

PENGALAMAN KEPUTUSASAAN STROKE *SURVIVOR* DI KOTA SEMARANG

(Hopelessness Experience among Stroke Survivor in Semarang)

Sawab*, Moch. Bahrudin*, Novy Helena Catharina Daulima*

*Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang

Jl. Tirta Agung Pedalangan, Banyumanik, Semarang

E-mail: sawabfatih@yahoo.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Keputusan merupakan penilaian negatif terhadap hasil yang akan dicapai dan ketidakberdayaan terhadap suatu harapan. Keputusan dapat terjadi pada stroke *survivor* karena adanya disabilitas akibat defisit neurologisnya serta waktu yang lama dalam penyembuhannya. Kondisi ini dapat berlanjut pada gangguan mental emosional maupun tindakan *suicide*. Oleh karena itu gambaran pengalaman keputusan stroke *survivor* dibahas dalam penelitian ini. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif fenomenologi terhadap 6 partisipan. **Hasil:** Hasil penelitian didapatkan tujuh tema utama yaitu (1) Perubahan fisik sebagai akibat respons keputusan, (2) Respons kehilangan sebagai stressor keputusan, (3) Disfungsi proses keluarga, (4) Kehilangan makna hidup, (5) Dukungan dan motivasi diri sebagai sumber coping menghadapi keputusan, (6) Hikmah spiritual dibalik keputusan stroke *survivor*, dan (7) dapat menjalani kehidupan dengan lebih baik. **Diskusi:** Penelitian ini menyarankan dikembangkannya standar asuhan keperawatan keputusan dan pemberian dukungan keluarga serta psikoedukasi keluarga bagi stroke *survivor*.

Kata kunci: Stroke *survivor*, pengalaman keputusan, kualitatif

ABSTRACT

Introduction: Hopelessness was a negative feelings about goal achievement and powerlessness feeling against an expectation. Hopelessness in stroke survivors can occur due to prolonged disability and neurologic deficit. This condition can lead to emotional and mental disorders even a suicide action. Therefore, it was a need to explore hopelessness experience in stroke survivors. **Method:** This study was a qualitative descriptive phenomenology with 6 participants. **Results:** 7 themes were revealed in this study, (1) Physical changes as a response on hopelessness, (2) Loss response as a hopelessness stressor, (3) Dysfunction of the family process, (4) Loss of meaning of life, (5) Self support and motivation as a coping resource against hopelessness, (6) The spiritual meaning behind hopelessness, (7) Can go through a better life. **Discussion:** This study suggests to develop a nursing care standards in hopelessness, encourage a family support and family psychoeducation for stroke survivors.

Keywords: Stroke survivor, hopelessness experiences, qualitative

PENDAHULUAN

Disabilitas klien paska stroke sebagai akibat defisit neurologis memerlukan waktu penyembuhan yang lama dan berdampak terhadap kondisi psikososial stroke *survivor*. Terjadinya perubahan psikososial, seperti perasaan harga diri yang rendah, perasaan tidak beruntung, perasaan ingin mendapatkan kembali kemampuan yang menurun, berduka, takut dan putus asa merupakan manifestasi dari keputusan bahkan tanda dari depresi. Menurut Abramson, Alloy dan Metalsky (1989) keputusan pada hakekatnya merupakan *precursor* dalam perjalanan depresi. Hasil riset di India 35,29% stroke *survivor* mengalami depresi.

Stroke *survivor* mengalami sakit yang berlangsung lama, sehingga dapat mempengaruhi harga diri. Harga diri yang rendah akan dapat berlanjut ke kondisi keputusan, depresi bahkan tindakan *suicide*. Teasdale dan Eingberg (2001) menjelaskan stroke *survivor* berisiko mengalami tindakan *suicide* pada 5 tahun pertama sakitnya. Kondisi ini menyebabkan stroke *survivor* dengan keputusan sangat berisiko mengalami gangguan mental emosional. Di sisi lain stroke *survivor* dengan keputusan membutuhkan penanganan jangka panjang untuk mengembangkan mekanisme coping yang adaptif dan mencegah berkembangnya stressor disabilitas menjadi kondisi maladaptif.

Upaya antisipasi menurunkan angka gangguan jiwa adalah dengan mengelola klien yang mempunyai risiko mengalami gangguan mental emosional supaya tidak mengalami masalah gangguan jiwa, salah satunya adalah klien stroke *survivor* dengan keputusan. Berdasarkan fenomena tersebut penting untuk dilakukan kajian yang mendalam terhadap stroke *survivor* dengan masalah psikososial keputusan. Oleh karena itu, penelitian ini ingin menjawab pertanyaan “Bagaimanakah pengalaman keputusan stroke *survivor* di Kota Semarang?”

BAHAN DAN METODE

Desain penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif fenomenologi deskriptif. Partisipan penelitian ini adalah stroke *survivor* dengan riwayat lebih dari tiga bulan, serangan lebih dari 1 kali, usia dewasa pertengahan (40-60 tahun), pernah mempunyai pengalaman keputusan kategori sedang yang diukur dengan skor *Beck Hopelessness Scale* (BHS) dan gangguan kognitif ringan yang dilihat dengan skor *Mini Mental State Examination* (MMSE). Jumlah sampel yang berpartisipasi pada penelitian ini enam orang. Lokasi penelitian di Kelurahan Srandol Kulon wilayah kerja Puskesmas Srandol Kota Semarang dan dilaksanakan pada bulan April sampai dengan Juni 2013.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan catatan lapangan. Analisis data menggunakan langkah Colaizzi, dengan membuat transkripsi verbatim, membaca transkrip secara berulang-ulang, mengumpulkan pernyataan signifikan, menentukan arti setiap pernyataan yang penting, mengumpulkan kata kunci, mengelompokkan ke dalam kategori, kemudian disusun dan dikelompokkan menjadi tema hasil penelitian.

HASIL

Partisipan dalam penelitian ini adalah stroke *survivor*, dengan 4 orang berjenis kelamin laki-laki dan 2 orang berjenis kelamin perempuan dengan usia antara 45 sampai

51 tahun dan berstatus menikah. Tingkat pendidikan partisipan terdiri atas SMP, Diploma III dan Sarjana. Lama menderita stroke mulai 1 sampai 3,5 tahun dengan 4 orang mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan dan 2 orang mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri. Keseluruhan stroke *survivor* pernah mempunyai pengalaman keputusan sedang dan mempunyai kognitif baik.

Berdasarkan wawancara mendalam, diperoleh berbagai pengalaman stroke *survivor* dalam menghadapi keputusan dalam 7 tema utama, antara lain:

Perubahan fisik akibat respons keputusan

Perubahan fisik yang diungkapkan sebagai akibat dari keputusan adalah perasaan *fatigue* seperti lemas dan tidak bertenaga seperti ungkapan partisipan berikut:

“Rasanya saat saya down seperti tidak ada tenaga, tangan dan kaki yang lemas tambah lemes....”(P1)

Akibat yang dirasakan partisipan lain adalah merasa letih dan penurunan kemampuan kerja fisik dengan contoh ungkapan di bawah ini:

“Terus terang badan saya sepertinya loyo tenaganya kok hilang, tangan dan kaki kanan saya tambah lemas saat semangat dan kondisi saya menurun atau down”(P4)

Akibat keputusan juga dirasakan dalam gangguan pencernaan dan gangguan tidur sebagaimana ungkapan partisipan berikut ini:

“Biasanya kan saya kalau pagi itu rasanya lapar walaupun seadanya saya makan sama minum air putih, tapi waktu itu pas saya down saya setiap mau makan rasanya kenyang, nafsu makan tidak ada sampai sampai istri seperti marah.”(P4)

Gangguan tidur yang dialami oleh partisipan diungkapkan seperti:

“.....terus terang saat saya serangan lagi, kemudian perasaan putus asa saya muncul semalam tidak tidur rasanya tidak kantuk, itu bisa sampai 2 hari, saat mau tidur kepikir terus kalau saya jadi merepotkan”(P5)

Akibat keputusan mempengaruhi perfusi cerebral dengan rasa pusing seperti ungkapan berikut ini:

“Kondisi pas saya semangatnya hilang, sepertinya les-lesan (berkunang- kunang seperti mau pingsan) sama pusing pak.”(P3)

Respons kehilangan sebagai stressor keputusan

Respons kehilangan diungkapkan partisipan dengan ketidakpercayaan atau tawar menawar sebagaimana ungkapan berikut ini:

“Mengapa kok sudah 1 tahun kaki saya malah tambah berat”.(P4)

Respons kehilangan dalam dirinya berusaha di atasi dengan menekan (*supresi*) permasalahan yang dihadapi seperti yang diungkapkan partisipan:

“saya gak mau ngomong sama istri kasihan nanti kalau malah kepikiran istri saya”(P1)

Selain itu partisipan juga mengungkapkan perasaan marah atas kondisinya

“kadang-kadang tangan dan kaki kanan saya, saya pukul-pukulkan di dipan bagaimana sih kok saya seperti ini terus gitu lho, marah pada diri sendiri”(P5)

Perilaku depresi seperti kehilangan semangat, perasaan sedih, serta khawatir diungkapkan sebagai berikut:

anak anak saya masih kecil, sementara saya tidak bisa bekerja, pokoknya sepertinya saya sudah menyerah”.(P4)

“sepertinya kok seperti ini rasanya sedih, kuatir, pak saya jadi malas melakukan apa-apa, saya cuma menangis”.(P3)

Kehilangan makna hidup

Ketidakterdayaan dalam mencapai tujuan hidup dimaknai sebagai hilangnya makna hidup bahkan muncul keinginan mengakhiri hidupnya seperti ungkapan berikut:

“Ya saya kan perempuan, suami saya kerja kalau sebelumnya saya bisa membantu kerja di pabrik masak, bersih bersih rumah tetapi sekarang saya malah jadi merepotkan suami saya.....”.(P3)

“dipikiran saya muncul kalau memang saya waktunya meninggal dunia atau diambil nyawa saya tidak apa-apa saya kasihan sama suami dan anak anak repot”.(P5)

Disfungsi proses keluarga

Pengalaman disfungsi keluarga yang dialami partisipan disebabkan ketidakmampuan dalam menjalankan fungsi peran dirinya dan ketidakmampuan anggota keluarga memberikan penghargaan bagi anggota keluarganya, sebagaimana diungkapkan sebagai berikut:

“Sempat waktu itu istri bilang tidak enak ke saya, saya bilang pada istri mau saya pukul tapi saya masih sadar, bahkan sempat ingin saya bunuh, terus terang..”(P1)

Sedangkan ketidakmampuan memberikan penghargaan antar anggota keluarga diungkapkan sebagai berikut:

“kalau di rumah saya minta bantuan sama anak saya memasak air untuk mandi saya kadang-kadang anak saya itu tidak langsung mau, nunggu di suruh sampai beberapa kali, seperti tidak mengormati ibunya”(P3)

Dukungan dan motivasi diri sebagai sumber koping menghadapi keputusan

Sumber koping stroke *survivor* berasal dari dukungan keluarga, lingkungan, keyakinan diri serta motivasi untuk aktivitas. Sumber koping dari keluarga inti sebagaimana diungkapkan:

“Anak saya yang kuliah waktu itu kebetulan libur kalau pas saya diam di kamar menemani saya terus kemudian bilang ibu sabar tabah, terus suami ya ngasih semangat, nah kalau anak dan bilang suami memberi semangat saya rasanya semangat hidup muncul lagi”(P5)

Selain dukungan keluarga keyakinan atau semangat dari dalam diri stroke *survivor* diungkapkan seperti berikut:

“Tapi yang perlu ketahui pokoknya ya semangat dari dalam diri sendiri, pas waktu itu saya parkir mau terima uang jatuh, kan tangan kanan saya masih belum seperti sekarang saya diomelin pokoknya dikata-katain, saya tidak peduli sampai sekarang itu yang terus saya ingat”.(P2)

Hikmah spiritual dibalik keputusan stroke survivor

Stroke *survivor* mendapatkan hikmah atau makna hidup kembali melalui proses memaknai ulang akan nilai-nilai spiritual dalam kondisi ketidakberdayaannya dan makna terhadap dirinya seperti berikut ini:

“*saya bersyukur, sebetulnya saya mungkin ditunjukkan ke jalan yang lebih terang dan hikmah yang paling mendalam saya diberi kesempatan untuk beribadah memperbaiki hidup*”.(P3)

“*sejak saya pernah down sampai sekarang saya bisa bekerja semampu saya menjadikan saya lebih sabar*”(P4)

Dapat menjalani kehidupan dengan lebih baik

Makna dibalik keputusasaannya partisipan mendorong partisipan untuk berkeinginan mempunyai harapan hidup yaitu kembali sembuh dan sehat, dapat menjalankan fungsi perannya sebagaimana ungkapan berikut:

“*Harapan saya sembuh, bisa cari rongsoknya lancar, terus anak anak sehat*”(P4)

PEMBAHASAN

Karakteristik partisipan penelitian ini belum dapat menggambarkan pengalaman keputusan dari individu yang tidak mempunyai sistem pendukung seperti suami, istri serta pengalaman di tinggalkan orang yang dicintai. Keputusan dalam proses perjalanannya masih terdapat perdebatan, khususnya mengenai penyebab keputusan itu sendiri. Penelitian ini menunjukkan manifestasi keputusan terjadi pada stroke *survivor* dengan gangguan fisik berupa hemiplegi dektra pada empat partisipan dan dua partisipan mengalami hemiplegi sinistra. Penelitian yang dilakukan oleh Robinson menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara lesi area frontal, sub kortikal dan ganglia basalis dalam terjadinya depresi paska stroke dengan hipotesis sentralnya adalah lesi di hemisfer kiri merupakan faktor utama timbulnya depresi paska stroke (dalam Meifi

& Agus, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa keputusan tidak hanya disebabkan oleh faktor organik akan tetapi dapat disebabkan karena faktor reaksi psikologis sebagai konsekuensi klinis akibat stroke. Penelitian yang dilakukan oleh Chen (2011) menyebutkan kelemahan motorik yang terjadi pada klien paska stroke merupakan faktor penting terjadinya depresi paska stroke. Penelitiannya menyebutkan 61,3% responden yang memiliki fungsi motorik buruk mengalami depresi post stroke sedangkan 38,7% responden dengan fungsi motorik bagus mengalami depresi.

Perubahan fisik akibat keputusasaan antara lain *fatigue*, *anoreksia* serta *insomnia*. Perasaan *fatigue* diungkapkan oleh partisipan berupa perasaan ekstremitas tambah lemas dan perasaan loyo serta tidak bertenaga. Menurut Naess, Lunde dan Brogger (2012) perasaan *fatigue* berhubungan dengan adanya nyeri dan depresi klien paska stroke. Hasil penelitiannya menyebutkan terdapat tiga manifestasi yang sering muncul pada klien stroke yaitu depresi (19%), *fatigue* (46%) dan nyeri (48%). Selain itu, dalam studi korelasi, depresi dan *fatigue* menunjukkan hubungan yang kuat sedangkan antara nyeri dan depresi mempunyai hubungan yang sedang.

Pengalaman nyeri stroke *survivor* tidak didapatkan dalam penelitian ini. Menurut peneliti hal ini dimungkinkan pengaruh dari faktor budaya. Budaya Jawa, khususnya di Jawa Tengah, rasa nyeri sulit diungkapkan ke orang lain/lawan bicara karena adanya perasaan khawatir dapat mengganggu lawan bicara. Faktor lain yang dapat mempengaruhi adalah usia. Menurut Kozier, Erb, Berman dan Snyder (2010) orang dewasa dapat mengabaikan rasa nyeri karena pengakuan rasa nyeri dapat dianggap sebagai tanda kelemahan atau kegagalan.

Klien paska stroke merasakan kehilangan kemampuan fungsional karena penyakit yang dapat mengubah citra tubuhnya. Pada kondisi ini klien stroke mendapatkan stressor yang menyebabkan klien tersebut mempunyai harapan negatif dan muncul ketidakberdayaan terhadap harapannya tersebut. Hal ini sejalan dengan penelitian pada penyakit kronik seperti kanker payudara

yang menyebutkan 80% mempunyai perasaan khawatir akan masa depannya, 30% merasakan ketakutan (Gumus, Cam & Malak, 2011).

Hasil penelitian ini mengungkap bahwa respons kehilangan stroke *survivor* tidak lagi berada pada tahap penolakan (*denial*), akan tetapi masuk pada tahap marah (*angry*). Hal ini sebagai bentuk perasaan frustrasi dengan kondisi ketidakberdayaan dalam menjalankan peran dirinya. Rasa marah yang diungkapkan oleh stroke *survivor* ini sebenarnya merupakan salah satu bentuk koping. Selain perasaan marah, mekanisme koping lain yang dilakukan oleh stroke *survivor* berupa *supresi*, yaitu keengganan menceritakan permasalahan yang ada pada dirinya pada orang lain. Bertambahnya jumlah stressor dapat menyebabkan bertambahnya waktu yang dibutuhkan partisipan untuk sampai pada kondisi *acceptance*. Pengalaman partisipan ini sejalan dengan hasil penelitian Jones dan Morris (2012) yang mengungkapkan salah satu tema yaitu perasaan tidak berguna dan perasaan kehilangan pada orang dewasa dengan pengalaman stroke.

Ketidakmampuan menjalankan peran memunculkan rasa ketidakberdayaan, yaitu persepsi bahwa situasi perubahan dirinya tidak mampu mempengaruhi hasil yang ingin dicapai sehingga stroke *survivor* merasa tidak memiliki makna hidup. Hal ini sejalan dengan penelitian Kariasa, Sitorus dan Afiyanti (2009) yang mengungkapkan bahwa perubahan makna hidup klien paska stroke terjadi karena adanya perasaan kurang dihargai, tidak diperhatikan dan tidak berguna. Kondisi tersebut sebenarnya merupakan ketidakberdayaan yang juga diungkap dalam penelitian ini. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa klien paska stroke mengalami perasaan tidak berguna sehingga muncul ide atau keinginan untuk mengakhiri hidupnya. Hal ini sesuai penelitian yang dilakukan oleh Towfighi (2013) bahwa stroke *survivor* di Amerika sebanyak 7,8% memiliki niat bunuh diri.

Hasil penelitian ini mengungkapkan adanya konflik antar anggota keluarganya dan ketidakmampuan memberikan penghargaan terhadap anggota keluarganya. Hal ini disebabkan oleh karena efek dari perubahan

peran dan harga diri stroke *survivor* sehingga keluarga tidak mampu melakukan fungsi afektif keluarga. Menurut Friedman (2010) fungsi afektif keluarga yaitu fungsi internal keluarga sebagai dasar kekuatan keluarga. Di dalamnya terkait rasa saling mengasihi, saling mendukung dan saling menghargai antar anggota keluarga. Gambaran hasil penelitian ini juga didukung penelitian yang dilakukan oleh Clark *et al* (2004, dalam Gillespie & Campbell, 2011) yang menyebutkan bahwa 32% disfungsi keluarga pada sembilan bulan pertama paska stroke disebabkan ketidakmampuan keluarga menjalankan fungsinya dan 66% terjadi karena adanya konflik dalam keluarga.

Sejalan dengan hasil penelitian Jones dan Morris (2012), sumber koping yang menjadi pilihan utama stroke *survivor* pada kondisi keputusan adalah dukungan keluarga, khususnya keluarga inti, yaitu istri, suami atau anak-anaknya. *Significant other* dinilai mempunyai makna dan arti penting dalam menumbuhkan stroke *survivor* dengan keputusan.

Usaha stroke *survivor* untuk tetap semangat dilakukan melalui usaha untuk menumbuhkan keyakinan internal diri, dan motivasi untuk beraktivitas agar terbebas dari keputusasaannya. Keyakinan internal diri atau *positive belief* ini biasa disebut juga sebagai *self efficacy*. Menurut Bandura (1997 dalam Stuart & Laraia 2006) *self efficacy* merupakan kapabilitas dari kepercayaan diri individu. Individu yang mempunyai *self efficacy* yang tinggi akan memberikan efek terhadap pemikiran, motivasi, suasana hati serta kesehatan fisik individu tersebut sehingga stressor dianggap sebagai tantangan. Penelitian Albal dan Kultu (2010) menjelaskan terdapat hubungan antara koping *self efficacy* dan sosial *support* pada klien depresi, di mana klien dengan depresi mempunyai skor *self efficacy* yang rendah.

Peranan dukungan sosial mengatasi keputusan stroke survivor juga terungkap dalam penelitian ini. Panzarella, Alloy dan Whitehouse (2006) menjelaskan dukungan sosial merupakan bagian dari *adaptive inferential feedback* (AIF) yang bekerja menurunkan sensitivitas kognitif depresi

dengan menurunkan kesimpulan negatif individu, selain itu juga menurunkan perilaku *maladaptive* sebagai hasil dari kesimpulan negatif dari pengalaman yang menyebabkan keputusan.

Menurut Bastaman (2007) makna hidup dapat ditemukan dalam setiap keadaan yang menyenangkan dan tidak menyenangkan, keadaan bahagia, dan penderitaan, ungkapan seperti “makna dalam penderitaan” (*meaning in suffering*) atau “hikmah dalam musibah” (*blessing in disguise*). Makna hidup stroke *survivor* didapatkan melalui proses memaknai ulang terhadap nilai-nilai spiritual bagi dirinya. Penelitian ini mengungkap perbedaan dengan penelitian terdahulu pada penyakit kronis yang dilakukan oleh Sasmita, Hamid dan Daulima (2011) di mana makna spiritual pada penelitiannya didapat pada saat kondisi *acceptance* sedangkan stroke *survivor* dengan keputusan makna hidupnya diperoleh dalam kondisi ketidakberdayaan menuju ke kondisi *acceptance*. Pengalaman partisipan ini merupakan manifestasi perjalanan tahapan kehilangan sebagaimana dijelaskan sebelumnya bahwa setiap individu tidak sama dalam melalui suatu proses kehilangan. Ada yang bisa langsung mencapai fase penerimaan ada yang sangat lama bahkan berbulan-bulan untuk akhirnya dapat menerima kondisi sakitnya (Yosep, 2009). Penelitian lain dilakukan oleh Wachholtz dan Pearce (2009 dalam Lewis & Peterson, 2013) menjelaskan bahwa peranan spiritualitas dalam penyakit kronis dan kecacatan dapat mendorong klien menemukan perasaan positif pada dirinya.

Menurut Snyder (dalam Cheavens, Feldman, Woodward & Snyder, 2006) harapan merupakan motivasi positif untuk memenuhi tujuan. Terdapat empat kategori tujuan harapan yaitu tujuan untuk menuju hasil yang diinginkan, tujuan untuk menghalangi atau menunda kejadian yang tidak diinginkan, tujuan pemeliharaan atau mempertahankan *status quo*, dan peningkatan tujuan untuk menambah hasil yang sudah positif. Dalam konteks ini, harapan dan keputusan adalah dua hal yang berbeda namun saling terkait dalam konstruksi psikoterapi. Terapi kognitif untuk mengatasi keputusan dapat

dilakukan dengan menggali pikiran-pikiran akan harapannya dalam hidupnya. Studi yang dilakukan oleh Curry, Snyder, Cook, Ruby, dan Rehm (1997 dalam Cheavens, Feldman, Woodward & Snyder, 2006) juga memaparkan bahwa harapan orang dewasa yang tinggi dapat meningkatkan harga dirinya. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa stroke *survivor* dengan keputusan dan harapan yang tinggi merupakan suatu motivasi untuk menuju hasil yang diinginkan. Hal ini bermanfaat bagi stroke *survivor* karena dapat meningkatkan harga dirinya.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengalaman keputusan stroke *survivor* antara lain berupa adanya perubahan fisik sebagai akibat respons keputusan, terjadi respons kehilangan sebagai stressor keputusan, disfungsi proses keluarga, serta kehilangan makna hidup. Hilangnya makna hidup stroke *survivor* justru menambah temuan pengalaman baru yaitu keinginan untuk mengakhiri hidup dan dapat menjadikan domain penting dalam menentukan kualitas hidup stroke *survivor* dalam hal *psychological being* khususnya dalam kontrol diri.

Munculnya berbagai dampak dari keputusan membuat stroke *survivor* melakukan pilihan dan strategi koping, antara lain mencari dukungan dari keluarga dan lingkungan. Dukungan keluarga inti bagi stroke *survivor* merupakan *significant others* dalam menghadapi keputusannya. Sementara itu usaha untuk menumbuhkan keyakinan diri dan kemandirian stroke *survivor* juga merupakan sumber koping pilihan dalam menghadapi keputusan.

Dibalik keputusannya stroke *survivor* mendapatkan makna hidup akan nilai-nilai spiritual yang diperoleh dengan memaknai ulang kondisi ketidakberdayaannya. Sebagai seorang individu, dibalik keputusannya stroke *survivor* mempunyai harapan terhadap penyakitnya, yaitu harapan sembuh kembali, harapan tidak terjadi serangan ulang serta mampu menjalankan peran dirinya kembali

dan menginginkan motivasi dan pelayanan kesehatan yang baik dari petugas kesehatan.

Hasil penelitian ini juga menggambarkan bahwa pengalaman keputusan klien stroke berhubungan erat dengan proses adaptasi klien saat mendapat stressor, baik stressor fisik maupun stressor psikologis. Proses tersebut melibatkan beberapa fungsi antara lain fungsi fisiologis, konsep diri, peran maupun interdependensi yang dapat dimaknai sebagai *support* sistem.

Saran

Perlu adanya terapi kognitif bagi stroke *survivor*. Terapi kognitif yang telah ada di Keperawatan Kesehatan Jiwa dapat dikembangkan bagi stroke *survivor* melalui modifikasi, yaitu dengan menambahkan sesi tentang membangun harapan positif. Sesi ini akan dapat membangkitkan motivasi dan harga diri stroke *survivor* yang mengalami keputusan.

Perlu adanya penempatan perawat spesialis jiwa di poliklinik rawat jalan maupun di puskesmas untuk membantu memperbaiki respons koping keluarga dalam pengambilan keputusan untuk menyelesaikan masalah yang dirasakan oleh stroke *survivor* terkait disfungsi proses keluarga dengan melakukan terapi keluarga *triangle*.

KEPUSTAKAAN

- Abramson, L.Y., Alloy, L.B. dan Metalsky, G.I., 1989. Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, 96 (2), 358–372.
- Albal, E., dan Kultu Y., 2010. The Relationship Between The Depression Coping Self Efficacy Level and Perceived Sosial Support Resources. *Journal of Psychiatric Nursing*, 1(3), 115–120.
- Bastaman, H.D., 2007. *Logoterapi; Psikologi untuk Menemukan Makna dan Meraih Hidup Bermakna*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Chen, Y., 2011. Investigation of Prevalence and Associated Risk Factor of Depressive Symptom Following Acute Ischemic Stroke (PSD) in Aged. *Scientific Research*, 2(5), 522–525.
- Cheavens, J.S., Feldman, D.B., Woodward, J.T., dan Snyder, C.R., 2006. Hope in Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 135–145.
- Friedman, M.M., 2010. *Family Nursing: Research, Theory & Practice*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Giespie, D., dan Campbell, F., 2011. Effect of Stroke on Family Carers and Family Relationships. *Nursing Standard*, 26(2), 39–46.
- Gumus, A.B., Cam, O. dan Malak A.T., 2011. Relationships Between Psychosocial Adjustment and Hopelessness in Women with Breast Cancer. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*, 14(1), 571–578.
- Jones, L., dan Morris R., 2012. Experiences of Adult Stroke Survivors and Their Parent Carer: Qualitative Study. *Clinical Rehabilitation*, 27(3), 272–280.
- Kariasa, I.M., Sitorus, R. dan Afiyati, Y., 2009. *Persepsi Pasien Paska Serangan Stroke Terhadap Kualitas Hidupnya dalam Perspektif Asuhan Keperawatan*. Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Kozier, Erb, Berman dan Snyder, 2010. *Buku ajar fundamental keperawatan; Konsep, Proses dan Praktek*. (Alih Bahasa: Wahyuningsih E *et al*. Jakarta: EGC.
- Lewis, M.B., dan Peterson, E.J., 2013. Spirituality as Coping Mechanism for Chronic Illness. *Clinical Scholars Review*, 6.
- Meifi & Agus, D., 2009. Stroke dan Depresi Paska Stroke. *Majalah Kedokteran Damianus*, 8(1).
- Naess, H., Lunde, L., dan Brogger, J., 2012. The Triad of Pain, Fatigue and Depression in Ischemic Stroke Patient: The Bergen Stroke Study. *Cerebrovascular Disease*, 33(5), 461–465.
- Panzarella, C., Alloy, L.B. dan Whitehouse, W.G., 2006. Expanded Hopelessness Theory of Depression: on The Mechanisms by Which Social Support Protects Against Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 30(3), 307–333.

- Sasmita. H., Hamid. A.Y., dan Daulima, H.C., 2011. *Makna Kehidupan Klien Dengan Diabetes Mellitus Kronik di Kelurahan Bandarjo Semarang, Sebuah Studi Fenomenologi*. Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Stuart G.W, Laraia M.T., 2006. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 7th Edition*. Philadelphia: Mosby.
- Teasdale, A.W., dan Engberg, A.W., 2001. Suicide After Stroke. *Journal of Epidemiology Community Health*, 55(12), 863–866.
- Towfighi, A., 2013. Depression Almost 8 Percent of US Stroke Survivor May Have Suicide Thought. *News Health & Science*. May 21, 2013.
- Yosep, I. 2009. *Keperawatan Jiwa*. Edisi Revisi, Bandung: Refika Aditama.