

TESIS

**PENGARUH INTERVENSI KOGNITIF SPIRITUAL TERHADAP
PENERIMAAN DIRI KLIEN STROKE ISKEMIK**



**USWATUN KHASANAH
NIM : 131414153040**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2016**

**PENGARUH INTERVENSI KOGNITIF SPIRITUAL TERHADAP
PENERIMAAN DIRI KLIEN STROKE ISKEMIK**

TESIS

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

Oleh:

**USWATUN KHASANAH
NIM : 131414153040**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2016**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Uswatun Khasanah

NIM : 131414153040

Tanda tangan :



Tanggal : 11 Agustus 2016

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

PENGARUH INTERVENSI KOGNITIF SPIRITUAL TERHADAP
PENERIMAAN DIRI KLIEN STROKE ISKEMIK

USWATUN KHASANAH
131414153040

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 12 AGUSTUS 2016

Oleh :

Pembimbing Satu



Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes
NIP. 19670101 200003 1002

Pembimbing Dua



Harmayetty, S.Kp., M.Kes
NIP. 19700410 200012 2001

Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Uswatun Khasanah

NIM : 131414153040

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Pengaruh intervensi keperawatan terhadap penerimaan diri pada klien stroke iskemik

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 11 Agustus 2016

Panitia Penguji,

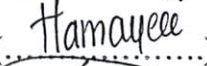
1. Ketua : Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si

(.....)

2. Penguji I : Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes

(.....)

3. Penguji II : Harmayetty, S.Kp., M.Kes.

(.....)

4. Penguji III : Dr. Dwi Ananto Wibrata, SST., M.Kes

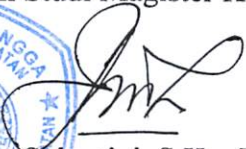
(.....)

5. Penguji IV : Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep. Ns., M.Kep

(.....)

Mengetahui
Ketua Program Studi Magister Keperawatan




Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes

NIP. 197212172000032001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadirat Alloh SWT atas segala berkah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal penelitian yang berjudul **“Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual Terhadap Penerimaan Diri pada Klien Stroke Iskemik”**. Proposal ini disusun sebagai persyaratan memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) dalam Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Penyelesaian Proposal penelitian ini tidak lepas dari bantuan dan pengarahan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing satu dalam penyusunan proposal penelitian ini
2. Ibu Harmayetty, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing dua dalam penyusunan proposal penelitian ini.
3. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs., (Hons.) sebagai Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
4. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan
5. Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si selaku ketua penguji yang telah memberikan koreksi dan masukannya dalam penyempurnaan tesis ini
6. Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep. Ns., M.Kep selaku penguji yang telah memberikan koreksi dan masukannya dalam penyempurnaan tesis ini.
7. Dr. Dwi Ananto Wibrata, SST., M.Kes selaku penguji yang telah memberikan koreksi dan masukannya dalam penyempurnaan tesis ini.
8. Puji Rahayu, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Kepala Bidang Keperawatan RSU Haji Surabaya yang telah memberikan bimbingan dan kemudahan dalam pelaksanaan penelitian ini
9. Teman teman asisten peneliti di ruangan Shofa lantai tiga dan Marwah lantai tiga dan empat yang telah membantu mengumpulkan data untuk penelitian ini

10. Terutama untuk responden penelitian yang telah memberikan sebagian waktu dalam masa sakitnya untuk penelitian ini
11. Suami, anak anak tercinta dan keluarga yang selalu memberikan dukungan, doa dan semangat dalam menyelesaikan proposal penelitian ini
12. Teman-teman magister keperawatan angkatan 7 atas dukungan, doa dan bantuan dalam menyelesaikan proposal ini

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan proposal penelitian ini. Untuk itu penulis sangat mengharapkan masukan dan saran yang membangun dari segenap pembaca. Akhir kata semoga penelitian ini dapat berguna untuk profesi keperawatan.

Surabaya, Agustus 2016

Penulis

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

Sebagai aktivis akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Uswatun Khasanah
NIM : 131414153040
Program Studi : Magister Keperawatan
Peminatan : Keperawatan Medikal Bedah
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 “Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual Terhadap Penerimaan Diri Pada Klien Stroke Iskemik” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/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 : Agustus 2016

Yang menvatakan



(Uswatun Khasanah)

Summary

The Effect of Cognitive Spirituality Intervention on Self Acceptance of Ischaemic Stroke Client

By : Uswatun Khasanah

Stroke is a disorder of brain function caused by a disruption of blood flow in the brain that often leads to death and disability. Impaired cognitive and physical changes that occur is difficult to accept the condition and make clients feeling sad, angry, useless, hopeless and feel weak (Townend et al, 2010; Rohadirja, 2012; Sun, 2014). Preliminary studies conducted in Surabaya Hajj Hospital on December 28 to 29 2015 found self-acceptance experienced by three clients, two of which are in the bargaining stage and one in the anger stage. Spiritual cognitive interventions aim to change negative thinking clients that focus on the weaknesses he became grateful for all the favors of Allah that has been given by using murotal QS. Ar-Rahman. The purpose of this study to determine the effect of cognitive spiritual intervention on self acceptance of ischameic stroke client.

Self-acceptance is based on self-acceptance stage is divided into five stages are denial, anger, bargaining, depression and acceptance (Kubler Ross, 1969 in Moyle & Hogan, 2006). Clients will adapt to stressors faced by passing through the five stages. While self-acceptance scale measurement was conducted using questionnaires acceptance of dissability.

This study was conducted using quasy experimental design. The experiment was conducted on population of ischemic stroke clients at room Marwah third and fourth floors and the third floor room Shofa. The inclusion criteria include: 1) First attack, 2) Client Moslems 3) Clients with blood pressure systole 100-180 mmHg and diastolic 60-100 mmHg 4) Clients with awareness composmentis and cooperatively 5) Clients who have value Mini Mental Status Examination (MMSE) 18-30. The sampling technique used consecutive sampling. The dependent variable in this study is the spiritual cognitive interventions. The independent variable in this studies is the stage of self-acceptance and self acceptance scale

The results showed that the client self-acceptance stroke when facing a stressor were different stages ranging from the stage of denial, anger, bargaining, depression and acceptance. Clients in the treatment group experienced a change in a significant stage of self-acceptance into the acceptance stage of all. Spiritual cognitive interventions have a significant effect on self-acceptance stage, with p at 0043 Mann Whitney test. While the influence of the spiritual cognitive interventions towards self-acceptance scale by using Paired t test to get the p-value 0.001.

RINGKASAN

Pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap penerimaan diri pada klien stroke iskemik

Oleh : Uswatun Khasanah

Stroke merupakan gangguan fungsi otak akibat terganggunya aliran darah di otak yang sering menyebabkan kematian dan kecacatan. Gangguan kognitif dan perubahan fisik yang terjadi menyebabkan klien sulit menerima kondisinya sehingga muncul perasaan sedih, marah, tidak berguna, putus asa dan merasa lemah (Townend et al, 2010; Rohadirja, 2012; Sun, 2014). Studi pendahuluan yang dilakukan di RS haji Surabaya pada tanggal 28-29 Desember 2015 menemukan penerimaan diri yang dialami oleh tiga klien, dua diantaranya berada dalam tahap *bargaining* dan satu dalam tahap *anger*. Intervensi kognitif spiritual bertujuan untuk merubah pikiran negatif klien yang fokus pada kelemahan dirinya menjadi mensyukuri semua nikmat Allah yang sudah diberikan dengan menggunakan murotal QS. Ar-Rahman. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh ntervensi kognitif spiritual terhadap penerimaan diri pada klien stroke iskemik.

Penerimaan diri berdasarkan tahap penerimaan diri terbagi menjadi lima tahapan yaitu *denial*, *anger*, *bargaining*, *depresi* dan *acceptance* (Kubler Ross, 1969 dalam Moyle & Hogan, 2006). Klien akan beradaptasi terhadap stressor yang dihadapi dengan melewati kelima tahapan tersebut. Sedangkan pengukuran skala penerimaan diri dilakukan dengan menggunakan kuesioner *acceptance of dissability*.

Penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan desain *Quasy eksperimen*. Penelitian dilaksanakan di ruang Marwah lantai tiga dan empat dan ruang Shofa lantai tiga dengan populasi klien stroke iskemik. Kriteria inklusi Klien stroke iskemik meliputi : 1) Klien serangan pertama , 2)Klien beragama Islam 3) Klien dengan tekanan darah systole 100 - 180 mmHg dan diastole 60 - 100 mmHg 4) Klien dengan kesadaran *composmentis* dan kooperatif 5) Klien yang memiliki Nilai *Mini Mental Status Examination* (MMSE) 18-30. Teknik sampling yang digunakan *consecutuve sampling*. Variabel dependen pada penelitian ini adalah intervensi kognitif spiritual. Variabel independen pada penelitian ni adalah tahap penerimaan diri dan skala penerimaan diri.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerimaan diri klien stroke ketika menghadapi stressor berada ada tahap yang berbeda-beda mulai dari tahap *denial*, *anger*, *bargaining*, *depresi* dan *acceptance*. Klien pada kelompok perlakuan mengalami perubahan tahap penerimaan diri yang signifikan menjadi tahap *acceptance* semua. Intervensi kognitif spiritual mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap tahap penerimaan diri dengan nilai p pada uji *Mann Whitney*

0.043. Sedangkan pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap skala penerimaan diri dengan menggunakan uji *Paired t test* mendapatkan nilai $p < 0.001$.

ABSTRACT

Effect of Spiritual Cognitive Intervention on Self-Acceptance Client Ischemic Stroke

By: Uswatun Khasanah

Background : Stroke is a disorder of brain function caused by a disruption of blood flow in the brain that often leads to death and disability. Impaired cognitive and physical changes that occur causing the client is difficult to accept the conditions that emerge feeling sad, angry, useless, hopeless and feel weak (Townend et al, 2010; Rohadirja, 2012; Sun, 2014). **Method** : This study uses a quasy experiment with pre and post test control group design. Sampling with consecutive sampling technique which is 20 people consisting of 10 people in treatment group and 10 people in control group. Samples were taken from a client population of ischemic stroke in Inpatient RSU Haji Surabaya who meet the inclusion criteria. Data taken include the characteristics of the respondent, the scale of self-acceptance, self-acceptance phase and frequency listening the Qur'an. Data were collected by using a questionnaire and analyzed using Paired t test, Independent t test, Mann Whitney and Wilcoxon Rank. **Result and Analysis** : The results showed an increase in self acceptance scale ($p=0.001$) and self acceptance phase ($p=0.007$) were significant after receiving spiritual cognitive intervention. **Discuss and Conclusion** : Cognitive interventions spiritual as psychospiritual nurse intervention by raising intelligence through increased client spirituality of gratitude to change negative thoughts into positive thoughts through the internalization of Surah Ar - Rahman . This intervention can prevent clients from depression so that the risk of repeated attacks and deaths can be reduced.

Keywords: Cognitive Intervention spiritual, self-acceptance, ischemic stroke

ABSTRAK

Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual terhadap Penerimaan Diri pada Klien Stroke Iskemik

Oleh : Uswatun Khasanah

Latar Belakang: Stroke adalah gangguan fungsi otak yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah di otak yang sering menyebabkan kematian dan cacat. perubahan kognitif dan fisik gangguan yang terjadi menyebabkan klien sulit untuk menerima kondisi yang emerge merasa sedih, marah, tidak berguna, putus asa dan merasa lemah (Townend et al, 2010; Rohadirja, 2012; Sun, 2014). **Metode:** Penelitian ini menggunakan eksperimen kuasi dengan desain pre dan post test kelompok kontrol. Sampling dengan teknik consecutive sampling yaitu 20 orang yang terdiri dari 10 orang pada kelompok perlakuan dan 10 orang kelompok kontrol. Sampel diambil dari populasi klien stroke iskemik di Rawat Inap RSU Haji Surabaya yang memenuhi kriteria inklusi. Data diambil meliputi karakteristik responden, skala penerimaan diri, fase penerimaan diri dan frekuensi mendengarkan Al-Qur'an. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dan dianalisis menggunakan uji t berpasangan, uji t Independent, Mann Whitney dan Wilcoxon Rank. **Hasil dan Analisis:** Hasil penelitian menunjukkan peningkatan skala penerimaan diri ($p = 0,001$) dan fase penerimaan diri ($p = 0,007$) yang signifikan setelah menerima intervensi kognitif spiritual. **Diskusi dan Kesimpulan:** intervensi kognitif spiritual sebagai intervensi perawat psikospiritual dengan meningkatkan kecerdasan melalui peningkatan spiritualitas klien syukur untuk mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif melalui internalisasi Surah Ar - Rahman. Intervensi ini dapat mencegah klien dari depresi sehingga risiko serangan berulang-ulang dan kematian dapat dikurangi.

Kata kunci : Intervensi kognitif spiritual, penerimaan diri, stroke iskemik

DAFTAR ISI

Halaman Judul	ii
Halaman Prasyarat Gelar Magister.....	iii
Halaman Pernyataan Orisinalitas.....	iv
Lembar Pengesahan Pembimbing Tesis	v
Lembar Pengesahan Tesis	vi
Kata Pengantar.....	vii
Lembar Publikasi	ix
Summary.....	x
Ringkasan	xi
Abstract.....	xiii
Abstrak.....	xiv
Daftar Isi	xv
Daftar Tabel.....	xviii
Daftar Gambar	xix
Daftar Lampiran	xx
Daftar Singkatan	xxi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan umum	6
1.3.2 Tujuan khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Teoritis	7
1.4.2 Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Intervensi Kognitif Spiritual	8
2.1.1 Definisi Intervensi Kognitif.....	8
2.1.2 Tujuan Intervensi Kognitif.....	8
2.1.3 Prinsip Pelaksanaan Intervensi Kognitif.....	9
2.1.4 Tahap Pelaksanaan Intervensi Kognitif.....	13
2.1.5 Kecerdasan Spiritual	14
2.1.6 Intervensi Kognitif Spiritual	16
2.1.7 Tahap Pelaksanaan Intervensi Kognitif Spiritual.....	19
2.2 Penerimaan Diri.....	20
2.2.1 Konsep Penerimaan Diri.....	18
2.2.2 Komponen Penerimaan Diri	21
2.2.3 Faktor yang Berperan dalam Penerimaan Diri	22
2.2.4 Tahap Penerimaan Diri.....	24
2.2.5 Instrumen Penerimaan Diri.....	27
2.3 Stroke	27

2.3.1	Defnisi Stroke Iskemik	27
2.3.2	Faktor Resiko Stroke Iskemik.....	28
2.3.3	Manifestasi Klinis pada Klien Stroke.....	30
2.3.4	Proses Inflamasi pada Stroke Iskemik.....	32
2.3.5	Penatalaksanaan Stroke	34
2.3.6	Pemeriksaan Fungsi Kognitif pada Klien Stroke	36
2.4	Keaslian Penelitian	36
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS..		39
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	39
3.2	Hipotesis Penelitian	41
BAB 4 METODE PENELITIAN		42
4.1	Desain penelitian	42
4.2	Populasi, sampel dan besar sampel, dan teknik sampling	43
4.2.1	Populasi penelitian	43
4.2.2	Sampel dan besar sampel penelitian	43
4.2.3	Teknik sampling	45
4.3	Kerangka Operasional	46
4.4	Variabel dan Definisi Operasional Penelitian.....	47
4.4.1	Variabel Penelitian.....	47
4.4.2	Definisi Operasional Penelitian	47
4.5	Instrumen Penelitian	48
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian	49
4.7	Prosedur Pengumpulan dan Pengambilan Data	49
4.8	Cara Analisa Data.....	51
BAB 5 HASIL PENELITIAN		53
5.1	Gambaran umum penelitian	53
5.2	Karakteristik Responden.....	54
5.3	Gambaran tahap penerimaan diri pada klien stroke iskemik ...	55
5.4	Gambaran skala penerimaan diri pada klien stroke iskemik ...	57
5.5	Tahap penerimaan diri sebelum dan sesudah intervensi.....	59
5.5.1	Tahap penerimaan diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan.....	59
5.5.2	Tahap penerimaan diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan.....	61
5.6	Skala penerimaan diri sebelum dan sesudah perlakuan.....	63
BAB 6 PEMBAHASAN.....		64
6.1	Gambaran tahap penerimaan diri pada klien stroke iskemik ...	71
6.2	Gambaran tahap penerimaan diri pada klien stroke iskemik ..	75
6.3	Pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap tahap penerimaan diri pada klien stroke iskemik	79
6.4	Pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap skala penerimaan diri pada klien stroke iskemik	81
6.5	Keterbatasan penelitian	82

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	78
7.1 Kesimpulan	78
7.2 Saran	79
DAFTAR PUSTAKA	81

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	karakteristik Surat Ar-Rahman yang dibacakan oleh Ahmad Saud (Pramisiwi, 2011).....	17
Tabel 2.2	Keaslian Penelitian.....	36
Tabel 4.1	Definisi Operasional.....	47
Tabel 5.1	Distribusi frekuensi pada klien stroke iskemik	54
Tabel 5.2	Tahap penerimaan diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan	57
Tabel 5.3	Hasil observasi tahap penerimaan diri dengan frekuensi kedekatan dengan Qur'an sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok perlakuan	60
Tabel 5.4	Tahap penerimaan diri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok pembandingan	61
Tabel 5.5	Hasil observasi tahap penerimaan diri dengan frekuensi kedekatan dengan Qur'an sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok perlakuan	62
Tabel 5.6	Skala penerimaan diri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Konsep Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual terhadap Penerimaan Diri pada Klien Stroke Iskemik.....	39
Gambar 4.1	Desain penelitian <i>quasi eksperimen</i>	42
Gambar 4.2	Kerangka operasional	46
Gambar 5.1	Tahap penerimaan diri pada kelompok perlakuan.....	55
Gambar 5.2	Tahap penerimaan diri pada kelompok pembandingan.....	56
Gambar 5.3	Skala penerimaan diri pada kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan	57
Gambar 5.4	Skala penerimaan diri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok perlakuan.....	57
Gambar 5.5	Skala penerimaan diri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok pembandingan.....	58

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar permohonan menjadi responden	123
Lampiran 2. Lembar observasi fungsi kognitif	125
Lampiran 3. Kuesioner karakteristik responden	126
Lampiran 4. Kuesioner skala penerimaan diri	135
Lampiran 5. Kuesioner tahap penerimaan diri	143
Lampiran 6. Satuan acara kegiatan intervensi kognitif spiritual	146
Lampiran 7. Jadwal kegiatan intervensi kognitif spiritual	159
Lampiran 8. Tabel frekuensi responden	123
Lampiran 9. Tabel hasil observasi tahap dan skala penerimaan diri	125
Lampiran 10 Tabel hasil penghitungan statistik	126
Lampiran 11 Panduan intervensi kognitif spiritual untuk perawat	135
Lampiran 12 Booklet klien	143

DAFTAR SINGKATAN

ACTH	: <i>Adeno Corticotropin Hormon</i>
ADS-R	: <i>Acceptance of Dissability- Revised</i>
CRF	: <i>Corticotropin Releasing Factor</i>
EQ	: <i>Emotional Quotient</i>
IQ	: <i>Intelligent Quotient</i>
MMSE	: <i>Mini Mental State Examination</i>
MP3	: <i>Media Player 3</i>
QS	: <i>Qur'an Surat</i>
RSJD	: <i>Rumah Sakit Jiwa Daerah</i>
TIA	: <i>Trans Ischaemic Attack</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Stroke merupakan gangguan fungsi otak akibat terganggunya aliran darah di otak yang sering menyebabkan kematian dan kecacatan. Klien stroke yang selamat dari kematian, 64% diantaranya mengalami gangguan kognitif dengan berbagai tingkatan dan sepertiganya akan mengalami demensia (Chiu et al, 2013; Aguayo et al, 2014). Gangguan kognitif dan perubahan fisik menyebabkan klien sulit menerima kondisinya, sehingga muncul perasaan sedih, marah, tidak berguna, putus asa dan merasa lemah (Townend et al, 2010; Rohadirja, 2012; Sun, 2014). Ketakutan dan perasaan tidak berguna akibat ancaman kematian, kecacatan, perubahan peran sebagai kepala keluarga, pencari nafkah, pekerja, ibu rumah tangga sebagai pusat pengatur keluarga yang selama ini melekat tidak berfungsi optimal menjadi pemicu munculnya pikiran negatif. Pikiran negatif dapat menyebabkan gangguan penerimaan diri akibat respon adaptasi terhadap perubahan pasca stroke yang tidak adaptif. Intervensi kognitif spiritual dapat mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif dengan mengoptimalkan spiritualitas klien melalui mendengarkan murotal QS. Ar-Rahman yang intisarinya adalah meningkatkan rasa syukur terhadap nikmat Allah. Munculnya pikiran positif pada diri klien dapat mempercepat proses adaptasi klien stroke sehingga klien menjadi *acceptance* terhadap perubahan pasca stroke dan penerimaan diri klien meningkat.

Penelitian pada 100 klien stroke menyatakan bahwa gangguan kognitif dan ketidakmampuan fisik pada klien stroke memiliki korelasi negatif dengan

keputusasaan (Ardi, 2011). Semakin tinggi derajat gangguan kognitif dan ketidakmampuan fisik, maka keputusasaan klien stroke semakin besar. Studi pendahuluan yang dilakukan di gedung marwah lantai tiga RS haji Surabaya pada tanggal 28-29 Desember 2015 mendapatkan data kisaran usia klien yang dirawat dengan stroke iskemik serangan pertama adalah 28-76 tahun. Penerimaan diri yang dialami oleh tiga klien, dua diantaranya berada dalam tahap *bargaining* dan satu dalam tahap *anger*. Klien yang berada dalam tahap *anger* seringkali bertanya kepada istrinya kenapa dia yang mengalami stroke. Klien yang berada dalam tahap *bargaining* beberapa kali mengungkapkan penyesalan karena tidak patuh terhadap program pengobatan hipertensi sehingga klien mengalami stroke.

World Health Organization (WHO) memprediksi tahun 2020 stroke menjadi penyakit kedua setelah jantung iskemik sebagai penyebab kecacatan di dunia. Stroke terbagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik dan hemoragik. Prevalensi kejadian stroke iskemik lebih tinggi dibandingkan stroke hemoragik yaitu 80 – 85% dari seluruh kejadian stroke. Meskipun demikian, angka harapan hidup stroke iskemik lebih baik daripada stroke hemoragik (Misbach & Kalim, 2007). Tahun 2009 jumlah penderita stroke di Amerika berada di urutan ketiga, bertambah 795.000 orang setiap tahunnya yang 636.000 orang diantaranya adalah penderita stroke iskemik dan mengakibatkan 150.000 kematian. Penderita stroke membutuhkan biaya 21,8 juta dolar untuk pelayanan kesehatan langsung dan 65,5 juta dolar untuk pelayanan kesehatan tidak langsung. Satu klien stroke diperkirakan menghabiskan 20.000 dolar setiap kali dirawat di rumah sakit, biaya ini tiga kali lebih mahal daripada klien dengan penyakit selain stroke (Jones, 2009; Chiu et al, 2013).

Jumlah penderita stroke di Indonesia semakin meningkat (Riskesdas, 2013). Tahun 2007 penderita stroke naik dari 8,3 menjadi 12,1, per 1000 penduduk pada tahun 2013 dan Jawa Timur menempati urutan keempat jumlah penderita stroke setelah Sulawesi Selatan, DI Yogyakarta dan Sulawesi Tengah dengan 16 orang penderita stroke per 1000 penduduk. Tingginya angka kejadian dan biaya untuk menangani penderita stroke ini membutuhkan penanganan serius untuk mencegah terjadinya peningkatan angka kejadian stroke dan serangan stroke berulang.

Otak sebagai saraf pusat mempunyai salah satu peran yaitu mengatur fungsi kognitif yang diatur oleh sistem limbik. Sistem limbik mencakup thalamus, ganglia basalis, serebelum, lobus frontal, lobus temporal, lobus parietal, lobus oksipital dimana setiap lobus memiliki peran dalam mengatur fungsi kognitif. Gangguan kognitif dan emosi pada klien stroke disebabkan oleh faktor neurobiologi dan psikologi. Faktor neurobiologi yaitu kerusakan anatomi dan vaskularisasi di otak yang menyebabkan ketidakseimbangan neurotransmitter dan menyebabkan gangguan perilaku dan emosional. Sedangkan faktor psikologi adalah stressor berupa kehilangan atas kemampuan yang dimiliki sebelumnya (Wicaksana, 2008).

Gangguan kognitif pada klien stroke diukur dengan menggunakan (MMSE) *Mini Mental State Examination*. Khadr (2009) menyatakan diantara 81 orang klien stroke iskemik (84%) dan stroke hemorhagik (16%) fase akut didapatkan rerata nilai MMSE $25,58 \pm 2,95$. Sedangkan Sutomo (2013) menemukan bahwa klien pasca stroke 68,1% memiliki nilai MMSE pada rentang fungsi kognitif normal dan 25% pada gangguan kognitif ringan. Ratnasari (2010)

menyatakan rerata klien stroke iskemik serangan pertama memiliki nilai MMSE $24,20 \pm 3,098$ dan klien stroke iskemik serangan ulang memiliki rerata $19,87 \pm 4,257$

Selama menjalani perawatan dan rehabilitasi, klien stroke memiliki perasaan negatif tentang diri mereka, penurunan aktivitas sosial dan gangguan psikologis. Keadaan ini terjadi akibat gangguan aliran darah yang dapat menurunkan sintesis monoamin sehingga terjadi penurunan serotonin sebagai neurotransmitter untuk mempertahankan keadaan emosi agar tetap stabil (Cass, 2008; Elis & Horn, 2000). Penurunan serotonin menyebabkan gangguan suasana hati, tidur dan nafsu makan (Schub & Caple, 2010). Gangguan suasana hati dimanifestasikan dalam bentuk marah, frustrasi, putus asa dan sering menyebabkan depresi (Green & King, 2007). Selain itu kecacatan yang dialami menimbulkan perasaan tidak berguna, tidak ada gairah dan keputusasaan dan berujung pada gangguan penerimaan diri. Insiden gangguan penerimaan diri pada klien stroke di Taiwan diteliti oleh Chiu et al (2013) yang menyatakan rerata nilai penerimaan diri klien stroke berada pada tingkat rendah dengan nilai 71.72 (kisaran nilai 32-128). Townend et al (2010) menyatakan bahwa sepertiga klien stroke mengalami depresi akibat gangguan penerimaan diri dan mengungkapkan rasa sedih dan tidak berguna akibat menderita stroke.

Pikiran negatif yang muncul pada klien stroke dapat menyebabkan klien menjadi depresi. Pikiran negatif tersebut harus dirubah menjadi pikiran positif dengan menggunakan intervensi kognitif spiritual yang bertujuan untuk merubah pikiran negatif klien menjadi pikiran positif berbasis spiritual dengan menggunakan QS Ar-Rahman ayat 1-78. Klien dilatih untuk menerima penyakit

yang dialami dan membangkitkan spiritualitasnya dengan cara menyadari banyaknya nikmat Allah yang selama ini diterima dan menerima bahwa setiap ketentuan Allah pasti ada alasannya. Ketika klien bisa menerima perubahan kondisi yang terjadi akibat stroke, maka pikiran negatif yang selama ini muncul, perlahan akan berganti menjadi pikiran positif dan klien dapat menjalani kehidupannya dengan lebih tenang. Penggunaan murotal untuk membangkitkan spiritualitas klien di Surabaya sesuai dengan kebiasaan umat islam di Jawa Timur, khususnya Surabaya yang sering memperdengarkan murotal Qur'an di masjid dan mushola setiap menjelang adzan dikumandangkan.

Pada klien hipertensi pemberian intervensi murotal QS. Ar-Rahman dapat menurunkan tekanan darah (Ernawati, 2013). Penelitian lain menemukan bahwa Murotal QS Ar-Rahman dapat menurunkan perilaku kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang (Widhowati, 2010). Murotal QS Ar-Rahman juga dapat menurunkan kecemasan pada lansia (Novianti, 2012). Pemberian murotal QS. Ar-Rahman akan menimbulkan rasa percaya diri, rasa optimisme (harapan kesembuhan), mendatangkan ketenangan, damai dan merasakan kehadiran Tuhan sehingga mengakibatkan rangsangan ke hipotalamus untuk menurunkan produksi CRF (*Corticotropin Releasing Factor*). CRF akan merangsang kelenjar pituitary anterior untuk menurunkan produksi ACTH (*Adeno Cortico Tropin Hormon*) dan menstimulasi produksi endorphen yang akan membuat klien menjadi relaks. Penurunan ACTH dan peningkatan endorphen juga dapat menurunkan tahanan perifer dan cardiac output sehingga tekanan darah menurun (Reyes, 2006 dan Valentino, 2008). Korteks prefrontal juga memiliki peran pada sifat sikap dan perilaku manusia. Jika terjadi gangguan pada korteks

prefrontal maka orang tersebut menjadi pemurung, tidak sopan, tidak peduli pada lingkungan dan kesulitan mengatur masadepa (Tortora, 2009). Murotal QS AR-Rahman yang disertai dengan pemahaman klien stroke tentang intisari dari surat tersebut dapat mempengaruhi susunan saraf manusia sehingga terjadi perubahan persepsi dan perilaku sesuai dengan penelitian terdahulu.

Intervensi kognitif yang diberikan bersamaan dengan intervensi psikoedukasi pada klien stroke di RS Ciptomangunkusumo mampu menurunkan kondisi depresi dan ketidakberdayaan serta peningkatan kemampuan mengubah pemikiran negatif, dibandingkan jika hanya diberikan intervensi kognitif saja (Ramadia, 2013). Penelitian yang memperdengarkan QS. Ar-Rahman pada klien memiliki efek positif terhadap kecemasan, perilaku kekerasan dan tekanan darah. Dua intervensi ini menarik penulis mempelajari lebih lanjut dan memodifikasi keduanya dengan membuktikan pengaruh intervensi kognitif spiritual pada penerimaan diri pada klien stroke iskemik.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana pemberian intervensi kognitif spiritual berpengaruh terhadap penerimaan diri pada klien stroke iskemik?

1.3. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap penerimaan diri pada klien stroke iskemik.

1.4.2. Tujuan Khusus

- 1) Menjelaskan pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap perubahan tahap penerimaan diri pada klien stroke iskemik.
- 2) Menjelaskan pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap perubahan skala penerimaan diri pada klien stroke iskemik.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Teoritis

Untuk menambah khasanah ilmu keperawatan pada keperawatan medikal bedah khususnya intervensi psiko intervensi pada klien stroke iskemik untuk menguatkan respon adaptasi sehingga tidak klien tidak mengalami depresi yang dapat meningkatkan resiko serangan ulang dan kematian.

1.5.2. Praktis

- 1) Bagi peneliti

Memberikan pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan intervensi pada klien stroke iskemik fase pasca akut dengan pendekatan spiritual.

- 2) Bagi klien stroke iskemik fase pasca akut

Sebagai intervensi sosio spiritual untuk menguatkan kejiwaan dalam menghadapi proses adaptasi menjalani kehidupan post stroke.

- 3) Bagi perawat di ruangan

Memberikan pengetahuan dan ketrampilan dalam mengelola klien stroke iskemik fase pasca akut yang mengalami kebutuhan intervensi dari aspek spiritual dengan memberikan intervensi kognitif spiritual

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Intervensi Kognitif Spiritual

2.1.1. Definisi Intervensi Kognitif

Intervensi kognitif adalah bentuk psikoterapi untuk melatih klien mengubah cara klien menafsirkan dan memandang segala sesuatu pada saat mengalami kekecewaan sehingga klien merasa lebih baik dan dapat bertindak produktif. Intervensi kognitif dikembangkan oleh Aaron Beck, seorang neurolog dan psikiater tahun 1960. Townsend (2005) menyatakan bahwa intervensi kognitif merupakan psikointervensi yang berdasar atas proses mental yang patologis sehingga fokus pengobatan adalah modifikasi distorsi pikiran dan perilaku yang maladaptif. Intervensi kognitif adalah proses mengidentifikasi atau mengenali pemikiran pemikiran yang negatif dan merusak yang mendorong kearah rendah diri dan depresi yang menetap (Boyd & Nihart, 1998).

2.1.2. Tujuan Intervensi Kognitif

Secara umum tujuan intervensi kognitif adalah mengubah pikiran negatif menjadi positif sehingga pikiran, emosi dan perilaku lebih adaptif terhadap stimulus yang ada. Tujuan detail dari intervensi kognitif menurut Beck (1987) dalam Townsend (2005) adalah :

- 1) Individu dapat mengenal pikiran negatif yang otomatis muncul dalam pikirannya

- 2) Individu dapat memahami hubungan antara kognitif, afektif dan perilaku
- 3) Individu dapat mengatasi kelainan bentuk pikiran (distorsi kognitif)
- 4) Individu dapat menggantikan pikiran negatif dengan pikiran yang lebih realistik
- 5) Individu dapat belajar mengidentifikasi dan mengetahui perubahan pikiran disfungsional yang menyebabkan gangguan pikiran.

2.1.3. Prinsip Pelaksanaan Intervensi Kognitif

Intervensi kognitif bertujuan untuk mengubah pikiran menjadi lebih realistis, positif dan rasional. Beberapa prinsip pelaksanaan dalam melakukan intervensi kognitif menurut Townsend (2005) yaitu :

- 1) Intervensi kognitif berdasarkan proses pembentukan kembali pola pikir klien yang terganggu. Maka perawat harus mengidentifikasi kelainan bentuk pikir pada klien.
- 2) Intervensi kognitif membutuhkan hubungan terapeutik perawat klien, hubungan saling percaya antara perawat klien harus sudah terbina sebelum intervensi ini dilakukan. Perawat harus bersikap hangat, empati, *caring* dan menghormati harga diri klien.
- 3) Intervensi kognitif menekankan pada teknik kolaborasi dan partisipasi aktif klien. Perawat dapat mendorong klien untuk terlibat aktif dalam setiap sesi.
- 4) Intervensi kognitif merupakan intervensi yang berorientasi pada tujuan penyelesaian masalah klien. Di awal pertemuan, perawat harus mengidentifikasi masalah yang dihadapi klien. Kemudian bersama

menetapkan tujuan dan hasil yang diterapkan dalam intervensi. Proses diskusi dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapi klien dibutuhkan saat klien mulai dapat mengenal gangguan pikir dan memperbaiki pola pikirnya.

- 5) Intervensi kognitif menekankan kondisi realita yang ada pada klien. Penyelesaian masalah yang dihadapi klien berdasarkan pada kondisi nyata saat intervensi dilakukan.
- 6) Intervensi kognitif merupakan pendekatan intervensi yang bersifat edukatif bertujuan mengajarkan klien untuk dapat menolong dirinya sendiri dan mencegah terjadinya kondisi berulang.
- 7) Intervensi kognitif merupakan bentuk intervensi yang terjadwal. Proses pelaksanaannya dapat berjalan beberapa minggu hingga bulan pada klien depresi. Beberapa klien kadang menghendaki pertemuan ulang.
- 8) Program intervensi kognitif harus terstruktur untuk setiap sesi dalam pertemuannya. Setiap sesi meliputi evaluasi kondisi klien di setiap pertemuannya, review hasil pertemuan sebelumnya, mengevaluasi tugas klien yang harus dilakukan pada pertemuan sebelumnya, mendiskusikan topik pertemuan saat ini, merencanakan tugas yang akan datang dan membuat ringkasan hasil pertemuan. Hal ini dapat membuat waktu pelaksanaan intervensi menjadi efektif.
- 9) Intervensi kognitif bertujuan mengajarkan klien mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya. Hal ini dilakukan dengan membantu klien mengenal

setiap pikiran negatif dan mengganti dengan pikiran positif yang sesuai dengan kondisi nyata klien.

- 10) Intervensi kognitif menggunakan berbagai bentuk merubah cara pikir, perasaan dan perilaku klien. Berbagai teknik dapat digunakan dalam proses pemberian intervensi kognitif dalam upaya memodifikasi cara berpikir klien yang salah yang dapat mempengaruhi timbulnya perilaku yang maladaptif.

Efektivitas intervensi dipengaruhi oleh karakter dan kepribadian klien. Karakter manusia terbagi menjadi phlegmatis, koleris, sanguinis dan melankolis (Tridhonanto, 2012; Yumnar & Phoa, 2013)

- 1) Phlegmatis (damai)

Kepribadian phlegmatis memiliki ciri dapat diandalkan tetapi membutuhkan lebih banyak percaya diri. Mudah bergaul, bijaksana, teratur, efisien, menyukai rutinitas, praktis, konservatif dan tidak sukakonflik dan kejutan. Jika timbul masalah mereka akan mencari solusi, bahkan rela mengalah dan sakit agar masalah tidak berkepanjangan. Kaum phlegmatis kurang bersemangat, kurang teratur, dan serba dingin.

- 2) Koleris (kuat)

Kepribadian yang cenderung keras dan percaya diri, mudah bosan dengan hal detail, menyukai tantangan, ide baru dan inovatif, memiliki keinginan kuat dan yakin pada kemampuan diri sendiri, mandiri tidak suka diperintah tetapi suka memerintah.

3) Sanguinis (populer)

Kepribadian sanguinis biasanya cerah, ceria, dan selalu ramah kepada orang lain, cenderung ingin populer, ingin disenangi orang lain, banyak bicara, emosinya meledak-ledak dan perasaannya bisa ditebak/ transparan. Orang sanguinis sedikit pelupa, sulit berkonsentrasi, cenderung berpikir pendek dan hidupnya tidak teratur

4) Melankolis (sempurna)

Kepribadian melankolis cenderung rapi, terorganisir, detail, menyukai data dan fakta dan memikirkan segala sesuatu secara mendalam. Dalam suatu pertemuan, cenderung menganalisa, memikirkan dan mempertimbangkan segala sesuatu

Manusia jarang hanya memiliki satu model karakter, biasanya merupakan kombinasi dari dua atau tiga atau bahkan empat karakter tersebut. Perbedaannya adalah adanya satu karakter yang lebih menonjol atau mendominasi. Intervensi yang diberikan perawat dapat optimal jika perawat mampu menempatkan diri dan menyesuaikan intervensi yang diberikan dengan kepribadian klien. Peran klien, sebagai kepala keluarga, ibu rumah tangga, pencari nafkah, perlu dipertimbangkan oleh perawat dalam memberikan intervensi. Peran yang terganggu dapat berdampak pada penerimaan diri dan efektivitas intervensi. Maka peran klien harus dikaji terlebih dahulu untuk menentukan pendekatan intervensi yang dilakukan.

2.1.4. Tahap Pelaksanaan Intervensi Kognitif

Intervensi kognitif dapat dilaksanakan 15-20 kali pertemuan selama 3-4- bulan dengan struktur pertemuan 45-60 menit 1-2 kali setiap minggu untuk klien depresi. Agar pertemuan mencapai hasil yang optimal (Sanders & Wills, 2005), maka setiap pertemuan harus diisi dengan :

1) Mengkaji perasaan klien

Perasaan klien harus dikaji untuk mengetahui kesiapan klien menjalani intervensi kognitif yang membutuhkan waktu dan konsentrasi. Jika klien dipaksakan untuk mengikuti intervensi sedangkan perasaan klien sedang tidak baik, maka hasil intervensi tidak akan optimal

2) Menjelaskan tujuan pertemuan hari ini

Klien harus paham tujuan dari pertemuan agar klien dan perawat memiliki pemikiran yang sama dan tujuan dapat tercapai.

3) Memberikan umpan balik atas pertemuan sebelumnya

Umpan balik pertemuan sebelumnya diberikan agar klien dapat mengevaluasi apakah hasil pertemuan sebelumnya sudah optimal atau perlu diulang lagi agar tujuan tercapai

4) Mengevaluasi tugas dari pertemuan sebelumnya

Hasil yang benar dari tugas pertemuan sebelumnya menunjukkan klien sudah paham tujuan intervensi dan tujuan telah tercapai.

5) Memberikan tugas hari ini

Tugas pada setiap pertemuan diperlukan untuk mengevaluasi pemahaman klien pada tujuan intervensi. Jika klien dapat

mengerjakan tugas dengan benar, maka klien sudah paham dan dapat melakukan intervensi sendiri di rumah.

6) Memberikan umpan balik atas pertemuan hari ini

Umpan balik diperlukan untuk mengetahui apakah klien dapat memahami isi dan tujuan dari intervensi hari ini.

2.1.5. Kecerdasan Spiritual

Kecerdasan spiritual adalah kecerdasan untuk menghadapi persoalan makna atau *value*, yaitu kecerdasan untuk menempatkan perilaku dan hidup dalam konteks makna yang lebih luas dan kaya (Zohar & Marshall, 2004). Kecerdasan spiritual terkait dengan makna, motivasi dan tujuan hidup. Kecerdasan spiritual berperan penting dalam menentukan keberhasilan karena kecerdasan ini memfungsikan kecerdasan lain yaitu kecerdasan intelektual dan emosional (Zohar & Marshall, 2010).

Inti dari kecerdasan spiritual adalah makna, oleh karena penekanan kecerdasan spiritual lebih pada makna maka spiritualitas dalam konsep kecerdasan spiritual tidak terkait dengan agama. Dengan demikian orang yang memiliki pemahaman tinggi terhadap agama yang dianutnya, belum tentu memiliki kecerdasan spiritual tinggi. Sedangkan orang dengan tingkat pemahaman agamanya rendah juga belum tentu memiliki kecerdasan spiritual yang rendah. Agama dipandang sebagai suatu sistem yang terorganisir dari kepercayaan, praktik, ritual dan simbol (Koenig, 2000 dalam King, 2009) sedangkan spiritualitas dianggap sebagai pencarian pribadi untuk memahami jawaban atas pertanyaan-pertanyaan mendasar tentang kehidupan, makna dan hubungan dengan hal yang sakral

atau transenden. Meski begitu, agama menjadi “kendaraan” terbaik untuk menuju spiritualitas (Helminiak, 2001 dalam King, 2009).

Kecerdasan spiritual memiliki ciri-ciri sebagai berikut (Tebba, 2004) :

1) Mengetahui motif yang paling dalam

Motif yang paling dalam berkaitan erat dengan motif kreatif. Motif kreatif adalah motif yang menghubungkan dengan kecerdasan spiritual. Tidak sama dengan kreatifitas, motif kreatif tidak bisa dikembangkan lewat IQ. IQ hanya membantu menganalisis dan mencari solusi secara logis. Sedangkan EQ adalah kecerdasan yang membantu menyesuaikan diri dengan orang di sekitar kita.

2) Memiliki tingkat kesadaran yang tinggi

Memiliki arti tingkat kesadaran bahwa dia ingin lebih mengenali dirinya lebih dalam. Misalnya dia selalu bertanya siapa diriku ini dan untuk apa aku hidup. Pengenalan terhadap diri akan membuat manusia mengenali tujuan dan misi hidupnya.

3) Bersikap responsif pada diri yang dalam

Melakukan introspeksi diri, refleksi diri dan mendengarkan suara hati nurani ketika ditimpa musibah. Keadaan seperti itu mendorong manusia untuk introspeksi melihat ke dalam hati yang paling dalam.

4) Mampu memanfaatkan dan mentransenden kesulitan

Melihat ke dalam hati yang paling dalam ketika menghadapi musibah disebit mentransenden kesulitan. Orang yang cerdas secara spiritual tidak

menyalahkan orang lain sewaktu menghadapi masalah dan membuatnya sadar untuk membuat rencana yang lebih besar.

- 5) Sanggup berdiri, menentang dan berbeda dengan orang banyak

Manusia mempunyai kecenderungan mengikuti trend. Orang yang cerdas spiritual mempunyai pendirian dan pandangan sendiri walaupun harus berbeda dengan orang lain dan pandangan umum.

- 6) Enggan mengganggu atau menyakiti orang dan makhluk lain

Merasa bahwa alam semesta adalah sebuah kesatuan sehingga jika mengganggu apapun dan siapapun maka akan kembali pada diri sendiri.

2.1.6. Intervensi Kognitif Spiritual

Intervensi kognitif spiritual merupakan modifikasi intervensi kognitif yang bertujuan mengubah pikiran negatif menjadi positif dengan membangkitkan spiritualitas klien untuk selalu bersyukur dan menerima apapun yang sudah menjadi ketetapan Allah. Modifikasi yang dilakukan pada intervensi kognitif spiritual ini yaitu dengan menggabungkan intervensi kognitif dengan rangsangan auditori murotal QS. Ar-Rahman ayat 1-78.

Perangsangan auditori murotal dilakukan dengan mendengarkan Qur'an lewat MP3 player. Mendengarkan ayat ayat dalam Qur'an memberikan pengaruh yang signifikan dalam menurunkan ketegangan saraf reflektif dan ini tercatat dan terukur secara kuantitatif dan kualitatif oleh alat berbasis komputer dan menghasilkan gelombang delta di otak. Gelombang delta merupakan getaran pusat otak yang memiliki amplitudo

besar dan frekuensi rendah (0,5 - 4 Hz) yang terjadi pada seseorang yang sedang tidur lelap atau dalam kondisi relaks. Pada orang yang menderita gangguan otak misalnya sedang mengalami penurunan kesadaran koma atau mengalami perdarahan otak, fase getaran otak yang mendominasi adalah gelombang delta. Gelombang delta berfungsi untuk menstimulasi proses pergantian sel tubuh yang rusak, sehingga gelombang delta disebut sebagai gelombang yang mendorong penyembuhan alami pada tubuh. Salah satu surat dalam Qur'an yang memiliki efek terapeutik adalah Ar-Rahman. Karakteristik Surat Ar-Rahman ini mempunyai tempo 79,8 bpm. Tempo ini tergolong dalam tempo yang lambat dan seiring dengan denyut jantung normal, sehingga denyut jantung klien akan sinkron dengan tempo murotal.

Pramisiwi (2011) menyatakan bahwa Surat Ar-Rahman yang dibaca oleh Ahmad Saud mempunyai efek relaksasi ketika diperdengarkan pada klien yang sedang menjalani perawatan terutama di ICU. Hal ini sudah divalidasi oleh seorang ahli di laborataorium seni Fakultas Budaya dan Seni Universitas Negeri Semarang.

Tabel 2.1. Karakteristik Surat Ar-Rahman yang dibacakan oleh Ahmad Saud (Pramisiwi, 2011)

Nada	Karakteristik
Tone	Tone E
Timbre	Medium
Pitch	44 Hz
Harmony	Reguler and consistent tone colour
Intensity	Medium amplitude
Rythm	Andante (mendayu-dayu)
Interval	E, G, B minor
Volume	60 decibel
Length	13 min 55 sec

Terdapat banyak teori, hipotesa dan asumsi bagaimana rangsangan auditori bekerja. Campbell (2006) mengemukakan bahwa stimulus musik memiliki efek biologis pada perilaku manusia dengan melibatkan fungsi otak yang spesifik seperti memori, belajar, motivasi, emosi dan stress. Bunyi mengalir dalam bentuk gelombang elektromagnetik melalui udara dapat diukur berdasarkan frekuensi bunyi dan intensitas. Efek musik dirasakan di hemisfer kanan, tetapi hemisfer kiri akan mendapatkan fungsi analisis. Persepsi auditori bekerja di pusat auditori di lobus temporal yang akan mengirimkan sinyal ke thalamus, otak tengah, pons, amigdala, medulla dan hipotalamus.

Saat individu mendengarkan musik, gelombangnya ditransmisikan melalui ossicles di telinga tengah dan melalui cairan koklear berjalan menuju telinga dalam (Wilgram, 2002). Membran basilaris koklea merupakan area resonansi dan berespon terhadap frekuensi getaran yang bervariasi. Rambut silia sebagai sensori reseptor yang mengubah frekuensi getaran menjadi getaran elektrik dan langsung terhubung dengan ujung nervus pendengaran. Nervus auditori menghantarkan sinyal ini ke korteks auditori di lobus temporal. Korteks auditori primer menerima input dan mempersepsikan pitch dan melodi yang rumit dan dipengaruhi oleh pengalaman seseorang. Korteks auditori sekunder lebih lanjut memproses interpretasi musik dalam hal ini murotal qur'an sebagai gabungan harmoni, melodi dan rhytm. Kemudian dari otak dan telinga, saraf vagus membantu meregulasi kecepatan denyut jantung, respirasi dan bicara, membawa impuls sensorik motorik ke tenggorokan, laring, jantung dan

diafragma. Para ahli intervensi suara menyatakan saraf vagus dan sistem limbik merupakan penghubung antara telinga, otak dan sistem saraf otonom yang menjelaskan bagaimana suara bekerja dalam menyembuhkan gangguan fisik dan psikologis.

2.1.7. Tahap Pelaksanaan Intervensi Kognitif Spiritual

Intervensi kognitif spiritual merupakan intervensi kognitif yang disesuaikan dengan kondisi klinis klien stroke iskemik dan dimodifikasi dengan aspek spiritual. Intervensi ini dilaksanakan lima kali pertemuan, yang terdiri satu pertemuan untuk internalisasi QS Ar-Rahman dengan memaknai dan mendengarkannya dan empat pertemuan intervensi kognitif (Pasaribu, 2012)

1) Pertemuan pertama

Pertemuan pertama dilakukan untuk internalisasi makna QS Ar-Rahman dan dilanjutkan dengan mendengarkan QS. AR-Rahman.

2) Pertemuan kedua

Pertemuan kedua untuk mengidentifikasi seluruh pikiran negatif dan berdiskusi tentang satu pikiran negatif yang dipilih. Perawat memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif tersebut dan dilanjutkan dengan mendengarkan QS. Ar-Rahman.

3) Pertemuan ketiga

Pertemuan ketiga dilakukan untuk mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan tugas mandiri di sesi satu. Mendiskusikan penyelesaian pikiran otomatis kedua dengan langkah yang sama pada sesi satu dan dilanjutkan dengan mendengarkan QS Ar-Rahman.

4) Pertemuan keempat

Pertemuan keempat dilakukan untuk menemukan manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran negatif dengan mengungkapkan hasil dalam mengikuti intervensi. Klien menyelesaikan pikiran negatif ketiga dengan cara yang sama dan mendiskusikan cara dan kesulitan klien dalam menggunakan catatan harian. Klien mendiskusikan manfaat dan perasaan klien setelah menjalani intervensi kognitif dan dilanjutkan dengan mendengarkan QS.AR-Rahman.

5) Pertemuan kelima

Pertemuan kelima dilakukan dengan melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan intervensi kognitif secara mandiri. Kemudian klien mendengarkan QS Ar-Rahman.

2.2. Penerimaan Diri

2.2.1. Konsep Penerimaan Diri

Penerimaan diri (*self acceptance*) adalah kemampuan individu menerima dirinya yang ditandai kepercayaan dan kebahagiaan. Hurlock (1973) menyatakan bahwa penerimaan diri adalah keadaan individu yang memiliki keyakinan atas keadaan diri, serta mampu dan mau hidup dengan keadaan tersebut. Penerimaan diri berarti individu menerima segala kelebihan dan kekurangan yang dimilikinya. Penerimaan diri yang baik hanya terjadi bila individu yang bersangkutan mau dan mampu memahami keadaan diri sebagaimana adanya, bukan sebagaimana yang diinginkan.

Selain itu individu juga harus memiliki harapan yang realistis, sesuai dengan keadaan.

Klien stroke iskemik mengalami perubahan fungsi kognitif dan kemampuan fisik. Kehilangan fungsi kognitif dan kemampuan fisik merupakan stressor yang harus dihadapi oleh klien stroke dan jika tidak dibekali dengan kemampuan adaptasi dan coping yang adaptif, maka klien dapat mengalami gangguan penerimaan diri. Kemampuan untuk melakukan semua aktivitas secara mandiri dan peran dalam keluarga sebagai kepala keluarga atau ibu yang berubah akibat stroke membuat ideal diri klien tidak terpenuhi. Klien yang tidak mampu memahami keadaan bahwa harapan harus realistis akan semakin stres dan memperburuk kondisi penyakitnya. Klien dapat menjadi depresi dan meningkatkan resiko untuk mendapat serangan kedua atau kematian. Agar serangan ulang tidak terjadi, maka penerimaan diri klien stroke harus dikaji dan difasilitasi agar menjadi adaptif.

2.2.2. Komponen Penerimaan Diri

Komponen penerimaan diri menurut Cronbach (1963) adalah :

- 1) Memiliki keyakinan akan kemampuan diri dalam menjalani kehidupannya.
- 2) Menganggap dirinya berharga sebagai manusia yang sederajat dengan individu lain.
- 3) Menyadari dan tidak merasa malu akan keadaan dirinya.
- 4) Menempatkan dirinya sebagai manusia yang lain sehingga individu lain dapat menerima dirinya.

- 5) Bertanggung jawab atas segala perbuatannya.
- 6) Menerima pujian atau celaan atas dirinya secara objektif.
- 7) Mempercayai prinsip atau standar hidupnya tanpa harus diperbudak oleh opini individu lain.
- 8) Tidak mengingkari atau merasa bersalah atas dorongan dan emosi yang ada pada dirinya.

2.2.3. Faktor yang Berperan dalam Penerimaan Diri

Pada penerimaan diri, beberapa faktor yang berperan menurut Rizkiana (2008) adalah :

- 1) Adanya pemahaman tentang diri sendiri

Hal ini dapat timbul dari kesempatan seseorang untuk mengenali kemampuan dan ketidakmampuannya. Pemahaman diri dan penerimaan diri berjalan dengan berdampingan, maksudnya semakin orang dapat memahami dirinya maka akan semakin dapat menerima dirinya.

- 2) Adanya harapan yang realistis

Hal ini bisa timbul apabila individu menentukan sendiri harapannya dan disesuaikan dengan pemahaman mengenai kemampuannya dan bukan diarahkan oleh orang lain dalam mencapai tujuannya.

- 3) Tidak ada hambatan dalam lingkungannya

Walaupun seseorang sudah memiliki harapan yang realistis, tetapi bila lingkungan di sekitarnya tidak memberikan kesempatan atau menghalangi, maka harapan orang tersebut tentu akan sulit tercapai.

4) Sikap anggota masyarakat yang menyenangkan

Tidak adanya prasangka, adanya penghargaan terhadap kemampuan sosial orang lain dan kesediaan individu untuk mengikuti kebiasaan lingkungannya.

5) Tidak ada gangguan emosional yang berat

Gangguan emosional dapat menghalani individu dapat bekerja sebaik mungkin dan merasa bahagia.

6) Pengaruh keberhasilan yang dialami, baik secara kuantitatif maupun kualitatif.

Keberhasilan yang dialami dapat menimbulkan penerimaan diri dan sebaliknya kegagalan yang dialami dapat mengakibatkan adanya penolakan diri.

7) Identifikasi dengan orang yang memiliki penyesuaian diri yang baik

Mengidentifikasi dengan orang yang memiliki penyesuaian diri yang baik dapat membangun sikap yang positif terhadap diri sendiri dan bertingkah laku dengan baik yang bisa menimbulkan penilaian diri dan penerimaan diri yang baik.

8) Adanya perspektif diri yang baik

Yaitu memperhatikan pandangan orang lain tentang dirinya. Perspektif diri yang luas ini diperoleh melalui pengalaman dan belajar. Usia dan tingkat pendidikan memegang peranan penting bagi seseorang untuk mengembangkan perspektif dirinya.

2.2.4. Tahap Penerimaan Diri

Tomb (2007) mendefinisikan sikap penerimaan diri terjadi bila seseorang mampu menghadapi kenyataan daripada menyerah pada pengunduran diri atau tidak ada harapan. Kehilangan peran, fungsi tubuh direspon berbeda oleh setiap individu. Menurut Kubler Ross (1969, dalam Moyle & Hogan, 2006) dalam teori berduka dan kehilangan terdapat lima tahap yang akan dilalui yaitu :

1) Tahap *denial*

Tahap ini berupa penyangkalan atas peristiwa yang tidak menyenangkan atau kekurangan yang dimiliki. Perasaan tidak percaya, biasanya ditandai dengan menangis, gelisah, lemah, letih dan pucat. Individu bertindak seperti seolah tidak terjadi apa-apa dan dapat menolak untuk mempercayai bahwa telah terjadi kehilangan. Pernyataan seperti “tidak, tidak mungkin seperti itu” atau “tidak akan terjadi pada saya” umumnya dilontarkan klien.

Klien stroke awalnya pasti menyangkal bahwa dia mengalami stroke dan menyebabkan terlambatnya penanganan stroke untuk mencapai *golden period*. Tindakan penolakan ini bukan untuk meredakan kesedihan, tapi akan semakin menyiksa perasaan klien. Tidak mudah untuk menolak keadaan bahwa mereka mengalami stroke, kadang muncul tanggapan dalam hati “tidak mungkin saya mengalami stroke”.

2) Tahap *anger*

Perasaan marah dapat diproyeksikan pada orang tua atau benda yang ditandai dengan muka merah, suara keras, tangan mengepal, nadi cepat, gelisah dan perilaku agresif. Individu mempertahankan kehilangan dan mungkin “bertindak lebih” pada setiap orang dan segala sesuatu yang berhubungan dengan lingkungannya. Pada fase ini individu akan lebih sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah. Hal ini merupakan koping individu untuk menutupi rasa kecewa dan manifestasi dari kecemasannya menghadapi kehilangan.

Pada klien stroke ditandai dengan adanya reaksi emosi/marah pada klien dan menjadi sensitif terhadap masalah kecil yang akhirnya menimbulkan kemarahan. Kemarahan tersebut biasanya ditujukan pada tim kesehatan, saudara, keluarga dan teman. Pertanyaan yang sering muncul sebagai ungkapan marah misalnya “mengapa saya yang mengalami ini?” atau “apa salah saya?” (Safaria, 2005).

3) Tahap *bargaining*

Individu mampu mengungkapkan rasa marah akan kehilangan dan mengekspresikan rasa bersalah, takut dan rasa berdosa. Individu berupaya membuat perjanjian dengan cara yang halus untuk mencegah kehilangan. Pada tahap ini individu sering meminta pendapat orang lain. Peran perawat pada tahap ini adalah diam, mendengarkan dan memberikan sentuhan terapeutik.

Pada tahap ini klien stroke mengalihkan kemarahan dengan lebih baik. Penawar untuk mendapatkan sesuatu yang lebih seringkali berbentuk

kesepakatan dengan Tuhan. Klien mulai menghibur diri dengan pernyataan seperti “mungkin kalau saya menunggu lebih lama lagi, keadaan akan membaik dengan sendirinya” dan berpikir tentang upaya yang akan dilakukan untuk membantu proses penyembuhan (Safaria, 2005).

4) Tahap *depresi*

Tahap ini muncul dalam bentuk putus asa dan kehilangan harapan. Kadangkala depresi juga menimbulkan rasa bersalah. Putus asa sebagai bagian dari depresi, akan muncul saat membayangkan kehidupan setelah serangan stroke. Terutama jika klien membayangkan siapa yang akan melakukan pekerjaan yang biasa mereka lakukan setelah pulang dari rumah sakit. Harapan masa depan menjadi suram dan muncul dalam bentuk pertanyaan akankah saya bisa mandiri dan berguna bagi orang lain?”. Pada tahap depresi, klien biasanya cenderung murung, menghindari dari lingkungan sosial terdekat, lelah sepanjang waktu dan kehilangan gairah hidup. (Marijani, 2003).

5) Tahap *acceptance*

Tahap ini terjadi ketika individu telah mencapai pada titik pasrah dan mencoba untuk menerima kenyataan yang terjadi. Klien pada tahap ini cenderung mengharapkan yang terbaik sesuai dengan kapasitas dan kemampuan mereka.

2.2.5. Instrumen Penerimaan Diri

The Acceptance of Disability Revised (ADS-R) dikembangkan tahun 2004 oleh Groomes dan Linkowski untuk mengukur penerimaan diri atas kehilangan atau ketidakmampuan yang dialami individu. Kuesioner ini kemudian direvisi tahun 2007 menjadi 32 pertanyaan skala likert dengan menggunakan empat pilihan jawaban yaitu, sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. 32 pertanyaan tersebut terdiri dari 10 pertanyaan positif (3,6,12,16,18, 21,25,28,29 dan 32) dan sisanya adalah pertanyaan negatif. Total skala penerimaan diri berkisar antara 32-128 yang menunjukkan semakin tinggi skala penerimaan diri maka penerimaan diri klien semakin bagus. Kuesioner skala penerimaan diri ini sudah diujicobakan pada beberapa kelompok dengan ketidakmampuan dan mendapatkan nilai Cronbach's 0.91.

2.3. Stroke

2.3.1. Definisi Stroke Iskemik

Stroke iskemik adalah suatu keadaan terhentinya aliran darah ke otak akibat gangguan fungsi otak secara fokal atau global yang disebabkan oleh obstruksi berupa trombus atau embolus (William & Hopper, 2003). Trombus menyebabkan stroke trombotik karena aterosklerosis yang merubah fungsi lapisan dalam pembuluh darah arteri, inflamasi dan peningkatan pertumbuhan sel otot polos pembuluh darah. Klien stroke iskemik umumnya tidak mengalami penurunan kesadaran pada 24 jam

pertama, kecuali disebabkan oleh stroke batang otak atau kondisi lain seperti kejang, peningkatan tekanan intrakranial atau perdarahan.

2.3.2. Faktor Risiko Stroke Iskemik

Stroke dapat dicegah dengan memanipulasi faktor – faktor risikonya. Faktor risiko stroke ada yang tidak dapat diubah, tetapi ada pula yang dapat dimodifikasi dengan perubahan gaya hidup atau secara medik. Menurut Djoenaidi, 2003; Noerjanto, 2000, faktor – faktor risiko pada stroke adalah sebagai berikut :

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko mayor yang dapat diobati. Insiden stroke bertambah dengan meningkatnya tekanan darah dan berkurang bila tekanan darah dapat dipertahankan di bawah 140/90 mmHg, baik pada stroke iskemik, perdarahan intra-kranial maupun perdarahan subarahnoid.

2) Penyakit jantung

Meliputi penyakit jantung koroner, kongestif, hipertrofi ventrikel kiri, aritmia jantung atrium fibrilasi merupakan faktor risiko stroke.

3) Diabetes mellitus

Diabetes mellitus adalah faktor risiko stroke iskemik. Risiko pada wanita lebih besar daripada pria. Bila disertai hipertensi, risiko menjadi lebih besar.

4) Viskositas darah

Meningkatnya viskositas darah karena peningkatan hematokrit dan fibrinogen akan meningkatkan risiko stroke.

5) Pernah stroke sebelumnya atau TIA (Transient Ischemic Attack)

Setengah klien stroke adalah penderita yang sebelumnya pernah stroke atau TIA. Beberapa laporan menyatakan bahwa 1/3 penderita TIA kemungkinan akan mengalami TIA ulang, 1/3 tanpa gejala lanjutan dan 1/3 akan mengalami stroke.

6) Peningkatan kadar lemak darah

Ada hubungan positif antara meningkatnya kadar lipid plasma dan lipoprotein dengan arterosklerosis serebrovaskular; ada hubungan positif antara kadar kolesterol total dan trigliserida dengan risiko stroke; dan ada hubungan negatif antara meningkatnya HDL dengan risiko stroke.

7) Merokok

Risiko stroke meningkat sebanding dengan banyaknya jumlah rokok yang dihisap per hari.

8) Obesitas

Sering berhubungan dengan hipertensi dan gangguan toleransi glukosa. Obesitas tanpa hipertensi dan DM bukan merupakan faktor risiko stroke yang bermakna.

9) Kurang aktivitas fisik / olah raga

Aktivitas fisik yang kurang memudahkan terjadinya penimbunan lemak. Timbunan lemak yang berlebihan akan menyebabkan resistensi insulin sehingga akan menjadi diabetes dan disfungsi endotel.

10) Usia tua

Usia berpengaruh pada elastisitas pembuluh darah. Makin tua usia, pembuluh darah makin tidak elastis. Apabila pembuluh darah kehilangan elastisitasnya, akan lebih mudah mengalami aterosklerosis.

11) Jenis kelamin

Klien berjenis kelamin pria lebih beresiko dibandingkan dengan klien berjenis kelamin wanita.

12) Ras

Klien dengan ras kulit hitam lebih rentan terkena stroke jika dibandingkan dengan klien dengan ras kulit putih.

2.3.3. Manifestasi Klinis pada Klien Stroke

Stroke dapat menimbulkan berbagai perubahan pada klien, meliputi aktivitas motorik, eliminasi, kognitif, persepsi sensorik, kepribadian, afek dan komunikasi. Manifestasi klinis menurut Smeltzer & Bare (2002) dan Lewis (2007) yaitu :

1) Kehilangan fungsi motorik

Defisit motorik merupakan efek stroke yang paling umum. Defisit motorik meliputi kerusakan mobilitas, fungsi respirasi, menelan, berbicara dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Gejala yang muncul diakibatkan oleh adanya kerusakan motor neuron pada jalur piramidal. Stroke mengakibatkan lesi pada *upper motor neuron* dan mengakibatkan hilangnya kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Defisit motorik yang sering terjadi adalah hemiplegia. Pada fase akut, gambaran klinis yang muncul adalah paralisis *flaccid* dan menurunnya

reflek tendon dalam. Saat reflek tendon muncul kembali, peningkatan tonus otot dapat dilihat bersamaan dengan spastisitas pada ekstremitas yang terkena.

2) Kehilangan fungsi komunikasi

Gangguan komunikasi yang sering terjadi pada klien stroke adalah afasia. Beberapa jenis kerusakan bahasa dan komunikasi yang terjadi akibat stroke adalah :

(1) Disartria/kesulitan berbicara

Kesulitan bicara yang disebabkan oleh paralisis otot yang menghasilkan kemampuan bicara

(2) Disfasia/kesulitan penggunaan bahasa atau afasia/kehilangan total kemampuan bicara

Gangguan komunikasi ini dapat berupa afasia ekspresif, afasia reseptif dan afasia global

(3) Apraksia

Ketidakmampuan melakukan tindakan yang telah dipelajari sebelumnya

3) Kerusakan afek

Klien stroke mengalami kesulitan mengontrol emosinya dan respon emosinya tidak bisa ditebak. Perasaan depresi akibat perubahan tubuh dan hilangnya berbagai fungsi tubuh dapat membuat klien makin depresi.

4) Gangguan kognitif

Gangguan memori dan penilaian sering terjadi pada klien stroke. Klien stroke dengan infark pada otak kiri cenderung berhati-hati dalam membuat penilaian dan klien stroke dengan infark pada otak kanan cenderung impulsif dan bereaksi cepat.

5) Gangguan persepsi dan sensori

Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visuospasial, dan kehilangan sensori. Disfungsi persepsi visual diakibatkan oleh adanya gangguan jalur sensoris primer antara mata dan korteks visual.

6) Gangguan eliminasi

Pada umumnya masalah yang terjadi terkait dengan eliminasi urin dan bowel terjadi pada tahap akut dan bersifat sementara. Awalnya klien dapat mengalami urgensi dan inkontinensia. Meski kontrol motor bowel tidak terganggu, klien dapat mengalami konstipasi disebabkan oleh imobilitas, kelemahan otot abdomen, dehidrasi dan respon yang menurun terhadap reflek defekasi.

2.3.4. Proses inflamasi pada Stroke Iskemik

Stroke iskemik disebabkan karena gangguan autoregulasi otak akibat berkurangnya suplai oksigen dan glukosa. Dalam kondisi fisiologis, otak normal membutuhkan oksigen 5 kali lebih besar daripada kebutuhan glukosa yang menunjukkan bahwa energi yang dibutuhkan otak berasal dari metabolisme oksidatif. Bila aliran darah menurun, akan terjadi kompensasi dilatasi vaskular dan oksigen akan menurun. Jika aliran darah

otak kurang dari 10 ml/100 gram jaringan otak/menit akan terjadi kegagalan ionik dan peningkatan kalsium intrasel. Jika gangguan aliran darah berlangsung lebih dari 5 menit, akan terjadi kerusakan sistem pompa dan transport yang membutuhkan energi (Na/K ATP-ase, Ca ATP-ase) sehingga terjadi penumpukan kalsium intrasel yang mengakibatkan kerusakan mitokondria, membran sel dan sistem enzim serta nekrosis sel. Proses iskemia ini memicu reaksi sel jaringan penyusun otak dalam bentuk disfungsi sel neuron, aktivasi astrosit dan mikroglia, endotel dan makrofag (Caplan, 2009; Gonzalez, 2011).

Pada area pusat iskemik, proses kematian sel berlangsung cepat akibat kurangnya energi dan hilangnya konsentrasi ion yang bersifat permanen. Kemudian proses infark berkembang dalam beberapa jam menuju daerah penumbra. Daerah penumbra adalah daerah otak yang mengalami kekurangan energi metabolisme secara parsial karena adanya perluasan daerah peri infark dan kerusakan biomolekuler yang terjadi di tingkat seluler dan ekstraseluler. Inflamasi setelah proses iskemik ditandai dengan aktivasi cepat sel mikroglia dan proses infiltrasi dari sel neutrofil serta makrofag pada daerah iskemik. Aktivasi *second messenger* juga muncul karena penumpukan ion kalsium, peningkatan radikal bebas, oksigen dan hipoksia jaringan sehingga mencetuskan beberapa agen proinflamasi melalui beberapa faktor transkripsi (Amantea, 2008).

Inflamasi lokal pada area iskemik mencapai puncak pada 12 sampai 36 jam setelah onset dan baru terjadi regenerasi dan perbaikan struktur sel otak pada 2 minggu setelah onset. Inflamasi seluler dimulai

dari iskemia mikrovaskuler. Neutrofil sebagai partisipan awal mikrovaskuler serebral dengan cepat memasuki jaringan otak di area iskemik diikuti invasi monosit. Iskemia mempengaruhi sel vaskuler dan nonvaskuler menghasilkan sitokin dan kemokin. Sitokin mempunyai pengaruh yang bisa menguntungkan dan merugikan. Hampir semua sel dalam serebral dapat menghasilkan IL-1 β dan TNF α yang meningkat secara signifikan ada beberapa jam setelah onset.

Pada hewan coba yang dikondisikan mengalami stroke iskemik mengalami peningkatan neutrofil setelah 12 dan 24 jam dan mencapai puncak pada hari ke 3 dan kemudian mengalami penurunan sampai hari ke 7. T-limfosit khususnya T-Helper mengalami peningkatan pada hari ke 3 dan terjadi infiltrasi oleh CD4/CD8 pada limfosit T hingga hari ke 3. Jumlah NK juga mengalami peningkatan jumlah pada hari ke 3. Perubahan jumlah reseptor proinflamasi ini menandakan inflamasi yang terjadi pada area iskemik meningkat hingga hari ke 3 dan setelahnya baru mengalami perbaikan. Sehingga intervensi dapat dilakukan pada hari ke 3 setelah onset karena reaksi inflamasi di otak sudah menurun (Gelderblom, 2008).

2.3.5. Penatalaksanaan Stroke

American Health Association menetapkan penanganan stroke untuk mencegah kerusakan otak yang permanen harus dilakukan dalam waktu 3 jam yang dikenal dengan *golden period*. Penanganan klien stroke terbagi menjadi dua tahap :

1) *Golden period*

Golden period adalah toleransi waktu maksimal bagian otak tidak mengalami kerusakan jika pembuluh darah tersumbat dan otak tidak mendapatkan aliran darah. Masa *golden period* ini adalah 3-6 jam pertama setelah serangan stroke dan jaringan otak bisa pulih dengan optimal jika klien ditangani dalam masa ini. Intervensi yang diberikan pada *golden period* adalah intervensi trombolitik, antiplatelet dan intervensi antikoagulan untuk menghilangkan sumbatan pada pembuluh darah. Trombolisis bisa diberikan 3- 6 jam pertama setelah gejala muncul. Jika pemberian trombolisis dilakukan setelah *golden period*, dapat membahayakan otak karena bisa mengakibatkan perdarahan.

Intervensi neuroradiologi adalah metode baru yang dapat memperpanjang *golden period* pada stroke sampai 8 jam. Artinya kemungkinan sehat dan sembuh klien stroke semakin besar karena penanganan tetap bisa dilakukan dalam waktu yang relatif panjang. Intervensi ini dilakukan mirip dengan prosedur kateterisasi jantung. Sebuah kateter dimasukkan pada pembuluh darah di lipat paha klien, dan mencari sumbatan yang terjadi di pembuluh darah otak dengan pemantauan lewat layar fluoroskopi

2) Pemberian intervensi konservatif

Intervensi konservatif dilakukan setelah klien melewati *golden period*. Intervensi ini dilakukan dengan pemberian intervensi injuri,

pengendalian faktor resiko, rehabilitatif, dan pencegahan stroke berulang.

2.3.6. Pemeriksaan Fungsi Kognitif pada Klien Stroke

Evaluasi fungsi kognitif berguna untuk memudahkan penentuan tingkat kemampuan fungsional yang berhubungan dengan penanganan dan prognosis. Instrumen yang digunakan untuk menilai adanya penurunan fungsi kognitif salah satunya yang sering digunakan adalah *Mini Mental State Examination* (MMSE). MMSE diperkenalkan oleh Folstein pada tahun 1975 dan telah banyak dipakai di Indonesia dan duna. Tes ini mudah dikerjakan dan dapat dilakukan dalam waktu 10-15 menit oleh dokter, perawat, atau pekerja sosial tanpa perlu latihan khusus (Harsono, 2007).

MMSE merupakan pemeriksaan singkat yang terdiri dari 5 domain pertanyaan yang meliputi orientasi untuk menilai kesadaran dan daya ingat, registrasi untuk menilai memori kerja, perhatian dan penghitungan, mengingat kembali dan bahasa. Total skor 30 merupakan angka mutlak dan mengindikasikan tidak adanya penurunan fungsi kognitif. Gangguan kognitif ringan dikategorikan pada klien yang mendapat skor 18-25, gangguan kognitif sedang pada klien dengan skor 11-17 dan gangguan kognitif berat dikategorikan pada klien yang mendapat skor ≤ 10 (Lou et al, 2007; Sutomo, 2013).

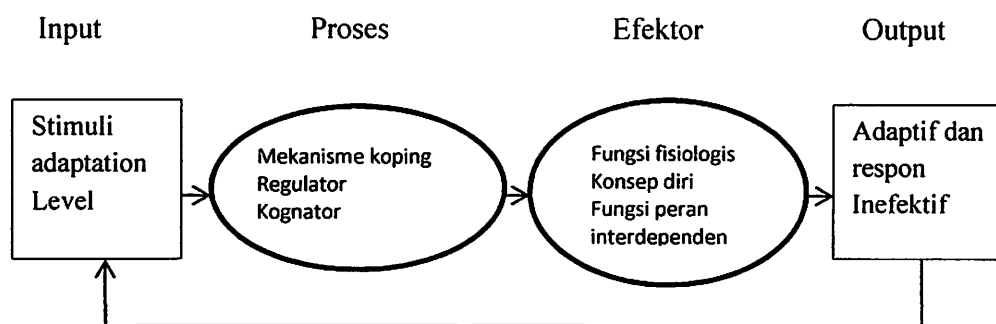
2.4. Teori Adaptasi *Callista Roy*

2.4.1. Latar Belakang Teori Adaptasi

Sister Callista Roy adalah anggota *sister of Saint Joseph of Carondelet* yang lahir pada 14 Oktober 1939 di Los Angeles, California. Dia menerima gelar S1 Keperawatan pada tahun 1963 di *Mount Saint Mary's College* di Los Angeles dan menyelesaikan master keperawatan di Universitas California tahun 1966. Setelah menyelesaikan master keperawatan, Roy memulai pendidikan di bidang sosiologi dan menyelesaikan master tahun 1973 dan doktoral tahun 1977 di Universitas California. Dalam seminar dengan Dorothy E. Johnson, Roy tertantang untuk mengembangkan sebuah model konsep keperawatan. Konsep adaptasi mempengaruhi Roy dalam pengembangan konsep keperawatan. Dimulai dengan pendekatan teori sistem, Roy menambahkan kerja adaptasi dari Helsen seorang ahli fisiologi dan psikologi. Helsen membangun pengertian konsep adaptasi dengan mengartikan respon adaptif sebagai fungsi dari datangnya stimulus sampai tercapainya derajat adaptasi yang dibutuhkan individu.

Roy mengkombinasikan teori adaptasi Helsen dengan definisi dan pandangan terhadap manusia sebagai sistem yang adaptif. Selain dua konsep tersebut, Roy juga mengadaptasi nilai humanisme dalam model konseptualnya yang berasal dari teori A.H.Maslow untuk menggali keyakinan dan nilai dari manusia. Menurut Roy, humanisme dalam keperawatan adalah keyakinan terhadap kemampuan coping manusia dalam meningkatkan derajat kesehatan.

2.4.2. Komponen Sistem dalam Model Adaptasi Roy



Gambar 2.1. Sistem Manusia sebagai sistem adaptasi pada konsep teori adaptasi Callista Roy

Sistem adalah suatu kesatuan yang di hubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Sistem dalam model adaptasi Roy sebagai berikut :

1. Input

Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual.

- a. Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera, misalnya infeksi .
- b. Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara

bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti anemia, isolasi sosial.

- c. Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu, hal ini memberi proses belajar untuk toleransi. Misalnya pengalaman nyeri pada pinggang ada yang toleransi tetapi ada yang tidak.

2. Proses

Proses kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang di gunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

a. Subsistem regulator.

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen : input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

b. Subsistem kognator.

Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator

subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, reinforcement (penguatan) dan insight (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

3. Efektor

Sistem adaptasi proses internal yang terjadi pada individu didefinisikan Roy sebagai sistem efektor. Efektor atau model adaptasi tersebut meliputi fisiologis, konsep diri (psikis), fungsi peran (sosial) dan ketergantungan.

4. Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan, baik berasal dari dalam maupun luar. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem adaptasi Roy. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif dan respon yang mal adaptif. Respon adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan

keunggulan. Sedangkan respon yang mal adaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini.

Roy telah menggunakan bentuk mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol seseorang sebagai adaptif sistem. Beberapa mekanisme koping diwariskan atau diturunkan secara genetik (misal sel darah putih) sebagai sistem pertahanan terhadap bakteri yang menyerang tubuh. Mekanisme yang lain yang dapat dipelajari seperti penggunaan antiseptik untuk membersihkan luka. Roy memperkenalkan konsep ilmu Keperawatan yang unik yaitu mekanisme kontrol yang disebut Regulator dan Kognator dan mekanisme tersebut merupakan bagian sub sistem adaptasi.

Roy (Alligood, 2006) menjelaskan bahwa manusia adalah makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan yang utuh. Dalam memenuhi kebutuhannya, manusia selalu dihadapkan berbagai persoalan yang kompleks, sehingga dituntut untuk melakukan adaptasi. Penggunaan koping atau mekanisme pertahanan diri, adalah berespon melakukan peran dan fungsi secara optimal untuk memelihara integritas diri dari keadaan sakit dan keadaan lingkungan sekitarnya.

Klien stroke iskemik mengalami perubahan fisik dan emosional akibat gangguan pada sistem saraf pusatnya. Gangguan kognitif dan perubahan fisik mengakibatkan klien stroke mengalami gangguan penerimaan diri sebagai proses adaptasi atas kehilangan kemampuan kognitif dan fisik yang semula sehat menjadi sakit. Output dari sistem adaptasi Roy, jika adaptif maka dapat meningkatkan penerimaan diri pada

klien stroke. Penerimaan diri adaptif dapat terlihat pada klien yang menerima perubahan fisik dan kognitif yang terjadi, bisa menyesuaikan diri dengan kemampuan barunya setelah sakit, tidak menyalahkan diri dan orang lain atas perubahan yang terjadi. Tugas perawat dalam teori adaptasi Roy adalah untuk membantu klien dalam mempertahankan dan meningkatkan mekanisme coping adaptif yang dimiliki sehingga memiliki penerimaan diri yang optimal.

2.5. Keaslian Penelitian

Tabel 2.2. Keaslian penelitian pada penggunaan murotal Qur'an sebagai spiritual healing, intervensi kognitif, adaptasi dan penerimaan diri pada klien stroke

No	Judul penelitian, penulis dan tahun	Variabel penelitian
1	The Islamic Healing Approach to Cancer in Malaysia. Suhami, N., Muhamad M., Krauss, S.E. (2014)	Variabel dependen : Islamic healing Variabel independen : 1. Recitation of Qur'an 2. Dua and shalat sunnah 3. Combination of herbs with recitation Qur'an, dua and healing water Jenis penelitian : kualitatif
2	The Islamic Healing Approach to Cancer in Malaysia. Suhami, N., Muhamad M., Krauss, S.E. (2014)	Variabel dependen : Islamic healing Variabel independen : 1. Religious Faith 2. Self Efficacy 3. Life satisfaction Jenis penelitian : Kuantitatif dan kualitatif
3	Penurunan kadar kortisol dan perubahan stres persepsi pada pasien kusta yang mengalami distress	Variabel dependen : Distress Variabel independen : 1. Kortisol 2. Stres persepsi Jenis Penelitian :

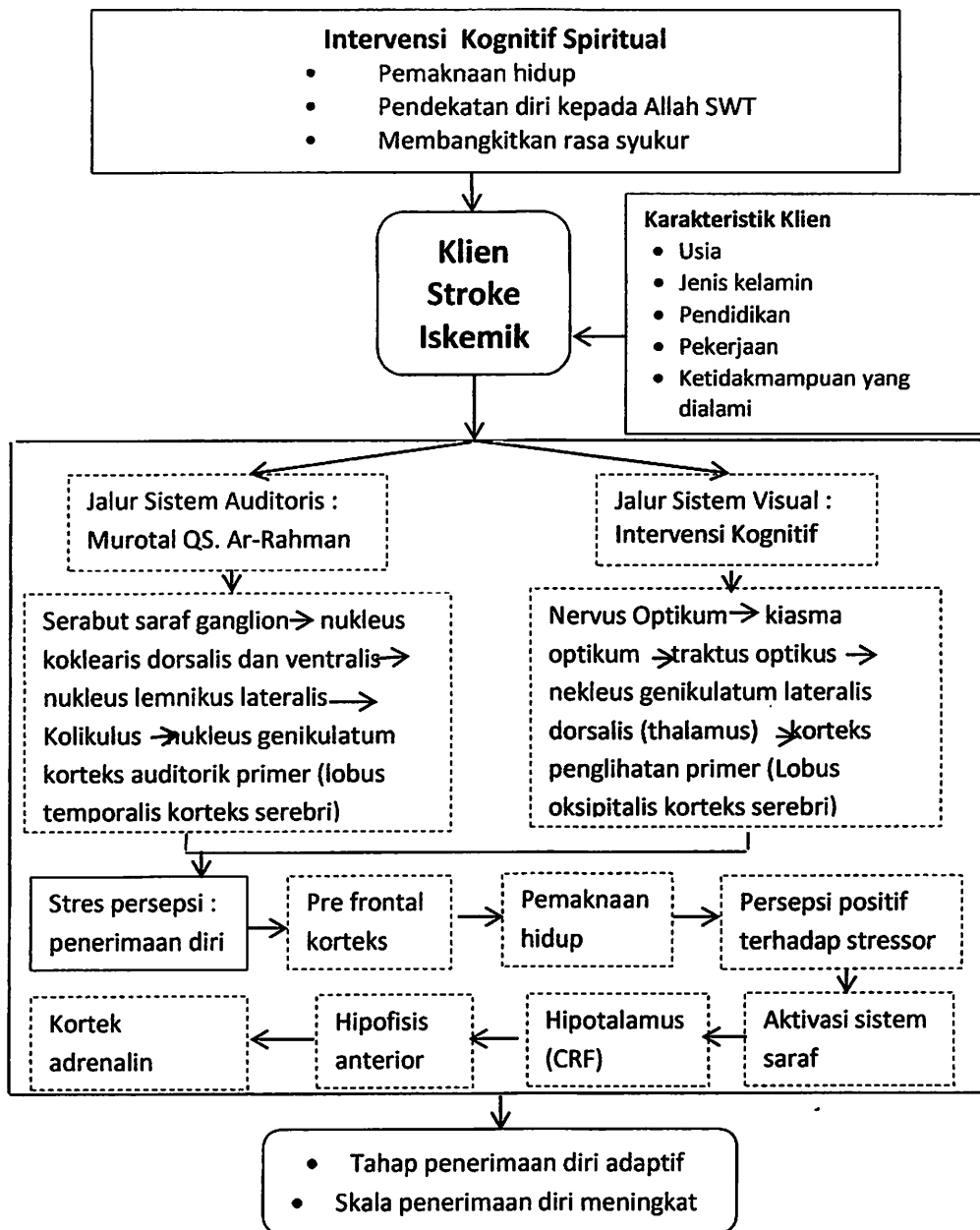
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar3.1. Kerangka Konsep Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual terhadap Penerimaan diri pada Klien Stroke Iskemik.

Intervensi kognitif spiritual bertujuan untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif dengan membangkitkan spiritualitas melalui murotal QS. Ar-Rahman ayat 1-78 agar klien stroke iskemik memiliki penerimaan diri adaptif. Intervensi yang diberikan diharapkan dapat mempengaruhi persepsi klien tentang perubahan fisik yang terjadi dengan menggali makna hidup, kedekatan diri dengan Allah sehingga timbul rasa syukur pada diri klien. Gangguan akibat stroke bisa terjadi pada motorik, komunikasi, afek, kognitif, sensori persepsi dan eliminasi. Gangguan akibat stroke dapat menyebabkan gangguan penerimaan diri klien yang dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, kedekatan dengan Qur'an, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, jenis stroke dan ketidakmampuan yang dialami.

Intervensi kognitif spiritual sebagai modifikasi intervensi kognitif dengan murotal QS Ar-Rahman dapat mempengaruhi persepsi klien melalui jalur auditoris dan jalur visual. Rangsangan yang diterima oleh jalur auditoris dan jalur visual diolah di pre frontal korteks yang dapat mengakibatkan perubahan pemaknaan hidup dengan membentuk persepsi positif terhadap stressor.

Pembentukan persepsi yang positif melalui rangsangan jalur auditoris dan visual diharapkan berakibat peningkatan penerimaan diri pada klien stroke iskemik fase pasca akut. Hasil akhir yang diharapkan dari penelitian ini adalah terbentuknya respon adaptasi yang positif dan peningkatan skala penerimaan diri pada pasien stroke iskemik fase pasca akut sehingga serangan ulang tidak terjadi

3.2. Hipotesis Penelitian

1. Intervensi kognitif spiritual dapat meningkatkan tahap penerimaan diri pada klien stroke iskemik fase pasca akut
2. Intervensi kognitif spiritual dapat meningkatkan skala penerimaan diri pada klien stroke iskemik fase pasca akut

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

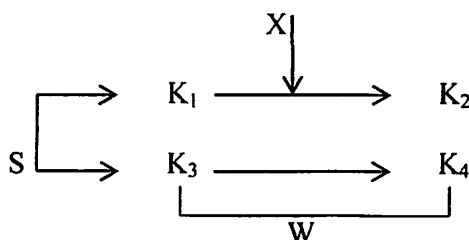
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi experiment* dengan rancangan *The pre-post test with two group design*. Rancangan penelitian ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok pembanding disamping kelompok perlakuan, tetapi pemilihan kedua kelompok ini tidak menggunakan teknik acak. Desain penelitian ini dapat dilihat pada gambar 4.1. dibawah ini.



Gambar 4.1. Desain penelitian *quasi experiment*

Keterangan :

- S : Responden klien stroke iskemik fase pasca akut
- K₁ : Kelompok perlakuan sebelum responden diberikan intervensi kognitif spiritual dengan variabel penerimaan diri
- K₂ : Kelompok perlakuan setelah responden dibrikan intervensi kognitif spiritual dengan variabel penerimaan diri
- K₃ : Kelompok pembanding dengan responden yang tidak diberikan intervensi kognitif spiritual dengan variabel penerimaan diri
- K₄ : Kelompok pembanding yang tidak diberikan intervensi kognitif spiritual dengan variabel penerimaan diri
- X : Pemberian intervensi kognitif spiritual
- W : Lama waktu pengambilan data awal sampai data akhir yaitu lima hari

4.2. Populasi, Sampel dan Besar Sampel, dan Teknik Sampling

4.2.1. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke iskemik fase pasca akut yang dirawat di RS Haji Surabaya pada tanggal 11 Mei sampai dengan 21 Juni 2016. Diagnosa stroke ditegakkan berdasar gejala klinis dan pemeriksaan *CT-Scan* kepala. Klien stroke iskemik yang dirawat di instalasi rawat inap marwah dan shofa RSU Haji Surabaya pada tahun 2015 adalah 234 orang dengan rerata 19 klien setiap bulannya.

4.2.2. Sampel dan Besar Sampel Penelitian

Besar sampel dalam penelitian ini adalah sebagian klien stroke iskemik fase pasca akut di ruang rawat inap RSU Haji Surabaya yang memenuhi kriteria inklusi. Penentuan besar sampel untuk penelitian ini didasarkan pada rumus Frederer. Srigondo (1981) menjelaskan besarnya sampel menurut rumus Frederer dapat ditentukan berdasarkan total kelompok (t) yang digunakan dalam penelitian. Jika penelitian menggunakan 2 kelompok (t), maka sampel yang digunakan :

$$t(n-1) \geq 15$$

$$2(n-1) \geq 15$$

$$2n - 2 \geq 15$$

$$2n \geq 15 + 2$$

$$n \geq 8,5 \text{ atau minimal } 9 \text{ responden setiap kelompok}$$

Berdasarkan perhitungan besar sampel diatas, sampel minimal telah terpenuhi.

Dalam penelitian quasi eksperimen, untuk mengantisipasi adanya sampel yang keluar (*drop out*) dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga dengan menambahkan proporsi *drop out* sebesar 10% (Sastroasmoro & Ismail, 2008). Jumlah sampel akhir yang dibutuhkan untuk penelitian dengan menghitung besar sampel penelitian dan menambahkan proporsi *drop out* adalah 10 orang. sehingga klien pada kelompok perlakuan sejumlah 10 klien dan klien pada kelompok pembandingan sejumlah 10 klien.

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sampel yang memenuhi kriteria Sampel yaitu :

1) Kriteria Inklusi

- (1) Klien stroke iskemik fase pasca akut
- (2) Klien stroke iskemik serangan pertama
- (3) Klien beragama Islam
- (4) Klien dengan tekanan darah systole 100 - 180 mmHg dan diastole 60 - 100 mmHg
- (5) Klien dengan kesadaran *composmentis* dan kooperatif
- (6) Klien yang memiliki Nilai *Mini Mental Status Examination* (MMSE) 18-30

2) Kriteria Eksklusi

- (1) Klien yang memiliki gangguan pendengaran dan penglihatan berat sebelum dan sesudah stroke
- (2) Klien yang tidak bisa baca tulis

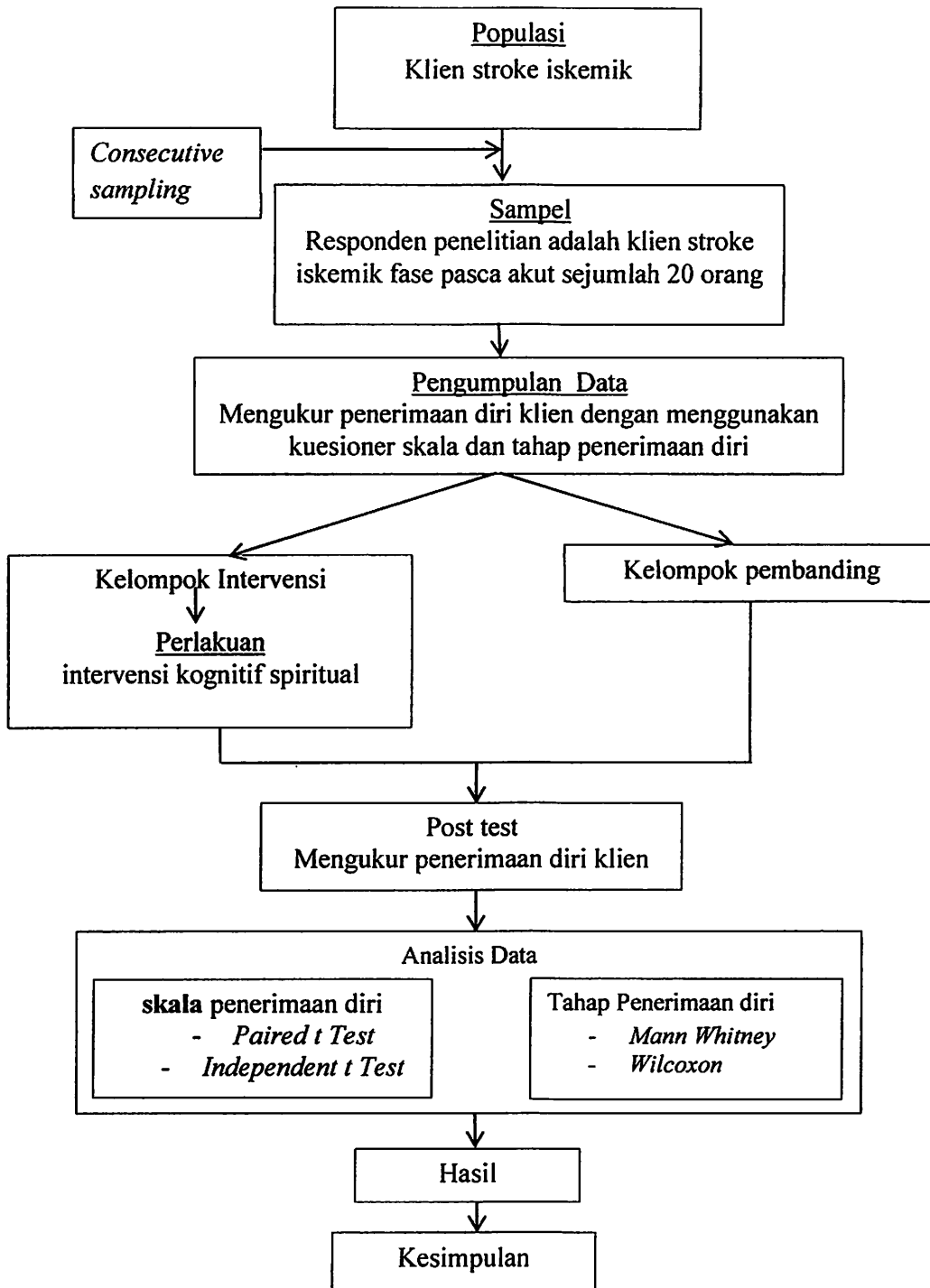
(3) Klien menolak atau mengundurkan diri dalam proses penelitian

(4) Klien yang mengalami penurunan kesadaran selama penelitian

4.2.3. Teknik *Sampling*

Teknik pengambilan sampel dalam pengelompokan untuk kelompok perlakuan dan kelompok pembanding dilakukan dengan menggunakan *non probability sampling* dengan *consecutive sampling*. Klien yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam sampel penelitian sehingga jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi dalam jangka waktu tertentu.

4.3. Kerangka Operasional



Gambar 4.2. Kerangka operasional Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual terhadap Penerimaan Diri pada Klien Stroke Iskemik.

4.4. Variabel dan Definisi Operasional Penelitian

4.4.1. Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel independen, variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah intervensi kognitif spiritual dan variabel dependen dalam penelitian ini adalah penerimaan diri. Sedangkan variabel *confounding* / perancu dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, kedekatan dengan qur'an dan penghasilan. Variabel kendali yang ada dalam penelitian ini adalah Murotal QS Ar-Rahman ayati 1-78 yang dibacakan oleh Ahmad Saud dengan durasi 13,59 menit. Waktu pemberian intervensi dilakukan setiap hari selama lima hari pada jam 10.00 WIB selama 45 menit.

4.4.2. Definisi Operasional Penelitian

Tabel 4.1. Definisi Operasional penelitian penelitian pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap penerimaan diri dan tekanan darah pada klien stroke iskemik

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur dan Hasil	Skala
Independen: Intervensi Spiritual Kognitif	Intervensi kognitif dengan membangkitkan rasa syukur melalui murotal QS. Ar-Rahman ayat 1-78	Jenis Perlakuan 1. Frekuensi : 1x sehari selama lima hari 2. Lama pemberian: 45 menit setiap sesi 3. Evaluasi : setiap pertemuan dengan menggunakan data verbal dengan menanyakan perasaan klien setelah mengikuti intervensi dan nonverbal untuk melihat respon klien.	Lembar observasi dan evaluasi	

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur dan hasil	Skala
Dependen : 1. Skala Penerimaan Diri	Bentuk penerimaan diri atas perubahan yang terjadi setelah stroke	Ciri-ciri penerimaan diri : 1. Percaya dan yakin 2. Tidak merendahkan diri 3. Menerima kritik dan kelemahan 4. Menerima apa adanya	Kuesioner: dengan hasil berupa rentang nilai 32 - 128	Interval dengan skala likert
2. Tahap penerimaan diri	Respon adaptasi yang dialami klien stroke terhadap perubahan fisik yang terjadi	Proses adaptasi terdiri dari lima tahapan : a. <i>Denial</i> b. <i>Anger</i> c. <i>Bargaining</i> d. <i>Depresi</i> e. <i>Acceptance</i>	Kuesioner yang terdiri dari lima pertanyaan pada masing-masing tahap adaptasi. Penentuan tahap adaptasi klien berdasarkan skor tertinggi pada salah satu tahap	Ordinal

4.5. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini untuk pengukuran fungsi kognitif menggunakan Mini Mental State Examination (MMSE) yang mengukur lima domain klien yaitu orientasi, registrasi, perhatian dan penghitungan, mengingat kembali dan bahasa.

Instrumen untuk skala penerimaan diri berdasarkan *Acceptance of Disability Scale Revised* yang diambil 32 pernyataan untuk mengukur penerimaan diri klien. Kuesioner terdiri dari 32 pernyataan dengan pilihan jawaban sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju. Cara penilaian kuesioner yaitu pilihan jawaban sangat setuju diberikan skor 4, setuju 3, tidak setuju 2 dan sangat tidak setuju diberikan nilai 1.

Kuesioner tentang tahap penerimaan diri berdasar tahap adaptasi *Kubler Ross* untuk mengetahui tahap penerimaan diri klien berada pada tahap *denial, anger, bargaining, depresi* dan *acceptance*. Kuesioner terdiri dari lima pernyataan pada masing-masing tahap adaptasi dengan pilihan jawaban sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju. Cara penilaian kuesioner yaitu pilihan jawaban sangat setuju diberikan skor 4, setuju 3, tidak setuju 2 dan sangat tidak setuju diberikan nilai 1.

4.6. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rawat Inap di Ruang Marwah lantai 3 dan 4 dan Ruang Shofa lantai 3 Rumah Sakit Haji Surabaya. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 11 Mei sampai dengan 21 Juni 2016.

4.7. Prosedur Pengumpulan dan Pengambilan Data

Setiap klien stroke iskemik setelah melewati fase akut yang dirawat di Ruang Marwah lantai 3 lantai 4 dan Ruang Shofa lantai 3 yang sesuai dengan kriteria inklusi dimasukkan sebagai responden penelitian. Pada waktu pengambilan data mulai tanggal 11 Mei sampai dengan 21 Juni 2016, klien yang dirawat di Ruang Shofa lantai 3 dimasukkan kelompok perlakuan dan klien yang dirawat di Ruang Marwah lantai 3 dan 4 sebagai kelompok pembandingan.

Kedua kelompok dilakukan skreening penilaian MMSE untuk mengetahui fungsi kognitifnya sehingga intervensi kognitif spiritual yang diberikan dapat optimal. Klien dengan MMSE kurang dari 18 tidak dapat mengikuti intervensi karena gangguan kognitif yang dialami klien dapat

mengurangi efektivitas intervensi. Pengambilan sampel dari semua klien yang menjadi responden, ditemukan bahwa semua memiliki nilai MMSE \geq 21, sehingga seluruh klien stroke iskemik yang sesuai dengan kriteria inklusi menjadi responden dalam penelitian ini.

Setiap ruangan yang digunakan dalam penelitian ini memiliki dua asisten peneliti yang telah dilatih dan disamakan persepsinya dalam memberikan intervensi kognitif spiritual. Klien di Ruang Shofa lantai 3 menjadi kelompok perlakuan karena di ruang tersebut terdapat 2 ruangan Stroke Unit yang masing-masing ruangan terdiri dari 3 tempat tidur sehingga intervensi yang dilakukan dapat lebih intensif.

Setelah dilakukan skreening, kedua kelompok diambil data awal tentang penerimaan diri dengan kuesioner skala dan tahap penerimaan diri.

1. Kelompok perlakuan

Kelompok intervensi diberikan intervensi kognitif sekali sehari, setiap hari selama lima hari berturut-turut. Setiap sesi memiliki kegiatan yang berlainan sesuai dengan satuan acara kegiatan (lampiran 7) dan berlangsung maksimal 45 menit. Setiap selesai melakukan sesi intervensi, klien dievaluasi secara verbal dan nonverbal perasaannya. Evaluasi verbal dan nonverbal setelah selesai menjalani sesi pertemuan dilakukan dan ditulis oleh peneliti berdasarkan ucapan klien, mimik wajah dan gesture klien. Pada hari ke tiga klien dievaluasi penerimaan dirinya dengan menggunakan kuesioner. Data akhir penerimaan diri diambil setelah kelompok intervensi menyelesaikan intervensi pada pertemuan ke

lima. Pengisian kuesioner penerimaan diri dan catatan harian dilakukan oleh klien dibantu asisten peneliti.

2. Kelompok pembanding

Kelompok pembanding tidak mendapatkan intervensi kognitif spiritual, kelompok ini hanya mendapatkan intervensi standar ruangan untuk klien stroke iskemik. Data akhir penerimaan diri diambil setelah hari ke lima bersamaan dengan kelompok intervensi. Kelompok pembanding akan mendapatkan intervensi kognitif spiritual setelah penelitian selesai dilakukan.

Peneliti menggunakan enam asisten peneliti dalam penelitian ini. Asisten peneliti yang berperan dalam penelitian ini akan dikumpulkan sebelum pelaksanaan pengambilan data dimulai. Buku panduan pelaksanaan intervensi kognitif spiritual diberikan kepada asisten peneliti dan dilakukan pelatihan agar pemahaman dan persepsi peneliti sama dengan asisten peneliti. Peneliti melakukan simulasi pengisian kuesioner dan pelaksanaan intervensi kognitif spiritual untuk memastikan standar pelaksanaan intervensi sama antara peneliti dengan asisten peneliti.

4.8. Cara Analisis Data

Bagian ini berisi uraian tentang cara yang digunakan dalam analisis data disertai pembenaran atau alasan penggunaan cara analisis tersebut, termasuk penggunaan uji statistik.

Skala penerimaan diri klien memiliki nilai dengan rentang 32 sampai dengan 128. Penilaian tahap penerimaan diri dilakukan dengan kuesioner yang memiliki lima pertanyaan pada masing-masing tahap. Penilaian tahap

adaptasi klien dikategorikan pada angka terbesar di tahap adaptasi pada kuesioner.

Analisis data yang digunakan untuk mengetahui perbedaan skala penerimaan diri sebelum dan sesudah pelaksanaan intervensi adalah uji *Paired t Test*. Skala penerimaan diri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi diuji dengan *Paired t Test* dengan nilai $p \leq 0,05$. Sedangkan analisis data yang digunakan untuk menguji beda dua kelompok, antara kelompok intervensi dan kelompok pembanding menggunakan *Independent t Test*.

Tahap penerimaan diri diuji dengan menggunakan *Mann Whitney* untuk membandingkan pre test dan post test. Sedangkan tahap penerimaan diri antara kelompok perlakuan dan pembanding diuji dengan menggunakan *Wilcoxon*. Hasil uji statistik pada nilai pre dan post perlakuan yang didapatkan pada kelompok perlakuan dan pembanding menunjukkan signifikan dengan nilai $p < 0,05$.

4.3 Etika Penelitian

Sebelum penelitian dilakukan peneliti mengajukan permohonan untuk mendapatkan rekomendasi dari Fakultas Keperawatan, selanjutnya mengajukan permohonan ijin kepada tempat penelitian. Kemudian peneliti melakukan uji etik, setelah dinyatakan lulus uji etik, peneliti melanjutkan untuk pengambilan data yang didahului dengan mendapat persetujuan dari pihak yang diteliti dan pasien sebagai media penelitian, dengan tetap menekankan masalah etika yang meliputi :

1) Lembar *Informed Consent* (Lembar persetujuan)

Lembar *Informed Consent* diedarkan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan penjelasan maksud dan tujuan dari penelitian. Setelah responden bersedia diteliti maka mereka diminta menandatangani lembar persetujuan, jika tidak bersedia peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

2) *Anonimity* (Tanpa nama)

Dalam menjaga kerahasiaan responden, Peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar obsevasi hanya diberikan nomor urut atau kode tertentu.

3) *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Informasi yang telah dikumpulkan dari responden tetap dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

BAB 2

HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini diuraikan hasil penelitian tentang pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap penerimaan diri klien stroke iskemik. Hasil dan analisis penelitian akan peneliti sampaikan dibawah ini.

5.1. Gambaran umum penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS Umum Haji Surabaya. RS Haji Surabaya adalah RS milik Pemerintah Propinsi Jawa Timur Tipe B Pendidikan. Instalasi rawat inap di RS Haji terdiri dari 3 gedung yaitu Shofa, Marwah dan Arofah. Ruang yang digunakan untuk penelitian adalah gedung Shofa lantai 3 untuk kelompok perlakuan dan Gedung Marwah lantai 3 dan 4 untuk kelompok kontrol. Ketiga ruangan tersebut digunakan sebagai ruang rawat inap penyakit dalam. Gedung Marwah merupakan ruang rawat inap untuk kelas 2 dan 3 dan dibedakan peruntukannya yaitu lantai 3 untuk klien laki-laki dan lantai 4 untuk klien perempuan. Gedung Shofa merupakan ruang rawat inap untuk kelas 1 dan 2 dengan kapasitas 26 tempat tidur dan 6 diantaranya khusus untuk unit stroke.

Data tahun 2014 menunjukkan BOR Rumah Sakit sebanyak 55,6% dan LOS 5,3. Tahun 2015 data rumah sakit menunjukkan BOR rumah sakit sebanyak 65,8% dan LOS 6,3. Ruang Shofa lantai 3 tahun 2014 menunjukkan BOR 57,56% dan LOS 5,6 sedangkan tahun 2015 BOR ruangan tersebut naik menjadi 68,70 dan LOS 4,98.

5.2. Karakteristik responden

Karakteristik responden pada penelitian ini menggambarkan distribusi frekuensi responden berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan riwayat hipertensi pada klien stroke iskemik

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Pada Klien Stroke Iskemik di RS Haji Surabaya pada bulan Mei-Juni 2016

No	Karakteristik	Kelompok perlakuan		Kelompok pembanding		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Usia						
	a. 35-44	1	5	-	-	1	5
	b. 45-54	2	10	1	5	3	15
	c. 55-64	6	30	4	20	10	50
	d. 65-74	1	5	4	20	5	25
	e. 75+	-	-	1	5	1	5
	Jumlah	10	50	10	50	20	100
2	Jenis Kelamin						
	a. Laki-laki	4	20	5	25	9	45
	b. Perempuan	6	30	5	25	11	55
	Jumlah	10	50	10	50	20	100
3	Pendidikan						
	a. SD	-	-	2	10	2	10
	b. SMP	3	15	3	15	6	30
	c. SMU	6	30	5	25	11	55
	d. S1	1	5	-	-	1	5
	Jumlah	10	50	10	50	20	100
4	Pekerjaan						
	a. Tidak bekerja/ Ibu rumah tangga	5	25	4	20	9	45
	b. Pedagang	3	15	3	15	6	30
	c. PNS/TNI/Polri	1	5	3	15	4	20
	d. Lain-lain	1	5	-	-	1	5
	Jumlah	10	50	10	50	20	100
8	Riwayat hipertensi						
	a. Ya	2	10	5	25	7	35
	b. Tidak	8	40	5	25	13	65
	Jumlah	10	50	10	50	20	100

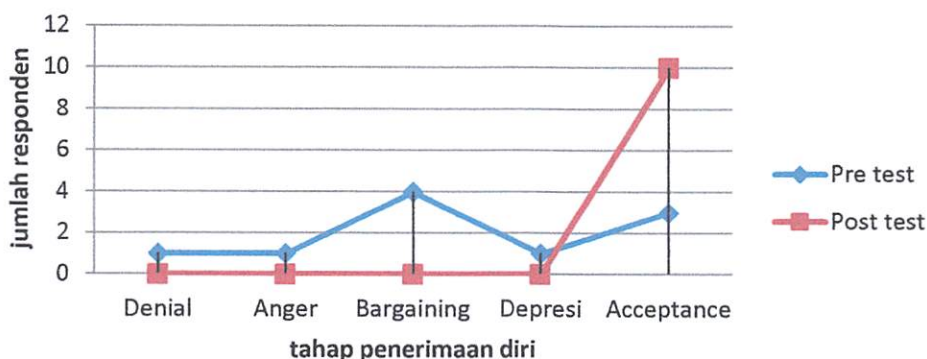
Berdasarkan tabel 5.1 pada 20 responden didapatkan rentang usia yang mengalami stroke iskemik terbanyak adalah usia 55-64 tahun sejumlah 10 orang (50%). Rentang usia responden dibuat berdasarkan pembagian

rentang usia Depkes pada Riskesdas 2013 yang pembagian usianya mendekati pembagian usia menurut perkembangan dewasa awal, menengah dan akhir. Sedangkan usia pasien stroke iskemik paling sedikit adalah rentang usia 35-44 dan lebih dari 75 tahun yaitu masing-masing satu orang (5%).

Pada tabel diatas terlihat bahwa jenis kelamin klien Stroke iskemik terbanyak adalah perempuan yaitu sejumlah 11 responden (55.00 %) sedangkan jenis kelamin klien Stroke Iskemik paling sedikit adalah laki-laki (45.0%).

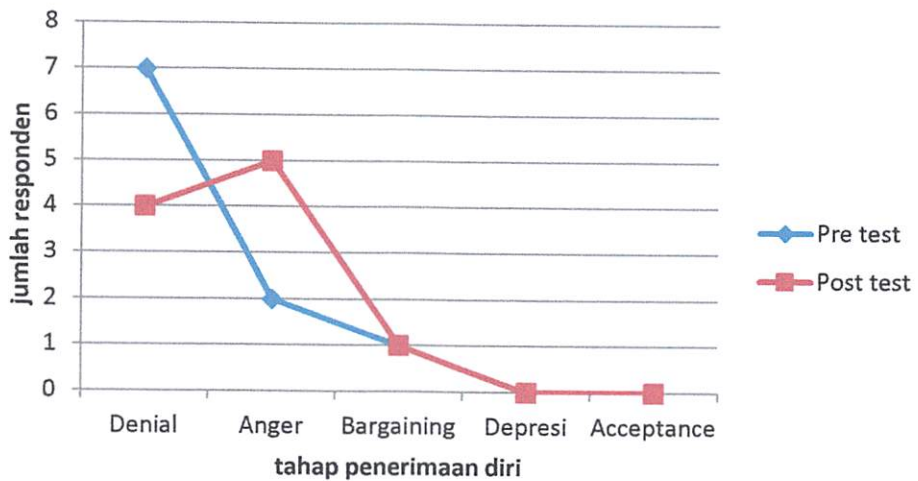
Pendidikan klien Stroke iskemik terbanyak adalah SMU yaitu sejumlah 11 responden (55.0 %) sedangkan pendidikan klien Stroke Iskemik paling sedikit adalah S1 (5.0 %). Karakteristik pekerjaan klien Stroke iskemik terbanyak adalah tidak bekerja atau ibu Rumah tangga yaitu sejumlah 10 responden (50.0 %) sedangkan pekerjaan klien Stroke Iskemik paling sedikit adalah lain-lain (15.0 %). Klien yang tidak memiliki riwayat hipertensi sebanyak 13 orang (65%).

5.3. Gambaran tahap penerimaan diri pada klien stroke iskemik



Gambar 5.1. Tahap penerimaan diri pada kelompok perlakuan di RS Haji Surabaya pada Bulan Mei – Juni 2016

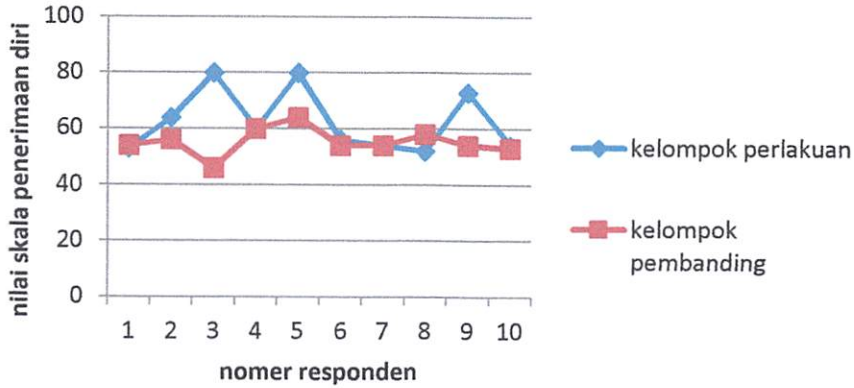
Gambar 5.1. Menunjukkan tahap penerimaan diri klien stroke iskemik pada kelompok perlakuan dari fase *denial*, *anger*, *bargaining*, *depresi* dan *acceptance*. Pada pre test sebagian besar responden berada pada tahap *bargaining* (40%) dan pada post test semua responden berada pada tahap *acceptance* (100%).



Gambar 5.2. Tahap penerimaan diri pada klien stroke iskemik kelompok pembandingan di RS Haji Surabaya pada Bulan Mei – Juni 2016

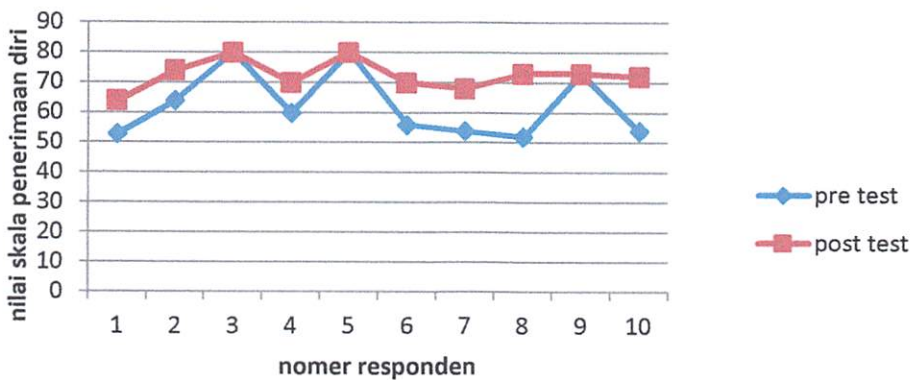
Pada gambar 5.2 sebagian besar responden pada saat pre test berada pada tahap *denial* (70%) dan pada post test sebagian besar responden berada pada tahap *anger* (50%).

5.4. Gambaran skala penerimaan diri pada klien stroke iskemik



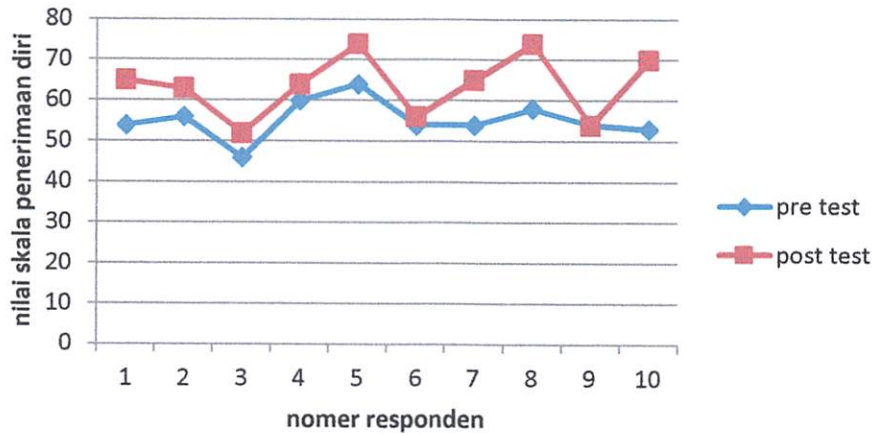
Gambar 5.3 Skala penerimaan diri pada kelompok perlakuan dan kelompok pembanding di RS Haji Surabaya pada Bulan Mei – Juni 2016

Gambar 5.3 menunjukkan nilai skala penerimaan diri pada kelompok perlakuan dan kelompok pembanding berada pada rentang 46-80. Nilai skala penerimaan diri pada kelompok pembanding lebih rendah daripada kelompok perlakuan. Nilai tertinggi dicapai oleh dua responden (10%) pada kelompok perlakuan dengan nilai 80 dan nilai terendah dicapai oleh klien kelompok pembanding dengan nilai 46.



Gambar 5.4 Skala penerimaan diri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok perlakuan di RS Haji Surabaya pada Bulan Mei – Juni 2016

Skala penerimaan diri pada kelompok perlakuan pada gambar 5.4. mengalami peningkatan jika dibandingkan antara pre dan post test. Tetapi pada tiga responden, nilai pre dan post test tidak mengalami peningkatan. Peningkatan tertinggi skala penerimaan diri sebesar 21 poin antara pre dan post test



Gambar 5.5 Skala penerimaan diri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok pembanding klien stroke iskemik di RS Haji Surabaya pada Bulan Mei – Juni 2016

Skala penerimaan diri pada kelompok pembanding mengalami peningkatan jika dibandingkan antara pre test dan post test. Tetapi pada satu responden, nilai pre dan post test sama antara pre test dan post test. Peningkatan tertinggi skala penerimaan diri yaitu sebesar 17 poin antara pre test dan post test.

5.5. Tahap penerimaan diri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi

5.5.1. Tahap penerimaan diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan

Berikut hasil kuesioner tahap penerimaan diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan

Tabel 5.2 Tahap penerimaan diri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan di RS Haji Surabaya pada Bulan Mei – Juni 2016

No Resp	<i>Denial</i>		<i>Anger</i>		<i>Bargaining</i>		<i>Depresi</i>		<i>Acceptance</i>		Kategori	
	pre	post	pre	post	pre	Post	pre	post	pre	post	pre	Post
1	14	12	16	10	12	8	16	5	12	16	<i>Anger</i>	<i>Acceptance</i>
2	16	17	10	5	18	18	16	8	12	20	<i>Bargaining</i>	<i>Acceptance</i>
3	11	11	10	10	17	15	11	11	20	16	<i>Acceptance</i>	<i>Acceptance</i>
4	15	14	10	9	18	17	15	12	13	20	<i>Bargaining</i>	<i>Acceptance</i>
5	12	9	5	9	17	8	10	12	20	16	<i>Acceptance</i>	<i>Acceptance</i>
6	17	12	13	11	18	15	19	3	16	20	<i>Depresi</i>	<i>Acceptance</i>
7	14	11	11	6	18	18	14	12	15	20	<i>Bargaining</i>	<i>Acceptance</i>
8	18	12	15	8	19	12	19	11	18	16	<i>Bargaining</i>	<i>Acceptance</i>
9	18	11	10	10	18	12	10	10	20	20	<i>Acceptance</i>	<i>Acceptance</i>
10	20	13	12	5	20	12	18	14	20	16	<i>Denial</i>	<i>Acceptance</i>

Uji Mann Whitney Test $p = 0.007$

Berdasarkan tabel 5.2 tahap penerimaan diri pada pre test kelompok perlakuan sebagian besar mengalami perubahan menjadi lebih adaptif dan semua klien pada kelompok perlakuan berada pada tahap *acceptance*. Hasil uji Mann Whitney didapatkan $p=0.007$ disimpulkan terdapat perbedaan bermakna pada penilaian yang kedua atau ada perbedaan yang signifikan antara skor tahap penerimaan diri pada pre dan post test pada kelompok perlakuan ($p = 0.007$; $\alpha = 0.005$).

Tabel 5.3 Hasil observasi tahap penerimaan diri dengan frekuensi kedekatan dengan Qur'an sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan di RS Haji Surabaya pada Bulan Mei – Juni 2016

No resp	Nilai MMSE	Pre test	Post test	Frekuensi kedekatan dengan Qur'an
1	26	<i>Anger</i>	<i>Acceptance</i>	Biasa mendengarkan murotal Qur'an
2	22	<i>Bargaining</i>	<i>Acceptance</i>	Biasa mendengarkan murotal Qur'an
3	30	<i>Acceptance</i>	<i>Acceptance</i>	Biasa mendengarkan murotal Qur'an
4	22	<i>Bargaining</i>	<i>Acceptance</i>	Biasa mendengarkan murotal Qur'an
5	23	<i>Acceptance</i>	<i>Acceptance</i>	Sering membaca dan paham maknanya
6	28	<i>Depresi</i>	<i>Acceptance</i>	Sering membaca tanpa paham maknanya
7	25	<i>Bargaining</i>	<i>Acceptance</i>	Jarang mendengarkan murotal Qur'an
8	30	<i>Bargaining</i>	<i>Acceptance</i>	Sering membaca dan paham maknanya
9	30	<i>Acceptance</i>	<i>Acceptance</i>	Sering membaca tanpa paham maknanya
10	30	<i>Denial</i>	<i>Acceptance</i>	Jarang mendengarkan murotal Qur'an

Berdasarkan tabel 5.3 dapat dilihat sebagian besar klien stroke iskemik pada kelompok perlakuan yang biasa mendengarkan murotal Qur'an berada pada tahap *anger* dan *bargaining* pada saat pre test. Responden yang jarang mendengarkan murotal Qur'an berada pada tahap *denial* dan yang sering membaca dan paham maknanya berada pada tahap *acceptance* pada saat pre test.

Tabel 5.4 Tahap penerimaan diri pada klien stroke iskemik sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok pembanding di RS Haji Surabaya pada Bulan Mei – Juni 2016

No Resp	Denial		Anger		Bargaining		Depresi		Acceptance		Kategori	
	Pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
1	18	12	16	14	20	18	12	10	14	10	<i>bargaining</i>	<i>bargaining</i>
2	20	14	14	18	19	15	15	12	15	10	<i>denial</i>	<i>anger</i>
3	20	20	14	14	19	15	18	12	18	18	<i>denial</i>	<i>denial</i>
4	12	20	18	14	10	15	8	12	14	18	<i>anger</i>	<i>denial</i>
5	18	18	15	20	16	14	16	16	14	14	<i>denial</i>	<i>anger</i>
6	16	12	12	16	14	14	15	12	10	10	<i>denial</i>	<i>anger</i>
7	14	10	16	16	10	12	12	10	10	14	<i>anger</i>	<i>anger</i>
8	20	16	15	14	16	15	12	12	18	10	<i>denial</i>	<i>anger</i>
9	18	16	14	14	18	15	14	12	12	10	<i>Denial</i>	<i>denial</i>
10	18	16	12	10	14	10	10	12	15	12	<i>denial</i>	<i>denial</i>
Uji <i>Mann Whitney</i> $p = 0.154$												
Uji <i>Wilcoxon Rank</i> $p = 0.043$												

Tahap penerimaan diri pada pre test kelompok pembanding sebagian besar tidak mengalami perubahan (50%). Hasil uji statistik didapatkan $p = 0.154$ menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan tahap penerimaan diri yang bermakna pada penilaian yang kedua atau ada tidak ada perbedaan signifikan antara skor tahap penerimaan diri antara pre dan post test ($p = 0.154$; $\alpha = 0.05$)

Hasil uji *Wilcoxon Rank Test* mendapatkan $p = 0.043$ menunjukkan ada perbedaan yang signifikan sebelum dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok pembanding ($p = 0.043$; $\alpha = 0.05$).

Tabel 5.5 Hasil observasi tahap penerimaan diri dengan frekuensi kedekatan dengan Qur'an sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok pembanding di RS Haji Surabaya pada Bulan Mei – Juni 2016

No resp	Nilai MMSE	Pre test	Post test	Frekuensi kedekatan dengan Qur'an
1	27	<i>bargaining</i>	<i>bargaining</i>	Jarang mendengarkan murotal Qur'an
2	24	<i>denial</i>	<i>Anger</i>	Biasa mendengarkan murotal Qur'an
3	26	<i>denial</i>	<i>Denial</i>	Biasa mendengarkan murotal Qur'an
4	22	<i>anger</i>	<i>Denial</i>	Biasa mendengarkan murotal Qur'an
5	28	<i>denial</i>	<i>Anger</i>	Sering membaca tanpa paham maknanya
6	25	<i>denial</i>	<i>Anger</i>	Sering membaca tanpa paham maknanya
7	27	<i>anger</i>	<i>Anger</i>	Sering membaca tanpa paham maknanya
8	24	<i>denial</i>	<i>Anger</i>	Biasa mendengarkan murotal Qur'an
9	21	<i>Denial</i>	<i>Denial</i>	Jarang mendengarkan murotal Qur'an
10	24	<i>denial</i>	<i>Denial</i>	Jarang mendengarkan murotal Qur'an

Berdasarkan tabel 5.5 pada klien stroke iskemik kelompok pembanding, klien yang jarang mendengarkan murotal Qur'an berada pada tahap yang sama pada pre dan post test. Ada dua responden yang jarang mendengarkan murotal Qur'an dan klien tetap berada di tahap denial pada pre dan post test.

5.6. Skala penerimaan diri sebelum dan sesudah perlakuan

Tabel 5.6 Skala penerimaan diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok pembanding di RS Haji Surabaya pada Bulan Mei – Juni 2016

No Resp	Kelompok perlakuan		Kelompok pembanding	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test
1	53	64	54	65
2	64	74	56	63
3	80	80	46	52
4	60	70	60	64
5	80	80	64	74
6	56	70	54	56
7	54	68	54	65
8	52	73	58	74
9	73	73	54	54
10	54	72	53	70
Mean	61.9	72.4	55.3	63.7
Nilai minimum : 46 Nilai maksimum : 80 Rata-rata : 63.33 Uji <i>Paired t Test</i> kelompok perlakuan $p = 0.001$ Uji <i>Paired t Test</i> kelompok pembanding $p = 0.001$ Uji <i>Independent t Test</i> $p = 0.008$				

Berdasarkan tabel 5.6 rata-rata skor skala penerimaan diri pada pre test kelompok perlakuan adalah 61,9. Terdapat peningkatan rerata pada post test yaitu 72,40. Hasil uji statistik didapatkan $p=0.001$ menunjukkan terdapat perbedaan bermakna pada penilaian yang kedua atau ada perbedaan yang signifikan antara skor skala penerimaan diri pada pre dan post test ($p = 0.001; \alpha = 0.005$)

Rata-rata skor skala penerimaan diri pada pre test kelompok pembanding adalah 55.30. Terdapat peningkatan rata-rata skor skala penerimaan diri pada post test yaitu 63,7. Hasil uji statistik didapatkan $p = 0.001$ yang menunjukkan terdapat peningkatan skala penerimaan diri yang

bermakna pada penilaian yang kedua atau ada perbedaan signifikan antara skor skala penerimaan diri antara pre dan post test ($p = 0.001$; $\alpha = 0.05$)

Hasil uji *Independent t Test* didapatkan nilai $p = 0.008$ yang menunjukkan ada perbedaan yang signifikan setelah dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok pembanding ($p = 0.008$; $\alpha = 0.05$).

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Penelitian ini dirancang untuk memberikan gambaran skala dan tahap penerimaan diri dan pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap penerimaan diri pada klien stroke iskemik di RS Haji Surabaya. Selain mendiskusikan tentang gambaran penerimaan diri dan pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap penerimaan diri klien stroke iskemik, juga dibahas keterbatasan penelitian. Interpretasi hasil dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan pustaka dan hasil-hasil penelitian yang relevan. Keterbatasan penelitian dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya tercapai.

6.1 Pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap tahap penerimaan diri pada klien stroke iskemik

Gambar 5.1. menunjukkan tahap penerimaan diri pada klien stroke iskemik. Klien pada kelompok perlakuan menunjukkan tahap penerimaan diri beragam. Mulai dari *denial*, *anger*, *bargaining*, *depresi* dan ada yang sudah mencapai tahap *acceptance*. Pada pre test sebagian besar responden berada pada tahap *bargaining*.

Tahap *bargaining* yang dialami oleh klien pada kelompok perlakuan tampak pada jawaban terbuka klien yaitu “saya merasa lebih baik, namun sebagai manusia biasa saya kadang merasa sedih seandainya saja saya rutin minum obat tekanan darah tinggi saya”. Pada klien lain tahap *bargaining* yang dialami tampak pada jawaban “mau diapakan lagi Sus, ini nasib saya.

Kalau saja saya nurut sama anak-anak kontrol rutin tiap bulan, saya ndak akan ngrepoti anak-anak seperti ini". Klien menyesalkan tindakan di masa lalu yang tidak dilakukan sehingga menyebabkan penyakit ini.

Sebagian besar klien kelompok perlakuan yang berada pada tahap *bargaining* adalah perempuan. Kondisi ini disebabkan karena respon fisiologis yang berbeda antara laki-laki dan perempuan. Pada saat perempuan mengalami stres, tubuh akan memberikan respon berupa perubahan aktivitas dari beberapa hormon dan neurotransmitter di otak. Perempuan memiliki prolaktin yang lebih tinggi dari laki-laki sedangkan prolaktin sendiri mempunyai efek memberikan umpan balik negatif pada otak sehingga dapat meningkatkan trauma emosional dan stres fisik (Corwin, 2007). Latar belakang pekerjaan responden sebagai ibu rumah tangga yang disibukkan dengan pekerjaan domestik dan lebih mendahulukan kepentingan suami dan anak-anak daripada kepentingan pribadi membuat responden cenderung meremehkan kesehatan diri sendiri. Sehingga jika kemudian responden mengalami stroke iskemik, maka klien menyesali prioritas yang sudah dibuat sebelumnya.

Pada kelompok perlakuan, ada dua klien yang sering membaca Qur'an dan paham maknanya. Kedua klien tersebut berada pada tahap *acceptance* sejak pre test dilakukan. Klien merasa bersyukur atas semua nikmat yang sudah diberikan Allah sehingga klien tidak terganggu dengan penyakit stroke ini. Stroke dianggap sebagai bentuk kasih sayang Allah kepadanya. Kecerdasan spiritual tampak pada klien pertama, dengan nilai MMSE 30 yang berarti kemampuan kognitifnya maksimal dan frekuensi kedekatan

dengan Qur'an berupa biasa mendengarkan murotal Qur'an mampu membuat klien menerima kondisi sakitnya. Klien mampu mengaplikasikan nilai spiritual yaitu menerima dan bersyukur terhadap setiap takdir yang diberikan Allah kepadanya. Pada klien kedua, meski dengan nilai MMSE 23 yaitu ada gangguan ringan pada kemampuan kognitifnya. Tetapi dengan frekuensi kedekatan dengan Qur'an berupa sering membaca dan paham maknanya, mampu membuat klien menerima dan mencapai tahap *acceptance* di awal penyakit datang. Kecerdasan spiritual klien dapat mensupport kemampuan kognitif yang terganggu sehingga klien bisa menerima kondisinya.

Pada klien terakhir di kelompok perlakuan yang mencapai lompatan terjauh yaitu dari *denial* menjadi *acceptance* adalah perempuan ibu rumah tangga dengan usia 44 tahun yang jarang mendengarkan murotal Quran. Frekuensi kedekatan dengan Qur'an yang minimal menyebabkan klien *denial* di awal penyakit datang, tetapi setelah dilakukan intervensi kognitif spiritual, terjadi perubahan persepsi di prefrontal korteks sehingga persepsi klien menjadi positif dan klien mampu mencapai tahap *acceptance*. Klien mengatakan "Saya ikhlas dikasih sakit sama Allah, pasti ada hikmah dibalik cobaan ini". Ternyata kecerdasan spiritual tidak hanya ditentukan oleh frekuensi kedekatan dengan Qur'an. Ketika klien dirangsang sistem auditorinya dengan murotal QS Ar-Rahman dan diinternalisasi makna dari Surat tersebut, kecerdasan spiritual klien dapat bangkit sehingga klien merasa bersyukur dan menerima kondisi sakitnya.

Denial sebagai respon awal dari adaptasi terhadap stressor yang datang pasti dialami setiap orang. Tingkat kematangan jiwa dan kecerdasan

spiritual dalam menghadapi masalah dapat mempengaruhi seberapa cepat proses adaptasi untuk dapat maju ke tahap adaptasi selanjutnya hingga tiba pada tahap *acceptance*. Tipe kepribadian juga berpengaruh terhadap cara klien bereaksi terhadap stressor. Klien dengan kepribadian melankolis cenderung memikirkan sesuatu secara mendalam. Sedangkan tipe kepribadian phlegmatis lebih suka mencari solusi daripada berlarut-larut memikirkan suatu masalah (Yumnar & Phoa, 2013). Ketika klien didiagnosa stroke, maka psikologis klien akan merespon dengan memunculkan berbagai reaksi. Klien dengan frekuensi kedekatan Qur'an yang tinggi dalam bentuk sering membaca dan paham maknanya dapat memaknai cobaan berupa penyakit yang diderita sebagai bentuk kasih sayang Allah SWT sehingga pikiran negatif yang biasanya muncul pada klien dengan penyakit kronis dapat dicegah dan klien tidak mengalami depresi.

Berdasarkan tabel 5.2 dapat dilihat perbandingan nilai setiap responden pada masing-masing tahap penerimaan diri sebelum perlakuan dan setelah dilakukan intervensi. Diantara 10 klien pada kelompok perlakuan, terdapat tiga responden yang memiliki nilai yang sama pada dua tahap sekaligus. Ada klien yang mengalami tahap *anger* dan *depresi* pada saat yang bersamaan pada saat pre test. Ada juga responden yang mengalami tahap *denial*, *bargaining* dan *acceptance* dengan nilai maksimal pada saat bersamaan. Klien masih belum percaya dan marah dengan stressor yang dihadapi. Tetapi klien dipaksa oleh keadaan dan norma-norma yang dianut untuk menerima dengan kondisi sakit yang diderita. Sehingga pada satu sisi

klien masih *denial* dengan kondisi sakitnya, tetapi juga dipaksa untuk *acceptance* terhadap stressor tersebut.

Pada pertanyaan terbuka tentang perasaannya, klien awalnya merasa tidak percaya dengan sakit yang dialami. Tetapi karena sudah terjadi maka kondisi sakitnya harus diterima. Bentuk jawaban lain yang menunjukkan klien berada pada beberapa tahap sekaligus dalam waktu bersamaan adalah “saya ikhlas dengan segala penyakit yang saya terima, berarti Allah sayang sama saya. Saya cuma sedih kalau harus tergantung dengan orang lain. Anak saya kerja, gak mungkin selalu menjaga saya. Saya takut kalau sendirian tiba-tiba terjadi sesuatu sama saya”. Pernyataan lain yang menunjukkan hal yang sama adalah “sebagai manusia beragama saya mensyukuri segala yang telah diberikan pada saya. Namun dengan keterbatasan saya kadang saya sedih dan menyesali mengapa Allah memberikan cobaan seberat ini pada saya”.

Klien pada kelompok pembanding yang tidak mendapatkan intervensi sebagian mengalami perubahan fase tahap penerimaan diri. Klien yang sebagian besar berada pada tahap *denial* sebagian berubah, mengalami kemajuan pada proses adaptasi dan sebagian lagi tetap berada pada tahap *denial*. Perubahan pada klien kelompok pembanding terjadi karena setiap manusia pasti berespon terhadap stressor yang datang. Seberapa besar perubahan itu dan seberapa cepat perubahan terjadi pada fase penerimaan diri yang harus difasilitasi oleh perawat.

Pada tiga klien kelompok pembanding yang tetap berada pada tahap *denial* pada pre dan post test memiliki nilai MMSE yang rendah dan

frekuensi kedekatan dengan Qur'an berupa jarang mendengarkan murotal Qur'an, kecuali satu klien yang tetap berada pada tahap *denial* yang memiliki nilai MMSE normal dan frekuensi kedekatan dengan Qur'an berupa biasa mendengarkan murotal Qur'an. Klien yang memiliki kemampuan kognitif rendah dan jarang bersentuhan dengan Qur'an ini memiliki kecerdasan spiritual yang rendah dan respon adaptasi lambat sehingga tahap *denial* klien tidak mengalami kemajuan. Sedangkan klien yang memiliki kemampuan kognitif yang normal dan biasa mendengarkan murotal tetap berada pada tahap *denial* karena klien memiliki kecerdasan spiritual yang rendah. Nilai spiritual yang seharusnya dimiliki klien dengan biasa mendengarkan murotal Qur'an ternyata tidak diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari sehingga klien tidak dapat menerima kondisinya dan tidak mampu beradaptasi dengan cepat mencapai tahap penerimaan diri selanjutnya.

Berdasarkan hasil uji *Mann whitney* yang mendapatkan nilai p sebesar 0.007 menunjukkan ada perbedaan pada kedua kelompok dan ada pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap penerimaan diri pada klien stroke iskemik. Kemajuan tahap penerimaan diri pada klien dapat dirasakan sejak pertemuan pertama. Ketika diperdengarkan murotal QS Ar-Rahman dan dijelaskan bahwa inti dari surat tersebut adalah tentang rasa syukur atas semua nikmat yang sudah diberikan, klien mulai tergugah dan ada yang menangis mengingat nikmat yang sudah diterima dan kondisi sakit yang dialami. Pada pertemuan kedua yaitu mengidentifikasi pikiran negatif, klien mulai berpikir bahwa penyakit yang diderita ini adalah bentuk kasih sayang Allah kepadanya. Dari jawaban klien dapat dilihat perubahan persepsi yang

terjadi. Saat sebelum dilakukan intervensi, klien menganggap stroke sebagai ancaman kematian dan menyebabkan kecacatan, maka setelah dilakukan intervensi klien menganggap stroke sebagai bentuk kasih sayang karena diingatkan untuk menjaga pola hidup yang sehat.

Setelah dilakukan intervensi kognitif spiritual, semua tahap penerimaan diri klien berubah berada pada tahap *acceptance*. Perubahan tahap penerimaan diri dari *denial*, *anger*, *bargaining* dan *depresi* menjadi tahap *acceptance* dapat dicapai dalam waktu singkat yaitu lima hari perlakuan. Percepatan ini dirangsang oleh murotal Qur'an yang diterima oleh sistem auditori klien. Klien setiap hari diperdengarkan murotal QS ArRahman dan pengulangan ayat "Fabiayyi 'Alaai Rabbikuma Tikadzibaan" yang artinya "Maka nikmat Allah yang manakah yang kamu dustakan" 33 kali dalam satu surat dan paham maknanya, dapat menginternalisasi nilai spiritual yaitu menerima dan bersyukur terhadap setiap ketentuan dari Alloh. Rangsangan visual yaitu membaca QS Ar-Rahman beserta terjemahannya, dapat membantu klien untuk memahami inti dari surat tersebut. Rangsangan auditori dan visual ini dan dipandu dengan pendekatan spiritual dari perawat dapat merubah persepsi dalam korteks prefrontal sehingga terjadi perubahan makna hidup dan terbentuknya persepsi positif. Setelah muncul persepsi positif, maka sistem saraf teraktivasi sehingga menyebabkan perubahan di hipotalamus dan hipofisis. Hasil akhir dari perubahan persepsi tersebut yaitu percepatan adaptasi klien dan timbul kecerdasan spiritual klien dalam bentuk rasa syukur dan penerimaan diri terhadap kondisi yang dialami.

Intervensi kognitif spiritual yang dilakukan setiap hari selama 30-45 menit selama lima hari berturut turut membuat intervensi ini dapat intensif diterima oleh klien. Di pertemuan terakhir yang melibatkan keluarga untuk mendapatkan support system yang optimal dari keluarga semakin menguatkan penerimaan diri lien. Evaluasi akhir semua klien merasa lebih baik, bisa menerima kondisinya dan berharap bisa menjaga kesehatan sehingga tidak terkena stroke serangan kedua.

Ditinjau dari ketakutan dan proses adaptasi yang dialami klien yang mengalami stroke iskemik serangan pertama, memiliki kesamaan dengan pendekatan sistem adaptasi Roy (1984, dalam Tomey & Alligood, 2006) tentang stimuli fokal terhadap stroke yang menimbulkan ketakutan terhadap kematian dan kecacatan. Pengkajian yang dilakukan perawat terhadap aspek psikologis dan spiritual klien dapat menemukan masalah yang ada. Gangguan pada dimensi spiritual dapat menimbulkan depresi pada klien. Perilaku klien untuk memenuhi kebutuhan spiritualnya jika tidak terpenuhi dapat menyebabkan klien mengalami distress spiritual. Stressor yang datang direspon oleh klien dengan menggunakan mekanisme koping, kecerdasan spiritual, kemampuan kognitif dan mekanisme fisiologis dalam korteks prefrontal sehingga dapat menimbulkan perubahan atau tidak pada persepsi terhadap stressor tersebut.

Perawat sebagai garda terdepan tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan klien harus dapat mengkaji dan mengenali kebutuhan psikospiritual klien. Perubahan biologis yang terjadi akibat stroke yang diderita dapat menimbulkan perubahan pada psikologis, spiritual dan sosial

klien. Pemenuhan kebutuhan klien terhadap perhatian, kasih sayang, dan diingatkan kembali pada sisi spiritualitas klien dapat mempercepat kesembuhan klien dan meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Klien dapat diberikan kesempatan untuk mengekspresikan orientasi masa depan yang positif, tentang arti kehidupan, tentang rasa optimis, dan kesempatan untuk mengekspresikan perasaan untuk mengontrol diri sendiri. Kemudian klien dan keluarga diajarkan tentang aspek positif pengharapan dan memberikan kesempatan kepada mereka untuk terlibat dalam supporting grup. Jika kebutuhan spiritual klien dapat terpenuhi dan klien tidak mengalami depresi maka klien akan terhindar dari resiko terkena serangan kedua atau bahkan ancaman kematian.

6.2 Pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap skala penerimaan diri pada klien stroke iskemik

Skala penerimaan diri klien stroke iskemik di instalasi rawat inap RS Haji Surabaya pada Bulan Mei-Juni 2016 tergolong rendah yaitu rerata 55.3 pada klien kelompok pembanding dan 61.9 pada kelompok perlakuan. Rentang nilai skala penerimaan diri dari 32 sampai 128 dengan kisaran nilai sedang pada 64-96 menunjukkan bahwa skala penerimaan diri mereka yang masuk pada kategori rendah. Hasil ini menunjukkan kesesuaian dengan penelitian sebelumnya. Nilai ini bahkan lebih rendah bila dibandingkan dengan rerata skala penerimaan diri pada klien stroke di Taiwan (Chiu et al, 2013) dengan nilai 71.2 menggunakan instrumen yang sama. Penerimaan diri yang rendah dapat menyebabkan klien stroke menjadi stres dan bila tidak ditangani akan menjadi depresi. Perubahan fisik yang terjadi seperti

kehilangan kemampuan pergerakan karena penurunan kekuatan otot, kehilangan kemampuan untuk berbicara normal karena afasia, merasa diri menjadi beban dalam keluarga membuat ketidakmampuan klien menjadi fokus utama mereka dan sebagai satu pikiran negatif yang selalu muncul dalam benak klien. Ketika klien selalu berkuat dengan pikiran negatifnya maka klien akan cenderung depresi dan klien stroke yang mengalami depresi sepertiganya akan mengalami serangan ulang dan dapat menyebabkan kematian.

Rentang skala penerimaan diri rendah ini dapat dilihat dari kuesioner skala penerimaan diri yang pada pernyataan bernilai rendah yang menyatakan bahwa klien setuju bahwa ketidakmampuan mempengaruhi semua aspek kehidupannya. Hampir semua klien stroke mengatakan bahwa ketidakmampuan akibat stroke ini mempengaruhi kehidupan mereka. Demikian juga pada pernyataan bahwa sekuat apapun klien berusaha, maka hasilnya tidak akan sama seperti sebelum mengalami sakit. Pernyataan ketidakmampuan fisik mempengaruhi mental seseorang juga disetujui sebagian besar responden yang menyebabkan rentang skala penerimaan diri menjadi rendah. Klien stroke iskemik dengan kelemahan masih fokus pada kelemahan diri dan belum bisa menemukan hal positif dari diri untuk bisa bangkit dari kesedihan. Hal ini yang harus dibantu oleh perawat agar klien bisa menemukan sisi positif diri sehingga klien dapat menerima kondisi diri sehingga penerimaan diri dapat meningkat.

Pernyataan pada kuesioner skala penerimaan diri bahwa penampilan fisik merupakan hal yang terpenting dalam kehidupan mereka tidak disetujui

oleh banyak responden menunjukkan klien dapat menerima kelemahan diri mereka. Pernyataan bahwa ketidakmampuan membuat hampir semua aspek kehidupan tertutup untuk mereka dan ketidakmampuan menghalangi mereka melakukan apapun dan menghalangi mereka untuk menjadi orang baik juga ditolak oleh sebagian besar responden sehingga dapat meningkatkan nilai skala penerimaan diri mereka.

Nilai skala penerimaan diri tetap pada pre dan post test dialami oleh beberapa responden. Nilai skala penerimaan diri rentang rendah dan tidak mengalami peningkatan dialami oleh responden dengan frekuensi kedekatan dengan Qur'an berupa jarang mendengarkan murotal Qur'an. Frekuensi interaksi dengan Qur'an dan tidak mendapatkan intervensi berupa murotal QS Ar-Rahman menyebabkan klien tidak dapat menemukan sisi positif diri sehingga skala penerimaan diri klien rendah dan tidak meningkat. Klien yang memiliki nilai skala penerimaan diri tinggi sejak pre test dan tidak mengalami peningkatan pada post test dialami oleh klien yang frekuensi kedekatan dengan Qur'an berupa biasa mendengarkan murotal Qur'an. Klien berusia 67 dengan pendidikan SD dan klien merasa sudah bisa menerima kondisi penyakitnya membuat klien mengisi kuesioner post test dengan jawaban yang sama dengan pre test. Pendidikan yang rendah, usia lanjut dan kelelahan fisik inilah yang membuat klien enggan untuk mengisi post test dengan data baru dan mengisi dengan jawaban yang sama. Kecerdasan spiritual klien juga mempengaruhi klien dalam menjawab kuesioner dan menentukan nilai skala penerimaan diri. Klien yang cerdas spiritual akan mengevaluasi diri untuk

setiap masalah yang dihadapi, tidak menyalahkan orang lain dan mengambil hikmah dari cobaan yang datang (Tebbe, 2004).

Berdasarkan tabel 5.1, jenis kelamin klien stroke iskemik pada penelitian ini didominasi oleh perempuan sebanyak 11 (55%) dari 20 responden. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Lewis (2007) dan Cin-Ying et al (2010) yang menyatakan bahwa jenis kelamin laki-laki memiliki resiko lebih tinggi terkena stroke dibandingkan dengan perempuan. Lelaki dinyatakan memiliki resiko lebih tinggi karena gaya hidup seperti merokok, minum minuman beralkohol, penggunaan obat-obatan dan faktor stres dalam kehidupannya (George, 2011).

Perempuan memiliki peningkatan resiko terhadap stroke disebabkan faktor hormonal. Berdasarkan laporan AHA dalam *Heart Disease and Stroke Statistic* (2012) menyatakan wanita yang mengalami menopause pada usia < 42 tahun memiliki resiko dua kali terkena stroke dibandingkan dengan wanita yang menopause setelah usia 42 tahun. Penggunaan obat anti depresi dapat menyebabkan obesitas, hipertensi dan perdarahan abnormal yang pada akhirnya dapat meningkatkan resiko terkena stroke (Pearson, 2011).

Pada tabel 5.5. dapat dilihat perbedaan skala penerimaan diri pada kelompok perlakuan dan kelompok pembanding pre test dan post test. Kelompok perlakuan memiliki skala penerimaan diri yang lebih tinggi daripada kelompok pembanding. Setelah lima hari dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan, klien pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan nilai. Peningkatan skala penerimaan diri yang paling besar dengan beda nilai 21 antara pre test dan post

test terjadi pada klien perempuan usia 59 tahun dengan frekuensi kedekatan dengan Qur'an berupa sering membaca dan paham maknanya. Pendidikan klien SMP yaitu pendidikan menengah cukup untuk klien dapat menerima rangsangan kognitif melalui auditori dan visual sehingga efek dari intervensi dapat maksimal. Klien yang memahami bacaan Qur'an dan mampu mengaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari dapat membantu klien untuk beradaptasi terhadap stressor yang dimiliki. Penyakit stroke dan kelemahan yang dimiliki tidak dianggap sebagai sesuatu yang berarti sehingga klien dapat bangkit dari kesedihan akibat stroke.

Hasil uji statistik menggunakan *paired t test* mendapatkan nilai p sebesar 0.001 menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara nilai pre dan post test dan pengaruh intervensi kognitif spiritual pada skala penerimaan diri klien stroke. Intervensi kognitif yang merubah pikiran negatif yang fokus pada kelemahan diri dirubah menjadi pikiran positif dengan meningkatkan rasa syukur klien terhadap semua nikmat yang sudah diberikan oleh Allah SWT dapat meningkatkan skala penerimaan diri. Klien yang awalnya merasa bahwa kelemahan diri yang dialami ini mempengaruhi kehidupan klien, bahwa kelemahan fisik mempengaruhi mental mereka menyebabkan penerimaan diri mereka rendah pada saat pre test. Kemudian perubahan persepsi tentang kelemahan diri dapat dilihat pada nilai dari pernyataan tersebut yang awalnya disetujui oleh klien berubah menjadi tidak setuju. Klien juga menganggap bahwa pernyataan kelemahan fisik membuat semua aspek kehidupan mereka telah tertutup tidak disetujui oleh mereka dan hal ini menunjukkan persepsi positif tentang kelemahan yang dialami.

Hasil *independent t test* yang menunjukkan angka 0.008 memiliki arti bahwa ada perbedaan signifikan pada kelompok perlakuan jika dibandingkan dengan kelompok pembandingan. Peningkatan rerata skala penerimaan diri pada kelompok pembandingan disebabkan karena proses adaptasi alami mereka terhadap stressor yang muncul, sedangkan peningkatan rerata skala penerimaan diri yang lebih besar pada kelompok perlakuan disebabkan oleh proses adaptasi klien dengan dibantu intervensi yang dilakukan oleh perawat.

6.3. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian dapat ditemui dalam setiap penelitian. Peneliti mencoba menguraikan beberapa faktor yang menjadi keterbatasan dalam melakukan penelitian ini, meliputi :

1. Sebaran responden

Data sebaran responden yang tidak merata pada jenis kelamin dan rentang usia serta pendidikan menyebabkan penelitian ini kurang homogen. Jika sebaran usia responden bisa dibuat merata pada setiap rentang usia, tahap penerimaan diri dan sebaran jenis kelamin juga sama antara laki-laki dan perempuan, maka variabel perancu bisa diminimalkan dan penelitian bisa lebih homogen.

Peneliti hanya mendapatkan 10 klien pada kelompok perlakuan dan 10 klien pada kelompok pembandingan selama dua bulan penelitian, sedangkan rerata klien stroke iskemik serangan pertama yang dirawat di RS Haji Surabaya adalah 19 orang setiap bulan. Jumlah responden yang minimal ini membuat hasil penelitian tidak dapat digeneralisasikan secara umum.

2. Instrumen penelitian dan teknis penelitian

Penelitian ini menggunakan beberapa instrumen untuk menggali data penerimaan diri klien. Skala penerimaan diri klien stroke menggunakan kuesioner *Acceptance of Dissability* yang diadopsi dari Linkowsky (2007) yang sudah teruji reliabilitasnya di Taiwan, tetapi uji reliabilitas di Indonesia belum dilakukan.

Tahap penerimaan diri digali dengan menggunakan instrumen kuesioner yang dimodifikasi dari teori adaptasi kubler ross dan menggunakan pertanyaan terbuka untuk validasi tahap penerimaan diri klien. Data yang didapatkan, tahap penerimaan diri klien ada yang mengalami tiga tahap penerimaan diri sekaligus dalam satu waktu. Peneliti seharusnya dapat menggali lebih dalam lagi dengan menggunakan instrumen penelitian yang lebih spesifik.

Penelitian ini menggunakan asisten peneliti yaitu perawat ruangan untuk melakukan intervensi. Pelatihan dan persamaan persepsi dengan asisten peneliti sudah dilakukan tetapi bisa jadi ada perbedaan standar yang menyebabkan hasil intervensi berbeda. Dosis pemberian intervensi juga dapat mempengaruhi efektivitas hasil penelitian.

3. Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*. Teknik ini membatasi responden yang digunakan dalam penelitian dengan jumlah dan waktu. Pengambilan responden dengan *total sampling* ini dapat mempengaruhi hasil penelitian yang didapatkan karena pemilihan sampel menjadi terbatas.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan tentang pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap penerimaan diri pada klien stroke iskemik di RS Haji Surabaya sebagai berikut

1. Intervensi kognitif spiritual dapat meningkatkan tahap penerimaan diri klien stroke iskemik. Intervensi kognitif dapat menghentikan pikiran negatif yang dialami klien sehingga klien tidak lagi berada dalam tahap *denial*. Penguatan kecerdasan spiritual klien dengan membangkitkan rasa syukur ketika meresapi QS. Ar-Rahman dapat mempercepat adaptasi menuju tahap selanjutnya sehingga klien mengalami *acceptance* (menerima) terhadap kelemahan yang dimiliki.
2. Intervensi kognitif spiritual dapat meningkatkan skala penerimaan diri klien stroke iskemik. Peningkatan skala penerimaan diri pada kelompok perlakuan lebih signifikan dibandingkan dengan kelompok pembandingan.
3. Intervensi kognitif spiritual yang dilakukan oleh perawat setelah melakukan pengkajian terhadap kebutuhan aspek psiko dan spiritual klien dapat mencegah klien stroke iskemik mengalami depresi sehingga resiko klien terkena serangan dan ancaman kematian dapat dicegah.

7.2. Saran

1. Penelitian serupa dapat dilakukan pada responden yang lebih banyak dengan sebaran yang merata pada variabel perancu sehingga penelitian lebih homogen. Penelitian yang lebih homogen dapat meningkatkan validitas penelitian
2. Penelitian serupa dapat menggunakan instrumen yang sudah diadaptasi untuk klien indonesia, sehingga memudahkan pemahaman klien tentang pernyataan dalam kuesioner.
3. Dosis pemberian intervensi perlu diteliti lagi dengan membandingkan beberapa kelompok responden dengan dosis yang berbeda sehingga efektivitas intervensi dapat teruji.

4. Saran bagi pendidikan keperawatan

Intervensi kognitif spiritual perlu digunakan dan dikembangkan bukan hanya untuk klien stroke iskemik tetapi juga untuk klien dengan sakit kronis lainnya yang membutuhkan penguatan penerimaan diri. Asuhan keperawatan yang diajarkan kepada mahasiswa tidak hanya difokuskan pada biologis klien saja, tetapi juga pada psikospiritual klien yang selama ini sering diabaikan.

5. Saran bagi praktik keperawatan

Intervensi kognitif spiritual sebagai intervensi yang dapat meningkatkan penerimaan diri klien dapat digunakan sebagai salah satu tindakan mandiri keperawatan untuk menguatkan psikospiritual klien yang selama ini jarang tersentuh. Pengkajian perawat yang selama ini fokus pada aspek biologis, dapat ditingkatkan pada aspek psikospiritual sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi secara holistik.

6. Saran bagi subyek penelitian

Klien yang menjadi subyek penelitian ini dapat meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif dengan membangkitkan rasa syukur agar penerimaan diri semakin meningkat dan manajemen stres berhasil dilakukan.

7. Saran bagi penelitian selanjutnya

Paradigma penelitian *mixed method* (penelitian kuantitatif dikombinasikan dengan penelitian kualitatif) dapat dikembangkan untuk memperoleh hasil penelitian yang lebih akurat. Instrumen baru dapat dibuat dan distandarisasi untuk mengatasi kelemahan instrumen lama.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Aguayo RD, Grana M, Andujar MF, Cancio EL, Caceres C, Bargallo N, Barrios M, Clamente I, Monserrat PT, Sas MA, Davalos A, Auer T, Mataro M, 2014, Structural Integrity of the contralesion Hemisphere Predicts Cognitive Impairment in Ischemic Stroke at Three Months, *PLoS ONE* (1): e86119
- Aisha MN, 2012, Hubungan Antar Pengetahuan tentang Retardasi Mental dan Penerimaan Diri, Skripsi dipublikasikan, Program Studi Psikologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Humaniora, Universitas Airlangga
- Allgood & Tomay, M, 2006, *Nursing Theory : Utilization and Application*. USA : Mosby, Inc
- Ardi M, 2011, *Analisis Hubungan Ketidakmampuan Fisik dan Kognitif dengan Keputusan pada Pasien Stroke di Makassar*, Universitas Indonesia. Tesis, Tidak diterbitkan
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2013, *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013)*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta
- Boyd MA, & Nihart MA, 1998, *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, Philadelphia, Lipincott
- Campbell D, 2006, *Music : Physician For Times to Come*, 3rd Edition, Weatin, Quest Book
- Cass H, 2008, Tryptopure enhance mood, relaxation and sleep, *Total Health*, 30(1), 38-40
- Chin-Ying W, Huang-Ming W, Jiann-Der W, Hiu-Huei W, 2010, Stroke Risk Factors and Subtypes in Different Age Group: A Hospital-Based Study Department of Neurology, Chang Gung University, College of Medicine, Chiayi, Taiwan, *Neurol India*, 58(6) 863-868
- Chiu SY, Livneh H, Tsao LL, Tsai TY, 2013, Acceptance of dissability and its predictors among stroke patients in taiwan, *BMC Neurology*, 13 : 175
- Corwin E, 2007, Buku Saku Patofsiologi, Edisi 3, Jakarta, EGC
- Cronbach LJ, 1963, *Educational Psychology*, 2nd Edition, New York : Harcourt, Bruce and World
- Djoenaidi W, 2003, *Klinis dan penatalaksanaan stroke dan kelainan neurovaskuler lain*, Dalam : Pertemuan ilmiah nasional I Neuroimaging, Malang, Bagian Ilmu penyakit syaraf Universitas Brawijaya, 17-35

- Ellis CS, & Horn S, 2000, Change in identity and self concept: A new theoretical approach to recovery following stroke, *Clinical Rehabilitation*, (14) 279-287.
- Ernawati, 2013, *Pengaruh Mendengarkan Murotal Q.S Ar-Rahman terhadap Pola Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di Rumah Sakit Nur Hidayah Yogyakarta*, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Tesis, Tidak diterbitkan
- Green TL & King KM, 2007, The trajectory of minor stroke recovery for men and their female spousal caregiver: literatur review, *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 94-100.
- Harsono (ed), 2008, *Buku Ajar Press Neurologi Klinis*, Edisi 1, Yogyakarta, Gadjah Mada University
- Hurlock EB, 1973, *Adolescence development*, 4th Ed, Japan : Macgrow-Hill.Inc
- Jones LD, Adams R, Carnethon M, Simone G, Ferguson B, Flegal K, 2009, Heart Disease and Stroke Statistics-2009 Update : A Report From the American Heart Association Statistics Comittee and Stroke Statistics Subcommittee, *Circulation* 2009, 119:e1-e1161
- King DB, 2009, *A Viable and Self Report Measure of Spiritual Intelligence*, Canada: Trent University
- Kristyawati D, 2001, *Pemberian Intervensi Relaksasi dan terapi kognitif untuk mengurangi tingkat depresi pada pasien cedera medula spinalis*, Universitas Gadjah Mada, Tesis, Tidak dipublikasikan.
- Lou MF, Huang GS & Yu P J, 2007, Identifying the most efficient items from the Mini Mental tate Examination for Cognitive Function Assessment in older Taiwanese Patient, *Journal of Clinical Nursing*, 16, 505-508
- Loustalot F, 2006, *Race, Religion and Blood pressure*. Dissertation. University of Mississippi at the Medical Center Jackson, Mississippi, Proquest
- Khadr M, hamed SA, heereef HKE, Shawky OA, Mohamed K.A, Awad EM, 2009, Cognitive impairment after cerebrovascular stroke : relationship to vascular risk factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5, 103-116
- Lewis, 2007, *Medical Surgical Nursing*, 7th ed, St. Louis: Missouri, Mosby-Year Book Inc
- Marijani L, 2003, *Penerimaan orangtua secara ikhlas terhadap anak penyandang autis*. <http://puterakembara.org/leny.html> diakses tanggal 26 Desember 2015 jam 08.45
- Misbach J & Kalim H, 2007, *Stroke mengancam usia produktif*, Artikel diakses dari www.medicastore.com, Tanggal 18 Februari 2016.

- NewsRx, 2014, Stroke; Recent studies from Zhejiang University School of Medicine add New Data to stroke (Systematic hypothesis for post stroke depression caused inflammation and neurotransmission and result on possible treatment. *Health & Medicine Week* : 3281
- Noerjanto, 2000, *Diagnosis Stroke*, dalam: Simposium penanganan stroke secara komprehensif menyongsong millenium baru, Semarang, Badan Penerbit UNDIP
- Notoadmojo S, 2003, Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta
- Novianti, 2012, *Efektivitas mendengarkan Bacaan Al-Qur'an (Murottal) terhadap Skor Kecemasan pada Lansia di Shelter Dongkelsari Wukirsari Cangkringan Sleman Yogyakarta*, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Skripsi, Tidak dipublikasikan
- Omu O, Al-Obaidi S, Reynolds F, 2014, Religious Faith and Psychosocial Adaptation among Stroke Patients in Kuwait : a Mixed Method Study, *Journal Religious Health*, 53 : 538 – 551
- Pasaribu J, 2012, *Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Perubahan Ansietas, Depresi dan Kemampuan mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta*, Universitas Indonesia, Tesis, Tidak dipublikasikan
- Pupuh NS, 2013, *Penurunan kadar kortisol dan perubahan stres persepsi pada pasien kusta yang mengalami distress dengan menggunakan modifikasi Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM)- Zikir Asmaul Husna di Rumah Sakit Kusta Sumber Glagah Mojokerto* Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya, Tesis, Tidak dipublikasikan
- Pramisiwi A, Kualasari, FI, Ramadhan HN, Sari M, Mahardika RA, Setianingsih, Suhartiningsih, Supriyanti D, 2011, *Evidence Based Practice: Intervensi Spiritual Keperawatan melalui murottal Surah Ar-Rahman di ruang ICU dan IGD Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*, Tidak dipublikasikan
- Ramadia A, 2013, *Pengaruh Terapi Kognitif dan Psikoedukasi keluarga terhadap Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif, Depresi dan Ketidakberdayaan*, Universitas Indonesia, Tesis, Tidak dipublikasikan
- Ratnasari D, 2010, *Perbedaan skor fungsi kognitif stroke iskemik pertama dengan iskemik berulang dengan lesi hemisfer kiri*, Universitas Sebelas Maret, Skripsi, Tidak dipublikasikan
- Reyes BAS, 2006, Pro-opiomelanocortin colocalizes with corticotropin-releasing factor in axon terminals of the noradrenergic nucleus locus coeruleus. *European Journal of Neuroscience*, Vol. 23(3): 2067-2077.
- Rizkiana U, 2008, *Penerimaan Diri Pada Remaja Penderita Leukimia* Universitas Gunadarma, Jurnal, Tidak dipublikasikan

- Rohadirja R, Komariah M, Adiningsih D, 2012, Konsep Diri pada Pasien Stroke Ringan di Poliklinik Saraf RSUD SumedangFakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran, Skripsi, Tidak dipublikasikan
- Safaria T, 2005, *Autisme: Pemahaman baru untuk hidup bermakna bagi orangtua*, Yogyakarta, Graha Ilmu
- Sanders D & Wills F, 2005, *Cognitive Therapy : An Introduction*, 2nd Ed, California : SAGE Publication Ltd
- Schub E, & Caple C, 2010, *Stroke Complication : Post Stroke Depression*. Glendale, California: Cinahl Information System
- Suhami N, Muhamad M., Krauss SE, 2014, The Islamic Helaiing Approach to Cancer in Malaysia, *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*. Vol 4(6), 104-110
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL & Cheever KH, 2008, *Bruner & Suddarth Textbook of Medical Surgical Nursing*, 11th ed, Philadelphia : Lippincott, William & Wilkins
- Sun JH, Tan LT, Yu JT, 2014, Post-stroke Cognitive Impairment : Epidemiology, Mechanism and Management, *Annals Translational Medicine* 2(8):80
- Sutomo, 2013, *Korelasi antara fungsi kognitif yang diukur dengan MMSE-Ina dan kualitas hidup yang diukur dengan EuroQol pada penderita pasca stroke*, Universitas Airlangga, Tesis, Tidak dipublikasikan
- Tebba S, 2004, *Kecerdasan Sufistik Jembatan Menuju Makrifat*, Jakarta: Kencana
- Tomb DA, 2007, *Psychiatry*, Australia: Lippincott Williams & Wilkin
- Townend E, Tinson D, Kwan J, Sharpe M, 2010, "Feeling sad and useless" : an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. *Clinical Rehabilitation*. 24(6):555-564
- Townsend MC, 2005, *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*, 3rd Ed, Philadelphia: F.A. Davis Company
- Tridhonanto, 2012, *Membangun Karakteristik Sejak Dini*, Jakarta, Gramedia
- Valentino RJ, 2008, Convergen Regulation of Locus Coeruleus activity as an Adaptive Responses to Stress. *European Journal of Pharmacology*, Vol. 583: 194-203
- Wicaksana I, 2008, *Mereka Bilang Aku Sakit Jiwa : Refleksi Kasus Psikiatri dan Problematika Kesehatan Jiwa di Indonesia*, Yogyakarta: Kanisius
- Widhowati SS, 2010, *Efektivitas Terapi Audio dengan Murattal Surah Ar Rahman untuk Menurunkan Perilaku Kekerasan di RSJD. Dr. Amino Gondohutomo Semarang*, Universitas Diponegoro, Tesis, Tidak dipublikasikan

- Wilgram AL, 2002, *The Effect of Vibroacoustic therapy on clinical and non clinical Population. St Georges Hospita*, Medical School London University (Unpublished Dissertation Paper)
- William L & Hopper D, 2003, *Understanding Medical Surgical Nursing*, Third Edition, Philadelphia: FA. Davis Company.
- Wilson CJ, Finch CE, Cohen HJ, 2002, Cytokine and Cognition-The Case for A Head to Toe Infammatory Paradigm, *Geriatric Bioscience*, 50(12): 2041-2056
- Yayasan Stroke Indonesia, 2012, *Tangani Masalah Stroke di Indonesia*. <http://www.yastroki.or.id> Diakses tanggal 15 Desember 2015
- Yunmar RA & Phoa V, 2013, *Aplikasi Kepribadian Berbasis Jaringan Syaraf Tiruan Menggunakan Multi-Layer Perception*, Universitas Gadjah Mada. Tesis Tidak dipublikasikan.
- Zohar D, 2000, *SQ – Spiritual Intelligence, the Ultimate Intelligence*, <http://www.alismorgan.co.uk/Zohar%202000>, diakses tanggal 20 Juli 2016.
- Zohar D & Marshall I, 2010, *SQ: Kecerdasan Spiritual*, Bandung, Mizan

LAMPIRAN



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
RUMAH SAKIT UMUM "HAJI SURABAYA"
e-mail: rsuhajisbyl@yahoo.com Telp. (031) 5924000 Fax. 031 - 5947890
Jalan Manyar Kertoadi Surabaya 60177

Surabaya, 29 April 2016

Nomor : 070 / 922 / 304 / 2016
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pemberitahuan

Kepada
Yth. Sdr. Dekan
Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
di-
SURABAYA

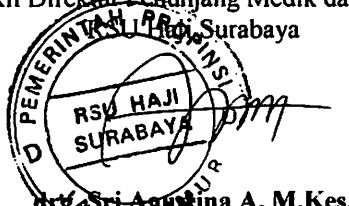
Menindaklanjuti surat saudara nomor: 143/UN3.1.13/PPd/S2/2016 tanggal 07 April 2016 tentang permohonan ijin penelitian, dengan ini diberitahukan bahwa pada dasarnya kami tidak keberatan menerima mahasiswa saudara:

Nama : Uswatun Khasanah,SKepNs
Institusi : Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Judul : Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual Terhadap Penerimaan Diri Pada Klien Stroke Iskemik

Untuk melaksanakan penelitian, dimohon yang bersangkutan berkoordinasi ke Bidang Diklit RSU Haji Surabaya.

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n Direktur
Wakil Direktur Penunjang Medik dan Diklit
RSU Haji Surabaya


dr. Sri Agustina A, M.Kes.
Pembina Utama Muda
NIP. 19600813 198503 2 005



**PANITIA ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RSU HAJI SURABAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 073/ II /KOM.ETIK/2016

PANITIA KELAIKAN ETIK RSU HAJI SURABAYA TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA PROPOSAL PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN BERJUDUL :

**"Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual Terhadap Penerimaan Diri
Pada Klien Stroke Iskemik "**

PENELITI : USWATUN KHASANAH
INSTITUSI : Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Instalasi Rawat Inap

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 28 April 2016

Ketua.

Dr. ROOSENO, SpTHT
NIP. 19550504 198312 1 003



SURAT KETERANGAN
No.070 / 157 / 03.2.2 / 2016

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : WAHYU HANDAYANI,SKM
NIP : 19610724 198412 2 002
Pangkat/Golongan : Penata Tk-1/ III-d
Jabatan : Ka. Seksi Litbang RSU Haji Surabaya

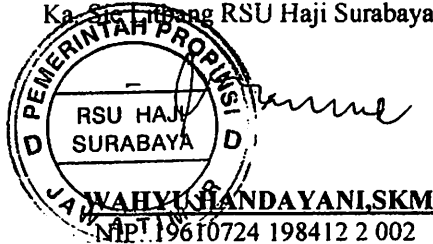
Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Uswatun Khasanah
NIM : 131414153040
Institusi : Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR
Surabaya
Judul : Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual Terhadap
Penerimaan Diri Pada Klien Stroke Iskemik

Telah selesai melaksanakan penelitian di Instalasi Rawat Inap RSU Haji Surabaya pada bulan Juni 2016.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 11 Juli 2016
An. Kepala Bidang Diklit
Ka. Seksi Litbang RSU Haji Surabaya



Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Uswatun Khasanah

NPM : 131414153040

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang **“Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual terhadap Penerimaan Diri pada Klien Stroke Iskemik”**.

Sehubungan dengan penelitian yang akan dilakukan, maka dengan ini saya meminta kesediaan Bapak/Ibu/Saudara menjadi responden. Semua informasi dan identitas responden akan dirahasiakan dan hanya untuk kepentingan penelitian. Saya mohon kepada Bapak/Ibu/Saudara untuk menjawab pertanyaan pada kuesioner dengan sejujurnya. Apabila dalam penelitian ini Bapak/Ibu/Saudara merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang akan dilakukan, maka Bapak/Ibu/Saudara dapat mengundurkan diri. Bapak/Ibu/Saudara akan menjalani terapi sekali sehari selama lima hari, masing-masing sesi selama 45 menit.

Apabila Bapak/Ibu/Saudara berkenan menjadi responden, silahkan menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

Uswatun Khasanah

LEMBAR PENJELASAN

- Nama Peneliti : Uswatun Khasanah
- Judul Penelitian : **Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual terhadap Penerimaan Diri pada Klien Stroke Iskemik**
Penelitian ini menggunakan intervensi kognitif yang bertujuan mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif dengan menggunakan pendekatan spiritual melalui murotal QS. Ar-Rahman ayat 1-78 untuk meningkatkan rasa syukur dan penerimaan diri klien stroke iskemik
- Tujuan Penelitian : Menjelaskan pengaruh intervensi kognitif spiritual terhadap penerimaan diri klien stroke iskemik
- Manfaat Penelitian : Sebagai upaya mengoptimalkan penerimaan diri klien stroke iskemik agar tidak mengalami depresi dan serangan ulang.
- Manfaat bagi subyek : Dapat meningkatkan penerimaan diri terhadap perubahan yang terjadi setelah stroke dan mendapatkan dukungan keluarga.

Dalam penelitian ini, saya akan memberikan lembar kuesioner tahap penerimaan diri dan skala penerimaan diri. Setelah itu peneliti akan melakukan pertemuan dengan responden sekali sehari selama lima hari dengan durasi 45 menit. Materi dan tindakan yang dilakukan peneliti dalam setiap tindakan terlampir. Selama 45 menit, 5 menit dilakukan untu fase awal, 35 menit untuk penyampaian materi dan diskusi dan 5 menit terakhir untuk penutupan. Setelah menjalani pertemuan kelima, peneliti akan melakukan penilaian terhadap skala dan tahap penerimaan diri klien.

Dalam penelitian ini tidak ada resiko yang mempengaruhi secara fisik. Jika Bapak/Ibu/Saudara ingin berkomunikasi dengan peneliti, bisa menghubungi :

Nama : Uswatun Khasanah

No Telp : 082211172448

Partisipasi ini sepenuhnya bersifat sukarela, semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Bapak/Ibu/Saudara boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun tanpa ada konsekuensi sebelum Bapak/Ibu/Saudara memutuskannya.

Surabaya,

Yang mendapat penjelasan

Yang memberi penjelasan

()

Uswatun Khasanah

Saksi

()

INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN)

Setelah mendapatkan penjelasan yang telah saya mengerti dan pahami dengan baik, saya :

Nama :

Alamat :

Status :

Bahwa saya menyatakan (*setuju/tidak setuju) untuk ikut berperan sebagai subyek dalam penelitian yang berjudul : **Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual terhadap Penerimaan Diri pada Klien Stroke Iskemik.**

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran.

***Coret yang tidak perlu**

Surabaya, 2016

Yang mendapat penjelasan

Yang memberi penjelasan

()

Uswatun Khasanah

Saksi

()

Lampiran 2

LEMBAR OBSERVASI FUNGSI KOGNITIF
(Folstein Mini Mental State Exam)

Petunjuk : lembar observasi ini diisi langsung oleh peneliti berdasarkan hasil observasi/pemeriksaan dengan memberi tanda ceklis

Kode Klien :

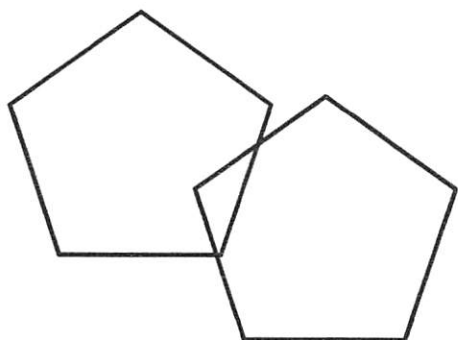
No	Domain	jawaban	Skor	
1	Orientasi			
	Tanggal berapa hari ini ?	Tanggal	1 <input type="checkbox"/>	
	Tahun berapa sekarang?	Tahun	1 <input type="checkbox"/>	
	Bulan apa sekarang	Bulan	1 <input type="checkbox"/>	
	Hari apa sekarang?	Hari	1 <input type="checkbox"/>	
	Sebutkan musim apa sekarang?	Musim	1 <input type="checkbox"/>	
	Sebutkan nama Rumah Sakit ini!	Rumah Sakit	1 <input type="checkbox"/>	
	Kita berada di lantai berapa?	Lantai	1 <input type="checkbox"/>	
	Apa nama kota ini?	Kota	1 <input type="checkbox"/>	
	Apa nama negara kita?	Negara	1 <input type="checkbox"/>	
Kita berada di ruang rawat/bagian apa?	Ruangan	1 <input type="checkbox"/>		
Skor maksimum : 10				
2	Registrasi			
	Tanyakan pada klien, jika akan memeriksa memorinya. Katakan “bola”, “bendera”, “pohon”, secara jelas dan lambatselama 1 detik untuk setiap kata tersebut. Setelah selesai minta klien menyebutkan kembali. Cek pada kotak sebelah kanan untuk setiap jawaban yang benar. Beri skor 1 untuk setiap jawaban yang benar. Jika klien tidak dapat mengulang secara benar, ulangi sampai 6 kali sampai klien dapat mengulang kata tersebut.	Bola Bendera Pohon	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
	Skor maksimum : 3			
3	Perhatian dan Perhitungan			
	a. Tes menghitung mundur	93	1 <input type="checkbox"/>	
	Minta klien untuk memulai menghitung dari 100 dan hitung mundur dikurangi 7. Catat jawaban benar pada kotak di sebelah kanan. Setiap jawaban dikurangi 7 dianggap benar. Skor berdasarkan perhitungan yang benar. Contoh 93, 86, 80, 72, 65 diberi skor 4; 93, 86, 78, 70, 62 diberi skor 2	86	1 <input type="checkbox"/>	
		79	1 <input type="checkbox"/>	
		72	1 <input type="checkbox"/>	
		65	1 <input type="checkbox"/>	

	<p>b. Tes mengeja mundur Minta klien mengeja kata “DUNIA” dari belakang ke depan. Gunakan instruksi untuk menentukan jawaban yang benar, cek di kotak sebelah kanan untuk setiap jawaban yang benar</p> <p>c. Skor akhir Bandingkan nilai tes menghitung dan mengeja mundur. Catat nilai yang paling besar dari dua skor pada kotak bertuliskan skor akhir di bawah dan gunakan itu sebagai total skor</p>	<p>D U N I A</p>	<p>1□ 1□ 1□ 1□ 1□</p>
	Skor maksimum : 5		
4	<p>Mengingat Kembali Tanyakan pada klien 3 kata baru yang ditanyakan untuk dia ingat. Beri skor 1 untuk setiap jawaban yang benar</p>	<p>Bola Bendera Pohon</p>	<p>1□ 1□ 1□</p>
	Skor maksimum :		
5	Bahasa		
	Menamai		
	Perlihatkan sebuah jam tangan dan tanyakan apa yang diperlihatkan. Ulangi dengan cara yang sama untuk sebuah pensil	<p>Jam tangan Pensil</p>	<p>1□ 1□</p>
	Mengulang		
	Klien diminta untuk mengulang “jika tidak, dan, atau tetapi”	mengulang	1□
	Perintah Tiga Bertingkat		
	Tentukan tangan dominan klien. Berikan selembar kertas kosong dan katakan, “ambil kertas dengan tangan kanan/kiri (sesuai tangan dominan), lipat dua, dan letakkan di meja”.	<p>Mengambil kertas dengan tangan Melipat kertas jadi duabagian Meletakkan kertas di meja</p>	<p>1□ 1□ 1□</p>
	Membaca		
	Bentangkan sebuah kartu yang bertuliskan “tutup mata anda” sehingga klien dapat melihat dengan jelas. Minta untuk membaca dan melakukan apa yang dibaca. Cek kotak di sebelah kanan hanya jika klien menutup mata.	Menutup mata	1□
	Menulis		
	Berikan klien selembar kertas kosong dan minta untuk menuliskan sebuah kalimat. Kalimat harus ditulis secara spontan. Jika kalimat mengandung satu subyek dan satu kata kerja, menunjukkan dia mampu, cek	Menulis kalimat	1□

	kotak sebelah kanan. Susunan kata yang tepat dan penggunaan tanda baca tidak terlalu penting.		
	Meniru		
	Tunjukkan klien gambar pentagon berpotongan. Minta untuk menggambar pentagon tersebut (sekitar 1 inci untuk setiap sisi) pada kertas yang diberikan. Jika 10 sudut terlihat dan 22 sudut berpotongan, cek kotak pada sebelah kanan. Abaikan tremor dan rotasi.	Meniru pentagon	1 <input type="checkbox"/>
	Skor maksimum : 9		
	TOTAL SKOR		

Sumber : Folstein MF, Folstein SE, and McHugh (1975).
<http://enoters.tripod/MMSE.pdf>

Tutup Mata Anda !



Lampiran 3

Karakteristik Responden

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda (√) pada kotak yang tersedia pada setiap jawaban.

No Responden :

A. Data Demografi

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Usia tahun | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jenis kelamin | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Laki-laki | |
| <input type="checkbox"/> Perempuan | |
| 3. Kedekatan dengan Qur'an | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sering membaca dan paham maknanya | |
| <input type="checkbox"/> Sering membaca tanpa paham maknanya | |
| <input type="checkbox"/> Biasa mendengarkan murotal Qur'an (minimal 3x seminggu) | |
| <input type="checkbox"/> Jarang mendengarkan murotal Qur'an | |
| 4. Pendidikan | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SD | |
| <input type="checkbox"/> SMP | |
| <input type="checkbox"/> SMU | |
| <input type="checkbox"/> ≥ S1 | |
| 5. Pekerjaan | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tidak bekerja/Ibu Rumah Tangga | |
| <input type="checkbox"/> Petani/Pedagang/Buruh | |
| <input type="checkbox"/> PNS/TNI/Polri | |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain | |
| 6. Pendapatan perbulan Rp. | <input type="checkbox"/> |

B. Riwayat kesehatan

1. Riwayat hipertensi

Ya

Tidak

Jika memiliki riwayat hipertensi, tekanan darah rata-rata :

Dengan/tanpa minum obat rutin.



Data berikut diisi oleh peneliti

1. Jenis stroke iskemik (berdasarkan CT Scan kepala)

.....
.....
.....
.....

Lampiran 4

Kuesioner Skala Penerimaan Diri

No Responden (Diisi oleh peneliti) :

Usia :

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah pernyataan yang terdapat pada lembar berikut, kemudian pilih salah satu jawaban yang sesuai dengan perasaan anda yang sebenarnya.
2. Semua jawaban adalah benar
3. Jawablah semua pertanyaan yang ada
4. Pilih salah satu jawaban dari empat jawaban yang tersedia
 Pilih (SS) bila pernyataan tersebut **sangat sesuai**
 Pilih (S) bila pernyataan tersebut **sesuai**
 Pilih (TS) bila pernyataan tersebut **tidak sesuai**
 Pilih (STS) bila pernyataan tersebut **sangat tidak sesuai**
5. Berilah tanda centang (√) pada jawaban yang anda pilih

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Ketidakmampuan mempengaruhi semua aspek kehidupan saya				
2	Ketidakmampuan membuat saya tidak bisa melakukan sesuatu yang bisa dilakukan orang lain				
3	Memiliki ketidakmampuan atau tidak, saya bisa memberikan kebaikan dalam hidup ini				
4	Karena ketidakmampuan ini, tidak banyak yang bisa saya lakukan untuk orang lain				
5	Penampilan fisik dan kemampuan fisik adalah hal yang terpenting dalam hidup				
6	Orang dengan ketidakmampuan memiliki banyak kekurangan, tetapi masih banyak yang bisa dia lakukan				
7	Sekuat apapun saya berusaha, saya tidak akan menjadi orang yang sama dengan dulu (sebelum memiliki ketidakmampuan ini)				
8	Melihat orang lain melakukan hal yang tidak bisa saya lakukan membuat saya merasa sangat buruk				
9	Hal yang paling penting di dunia adalah kemampuan fisik				
10	Ketidakmampuan saya membuat orang lain lebih berarti daripada saya				

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
11	Ketidakmampuan membuat saya sering merasa sedih				
12	Meskipun memiliki ketidakmampuan, saya merasa hidup saya sudah lengkap				
13	Kebaikan dan prestasi hidup saya tidak begitu penting dibandingkan dengan orang yang sehat				
14	Ketidakmampuan fisik mempengaruhi kemampuan mental seseorang				
15	Ketidakmampuan ini mengganggu apapun yang akan saya lakukan, terutama pikiran saya				
16	Banyak hal yang bisa dilakukan orang yang memiliki ketidakmampuan seperti saya				
17	Ketidakmampuan mempengaruhi saya lebih dari karakter saya yang lain				
18	Masih banyak hal lain yang lebih penting daripada kemampuan fisik dan penampilan				
19	Hampir semua aspek kehidupan telah tertutup untuk saya				
20	Ketidakmampuan menghalangi saya melakukan apapun dan menghalangi saya untuk menjadi orang baik yang saya inginkan				
21	Saya merasa sebagai orang yang cukup meskipun dengan batasan ketidakmampuan ini				
22	Ketidakmampuan ini mempengaruhi aspek kehidupan yang paling penting buat saya				
23	Ketidakmampuan yang saya alami adalah hal terburuk yang bisa terjadi pada manusia				
24	Anda membutuhkan kebaikan dan seluruh tubuh untuk memiliki pikiran yang baik				
25	Kadang saya lupa bahwa saya memiliki ketidakmampuan				
26	Jika saya tidak memiliki ketidakmampuan ini, mungkin saya akan menjadi orang yang lebih baik				
27	Memikirkan ketidakmampuan ini membuat saya merasa sedih dan marah karena saya tidak mampu untuk melakukan hal lain				
28	Orang dengan ketidakmampuan masih bisa melakukan banyak hal dengan baik				
29	Saya merasa puas dengan ketidakmampuan ini, dan ketidakmampuan tidak mengganggu saya				

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
30	Ketidakmampuan ini mengganggu saya melakukan semua hal yang ingin saya lakukan				
31	Penampilan dan fisik secara keseluruhan yang menentukan seseorang				
32	Saya tahu apa yang bisa saya lakukan dengan ketidakmampuan ini dan saya merasa bisa hidup dengan sempurna				
Total skor					

Sumber : *Acceptance of Disability Scale-Revised*, revisi dari *Acceptance of Disability Linkowski, 1971 (Groomes, 2004)*

Lampiran 5

Kuesioner Tahap Penerimaan Diri (Kubler Rose, 1969)

No Responden (Diisi oleh peneliti) :

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah pernyataan yang terdapat pada lembar berikut, kemudian pilih salah satu jawaban yang sesuai dengan perasaan anda yang sebenarnya.
2. Semua jawaban adalah benar
3. Jawablah semua pertanyaan yang ada
4. Pilih salah satu jawaban dari empat jawaban yang tersedia
 Pilih (SS) bila pernyataan tersebut **sangat sesuai**
 Pilih (S) bila pernyataan tersebut **sesuai**
 Pilih (TS) bila pernyataan tersebut **tidak sesuai**
 Pilih (STS) bila pernyataan tersebut **sangat tidak sesuai**
5. Berilah tanda centang (✓) pada jawaban yang anda pilih

No	pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
Tahap Denial					
1	Saya tidak percaya ketika saya pertama kali dikatakan menderita stroke				
2	Saya bertanya kepada diri sendiri kenapa saya bisa terkena stroke				
3	Saya meminta dilakukan pemeriksaan ulang untuk memastikan penyakit saya				
4	Dalam keluarga saya tidak ada yang menderita stroke				
5	Tidak mungkin saya terkena stroke				
Total					
Tahap Anger					
1	Saya merasa penyakit yang menimpa diri saya tidak adil				
2	Saya sering bertanya apa salah saya sehingga saya menderita stroke				
3	Saya sering menyalahkan Tuhan atas masalah yang saya hadapi sekarang				
4	Penyakit ini disebabkan suami/istri/orang lain yang membuat banyak masalah dalam kehidupan saya				
5	Seharusnya bukan saya yang terkena penyakit ini, tetapi orang lain karena saya selalu sehat dan tidak pernah sakit.				
Total					

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
Tahap Bargaining					
1	Mungkin jika saya diperiksa ulang, kondisi saya tidak seburuk yang dikatakan				
2	Saya akan berusaha untuk melakukan yang terbaik demi kesembuhan saya				
3	Saya berharap ada keajaiban dalam hidup saya				
4	Jika saja saya tidak sakit stroke, saya akan melakukan banyak aktivitas untuk orang lain				
5	Jika saya tidak stroke, saya akan beribadah lebih rajin dari sebelumnya				
Total					
Tahap Depresi					
1	Saya merasa penyakit ini karena kelalaian saya dalam menjaga makanan dan tidak pernah olahraga				
2	Saya merasa penyakit ini sebagai hukuman atas kesalahan saya di masa lalu				
3	Saya malu dengan kondisi saya sekarang yang tidak seperti dulu lagi				
4	Saya selalu memikirkan bagaimana masa depan keluarga setelah saya menderita penyakit stroke				
5	Saya sangat sedih, saya tidak peduli dengan yang lainnya				
Total					
Tahap Acceptance					
1	Saya ikhlas menerima kekurangan yang saya miliki setelah menderita penyakit ini				
2	Saya akan melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan saya yang terbatas ini				
3	Saya menganggap Tuhan memberikan masalah ini karena saya orang yang kuat dan mampu menghadapi masalah ini				
4	Saya akan menerima segala kemungkinan terburuk yang akan terjadi pada saya				
5	Semua akan baik-baik saja meskipun saya mengalami stroke				
Total					

Apa yang sekarang Bapak/ Ibu/ Saudara rasakan setelah mengalami stroke, apakah tidak percaya, marah, berharap tidak terjadi, sedih atau menerima?

Mohon ungkapkan perasaannya

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Lampiran 7

JADWAL KEGIATAN INTERVENSI KOGNITIF SPIRITUAL

Kode klien :

Hari	Kegiatan	Respon/efek
1	Internalisasi QS Ar-Rahman 1. Mampu memahami makna QS Ar-Rahman 2. Ampu mengidentifikasi nikmat Tuhan yang sudah diterima 3. Mampu menumbuhkan rasa syukur atas nikmat yang diterima 4. Mampu menjalani kehidupan setelah serangan stroke tanpa menyalahkan Tuhan	
2	Identifikasi Pikiran Negatif 1. Mampu mengenal dan mengungkapkan pikiran negatif 2. Mampu memilih satu pikiran negatif yang dirasakan paling mengganggu untuk didiskusikan 3. Mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif 4. Mampu menuliskan pikiran negatif pertama dan tanggapan rasionalnya	
3	Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif 1. Mampu memilih pikiran negatif kedua dan ketiga yang akan diselesaikan 2. Mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif 3. Mampu menuliskan	

	pikiran negatif kedua dan ketiga dan tanggapan rasionalnya	
4	<p>Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran negatif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu memberikan tanggapan terhadap pelaksanaan intervensi kognitif spiritual 2. Mampu mengungkapkan hasil dan manfaat setelah menjalani intervensi kognitif spiritual 3. Mampumeningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran negatif yang muncul 	
5	<p>Keluarga sebagai <i>Support System</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengungkapkan pikiran negatif, alasan munculnya pikiran negatif, memberikan tanggapan rasional, menungkapkan hasil intervensi dan membuat catatan harian 2. Keluarga mampu mengungkapkan dukungan dalam membantu klien melaksanakan intervensi kognitif spiritual 3. Keluarga mampu membantu klien dalam pembuatan catatan harian 4. Keluarga mampu memberikan pujian terhadap perilaku positif klien 	



OLEH :
USWATUN KHASANAH
131414153040

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2016**

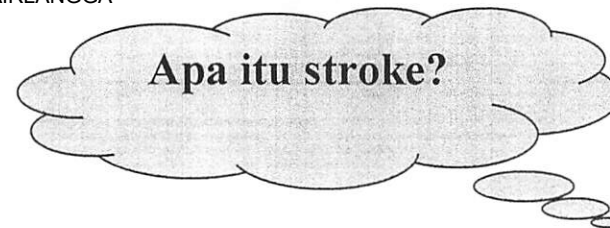
Puji syukur penulis haturkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian tentang **Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual terhadap Penerimaan Diri pada Klien Stroke Iskemik**.

Ancaman kematian dan kecacatan pada klien stroke dapat menimbulkan pikiran negatif pada klien yang dapat mengakibatkan kejadian depresi. Depresi post stroke terjadi pada sepertiga klien stroke dan dapat meningkatkan resiko kejadian serangan ulang pada klien. Klien yang fokus pada kelemahan diri, kehilangan peran, gangguan citra tubuh, kurangnya support system dan dukungan spiritual membutuhkan bantuan perawat untuk menguatkan psiko dan spiritualnya.

Intervensi kognitif spiritual merupakan tindakan mandiri perawat yang mampu merubah pikiran negatif menjadi pikiran positif yang diawali dengan membangkitkan rasa syukur klien melalui murotal QS Ar-Rahman dan dilanjutkan dengan intervensi kognitif setiap hari selama lima hari berturut-turut. Semoga buku panduan ini dapat bermanfaat untuk klien stroke iskemik dan menambah ketrampilan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik. Terimakasih penulis haturkan pada segenap pembimbing dan penguji yang telah membantu menyempurnakan buku panduan ini. Segala kesempurnaan hanya milik Alloh, atas masukan dan kritikan dari pembaca dan pengguna penulis ucapkan terimakasih.

Penulis

Halaman Judul	1
Kata Pengantar	1
Daftar Isi	2
Apa itu stroke?	2
Siapa yang bisa menderita stroke?	3
Pembagian stroke	3
Tanda awal serangan stroke	3
Apa yang akan terjadi dengan orang stroke	4
Kenapa saya stroke?	4
Apa itu intervensi kognitif spiritual?	4
Kenapa menggunakan intervensi kognitif spiritual?	5
Kenapa QS. Ar-Rahman?	5
Bagaimana melakukan intervensi kognitif spiritual?	6
Langkah 1	6
Langkah 2	6
Langkah 3	7
Langkah 4	8
Langkah 5	9
Daftar Pustaka	10
Lampiran	11



Stroke adalah gangguan aliran darah di otak yang dapat menyebabkan kelemahan fisik



Siapa yang bisa menderita stroke?

Stroke bisa disebabkan oleh :

1. Tekanan Darah Tinggi
2. Penyakit jantung
3. Diabetes Mellitus
4. Peningkatan kadar lemak darah
5. Merokok
6. Obesitas/ Kegemukan
7. Kurang aktivitas/ olahraga
8. Usia tua

Pembagian stroke

Stroke terbagi menjadi dua kategori :

1. Stroke iskemik
Stroke yang disebabkan oleh sumbatan pada pembuluh darah di otak sehingga otak tidak mendapatkan pasokan oksigen dan nutrisi.
2. Stroke hemoragik
Stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak sehingga aliran darah ke otak tidak optimal.

Tanda awal serangan stroke adalah FAST

1. *Facial drooping* / Senyum tidak simetris
2. *Arm weakness* / Salah satu atau kedua tungkai terasa lemah atau mati rasa
3. *Speech impairment* / Tidak bisa mengucapkan satu kata sederhana dengan jelas
4. *Time* / Waktunya untuk segera menghubungi rumah sakit jika tanda FAST muncul



APA YANG AKAN TERJADI DENGAN ORANG YANG MENGALAMI STROKE ISKEMIK?

Gangguan yang terjadi setelah stroke tergantung daerah otak yang terganggu aliran darahnya. Pasien stroke bisa mengalami:

- 1. Gangguan fungsi berpikir : kehilangan memori/mudah lupa, gangguan konsentrasi, tidak mampu menghitung dan kemampuan bahasa berkurang
- 2. Gangguan pergerakan : kelemahan atau kelumpuhan pada sebelah atau semua sisi tubuh
- 3. **Gangguan psikologis : emosi mudah berubah, mudah stres, putus asa, marah, menarik diri dan depresi**
- 4. Gangguan lain : gangguan bicara dan memahami pembicaraan, disorientasi waktu dan orang



Kenapa saya stroke



Sakit dan penyakit merupakan peristiwa yang selalu menyertai hidup manusia sejak jaman Nabi Adam. Di hadapan Allah SWT, orang sakit memiliki kedudukan yang mulia. “Tidak ada yang menimpa seorang muslim kepenatan, sakit yang berkesinambungan (kronis), kebingungan, kesedihan, penderitaan, kesusahan, sampai duri yang ia tertusuk karenanya, kecuali dengan itu Allah menghapuskan dosanya (HR. Bukhori).

Apa itu intervensi kognitif spiritual?

Intervensi kognitif spiritual adalah psikoterapi untuk membantu pasien merubah cara pandang, dari negatif menjadi positif dengan cara menerima bahwa semua ketentuan adalah dari Allah SWT dan menggali aspek positif dari diri sendiri.

Kenapa menggunakan intervensi kognitif spiritual?

Intervensi kognitif spiritual digunakan agar :

1. Pasien dapat mengenal pikiran negatif yang muncul.
2. Pasien dapat memahami hubungan antara pikiran, perasaan dan perilaku.
3. Pasien dapat mengganti pikiran negatif dengan pikiran yang lebih realistik.
4. Pasien dapat menerima kondisinya dengan memahami bahwa semua perubahan ini adalah ketentuan dari Allah SWT dengan memahami QS Ar-Rahman

Pikiran negatif berasal dari perasaan negatif yang tidak disadari, akibat penilaian peristiwa yang dinilai sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan. Perasaan sedih timbul dari penilaian negatif terhadap suatu peristiwa. Perasaan yang dialami seseorang bukanlah akibat peristiwa yang datang, tetapi cara mempersepsikan peristiwa yang terjadi

Kenapa Qur'an Surat Ar-Rahman?

Surat Ar-Rahman adalah surat ke 55 dalam Qur'an yang tergolong surat makiyyah dan diberi nama sesuai dengan ayat pertama yaitu "Ar-Rahman" yang artinya Maha Pengasih. QS. AR-Rahman terdiri dari 78 ayat yang memiliki ciri khas pengulangan ayat yang sama sebanyak 33 kali, yaitu ayat "Fa-biayyi alaa'i Rabbikuma tukadzdziban" yang artinya "Maka nikmat Allah yang manakah yang kamu dustakan?". Penekanan dengan mengulang ulang ayat ini mengajak umat Islam untuk selalu mensyukuri atas semua nikmat Allah yang diberikan kepada manusia yang telah disebutkan dalam surat tersebut.

Rasa syukur atas semua nikmat yang selama ini Allah berikan dan penerimaan/tawakal terhadap ketentuan Allah dapat menimbulkan ketenangan dan hati menjadi tenang. Penelitian sebelumnya membuktikan bahwa dengan mendengarkan QS Ar-Rahman dapat menurunkan kecemasan, menurunkan perilaku kekerasan, menurunkan tekanan darah dan nyeri.

Langkah 2: Identifikasi pikiran negatif

Identifikasi pikiran atau pernyataan yang dibuat pasien yang bersifat negatif dan membuat menderita

Pikiran negatifku

Tgl	No	Daftar pikiran negatif	Pikiran negatif yang dipilih

Bagaimana melakukan intervensi kognitif spiritual?

Langkah 1 : Mendengarkan dan menginternalisasi QS. Ar-Rahman ayat 1-78

Dengarkan dan resapi keindahan lantunan dan irama QS Ar-Rahman. Ulangi dalam hati makna “maka nikmat Tuhan yang manakah yang kamu dustakan” ketika sampai pada ayat “Fabiayyi ‘Alaai Robbikuma Tikadzibaan”

فَبِأَيِّ آلَاءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ

“So which of the favors of your Lord would you deny?”

Surah Ar-Rahman

Langkah 3 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif

Tanggapan rasional adalah pikiran yang lebih realistik dan tanggapan yang bersifat positif dari pikiran negatif yang timbul.

Tanggapan rasional dapat diberikan dengan cara :

1. Gunakan lawan kata pada keyakinan yang salah (pikiran negatif)
2. Tanggapan rasional harus merupakan pernyataan yang diyakini dan sesuai dengan kenyataan
3. Ungkapkan sebanyak mungkin tanggapan rasional untuk melawa pikiran negatif
4. Tanggapan rasional harus diungkapkan oleh pasien sendiri
5. Tanggapan rasional digunakan dengan penuh perasaan dan yakin
6. Tanggapan rasional harus kuat

Latihlah Diri Sudara:

1. Memilih pikiran negatif kedua yang akan diselesaikan dalam pertemuan ini
2. Memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif dan menuliskannya di kolom evaluasi

Tgl	No	Daftar pikiran negatif	Pikiran negatif yang dipilih

Caraku melawan pikiran negatifku

No :	
Pikiran negatifku :	
Tgl	Cara aku melawan
No	

Langkah 4: Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran negatif

Latihan melakukan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif jika dilakukan dengan rutin dan teratur dapat berguna untuk melawan dan mengontrol pikiran negatif yang sering muncul.

Keberhasilan terapi yang dilakukan dapat menurunkan kecemasan, penerimaan diri dan depresi, meningkatkan kemampuan cara mengatasi masalah, meningkatkan harga diri, meningkatkan gairah dans semangat hidup, menurunkan kesedihan, dan peningkatan bermakna terhadap aspek positif

Apa yang anda rasakan setelah menjalani intervensi kognitif spiritual

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Langkah 5: Keluarga sebagai system pendukung

Keluarga adalah orang terdekat yang selalu mendampingi dan merupakan “partner” perawat dalam memberikan perawatan sehari-hari. Adanya keluarga yang turut berperan dalam proses pengobatan akan membantu mempercepat kesembuhan.

Kondisi pasien yang mengalami penyakit fisik yang menimbulkan kelelahan, penurunan semangat, dan gairah hidup membuat pasien membutuhkan dukungan dari orang lain. Dukungan tersebut sangat dibutuhkan untuk keberhasilan terapi. Keluarga dapat membantu pasien pada saat pasien memberikan tanggapan rasional dari pikiran negatif yang muncul sehingga muncul pikiran positif pada pasien



CATATAN HARIANKU

Hari/ tgl, #jam	Pikiran negatifku	Cara aku melawan	Hasil

No	Hari/Tgl	Pikiran Negatif	Peran Keluarga	Hasil

DAFTAR PUSTAKA

Pasaribu J, 2012, *Pengaruh Terapi Kognitif dan Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Perubahan Ansietas, Depresi dan Kemampuan mengontrol Pikiran Negatif Klien Kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta*, Universitas Indonesia, Tesis, Tidak dipublikasikan

www.quran30.net/2012/08/surat-ar-rahman-ayat-1-78.htm

Evaluasi Keluarga :

Setelah melakukan latihan kognitif spiritual, yang terjadi pada pasien adalah

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Terjemah QS. Ar-Rahman

الرَّحْمٰنُ ﴿١﴾

Ar – Rahman(u)

1. (Allah) Yang Maha Pengasih

عَلَّمَ الْقُرْآنَ ﴿٢﴾

‘Allamal quraan(a)

2. Yang telah mengajarkan Al-Qur’an

خَلَقَ الْاِنْسَانَ ﴿٣﴾

Khalaqa-insaan(a)

3. Dia menciptakan manusia

عَلَّمَهُ الْبَيَانَ ﴿٤﴾

“Allamahul bayaan(a)

4. Mengajarnya pandai berbicara

الشَّمْسُ وَالْقَمَرُ مُحْسَبَانِ ﴿٥﴾

Asyamsu wal qamaru bihusbaanin

5. Matahari dan bulan beredar menurut perhitungan

Wannajmu wasy-syajaru yasjudaan(i)

6. Dan tetumbuhan dan pepohonan keduanya tunduk (kepada-Nya)

وَالسَّمَاءَ رَفَعَهَا وَوَضَعَ الْمِيزَانَ ﴿٧﴾

Wassamaa-a rafa’ahaa wawadha’al miizaan(a)

7. Dan langit telah ditiinggikan-Nya dan Dia ciptakan keseimbangan

الَّا تَطْغَوْا فِي الْمِيزَانِ ﴿٨﴾

Alaa tathgau fiil miizaan(i)

8. Agar kamu jangan merusak keseimbangan itu

وَأَقِيمُوا الْوَزْنَ بِالْقِسْطِ وَلَا تُخْسِرُوا الْمِيزَانَ ﴿٩﴾

Wa-aqiimuul wazna bil qisthi walaa tukhsiruul miizaan(a)

9. Dan tegakkanlah keseimbangan itu dengan adil dan janganlah kamu mengurangi keseimbangan itu

وَالْأَرْضَ وَضَعَهَا لِلْأَنَامِ ﴿١٠﴾

Wal ardha wadha'ahaa lil-anaam(i)

10. Dan bumi telah dibentangkanNya untuk makhlukNya

فِيهَا فَكِيهَةٌ وَالنَّخْلُ ذَاتُ الْأَكْمَامِ ﴿١١﴾

Fiihaa faakihatun wannakhlu dzaatul akmaam(i)

11. Didalamnya ada buah-buahan dan pohon kurma yang mempunyai kelopak mayang

وَالْحَبُّ ذُو الْعَصْفِ وَالرَّيْحَانُ ﴿١٢﴾

Wal habbu dzuul 'ashfi warraihaan(u)

12. Dan biji bijian yang berkulit dan bunga-bunga yang harum baunya

فَبِأَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ ﴿١٣﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

13. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ صَلْصَالٍ كَالْفَخَّارِ ﴿١٤﴾

Khalaqal-insaana min shalshaalin kal fakh-khaar(i)

14. Dan menciptakan manusia dari tanah kering seperti tembikar

وَخَلَقَ الْجَانَّ مِنْ مَّارِجٍ مِنْ نَّارٍ ﴿١٥﴾

Wakhalaqal jaanna min maarijin min naarin

15. Dan Dia menciptakan jin dari nyala api tanpa asap

فَبِأَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ ﴿١٦﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

16. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

رَبُّ الْمَشْرِقَيْنِ وَرَبُّ الْمَغْرِبَيْنِ ﴿١٧﴾

Rabbul masyriqaini warabbul maghribain(i)

17. Tuhan (yang memelihara) dua timur dan Tuhan (yang memelihara) dan barat

فَبِأَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ ﴿١٨﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

18. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

Marajal bahraini yaltaqiyaan(i)

19. Dia yang membiarkan dua laut mengalir yang
(kemudian) keduanya bertemu

﴿٢٠﴾ يَلْتَقِيَانِ لَا يَبْغِيَانِ

Bainahumaa barzakhun laa yabghiyaan(i)

20. Diantara keduanya ada batas yang tidak dilampaui
oleh masing-masing

﴿٢١﴾ فَبِأَيِّ آءَاءِ رَبِّكُمَا تُكذِّبَانِ

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

21. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu
dustakan?

﴿٢٢﴾ يَخْرُجُ مِنْهُمَا اللُّؤْلُؤُ وَالْمَرْجَانُ

Yakhruju minhumaallu'lu'u wal marjaan(u)

22. Dari keduanya keluar mutiara dan marjan

﴿٢٣﴾ فَبِأَيِّ آءَاءِ رَبِّكُمَا تُكذِّبَانِ

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

23. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu
dustakan?

﴿٢٤﴾ وَلَهُ الْجَوَارِ الْمُنشَآتُ فِي الْبَحْرِ كَالْأَعْلَامِ

Walahul jawaaril munsyaaatu fiil bahri kal
a'laam(i)

24. Milik Nyalah kapal-kapal yang berlayar di lautan
bagaikan gunung—gunung

﴿٢٥﴾ فَبِأَيِّ آءَاءِ رَبِّكُمَا تُكذِّبَانِ

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

25. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu
dustakan?

﴿٢٦﴾ كُلُّ مَنْ عَلَيْهَا فَانٍ

Kullu man 'alaihhaa faanin

26. Semua yang ada di bumi itu akan binasa

﴿٢٧﴾ وَيَبْقَى وَجْهَ رَبِّكَ ذُو الْجَلَالِ وَالْإِكْرَامِ

Wayabqa wajhu rabbika dzuul jalali qal-ikraam(i)

27. Tetapi wajah TuhanMu yang memiliki kebesaran
dan kemuliaan tetap kekal

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

28. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

﴿٢٩﴾ يَسْأَلُهُ مَنْ فِي السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ كُلَّ يَوْمٍ هُوَ فِي شَأْنٍ

Yasaluhu man fiis-samaawaati wal ardhi kulla yaumin huwa fii sya'nin

29. Apa yang di langit dan di bumi selalu meminta kepadaNya setiap waktu Dia dalam kesibukan

﴿٣٠﴾ فَبِأَيِّ آيَاتِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

30. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

﴿٣١﴾ سَنَفْرُغُ لَكُمْ أَيُّهَ الثَّقَلَانِ

Sanafrughu lakum ai-yuhaats-tsaqalaan(i)

31. Kami akan memberi perhatian sepenuhnya kepadamu wahai (golongan) manusia dan jin

﴿٣٢﴾ فَبِأَيِّ آيَاتِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

32. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

يَمْعَشَرِ الْجِنَّ وَالْإِنْسِ إِنْ أَسْتَطَعْتُمْ أَنْ تَنْفُذُوا مِنْ أَقْطَارِ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ فَانْفُذُوا لَا نَنْفُذُوكَ إِلَّا بِسُلْطَانٍ ﴿٣٣﴾

Yaa ma'syalaral jinni wal-insi iniistatha'tum an tanfudzuu min aqthaaris-samaawaati wal ardhi faanfudzuu laa tanfudzuuna ilaa bisulthaanin

33. Wahai golongan jin dan manusia! Jika kamu sanggup menembus (melintasi) penjuru langit dan bumi, maka tembuslah. Kamu tidak akan mampu menembusnya kecuali dengan kekuatan (dari Allah)

﴿٣٤﴾ فَبِأَيِّ آيَاتِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

34. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

﴿٣٥﴾ يُرْسَلُ عَلَيْكُمَا شَوْاظٌ مِنْ نَارٍ وَنُحَاسٌ فَلَا تَنْصِرَانِ

Yursalu 'alaikumaa syuwaazhun min naarin
wanuhaasun falaa tantashiraan(i)

35. Kepada kamu (Jin da manusia) akan dikirim nyala api dan cairan tembaga (panas) sehingga kamu tidak dapat menyelamatkan diri (darinya)

فِي أَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمْ أَتُكذَّبَانِ ﴿٣٦﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

36. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

فَإِذَا أَنْشَقَّتِ السَّمَاءُ فَكَانَتْ وَرْدَةً كَالدِّهَانِ ﴿٣٧﴾

Fa-idzaaan-syaqqatis-samaa-u fakaanat wardatan kaddihaan(i)

37. Maka apabila langit telah terbelah dan menjadi merah mawar seperti (kilauan) minyak

فِي أَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمْ أَتُكذَّبَانِ ﴿٣٨﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

38. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

فَيَوْمَئِذٍ لَا يُسْئَلُ عَنْ ذُنُوبِهِ إِنْسٌ وَلَا جَانٌّ ﴿٣٩﴾

Fayauma-idzin laa yusalu'an dzanbihi insun walaa jaannun

39. Maka pada hari itu manusia dan jin tidak ditanya tentang dosanya

فِي أَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمْ أَتُكذَّبَانِ ﴿٤٠﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

40. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

يَعْرِفُ الْمُجْرِمُونَ بِسِيمَاهُمْ فَيُؤْخَذُ بِالتَّوَصِيِّ وَالْأَقْدَامِ ﴿٤١﴾

Yu'raful mujrimuuna bisiimaahum fayu'khadzu binnawaashii wal aqdaam(i)

41. Orang-orang yang berdosa itu diketahui dengan tanda tandanya lalu direnggut ubun-ubun dan kakinya

فِي أَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمْ أَتُكذَّبَانِ ﴿٤٢﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

42. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

هَذِهِ جَهَنَّمُ الَّتِي يُكَذِّبُ بِهَا الْمُجْرِمُونَ ﴿٤٣﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

Hadzihi jahannamullatii yukadz-dzibu bihaal mujrimuun(a)

47.Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

43.Inilah neraka jahanam yang didustakan oleh orang-orang yang berdosa

ذَوَاتَا أَفْنَانٍ ﴿٤٨﴾

Qzawaataa afnaanin

يَطُوفُونَ بَيْنَهَا وَبَيْنَ حَمِيمٍ ءَانِي ﴿٤٤﴾

48.Kedua surga itu mempunyai aneka pepohonan dan buah-buahan

Yathuufuuna bainahaa wabaina hamiimin aanin

فِي أَيِّ ءِالَاءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ ﴿٤٩﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

44.Mereka berkeliling disana dan diantara air yang mendidih

49.Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

فِي أَيِّ ءِالَاءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ ﴿٤٥﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

فِيهِمَا عَيْنَانِ تَجْرِيَانِ ﴿٥٠﴾

Fiihimaa 'ainaanin tajriyaan(i)

45.Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

50.Didalam kedua surga itu ada dua mata air yang memancar

وَلِمَن خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ جَنَّاتٍ ﴿٤٦﴾

Waliman khaafa maqaama rabbihi jannataan(i)

فِي أَيِّ ءِالَاءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ ﴿٥١﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

46.Dan bagi siapa yang takut akan saat menghadap Tuhannya, ada dua surga

فِي أَيِّ ءِالَاءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ ﴿٤٧﴾

51. Nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

فِيهِمَا مِنْ كُلِّ فَاكِهَةٍ زَوْجَانِ ﴿٥١﴾

Fiihimaa min kulli faakihatini zaujaan(i)

52. Didalam kedua surga itu terdapat aneka buah-buahan yang berpasang-pasangan

فِي أَيِّ آيَةِ الرَّبِّ كَمَا تَكْذِبَانِ ﴿٥٢﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

53. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

مُتَّكِيَةً عَلَى فُرُشٍ بَطَائِنُهَا مِنْ إِسْتَبْرَاقٍ وَنَحَى الْجَنَّةِ دَانٍ ﴿٥٣﴾

Muttaki-iina 'ala furusyini bathaa-inuhaa min istabrajin wajanal jannataini daanin

54. Mereka bersandar diatas permadani yang bagian dalamnya dari sutera tebal dan buah-buahan di kedua surga itu (dapat) dipetik dari dekat

فِي أَيِّ آيَةِ الرَّبِّ كَمَا تَكْذِبَانِ ﴿٥٤﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

55. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

فِيهِنَّ قَصِيرَاتُ الظَّرْفِ أَمْ يَطْمِئِنَّ أَنْفُسَ قِبَلَهُمْ وَلَا جَانَّ ﴿٥٥﴾

Fiihinna qaashiraatuth-tharfi lam yathmishunna insun qablahum walaa jaannun

56. Di dalam surga itu ada bidadari-bidadari yang membatasi pandangan yang tidak pernah disentuh oleh manusia maupun jin sebelumnya

فِي أَيِّ آيَةِ الرَّبِّ كَمَا تَكْذِبَانِ ﴿٥٦﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

57. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

كَاانَهُنَّ الْيَاقُوتُ وَالْمَرْجَانُ ﴿٥٧﴾

Kaanahunnal yaquutu wal marjaan(u)

58. Seakan-akan mereka itu permata yakut dan marjan

فِي أَيِّ آيَةِ الرَّبِّ كَمَا تَكْذِبَانِ ﴿٥٨﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

59. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

هَلْ جَزَاءُ الْإِحْسَنِ إِلَّا الْإِحْسَنُ ﴿٦٠﴾

Hal jazaa-u ihsaani ilaa-ihsaan(u)

60. Tidak ada balasan untuk kebaikan selain kebaikan (pula)

فَبِأَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ ﴿٦١﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

61. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

وَمِنْ دُونِهِمَا جَنَّاتٍ ﴿٦٢﴾

Wamin duunihimaa jannataan(i)

62. Dan selain dari dua surga itu ada dua surga lagi

فَبِأَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ ﴿٦٣﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

63. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

Mudhammataan(i)

64. Kedua surga itu (kelihatan) hijau tua warnanya

فَبِأَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ ﴿٦٥﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

65. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

فِيهِمَا عَيْنَانِ نَضَّاخَتَانِ ﴿٦٦﴾

Fiihimaa 'ainaanin nadh-dhaakhataan(i)

66. Didalam keduanya (surga) itu ada dua buah mata air yang memancar

فَبِأَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ ﴿٦٧﴾

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

67. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

فِيهِمَا فَكِهَةٌ وَنَخْلٌ وَرُمَّانٌ ﴿٦٨﴾

Fiihimaa faakihatun wanakhlun warummaanun

68. Di dalam kedua surga itu ada buah-buahan, kurma dan delima

﴿٦٩﴾ فَبِأَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

69. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

﴿٧٠﴾ فِيهِنَّ خَيْرَاتٌ حِسَانٌ

Fiihinna khairaatun hisaanun

70. Di dalam surga-surga itu ada bidadari bidadari yang baik baik dan jelita

﴿٧١﴾ فَبِأَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

71. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

﴿٧٢﴾ حُورٌ مَّقْصُورَاتٌ فِي الْخِيَامِ

Huurun maqshuuraatun fiil khiyaam(i)

72. Bidadari bidadari yang dipelihara di dalam kemah kemah

﴿٧٣﴾ فَبِأَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

73. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

﴿٧٤﴾ لَمْ يَطْمِئِنَّهُنَّ إِنْسٌ قَبْلَهُمْ وَلَا جَانٌ

Lam yathmishunna insun qablahum walaa jaannun

74. Mereka sebelumnya tidak pernah disentuh oleh manusia maupun oleh jin

﴿٧٥﴾ فَبِأَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

75. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?

﴿٧٦﴾ مُتَّكِنِينَ عَلَى رُفْرَفٍ خُضْرٍ وَعَبْقَرِيٍّ حِسَانٍ

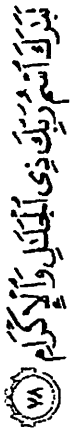
Muttaki-iina 'ala rafratin khudrin wa'abqarii-yin hisaanin

76. Mereka bersandar pada bantal hijau dan permadani permadani yang indah

﴿٧٧﴾ فَبِأَيِّ آءِ الْآءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ

Fabia-yi aalaa-i rabbikumaa tukadz-dzibaan(i)

77. Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?



Tabaarakaasmu rabbika dziiil jalali wal-ikraam(i)

78. Maha Suci Nama Tuhanmu, pemilik keagungan dan kemuliaan.

**INTERVENSI KOGNITIF SPIRITUAL
PADA KLIEN STROKE ISKEMIK**



PANDUAN UNTUK PERAWAT

USWATUN KHASANAH

131414153040

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

2016

Kata Pengantar

Puji syukur penulis haturkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian tentang **Pengaruh Intervensi Kognitif Spiritual terhadap Penerimaan Diri pada Klien Stroke Iskemik**.

Ancaman kematian dan kecacatan pada klien stroke dapat menimbulkan pikiran negatif pada klien yang dapat mengakibatkan kejadian depresi. Depresi post stroke terjadi pada sepertiga klien stroke dan dapat meningkatkan resiko kejadian serangan ulang pada klien. Klien yang fokus pada kelemahan diri, kehilangan peran, gangguan citra tubuh, kurangnya support system dan dukungan spiritual membutuhkan bantuan perawat untuk menguatkan psiko dan spiritualnya.

Intervensi kognitif spiritual merupakan tindakan mandiri perawat yang mampu merubah pikiran negatif menjadi pikiran positif yang diawali dengan membangkitkan rasa syukur klien melalui murotal QS Ar-Rahman dan dilanjutkan dengan intervensi kognitif setiap hari selama lima hari berturut-turut. Perawat sebagai garda terdepan tenaga kesehatan di Rumah Sakit yang selalu mendampingi klien dapat mengetahui kebutuhan klien akan dukungan psiko spritual klien sehingga intervensi ini dapat dilakukan sesuai kebutuhan klien.

Semoga buku panduan ini dapat bermanfaat untuk klien stroke iskemik dan menambah ketrampilan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik. Terimakasih penulis haturkan pada segenap pembimbing dan penguji yang telah membantu menyempurnakan buku panduan ini. Segala kesempurnaan hanya milik Alloh, atas masukan dan kritikan dari pembaca dan pengguna penulis ucapkan terimakasih.

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iii
Panduan Intervensi Kognitif Spiritual	1
A. Pendahuluan	1
B. Panduan Pelaksanaan Intervensi Kognitif Spiritual	2
SESI 1 : Mendengarkan dan internalisasi QS AR-Rahman.....	3
SESI 2 : Identifikasi Pikiran Negatif.....	5
SESI 3 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif.....	8
SESI 4 : Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran negatif.....	11
SESI 5 : Keluarga sebagai <i>Support System</i>	15

PANDUAN INTERVENSI KOGNITIF SPIRITUAL

A. Pendahuluan

Perubahan fisik akibat penyakit stroke akan berdampak pada kondisi psikis klien. Pikiran negatif dapat timbul sebagai hasil keputusan, tidak berdaya, dampak fisik seperti kelelahan, mual, muntah dll. Sesuatu yang dirasakan individu akan berhubungan dengan bagaimana ia berpikir terhadap peristiwa yang terjadi. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa setiap individu dapat memiliki perasaan yang berbeda serta cara interpretasi yang berbeda pula.

Burn (1990) menjelaskan bahwa pikiran negatif berasal dari perasaan negatif yang tidak disadari. Pikiran negatif timbul akibat penilaian yang negatif terhadap stimulus yang dipersepsikan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan. Perasaan sedih timbul dari penafsiran yang negatif terhadap stimulus. Perasaan yang dialami seseorang bukanlah akibat peristiwa atau stimulus yang datang melainkan cara individu tersebut mempersepsikan peristiwa atau stimulus yang terjadi.

Upaya untuk mengubah pikiran negatif dibutuhkan kemampuan untuk mengenali pikiran negatif yang sering muncul dan mengganggu. Setelah pikiran negatif dikenali, maka lakukan cara melawan pikiran negatif dengan memunculkan pikiran positif. Klien akan belajar merubah pikiran negatif dengan mencari bukti yang mendukung atau menentang pikiran negatif, menciptakan kemungkinan persepsi yang realistis, mengumpulkan informasi untuk membentuk persepsi, merumuskan kembali istilah yang diperoleh, menghubungkan persepsi dengan peristiwa dan bermain peran, kemampuan menginterpretasikan pikiran alternatif (Blackburn & Davidson, 1990).

Latihan pada sesi 1 merupakan aplikasi intervensi kognitif spiritual yang bertujuan untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif, mengetahui penyebab pikiran negatif yang dirasakan, membantu mengendalikan dan pencegahan. Latihan melawan pikiran negatif bukanlah cara bagaimana memecahkan masalah klien, namun merupakan suatu cara membantu klien untuk mengembangkan cara baru dengan melihat kembali pengalaman di masa lalu dan mencari penyelesaian masalahnya sendiri (Boyd & Nihart, 1998).

Dengan demikian, maka intervensi kognitif spiritual merupakan suatu bentuk intervensi yang melatih klien untuk mengubah cara berpikir yang negatif karena mengalami kekecewaan, kegagalan dan ketidakberdayaan, sehingga klien dapat menjadi lebih baik dan dapat kembali produktif.

B. Panduan Pelaksanaan Intervensi Kognitif Spiritual

1. Topik

Intervensi kognitif spiritual pada klien stroke iskemik

2. Tujuan

Intervensi kognitif spiritual pada klien stroke iskemik bertujuan untuk melatih klien agar mampu merubah pikiran negatif yang otomatis timbul karena perubahan fisik dan penyakit yang diderita, menjadi pikiran positif yang bersumber dari penerimaan diri terhadap takdir yang sudah diberikan oleh Tuhan dan menggali aspek positif dalam diri klien.

3. Waktu

Intervensi kognitif spiritual diberikan sebanyak empat sesi kepada klien dan satu sesi diberikan kepada klien dan keluarga dengan waktu 45 menit untuk setiap sesi.

4. Tata ruang

Pelaksanaan intervensi kognitif spiritual ini dilakukan di ruang rawat inap Shofa lantai III dengan menggunakan MP3 player untuk memperdengarkan QS. Ar-Rahman ayat 1-78. Klien berada di tempat tidurnya dan perawat duduk mendekati klien.

5. Materi

Terlampir (Booklet)

6. Media

Untuk mendukung pelaksanaan intervensi kognitif spiritual diperlukan beberapa media dan sarana pembelajaran yang meliputi booklet, alat tulis, MP3 player, headset

7. Prosedur

SESI 1 : Mendengarkan dan internalisasi QS Ar-Rahman

Tujuan

Setelah dilakukan intervensi, klien mampu :

1. Memahami makna QS Ar-Rahman ayat 1-78
2. Mengidentifikasi nikmat Tuhan yang sudah diterima selama ini
3. Menumbuhkan rasa syukur atas nikmat Tuhan yang sudah diberikan
4. Menjalani kehidupan setelah menderita stroke tanpa menyalahkan Tuhan

Langkah kegiatan

1. Persiapan
 - a. Membuat kontrak dengan klien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
2. Tahap orientasi
 - a. Salam terapeutik
Perawat memberikan salam kepada klien
 - b. Evaluasi
 1. Menanyakan perasaan klien saat ini
 2. Menanyakan apa yang sudah klien lakukan untuk mengatasi perasaannya
 - c. Kontrak
 1. Menjelaskan tujuan pertemuan pertama, yaitu klien dapat memahami makna QS Ar-Rahman ayat 1-78
 2. Menjelaskan makna QS AR-Rahman ayat 1-78 dan mengaplikasikannya dalam kehidupan klien
 3. Menjelaskan lama kegiatan 45 menit
3. Tahap kerja
 - a. Jelaskan pada klien tentang makna QS Ar-Rahman ayat 1-78
 - b. Minta klien untuk mengidentifikasi nikmat Tuhan yang sudah diberikan dan menyebutkan aspek positif yang ada pada klien sebagai salah satu nikmat Tuhan
 - c. Minta klien untuk lebih memikirkan nikmat Tuhan dan aspek positif yang ada pada diri klien daripada mengikuti pikiran negatif yang muncul.

- d. Ajak klien mendengarkan murotal QS. Ar-Rahman ayat 1-78
4. Tahap terminasi
- a. Evaluasi
 - 1. Perawat menanyakan perasaan klien setelah menjalani intervensi
 - 2. Mengevaluasi kemampuan klien dalam memaknai QS AR-Rahman ayat 1-78 dan mengaplikasikannya dalam mengendalikan pikiran negatif
 - b. Tindak lanjut
 - 1. Menganjurkan klien untuk selalu mengingat nikmat Tuhan dan aspek positif dalam mengendalikan pikiran negatif yang muncul
 - 2. Menganjurkan klien untuk mendengarkan ulang QS Ar-Rahman untuk mengingat nikmat Tuhan
 - c. Kontrak yang akan datang

Membuat kesepakatan dengan klien tentang waktu dan tempat pertemuan yang akan datang

SESI 2 : Identifikasi Pikiran Negatif

Tujuan

1. Klien mampu mengenal dan mengungkapkan pikiran negatif
2. Klien mampu memilih satu pikiran negatif yang dirasakan paling mengganggu untuk didiskusikan dalam pertemuan pertama
3. Klien mampu memberi tanggapan rasional terhadap pikiran negatif

Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Membuat kontrak dengan klien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
2. Tahap orientasi
 - a. Salam terapeutik
 1. Perkenalkan nama dan panggilan perawar
 2. Menanyakan nama dan panggilan klien
 - b. Evaluasi
 1. Menanyakan perasaan klien saat ini
 2. Menanyakan apa yang sudah klien lakukan untuk mengatasi perasaannya
 - c. Kontrak
 1. Menjelaskan program intervensi dengan jumlah sesi sebanyak delapan kali pertemuan dan menyepakati jadwal pertemuan
 2. Menjelaskan pengertian dan tujuan intervensi, yaitu meningkatkan kemampuan klien untuk mengenal pikiran negatif dan hal yang mendasar pikiran negatif tersebut, cara untuk mengendalikan pikiran negatif yang mengganggu dan membangkitkan rasa syukur terhadap semua nikmat Tuhan yang sudah diberikan selama ini
 3. Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, petugas yang harus dikerjakan klien, buku kerja yang akan digunakan klien dalam melaksanakan tugasnya
 4. Menjelaskan bahwa pertemuan pertama akan berlangsung selama 45 menit

3. Tahap kerja
 - a. Identifikasi distorsi kognitif dan pikiran negatif yang dialami tanggapan rasional terhadap pikiran negatif pertama
 1. Minta klien mengenal sumber masalah, perasaan klien serta hal yang menjadi penyebab timbulnya masalah
 2. Diskusikan pikiran negatif tentang dirinya
 3. Minta klien untuk mencatat semua pikiran negatif pada lembar pikiran negatif yang terdaat pada buku catatan harian klien.
 4. Perawat mengklasifikasi bentuk distorsi kognitif dari pikiran negatif klien dalam buku catatan perawat
 - b. Pilih satu pikiran negatif yang dirasakan paling utama
Bantu klien untuk memilih satu pikiran negatif yang paling mengganggu klien dan ingin diselesaikan saat ini
 - c. Beri tanggapan rasional terhadap pikiran negatif yang pertama
 1. Diskusikan cara melawan pikiran negatif dengan membrikan tanggapan positif (rasional) berupa aspek positif yang dimiliki klien dan minta klien untuk mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional/cara aku melawan
 2. Latih klien untuk menggunakan aspek positif klien untuk melawan pikiran negatif
 3. Minta klien untuk mengingat dan mengatakan pikiran negatifnya
 4. Minta klien untuk menagtakan aspek positif dalam dirinya untuk melawan pikiran negatif tersebut
 5. Lakukan kedua hal tersebut minimal tiga kali
 6. Evaluasi perasaan klien setelah melakukan latihan ini
 7. Motivasi klien untuk berlath cara melawan pikiran negatif
 - d. Memberikan pujian terhadap keberhasilan klien
 - e. Diskusikan dengan klien jadwal latihan klien untuk melawan pikiran negatif

f. Mendengarkan QS. AR-Rahman ayat 1-78

4. Tahap terminasi

a. Evaluasi

1. Perawat menanyakan perasaan klien setelah menjalani intervensi
2. Mengevaluasi kemampuan klien mengenal dan mengungkapkan distorsi kognitif dan pikiran negatif
3. Mengevaluasi kemampuan klien memilih satu pikiran negatif yang dirasakan paling mengganggu untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini
4. Mengevaluasi kemampuan klien memberi tanggapan rasional terhadap pikiran negatif pertama

b. Tindak lanjut

1. Menganjurkan klien untuk berlatih melawan pikiran negatif sesuai jadwal yang sudah disepakati
2. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi apakah pikiran negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu timbulnya pikiran negatif tersebut.
3. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi pikiran negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi satu dan minta klien untuk mencatatnya di buku catatan harian
4. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran negatif pertama yang belum diidentifikasi dalam sesi satu dan mebcatatnya dalam buku catatan harian

c. Kontrak yang akan datang

2. Menyepakati topik pertemuan yang akan datang
3. Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi kedua

SESI 3 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif

Tujuan

Klien diharapkan mampu :

4. Memilih pikiran negatif kedua dan ketiga yang akan diselesaikan dalam pertemuan ketiga ini
5. Memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif serta menuliskannya di lembar buku catatan harian

Langkah kegiatan

1. Persiapan
 1. Mengingatkan kontrak dengan klien
 2. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
2. Tahap orientasi
 - a. Salam dari perawat
 - b. Evaluasi /validasi
 1. Menanyakan perasaan klien pada saat ini
 2. Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan secara mandiri
 3. Menanyakan apakah pikiran negatif pertama masih muncul, waktu atau d=situasi munculnya pikiran negatif tersebut, pikiran negatif yang baru dan tanggapan rasional yang lainnya
 4. Menanyakan apakah klien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian. Perawat melihat catatan harian klien.
 5. Menanyakan apakah klien telah mengidentifikasi pikiran negatif kedua untuk didiskusikan dalam pertemuan ini
 - c. Kontrak
 1. Menjelaskan tujuan pertemuan ketiga ini adalah meningkatkan kemampuan klien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran negatif yang kedua
 2. Menjelaskan lamanya kegiatan yaitu 45 menit
3. Tahap kerja
 1. Evaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian

2. Diskusikan dengan klien untuk memilih satu pikiran negatif yang ingin diselesaikan dalam pertemuan
 3. Diskusikan cara melawan pikiran negatif dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran negatif yang pertama yaitu dengan memberi tanggapan positif menggunakan aspek positif yang dimiliki klien dan minta klien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional
 4. Latih kembali klien untuk menggunakan aspek positif klien dalam melawan pikiran negatif dengan cara yang sama seperti sesi pertama
 5. Tanyakan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran negatif tersebut
 6. Berikan pujian terhadap keberhasilan klien.
 7. Mendengarkan QS. Ar-Rahman ayat 1-78
4. Tahap terminasi
- a. Evaluasi
 1. Perawat menanyakan perasaan klien setelah menjalani intervensi sesi ketiga
 2. Mengevaluasi kemampuan klien memilih pikiran negatif kedua dan ketiga yang dirasakan untuk didiskusikan dalam pertemuan
 3. Mengevaluasi kemampuan klien memberi tanggapan rasional terhadap pikiran negatif kedua dan ketiga
3. Tindak lanjut
1. Menganjurkan klien untuk berlatih melawan pikiran negatif sesuai jadwal yang telah disepakati
 2. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi apakah pikiran negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu /situasi timbulnya pikiran negatif tersebut
 3. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi pikiran negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi tiga, minta klien untuk mencatatnya dalam buku catatan harian
 4. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran negatif pertama yang belum diidentifikasi dalam sesi ketiga dan mencatatnya dalam buku catatan harian.

- d. Kontrak yang akan datang
 - 1. Menepakati topik pertemuan yang akan datang
 - 2. Menepakati waktu dan tempat untuk pertemuan yang akan datang

SESI 4 : Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran negatif

Tujuan

Klien diharapkan mampu :

1. Klien mampu memilih pikiran negatif yang akan diselesaikan dalam pertemuan ini
2. Klien mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif tentang dirinya dan menuliskannya di lembar tanggapan rasional dalam buku catatan harian klien
3. Klien dapat memberi tanggapan terhadap pelaksanaan intervensi kognitif spiritual
4. Klien dapat mengungkapkan hasil dan manfaat dalam mengikuti intervensi kognitif spiritual
5. Klien dapat meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran negatif yang muncul

Langkah kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingat kontrak dengan klien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
2. Tahap orientasi
 - a. Salam terapeutik : salam dari perawat kepada klien
 - b. Evaluasi dan validasi
 1. Menanyakan perasaan dan kondisi klien saat ini
 2. Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan secara mandiri
 3. Menanyakan apakah pikiran negatif pertama, kedua dan ketiga masih muncul, waktu atau situasi munculnya pikiran negatif, adakah pikiran negatif yang baru dan tanggapan rasional lainnya
 4. Menanyakan apakah klien telah mencoba mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian. Perawat melihat catatan harian klien
 5. Menanyakan apakah klien telah mengidentifikasi pikiran negatif yang keempat untuk didiskusikan pada pertemuan ini.

3. Kontrak
 1. Menjelaskan tujuan pertemuan sesi ke lima, yaitu meningkatkan kemampuan klien dalam memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif yang ketiga dan mengungkapkan hasil atau manfaat dalam mengikuti intervensi
 2. Menjelaskan lama kegiatan yaitu 45 menit
4. Tahap kerja
 - a. Evaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian
 - b. Diskusikan cara melawan pikiran negatif keempat dengan cara yang sama seperti melawan pikiran negatif sebelumnya yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek positif yang dimiliki klien) dan minta klien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.
 - c. Latih kembali klien menggunakan aspek positif klien dalam melawan pikiran negatif keempat dengan cara yang sama seperti sebelumnya
 - d. Diskusikan perasaan klien setelah menggunakan tahapan dalam memberikan tanggapan rasional dan beri umpan balik
 - e. Diskusikan manfaat tanggapan rasional yang dirasakan klien dalam menyelesaikan pikiran negatif yang timbul
 - f. Tanyakan apakah cara tersebut dapat menyelesaikan masalah yang timbul karena pikiran negatifna
 - g. Tanyakan hambatan yang dialami klien dalam memberikan tanggapan rasional dan menyelesaikan masalahnya
 - h. Diskusikan cara mengatasi hambatan
 - i. Anjurkan klien untuk mengungkapkan hasil yang diperoleh selama mengikuti pertemuan dalam intervensi
 - j. Beri reinforcement positif terhadap kemampuan klien
 - k. Mendengarkan QS.Ar-Rahman ayat 1-78
5. Tahap terminasi
 - a. Evaluasi
 1. Intervensi menanyakan kembali perasaan klien setelah menjalani intervensi

2. Mengevaluasi kemampuan klien mengatasi pikiran negatif keempat
- b. Tindak lanjut
1. Menganjurkan klien berlatih tentang cara melawan pikiran negatif keempat dengan aspek positif yang dimiliki klien dan melakukan rencana tindakan untuk mengatasi pikiran negatif tersebut.
 2. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi apakah pikiran negatif yang telah didiskusikan masih muncul dan catat waktu dan situasi timbulnya pikiran negatif keempat tersebut
 3. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi pikiran negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi kelima dan minta klien untuk mencatatnya dalam buku catatan harian
 4. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek positif dalam menanggapi pikiran negatif yang belum diidentifikasi dalam pertemuan ini dan mencatatnya dalam buku hariannya
- c. Kontrak yang akan datang
1. menyepakati topik pertemuan yang akan datang
 2. menyepakati waktu dan tempat pertemuan yang akan datang

SESI 5 : Keluarga sebagai *Support System*

Tujuan

1. Meningkatkan komunikasi perawat dengan klien dan keluarga
2. Klien mendapat dukungan
3. Keluarga menjadi support system bagi klien

Langkah kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan kontrak dengan klien dan keluarga
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
2. Tahap orientasi
 - a. Salam terapeutik
Salam dari perawat kepada klien
 - b. Evaluasi/validasi
 1. Menanyakan perasaan klien dan keluarga saat ini
 2. Menanyakan apakah klien sudah membuat catatan harian dalam upaya mengatasi pikiran negatif dan perasaannya
 - c. Kontrak
 1. Menjelaskan tujuan pertemuan ketujuh yaitu keluarga dapat memberikan dukunga bagi klien dalam mealkukan intervensi kognitif spiritual secara mandiri
 2. Menjelaskan pengertian dan tujuan intervensi kepada kleuarga, yaitu meningkatkan kemampuan klien dalam mengatasi pikiran negatif dan memunculkan rasa syukur atas nikmat Tuhan yang sudah diberikan serta cara penyelesaian masalah yang timbul akibat pikiran negatif
 3. Menjelaskan lamanya kegiatan 45 menit
3. Tahap kerja
 - a. Jelaskan pada keluarga tentang pengertian, tujuan, manfaat intervensi kognitif spiritual bagi klien
 - b. Jelaskan pada keluarga tentang pelaksanaan intervensi kognitif spiritual yang telah dilakukan klien termasuk pembuatan catatan hariannya

- c. Minta klien untuk menjelaskan pada keluarga tentang pikiran negatif yang dirasakan, cara melawan pikiran negatif tersebut, pembuatan catatan harian dan manfaat yang dirasakan klien dalam menjalani intervensi kognitif spiritual
 - d. Libatkan keluarga dalam mengidentifikasi perilaku klien sebelum, selama dan sesudah mengikuti intervensi kognitif spiritual
 - e. Diskusikan dengan keluarga kemampuan yang telah dimiliki klien
 - f. Anjurkan keluarga siap mendengarkan masalah yang dialami klien
 - g. Libatkan keluarga dalam diskusi untuk membantu penyelesaian masalah yang telah dilakukan klien
 - h. Beri reinforcement positif terhadap kemampuan klien dan keluarga
4. Tahap terminasi
- a. Evaluasi
 - 1. Perawat menanyakan perasaan klien dan keluarga
 - 2. Mengevaluasi kemampuan keluarga sebagai support system bagi klien
 - b. Tindak lanjut
 - 1. Menganjurkan pada keluarga agar dapat menerima dan merawat klien
 - 2. Menganjurkan keluarga untuk mengingatkan klien dalam melaksanakan tugas mandiri yang telah dibuat klien bersama perawat pada pertemuan sebelumnya
 - c. Kontrak yang akan datang
 - 1. Menepakati topik pertemuan yang akan datang
 - 2. menepakati waktu dan tempat pertemuan yang akan datang

TESIS

**PENGARUH INTERVENSI KOGNITIF SPIRITUAL TERHADAP
PENERIMAAN DIRI KLIEN STROKE ISKEMIK**



**USWATUN KHASANAH
NIM : 131414153040**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2016**