibel dari pemenuhan kebutuhan dari waktu ke waktu dan dari situasi ke situasi.

6. Teori Homeostatis = teori *Drive* Vs teori *Arousal*

Teori Drive didasarkan atas determinan yang sifatnya biologis, dipelopori oleh Hull (1884-1825). Dia berpendapat bahwa bila tubuh organisme kekurangan zat tertentu seperti lapar dan haus, maka akan timbul suatu kebutuhan yang menciptakan ketegangan dalam tubuh (*tention*). Ketegangan ini berupa aktivitas neural (eksitasi) yang meningkat, makin hebat bila kebutuhan tidak terpenuhi. Keadaan ini akan mendorong (*drive state*) organisme berperilaku untuk menghilangkan ketegangan atau mengembalikan keseimbangan dalam tubuh, dengan memenuhi kebutuhan tadi. Keadaan keseimbangan itu disebut homeostatis

yaitu keadaan tanpa ketegangan. Homestatis ini merupakan tujuan perilaku bermotivasi (Irwanto, 1994)

Pada saat ini teori *drive* memperoleh kritik yang cukup tajam. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa organisme atau berperilaku tidak hanya untuk mencapai homeostatis, tetapi sesuatu yang lain, misalnya karena perilaku itu menghasilkan pengalaman yang menyenangkan, atau karena organisme memang berperilaku untuk mencari ketegangan (ngebut, melihat film horor, dll) (Irwanto, 1994).

Teori Arousal yang dipelopori oleh Duffy et al dalam Irwanto (1994) mempunyai pendapat tentang homeostatis yang berbeda dengan teori *Drive*. Menurut mereka organisme tidak selalu berusaha menghilangkan ketegangan, tetapi justru sebaliknya, organisme seringkali meningkatkan ketegangan dalam dirinya. Homeostatis menurut teori ini adalah ketegangan optimum yaitu tidak terlalu rendah atau tinggi tingkat ketegangan optimum sangat subyektif antar tiap individu.

2.4.4 Motivasi untuk Sembuh

Sebagaimana disebutkan di atas bahwa perilaku yang didorong oleh kebutuhan (*need*) yang ada pada individu dan diarahkan pada sasaran (*goals*) yang dapat memuaskan kebutuhannya. Menurut Chaplin (dalam Iryani, 2007) menyatakan bahwa sembuh adalah kembalinya seseorang pada satu kondisi kenormalan setelah menderita suatu penyakit, penyakit mental, atau luka – luka. Sehingga dapat dikatakan bahwa motivasi sembuh adalah perilaku yang didorong oleh kebutuhan (*need*) yang ada pada individu dan diarahkan pada sasaran (*goals*)

dimana kembalinya seseorang pada satu kondisi kenormalan setelah menderita suatu penyakit, penyakit mental, atau luka – luka.

Motivasi sembuh adalah faktor yang mendorong orang untuk bertindak dengan cara tertentu guna memperoleh kesembuhan. Dengan demikian dapatlah dikatakan bahwa motivasi sembuh pada dasarnya adalah kondisi mental yang mendorong dilakukannya suatu tindakan (*action* atau *activities*) dan memberikan kekuatan (*energy*) yang mengarah kepada pencapaian kesembuhan. Motivasi sembuh ini pun juga dapat diperoleh melalui beberapa rangsangan, rangsangan-rangsangan terhadap hal semacam di atas yang akan menumbuhkan motivasi, dan motivasi yang telah tumbuh memang dapat menjadikan motor dan dorongan untuk mencapai kesembuhan (Dedewijaya, 2007).

Aspek motivasi kesembuhan menurut Conger (1997) adalah sebagai berikut :

a. Memiliki sikap positif

Hal ini menunjukkan adanya kepercayaan diri yang kuat, perencanaan diri yang tinggi, serta selalu optimis dalam menghadapi sesuatu hal

b. Berorientasi pada pencapaian suatu tujuan

Aspek ini menunjukkan bahwa motivasi menyediakan suatu orientasi tujuan tingkah yang diarahkan pada sesuatu.

c. Kekuatan yang mendorong individu

Hal ini menunjukkan bahwa timbulnya kekuatan akan mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Kekuatan ini berasal dari dalam diri individu, lingkungan sekitar, serta keyakinan individu akan kekuatan kodrati.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa motivasi kesembuhan disini adalah daya atau kekuatan yang berasal dari dalam diri individu atau penderita

yang mendorong, membangkitkan, menggerakkan, melatarbelakangi, menjalankan dan mengontrol seseorang serta mengarahkan pada tindakan penyembuhan atau pulih kembali serta bebas dari suatu penyakit yang telah dideritanya selama beberapa waktu dan membentuk keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan seseorang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi pasien untuk sembuh menurut Nadhifah (2009) adalah sebagai berikut :

1. lingkungan rumah sakit
2. dokter
3. perawat dan tim kesehatan lainnya.

Perawat adalah profesi yang sangat dekat dengan pasien yang memungkinkan perawat selalu berhubungan dengan pasien (Nurjannah, 2005). Hubungan perawat dengan pasien merupakan pengalaman belajar timbal balik dan pengalaman emosional korektif bagi pasien. Kunci hubungan aktivitas perawat dan pasien adalah motivasi, memotivasi pasien agar melakukan aktivitas berdasarkan kebutuhan. Perawat menggunakan diri dan teknik-teknik klinik tertentu dalam bekerja untuk meningkatkan penghayatan dan perubahan perilaku pasien (Stuart dan Laraia, 2001).

Berikut beberapa pemikiran mengenai motivasi menurut Levine (2011: 152) sebagai berikut :

1. Mempertahankan motivasi selama susah-payah pemulihan adalah suatu kedisiplinan tersendiri
2. Tak bisa dipungkiri lagi, orang yang termotivasi terus mencapai kemajuan

3. Motivasi sangat penting bagi pemulihan, dan jika dipertahankan secara konsisten, motivasi dapat mendorong pemulihan
4. Motivasi sering kali menjadi faktor yang paling berpengaruh dalam pemulihan
5. Motivasi adalah inti pemulihan
6. Pemulihan stroke melewati periode kemajuan dan juga periode lambat. Mengatasi periode lambat dan tetap fokus sangatlah penting bagi proses pemulihan.

Motivasi terjalin erat dengan mimpi, ambisi, dan aspirasi personal klien. Apa yang memotivasi klien menuju pemulihan juga tergantung pada apa yang tidak mau klien lepaskan begitu saja. Kedua hal tersebut (apa yang ingin klien lakukan dan apa yang ingin klien dapatkan kembali) adalah motivator internal yang kuat.

2.5 Konsep Spiritualitas

2.5.1 Pengertian Spiritulitas

Kata *spiritualitas* berasal dari bahasa Latin *spiritus*, yang berarti bernapas atau angin. Jiwa memberikan kehidupan bagi seseorang. Ini berarti segala sesuatu yang menjadi pusat semua aspek dari kehidupan seseorang (McEwan, 2005, dikutip oleh Potter dan Perry, 2010). Spiritualitas juga sering didefinisikan sebagai kesadaran dalam diri seseorang dan rasa terhubung dengan sesuatu yang lebih tinggi, alami, atau kepada beberapa tujuan yang lebih besar dari diri sendiri (Mauk dan Schmidt, 2004, seperti dikutip oleh Potter dan Perry, 2010).

2.5.2 Spiritualitas dalam Keperawatan

Spiritualitas merupakan faktor penting yang membantu individu mencapai keseimbangan yang diperlukan untuk memelihara kesehatan dan kesejahteraan,

serta untuk beradaptasi dengan penyakit. Penelitian menunjukkan bahwa spiritualitas yang positif memengaruhi dan meningkatkan kesehatan, kualitas hidup, perilaku yang meningkatkan kesehatan, dan kegiatan pencegahan penyakit (Aaron et al., 2003; Figueroa et al., 2006; Gibson dan Hendricks, 2006; Grey et al., 2004; Grimsley, 2006, dalam Potter dan Perry, 2010).

Asuhan keperawatan juga meliputi tindakan tindakan untuk menolong klien menggunakan sumber daya spiritual selama mereka menentukan dan menggali apa yang paling berarti dalam kehidupan mereka dan menemukan cara untuk beradaptasi dengan akibat yang ditimbulkan oleh penyakit dan tekanan kehidupan (Krebs, 2003, dalam Potter dan Perry, 2010). Kepercayaan dan keyakinan dalam diri seseorang merupakan sumber daya yang paling kuat untuk proses penyembuhan. Perawat yang mendukung spiritualitas klien dan keluarganya akan berhasil dalam membantu klien mencapai hasil kesehatan yang diinginkan. Spiritualitas memberikan individu energi yang dibutuhkan untuk menemukan diri mereka, untuk beradaptasi dengan situasi sulit, dan untuk memelihara kesehatan. Energi yang berasal dari spiritualitas membantu klien merasa sehat dan membantu membuat pilihan sepanjang kehidupan. Kekuatan batiniah merupakan suatu sumber energi yang menanamkan harapan, memberikan motivasi, dan mempromosikan harapan yang positif pada kehidupan (Chiu et al., 2004; Villagomenza, 2005, dalam Potter dan Perry, 2010).

Penyakit atau trauma menciptakan suatu perjuangan yang tidak diharapkan untuk menggabungkan dan beradaptasi dengan kenyataan baru (misalnya kecacatan). Kekuatan spiritualitas klien mempengaruhi bagaimana klien beradaptasi dengan penyakit yang tiba-tiba dan seberapa cepat klien beralih ke

masa pemulihan. Perawat menggunakan pengetahuan kesejahteraan spiritual individu untuk memaksimalkan perasaan damai dan penyembuhan dari dalam (Grant, 2004, dalam Potter dan Perry, 2010).

2.5.3 Aspek Spiritualitas

Kebutuhan spiritual adalah harmonisasi dimensi kehidupan. Dimensi ini termasuk menemukan arti, tujuan, menderita, dan kematian; kebutuhan akan harapan dan keyakinan hidup, dan kebutuhan akan keyakinan pada diri sendiri, dan Tuhan. Ada 5 dasar kebutuhan spiritual manusia yaitu : arti dan tujuan hidup perasaan misteri, pengabdian, rasa percaya dan harapan di waktu kesusahan (Hawari, 2002, dalam Pasiak, 2012). Menurut Burkhardt (1989) yang dikutip oleh Pasiak (2012) dan Steinmann (2010), spiritualitas meliputi aspek sebagai berikut :

1. Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan
2. Menemukan arti dan tujuan hidup
3. Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri
4. Mempunyai perasaan keterikatan dengan diri sendiri dan dengan Yang Maha Tinggi.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kesejahteraan spiritual berkorelasi positif dengan makna dan tujuan hidup, timbul efek positif, dukungan sosial, penurunan tekanan darah, berat badan ideal, dan status psikologis yang baik (Ellison & Smith, 1991; Emmons, 1999; Pargament, 1997; Schumaker, 1992)

Spiritualitas mengacu pada bagian dari manusia yang mencari kebermaknaan melalui hubungan intra, antar dan transpersonal (Reed, 1992,

seperti dikutip Kozier & Erb's, 2008). Spiritualitas mencakup beberapa aspek dibawah ini (Martsolf & Mickley, 1998, dikutip Kozier & Erb's, 2008:1042) :

1. Arti hidup (*meaning*)

Meaning diartikan sebagai arti hidup, memiliki tujuan. Pandai mengambil hikmah dan menemukan makna dalam setiap kejadian dalam kehidupan telah dianggap sebagai pusat dalam spiritualitas.

2. Nilai (*value*)

Value diartikan sebagai memiliki nilai, keyakinan dan kepercayaan untuk dihargai

3. Transendensi (*Transcendence*)

Transendensi berarti melampaui diri manusia. Pengalaman kesadaran dan penghargaan terhadap dimensi yang berada diluar diri. Transendensi dapat dicapai dengan mencari arti dalam situasi dan dalam keyakinan agama seseorang.

4. Hubungan (*Connecting*)

Meningkatnya kesadaran terhadap hubungan dengan diri sendiri, orang lain dan alam

5. Refleksi diri (*becoming*)

Becoming berarti kehidupan yang melibatkan refleksi dan pengalaman, yang memungkinkan kehidupan dapat berkembang. Menurut Wright (2004) beberapa model mengenai spiritualitas diantaranya :

- a. Model Perkembangan (*developmental models*), seperti dalam tahap-tahap perkembangan fisik, demikian juga perkembangan spiritual

- b. Model berbasis kebutuhan (*needs-based models*), menyatakan bahwa manusia memiliki kebutuhan akan makna, tujuan dan kepuasan dalam hidup
- c. Model berbasis nilai (*values-based models*), berhubungan dengan nilai-nilai cinta, kehidupan dan pengampunan.
- d. Model kepribadian (*personhood models*), berkaitan dengan ciri dan sifat manusia, kognisi, emosi dan hubungan.

Menurut Wardhana (2011:99) motivasi diri yang mendorong penderita stroke untuk mendapatkan kesembuhan atas dasar kehidupan beragama seseorang sebagai berikut :

1. Menerima, menjalani dan menikmati kehidupan berikut dampak stroke dengan penuh keikhlasan adalah suatu bentuk kegiatan ibadah. Hal ini berarti penderita stroke telah berusaha untuk mendekati diri kepada Tuhan.
2. Keinginan untuk sembuh didasarkan pada rasa tanggung jawab sebagai pemimpin (kepala) keluarga, tanggung jawab kepada pekerjaan (apapun pekerjaannya), kepada masyarakat.
3. Keinginan untuk sembuh didasarkan pada keinginan untuk menceritakan cara pulih dari stroke dan mengajari penderita stroke lainnya sebagai suatu tanda syukur.

2.5.4 Faktor Spiritualitas/religiusitas

Penelitian Ironson, et al. (2002) mengidentifikasi empat faktor spiritualitas/ religiusitas yaitu :

1. Perasaan tenang dan damai (*sense of peace*)

Perasaan damai digambarkan sebagai suatu ketenangan, kenyamanan secara spiritual, perasaan aman, kesejahteraan, terbebas dari rasa gelisah. Faktor ini mengandung pengertian bahwa kehidupan memiliki makna. Subskala dari faktor ini adalah :

- a. Kenyamanan spiritual/kekuatan/makna
- b. Perasaan memiliki hubungan/keterikatan dan perasaan tidak sendirian
- c. Eksistensi

2. Iman kepada Tuhan (*faith in God*)

Iman kepada Tuhan adalah dasar dari pengharapan. Keyakinan akan memberikan hikmat, dan pengertian bahwa Tuhan adalah sumber kekuatan. Faktor ini terdiri dari 2 subskala penting yaitu :

- a. Pandangan kepada Tuhan
- b. Keyakinan akan peran Tuhan terhadap pemulihan penyakit (*somatic*)

3. Perilaku religius (*religious behavior*)

Perilaku religius didefinisikan sebagai ritual keagamaan, berdoa serta kehadiran dalam ibadah keagamaan. Perilaku tersebut sebagai perwujudan tanda syukur kepada Tuhan.

4. Empati kepada orang lain (*compassionate view of others*).

Faktor ini diartikan sebagai kasih sayang pada orang lain, berbuat kebaikan dan memikirkan orang lain.

Penelitian Ironson, et al (2002) pada pasien HIV/AIDS menunjukkan bahwa *The Ironson–Woods Spirituality/Religiousness (SR) Index* mempunyai hubungan yang signifikan dengan penurunan distres, harapan, dukungan sosial, perilaku

kesehatan, dan kadar kortisol yang rendah. *The Ironson–Woods Spirituality/Religiousness (SR) Index* terdiri dari 22 item pernyataan untuk menilai indeks spiritualitas/religiusitas seseorang.

2.6 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.6.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan hubungan perawat-klien yang dirancang untuk memfasilitasi tujuan terapi dalam pencapaian tingkatan kesembuhan yang optimal dan efektif (Nasir, et al. 2011).

Komunikasi terapeutik adalah suatu pengalaman bersama antara perawat dan klien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien (Mundakir, 2003 : 116). Menurut Stuart (1998), komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dan klien, melalui hubungan ini, perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien.

2.6.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Machfoedz (2009) menyebutkan komunikasi terapeutik terjadi dengan tujuan untuk menolong pasien yang dilakukan oleh kelompok profesional melalui pendekatan pribadi berdasarkan perasaan dan emosi berdasarkan rasa saling percaya di antara kedua pihak yang terlibat dalam komunikasi. Stuart & Sundeen dalam Nurjannah (2005) mengemukakan tujuan komunikasi terapeutik sebagai berikut :

1. Kesadaran diri, penerimaan diri dan meningkatkan kehormatan diri

Dalam melaksanakan komunikasi yang terapeutik, perawat harus memiliki kemampuan antara lain : pengetahuan yang cukup, keterampilan yang mumpuni dan memadai, serta teknik dan etika komunikasi yang baik. Dengan demikian, kehadiran perawat di sisi klien merupakan kehadiran yang bermakna dan membawa dampak yang positif bagi klien.

2. Identitas pribadi yang jelas dan peningkatan integritas pribadi

Manusia dalam konteks diri pribadi membutuhkan pengakuan untuk menampakkan perwujudan diri. Pengakuan inilah yang akan mendorong manusia untuk menunjukkan identitas pribadi. Komunikasi terapeutik antara perawat dan klien mendorong keduanya saling memahami, menghargai, dan mengetahui keperluan masing-masing. Perawat berusaha membantu meningkatkan harga diri dan martabat klien.

3. Kemampuan untuk membentuk suatu kedekatan, saling ketergantungan, hubungan interpersonal dengan kapasitas memberi dan menerima.

Hubungan perawat dan klien merupakan hubungan dengan konsep simbiosis mutualisme, yang berarti hubungan yang saling menguntungkan antara klien dan perawat. Tiga faktor dasar dalam mengembangkan hubungan yang saling membantu (*helping relationship*), yaitu :

a. Keikhlasan (*genuineness*)

Perawat dengan rela hati mencurahkan segala pikiran dan tenaganya untuk membantu klien dalam mempercepat proses penyembuhan. Perhatian yang tidak terbagi dan ketulusan hati membuat klien sangat optimis akan kelangsungan kesembuhan penyakitnya. Rasa optimis dari klien yang tinggi itulah yang akan membantu proses penyembuhan

penyakitnya. Hal ini disebabkan karena dengan optimis yang tinggi merupakan koping mekanisme yang positif. Menurut Putra (2011), koping yang positif akan meningkatkan modulasi respons imun sehingga akan mempercepat kesembuhan. Melalui reaksi kimiawi, koping yang positif akan meningkatkan imunitas atau sistem pertahanan tubuh dengan mendorong terbentuknya antigen-antibodi yang mampu menurunkan virulensi kuman sehingga klien terbebas dari keluhan yang dirasakan dan bebas dari penyakit yang diderita.

b. Empati (*empathy*)

Berempati merupakan sikap seseorang untuk memahami dan mengerti perasaan orang lain tanpa ikut larut ke dalam emosi orang tersebut.

c. Kehangatan (*warmth*)

Kehangatan sangat diperlukan dalam menyampaikan empati

4. Mendorong fungsi dan meningkatkan kemampuan terhadap kebutuhan yang memuaskan dan mencapai tujuan pribadi yang realitis.

Komunikasi terapeutik memberikan dorongan untuk mengutarakan apa yang dikeluhkan dan sedang klien alami tanpa suatu manipulasi dengan harapan keluhannya mendapatkan pelayanan keperawatan yang sesuai. Harapan yang diinginkan seharusnya juga disesuaikan dengan kondisi sakitnya sehingga memerlukan penerimaan yang tinggi dan komitmen yang tinggi untuk mau bekerja sama dalam pelaksanaan tindakan. Harapan yang tidak realistis menyebabkan menurunnya harga diri dan menjadikan hubungan menjadi renggang sehingga timbul isolasi sosial : menarik diri. Hal ini akan sangat menyulitkan dalam hubungan yang terapeutik.

2.6.3 Komponen Komunikasi

Menurut Rosmawaty (2010:24), 8 komponen komunikasi secara keseluruhan sebagai berikut :

1. *Source* atau sumber atau *encoder*
2. *Communicator* atau komunikator atau *encoder* atau *sender* atau pengirim pesan
3. *Communican* atau komunikan atau *audience* atau khalayak atau *decoder* atau *receiver* atau sasaran atau penerima pesan
4. *Message* atau pesan atau *content* atau sinyal atau stimulus, berita, informasi, kode atau isyarat
5. *Channel* atau media, saluran, sarana atau alat
6. *Effect* atau pengaruh atau dampak
7. *Feedback* atau umpan balik atau tanggapan
8. *Noice* atau gangguan atau hambatan

2.6.4 Teknik Komunikasi Terapeutik Perawat

Teknik komunikasi menurut Shives (1994), Stuart & Sundeen (1950) dan Wilson & Kneisl (1920) dalam Nasir, et al (2011) sebagai berikut :

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian

Mendengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian akan menciptakan kondisi keterlibatan emosional yang maksimal dalam situasi hubungan interpersonal antara klien dan perawat. Mendengarkan secara aktif tidak hanya tekun mendengarkan orang lain dan menceritakan isi keluhan yang disampaikan saja, akan tetapi juga perlu dikonfrontasi dengan pesan nonverbal yang ditampakkan sehingga memungkinkan terjadinya proses *transfer feeling*

antara kode nonverbal klien dengan persepsi perawat. Perangkat dalam pencapaian keterlibatan maksimal dalam proses mendengarkan adalah dengan menunjukkan merespons klien dengan kode nonverbal melalui kontak mata, menganggukkan kepala, senyum saat yang benar dan merespons dengan kode verbal yang minimal, misalnya "Oooooo...., mmhumm, ya...". Berikut adalah beberapa sikap untuk menunjukkan cara mendengarkan penuh perhatian :

- a. Berusaha mendengarkan klien menyampaikan pesan nonverbal bahwa perawat perhatian terhadap kebutuhan dan masalah klien.
- b. Mendengarkan dengan penuh perhatian merupakan upaya untuk mengerti seluruh pesan verbal dan nonverbal yang sedang dikomunikasikan.
- c. Keterampilan mendengarkan dengan penuh perhatian adalah dengan memandang klien ketika sedang bicara
- d. Pertahankan kontak mata yang memancarkan keinginan untuk mendengarkan
- e. Sikap tubuh yang menunjukkan perhatian dengan tidak menyilangkan kaki atau tangan.
- f. Hindarkan gerakan yang tidak perlu.
- g. Anggukkan kepala jika klien membicarakan hal penting atau memerlukan umpan balik.
- h. Condongkan tubuh ke arah lawan bicara, bila perlu duduk atau minimal sejajar dengan klien.
- i. Meninggalkan emosi dan perasaan kita dengan cara menyisihkan perhatian, ketakutan, atau masalah yang sedang kita hadapi.

- j. Mendengarkan dan memperhatikan intonasi kata yang diucapkan dan menggambarkan sesuatu yang berlebihan
 - k. Memperhatikan dan mendengarkan apa-apa yang tidak terucap oleh klien yang menggambarkan sesuatu yang sulit dan menyakitkan klien.
2. Menunjukkan penerimaan

Menurut Nurjannah (2005), penerimaan adalah mendukung dan menerima informasi dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai. Dengan sikap tersebut perawat mampu menempatkan diri pada situasi klien, perawat mengerti perasaan yang dihadapi klien dengan cara menunjukkan sikap empati terhadap klien. Berikut ini menunjukkan sikap perawat yang menunjukkan penerimaan :

- a. Mendengarkan tanpa memutuskan pembicaraan
 - b. Memberikan umpan balik verbal yang menampilkan pengertian
 - c. Memastikan bahwa isyarat nonverbal cocok dengan komunikasi verbal
 - d. Menghindarkan untuk berdebat, mengekspresikan keraguan, atau mencoba untuk mengubah pikiran klien. Perawat dapat menganggukkan kepalanya atau berkata “ya”.
3. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan dengan pertanyaan terbuka (*open-ended question*)

Pertanyaan terbuka memberikan peluang maupun kesempatan klien untuk menyusun dan mengorganisir pikirannya dalam mengungkapkan keluhannya sesuai dengan apa yang dirasakan. Kesan yang didapatkan dengan pertanyaan terbuka adalah tidak menginterogasi atau menyidik, serta jawabannya tidak mengesanakan *yes and no question*, akan tetapi memberikan peluang bagi klien

untuk mengekspresikan keluhannya tanpa adanya tekanan dari luar sehingga data yang didapatkan merupakan data terapeutik, yaitu data yang dapat dipakai acuan dasar untuk melaksanakan asuhan keperawatan dalam membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia melalui perumusan diagnosis keperawatan yang tepat dan akurat.

4. Mengulang ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri (*restating or paraphrasing*)

Dengan mengulang kembali ucapan klien, harapan perawat adalah memberikan perhatian terhadap apa yang telah diucapkan. Tujuan pengulangan pikiran utama adalah memberikan penguatan dan memperjelas pada pokok bahasan atau isi pesan yang telah disampaikan oleh klien sebagai umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesannya dimengerti dan diperhatikan, serta mengharapkan komunikasi bisa berlanjut.

5. Klarifikasi (*clarification*)

Apabila terjadi kesalahpahaman, perawat perlu menghentikan pembicaraan untuk mengklarifikasi dengan menyamakan pengertian, maksud, dan ruang lingkup pembicaraan karena informasi sangat penting dalam memberikan pelayanan keperawatan. Geldard dalam Suryani (2006) berpendapat bahwa klarifikasi (*clarification*) adalah menjelaskan kembali ide atau pikiran klien yang tidak jelas atau meminta klien untuk menjelaskan arti dari ungkapannya. Ini berarti klarifikasi dapat diartikan sebagai upaya untuk mendapatkan persamaan persepsi antara klien dan perawat tentang perasaan yang dihadapi dalam rangka memperjelas masalah untuk memfokuskan perhatian.

6. Memfokuskan (*focusing*)

Metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik dan dimengerti. Materi yang akan disampaikan ataupun yang akan didiskusikan mengerucut pada salah satu masalah saja, yang penting adalah konsisten, dan kontinu atau berkesinambungan, serta tidak menyimpang dari topik pembicaraan dan tujuan komunikasi. Teknik memfokuskan ini merupakan prinsip utama apabila ingin mendapatkan pembicaraan yang serius dengan tingkat pemaknaan yang kuat.

7. Menyampaikan hasil observasi

Penyampaian hasil pengamatan kepada klien diharapkan dapat mengubah perilaku yang merusak pada diri klien. Perawat menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh isyarat nonverbal klien. Penyampaian hasil pengamatan perawat sering membuat klien berkomunikasi lebih jelas tanpa harus bertambah memfokuskan atau mengklarifikasi pesan.

8. Menawarkan informasi

Tambahan informasi ini memungkinkan penghayatan yang lebih baik bagi klien terhadap keadaannya. Memberikan tambahan informasi merupakan pendidikan kesehatan bagi klien. Selain itu, tindakan ini akan menambah rasa percaya klien terhadap perawat, karena perawat terkesan menguasai masalah yang dihadapi klien. Sebaliknya, jika perawat menahan informasi saat klien membutuhkan, akan membuat klien tidak percaya kepada perawat.

9. Diam (*using silence*)

Diam yang dilakukan perawat terhadap klien adalah bertujuan untuk menunggu respons klien untuk mengungkapkan perasaannya. Teknik

komunikasi yang dilakukan perawat dengan tidak bicara apapun (diam) merupakan teknik komunikasi yang memberikan kesempatan kepada klien untuk mengorganisir dan menyusun pikiran atau ide sebelum diungkapkan kepada perawat. Hal ini memungkinkan klien mengekspresikan ide dan pikirannya dengan detail dan sistematis.

10. Meringkas (*summarizing*)

Meringkas berarti memberi kesempatan untuk mengklarifikasi komunikasi agar sama dengan ide dalam pikiran. Metode ini bermanfaat untuk membantu topik yang telah dibahas sebelum meneruskan pada pembicaraan berikutnya. Meringkas pembicaraan membantu perawat mengulang aspek penting dalam interaksinya sehingga dapat melanjutkan pembicaraan dengan topik yang berkaitan. Contoh : “Selama beberapa jam, Anda dan saya telah membicarakan”

11. Memberikan penguatan (*giving recognition*)

Penguatan (*Reinforcement*) positif atas hal-hal yang mampu dilakukan klien dengan baik dan benar merupakan bentuk pemberian penghargaan. Upaya yang dilakukan dalam pemberian penguatan positif bertujuan untuk meningkatkan motivasi kepada klien untuk berbuat yang lebih baik lagi. Jadi bisa dikatakan bahwa penguatan positif merupakan motif atau bentuk dorongan kepada klien dengan cara membanggakan diri klien agar mampu memacu semangat dalam penerimaan diri untuk berbuat dan berperilaku yang lebih baik lagi.

12. Menghadirkan realitas (*presenting reality*)

Membantu pasien untuk dapat membedakan kenyataan dari yang tidak nyata dengan perilaku yang tidak menilai. Misalkan “Saya tidak mendengar seorangpun bicara. Saya adalah yang merawat anda dan ini adalah rumah sakit”.

13. Menawarkan diri (*offering self*)

Menawarkan diri merupakan kegiatan untuk memberikan respons agar seseorang menyadari perilakunya yang merugikan baik dirinya sendiri maupun orang lain tanpa ada rasa bermusuhan. Sering kali perawat hanya menawarkan kehadirannya, rasa tertarik, teknik komunikasi ini harus dilakukan tanpa pamrih. Contoh : “Saya ingin Anda merasa tenang dan nyaman.”

14. Memberikan kesempatan kepada klien untuk memulai pembicaraan

Memberikan kesempatan pada klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Perawat dapat menstimulasinya untuk mengambil inisiatif dan merasakan bahwa ia diharapkan untuk membuka pembicaraan. Contoh : “Adakah sesuatu yang ingin Anda bicarakan?”

15. Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan (*providing general leads*)

Teknik ini menganjurkan klien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan yang mengindikasikan bahwa klien sedang mengikuti apa yang sedang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang akan dibicarakan selanjutnya. Mendukung klien untuk meneruskan, misalkan “Dan kemudian? Teruskan”

16. Menempatkan kejadian secara teratur akan menolong perawat dan klien untuk melihatnya dalam suatu perspektif (*placing the time in time/sequence*)

Kelanjutan dari suatu kejadian secara teratur akan menolong perawat dan klien untuk melihatnya dalam suatu perspektif serta untuk melihat kejadian berikutnya sebagai akibat kejadian yang pertama. Misalnya “Hal itu terjadi sebelum atau sesudah?.....Apa yang terjadi sebelum itu?”

17. Menganjurkan klien untuk menguraikan persepsinya

Apabila perawat ingin mengerti klien, maka ia harus melihat segala sesuatu dari perspektif klien. Klien harus merasa bebas untuk menguraikan persepsinya kepada perawat.

18. Refleksi (*reflecting*)

Menurut Stuart & Sundeen (1995), teknik refleksi digunakan untuk mengembalikan ide, perasaan, dan pertanyaan kepada klien. Apabila klien bertanya apa yang harus ia pikirkan, kerjakan, atau rasakan, maka perawat dapat menjawab : “Bagaimana menurutmu?” atau “Bagaimana perasaanmu?”.

19. Sentuhan (*using touch*)

Menerapkan bentuk-bentuk sentuhan yang sesuai untuk mendukung perasaan *caring* karena kontak taktil sangat bervariasi antar-individu, keluarga, dan budaya, perawat harus sensitif terhadap perbedaan sikap dan praktik klien dan dirinya sendiri.

Kemampuan menerapkan teknik komunikasi terapeutik memerlukan latihan dan kepekaan serta ketajaman perasaan, karena komunikasi terjadi tidak dalam kemampuan tetapi dalam dimensi nilai, waktu, dan ruang yang turut mempengaruhi keberhasilan komunikasi yang terlihat melalui dampak

terapeutiknya bagi klien dan juga kepuasan bagi perawat. Komunikasi juga akan memberikan dampak terapeutik bila dalam penggunaannya diperhatikan sikap dan teknik komunikasi terapeutik. Hal lain yang cukup penting diperhatikan adalah dimensi hubungan. Dimensi ini merupakan faktor penunjang yang sangat berpengaruh dalam mengembangkan kemampuan berhubungan terapeutik.

2.6.5 Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik

1. Komunikasi berorientasi pada proses percepatan kesembuhan

Setiap pesan komunikasi mempunyai tujuan tertentu atau makna tertentu dimana dari makna yang berarti tersebut perawat dapat memprediksi bagaimana cara berkomunikasi. Saat perawat berkomunikasi dengan klien, maka semua percakapan berorientasi bagaimana percakapan ini bisa mendukung perawat untuk mendapatkan masukan yang berharga dalam menentukan sikap dan tindakan.

2. Komunikasi terstruktur dan direncanakan

Perawat yang akan melakukan komunikasi dengan klien sudah merencanakan cara-cara yang akan dilakukan atau hal-hal yang akan dikomunikasikan, untuk itu dibutuhkan strategi pelaksanaan komunikasi yang baik.

3. Komunikasi terjadi dalam konteks topik, ruang dan waktu

Pesan komunikasi yang dikirimkan oleh pihak komunikan baik secara verbal maupun nonverbal juga harus disesuaikan dengan tempat di mana proses komunikasi itu berlangsung, kepada siapa pesan itu dikirimkan, dan kapan komunikasi itu berlangsung. Perawat harus membuat kontrak pertemuan dengan klien terutama terutama kapan dan dimana pertemuan tersebut dilaksanakan sehingga diharapkan komunikasi yang berlangsung sesuai dengan waktu yang

ditentukan dan materi/topik yang akan dibicarakan sesuai dengan kesepakatan. Hal ini akan meningkatkan kepercayaan klien terhadap perawat dan akan meningkatkan hubungan saling percaya antara klien dan perawat.

4. Komunikasi memperhatikan kerangka pengalaman klien

Dalam proses komunikasi, perawat harus melihat kondisi emosional dari klien/perawat sehingga dalam berkomunikasi perawat mampu menempatkan diri dalam berinteraksi.

5. Komunikasi melibatkan maksimal dari klien dan keluarga

Dalam proses komunikasi antara perawat dan klien/keluarga akan terjadi proses transformasi, ada diskusi yang saling mengisi dan menerima, untuk itu perawat harus memperhatikan latar belakang yang dipunyai klien/keluarga tersebut agar pesan yang disampaikan mampu memberikan efek terapeutik bagi klien/keluarga.

6. Keluhan utama sebagai pijakan pertama dalam komunikasi

Penggunaan keluhan utama sebagai pijakan pertama dalam komunikasi terapeutik ini akan mencegah keraguan perawat dalam menentukan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan implementasi keperawatan sekaligus menyeragamkan atau menyamakan persepsi antar-perawat dalam perumusan masalah keperawatan hingga implementasi keperawatan.

2.6.6 Tahap Komunikasi Terapeutik

Menurut Nasir, et al. 2011, menjelaskan tahap-tahap komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut :

1. Tahap Pra-Interaksi

Tahap ini disebut juga tahap apersepsi dimana perawat menggali lebih dahulu kemampuan yang dimiliki sebelum kontak/berhubungan dengan klien termasuk kondisi kecemasan yang menyelimuti diri perawat sehingga terdapat dua unsur yang perlu dipersiapkan dan dipelajari pada tahap pra-interaksi yaitu unsur diri sendiri dan unsur dari klien .

Hal yang dipelajari dari diri sendiri adalah sebagai berikut :

a. Pengetahuan yang dimiliki yang terkait dengan penyakit yang masalah klien.

Pengetahuan yang dimiliki perawat akan kondisi klien dipakai sebagai bekal dalam berinteraksi sehingga ketika perawat belum menguasai penyakit dan keluhan klien, maka perawat perlu belajar dulu atau diskusi dengan teman sejawat, atasan, maupun dengan yang lainnya sehingga ketika perawat hadir secara fisik dihadapan klien, perawat sudah siap untuk berinteraksi.

b. Kecemasan dan kekalutan diri.

Kecemasan yang dialami seseorang dapat mempengaruhi interaksi dengan orang lain (Ellis, Gates dan Kenworthy dalam Suryani, 2006). Konsentrasi menjadi pecah, tidak mampu memfokuskan diri pada pembicaraan yang aktual serta tidak mampu mengendalikan diri, untuk itu perawat sebelum berinteraksi dengan klien harus mengeksplorasi perasaan, harapan dan kecemasan.

Kecemasan yang dialami oleh perawat mengakibatkan perawat tidak mampu mendengarkan keluhan yang diutarakan klien dengan baik. Hal ini merupakan persyaratan yang mutlak untuk dapat mengerti keluhan klien karena penggunaan *active listening* sangat dibutuhkan untuk mengerti keluhan klien. Perasaan-perasaan negatif yang sering timbul saat akan berkomunikasi dengan

klien antara lain : ditolak klien, ragu akan kemampuan yang dimiliki, ragu akan menanggapi respons klien, tidak terbangunnya hubungan rasa percaya, dan kesulitan untuk memulai pembicaraan (Suryani, 2006). Disamping itu, perawat perlu mendefinisikan harapan yang ditentukan dengan harapan klien itu sendiri, dengan demikian, harapan yang akan ditentukan sesuai dengan tujuan tindakan keperawatan.

c. Analisis kekuatan diri

Dalam diri seseorang terdapat kelebihan dan kekurangan. Sebelum kontak dengan klien, perawat perlu menganalisis kelemahannya dan menggunakan kekuatannya untuk berinteraksi dengan klien. Analisis kelemahan dalam rangka mencari solusi yang terbaik saat sebelum berinteraksi dengan klien. Analisis kekuatan diri dalam konteks berkomunikasi dengan orang lain terutama pada aspek kekuatan mental. Pada diri dengan mudah terpengaruh ataupun mudah emosional akan mempengaruhi proses komunikasi. Dengan mudah marah, maka perawat akan mudah kehilangan kendali ketika ada klien yang rewel, tujuan perawatan sulit tercapai ataupun suasana keakraban antar perawat dan petugas lainnya juga akan terganggu. Demikian juga pada diri yang mudah terpengaruh oleh suatu keadaan, maka akan mudah bersikap simpati daripada empati, padahal perawat sebisa mungkin tidak diperbolehkan bersimpati pada klien, dan cukup berempati saja.

d. Waktu pertemuan baik saat pertemuan maupun lama pertemuan.

Sebelum bertemu dengan klien, perawat perlu menentukan kapan waktu yang tepat untuk melakukan pertemuan atau berkomunikasi dengan klien. Perawat harus mampu menentukan waktu yang tepat saat pertemuan, perawat harus

tahu kebiasaan dan jadwal istirahat klien. Lama pertemuan juga perlu dipertimbangkan agar klien tidak jenuh dalam diskusi, biasanya lama diskusi 20-30 menit kecuali dengan tindakan keperawatan.

Sedangkan, hal-hal yang perlu dipelajari dari unsur klien adalah sebagai berikut :

a. Perilaku klien dalam menghadapi penyakit.

Harapan dari tehnik komunikasi *presenting reality* adalah mencoba menghadirkan atau menunjukkan pada klien tindakan yang telah dilakukan dengan harapan perilaku klien yang destruktif berubah menjadi perilaku yang asertif. Sedangkan pada klien yang sudah asertif dan kooperatif, perawat hanya mempertahankan hubungan itu menjadi hubungan yang saling ketergantungan dan saling menguntungkan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

b. Ada istiadat.

Kebiasaan yang dibawa klien ke rumah sakit saat menjalani perawatan terkadang membawa pengaruh dalam hubungan perawat-klien. Kebiasaan tersebut seharusnya diakomodasi tanpa mengurangi prinsip-prinsip pelayanan keperawatan. Demikian juga dengan bahasa keseharian yang sering kali terjadi kesalahan persepsi sehingga mengganggu dalam proses komunikasi.

c. Tingkat pengetahuan.

Penguasaan penyakit ini terutama penguasaan dalam hal tindakan keperawatan, komplikasi dari penyakit. Penguasaan tentang penyakit yang diderita akan membantu dalam penerimaan diri. Penguasaan tentang penyakit yang diderita akan membantu dalam penerimaan diri. Dengan adanya

penerimaan diri, klien menjadi lebih kooperatif dan asertif serta berperilaku yang konstruktif dalam pelaksanaannya tindakan keperawatan. Namun demikian, faktor penentu untuk mendapatkan perubahan perilaku seseorang tidak hanya menempuh jalur pengetahuan saja, selain itu masih dibutuhkan kehadiran tanda dan gejala penyakit yang diderita. Hal ini akan mempermudah perawat dalam memberikan penyuluhan dan bahkan tanpa penyuluhan seseorang akan berubah perilaku sendiri dari perilaku destruktif menjadi perilaku yang konstruktif.

2. Tahap Perkenalan (orientasi)

Pada tahap perkenalan ini perawat memulai kegiatan yang pertama kali dimana perawat bertemu pertama kali dengan klien. Kegiatan yang dilakukan adalah memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga bahwa saat ini yang menjadi perawat adalah dirinya. Dalam hal ini berarti perawat sudah siap sedia untuk memberikan pelayanan keperawatan pada klien. Dengan memperkenalkan dirinya, perawat telah bersikap terbuka pada klien dan ini diharapkan akan mendorong klien untuk membuka dirinya (Suryani, 2006).

Pentingnya memperkenalkan diri adalah menghindari kecurigaan klien dan keluarga terhadap petugas yang merawat, memecahkan kebuntuan hubungan yang terapeutik serta membangun hubungan saling percaya. Hubungan saling percaya merupakan kunci dari keberhasilan suatu hubungan terapeutik (Stuart, 2006).

Pada tahap perkenalan ini tidak ada pembatasan diri antara perawat-klien dalam konteks komunikasi terapeutik. Perawat menjadi rujukan pertama untuk mengutarakan keluhan yang dirasakan sehingga klien mau membuka diri. Dari

keterbukaan tersebut akan memudahkan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Tugas perawat pada tahap pengenalan adalah pertama, membina hubungan rasa saling percaya dengan menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka. Penting bagi perawat untuk mempertahankan hubungan saling percaya agar klien dan perawat ada keterbukaan dan tidak saling menutu-nutupi. Kedua, memodifikasi lingkungan yang kondusif dengan peka terhadap respons klien dan menunjukkan penerimaan, serta membantu klien mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Perawat dituntut mampu membuat suasana tidak terlalu formal sehingga suasana tidak terkesan tegang dan tidak bersifat menginterogasi. Lingkungan yang kondusif membantu klien bisa berpikir jernih dan mengutarakan keluhan yang diderita secara terbuka, lengkap, sistematis dan objektif.

Pada tahap orientasi ini perawat menggali keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien dan divalidasi dengan tanda dan gejala yang lain untuk memperkuat perumusan diagnosis keperawatan. Tujuan pada tahap ini untuk memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat dengan keadaan klien saat ini, serta mengevaluasi tindakan yang lalu (Stuart, 1998). Maka dari itu perawat perlu mendengarkan secara aktif untuk mengumpulkan data tersebut.

Pada tahap ini, perawat dituntut memiliki keahlian yang tinggi dalam menstimulasi klien maupun keluarga agar mampu mengungkapkan keluhan yang dirasakan secara lengkap dan sistematis serta objektif. Keahlian yang harus dimiliki perawat adalah terkait dengan teknik komunikasi agar klien mengungkapkan keluhannya dengan sebenarnya tanpa ditutup-tutupi ataupun diada-adakan sehingga mengacaukan rencana tindakan keperawatan. Untuk itu

pada tahap orientasi ini perawat juga dituntut untuk mempunyai kepekaan dan tingkat analisis yang tinggi terhadap perubahan yang terjadi dalam respons verbal dan nonverbal. Tahap orientasi ini merupakan jembatan untuk memasuki tahap kerja sehingga data yang telah ditemukan dan dikelompokkan perlu juga diverifikasi dan divalidasi sehingga ditemukan keakuratan data. Teknik komunikasi yang sering digunakan adalah validasi, konfrontasi, dan *presenting reality*. Perawat harus mampu membuat kesimpulan dari proses interaksi tersebut untuk memasuki tahap kerja. Tugas perawat pada tahap orientasi ini meliputi hal-hal berikut ini :

Pertama, membuat kontrak dengan klien. Isi dari kontrak yang akan dirumuskan terdiri atas topik, tempat dan waktu. Kontrak ini menggambarkan adanya konsistensi dari perawat dalam menjalankan pelayanan keperawatan. Dalam merumuskan sebuah kontrak harus ada kesepakatan bersama antara perawat-klien karena kontrak yang akan diputuskan harus mendapat persetujuan dari kedua belah pihak sehingga dalam ruang lingkup interaksi telah terjadi kesepakatan bersama antara klien-perawat perihal topik yang akan didiskusikan termasuk juga tempat yang akan dijadikan tempat berdiskusi, waktu pelaksanaan dan juga lama pelaksanaan diskusi.

Kedua, eksplorasi pikiran dan perasaan serta mengidentifikasi masalah keperawatan klien. Penting sekali menggali pikiran dan perasaan klien saat ditempatkan pelayanan kesehatan terutama mengenai tingkat kecemasan akibat masalah yang mengganggu dalam pikirannya seiring adanya penyakit yang diderita. Dengan adanya kecemasan pada diri klien merupakan awal dari tidak tercapainya keinginan perawat untuk mendapatkan data yang faktual. Demikian

juga dengan upaya mengidentifikasi masalah keperawatan pada klien. Pada identifikasi masalah keperawatan, perawat dituntut menguasai bidang keilmuan, teknik komunikasi, strategi komunikasi, dan mampu memotivasi klien agar mau menceritakan semua keluhan yang dirasakan.

Ketiga, menetapkan tujuan yang akan dicapai. Adanya tujuan yang akan dicapai, memberikan semangat bagi klien untuk selalu kooperatif dan berkomitmen dalam berinteraksi. Maka dari itu dalam menentukan tujuan yang akan dicapai harus spesifik, realistis, bisa dicapai, dapat diukur dengan jelas, sederhana, dan ada waktunya. Dengan adanya tujuan yang akan dicapai memberikan kejelasan arah dalam berinteraksi, komunikasi menjadi lebih fleksibel, kredibel, akuntabel, dan variatif. Komunikasi menjadi tidak monoton dan tidak membosankan.

3. Tahap Kerja

Tahap kerja merupakan tahap untuk mengimplementasikan rencana keperawatan yang telah dibuat pada tahap orientasi. Perawat menolong klien untuk mengatasi cemas, meningkatkan kemandirian, dan tanggungjawab terhadap diri serta mengembangkan mekanisme koping konstruktif (Nurjannah, 2005). Kecemasan yang menimpa klien sebagian besar dari tindakan keperawatan yang dilakukan pada fase kerja. Mengingat pentingnya tindakan keperawatan dalam rangka proses kesembuhan klien, maka hal tersebut tidak bisa dihindari namun disikapi dan diterima sebagai hal yang terbaik untuk klien. Bagaimanapun juga bila tindakan keperawatan yang dilakukan perawat tidak mendapat persetujuan klien, maka tindakan tersebut tidak dapat dilakukan, harus ada persamaan persepsi, ide, dan pikiran antara klien dan perawat dalam melaksanakan tindakan

keperawatan untuk mencapai tujuan akhir dari pelayanan keperawatan yaitu mempercepat proses kesembuhan sehingga sangat diperlukan adanya kemandirian sikap dari klien dalam mengambil keputusan. Proses kesembuhan bukan merupakan tanggungjawab pribadi perawat, namun klien juga mempunyai tanggungjawab.

Pada tahap kerja ini, perawat bertugas meningkatkan kemandirian tanggungjawab terhadap proses penyembuhan penyakitnya dengan mencari alternatif coping yang positif sehingga didapatkan suatu perubahan perilaku. Perawat mengeksplorasi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan wawasan diri yang dihubungkan dengan persepsi, pikiran, perasaan dan tindakan klien (Nurjannah, 2005)

4. Tahap Terminasi

Tahap ini merupakan tahap dimana perawat mengakhiri pertemuan dalam menjalankan tindakan keperawatan serta mengakhiri interaksinya dengan klien. Dengan dilakukan terminasi, klien menerima kondisi perpisahan tanpa menjadi regresi (putus asa) serta menghindari kecemasan. Terminasi dilakukan agar klien menyadari bahwa ada pertemuan ada pula perpisahan, dimana hubungan yang dibangun hanya sebatas hubungan perawat dan klien. Perawat harus mampu menghadirkan realitas perpisahan. Perawat harus dapat menghindar dari perbuatan melanggar batas, dimana hubungan yang dibangun secara profesional berubah menjadi hubungan pribadi.

Kegiatan yang dilakukan perawat adalah mengevaluasi seputar hasil kegiatan yang telah dilakukan sebagai dasar untuk tindak lanjut yang akan datang. Untuk itu kegiatan pada tahap terminasi merupakan kegiatan yang tepat untuk

mengubah perasaan dan memori serta untuk mengevaluasi kemajuan klien dan tujuan yang telah dicapai (Nurjannah, 2005).

Kegiatan yang dilakukan pada tahap terminasi adalah sebagai berikut :

- a. Evaluasi subjektif, merupakan kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi suasana hati setelah terjadi interaksi dengan klien. Kegiatan ini penting sekali dilakukan agar perawat tahu kondisi psikologis klien dalam rangka menghindarkan klien dari sikap defensif maupun menarik diri. Evaluasi subjektif mencakup evaluasi tentang perasaan-perasaan yang menyelimuti hati klien saat terjadi proses interaksi perawat-klien, selain itu juga agar perawat mengevaluasi dirinya sendiri untuk dipakai acuan dalam proses interaksi selanjutnya.
- b. Evaluasi objektif, merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengevaluasi respon objektif terhadap hasil yang diharapkan dari keluhan yang dirasakan, apakah ada kemajuan atau sebaliknya.

Tindak lanjut merupakan kegiatan yang dilakukan dengan menyampaikan pesan kepada klien mengenai lanjutan dari kegiatan yang telah dilakukan. Pesan yang disampaikan itu relevan, singkat, padat, dan jelas atas tidak terjadi *miscommunication*.

2.6.7 Faktor Penghambat Komunikasi

Faktor yang dapat menghambat komunikasi antara perawat dengan klien adalah :

1. Kemampuan pemahaman yang berbeda
2. Pengamatan / penafsiran yang berbeda karena pengalaman masa lalu
3. Komunikasi satu arah

4. Kepentingan yang berbeda
5. Memberikan jaminan yang tidak mungkin
6. Memberitahu apa yang harus dilakukan kepada penderita
7. Membicarakan hal – hal yang bersifat pribadi
8. Menuntut bukti, tantangan serta penjelasan dari, klien mengenai tindakannya
9. Memberikan kritik mengenai perasaan klien
10. Menghentikan atau mengalihkan topik pembicaraan
11. Terlalu banyak bicara yang seharusnya mendengarkan
12. Memperlihatkan sifat jemu atau pesimis

2.7 Konsep Model Interaksi King

King memahami model konsep dan teori keperawatan dengan menggunakan pendekatan sistem terbuka dalam hubungan interaksi yang konstan dengan lingkungan, sehingga King mengemukakan dalam model konsep interaksi.

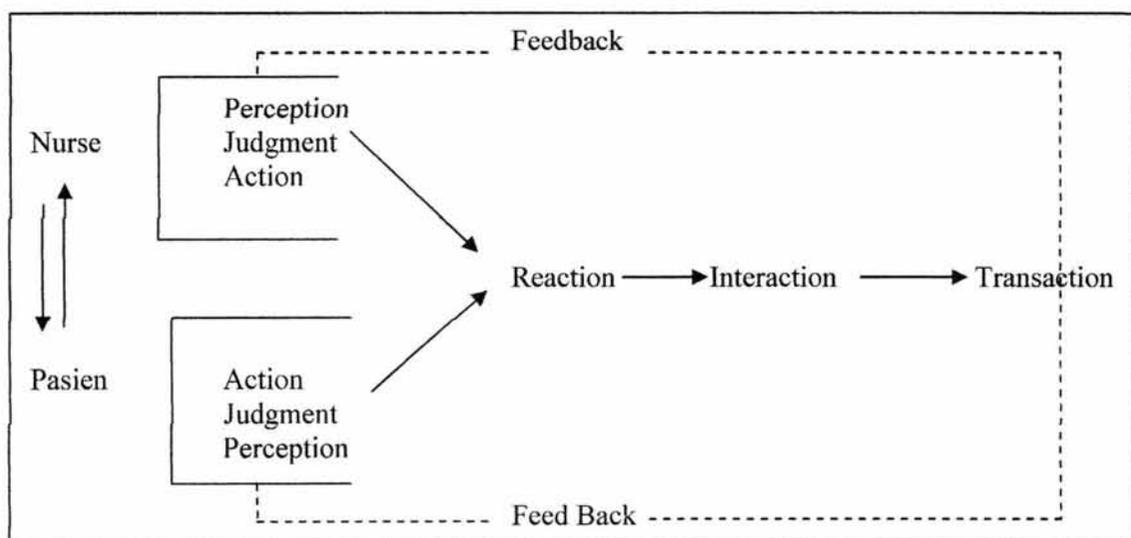
Dalam mencapai hubungan interaksi, King mengemukakan konsep kerjanya yang meliputi adanya sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial yang saling berhubungan satu dengan yang lain. Individu diasumsikan sebagai makhluk spiritual, mempunyai kapasitas untuk berpikir, tahu dan membuat keputusan dan memilih alternatif tindakan. Tiap individu merupakan suatu sistem terbuka dalam berinteraksi dengan lingkungannya, unik, holistik serta berbeda dalam hal kebutuhan, keinginan dan tujuan (Alligood dan Tomey, 2006)

Menurut Mundakir (2006:34), model ini menekankan pada proses komunikasi yang terjadi antara Perawat-Klien merupakan hasil interaksi yang

bertujuan untuk menentukan suatu keputusan dalam pelaksanaan tindakan kesehatan. Perawat tidak dapat melakukan tindakan kepada klien tanpa ada proses interaksi dan komunikasi tentang tindakan yang akan dilakukan pada klien.

Mundakir (2006:34) mengemukakan bahwa dalam pelaksanaannya, model ini menggunakan pandangan sistem dalam upaya membantu klien untuk mempertahankan kesehatan. Perawat perlu mengkaji dan menganalisa komponen apa saja yang terkait dengan status kesehatan klien. Perawat tidak hanya terfokus pada satu masalah karena komponen-komponen tersebut sangat terkait dan mengkait.

Manusia memiliki tiga kebutuhan dasar yaitu kebutuhan terhadap informasi, kesehatan, kebutuhan terhadap pencegahan penyakit dan kebutuhan terhadap perawatan ketika sakit. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, King mengemukakan pendekatan teori yang terdiri dari komponen yang dapat digambarkan dibawah ini :



Gambar 2.2 Model Interaksi King. Suatu Pendekatan proses komunikasi perawat klien (Sumber: Peter Guy & Laurel L, 1985, dalam Mundakir, 2006:35)

Berdasarkan gambar tersebut dapat dijelaskan bahwa konsep hubungan manusia menurut King terdiri dari :

1. Aksi merupakan proses awal hubungan dua individu dalam berperilaku, dalam memahami atau mengenali kondisi yang ada dalam keperawatan dengan digambarkan hubungan keperawatan dan klien melakukan kontrak atau tujuan yang diharapkan
2. Reaksi adalah suatu bentuk tindakan yang terjadi akibat dari adanya aksi dan merupakan respon dari individu
3. Interaksi, didefinisikan sebagai proses persepsi dan komunikasi antara orang dan lingkungan dan antara orang dengan orang, direpresentasikan oleh perilaku verbal dan non-verbal yang diarahkan untuk mencapai tujuan. Setiap individu dalam berinteraksi (perawat dan klien) membawa pengetahuan yang berbeda, kebutuhan-kebutuhan, tujuan-tujuan, pengalaman dahulu, dan persepsi-persepsi yang mempengaruhi interaksi. Suatu bentuk kerjasama yang saling mempengaruhi antara perawat dan klien yang terwujud dalam komunikasi
4. Transaksi, didefinisikan sebagai maksud tujuan interaksi yang membawa kepada pencapaian tujuan.

Model interaksi King menekankan arti proses komunikasi antara perawat dan klien dengan mengutamakan penerapan sistem perspektif untuk mengilustrasikan profesionalisme perawat dalam memberikan bantuan kepada klien. Keperawatan merupakan proses interpersonal dari aksi, reaksi interaksi dan transaksi. Persepsi perawat dan klien juga mempengaruhi proses interpersonal (King dalam Alligood dan Tomey, 2006). Model ini menekankan arti penting

interaksi berkesinambungan di antara perawat dan klien dalam pengambilan keputusan mengenai kondisi klien berdasarkan persepsi mereka terhadap situasi (Machfoedz, 2009:136-137).

Interaksi merupakan proses dinamis yang melibatkan hubungan timbal balik antara persepsi, keputusan, dan tindakan perawat-klien. Umpan balik pada model ini menunjukkan arti penting hubungan antara perawat dan klien. Umpan balik yang terjadi bermanfaat untuk mengetahui hasil informasi yang disampaikan diterima dengan baik oleh klien.

2.8 Konsep *Heat Shock Protein 70*

Studi mengenai lokalisasi seluler HSP pertama kali dilakukan pada *Drosophila melanogaster*. Setelah kejutan panas (*heat shock*), HSP70 ditemukan berkonsentrasi terutama dalam inti/nukleus dan juga dalam membran sel. Translokasi tersebut tidak tergantung pada temperatur, selama masa pemulihan kejutan panas (*heat shock*) HSP70 meninggalkan inti sel dan dapat ditemukan terutama dalam sitoplasma, demikian juga HSP72 (Palter et al dalam Lindquist dan Craig, 1988).

Fungsi HSP70 baik dalam bentuk yang diinduksi maupun konstitutif (*non-stressful condition*) diatur oleh hidrolisis ATP. Aktivitas *chaperon* (siklus dari ikatan dan pelepasan protein-protein asli selama proses *refolding*) tergantung dari status ikatan ATP. *Heat Shock Proteins 70* (HSP70) secara konstitutif, diketahui berfungsi sebagai *molecular chaperones* (molekul pendamping) intraseluler yang memfasilitasi transportasi protein, melindungi agregasi protein selama fase pelipatan (*foldng*) dan melindungi ikatan polipeptida yang baru disintesis dari

misfolding, memfasilitasi *refolding* protein dan mempertahankan fungsi struktural protein. HSP70 intraseluler bersifat anti inflamasi, memberikan sitoproteksi melalui mekanisme anti apoptosis. Sedang HSP yang terinduksi melindungi denaturasi protein, agregasi/*unfolding protein*. Banyak kejadian/peristiwa dapat menginduksi ekspresi HSP, diantaranya adalah faktor lingkungan, patologis dan fisiologis seperti paparan logam berat, radiasi UV, infeksi bakteri atau virus, peradangan, stres oksidatif, diferensiasi sel dan perkembangan jaringan (Heck et al, 2011; Yenari, 2000; Brown, tanpa tahun).

Pada orang sehat biasanya memiliki kadar HSP70 yang rendah dalam plasma darah. Stres oksidatif, peradangan, gangguan kardiovaskuler, fibrosis paru berkorelasi langsung terhadap konsentrasi HSP70 dalam peredaran darah. Peningkatan kadar HSP70 dapat menjadi respons *immunoinflammatory* penting terhadap penyakit dan gangguan fisiologis. HSP dilepaskan ke dalam aliran darah setelah rangsangan stres dan merupakan respons stres yang sangat penting (Yenari, 2000).

Brown (tanpa tahun) menyebutkan ekspresi HSP70 telah dilaporkan terkait dengan penurunan kematian sel apoptosis, peningkatan ekspresi dari protein anti-apoptosis, hal tersebut menunjukkan bahwa HSP70 adalah protein yang mampu melindungi sel otak dari cedera melalui berbagai mekanisme.

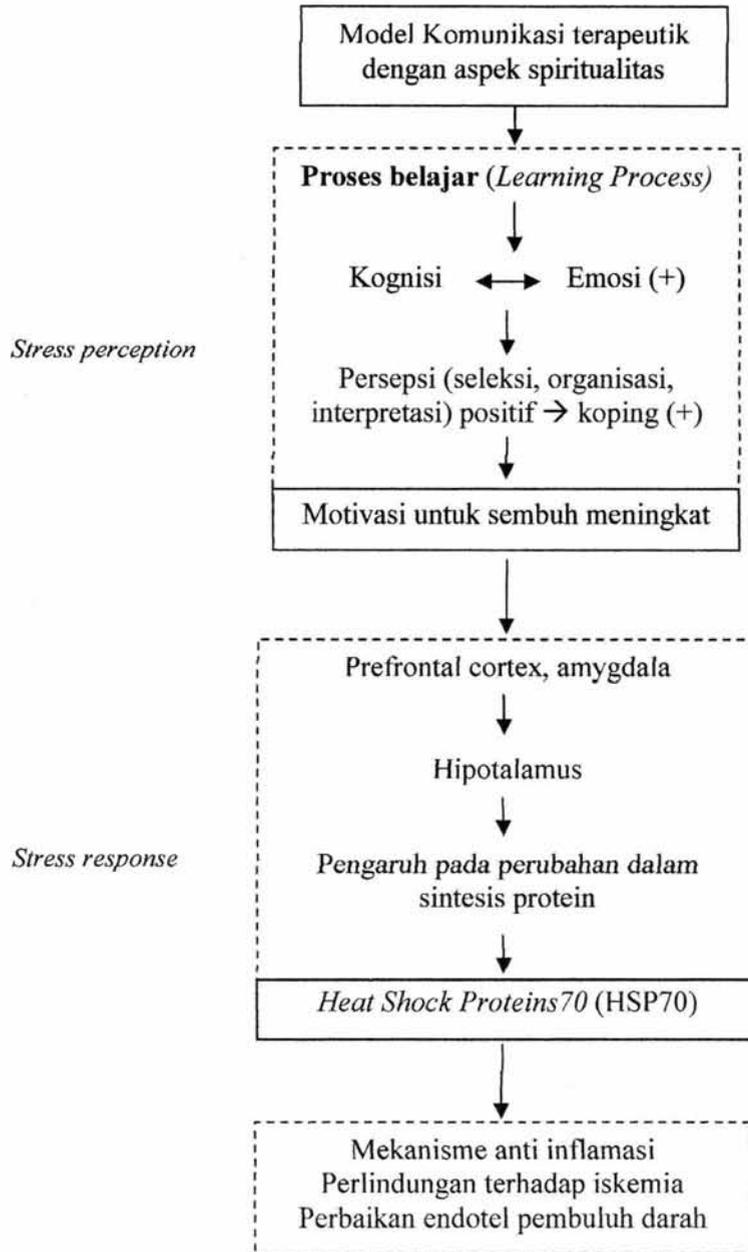
Stroke adalah penyebab utama kematian ketiga di banyak negara. Percobaan baik menggunakan model hewan yang mengalami stroke maupun sistem kultur jaringan telah menunjukkan bahwa *overexpression* HSP70 mengurangi cedera iskemik dan melindungi sel saraf serta glia. Perlindungan HSP70 mencakup pencegahan agregasi protein, pelipatan kembali sebagian protein yang telah

mengalami denaturasi, mengurangi respon inflamasi dan menghambat jalur kematian sel (Brown, tanpa tahun).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Peningkatan Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital dr. Ramelan Surabaya

Penjelasan Kerangka konseptual :

Pasien Stroke mengalami kelemahan dan ketergantungan. Ketidakmampuan merupakan suatu stimulus di otak pada korteks serebri yang diolah pada area limbik, khususnya hipotalamus yang merupakan area pengontrol emosi seseorang (Guyton & Hall, 1997). Pasien mengalami sedih dan frustrasi akibat kondisinya tersebut, ditambah dengan penyembuhan yang memerlukan waktu yang lama, keadaan emosi ini akan mempengaruhi motivasi yang ada dalam diri pasien Stroke untuk segera pulih. Komunikasi terapeutik merupakan suatu stimulus yang diolah sebagai fungsi kognitif melalui proses pembelajaran (*learning process*) di otak, yang menentukan kesesuaian respons individu terhadap stimulus yang diterima. Setiap stresor yang diterima oleh individu akan dipelajari dengan seksama sehingga menghasilkan persepsi yang benar yang akhirnya akan direspons dengan benar pula (Weiten, 2007, dikutip oleh Putra, 2011), melalui proses seleksi, organisasi serta interpretasi terhadap stresor yang diterima, komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat membantu membangun persepsi yang positif dalam diri pasien dengan jalan mengarahkan pasien kepada pengetahuan yang benar akan penyakit dan perawatannya, ekspektasi atau pengharapan yang diinginkan, penilaian diri yang positif serta kebutuhan akan masa depan dalam diri pasien dan keluarga.

Persepsi yang positif dalam diri pasien membuat mekanisme koping yang digunakan tepat pula dan mengarahkan segala tindakan ke arah kesembuhan yang disebut motivasi untuk sembuh. Prefrontal cortex sebagai area otak yang terkait motivasi, sedangkan amigdala sebagai pusat persepsi. Persepsi yang positif dan motivasi untuk sembuh yang tinggi akan membantu sel dalam merespons dampak

negatif adanya gangguan peredaran darah otak, sehingga terekspresi *heat shock protein 70*. Penelitian menyebutkan HSP70 melindungi sel melalui pencegahan agregasi protein, pelipatan kembali sebagian protein yang telah mengalami denaturasi, melindungi terhadap iskemia, mengurangi respon inflamasi dan menghambat jalur kematian sel (Brown, tanpa tahun; Yenari, 2000), dan mencegah kerusakan dan efek negatif terhadap stress sehingga ada perbaikan endotel pada pasien stroke.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Terdapat peningkatan motivasi untuk sembuh pada pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik.
2. Terdapat peningkatan kadar *heat shock proteins 70* (HSP70) pada pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan *experiment pre test and post test control group design*, dimana kesimpulan hasil penelitian ini didapatkan dengan cara membandingkan data *pre test* serta *post test* yaitu motivasi untuk sembuh dan kadar *Heat Shock Protein 70* antara kelompok pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik dengan kelompok yang diberikan komunikasi sesuai standar perawatan.

Tabel 4.1 Desain Penelitian Peningkatan Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital dr. Ramelan Surabaya

Subjek	<i>Pre test</i>	Perlakuan	<i>Post test</i>
	O1	I	O2
	O1	-	O2
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan :

O1 = Observasi (pengukuran) awal motivasi untuk sembuh dan kadar HSP70

I = Intervensi (Komunikasi terapeutik)

O2 = Observasi (pengukuran) akhir motivasi untuk sembuh dan kadar HSP70

4.2 Unit Eksperimen dan Replikasi

4.2.1 Unit Eksperimen

Unit eksperimen dalam penelitian ini adalah pasien Stroke yang dirawat di Ruang Saraf Rumkital dr. Ramelan Surabaya yang memenuhi kriteria :

1. Kriteria Inklusi

Pasien Stroke yang berusia 50-75 tahun, dapat berkomunikasi (tidak mengalami afasia) dan telah melewati masa akut.

2. Kriteria eksklusi

Pasien Stroke yang mengalami gangguan intelektual dan kognitif, tidak kooperatif atau tidak bersedia menjadi responden.

4.2.2 Replikasi

Replikasi sebanyak 21 responden pasien Stroke yang dirawat di Ruang Saraf Rumkital dr. Ramelan Surabaya mulai tanggal 30 Mei hingga 10 Juni 2012.

Randomisasi menggunakan *simple random*. Pasien yang sesuai dengan kriteria penelitian, baik di Ruang Saraf laki-laki maupun perempuan, masing-masing akan dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kontrol dimana kedua kelompok ini tidak berinteraksi. Randomisasi untuk memilih sampel yang dijadikan kelompok perlakuan dan kontrol akan dilakukan dengan *matching* umur, dan didapatkan 11 responden kelompok perlakuan dan 10 responden kelompok kontrol.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Klasifikasi Variabel

1. Variabel Bebas (*Independent variable*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah komunikasi terapeutik yang bersifat sebagai intervensi pada kelompok perlakuan

2. Variabel terikat (*Dependent variable*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah motivasi untuk sembuh dan kadar *HSP70*.

3. Variabel Perancu

Variabel perancu dalam penelitian ini adalah umur, penyakit penyerta dan area cedera pada infark

4.3.2 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian Peningkatan Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital dr. Ramelan Surabaya

Variabel	Definisi Operasional	indikator	Alat Ukur	Skala	skor
Independen: Komunikasi terapeutik	Hubungan perawat-pasien, bertujuan membentuk persepsi positif dan keyakinan spiritual pasien sehingga mempercepat proses penyembuhan	Komunikasi dilakukan melalui beberapa tahap : 1.Pra interaksi 2.Orientasi/perkenalan 3.Kerja 4.Terminasi Dilakukan pada shift pagi, siang dan sore selama 20-30 menit/hari, dilakukan 2 hari.	Model		
Dependen : Motivasi untuk sembuh	Persepsi positif atau keyakinan spiritual pasien Stroke terhadap kondisi sakit dan pemulihannya	22 item pernyataan mengenai motivasi untuk sembuh, adaptasi dari <i>The Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index</i> meliputi : 1.Kenyamanan spiritual/kekuatan/makna 2.Perasaan memiliki hubungan/keterikatan dan perasaan tidak sendirian 3.Eksistensi 4.Pandangan kepada Tuhan 5.Keyakinan akan peran Tuhan terhadap pemulihan penyakit 6.Perilaku religius 7.Empati pada orang lain. Modifikasi menjadi 25 item (penambahan aspek pengetahuan) Pilihan jawaban : skala likert	Kuesioner	interval	Skor : 1 : Sangat tidak setuju 2 : Tidak setuju 3 : Setuju 4 : Sangat setuju
Dependen : Kadar <i>Heat Shock Protein</i> (<i>HS: 70</i>)	<i>Stress protein</i> yang berada dalam sirkulasi, yang diinduksi oleh komunikasi terapeutik perawat	Pemeriksaan serum dengan metode ELISA (<i>Enzym Linked Immunosorbent Assay</i>)	Peralatan laboratorium TDC Universitas Airlangga Surabaya	rasio	

4.4 Responden atau Bahan Penelitian

Bahan penelitian ini adalah darah vena responden

4.5 Instrumen Penelitian

1. Instrumen pengukuran kadar HSP70

Peralatan untuk mengambil darah berupa spuit, alcohol swab, tourniket. Serta peralatan laboratorium untuk pemeriksaan sampel darah dengan metode ELISA (*Enzym Linked Immunosorbent Assay*).

2. Kuesioner motivasi untuk sembuh

Pengukuran motivasi untuk sembuh menggunakan kuesioner yang diadaptasi dari *The Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index* (Ironson dan Woods, 1998), dan dimodifikasi dengan penambahan aspek pengetahuan terkait pemulihan Stroke. Kuesioner dengan 25 item pernyataan telah diuji coba dan hasil uji validitas dan reliabilitas menunjukkan 1 item tidak valid, sehingga dibuang. Hasil uji validitas kedua dengan korelasi Pearson menyatakan 24 pernyataan valid dan uji reliabilitas dengan Cronbach's Alpha = 0,984. Kuesioner sebanyak 24 item terdiri dari :

- a. 21 item pernyataan yang meliputi empat faktor spiritualitas/religiusitas dalam 7 subskala yang terdiri dari kenyamanan spiritual/kekuatan/makna, perasaan memiliki hubungan/ keterikatan dan perasaan tidak sendirian, eksistensi, pandangan kepada Tuhan, keyakinan akan peran Tuhan terhadap pemulihan penyakit, perilaku keagamaan/religius, kasih sayang pada orang lain.
- b. 3 item pernyataan aspek pengetahuan terkait pemulihan pasien Stroke.

Pilihan jawaban menggunakan skala likert (1 = sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3 = ragu-ragu/netral, 4 = setuju, 5 = sangat setuju), namun peneliti memodifikasi dengan menghilangkan pilihan ragu-ragu/netral untuk menghindari kecenderungan akan pilihan tersebut.

Klasifikasi pernyataan sebagai berikut :

Tabel 4.3 Klasifikasi Pernyataan Kuesioner Motivasi untuk sembuh

No	Komponen spiritualitas/religiusitas	Nomor	total
1	kenyamanan spiritual, kekuatan, makna hidup	1,2,3	3
2	Perasaan memiliki suatu hubungan, perasaan tidak sendirian	4,5,6	3
3	Eksistensi	7,8	2
4	Pandangan kepada Tuhan	9,10	2
5	Somatik / keyakinan akan peran Tuhan dalam pemulihan penyakit	11,12,13,14	4
6	Perilaku Keagamaan/religius	15,16,17,18,19	5
7	Melihat orang lain/kasih sayang pada orang lain	20,21	2
8	Pengetahuan terkait pemulihan pasien Stroke	22,23,24	3
	Jumlah		24

4.6 Lokasi dan Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April-Juni 2012 di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

1. Melakukan perijinan kepada Kepala Rumkital dr. Ramelan Surabaya.
2. Mengadakan pemantapan dan melibatkan mahasiswa praktik dalam prosedur komunikasi terapeutik yang akan dilakukan pada shift pagi, siang dan sore.

3. Pengumpulan data dilakukan mulai 30 Mei – 10 Juni 2012. Pasien yang telah dipilih sesuai kriteria selanjutnya menandatangani *informed consent* sebagai responden penelitian.
4. Melakukan *pre test* pada kedua kelompok (perlakuan dan kontrol) dengan mengukur motivasi untuk sembuh menggunakan kuesioner yang diadaptasi dari *The Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index* (Ironson dan Woods, 1998). Serta dilakukan pengambilan darah vena untuk pengukuran kadar HSP70. Pengambilan darah dilakukan oleh petugas laboratorium Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, sedangkan pemeriksaan HSP70 oleh petugas laboratorium TDC (*Tropical Disease center*) Universitas Airlangga Surabaya.
5. Kelompok perlakuan dilakukan komunikasi terapeutik oleh peneliti dengan melibatkan mahasiswa praktik di Ruang Saraf pada shift pagi, siang dan sore selama 20-30 menit/hari, dilakukan 2 hari, komunikasi yang dilakukan sesuai dengan panduan komunikasi terapeutik, sedangkan kelompok kontrol diberikan komunikasi sesuai standar perawatan di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan.
6. Pada hari ke-3, peneliti melakukan *post test* pada kedua kelompok (perlakuan dan kontrol) dengan mengukur motivasi untuk sembuh serta melakukan pengambilan darah vena untuk pengukuran kadar HSP70.

4.8 Cara Pengolahan Data dan Analisis Data

Kuesioner dan hasil pemeriksaan yang telah dikumpulkan diperiksa ulang untuk kelengkapannya, kemudian dikelompokkan sesuai variabel yang diteliti.

1. Motivasi untuk sembuh

Pengolahan data dilakukan dengan memberikan skor pada tiap jawaban responden. Diberikan skor 1 bila menjawab sangat tidak setuju, 2 bila tidak setuju, 3 bila setuju, 4 bila sangat setuju. Selanjutnya semua skor untuk tiap pernyataan dijumlahkan.

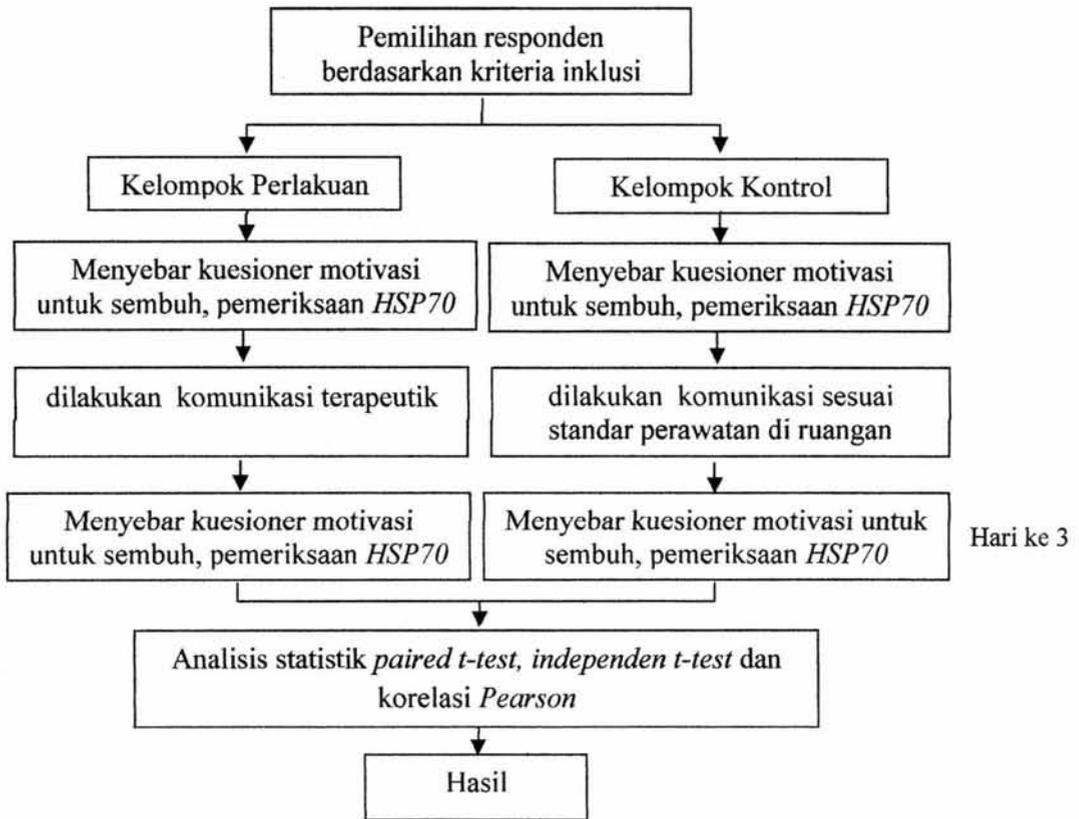
2. Kadar HSP70

Sampel darah yang telah diambil akan diteliti di laboratorium TDC (*Tropical Disease center*) Universitas Airlangga Surabaya. Nilai normal $0,025 \text{ ng}/10^6 - 0,1 \text{ ng}/10^6$.

Analisis data dilakukan dengan statistik deskriptif dan inferensial dengan menggunakan komputer. Statistik deskriptif digunakan untuk menentukan *mean*, standar deviasi dan nilai tengah (*median*) dari variabel. Analisis statistik inferensial dilakukan dengan *paired t-test* untuk menguji beda mean dari 2 hasil pengukuran variabel biologis (kadar HSP70) pada kelompok yang sama (*pre* dan *post test*) serta *independen t-test* untuk menguji beda mean variabel biologis (kadar HSP70) pada 2 kelompok independen.

Variabel psikologis (motivasi untuk sembuh) diuji dengan *paired-t-test* dan *independen t-test*, dengan asumsi skor motivasi dianggap sebagai data interval.

4.9 Kerangka Operasional



Bagan 4.1 Kerangka Operasional Penelitian Peningkatan Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan data mengenai hasil penelitian melalui pengumpulan data yang diperoleh pada 30 Mei – 10 Juni 2012 di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dengan jumlah responden sebanyak 21 pasien Stroke, yang terdiri dari 11 pasien kelompok perlakuan dan 10 pasien kelompok kontrol. Penyajian hasil penelitian ini meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data umum tentang karakteristik responden dan data khusus tentang motivasi untuk sembuh dan kadar *heat shock proteins 70 (HSP70)*.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumkital Dr. Ramelan Surabaya merupakan rumah sakit tipe A yang didirikan pada tanggal 7 Agustus 1950 dan melayani TNI AL, TNI AD, TNI AU, keluarga dan masyarakat umum. Rumkital Dr. Ramelan Surabaya terletak di Jalan Gadung No. 1 Surabaya dengan batas wilayah sebelah Utara adalah Jalan Gadung, sebelah Timur adalah Jalan Bendul Merisi, sebelah Selatan adalah jalan Margorejo dan sebelah Barat merupakan Jalan Ahmad Yani.

5.1.1 Visi, Misi dan Motto Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Rumkital dr. Ramelan Surabaya memiliki visi, misi dan motto sebagai berikut :

1. Visi Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Rumah Sakit pilihan utama bagi TNI, TNI AL dan masyarakat

2. Misi Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
 - a. Terselenggara dukungan dan pelayanan kesehatan yang profesional
 - b. Terwujudnya pusat unggulan pelayanan kesehatan yang handal
 - c. Menjadi Rumah Sakit pendidikan yang berkualitas
 - d. Terselenggara penelitian bidang kesehatan, yang berorientasi pada kesehatan matra laut
 - e. Terpenuhi SDM yang sesuai kompetensi bidang tugasnya
 - f. Terselenggara manajemen Rumah Sakit yang bertanggung jawab
3. Motto

Satukan tekad, berikan layanan terbaik (teliti, efisien, ramah, bermutu, akurat, inovatif, kekeluargaan)

5.1.2 Fasilitas Pelayanan di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Rumkital Dr. Ramelan Surabaya meliputi :

1. Pelayanan Medik Spesialis dan Sub spesialis
2. Pelayanan Poli Umum dan Gigi
3. Pelayanan Gawat Darurat/UGD
4. Pelayanan Rehabilitasi Medik
5. Pelayanan Radioterapi dan Paliatif
6. Pelayanan Farmasi
7. Pelayanan Penunjang Medik
8. *Medical check up*
9. Akupuntur
10. Poli Usia Lanjut

11. Klinik Estetika

(Profil Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, 2010)

5.1.3 Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Penelitian dilakukan di Ruang Saraf Rumkital dr. Ramelan Surabaya, yang merupakan ruang rawat inap penyakit dalam khusus saraf untuk laki-laki dan perempuan.

Ruang Saraf A merupakan ruangan rawat inap untuk saraf perempuan yang mempunyai 1 kamar zall, dan 3 kamar kelas, dengan kapasitas tempat tidur 14 buah dan 2 kamar mandi pasien di kamar pasien, dan terdapat 3 kapasitas tempat tidur dan 1 kamar mandi pasien di kamar pasien, ruang perawatan, kamar ganti, ruang obat, ruang untuk penyimpanan instrumen, dapur, ruang *spoel hock*. Ruang saraf A memiliki 13 orang tenaga medis paramedis dengan kualifikasi 10 orang berpendidikan diploma III keperawatan dan 4 orang perawat kesehatan (SPK), 1 orang tenaga *cleaning service* dan 2 orang bagian gizi (dapur).

Ruang Saraf B merupakan ruangan rawat inap untuk khusus saraf laki-laki yang mempunyai 1 kamar zall, dan 3 kamar kelas, dengan kapasitas tempat tidur 14 buah dan 2 kamar mandi pasien di kamar pasien, dan terdapat 3 kapasitas tempat tidur dan 1 kamar mandi pasien di kamar pasien, ruang perawatan, kamar ganti, ruang obat, ruang untuk penyimpanan instrument, dapur, ruang *spoel hock*. Ruang Saraf B memiliki 14 orang tenaga medis paramedis dengan kualifikasi 11 orang berpendidikan diploma III Keperawatan dan 3 orang perawat kesehatan (SPK), 1 orang tenaga *cleaning service* dan 2 orang bagian gizi (dapur).

5.2 Karakteristik Data Umum

1. Umur

Karakteristik responden berdasarkan umur pasien Stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah sebagai berikut :

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Pasien Stroke Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012 (perlakuan = 11 pasien, kontrol = 10 pasien)

Umur	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
50 - 55 tahun	1	9,1%	1	10,0%
56 - 60 tahun	1	9,1%	1	10,0%
61 - 65 tahun	3	27,3%	3	30,0%
66 - 70 tahun	4	36,4%	3	30,0%
71 - 75 tahun	2	18,2%	2	20,0%
Total	11	100,0%	10	100,0%

Tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata responden kelompok perlakuan berusia 66-70 tahun, sedangkan kelompok kontrol berusia 66-70 tahun dan 61-65 tahun.

2. Jenis Kelamin

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin pasien Stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah sebagai berikut :

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Stroke Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012 (perlakuan = 11 pasien, kontrol = 10 pasien)

Jenis Kelamin	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Laki-laki	6	54,5%	8	80,0%
Perempuan	5	45,5%	2	20,0%
Total	11	100,0%	10	100,0%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden baik kelompok perlakuan maupun kontrol adalah laki-laki.

3. Agama

Karakteristik responden berdasarkan agama pasien Stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah sebagai berikut :

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Agama Pasien Stroke Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012 (perlakuan = 11 pasien, kontrol = 10 pasien)

Agama	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Islam	10	90,9%	10	100,0%
Katolik	0	0,0%	0	0,0%
Protestan	1	9,1%	0	0,0%
Total	11	100,0%	10	100,0%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden kelompok perlakuan dan seluruh responden kelompok kontrol beragama Islam.

4. Pendidikan Terakhir

Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir pasien Stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah sebagai berikut :

Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Pasien Stroke Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012 (perlakuan = 11 pasien, kontrol = 10 pasien)

Pendidikan terakhir	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Tidak sekolah	0	0,0%	0	0,0%
SD	3	27,3%	4	40,0%
SMP	3	27,3%	3	30,0%
SMA	3	27,3%	3	30,0%
Perguruan tinggi	2	18,2%	0	0,0%
Total	11	100,0%	10	100,0%

Tabel di atas menunjukkan bahwa responden pasien Stroke kelompok perlakuan sebagian besar berpendidikan terakhir SD, SMP atau SMA, sedangkan kelompok kontrol sebagian besar berpendidikan terakhir SD.

5. Status Perkawinan

Karakteristik responden berdasarkan status perkawinan pasien Stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah sebagai berikut :

Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan Pasien Stroke Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012 (perlakuan = 11 pasien, kontrol = 10 pasien)

Status Perkawinan	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Kawin	9	81,8%	9	90,0%
Belum kawin	0	0,0%	0	0,0%
Janda/duda	2	18,2%	1	10,0%
Total	11	100,0%	10	100,0%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden pasien Stroke baik kelompok perlakuan maupun kontrol memiliki status kawin.

6. Status Perawatan

Karakteristik responden berdasarkan status perawatan pasien Stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah sebagai berikut :

Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perawatan Pasien Stroke Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012 (perlakuan = 11 pasien, kontrol = 10 pasien)

Status Perawatan	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Purnawirawan	5	45,5%	6	60,0%
anggota TNI AL (aktif)	0	0,0%	1	10,0%
istri/suami purnawirawan	2	18,2%	2	20,0%
istri/suami dari anggota	0	0,0%	0	0,0%
Askes	3	27,3%	1	10,0%
PC	1	9,1%	0	0,0%
Total	11	100,0%	10	100,0%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden pasien Stroke baik kelompok perlakuan maupun kontrol merupakan purnawirawan TNI AL.

7. Lama Menderita Stroke

Karakteristik responden berdasarkan lama menderita Stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah sebagai berikut :

Tabel 5.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Menderita Stroke pada Pasien Stroke Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012 (perlakuan = 11 pasien, kontrol = 10 pasien)

Lama Menderita Stroke	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Baru kali ini	6	54,5%	5	50,0%
< 1 tahun	1	9,1%	0	0,0%
1 - 5 tahun	1	9,1%	2	20,0%
6 - 10 tahun	3	27,3%	3	30,0%
> 10 tahun	0	0,0%	0	0,0%
Total	11	100,0%	10	100,0%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden pasien Stroke baik kelompok perlakuan maupun kontrol baru kali ini menderita Stroke.

8. Riwayat Masuk Rumah Sakit karena Stroke

Karakteristik responden berdasarkan riwayat masuk RS pada pasien Stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah sebagai berikut :

Tabel 5.8 Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Masuk RS Pasien Stroke Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012 (perlakuan = 11 pasien, kontrol = 10 pasien)

Riwayat MRS karena Stroke	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Belum pernah	6	54,5%	3	30,0%
1 kali	4	36,4%	3	30,0%
2 kali	0	0,0%	3	30,0%
3 kali	0	0,0%	1	10,0%
4 kali	0	0,0%	0	0,0%
5 kali	1	9,1%	0	0,0%
Total	11	100,0%	10	100,0%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden kelompok perlakuan belum pernah dirawat inap dengan penyakit Stroke, sedangkan kelompok kontrol sebagian besar belum pernah, 1 kali hingga 2 kali dirawat di rumah sakit.

9. Diagnosis Medis

Karakteristik responden berdasarkan diagnosis medis pasien Stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah sebagai berikut :

Tabel 5.9 Karakteristik Responden Berdasarkan Diagnosis Medis Pasien Stroke Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012 (perlakuan = 11 pasien, kontrol = 10 pasien)

Diagnosis Medis	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Stroke Infark	10	90,9%	9	90,0%
Stroke Bleeding	1	9,1%	1	10,0%
Total	11	100,0%	10	100,0%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar diagnosis medis responden pasien Stroke baik kelompok perlakuan maupun kontrol merupakan Stroke infark.

10. Kejadian Serangan Stroke

Karakteristik responden berdasarkan kejadian serangan pada pasien Stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah sebagai berikut :

Tabel 5.10 Karakteristik Responden Berdasarkan Kejadian Serangan Pasien Stroke Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012 (perlakuan = 11 pasien, kontrol = 10 pasien)

Serangan	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Ke-1	7	63,6%	6	60,0%
Ke-2	2	18,2%	2	20,0%
Ke-3	1	9,1%	2	20,0%
Ke-4	0	0,0%	0	0,0%
Ke-5	1	9,1%	0	0,0%
Total	11	100,0%	10	100,0%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar ini merupakan serangan Stroke pertama kali bagi responden baik kelompok perlakuan maupun kontrol.

5.3 Data Khusus

5.3.1 Motivasi untuk sembuh pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik

Uji normalitas Kolmogorov-Smirnov pada data motivasi untuk sembuh kelompok perlakuan didapatkan nilai kemaknaan pre-test adalah 0,393, sedangkan post-test didapatkan 0,234. Nilai kemaknaan pada kedua kelompok data didapatkan $> 0,05$. Hal ini dapat disimpulkan bahwa kedua kelompok data berdistribusi normal. Uji normalitas motivasi untuk sembuh kelompok kontrol (komunikasi standar) pre-test didapatkan nilai kemaknaan 0,414 dan post-test didapatkan 0,365, dapat disimpulkan bahwa kedua kelompok data berdistribusi normal.

Tabel 5.11 Hasil Uji Analisis *Independent t-test* (pre-pre) Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang dilakukan Komunikasi Terapeutik dengan yang dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012

	n	Rerata	SD	minimum	maksimum	t-test
Motivasi untuk sembuh kelompok komunikasi terapeutik	11	72,27	2,87	66,7	75	t = -1,114 p = 0,279
Motivasi untuk sembuh kelompok komunikasi standar	10	70,96	2,48	67,7	74	

Tabel 5.11 menunjukkan hasil uji *Independent t-test* dengan nilai $p = 0,279$ yang berarti tidak ada perbedaan pada motivasi untuk sembuh pasien Stroke kelompok perlakuan sebelum dilakukan komunikasi terapeutik dengan kelompok kontrol sebelum dilakukan komunikasi sesuai standar ruangan.

Tabel 5.12 Hasil Uji Analisis *Independent t-test* (post-post) Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang dilakukan Komunikasi Terapeutik dengan yang dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012

	n	Rerata	SD	minimum	maksimum	t-test
Motivasi untuk sembuh kelompok komunikasi terapeutik	11	86,17	11,08	76,0	100	t = -2,515 p = 0,022
Motivasi untuk sembuh kelompok komunikasi standar	10	75,83	7,58	69,8	93,8	

Tabel 5.12 menunjukkan hasil uji *Independent t-test* dengan $p = 0,022$ yang berarti terdapat perbedaan yang signifikan pada motivasi untuk sembuh pasien Stroke kelompok perlakuan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik dengan kelompok kontrol sesudah dilakukan komunikasi sesuai standar ruangan.

Tabel 5.13 Hasil Uji Analisis *Paired-t-test* (pre-post) Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012

	n	Rerata	SD	minimum	maksimum	t-test
Motivasi untuk sembuh sebelum komunikasi terapeutik	11	72,27	2,87	66,7	75,0	t = -4,743 p = 0,001
Motivasi untuk sembuh sesudah komunikasi terapeutik	11	86,17	11,08	76,0	100	

Tabel 5.13 di atas menunjukkan perubahan peningkatan motivasi untuk sembuh sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik, dimana hasil uji *paired-t-test* menunjukkan hasil yang signifikan dengan $p = 0,001$.

Tabel 5.14 Hasil Uji Analisis *Paired-t-test* (pre-post) Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012

	n	Rerata	SD	minimum	maksimum	t-test
Motivasi untuk sembuh sebelum komunikasi standar	10	70,96	2,48	67,7	74,0	t = -2,115 p = 0,064
Motivasi untuk sembuh sesudah komunikasi standar	10	75,83	7,58	69,8	93,8	

Tabel 5.14 menunjukkan hasil uji *paired-t-test* pada kelompok kontrol didapatkan $p = 0,064$, berarti bahwa sebelum dan sesudah komunikasi standar ruangan tidak ada peningkatan motivasi untuk sembuh yang signifikan.

Tabel 5.15 Hasil Uji Analisis *Independent t-test* Perubahan Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang dilakukan Komunikasi Terapeutik dengan yang dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012

	n	Rerata	SD	minimum	maksimum	t-test
Δ motivasi untuk sembuh kelompok komunikasi terapeutik	11	13,9	9,72	2,1	28,1	t = -2,389 p = 0,027
Δ motivasi untuk sembuh kelompok komunikasi standar	10	4,87	7,28	1	24	

Tabel 5.15 menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara perubahan motivasi untuk sembuh pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik dengan yang dilakukan komunikasi sesuai standar ruangan.

5.3.2 Kadar *Heat Shock Proteins 70 (HSP70)* pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik

Uji normalitas kadar *HSP70* menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov didapatkan nilai kemaknaan data kadar *HSP70* kelompok perlakuan pre-test adalah 0,461, sedangkan post-test didapatkan 0,309. Maka dapat disimpulkan

bahwa kedua kelompok data berdistribusi normal, sedangkan pada kelompok kontrol, nilai kemaknaan pre-test 0,903 dan post-test 0,901, berarti bahwa kedua kelompok data berdistribusi normal.

Tabel 5.16 Hasil Uji Analisis *Independent t-test* (pre-pre) Kadar *Heat Shock Proteins 70* Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik dengan yang dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012

	n	Rerata	SD	minimum	maksimum	t-test
Kadar <i>HSP70</i> kelompok komunikasi terapeutik	11	185,8	58,79	131	301	t = 1,537 p = 0,141
Kadar <i>HSP70</i> kelompok komunikasi standar	10	224,0	54,64	146	318	

Tabel 5.16 menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan pada kadar *heat shock proteins 70 (HSP70)* pasien Stroke kelompok perlakuan sebelum dilakukan komunikasi terapeutik dengan kelompok kontrol sebelum dilakukan komunikasi sesuai standar ruangan.

Tabel 5.17 Hasil Uji Analisis *Independent t-test* (post-post) Kadar *Heat Shock Proteins 70* Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik dengan yang dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012

	n	Rerata	SD	minimum	maksimum	t-test
Kadar <i>HSP70</i> kelompok komunikasi terapeutik	11	220,5	69,4	152	374	t = 0,192 p = 0,850
Kadar <i>HSP70</i> kelompok komunikasi standar	10	225,5	41,57	170	307	

Tabel 5.17 di atas menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan pada kadar *heat shock proteins 70 (HSP70)* pasien Stroke kelompok perlakuan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik dengan kelompok kontrol yang dilakukan komunikasi sesuai standar ruangan.

Tabel 5.18 Hasil Uji Analisis *Paired-t test* (pre-post) Kadar *Heat Shock Proteins 70* Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012

	n	Rerata	SD	minimum	maksimum	<i>t-test</i>
Kadar <i>HSP70</i> sebelum komunikasi terapeutik	11	185,82	58,79	131	301	$t = -3,419$ $p = 0,007$
Kadar <i>HSP70</i> sesudah komunikasi terapeutik	11	220,64	69,45	152	374	

Tabel 5.18 di atas menunjukkan terdapat peningkatan kadar *Heat Shock Proteins 70 (HSP70)* pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik, dimana hasil uji *Paired-t test* menunjukkan hasil yang signifikan, yaitu $p = 0,007$.

Tabel 5.19 Hasil Uji Analisis *Paired-t test* (pre-post) Kadar *Heat Shock Proteins 70* Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012

	n	Rerata	SD	minimum	maksimum	<i>t-test</i>
Kadar <i>HSP70</i> sebelum komunikasi standar	10	224	54,64	146	318	$t = -0,110$ $p = 0,915$
Kadar <i>HSP70</i> sesudah komunikasi standar	10	225,5	41,57	170	307	

Tabel 5.19 menunjukkan tidak ada peningkatan kadar *Heat Shock Proteins 70 (HSP70)* yang signifikan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi standar, dengan hasil uji *Paired-t test* menunjukkan $p = 0,915$.

Tabel 5.20 Hasil Uji Analisis *Independent t-test* Perubahan Kadar *Heat Shock Proteins 70* Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik dengan yang dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012

	n	Rerata	SD	minimum	maksimum	t-test
Δ kadar <i>HSP70</i> kelompok komunikasi terapeutik	11	34,81	33,77	-15	107	t = -1,982 p = 0,062
Δ kadar <i>HSP70</i> kelompok komunikasi standar	10	1,5	43,09	-65	71	

Tabel 5.20 menunjukkan tidak terdapat perbedaan perubahan kadar *Heat Shock Proteins 70* pada pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik dengan yang dilakukan komunikasi sesuai standar ruangan.

Dalam hal korelasi perubahan motivasi untuk sembuh dengan perubahan kadar *heat shock proteins 70 (HSP70)* pada pasien Stroke dapat dijelaskan pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.21 Hasil Uji Analisis *Korelasi Pearson* Perubahan Motivasi untuk Sembuh dengan Perubahan Kadar *Heat Shock Proteins 70* Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012

	n	p
Δ motivasi untuk sembuh	11	r = 0,111 p = 0,745
Δ kadar <i>HSP70</i>	11	

Tabel di atas menunjukkan tidak ada hubungan antara perubahan motivasi untuk sembuh dengan perubahan kadar *heat shock proteins 70 (HSP70)* pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik.

Tabel 5.22 Hasil Uji Analisis *Korelasi Pearson* Perubahan Motivasi untuk Sembuh dengan Perubahan Kadar *Heat Shock Proteins 70* Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Standar di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 30 Mei – 10 Juni 2012

	n	p
Δ motivasi untuk sembuh	10	r = 0,527 p = 0,117
Δ kadar <i>HSP70</i>	10	

Tabel di atas menunjukkan tidak ada hubungan antara perubahan motivasi untuk sembuh dengan perubahan kadar *heat shock proteins 70 (HSP70)* pasien Stroke yang dilakukan komunikasi standar ruangan.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan dari hasil penelitian yang telah dikemukakan pada bab 5. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis peningkatan motivasi untuk sembuh pada pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik.

6.1 Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik

Penyakit Stroke memberikan dampak yang tidak hanya berupa keterbatasan fisik namun juga gangguan emosional dan psikososial penderita, ada kemungkinan penderita stroke tidak siap mental untuk menerima kenyataan adanya berbagai masalah akibat serangan stroke yang bisa menyebabkan penderita stroke jadi stres. Orang yang mempunyai keinginan sembuh dari sakit karena serangan stroke, biasanya ada dorongan dari dalam dirinya untuk sembuh. Dorongan ini secara umum dapat disebut sebagai motivasi diri dan motivasi inilah yang harus dibangkitkan (Wardhana, 2011). Dapat dikatakan bahwa motivasi untuk sembuh ini merupakan inti pemulihan pasca stroke, karena dapat mendasari perilaku penderita ke arah tujuan yaitu kesembuhan.

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan pada motivasi untuk sembuh pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik dengan yang dilakukan komunikasi sesuai standar ruangan.

Perbedaan motivasi untuk sembuh antara kedua kelompok tersebut disebabkan oleh karena komunikasi standar yang telah dilakukan perawat dengan pasien Stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dalam hal

pemenuhan kebutuhan dasar manusia sehari-hari serta pemberian motivasi untuk segera sembuh. Hal ini dapat disebabkan oleh jumlah tenaga perawat yang tidak sesuai dengan jumlah pasien yang ada sehingga komunikasi kurang optimal.

Penelitian Hartigan, O'Connell, McCarthy dan O'Mahony (2011) tentang persepsi penderita Stroke serangan pertama, menyebutkan bahwa pasien merasa kesehatan mereka telah memburuk sebagai akibat dari Stroke, awalnya mereka mengungkapkan rasa terkejut dan takut berhubungan dengan hilangnya kontrol tubuh yang kemudian terwujud sebagai kemarahan, frustrasi dan optimisme. Hal inilah yang perlu diperhatikan oleh perawat, dimana sebagian besar pasien Stroke dalam penelitian ini mengalami serangan Stroke yang pertama kali. Komunikasi terapeutik yang dilakukan dalam penelitian ini diarahkan untuk membangun persepsi positif dalam diri pasien. Menurut Santoso (2004) yang dikutip oleh Rosmawaty (2010:66-67), faktor yang mempengaruhi persepsi antara lain atensi atau perhatian, dimana stimulus akan diperhatikan karena mempunyai sifat-sifat yang menonjol, seperti gerakan, intensitas stimuli, kebaruan, dan perulangan. Selain itu persepsi juga dipengaruhi oleh ekspektasi atau pengharapan, yang merupakan sesuatu yang diinginkan seseorang. Peneliti berasumsi bahwa komunikasi terapeutik dengan memantapkan keyakinan spiritualitas pasien, menggunakan teknik-teknik komunikasi yang tepat serta dilakukan berulang-ulang akan menjadi suatu stimulus yang menonjol yang diperhatikan oleh pasien.

Komunikasi terapeutik merupakan hubungan perawat-klien yang dirancang untuk memfasilitasi tujuan terapi dalam pencapaian tingkatan kesembuhan yang optimal dan efektif (Nasir, et al. 2011). Teknik-teknik komunikasi terapeutik

memfasilitasi pelaksanaan komunikasi dengan pasien. Tiap-tiap pasien memiliki respons yang berbeda-beda sehingga teknik yang digunakan berbeda pula.

Model komunikasi yang dilaksanakan dalam penelitian ini adalah model komunikasi terapeutik dengan aspek spiritualitas dan pengetahuan yang memiliki lima tujuan utama, yaitu : 1) memantapkan perasaan tenang dan damai, 2) memantapkan iman dan keyakinan kepada Tuhan terkait sakit yang dialami. Kedua tujuan tersebut berupa pandangan dan penerimaan pasien terkait sakitnya, kemudian menggunakan keyakinan pasien supaya pasien tidak merasa sendirian tetapi tetap memiliki makna dalam hidup, sabar dan ikhlas serta optimis bahwa Tuhan akan memulihkan kondisi pasien, dengan begitu pasien dapat mengambil hikmah dibalik sakitnya. Dalam hal ini teknik komunikasi terapeutik yang digunakan adalah diam, *active listening*, sentuhan, refleksi serta memberikan penguatan dan informasi. Penelitian Suhardiningsih (2012) menunjukkan bahwa pasien Stroke iskemik yang mendapatkan asuhan keperawatan *Self-care Regulation model* mengalami peningkatan kemampuan *self-care regulation* dalam hal interpretasi sakit, lebih baik dibandingkan dengan yang mendapatkan asuhan keperawatan standar. Penelitian tersebut sangat mendukung bahwa pemaknaan dan persepsi terhadap kesehatan yang berupa sehat dan sakit perlu ditingkatkan sehingga pasien dapat memberi makna dan dapat mengembangkan strategi penanganan yang tepat. Dalam penelitian ini pelaksanaan komunikasi terapeutik membantu pasien memberikan interpretasi yang baik dan benar terhadap sakit dan kesembuhan yang terkait aspek spiritualitas sehingga menghasilkan motivasi yang kuat untuk dapat sembuh. Uno (2007) dalam Suhardiningsih (2012) menjelaskan bahwa motivasi menjadi suatu kekuatan, tenaga atau daya, atau suatu keadaan

yang kompleks dan kesiapsediaan dalam diri individu untuk bergerak ke arah tujuan tertentu, baik disadari maupun tidak disadari.

Hamalik (2002) mengemukakan bahwa motivasi ditandai oleh reaksi-reaksi untuk mencapai tujuan. Pribadi yang bermotivasi mengadakan respon yang tertuju ke arah suatu tujuan, respon itu berfungsi mengurangi ketegangan yang disebabkan oleh perubahan energi dalam dirinya. Peneliti berpendapat bahwa motivasi untuk sembuh pada pasien Stroke dinilai dari keyakinan spiritual pasien, kesadaran dalam diri dan rasa terhubung dengan sesuatu yang lebih tinggi yaitu Tuhan. Perasaan sabar dan ikhlas, kedekatan kepada Tuhan, rasa syukur dan optimis akan kesembuhan serta dapat menemukan hikmah dari sakitnya merupakan respon dari peningkatan motivasi untuk sembuh.

Tujuan komunikasi terapeutik berikutnya yaitu : 3) memantapkan perilaku religius, 4) meningkatkan perasaan kasih kepada orang lain (keluarga). Komunikasi terapeutik ditujukan kepada kesadaran kembali akan harapan pasien dan keluarga, rasa syukur melalui keterlibatan pasien dalam kegiatan ibadah seperti berdoa, shalat, membaca kitab suci. Motivasi terjalin erat dengan mimpi, ambisi, dan aspirasi personal pasien. Apa yang memotivasi pasien menuju pemulihan juga tergantung pada apa yang tidak mau pasien lepaskan begitu saja. Kedua hal tersebut (apa yang ingin pasien lakukan dan apa yang ingin pasien dapatkan kembali) adalah motivator internal yang kuat (Levine, 2011). Melalui komunikasi terapeutik ini, harapan-harapan yang realistis terhadap diri sendiri serta harapan keluarga terhadap kesembuhan pasien, ditanamkan untuk mengubah penilaian diri menjadi positif yang menjadi dorongan, kekuatan dan motivasi yang mengarahkan pasien kepada kesembuhan.

Chaplin (dalam Iryani, 2007) menyatakan bahwa sembuh adalah kembalinya seseorang pada satu kondisi kenormalan setelah menderita suatu penyakit, penyakit mental, atau luka – luka, sehingga dapat dikatakan bahwa motivasi sembuh adalah perilaku yang didorong oleh kebutuhan (*need*) yang ada pada individu dan diarahkan pada sasaran (*goals*) dimana kembalinya seseorang pada satu kondisi kenormalan setelah menderita suatu penyakit, penyakit mental, atau luka – luka. Hal ini sejalan dengan teori motivasi menurut Maslow (1943-1970) yang mengemukakan bahwa pada dasarnya semua manusia memiliki kebutuhan pokok, salah satunya adalah kebutuhan akan rasa cinta dan rasa memiliki (berafiliasi dengan orang lain, diterima, memiliki). Menggunakan teknik komunikasi refleksi dan orientasi terhadap realitas, rasa cinta kasih keluarga dan orang terdekat kembali diingatkan supaya pasien merasa mempunyai makna dan berarti bagi orang lain.

Tujuan komunikasi terapeutik berikutnya : 5) meningkatkan pengetahuan tentang pemulihan Stroke. Penelitian Saidah (2005) menyebutkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap motivasi melakukan latihan ROM aktif pada pasien Stroke dengan hemiplegi ($p = 0,000$). Hal ini berarti aspek pengetahuan perlu diperhatikan untuk meningkatkan motivasi pasien. Keyakinan akan keberhasilan dari tindakan yang dilakukan dalam mencapai tujuan yang diinginkan seperti rajin mengikuti latihan/rehabilitasi, rutin minum obat, serta kooperatif mengikuti perawatan Stroke yang lain akan meningkatkan motivasi untuk sembuh. Keberhasilan dan pencapaian tujuan dari pasien perlu diberikan penghargaan, sehingga kerjasama dan kemajuan sekecil apapun tetap memiliki makna sehingga pasien dapat tetap konsisten untuk melaksanakannya.

Hasil penelitian ini menunjukkan perubahan peningkatan motivasi untuk sembuh sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik, dengan *p value* = 0,001. Pasien Stroke pada awal masa akut menjadi sangat tergantung pada orang lain yaitu perawat dan keluarga. Respon dan dampak yang ditunjukkan dapat bermacam-macam yang menjadi stresor tersendiri yang memerlukan adaptasi dari pasien. Kondisi psikologi dan emosi pada awal sakit menyebabkan pasien kurang termotivasi untuk segera sembuh. Setelah melewati masa akut, pasien juga diharapkan dapat mulai menerima dengan apa yang sudah dialami. Hubungan perawat-pasien melalui komunikasi terapeutik membantu pasien untuk beradaptasi dengan memiliki persepsi yang positif sehingga mengembangkan coping yang tepat. Sejalan dengan pernyataan Weiten (2007) yang dikutip oleh Putra (2011) bahwa setiap stresor yang diterima oleh individu akan dipelajari dengan seksama sehingga menghasilkan persepsi yang benar yang akhirnya akan direspons dengan benar pula. Komunikasi terapeutik pada prinsipnya meningkatkan kemampuan pasien dalam mengembangkan strategi coping yang konstruktif untuk mengatasi masalahnya.

Asuhan keperawatan juga meliputi tindakan tindakan untuk menolong klien menggunakan sumber daya spiritual selama mereka menentukan dan menggali apa yang paling berarti dalam kehidupan mereka dan menemukan cara untuk beradaptasi dengan akibat yang ditimbulkan oleh penyakit dan tekanan kehidupan (Krebs, 2003, dalam Potter dan Perry, 2010). Kepercayaan dan keyakinan dalam diri seseorang merupakan sumber daya yang paling kuat untuk proses penyembuhan. Perawat yang mendukung spiritualitas klien dan keluarganya akan berhasil dalam membantu klien mencapai hasil kesehatan yang

diinginkan. Peneliti menunjukkan bahwa spiritualitas yang positif memengaruhi dan meningkatkan kesehatan, kualitas hidup, perilaku yang meningkatkan kesehatan, dan kegiatan pencegahan penyakit (Aaron et al., 2003; Figueroa et al., 2006; Gibson dan Hendricks, 2006; Grey et al., 2004; Grimsley, 2006, dalam Potter dan Perry, 2010). Spiritualitas memberikan individu energi yang dibutuhkan untuk menemukan diri mereka, untuk beradaptasi dengan situasi sulit, dan untuk memelihara kesehatan. Energi yang berasal dari spiritualitas membantu klien merasa sehat dan membantu membuat pilihan sepanjang kehidupan. Kekuatan batiniah merupakan suatu sumber energi yang menanamkan harapan, memberikan motivasi, dan mempromosikan harapan yang positif pada kehidupan (Chiu et al., 2004; Villagomenza, 2005, dalam Potter dan Perry, 2010).

Hasil penelitian juga menunjukkan peningkatan rerata pada skor motivasi untuk sembuh dari 72,27 menjadi 86,17. Pengukuran motivasi untuk sembuh menggunakan kuesioner yang diadaptasi dari *The Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index* (Ironson dan Woods, 1998). Model komunikasi terapeutik dalam penelitian ini mengarahkan pasien Stroke kepada spiritualitas yang positif. Spiritualitas merupakan faktor intrinsik individu yang menjadi faktor penting dalam penyembuhan. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa dengan memantapkan perasaan tenang dan damai pada pasien, memantapkan iman dan keyakinan kepada Tuhan terkait sakit yang dialami pasien, memantapkan perilaku religius pasien, meningkatkan perasaan kasih pasien pada orang lain (keluarga) serta meningkatkan pengetahuan pasien tentang pemulihan Stroke akan membangun persepsi yang positif dalam diri pasien melalui aspek spiritualitas.

Hasil penelitian ini juga menyebutkan adanya peningkatan rerata skor motivasi untuk sembuh pada kelompok perlakuan yang diberikan komunikasi terapeutik yaitu dari 72,27 menjadi 86,17, dimana hasil ini lebih baik daripada kelompok yang diberikan komunikasi standar, yaitu 70,96 menjadi 75,83. Dalam hal peningkatan skor motivasi untuk sembuh dapat dilihat dari skor tertinggi setelah diberikan komunikasi terapeutik yaitu sebesar 41, dimana perubahan tersebut terkait dengan keikhlasan pasien Stroke dalam menerima keadaan sakitnya. Selain itu skor motivasi untuk sembuh yang juga tinggi adalah keyakinan bahwa kondisi Stroke merupakan ujian dari Tuhan serta keyakinan bahwa Tuhan memberikan kesabaran untuk mengatasi penyakit. Pernyataan tersebut didukung oleh Wardhana (2011:99) yang mengemukakan bahwa motivasi diri yang mendorong penderita stroke untuk mendapatkan kesembuhan atas dasar kehidupan beragama seseorang meliputi menerima, menjalani dan menikmati kehidupan berikut dampak stroke dengan penuh keikhlasan adalah suatu bentuk kegiatan ibadah. Hal ini berarti penderita stroke telah berusaha untuk mendekati diri kepada Tuhan.

Hasil penelitian menunjukkan skor terendah motivasi untuk sembuh setelah diberikan komunikasi terapeutik adalah sebesar 35, yaitu keyakinan bahwa meskipun kondisi sakit tetapi semuanya baik-baik saja. Sementara penelitian Ironson, et al. (2002) menyebutkan bahwa perasaan tenang dan damai merupakan salah satu faktor spiritualitas. Hal ini dapat dijelaskan bahwa meskipun pasien di Rumah Sakit merasa tenang secara spiritual namun dari hasil wawancara, pasien masih tetap memikirkan dan khawatir terhadap keluarga serta kondisi rumah yang ditinggalkan. Melalui komunikasi terapeutik dalam penelitian ini, perasaan

tenang, aman dan terbebas dari gelisah terbukti meningkat dengan kenaikan skor sebelum dan sesudah diberikan komunikasi terapeutik yaitu dari 29 menjadi 35.

Penyakit atau trauma menciptakan suatu perjuangan yang tidak diharapkan untuk menggabungkan dan beradaptasi dengan kenyataan baru (misalnya kecacatan). Seseorang akan mencari jalan untuk mempertahankan kesetiaan terhadap kepercayaan dan sistem nilai mereka. Kekuatan spiritualitas klien mempengaruhi bagaimana klien beradaptasi dengan penyakit yang tiba-tiba dan seberapa cepat klien beralih ke masa pemulihan. Perawat menggunakan pengetahuan kesejahteraan spiritual individu untuk memaksimalkan perasaan damai dan penyembuhan dari dalam (Grant, 2004, dalam Potter dan Perry, 2010).

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa dengan diberikan komunikasi terapeutik akan meningkatkan motivasi untuk sembuh yang merupakan inti pemulihan pasien Stroke. Hal ini dibuktikan dari hasil penelitian yang menunjukkan pada kelompok yang diberikan komunikasi terapeutik rerata (*mean*) perubahan motivasi untuk sembuh adalah 13,9, sedangkan pada kelompok komunikasi standar adalah 4,87. Hasil uji statistik membuktikan terdapat perbedaan yang signifikan antara perubahan motivasi untuk sembuh pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik dengan yang dilakukan komunikasi sesuai standar ruangan ($p = 0,027$). Secara umum keyakinan spiritual yang positif dan pengetahuan akan kondisi sakit dan pemulihannya akan menimbulkan motivasi yang kuat untuk melakukan berbagai upaya sehingga mempercepat proses penyembuhan penyakit.

6.2 Kadar *Heat Shock Proteins 70 (HSP70)* Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik

Cedera sel otak pada Stroke terjadi karena pasokan darah yang tidak memadai, menyebabkan sel-sel otak kehilangan kemampuan untuk menghasilkan energi. Apabila terjadi kekurangan energi ini, pompa natrium-kalium sel berhenti berfungsi sehingga neuron membengkak, dampaknya akan terstimulinya beberapa enzim yang dapat mempercepat kematian sel otak. Seperti dijelaskan sebelumnya bahwa *overexpression* HSP70 mengurangi cedera iskemik dan melindungi sel saraf serta glia. Perlindungan HSP70 mencakup pencegahan agregasi protein, pelipatan kembali sebagian protein yang telah mengalami denaturasi, mengurangi respon inflamasi dan menghambat jalur kematian sel (Brown, tanpa tahun). Sejalan dengan Penelitian Zheng, et al (2008) yang mengemukakan bahwa *overexpression HSP70* tidak hanya melindungi terhadap iskemia otak tetapi juga muncul melalui mekanisme anti inflamasi. Reaksi peradangan berpartisipasi dalam cedera iskemik serebral dengan berkontribusi terhadap kerusakan jaringan otak akut. *Heat Shock Proteins* mampu memodulasi respon imun, tetapi pada cedera atau iskemia otak *HSP* berperan dalam mekanisme anti inflamasi.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan pada kadar *heat shock proteins 70 (HSP70)* pasien Stroke sesudah dilakukan komunikasi terapeutik dengan yang dilakukan komunikasi sesuai standar ruangan. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh karena ekspresi dari *heat shock proteins 70 (HSP70)* lebih dipengaruhi oleh kondisi-kondisi biologis sel-sel saraf dan pembuluh darah seperti iskemia. Kemungkinan bahwa stres protein bersifat

neuroprotektif diduga karena HSP70, khususnya, apabila HSP70 diinduksi ke tingkat tinggi di daerah otak yang relatif tahan terhadap cedera (Yenari, 2000).

Kondisi stres biologis sel saraf dan pembuluh darah dalam penelitian ini dapat dilihat dari area cedera yang mengalami infark. Hal ini dibuktikan dari hasil pemeriksaan CT scan, responden pasien Stroke baik kelompok perlakuan maupun kontrol dengan chronic infark menunjukkan perubahan kadar HSP70 yang meningkat lebih tinggi dari pada pasien dengan subacute infark. Untuk area infark baik di thalamus, basal ganglia, parietotemporal, corona radiata, dan lain-lain menunjukkan perubahan kadar *HSP* yang beragam. Peneliti berpendapat bahwa lamanya infark/iskemik dan area infark turut berpengaruh terhadap ekspresi *HSP70*, namun dalam penelitian ini variabel perancu tersebut sulit dikendalikan.

Hasil penelitian menunjukkan peningkatan yang signifikan kadar *Heat Shock Proteins 70 (HSP70)* sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik. Hal ini dapat dijelaskan bahwa pada gangguan neurologik mendadak yang terjadi pada Stroke diakibatkan oleh pembatasan atau berhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak. Tanpa pasokan darah yang memadai, sel otak akan mengalami cedera. Peningkatan kadar HSP70 dapat menjadi respons *immunoinflammatory* penting terhadap penyakit dan gangguan fisiologis. HSP dilepaskan ke dalam aliran darah setelah rangsangan stres dan merupakan respons stres yang sangat penting (Yenari, 2000). *Overexpression* HSP70 mengurangi cedera iskemik dan melindungi sel saraf serta glia. Perlindungan HSP70 mencakup pencegahan agregasi protein, pelipatan kembali sebagian protein yang telah mengalami denaturasi, mengurangi respon inflamasi dan menghambat jalur kematian sel (Brown, tanpa tahun). Hal ini dibuktikan

sebagian besar responden penelitian mengalami Stroke infark dimana terjadi iskemik pada pembuluh darah otak. Mekanisme jenjang iskemik akan membentuk radikal bebas yang memicu terjadinya kerusakan sel otak, tetapi kondisi ini juga akan memicu pengeluaran HSP70 ke ekstraseluler. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan kadar *HSP70* masih dalam rentang normal, ini berarti kerusakan sel menyebabkan pengeluaran HSP70 ke ekstrasel sebagai proses *healing repair*.

Komunikasi terapeutik pada prinsipnya meningkatkan kemampuan pasien dalam mengembangkan strategi koping yang konstruktif dengan membangun persepsi yang positif terhadap masalah dan kondisi sakitnya. Komunikasi terapeutik yang dilakukan dalam penelitian ini diarahkan pada keyakinan spiritualitas pasien, bagaimana penerimaan terhadap kondisi sakit, kesabaran, keyakinan terhadap Tuhan, perilaku religius serta harapan diri dan keluarga. Kepercayaan dan harapan individu akan mempengaruhi kesejahteraan fisik dan psikologis seseorang (Smith, 2006, yang dikutip oleh Potter dan Perry, 2010). Hal ini didukung oleh pernyataan Weiten (2007) yang dikutip oleh Putra (2011) bahwa setiap stresor yang diterima oleh individu akan dipelajari dengan seksama sehingga menghasilkan persepsi yang benar yang akhirnya akan direspons dengan benar pula. Peneliti berasumsi bahwa persepsi terhadap *stresor* dapat meningkatkan atau menurunkan intensitas respons stres. Seperti dijelaskan diatas bahwa mekanisme jenjang iskemik akan mengaktifkan sejumlah enzim yang menyebabkan kerusakan protein sel. Persepsi yang positif akan membantu sel dalam merespons dampak negatif adanya gangguan peredaran darah otak melalui peningkatan kadar *heat shock protein 70*.

Hasil penelitian menyebutkan perubahan peningkatan kadar *HSP70* yang tertinggi yaitu sebesar 107 pg/ml dialami oleh pasien Stroke kelompok perlakuan dengan beberapa penyakit penyerta yaitu Diabetes Melitus, ileus, Hipertensi dan penyakit ginjal. Yenari (2000) mengemukakan bahwa *HSP70* terekspresi dengan cara diinduksi, dan ekspresi yang paling kuat dari *HSP70* sering dianggap sebagai penanda diagnostik untuk stres. Peneliti berpendapat bahwa penyakit-penyakit penyerta dalam penelitian ini merupakan stres biologis yang turut berpengaruh dalam peningkatan kadar *HSP70*, namun dalam penelitian ini penyakit penyerta responden menjadi variabel perancu yang tidak dapat dikendalikan.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan tidak ada perbedaan kadar *HSP70* pada kelompok yang diberikan komunikasi terapeutik dengan komunikasi standar karena peningkatan kadar *HSP70* lebih terkait dengan stress secara biologis yaitu kondisi inflamasi dan iskemik (lama dan area infark) pada pasien Stroke yang dalam penelitian ini menjadi variabel perancu yang sulit dikendalikan.

Dalam hal korelasi perubahan motivasi untuk sembuh dengan perubahan kadar *heat shock proteins 70*, penelitian menunjukkan hasil yang tidak signifikan, baik pada kelompok perlakuan maupun kontrol. Peningkatan kadar *HSP70* dapat menjadi respons *immunoinflammatory* penting terhadap penyakit dan gangguan fisiologis. *HSP* dilepaskan kedalam aliran darah setelah rangsangan stres dan merupakan respons stres yang sangat penting (Yenari, 2000). Motivasi untuk sembuh merupakan *stress perception* dari adanya stimulus berupa komunikasi terapeutik yang ditujukan pada stresor pasien. Peneliti berpendapat bahwa dalam

penelitian ini peningkatan *HSP70* pada pasien Stroke lebih dipengaruhi oleh stres yang bersifat biologis daripada stres psikologis.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan utama dalam penelitian ini adalah jumlah responden. Waktu pengumpulan data hanya empat minggu, namun karena jumlah responden yang didapatkan terlalu sedikit maka waktu pengumpulan data diperpanjang hingga 6 minggu. Hal ini yang menyebabkan variabel perancu seperti penyakit penyerta dan lama serta area infark sesuai hasil CT scan atau MRI sulit dikendalikan sehingga turut berpengaruh terhadap hasil penelitian.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Komunikasi terapeutik yang menekankan keyakinan spiritualitas yang positif dari pasien dan pengetahuan terkait pemulihannya akan menimbulkan motivasi yang kuat untuk sembuh yang merupakan inti pemulihan, dimana terdapat perbedaan yang signifikan motivasi untuk sembuh pada pasien Stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik dengan yang diberikan komunikasi sesuai standar ruangan.

Komunikasi terapeutik juga mempengaruhi *stress response* pada pasien Stroke yaitu peningkatan kadar *HSP70* sebagai proses *healing repair*, namun peningkatan ini lebih terkait dengan stress biologis yaitu kondisi inflamasi dan iskemik (lama dan area infark) pada pasien Stroke yang dalam penelitian ini menjadi variabel perancu yang sulit dikendalikan.

7.2 Saran

1. Pasien Stroke hendaknya memiliki persepsi yang positif terhadap kondisi sakitnya, sabar dan ikhlas, tetap bersyukur kepada Tuhan dan optimis akan kesembuhan sehingga dapat menemukan hikmah dari sakitnya, hal ini akan membangkitkan motivasi untuk sembuh.
2. Model komunikasi terapeutik dengan menekankan aspek spiritualitas dapat digunakan perawat di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya sebagai suatu teknik untuk meningkatkan motivasi untuk sembuh. Peningkatan

motivasi ini akan memberikan dampak positif bagi pasien seperti hari rawat yang pendek dan biaya perawatan yang lebih sedikit serta meningkatnya mutu pelayanan keperawatan. Model komunikasi terapeutik ini memerlukan sosialisasi dan pelatihan dalam penerapannya.

3. Hasil penelitian ini dapat menjadi data awal dalam melakukan penelitian lanjutan mengenai intervensi komunikasi terapeutik terkait aspek spiritualitas dengan replikasi yang lebih banyak, dan lebih mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi untuk sembuh seperti lamanya intervensi dan observasi. Selain itu lebih mengendalikan variabel perancu seperti penyakit penyerta dan area infark pada pasien Stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R dan Tomey, A. M. (2006). *Nursing theorists and their work. (6th ed.)*. Missouri : Elsevier Health Sciences.
- Anonim. (2008). *Mengoptimalkan Status Fungsional Pasca Stroke*. Diakses 2 Desember 2011.
<http://www.strokebethesda.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=54>.
- Asiyah, S.N. (2010). Peningkatan Immunitas Pada Peserta Dzikir. Disertasi S3. Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
- Brealey, E. (2002). *Seri 10 Menit Menghilangkan Stres*. Batam : Karisma publishing group, hal 40-41, 101
- Brown, I.R. (tanpa tahun). *Heat shock proteins and protection of the nervous system*. Canada, diakses 20 Januari 2012.
<<http://www.diamond-congress.hu/stress07/binx/brown.pdf>>.
- Corwin, E. J. (2008). *Handbook of Pathophysiology, 3rd Edition*. Lippincott : Williams & Wilkins, diakses 8 Mei 2012.
<<http://flylib.com/books/en/2.159.1.12/1/>>
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta : CV. Trans Info Media
- Depkes RI, (1998). *Asuhan keperawatan pasien dengan gangguan system persyarafan*, Jakarta : Depkes RI.
- Feigin, V.L. (2007). How to Prevent Your Stroke. *International Journal of Stroke*. Vol. 2, Issue 2, p.138. Diakses 17 Pebruari 2012.
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1747-4949.2007.00121.x/>>
- Fleischer, S., et al. (2009). Nurse-patient interaction and communication : A systematic literature. *Journal of Public Health*. Vol 17. p 339-353. Diakses 16 Pebruari 2012.
<http://peer.ccsd.cnrs.fr/docs/00/53/52/69/PDF/PEER_stage2_10.1007%252Fs10389-008-0238-1.pdf>.
- Gordon, N. F. (2000). *Stroke Panduan Latihan Lengkap*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada

- Hamalik, O. (2002). *Psikologi Belajar dan Mengajar*. Bandung : Sinar Baru Algensindo, hal.173-174
- Hardjana, A. (1994). *Stres Tanpa Distres : Seni Mengolah Stres*. Yogyakarta : Penerbit Kanisius.
- Hartigan, O'Connell, McCarthy dan O'Mahony (2011). First Time Stroke Survivors' perceptions of their health status and their goals for recovery. *International Journal of Nursing and Midwifery*. Vol. 3(1), Pp. 22-29, February 2011. Diakses 16 Pebruari 2012. www.academicjournals.org/ijnm
- Hawari, D. (2001). *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI, hal.10
- Heck, T.G., Cinthia M.S., Paulo I.H. (2011). HSP70 expression : does it a novel fatigue signalling factor from immune system to the brain?. *Cell Biochemistry and Function*. Wiley Online Library, diakses 16 Pebruari 2012. <http://chasequweb.ufrgs.br>
- Hidayat, A.A.A. (2011). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Ironson, G., et al. (2002). The Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index Is Associated With Long Survival, Health Behaviors, Less Distress, and Low Cortisol in People With HIV/AIDS. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol 24 No 1. Diakses 17 Maret 2012.
<<http://www.springerlink.com/content/c80vu41156627v00/>>.
- Junaidi, I. (2004), *Panduan praktis pencegahan dan pengobatan stroke, Edisi;2*, Jakarta : PT Bhuna ilmu populer, kelompok gramedia.
- Kozier, B. dan Erb. (2008). *Fundamentals of Nursing, edisi 8*. (terjemahan). New Jersey : Pearson International edition
- Levine, P.G. (2011). *Stronger After Stroke*. Jakarta : Etera
- Lima-Basto, M. et al. (2010). Therapeutic Instruments Used in Therapeutic Interventions : Is there Evidence in Nursing Care? A Systematic Review of The Literature. *International Journal of Caring Sciences*, Vol 3, Issue 1, diakses 4 Pebruari 2012,
<www.internationaljournalofcaringsciences.org>.
- Lindquist S. dan Craig. (1988). *The Heat-Shock Proteins*. Massachusetts : Annual review inc. Diakses 19 Januari 2012. www.annualreviews.org/aronline

- Machfoedz, M. (2009). *Komunikasi Keperawatan (Komunikasi Terapeutik)*. Yogyakarta : Ganbika
- Mulyatsih, E. (2003). *Petunjuk Praktis Bagi Pengasuh dan Keluarga Pasien Pasca Stroke*. Jakarta : FKUI
- Mundakir. (2006). *Komunikasi Keperawatan Aplikasi dalam Pelayanan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nasir, A., Abdul M., Muhammad S., Wahit I.M. (2011). *Komunikasi Keperawatan : Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika
- Niven, N. (2002). *Psikologi Kesehatan pengantar Untuk Perawat dan Profesional Kesehatan Lain*. Jakarta : EGC.
- Nurjannah, I. (2005). *Komunikasi Keperawatan*. Yogyakarta : Mocomedika
- Nursalam. (2009). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika.
- Pasiak, T (ed.). (2012). *Tuhan Empirik dan Kesehatan Spiritual*. Yogyakarta : Centre for Neuroscience, Health and Spirituality.
- Potter, P.A dan Anne G. Perry. (2010). *Fundamentals of Nursing*. Jakarta : Salemba Medika
- Price, S. A dan Wilson. (2005). *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit (terjemahan), Edisi ;4 buku 2*, Jakarta : EGC.
- Putra, S.T. (2011). *Psikoneuroimunologi Kedokteran Ed. 2*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Rosmawaty H.P. (2010). *Mengenal Ilmu Komunikasi*. Bandung : Widya Padjajaran
- Saidah, Q. I. (2005). 'Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang ROM Aktif terhadap Motivasi Melakukan Latihan ROM Aktif pada Pasien Stroke Iskemik dengan Hemiplegi', Skripsi, Universitas Airlangga Surabaya.
- Smeltzer, S. C. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Sobur, A. (2003). *Psikologi Umum*. Bandung : Pustaka Setia
- Stuart, G.W. (2006). *Keperawatan Jiwa*. (Edisi 5). Jakarta : EGC

- Stuart dan Laraia. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*. USA : Mosby Company
- Suhardiningsih, A.V. S. (2012). 'Peningkatan Kemampuan Perawatan Diri pada pasien Stroke Iskemik Pasca Mendapatkan Asuhan Keperawatan *Self-care Regulation Model*', Ringkasan disertasi program doktor, Universitas Airlangga.
- Vitahealth. (2004). *Stroke Informasi Lengkap untuk Penderita & Keluarganya*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Wardhana, W.A (2011). *Strategi Mengatasi dan Bangkit dari Stroke*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Wright, M. (2004). Hospice Care and Models of Spirituality. *European Journal of Palliative Care*.P.11(2). Diakses 29 Pebruari 2012. <http://staging.yorks.ac.uk/pdf>
- Yenari, M. A. (2000). *Heat Shock Proteins and Neuroprotection*. Austin : Landes Bioscience, diakses 21 Januari 2012. <http://www.landesbioscience.com/curie/chapter/212/>
- Zheng, Z., et al. (2008). Anti-inflammatory effect of the 70kDa Heat Shock Protein in experimental Stroke. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabilism Vol. 28 (53-63)*. Diakses 15 Pebruari 2012. www.jcbfm.com



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 19 April 2012

Nomor : 165 /H3.1.12/PPd/S2/2012
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.
Kepala Rumah Sakit TNI-AL dr. Ramelan
di –
Surabaya

Dengan hormat,
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Christina Yuliasuti, S.Kep.Ns
NIM : 131041044
Judul Penelitian : Peningkatan motivasi untuk sembuh pasien stroke yang di lakukan komunikasi terapeutik di Ruang Saraf Rumkital dr. Ramelan Surabaya.
Tempat : Rumkital dr.Ramelan Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Plh. Dekan

Yuni Sufyanti Arief, SKp.M.Kes
NIP.197806062001122001

Tembusan :

1. Kadepwat Rumkital dr.Ramelan Surabaya.
2. Kasubdep Saraf Rumkital dr.Ramelan Surabaya.
3. Kepala Ruang Saraf Rumkital dr.Ramelan Surabaya.



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RUMKITAL Dr. RAMELAN
SURABAYA

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")

No. 55/EC/KERS/2012

Komite Etik Penelitian Kesehatan Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, telah mempelajari secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian berjudul :

Peningkatan Motivasi Untuk Sembuh Pada Pasien Stroke yang Dilakukan Komunikasi Terapeutik di Ruang Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Peneliti Utama :

Christina Yuliasuti, S Kep., Ns (NIM. 131041044)

Unit/Lembaga/ Tempat Penelitian:

Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, Mei 2012

Ketua,


dr. I Ketut Tirka Nandaka, Sp KJ

Lampiran 3

PENJELASAN UNTUK MENDAPATKAN PERSETUJUAN

1. Penelitian ini dilakukan untuk membuktikan secara ilmiah tentang peningkatan motivasi untuk sembuh pada pasien stroke yang dilakukan komunikasi terapeutik.
2. Penelitian ini melibatkan pasien stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr.Ramelan Surabaya sebagai subyek penelitian yang sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
3. Subyek penelitian akan diminta mengisi kuesioner tentang motivasi untuk sembuh pasien Stroke serta akan diambil darahnya, setelah itu akan dilakukan atau diberikan komunikasi terapeutik oleh peneliti dan perawat penelitian selama 20 -30 menit per hari pada shift pagi, siang dan sore selama 2 hari. Pada hari ke-3 subyek diminta mengisi kembali kuesioner tentang motivasi untuk sembuh pasien Stroke serta akan diambil darahnya. Pengambilan darah dilakukan oleh petugas laboratorium Rumkital Dr. Rameian Surabaya.
4. Untuk menjaga kerahasiaan subyek, maka peneliti tidak menggunakan nama lengkap subyek, tetapi menggunakan inisial dan peneliti bertanggung jawab terhadap kerahasiaan data setiap subyek.
5. Subyek diminta untuk menginformasikan semua hal yang mungkin terjadi akibat pengambilan darah untuk kepentingan penelitian dan jika ada efek samping maka subyek akan dirujuk ke dokter penanggung jawab.

Yang menerima penjelasan

Yang memberi penjelasan

Christina Yuliasuti

Lampiran 4

Kode responden : ____

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini adalah pasien di Ruang Saraf Runkital Dr. Ramelan Surabaya :

Nama : _____

Alamat : _____

menerangkan bahwa setelah mengetahui tujuan dan manfaat serta akibat yang mungkin terjadi dari penelitian yang akan dilakukan oleh Sdri Christina Yuliasuti, maka saya menyatakan secara sukerala bersedia menjadi responden penelitian dan bersedia dilakukan komunikasi terapeutik, serta diambil darah guna pemeriksaan, dan akan memberikan informasi yang diperlukan untuk kepentingan penelitian.

Surabaya,

2012

Saksi

Yang memberi pernyataan

Lampiran 5

Kode responden : ____

INSTRUMEN PENELITIAN**PENINGKATAN MOTIVASI UNTUK SEMBUH PASIEN STROKE YANG
DILAKUKAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI RUANG SARAF
RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

Biodata Responden :

Mohon untuk melengkapi biodata dan memberikan tanda cek (√) pada kotak yang tersedia

1. Umur : _____ tahun
2. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
3. Agama : Islam Katolik Protestan
 Hindu Budha Konghucu
4. Pendidikan terakhir: Tidak sekolah SD SMP
 SMA Perguruan tinggi
5. Status perkawinan: Kawin Belum kawin Janda/Duda
6. Status perawatan : Purnawirawan Askes
 Anggota TNI AL (aktif) PC
 Istri/suami dari purnawirawan
 Istri/suami dari anggota TNI AL
7. Lama menderita Stroke : _____ tahun/bulan *)coret yang tidak perlu
8. Pengalaman masuk rumah sakit karena Stroke sebelumnya : _____ x

Kode responden : ____

Kuesioner Motivasi untuk Sembuh Pasien Stroke

Petunjuk pengisian kuesioner

1. Bacalah item pernyataan kuesioner dibawah ini dengan seksama sebelum menentukan jawaban saudara
2. Berilah tanda cek (√) pada pilihan jawaban yang **sesuai dengan kondisi yang Anda rasakan saat ini.**
3. Keterangan pilihan jawaban
 STS : Sangat Tidak Setuju
 TS : Tidak Setuju
 S : Setuju
 SS : Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Meskipun saya sakit stroke, namun saya yakin segalanya akan baik-baik saja				
2	Keyakinan saya memberi makna dan kekuatan pada hidup saya				
3	Keyakinan saya membantu saya merasa berguna/bermakna bagi orang lain, meskipun keadaan saya seperti ini				
4	Saya yakin keluarga dan perawat sangat mendukung saya untuk dapat sembuh				
5	Saya yakin dapat melewati sakit ini, karena saya tidak sendirian				
6	Meskipun saya sakit, keyakinan saya membantu saya merasa punya hubungan dan lebih dekat dengan Tuhan				
7	Saya ikhlas menerima keadaan saya				
8	Saya percaya bahwa dibalik penderitaan ini pasti ada hikmahnya				
9	Saya percaya kalau kondisi stroke saya ini merupakan ujian dari Tuhan				
10	Meskipun saya sakit, saya yakin Tuhan tidak akan meninggalkan saya				

11	Tuhan memberi saya keberanian dan kesabaran untuk mengatasi penyakit saya ini				
12	Tuhan akan menjawab doa-doa permohonan saya supaya pulih				
13	Tuhan akan membantu saya untuk memulihkan kondisi saya				
14	Iman saya memberi saya rasa optimis bahwa saya akan sembuh				
15	Saya bersyukur kepada Tuhan meskipun kondisi saya seperti ini.				
16	Dengan berdoa saya yakin akan mendapat semangat untuk tabah menanggung penyakit ini				
17	Saya berdoa atau bermeditasi untuk berhubungan dengan Tuhan				
18	Saya mendiskusikan keyakinan saya dengan orang lain (perawat dan keluarga)				
19	Dengan berdoa dan berusaha dengan keras mengikuti rehabilitasi, saya yakin dapat sembuh kembali				
20	Jika saya sembuh, saya akan menceritakan dan mengajari penderita stroke lain supaya bisa pulih seperti saya				
21	Keluarga dan orang disekitar saya sangat menyayangi saya dan membutuhkan saya untuk bangkit kembali				
22	Kemampuan saya akan kembali seperti semula, apabila saya rajin latihan fisik/rehabilitasi setiap hari				
23	Saya merasa mampu untuk mengikuti perawatan Stroke dan mencapai hasil yang saya inginkan				
24	Saya akan minum obat dan mengikuti rehabilitasi (pemulihan) secara teratur karena sangat berguna bagi kesembuhan saya				

Harap diperiksa kembali, jangan sampai ada yang terlewatkan. Terima kasih.

Lampiran 6

PANDUAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK
Motivasi untuk sembuh pasien Stroke
Pertemuan I

1. Tujuan Komunikasi Terapeutik (Motivasi untuk sembuh terkait faktor spiritualitas) :
 - a. Memantapkan perasaan tenang dan damai pada pasien
 - b. Memantapkan iman dan keyakinan kepada Tuhan terkait sakit yang dialami pasien
2. Sasaran
Pasien stroke di Ruang Saraf Rumkital dr Ramelan Surabaya
3. Materi
Motivasi untuk sembuh terkait faktor spiritualitas :
 - a. Perasaan tenang dan damai pada pasien
 - b. Iman dan keyakinan kepada Tuhan terkait sakit yang dialami pasien
4. Metode
Wawancara dan tanya jawab.
5. Waktu
Alokasi waktu yang digunakan kurang lebih 20 menit.

6. Strategi Komunikasi Terapeutik Perawat

No	Waktu	Tahap komunikasi	Komunikasi verbal	Teknik komunikasi terapeutik
1		<p>Tahap pra interaksi</p> <p>Pelajari diri sendiri</p> <p>a. Pengetahuan yang dimiliki terkait penyakit dan masalah pasien</p> <p>b. Kecemasan dan kekalutan diri</p> <p>c. Analisis kekuatan diri</p> <p>Pelajari pasien :</p> <p>a. Perilaku pasien dalam menghadapi penyakitnya</p> <p>b. Tingkat pengetahuan</p> <p>Membuat rencana pertemuan dengan klien</p>	<p>Perawat menggali perasaan diri, kecemasan, pengalaman dan tingkat pengetahuan yang dimiliki tentang motivasi untuk sembuh pasien Stroke</p> <p>Mencari data-data/status klien dan mengobservasi keadaan klien</p> <p>Menyiapkan rencana percakapan</p>	
2	2 menit	<p>Tahap Perkenalan/orientasi</p> <p>a. Memberikan salam dan tersenyum pada klien</p> <p>b. Memperkenalkan nama perawat</p> <p>c. Membina hubungan saling percaya</p> <p>d. Menjelaskan tanggung jawab perawat dan klien</p> <p>e. Memodifikasi lingkungan yang kondusif dengan peka</p>	<p>P : Selamat pagi pak...../bu...</p> <p>P : Perkenalkan saya Christina Yuliasuti, saya biasa dipanggil suster Christin, nama bapak/ibu siapa ?</p> <p>P : Saya bisa memanggil Bapak/ibu apa?</p> <p>P : Bagaimana keadaan Anda hari ini?</p> <p>P : Saya ingin Bpk/ibu merasa tenang dan nyaman dengan kehadiran saya disini, karena saya ingin membantu bapak/ibu.</p> <p>P : Harapan saya dengan menjalani perawatan disini, kondisi bpk/ibu dapat segera pulih kembali.</p>	<p>Memberikan pertanyaan terbuka</p> <p>Sentuhan, memberikan ketenangan, menawarkan diri</p> <p>Memberikan informasi</p>

		<p>terhadap respons pasien</p> <p>f. Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan</p> <p>g. Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan</p> <p>h. Eksplorasi pikiran dan perasaan pasien</p> <p>i. Menjelaskan tujuan yang ingin dicapai</p>	<p>P : Seperti yang saya sampaikan tadi, saya ingin membantu bapak/ibu. Bagaimana kalau kita bercakap-cakap? Apakah Anda bisa meluangkan waktu sebentar?</p> <p>P : Bpk/ibu sudah berapa lama masuk Rumah sakit?</p> <p>P : Ceritakan kepada saya bagaimana perasaan bpk/ibu dengan kondisi bpk/ibu sekarang ?</p> <p>P : Dengan menceritakan perasaan bpk/ibu, kita bisa bersama-sama mencari solusi, yang nantinya akan berguna bagi proses kesembuhan bapak/ibu</p>	<p>Menawarkan diri untuk membantu</p> <p>Memberikan pertanyaan terbuka</p> <p>Memberikan pertanyaan terbuka</p> <p>Memberikan informasi</p>
3	10 menit	<p>Tahap Kerja/implementasi</p> <p>a.Meningkatkan kemandirian tanggung jawab terhadap proses penyembuhan penyakitnya</p> <p>b.Mengeksplorasi stresor yang tepat dan mendorong perkembangan wawasan diri yang dihubungkan dengan persepsi, pikiran, perasaan dan tindakan pasien</p> <p>c.Mengembangkan mekanisme koping konstruktif :</p> <p>1) Memantapkan perasaan tenang dan damai pada pasien</p>	<p>P : Pandangan bapak/ibu terhadap sakit sekarang seperti apa?</p> <p>P : Apa Anda sudah bisa menerima keadaan yang sekarang ?</p> <p>P : Menurut keyakinan Anda, apa yang dapat Anda lakukan?</p> <p>P : Kondisi sakit itu bukan hukuman dari Tuhan, tetapi ujian dan ujian yang Tuhan berikan tidak akan melebihi kekuatan kita, dan dengan keyakinan bapak/ibu harus berusaha ikhlas, menerima dan optimis kalau Tuhanpun akan membantu pemulihan bapak/ibu. Apakah Anda selalu berdoa untuk itu ?</p>	<p>Active listening, Diam</p> <p>Memberikan pertanyaan terbuka</p> <p>Memberikan informasi, penguatan, sentuhan</p>

		2) Memantapkan iman dan keyakinan kepada Tuhan terkait sakit yang dialami pasien	<p>P : Anda harus percaya bahwa Anda tidak sendirian. Tuhan tidak akan meninggalkan Anda, saya yakin itu.</p> <p>P : Tuhan sangat mengasihi Anda, pasti ada hikmah dibalik semua ini, Anda harus bersabar.</p>	<p>Memberikan penguatan</p> <p>Mengorientasikan realitas Memberikan penguatan</p>
4	5 menit	<p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyimpulkan hasil kegiatan Evaluasi subjektif dan Objektif Memberikan reinforcement positif Merencanakan tindak lanjut dengan klien Melakukan kontrak (waktu, tempat, topik) Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik 	<p>P : Baik, selama beberapa menit, Anda dan saya telah membicarakan mengenai pentingnya berpikir positif bagi proses kesembuhan bapak/ibu.</p> <p>P : Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah kita bercakap-cakap ?</p> <p>P : Dari percakapan kita tadi bagaimana keyakinan Anda pada Tuhan terkait sakit ini? Selanjutnya, apa yang ingin Anda lakukan ? langkah apa yang ingin Anda ambil?</p> <p>P : Saya sangat bersemangat sekali dengan pertemuan kita hari ini pak/bu. Saya harap Andapun demikian. Apakah besok kita bisa bercakap-cakap lagi ? kira-kira pukul berapa?</p> <p>P : Baiklah pak/bu, terimakasih atas kesediaan bapak/ibu bercakap-cakap dengan saya. Saya akan kembali lagi besok. Selamat beristirahat.</p>	<p>Meringkas (<i>summarizing</i>) dan merencanakan</p> <p>Refleksi</p> <p>Refleksi Merencanakan</p> <p>Memberikan penghargaan Merencanakan</p>
5		<p>Dimensi respon</p> <ol style="list-style-type: none"> Berhadapan Mempertahankan kontak 		

		<p>mata</p> <p>c. Tersenyum pada saat yang tepat</p> <p>d. Membungkuk ke arah klien</p> <p>e. Mempertahankan sikap terbuka</p>		
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

PANDUAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK
Motivasi untuk sembuh pasien Stroke
Pertemuan II

1. Tujuan Komunikasi Terapeutik (Motivasi untuk sembuh terkait faktor spiritualitas) :
 - a. Memantapkan perilaku religius pasien
 - b. Meningkatkan perasaan kasih (empati) pasien pada orang lain (keluarga)
 - c. Meningkatkan pengetahuan pasien tentang pemulihan Stroke
2. Sasaran
Pasien stroke di Ruang Saraf Rumkital dr Ramelan Surabaya
3. Materi
Motivasi untuk sembuh terkait faktor spiritualias dan pengetahuan :
 - a. Perilaku religius pasien
 - b. Perasaan kasih pasien pada orang lain (keluarga)
 - c. Pengetahuan pasien tentang pemulihan Stroke
4. Metode
Wawancara dan tanya jawab.
5. Waktu
Alokasi waktu yang digunakan kurang lebih 20 menit.

6. Strategi Komunikasi Terapeutik Perawat

No	Waktu	Tahap komunikasi	Komunikasi verbal	Teknik komunikasi terapeutik
1	2 menit	<p>Tahap Perkenalan/orientasi</p> <p>a. Memberikan salam dan tersenyum pada klien</p> <p>b. Membina hubungan saling percaya</p> <p>c. Memodifikasi lingkungan yang kondusif dengan peka terhadap respons pasien</p> <p>d. Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan</p> <p>e. Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan</p> <p>f. Eksplorasi pikiran dan perasaan pasien</p> <p>g. Menjelaskan tujuan yang ingin dicapai</p>	<p>P : Selamat pagi pak...../bu...</p> <p>P : Bapak/ibu masih ingat saya tidak? Saya Christina pak/bu, bagaimana kabarnya hari ini ?</p> <p>P : Bagaimana keadaan Anda hari ini? Apakah Anda bersemangat hari ini?</p> <p>P : Seperti janji saya kemarin, hari ini saya datang untuk bercakap-cakap kembali dengan Anda? Bapak/ibu dapat meluangkan waktu sebentar?</p> <p>P : Ya, hari ini kita akan membicarakan mengenai keinginan dan harapan bapak/ibu. Dengan mengetahui hal tersebut maka Anda akan dapat termotivasi untuk sembuh.</p>	<p>Mengingat kembali</p> <p>Membina hubungan baik</p> <p>Memberikan pertanyaan terbuka</p> <p>Memberikan informasi</p> <p>Menawarkan diri untuk membantu</p>
3.	10 menit	<p>Tahap Kerja/implementasi</p> <p>a. Meningkatkan kemandirian tanggung jawab terhadap proses penyembuhan penyakitnya</p> <p>b. Mengeksplorasi stresor yang tepat dan mendorong perkembangan wawasan diri</p>	<p>P : Saat ini, apa yang Anda harapkan/inginkan?</p> <p>P : Ya pak/bu, harapan Anda sangat bagus sekali, nah untuk bisa mencapai itu, Anda harus berusaha untuk segera sembuh.</p> <p>P : Biasanya kegiatan ibadah bapak/ibu seperti apa? Apakah Anda sering berdoa? Dengan berdoa, apa</p>	<p>Active listening, Diam</p> <p>Memberikan penguatan</p>

		<p>yang dihubungkan dengan persepsi, pikiran, perasaan dan tindakan pasien</p> <p>c. Mengembangkan mekanisme koping konstruktif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memantapkan perilaku religius pasien 2) Meningkatkan perasaan kasih pasien pada orang lain (keluarga) 3) Meningkatkan pengetahuan pasien tentang pemulihan Stroke 	<p>keinginan terbesar Anda?</p> <p>P : Ya pak/bu, dalam doa kita bisa selalu bersyukur kepada Tuhan, bisa mengeluh apapun dan meminta apa saja kepada Tuhan termasuk keinginan Anda untuk segera sembuh.</p> <p>P : Saya perhatikan bapak/ibu sudah minum obat yang diberikan oleh dokter hari ini.</p> <p>P : Bagus pak/ibu, Bapak/ibu harus teratur minum obat supaya dapat segera pulih.</p> <p>P : Lalu, apa yang keluarga Anda inginkan dari Anda?</p> <p>P : Tentu Anda ingin membahagiakan mereka, ingin bisa bersama mereka lagi dengan kondisi yang lebih baik. Jadi Anda harus bersemangat pak/bu. Meskipun dengan kondisi bapak/ibu sekarang, keluarga sangat menyayangi dan membutuhkan Anda. Anda harus yakin itu.</p> <p>P : Bagaimana dengan rehabilitasi/pemulihan/latihan yang dilakukan bapak/ibu? Rehabilitasi yang dijadwalkan (sesuai masing-masing pasien) harus dipatuhi. Latihan fisik juga dilakukan setiap hari pada semua anggota tubuh, hal tersebut dapat mengembalikan kekuatan dan kemampuan Anda</p> <p>P : Apakah Anda menemui kendala? Ceritakan kepada saya. Apabila Anda mengalami kesulitan, perawat</p>	<p>Menyampaikan hasil observasi</p> <p>Memberikan penghargaan</p> <p>Memberikan pertanyaan terbuka</p> <p>Refleksi, mengorientasikan realitas</p> <p>Mengajukan pertanyaan terbuka Memberikan informasi/ pengetahuan</p> <p>Memberikan pertanyaan terbuka Menawarkan diri</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>dan keluarga akan membantu, hal yang paling penting adalah ada kemauan dari Anda.</p> <p>P : Anda tidak boleh menyerah dengan keadaan sekarang dan harus berusaha untuk bangkit kembali. Memang membutuhkan waktu dan Anda harus dapat bersabar.</p> <p>P : Dengan kepatuhan dan kesabaran Anda mengikuti perawatan, berlatih dan lain sebagainya, saya yakin Anda akan dapat melakukan kembali aktivitas/kegiatan yang biasa Anda lakukan secara sendiri/mandiri.</p> <p>P : Kemudian, apa harapan Anda bila sudah pulih dari Stroke? Tentu Anda ingin menceritakan dan mengajari pasien lainnya supaya bisa seperti Anda kan?</p> <p>P : Bagus sekali, Bapak/ibu juga harus selalu bersyukur, meskipun dengan kondisi seperti sekarang, Tuhan masih sayang dan ingin Anda lebih dekat dengan Tuhan, lebih bisa mensyukuri apa yang sudah Tuhan berikan.</p> <p>P : Bapak/ibu harus selalu berpikir positif, baik mengenai kondisi sakit yang Anda alami juga mengenai proses kesembuhannya. Dengan begitu Anda akan tetap bersemangat untuk menjalaninya dan punya motivasi untuk segera sembuh.</p>	<p>Memberikan informasi</p> <p>Memberikan penguatan</p> <p>Memberikan informasi dan penguatan</p> <p>Memberikan pertanyaan terbuka <i>Focusing</i> Berbagi persepsi</p> <p>Memberi penghargaan, mengorientasikan realitas Memberikan informasi Meringkas</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.	5 menit	<p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyimpulkan hasil kegiatan Evaluasi subjektif dan Objektif Memberikan reinforcement positif Merencanakan tindak lanjut dengan klien Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik 	<p>P : Baiklah pak/bu, hari ini kita sudah mebicarakan mengenai keinginan dan harapan Anda pada diri Anda sendiri, keluarga dan orang lain. Harapan tersebut dapat menjadi semangat supaya bapak/ibu segera sembuh..</p> <p>P : Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah pertemuan ini?</p> <p>P : Selanjutnya, apa yang ingin Anda lakukan ? langkah apa yang ingin Anda ambil?</p> <p>P : Saya merasa sangat senang sekali dapat bertemu dengan bapak/ibu. Terimakasih atas kesediaan bapak/ibu bercakap-cakap dengan saya hari ini. Selamat beristirahat.</p>	<p>Meringkas (summarizing) dan merencanakan</p> <p>Refleksi</p> <p>Merencanakan</p> <p>Memberikan penghargaan</p>
6.		<p>Dimensi respon</p> <ol style="list-style-type: none"> Berhadapan Mempertahankan kontak mata Tersenyum pada saat yang tepat Membungkuk ke arah klien Mempertahankan sikap terbuka 		

**PANDUAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK
DALAM MELAKUKAN TINDAKAN/PROSEDUR KEPERAWATAN**

1. Tujuan Komunikasi Terapeutik :

- a. Meningkatkan kerjasama pasien terhadap tindakan keperawatan
- b. Mengevaluasi pelaksanaan tindakan keperawatan

2. Sasaran

Pasien stroke di Ruang Saraf Rumkital Dr Ramelan Surabaya

3. Materi

Materi komunikasi yang terkait dengan pelaksanaan tindakan/prosedur keperawatan :

- a. Prosedur tindakan
- b. Tujuan prosedur keperawatan
- d. Respon pasien

4. Metode

Wawancara dan tanya jawab selama melakukan tindakan keperawatan

5. Waktu

Alokasi waktu yang digunakan disesuaikan dengan pelaksanaan tindakan/prosedur keperawatan.

6. Strategi Komunikasi Terapeutik Perawat dalam Melakukan Tindakan/prosedur Keperawatan

No	Waktu	Tahap komunikasi	Komunikasi verbal	Teknik komunikasi terapeutik
1	2 menit	Tahap Perkenalan/orientasi a. Memberikan salam dan tersenyum pada klien b. Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan dan tujuan yang akan ingin dicapai c. Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan d. Eksplorasi pikiran dan perasaan pasien	P : Selamat pagi pak...../bu... P : Bapak/ibu masih ingat saya tidak? Saya (Christina) pak/bu, bagaimana keadaan bpk/ibu hari ini ? P : Baiklah bpk/ibu, siang/sore ini saya akan melakukan (tindakan keperawatan sesuai kebutuhan pasien), tujuannya adalah untuk.... Waktunya kira-kira..... menit P : Apakah bpk/ibu sudah siap? Mohon kerjasamanya pak/bu	Mengingat kembali Membina hubungan baik Memberikan pertanyaan terbuka Memberikan informasi Menanyakan kesiapan pasien
3.	10 menit	Tahap Kerja/implementasi a. Melakukan tindakan/prosedur keperawatan b. Mengevaluasi respon pasien selama prosedur	(sesuai dengan tindakan/prosedur keperawatan yang dilakukan)	Memberikan pertanyaan terbuka Mengeksplorasi perasaan pasien Menawarkan informasi Mendengarkan dengan penuh perhatian Sentuhan (<i>using touch</i>)
4.	5 menit	Tahap Terminasi a. Menyimpulkan hasil kegiatan b. Evaluasi subjektif dan Objektif c. Memberikan reinforcement	P : Baiklah pak/bu, tindakan sudah selesai dilakukan. Bagaimana perasaan bpk/ibu ? P : Apakah Anda merasa lebih baik?	Meringkas (<i>summarizing</i>) Memberikan pertanyaan terbuka Mengeksplorasi perasaan pasien

		positif d. Merencanakan tindak lanjut dengan klien e. Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik	P : Terima kasih kerjasamanya. Apabila ada keluhan lain, bpk/ibu bisa sampaikan kepada kami, kami berusaha membantu. Tetap semangat ya pak/bu. Selamat beristirahat.	Memberikan reinforcement Menawarkan diri Memberi penguatan
6.		Dimensi respon a. Berhadapan b. Mempertahankan kontak mata c. Tersenyum pada saat yang tepat d. Membungkuk ke arah klien e. Mempertahankan sikap terbuka		

Lampiran 7

PROSEDUR PENGUKURAN HSP70

1. Dipersiapkan peralatan pada suhu ruangan : cawan immunoassay HSP70, buffer pencuci 10x, pengecer sampel, pengencer Biotin anti-HSP70, Avidin-terkonjugasi HRP, substrate TMB, *acid stop solution*
2. Persiapan sampel : Pada penelitian ini dipakai serum penderita pasien Stroke. Pengenceran serum dilakukan dengan perbandingan 1:5 (v/v) dengan menambahkan larutan pengencer sehingga dicapai suatu nilai sesuai kurve standar.
3. Sebelum dan sesudah rehidrasi dilakukan pemusingan lyophilized HSP70 rekombinan standar
4. Dilakukan pengenceran HSP70 rekombinan standar kemudian di masukkan kedalam sampel
5. Ditambahkan 50 μ l preparat standar serta sampel pada cawan HSP70 immunoassay kemudian ditutup secara pelan-pelan.
6. Dilakukan inkubasi cawan tersebut pada suhu ruangan selama 2 jam
7. Dilakukan 5 kali pencucian, dilanjutkan 1 kali pencucian menggunakan buffer.
8. Ditambahkan 50 μ l Biotin anti-HSP70 pada cawan immunoassay lalu di tutup pelan-pelan
9. Dilakukan inkubasi cawan selama 1 jam pada suhu 37 °C
10. Dilakukan 5 kali pencucian, satu kali pencucian menggunakan Buffer.
11. Tambahkan 50 μ l avidin-yang terkonjugasi HRP secara hati-hati kemudian cawan immunoassay ditutup pelan-pelan
12. Dilakukan inkubasi cawan selama 1 jam pada suhu 37 °C

13. Dilakukan 5 kali pencucian, dilanjutkan 1 kali pencucian menggunakan buffer.
14. Pewarnaan : Dilakukan penambahan 50 μ l substrate TMB (*chromogen solution A*) secara pelan-pelan dan *chromogen solution B*
15. Dilakukan inkubasi pada suhu kamar selama 30 menit pada suhu 37 °C
16. Dilakukan penambahan 50 μ l *acid stop solution* dengan hati-hati (warna biru berubah menjadi warna kuning)
17. Dilakukan pengukuran penyerapan pada 450 nm, atau 450 nm dengan koreksi pada 540 atau 570 nm
18. Ditetapkan kurve standar HSP70 pada 6 titik dari 0-480 pg/ml, kemudian ditentukan kadar HSP70
19. Penentuan hasil kadar HSP70 :
 - a. Ditentukan ukuran rata-rata penyerapan dari masing-masing standar dan sampel. Kemudian ditentukan ukuran penyerapan dari 0 pg/ml HSP70 standar
 - b. Substrate rata-rata diperoleh (0 pg/ml) HSP70 standar dari nilai yang diperoleh dari langkah pertama (standar dan sampel)
 - c. Ditentukan skala kadar standar HSP70 rekombinan (pg/ml) pada sumbu X, dan penyerapan diukur sesuai dengan standar HSP70 pada sumbu Y.
 - d. Penentuan kadar sampel dari kurve standar dan penggandaan dengan pengenceran kadar HSP70 sampel. Contoh : jika sampel diencerkan 1:25 sebelum pengukuran maka nilai berikutnya dari kurve standar harus diperbanyak dengan penghitungan 25 pada kadar HSP70.

Lampiran 8

HASIL ANALISIS STATISTIK**UJI NORMALITAS MOTIVASI UNTUK SEMBUH DAN KADAR HSP70
KELOMPOK PERLAKUAN****One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		motiv1a	HSP70a	motiv2b	HSP70b
N		11	11	11	11
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	72,273	185,82	86,173	220,64
	Std. Deviation	2,8775	58,799	11,0842	69,455
Most Extreme Differences	Absolute	,271	,257	,312	,291
	Positive	,172	,257	,312	,291
	Negative	-,271	-,176	-,219	-,162
Kolmogorov-Smirnov Z		,900	,853	1,036	,965
Asymp. Sig. (2-tailed)		,393	,461	,234	,309

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		delta_motiv 1_2	delta_HSP 70a_b
N		11	11
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	13,900	34,818
	Std. Deviation	9,7205	33,7752
Most Extreme Differences	Absolute	,227	,225
	Positive	,227	,225
	Negative	-,212	-,164
Kolmogorov-Smirnov Z		,754	,746
Asymp. Sig. (2-tailed)		,620	,633

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

HASIL ANALISIS MOTIVASI UNTUK SEMBUH DAN HSP70 (PRE-POST)
KELOMPOK PERLAKUAN

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 motiv1a	72,273	11	2,8775	,8676
motiv2b	86,173	11	11,0842	3,3420
Pair 2 HSP70a	185,82	11	58,799	17,729
HSP70b	220,64	11	69,455	20,942

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 motiv1a & motiv2b	11	,575	,064
Pair 2 HSP70a & HSP70b	11	,874	,000

Paired Samples Test

	Paired Differences				
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
				Lower	Upper
Pair 1 motiv1a - motiv2b	-13,9000	9,7205	2,9308	-20,4303	-7,3697
Pair 2 HSP70a - HSP70b	-34,818	33,775	10,184	-57,509	-12,128

Paired Samples Test

	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1 motiv1a - motiv2b	-4,743	10	,001
Pair 2 HSP70a - HSP70b	-3,419	10	,007

**UJI NORMALITAS MOTIVASI UNTUK SEMBUH DAN KADAR HSP70
KELOMPOK KONTROL**

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		motiv1a	HSP70a	motiv2b	HSP70b
N		10	10	10	10
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	70,960	224,00	75,830	225,50
	Std. Deviation	2,4829	54,642	7,5807	41,578
Most Extreme Differences	Absolute	,280	,180	,291	,180
	Positive	,280	,180	,291	,180
	Negative	-,190	-,115	-,213	-,118
Kolmogorov-Smirnov Z		,885	,568	,920	,571
Asymp. Sig. (2-tailed)		,414	,903	,365	,901

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		delta_motiv 1_2	delta_hsp 70a_b
N		10	10
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	4,870	1,500
	Std. Deviation	7,2830	43,0974
Most Extreme Differences	Absolute	,348	,160
	Positive	,348	,126
	Negative	-,298	-,160
Kolmogorov-Smirnov Z		1,101	,506
Asymp. Sig. (2-tailed)		,177	,960

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

HASIL ANALISIS MOTIVASI UNTUK SEMBUH DAN HSP70 (PRE-POST)
KELOMPOK KONTROL

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	motiv1a	70,960	10	2,4829	,7852
	motiv2b	75,830	10	7,5807	2,3972
Pair 2	HSP70a	224,00	10	54,642	17,279
	HSP70b	225,50	10	41,578	13,148

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	motiv1a & motiv2b	10	,281	,431
Pair 2	HSP70a & HSP70b	10	,629	,051

Paired Samples Test

		Paired Differences				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Pair 1	motiv1a - motiv2b	-4,8700	7,2830	2,3031	-10,0800	,3400
Pair 2	HSP70a - HSP70b	-1,500	43,097	13,629	-32,330	29,330

Paired Samples Test

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	motiv1a - motiv2b	-2,115	9	,064
Pair 2	HSP70a - HSP70b	-,110	9	,915

HASIL ANALISIS MOTIVASI UNTUK SEMBUH DAN HSP70
KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTROL

Group Statistics

	Komunikasi	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
motiv1a	Komunikasi standar	10	70,960	2,4829	,7852
	Komunikasi terapeutik	11	72,273	2,8775	,8676
motiv2b	Komunikasi standar	10	75,830	7,5807	2,3972
	Komunikasi terapeutik	11	86,173	11,0842	3,3420
HSP70a	Komunikasi standar	10	224,00	54,642	17,279
	Komunikasi terapeutik	11	185,82	58,799	17,729
HSP70b	Komunikasi standar	10	225,50	41,578	13,148
	Komunikasi terapeutik	11	220,64	69,455	20,942

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
motiv1a	Equal variances assumed	,19	,665	-1,11	19	,279
	Equal variances not assumed			-1,12	19,0	,276
motiv2b	Equal variances assumed	8,6	,009	-2,47	19	,023
	Equal variances not assumed			-2,51	17,7	,022
HSP70a	Equal variances assumed	,09	,764	1,537	19	,141
	Equal variances not assumed			1,542	19,0	,140
HSP70b	Equal variances assumed	2,6	,123	,192	19	,850
	Equal variances not assumed			,197	16,6	,846

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
				Lower	Upper
motiv1a	Equal variances assumed	-1,3127	1,1788	-3,7799	1,1544
	Equal variances not assumed	-1,3127	1,1701	-3,7622	1,1368
motiv2b	Equal variances assumed	-10,3427	4,1883	-19,1089	-1,5766
	Equal variances not assumed	-10,3427	4,1129	-18,9932	-1,6922
HSP70a	Equal variances assumed	38,182	24,847	-13,825	90,188
	Equal variances not assumed	38,182	24,756	-13,637	90,000
HSP70b	Equal variances assumed	4,864	25,319	-48,129	57,857
	Equal variances not assumed	4,864	24,727	-47,408	57,135

HASIL ANALISIS PERUBAHAN MOTIVASI UNTUK SEMBUH DAN DELTA HSP70 (SELISIH)
KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTROL

Group Statistics

	Komunikasi	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
delta_motiv1_2	Komunikasi standar	10	4,870	7,2830	2,3031
	Komunikasi terapeutik	11	13,900	9,7205	2,9308
delta_hsp70a_b	Komunikasi standar	10	1,500	43,0974	13,6286
	Komunikasi terapeutik	11	34,818	33,7752	10,1836

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
delta_motiv1_2	Equal variances assumed	4,327	,051	-2,389	19
	Equal variances not assumed			-2,423	18,377
delta_hsp70a_b	Equal variances assumed	,744	,399	-1,982	19
	Equal variances not assumed			-1,958	17,067

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
delta_motiv1_2	Equal variances assumed	,027	-9,0300	3,7803
	Equal variances not assumed	,026	-9,0300	3,7275
delta_hsp70a_b	Equal variances assumed	,062	-33,3182	16,8103
	Equal variances not assumed	,067	-33,3182	17,0131

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
delta_motiv1_2	Equal variances assumed	-16,9423	-1,1177
	Equal variances not assumed	-16,8496	-1,2104
delta_hsp70a_b	Equal variances assumed	-68,5026	1,8662
	Equal variances not assumed	-69,2019	2,5655

HASIL ANALISIS KORELASI PERUBAHAN MOTIVASI UNTUK SEMBUH DENGAN
PERUBAHAN *HSP70* KELOMPOK PERLAKUAN

Correlations

		delta_motiv1_ 2	delta_HSP70a _b
delta_motiv1_2	Pearson Correlation	1	,111
	Sig. (2-tailed)		,745
	N	11	11
delta_HSP70a_b	Pearson Correlation	,111	1
	Sig. (2-tailed)	,745	
	N	11	11

HASIL ANALISIS KORELASI PERUBAHAN MOTIVASI UNTUK SEMBUH DENGAN
PERUBAHAN *HSP70* KELOMPOK KONTROL

Correlations

		delta_motiv1_ 2	delta_hsp70a _b
delta_motiv1_2	Pearson Correlation	1	,527
	Sig. (2-tailed)		,117
	N	10	10
delta_hsp70a_b	Pearson Correlation	,527	1
	Sig. (2-tailed)	,117	
	N	10	10

DOKUMENTASI PEMERIKSAAN *HSP70*
di *Tropical Disease Center* Universitas Airlangga Surabaya

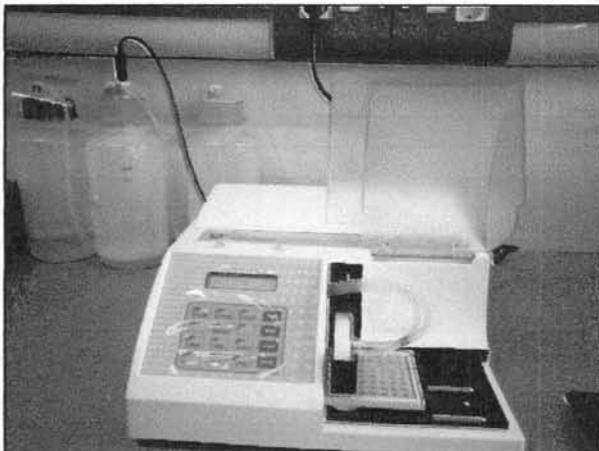
1. Sampel darah berupa serum responden



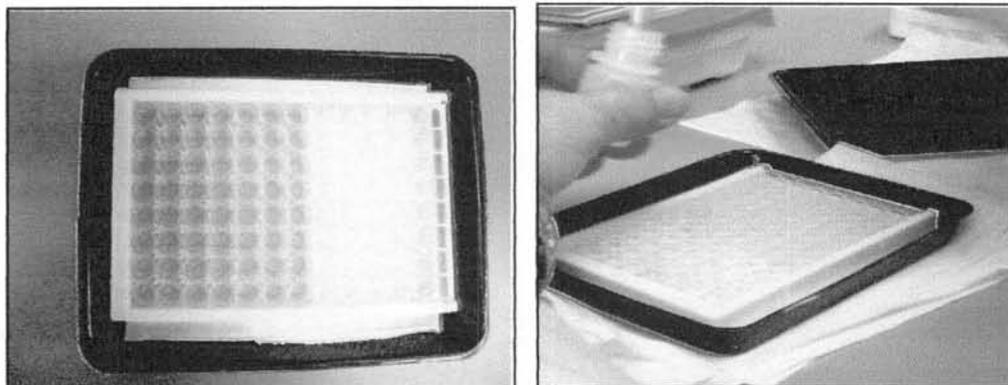
2. *Human HSP70 ELISA kit*



3. Proses pencucian (*washing*) dengan *ELISA washer*



4. Proses penambahan *chromogen solution A*, *chromogen solution B* serta *acid stop solution*



5. Proses pembacaan hasil dengan *ELISA reader*

