UNIVERSITAS INDONESIA

PENGARUH TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN DAN PSIKOEDUKASI KELUARGA TERHADAP PENERIMAAN DIRI DAN ANSIETAS KLIEN STROKE DI RUMAH SAKIT KHUSUS OTAK

TESIS

Renta Sianturi
NPM 1406597274

FAKULTASILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER DAN SPESIALIS KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
2016

UNIVERSITAS INDONESIA

PENGARUH TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN (TPK) DAN PSIKOEDUKASI KELUARGA (PEK) TERHADAP PENERIMAAN DIRI DAN ANSIETAS KLIEN STROKE DI RUMAH SAKIT KHUSUS OTAK

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan (M.Kep)
Peminatan Keperawatan Jiwa

Renta Sianturi
NPM 1406597274

FAKULTASILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER DAN SPESIALIS KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
2016

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama	: Renta Sianturi
NPM	: 1406597274
Tanda Tangan	:
Tanggal	: 15 Juli 2016

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Renta Sianturi

Tempat /tanggal lahir : Medan, 09 Januari 1989

NIP/NPM : 1406597274

Unit kerja : STIKes Mitra Keluarga

Alamat Kantor : Jl. Pengasinan Rawa Semut, Margahayu, Bekasi Timur, Bekasi, Jawa Barat

Alamat : Jl. Madrasah no 24 B RT 003/RW003 Pondok Cina, Beji, Depok

Nomor telp/HP : 081298050047

Alamat email : nersrensi89@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul: "PENGARUH TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN (TPK) DAN PSIKO EDUKASI KELUARGA (PEK) TERHADAP PENERIMAAN DIRI DAN ANSIETAS KLIEN STROKE".

Bebas dari plagiarism dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari diketemukan seluruh atau sebagian dari Tesis dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarism, **saya bersedia menerima sanksi** sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikianlah pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsur paksaan dari siapapun.

Mengetahui,
Pembimbing 1

Dibuat di Depok
pada tanggal 18 Juli 2016
Yang membuat pernyataan,

(Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc)

(Ns.Renta Sianturi,S.Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama	: Renta Sianturi
NPM	: 1406597274
Program Studi	: Pasca Sarjana (S2) Ilmu Keperawatan
Judul Tesis	: Pengaruh Terapi Penerimaan Komitmen Dan Psikoedukasi Keluarga Terhadap Penerimaan Diri Dan Ansietass Klien Stroke Di Rumah Sakit Umum

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji pada **Sidang Tesis** dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

PEMBIMBING

Pembimbing I : Prof. DR. Budi Anna Keliat, S,Kp., MApp.Sc (.....)

Pembimbing II : Ice Yulia Wardani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.J (.....)

Penguji I : Ria Utami Panjaitan, S.Kp., M.Kep (.....)

Penguji II : Tjahjanti K, Ns., M.Kep., Sp.Kep.J (.....)

Disetujui di : Depok

Tanggal : 15 Juli 2016

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama	: Renta Sianturi
NPM	: 1406597274
Program Studi	: Magister Ilmu Keperawatan
Departemen	: Kekhususan Jiwa
Fakultas	: Ilmu Keperawatan
Jenis Karya	: Tesis

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

"**Pengaruh Terapi Penerimaan Komitmen Dan Psiko Edukasi Keluarga Terhadap Penerimaan Diri Dan Ansietas Klien Stroke Di Rumah Sakit Khusus Stroke**"

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmediakan/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: Depok

Pada tanggal: 19 Juli 2016.

Yang menyatakan

(Renta Sianturi)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan penulisan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa penulisan tesis ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia,
2. Ibu Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc., selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan semangat selama penulisan tesis,
3. Ibu Ice Yulia Wardani, SKp., M.Kep., Sp.Kep.J selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan dan arahan selama penulisan tesis,
4. Ibu Ria Utami, S.Kp., M.Kep selaku penguji yang telah banyak memberikan masukan dan saran dalam seminar proposal dan seminar hasil,
5. Bapak Mursyid Bustami, SP.S (K), KIC, MARS Selaku Direktur Rumah Sakit Pusat Otak Nasional,
6. Keluarga yang telah banyak memberikan doa, dukungan dan bantuan selama penulisan tesis ini terutama kepada suami tercinta, anak, orang tua, adik-adik dan seluruh sanak keluarga,
7. Rekan-rekan angkatan 10 (jiwa sedoso) yang telah memberikan motivasi dan dukungannya,
8. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Depok, 15 Juli 2016

Penulis

Renta Sianturi
Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa

Tesis, Juli 2016

Pengaruh terapi penerimaaan komitmen dan psiko edukasi keluarga terhadap penerimaan diri dan ansietas klien stroke di RSPON
xii + 94 hal + 10 tabel + 3 bagan + 21 lampiran

Abstrak

Stroke memberi dampak psikologis khususnya fase awal yaitu penerimaan diri yang tidak baik dan terjadinya ansietas. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi penerimaan komitmen terhadap penerimaan diri dan ansietas serta pengaruh terapi psiko edukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga. Jenis penelitian kuantitatif dengan desain *quasi eksperimental without control group.* Jumlah responden 33 orang yang dipilih secara *consecutive sampling*. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan *paired t test.* Hasil penelitian menunjukkan pengaruh tindakan keperwatan ners dan ners spesialis: terapi penerimaan komitmen memiliki pengaruh menurunkan tanda dan gejala ansietas secara bermakna (p-value<0.005) dan peningkatan penerimaan diri secara bermakna (p-value <0.005). Juga, tindakan keperawatan ners spesialis: psikoeduksi keluarga meningkatkan kemampuan keluarga secara bermakna (p-value<0.005). Terapi penerimaan komitmen pàda klien dan terapi psiko edukasi keluarga direkomendasikan pada klien stroke

Kata kunci: klien stroke, ansietas, penerimaan diri, terapi penerimaan komitmen, terapi psiko edukasi keluarga

Daftar pustaka: 82

Renta Sianturi

Post Graduation Program

The Effect of acceptance commitment therapy and family psycho education on self-acceptance and anxiety in stroke patients at General Hospital

xII + 94 page + 10 case chart table + 21 attachments

Abstract

Stroke psychological impact especially early phase of acceptance of self is not good and the occurrence of anxiety. The purpose of this study was to determine the effect of therapy acceptance commitment to self-acceptance and anxiety as well as the influence of psycho therapy educate families on the ability of the family. Quantitative research with quasi-experimental design without control group. Number of respondents 33 people were selected by consecutive sampling. Analysis of the data in this study using the paired t test. The results showed the effect of the action keperwatan nurses and specialist nurses: acceptance commitment therapy has lowered the influence of the signs and symptoms of anxiety were significantly (p-value <0.005) and increased self-acceptance was significantly (p-value <0.005). Also, specialist nurses nursing actions: psikoeduksi families improve the family's ability significantly (p-value <0.005). Therapy acceptance of a commitment to the client and family education psycho therapy is recommended in stroke clients

Keywords: client stroke, anxiety, self-acceptance, acceptance commitment therapy, psycho therapy education family

Bibliography: 82

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN SAMPUL ii
PERNYATAAN ORISINILITAS iii
HALAMAN PERSETUJUAN iv
HALAMAN PENGESAHAN v
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI vii
DAFTARSKEMA x
DAFTAR TABEL xi
DAFTAR LAMPIRAN xii
ABSTRAK xiii

BAB 1 PENDAHULUAN 1
1.1. Latar belakang 1
1.2. Masalah penelitian 9
1.3. Pertanyaan Penelitian 9
1.4. Tujuan penelitian 10
1.4.1. Tujuan umum 10
1.4.2. Tujuan khusus 10
1.5. Manfaat penelitian 10
1.5.1. Manfaat keilmuan 11
1.5.2.Manfaat aplikatif 11
1.5.3. Manfaat metodologi 11

BAB 2 TINJAUAN TEORI 12
2.1. Stroke 12
2.1.1. Definisi Stroke 12
2.1.2. Prevalensi Stroke 12
2.1.3. Penyebab Stroke 13
2.1.3.1.Trombotik 13
2.1.3.2.Perdarahan subarakhnoid 14
2.1.4. Faktor penyebab stroke 14
2.1.4.1. Faktor risiko stroke yang tidak dapat diubah 14
2.1.4.2. Faktor risiko yang dapat diubah 15
2.1.5. Dampak Stroke 18
2.1.5.1. Fisik 18
2.1.5.2. Psikologis 19
2.1.5.3. Sosial 21

2.2. Penerimaan Diri 22
2.2.1. Definisi 22
2.2.2. Ciri-ciri orang yang menerima dirinya dengan baik 22
2.2.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan diri 24
2.2.4. Penanganan penerimaan diri yang kurang baik 26

2.3. Ansietas 29
2.3.1. Definisi 29
2.3.2. Rentang respon asietas 30
2.3.3. Tingkat ansietas 30
2.3. 4. Proses terjadinya 31
2.3.4.1.Faktor predisposisi 31
2.3.4.2.Faktor presipitasi 37
2.3.4.3 Penilaian terhadap stressor 38
2.3.4.4 Diagnosa keperawatan 39
2.3.5. Sumber koping 40

2.4. Asuhan Keperawatan 41
2.4.1.Tindakan keperawatan ners pada klien ansietas 41
2.4.2 Tindakan keperawatan ners spesialis jiwa 41
2.4.2.1 Terapi Penerimaan Komitmen 42
2.4.2.2 Terapi Psikoedukasi Keluarga 45

BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL 47
3.1. Kerangka teori 47
3.2. Kerangka konsep 51
3.3. Hipotesis penelitian 54
3.4. Definisi operasional, Variabel penelitaian, dan skala penelitian 54

BAB 4 METODE PENELITIAN 57
4.1. Desain penelitian 57
4.2. Populasi dan sampel penelitian 58
4.3. Waktu dan tempat penelitian 60
4.4. Teknik pengambilan sampel 60
4.5. Etika penelitian 61
4.6. Alat pengumpul data 63
4.6.1. Data karakteristik responden 63
4.6.2. Pengukuran penerimaan diri 64
4.6.3. Pengukuran tingkat ansietas 64
4.6.4. Pengukurang kemampuan keluarga 64
4.7. Uji coba instrumen 65
4.8. Proses pengumpulan data 66
4.8.1. Tahap persiapan 66
4.8.2. Tahap pelaksanaan 66
4.9. Pengolahan analisis data 69
4.9.1. Pengolahan data 69
4.9.2. Analisis data 70
4.9.2.1. Analisis univariat 70
4.9.2.2. Analisis bivariat 70

BAB 5 HASIL PENELITIAN 72
5.1. Karakteristik Klien Stroke 72
5.1.1. Karakteristik usia, riwayat stroke dan skala stroke..... 73
5.1.2. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan, pendidikan, jenis stroke dan status perkawinan.....74
5.2. Pengaruh terapi keperawatan ners terhadap ansietas..... 76
5.3. Pengaruh terapi keperawatan ners dan terapi keperawatan ners spesialis : terapi penerimaan komitmen terhadap ansietas dan Penerimaan diri..... 77
5.4. Pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga.....75
5.5. Hubungan ansietas terhadap penerimaan diri..... 78
5.6. Hubungan kemampuan keluarga terhadap penerimaan diri dan ansietas... 76

BAB 6 PEMBAHASAN 79
6.1. Pengaruh tindakan keperawatan ners terhadap ansietas klien Stroke di Rumah Sakit Khusus Otak..... 79
6.2. Pengaruh tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: Terapi Penerimaan Komitmen terhadap ansietas klien Stroke di Rumah Sakit Khusus Otak..... 81
6.3. Pengaruh tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: Terapi Penerimaan Komitmen terhadap Penerimaan diri klien Stroke di Rumah Sakit Khusus Otak 81
6.4. Pengaruh Tindakan keperawatan ners spesialis : Psiko edukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga klien Stroke di Rumah Sakit Khusus Otak 83
6.5. Karakteristik Responden Klien Stroke..... 85
6.7. Hubungan antara kemampuan keluarga dengan penerimaan diri dan Ansietas Rumah Sakit Khusus Otak. 88
6.9. Keterbatasan Penelitian. 89

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN 91
7.1. Kesimpulan 91
7.2. Saran..... 92

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka teori penelitian 60
Skema 3.2 Kerangka konsep penelitian 63
Skema 4.1 Desain penelitian 69

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi operasional variabel

Tabel 4.1 Kerangka kerja terapi penerimaan dan komitmen dan psiko edukasi keluarga terhadap penerimaan diri, ansietas serta kemampuan merawat klien pasca stroke

Tabel 4.2 Analisa Bivariat variabel

Tabel 5.1 Karakteristik responden usia, riwayat stroke dan skala stroke.. .

Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan

Tabel 5.3 Gambaran ansietas klien stroke

Tabel 5.4 Gambaran Penerimaan diri klien stroke

Tabel 5.5 Gambaran Kemampuan Keluarga klien stroke

Tabel 5.6 Pengaruh tindakan keperawatan ners dan tindakan ners spesialis : TPK terhadap Ansietas klien stroke

Tabel 5.7 Pengaruh tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis : TPK terhadap Penerimaan diri Klien Stroke

Tabel 5.8 Pengaruh tindakan ners spesialis: PEK terhadap kemampuan keluarga

Tabel 5.9 Hubungan ansietas terhadap penerimaan diri klien stroke

Tabel 5.10 Hubungan kemampuan keluarga dengan penerimaan diri dan ansietas

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Rencana Penelitian
Lampiran 2	Penjelasan penelitian
Lampiran 3	Lembar persetujuan
Lampiran 4	Kisi-kisi instrumen penelitian
Lampiran 5	Kuisioner
Lampiran 6	Uji Realibilitas
Lampiran 7	Analisa data
Lampiran 8	Modul Panduan Terapi Psiko Edukasi Keluarga
Lampiran 9	Modul Panduan Terapi penerimaan komitmen
Lampiran 10	Buku Kerja Psiko Edukasi Keluarga
Lampiran 11	Buku Kerja Terapi Penerimaan komitmen
Lampiran 12	Buku Evaluasi Psiko Edukasi Keluarga
Lampiran 13	Buku Evaluasi Terapi Penerimaan komitmen
Lampiran 14	Strategi Pelaksanaan Pertemuan 1 PEK
Lampiran 15	Strategi Pelaksanaan Pertemuan 2 PEK
Lampiran 16	Strategi Pelaksanaan Pertemuan 3 PEK
Lampiran 17	Strategi Pelaksanaan Pertemuan 2 TPK
Lampiran 18	Strategi Pelaksanaan Pertemuan 2 TPK
Lampiran 19	Strategi Pelaksanaan Pertemuan 3 TPK
Lampiran 20	Lolos Uji kaji Etik
Lampiran 21	Surat ijin validitas dan realibilitas
Lampiran 22	Surat ijin Penelitian
Lampiran 23	Surat Ijin Penelitian dari RSPON

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Angka stroke di dunia tahun 2010 sebanyak 33 juta dengan 16,9 juta orang mengalami stroke untuk pertama kali. Stroke merupakan pembunuh nomor 5 di Amerika Serikat dengan angka kematian 129.000 orang meninggal pertahun. Stroke telah membunuh 1 orang Amerika dalam 4 menit. Sementara kematian pertahun akibat stroke yaitu sekitar 795.000 orang. Setiap tahun, hampir 700.000 orang Amerika mengalami stroke dan stroke mengakibatkan hampir 150.000 kematian (WHO, 2010). Stroke merupakan penyebab kematian utama di Indonesia. Prevalensi stroke di Indonesia dari hasil riset kesehatan daerah sebesar 7,0 per mil (Riskesdas, 2007) dan sebesar 12,1 per mil (Riskesdas 2013). Sebanyak 13 juta klien stroke setiap tahun dan sekitar 4,4 juta meninggal dunia dalam waktu 12 bulan. Keluarga klien stroke sebanyak 250 juta keluarga yang memiliki resiko sama seperti klien. Angka kejadian stroke di Amerika dan di Indonesia sangat tinggi terkhusus di Indonesia, klien stroke mengalami peningkatan prevalensi yang tinggi dari tahun 2007 ke tahun 2013. Sementara di RSPON terdapat sebanyak 368 orang pada tahun 2015

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang ditandai dengan hilangnya fungsi dari bagian tubuh tertentu (hambatan mobilitas fisik atau kelemahan) akibat adanya hambatan peredaran darah yang mengelola bagian tubuh yang kehilangan fungsi tersebut (Cahyono, 2008). Gejala stroke dapat dinilai mulai dari wajah *(Face*), kelemahan pada lengan (*Arm Weakness*), kesulitan bicara (*Speech Dificulty*), memanggil bantuan ke lembaga *emergency* (*Time to All emergency Unit*) (Alina, 2011). Secara umum gejala yang terlihat yaitu baal ataupun penurunan sensasi pada wajah, tangan khususnya salah satu sisi tubuh, kehilangan kemampuan melihat, koordinasi, berbicara atau kemampuan untuk memahami pembicaraan, kehilangan keseimbangan diikuti dengan muntah, mual, demam ataupun kesulitan menelan, nyeri kepala hebat, kehilangan kesadaran serta kecacatan yang tiba–tiba (Beckermen, 2015). Gejala stroke yang muncul dinilai dengan sistem *Face, Arm Weaknes, Speech*

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Dificulty and Time (*FAST)* yang berdampak pada fungsional tubuh, psikologis dan sosial.

Dampak pada fungsional tubuh yang muncul yaitu masalah keseimbangan, penglihatan, kesulitan menelan, ketidakmampuan untuk mengatur BAK dan BAB, kelelahan, kesulitan berkomunikasi, masalah memori dan berpikir (*Stroke Association*, 2015). Sementara beberapa orang merasakan sangat lelah pada beberapa minggu pertama setelah stroke. Dampak fisik lainya yang muncul yaitu kelemahan otot pada satu sisi tubuh, *drop foot*, kehilangan stamina, nyeri, kontraktur dan perubahan sensasi terhadap stimulus. Klien paska stroke sebanyak 80% mengalami masalah dalam mobilitas akibat stroke (Lee, 2015). Fungsional tubuh klien yang terganggu menyebabkan dampak pada psikologis klien.

Dampak psikologis yang dialami klien stroke yaitu perubahan emosional. Perubahan emosional yang terjadi yaitu ansietas, depresi, emosi yang tidak stabil seperti tertawa dan menangis secara tiba-tiba, kehilangan kemampuan mengontrol emosi seperti marah baik verbal maupun fisik sebagai cara untuk mengungkapkan rasa frustasi yang dihadapi, perubahan *mood* yang secara tiba- tiba dan berpusat pada diri sendiri. Namun yang pertama sekali terlihat pada klien stroke yaitu penerimaan diri yang tidak baik dan ansietas sampai 28 hari , sementara depresi muncul setelah 2 minggu dan puncaknya pada 3 – 4 bulan (Alina, 2011; Lee, 2015). Dampak psikologis yang banyak terjadi yaitu penerimaan diri yang tidak baik dan ansietas. Penerimaan diri yang tidak baik dan ansietas merupakan dampak psikologis yang paling awal terjadi pada klien stroke.

Penerimaan diri tidak baik adalah suatu kondisi klien tidak mampu menerima dirinya dengan perubahan yang terdapat dalam dirinya akibat stroke sehingga klien tidak mampu menilai kelebihan yang terdapat dalam diri klien yang masih dapat dimanfaatkan klien untuk hidup lebih baik dan bahagia (Holden, 2014). Klien yang tidak bisa menerima dirinya pasca stroke sebanyak 72% merasa tidak siap menerima keadaan fisiknya dan kehilangan perannya. Klien yang tidak memiliki penerimaan diri yang baik akan menyebabkan hidup tidak bahagia, cemas, ketakutan,

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

minder, tidak mampu memanfaatkan kelebihan di dalam dirinya, merasa tidak berguna, tidak memiliki motivasi untuk bertahan hidup, kualitas hidup rendah dan menjalani hidup dengan tidak memiliki tujuan (Bautauta, 2010). Penerimaan diri pada penyakit kronik sebanyak 63% tidak baik yang menyebabkan banyaknya angka kematian penyakit kronik (Bernard, 2013). Penerimaan diri yang tidak baik menyebabkan klien memiliki ansietas akan kehidupan yang tidak baik dan angka kematian yang tinggi.

Ansietas adalah ketakutan yang tidak jelas terhadap sesuatu yang dapat menyebabkan seseorang merasakan gelisah dan tidak mampu melakukan apapun (Stuart, 2013). Ansietas muncul ketika ketidaksesuaian antara perasaan dengan ekspresi, tampak tertawa namun sebenarnya mereka merasa kekhawatiran sehingga sangat mudah terjadi perubahan *mood* (*Stroke Association*, 2015). Guffre (2015) mengatakan bahwa ansietas akan muncul pada fase akut akibat terjadinya perubahan pada neurologis yang disebabkan oleh stroke. Klien yang merasakan cemas dari hari kehari akan menyebabkan seseorang tidak mampu mengontrol perasaan ansietasnya (*Stroke Foundation*, 2015). Angka kejadian ansietas hampir terjadi pada seluruh klien stroke pada fase akut, namun yang menetap paska periode akut yaitu sebanyak 20% (Lee, 2015). Sementara menurut penelitian Cuming, dkk. (2016) ansietas terjadi sebanyak 27% pada klien stroke. Monica (2012) menemukan sekitar 28% klien di fase akut yang mengalami ansietas yang berkepanjangan, namun terdapat sebanyak 71% yang mengalami ansietas di ruang akut. Ansietas pada klien stroke terjadi sebanyak 28-52 % pada klien stroke (*Stroke Conection*, 2015). Ansietas merupakan dampak psikologis yang banyak terjadi pada klien stroke pada fase akut.

Gejala ansietas yang dialami klien pasca stroke yaitu merasa gelisah, ketakutan, merasa terancam, sulit berkonsentrasi, peningkatan detak jantung, gemetaran, nafas pendek, mulut kering, merasa sakit pada abdomen dan rasa ingin buang air kecil meningkat (Lee, 2015). Sebuah survei yang dilakukan *Stroke Association* tahun 2013 sampai pertengahan 2015, didapatkan sebanyak 64 % klien stroke menyatakan bahwa akibat psikologis merupakan dampak yang paling sulit untuk dihadapi klien,

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Klien stroke sebanyak 69% mengatakan stres paska stroke, sebanyak 79% mengalami ansietas, sebanyak 84% mengalami frustrasi dan lebih dari 60% mengalami marah-marah (*Stroke Association*, 2015). Ansietas pada klien stroke menyebabkan klien menjadi tidak dapat produktif, sulit berfokus terhadap proses penyembuhan dan menyebabkan proses penyembuhan lebih lama sehingga menyebabkan angka kematian yang cukup tinggi.

Berdasarkan dampak yang dapat ditimbulkan oleh stroke diatas maka penanganan klien stroke perlu dilakukan secara holistik, baik bio, psiko dan sosial. Penanganan klien stroke dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi (*Stroke Foundation*, 2015). Terapi farmakologi yang diberikan pada klien stroke yaitu obat hipertensi, anti koagulan, antiplatelet dan obat kolesterol, sementara terapi non farmakologi untuk mengatasi biologisnya yaitu dengan fisioterapi yang rutin (*Stroke Association*, 2015). Terapi yang dapat dilakukan untuk penerimaan diri yang tidak baik dan ansietas dapat dilakukan dengan kombinasi intervensi psikoterapi, obat-obatan (farmakoterapi) dan pengobatan suportif. Terapi farmakologi yang dapat diberikan kepada klien stroke yaitu obat-obatan anti depresan pada klien ansietas berlangsung dalam jangka waktu panjang dan mungkin berlangsung seumur hidup tergantung dengan kebutuhan klien (Wijaya, 2014). Psikoterapi dapat dilakukan oleh perawat melalui asuhan keperawatan secara holistik.

Asuhan Keperawatan yang dapat diberikan pada klien dengan ansietas yaitu dengan standar asuhan keperawatan dapat dilakukan dilakukan oleh perawat *ners* maupun ners spesialis. Standar asuhan keperawatan yang dapat dilakukan *ners* yaitu mengkaji ansietas, penyebab, proses terjadinya, tanda dan gejala, akibat ansietas, menurunkan ansietas dengan cara relaksasi nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan kegiatan spiritual. Sementara untuk penerimaaan diri dapat dilakukan dengan distraksi, mendengar keluhan dan ketakutan klien, berikan sentuhan saat klien menangis dan biarkan klien menangis hanya perlu empati dan pengertian (Baututa, 2015). Klien dengan ansietas dan penerimaan diri tidak baik

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

dapat ditangani dengan asuhan keperawatan generalis yaitu yang dilakukan oleh perawat *ners*.

Sementara tindakan keperawatan yang dapat dilakukan oleh *ners* spesialis yaitu Terapi Penerimaan Komitmen (TPK), terapi perilaku, terapi penghentian pikiran (*Thought Stoping*), relaksasi otot progresif, terapi psiko edukasi keluarga dan terapi kelompok suportif (Isaac, 2005; Vorcalis, 2006; Stuart, 2009). Penelitian lainya menyebutkan terapi perilaku kognitif *(Cognitif Behaviour Theraphy)*, terapi perilaku *(Behaviour Theraphy)*, terapi kognitif *(Cognitif Theraphy (CT))*, terapi penerimaan komitmen *(Acceptance and Comitment Theraphy)* efektif mengatasi ansietas *(*Lejune, 2011*)*. Hasil penelitian yang telah menggunakan psikoterapi untuk mengatasi kecemasan yaitu terapi penerimaan komitmen (TPK), terapi perilaku kognitif (*Cognitif Behaviour Therapy (CBT)),* terapi perilaku (*Behaviour Theraphy (BT))* dan terapi kognitif (*Cognitif Therapy (CT))* (Tina, 2014). Psikoterapi yang menurunkan ansietas yaitu *CT, CBT* dan terapi penerimaan komitmen.

Penelitian yang sudah dilakukan di Indonesia untuk mengatasi ansietas yaitu Agustarika (2009) tentang pengaruh terapi penghentian pikiran menurunkan ansietas secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak diberikan terapi. Sutejo (2009) Logoterapi secara bermakna menurunkan ansietas pada pasca gempa. Supriatin (2010) menggunakan terapi penghentian pikiran (*Thought Stoping)* dan relaksasi otot progresif efektif menurunkan ansietas.

Penelitian yang telah menggunakan tindakan terapi penerimaan dan komitmen (TPK) terbukti efektif dalam menurunkan kejadian perilaku kekerasan dan halusinasi (Sulistiowaty, 2012), mengatasi respons ketidakberdayaan pada klien gagal ginjal kronik (Widuri, 2012), meningkatkan penerimaan diri penderita HIV/AIDS (Wahyuningsih,dkk., 2014), meningkatkan *insight* dan efikasi diri pada pasein skizofrenia (Jalil,dkk., 2013), dan dapat meningkatkan *subjective well being* pada dewasa muda pasca putusnya hubungan pacaran (Kusumawardhani, 2012), sangat efektif untuk menurunkan tingkat ansietas yang dialami klien *pasca*

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

stroke (Fernandes, 2013). Sementara untuk psikoterapi penerimaan diri belum pernah dilakukan pada klien stroke dan masih belum pernah tergali tentang penerimaan diri klien stroke, sehingga sangat perlu dilakukan penelitian tentang penerimaan klien stroke agar klien dapat menjalani kehidupannya dengan lebih baik walaupun kondisi kehidupannya sangat jauh berbeda dengan sebelum mengalami stroke

Selain psikoterapi, dukungan sosial sangat diperlukan dalam meningkatkan peneriman diri klien. Hal ini dibuktikan dengan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan penerimaan diri pada klien paska stroke, yakni sebanyak 24 % dukungan sosial sangat berpengaruh terhadap penerimaan diri klien paska stroke (Masyitah, 2012). Dukungan sosial dapat berupa dukungan ataupun bantuan dari keluarga dalam bentuk tenaga, motivasi, materi dan informasi sehingga seseorang merasa bagian dari kelompok sosial tersebut dan merasa dirinya dihargai dan bagian dalam kelompok sosial (Cobb dalam Sarafino, 2002). Dukungan sosial merupakan adanya interaksi interpersonal atau antar personal yang dapat dilakukan dengan membantu atau melakukan sesuatu untuk orang lain. Dukungan sosial yang paling mudah didapatkan adalah dari keluarga sebagai c*are giver* sehingga keluarga perlu dilakukan terapi psikoedukasi keluarga (*Family Psichoeducation (FPE*)).

Penelitian ini telah dilakukan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional (RSPON). Rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan nasional dalam menangani masalah otak dan kasus terbanyak adalah kasus stroke. Penanganan klien stroke di RSPON terdiri dari ruang rawat inap kelas 1, 2 dan 3 di lantai 7 sementara untuk ruang VIP dan *President suite* dilantai 9, sementara unit stroke mulai dari pendaftaran sampai pusat rehabilitasi terdapat di lantai 3. Berdasarkan hasil wawancara terhadap perawat di tempat penelitian angka kejadian stroke yang terjadi tercatat 30 – 40 orang klien perbulan. Dari jumlah klien tersebut 75% mengalami stroke berulang dan 25 % mengalami stroke serangan pertama.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Hasil wawancara dengan delapan orang klien yang dirawat di ruang rawat kelas tiga mengatakan bahwa akibat fisik yang dialami klien stroke yaitu 6 orang mengatakan kelumpuhan pada satu sisi tubuh, saat diawal dirawat bibir mencong, kesulitan mengontrol buang air kecil dan kelelahan. Sementara dua orang diantaranya mengatakan kehilangan sebagian ingatan, kesulitan melihat, sulit tidur, nyeri, pusing, dan kontraktur pada ekstremitas. Delapan orang klien sangat mengeluhkan mobilitas yang terhambat pasca stroke. Klien merasa sangat terganggu dengan kelemahan dan kontraktur yang mereka alami. Akibat fisik yang dialami klien stroke yaitu kelumpuhan, bibir mencong, sulit mengontrol buang air kecil, kelelahan, sulit tidur, nyeri, pusing dan kontraktur pada ekstremitas.

Dampak psikologis yang dialami oleh delapan klien tersebut yaitu saat masuk ke rumah sakit 8 orang mengatakan ketakutan, tidak percaya mengalami stroke berulang, sedih, tidak semangat, cepat marah, menangis, merasa terancam, gemetaran, sulit tidur, gelisah, kuatir akan tergantung sepenuhnya terhadap orang lain, takut, tidak mau bicara, tidak mau makan, tidak terima menjadi orang cacat, ingin seperti orang lain yang mandiri, minder menjadi orang yang menyusahkan, ingin mengulang kembali waktu sehat, tidak menerima perawatan di rumah sakit dan merasa tidak berdaya. Berdasarkan tanda dan gejala akibat psikologis yang dirasakan klien menunjukkan penerimaan diri yang tidak baik dan ansietas.

Delapan orang klien mengatakan keluarga kadang tidak memahami keadaan psikologis klien sehingga sering terjadi salah paham, antara klien dengan keluarga. Tujuh orang klien mengatakan sangat membutuhkan dukungan dan pengertian dari keluarga, teman dan saudara. Enam orang klien mengatakan terkadang keluarga berespon negatif dengan mengatakan sudah sakit tetapi banyak permintaan, mengatakan tidak tahu diri terhadap klien, mengatakan menyusahkan, tidak berguna sehingga membuat klien merasa semakin terpuruk. Seluruh klien mengatakan bahwa keluarga tidak memahami kondisi psikologis klien dan mayoritas berespon negatif terhadap klien.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Sementara dari hasil wawancara terhadap delapan keluarga mengatakan mereka tidak memahami keinginan klien. Keluarga hanya terfokus dengan kebutuhan fisik klien saja, dan jarang berbicara untuk menanyakan apa yang dirasakan klien. Hal inilah pemicu keluarga dan klien sering selisih paham. Dari 8 keluarga, 7 keluarga mengatakan stres dan frustasi dengan sikap klien karena keluarga tidak tahu cara penanganan klien yang menunjukkan respons marah, menangis, sedih dan lainya. Keluarga mengalami stres dan frustrasi menghadapi klien karena kurang memahami bagaimana cara mengatasi penerimaan diri yang tidak baik dan ansietas yang dialami oleh klien

Menurut delapan orang klien yang dilakukan oleh perawat selama di rumah sakit kepada klien yaitu memandikan, pemberiaan obat, penggantian cairan infus, dan jika sesak diberikan oksigen. Sementara menurut keluarga, yang dilakukan perawat sama dengan yang diungkapkan klien dan keluarga diajarkan tanda kegawatan dan kejadian stroke berulang di rumah. Selain itu diajarkan bagaimana cara memandikan di rumah sakit dan menolong BAB dan BAK dengan pispot ataupun dengan menggunakan *pempers*. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat mengatakan yang dilakukan perawat lebih berfokus terhadap *management* stroke khususnya masalah fisik, seperti membantu ADL klien, memberikan obat, cairan sesuai prosedur *management* stroke sementara masalah psikososial diserahkan kepada psikolog. Namun ternyata sejak tahun berdiri 2014 hingga 2016 hanya ada 8 orang yang ditangani psikolog, karena perawat mengatakan akibat psikologis tidak menjadi perhatian kecuali sudah menunjukkan perilaku yang aneh seperti orang gangguan jiwa misalnya bicara sendiri, tertawa sendiri, mengamuk dengan merugikan orang lain baru dirujuk ke psikolog. Asuhan keperawatan yang dilakukan hanya mengatasi masalah fisik.

Berdasarkan uraian tersebut penanganan secara holistik dalam melakukan asuhan keperawatan sangat perlu dilakukan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan klien secara bio, psiko dan sosial. Ditempat penelitian belum dilakukan dan belum ada standar baku untuk penyelesaian peneriman diri dan ansietas, sehingga perlu dilakukan penelitian yang menjangkau masalah

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

psikososial klien stroke agar dapat digunakan menjadi standar baku yang mensejahterakan kehidupan klien dan keluarga paska stroke.

1.2 Masalah Penelitian

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka peneliti menyusun masalah penelitian sebagai berikut :

1.2.1 Jumlah klien stroke di RSPON dalam setahun mencapai 368 pada tahun 2015 dengan 75% stroke berulang

1.2.2 Masalah yang dialami klien akibat stroke secara fisik berdasarkan wawancara dengan 8 orang yaitu kelumpuhan pada satu sisi tubuh, bibir mencong, mengontrol buang air kecil, kelelahan, kehilangan sebagian ingatan kesulitan melihat, sulit tidur, nyeri, pusing, dan kontraktur pada ekstremitas.

1.2.3 Masalah yang dialami klien akibat stroke secara psikologis berdasarkan wawancara dengan 8 orang klien didapatkan klien tidak mampu menerima dirinya dan cemas

1.2.4 Masalah yang dihadapi keluarga yang merawat klien stroke adalah ansietas

1.2.5 Belum adanya penangan psikososial pada klien stroke di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan uraian di atas maka akan dilakukan pengukuran ansietas dan penerimaan diri pada klien stroke. Pengukuran akan dilakukan sebelum pemberian terapi generalis dan setelah pemberian terapi terapi penerimaan komitmen pada klien sementara untuk keluarga diberikan terapi psikoedukasi keluarga. Peneliti ingin mengetahui bagaimana pengaruh terapi generalis dan penerimaan komitmen terhadap ansietas dan penerimaan diri, pengaruh terapi psiko edukasi keluarga (PEK) terhadap kemampuan keluarga serta hubungan kemampuan keluarga terhadap ansietas dan penerimaan diri klien. Berdasarkan uraian tersebut sehingga muncul pertanyaan penelitian sebagai berikut:

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

1.3.1 Bagaimana gambaran penerimaan diri dan ansietas klien stroke di RSPON?

1.3.2 Bagaimana pengaruh tindakan keperawatan ners terhadap ansietas klien stroke di RSPON?

1.3.3 Bagaimana pengaruh tindakan keperawatan ners dan ners spesialis: TPK terhadap ansietas

1.3.4 Bagaimana pengaruh tindakan keperawatan ners dan tindakan ners spesialis : terapi penerimaan komitmen terhadap penerimaan diri pada klien stroke di RSPON?

1.3.5 Bagaimana hubungan penerimaan diri dengan ansietas?

1.3.6 Bagaimana hubungan kemampuan keluarga terhadap ansietas dan penerimaan diri klien stroke?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh pemberian tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: terapi penerimaan komitmen, dan psikoedukasi keluarga dengan penerimaan diri dan ansietas pada klien stroke.

1.4.2 Tujuan Khusus

1.4.2.1 Diketahuinya karakteristik klien stroke

1.4.2.2 Diketahuinya gambaran penerimaan diri dan ansietas klien stroke

1.4.2.3 Diketahuinya pengaruh tindakan keperawatan ners terhadap ansietas klien stroke

1.4.2.4 Diketahuinya pengaruh tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis : terapi penerimaan komitmen terhadap ansietas klien stroke.

1.4.2.5 Diketahuinya pengaruh tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis : terapi penerimaan komitmen terhadap peneriman diri klien stroke

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

1.4.2.6 Diketahui pengaruh terapi psiko edukasi keluarga terhadap kemampuan keluargan klien stroke

1.4.2.7 Diketahuinya hubungan penerimaan diri dengan ansietas pada klien stroke

1.4.2.8 Diketahui hubungan kemampuan keluarga dengan ansietas dan penerimaaan diri klien stroek

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Keilmuan

1.5.1.1 Tindakan keperawatan ners berpengaruh menurunkan ansietas klien stroke

1.5.1.2 Tindakan keperawatan ners dan ners spesialis : terapi penerimaan komitmen dengan menggunakan instrumen HARS menurunkan ansietas klien stroke dari ansietas sedang menjadi ansietas ringan.

1.5.1.3 Tindakan keperawatan ners dan ners spesialis dengan instrumen Hurlock meningkatkan penerimaan diri klien stroke

1.5.1.4 Tindakan keperawatan ners spesialis : PEK dengan menggunakan instrumen yang telah divalidasi mampu meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien stroke

1.5.2 Manfaat Aplikatif

1.5.2.1 Tindakan keperawatan ners dapat digunakan oleh perawat ners di RSPON

1.5.2.2 Tindakan keperawatan ners spesialis : TPK dapat dilakukan oleh perawatn spesialis jiwa dalam menurunkan ansietas klien stroke di RSPON

1.5.2.3 Tindakan keperawatan ners spesialis : PEK dapat dilakukan oleh perawat spesiali dalam meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien stroke di RSPON

1.5.3 Manfaat Penelitin berikutnya

1.5.3.1 Dilakukan penelitian yang sama dengan menggunakan kelompok kontrol

1.5.3.2 Penelitian yang sama dengan menggunakan waktu yang lebih panjang

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

BAB II
TINJAUAN TEORI

Tinjuan teori merupakan landasan dan rujukan dalam penelitian, dalam hal ini akan dipaparkan beberapa konsep, teori dan hasil penelitian. Adapun konsep dan teori tersebut meliputi: stroke, definisi stroke, prevalensi stroke, konsep penerimaan diri, ansietas, terapi penerimaan komitmen dan psikoedukasi keluarga.

2.1 STROKE

Konsep stroke yang akan dibahas dalam tinju teori ini yaitu prevalensi stroke, definisi stroke, faktor resiko stroke dan dampak stroke.

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah kematian mendadak sel-sel otak karena kekurangan oksigen, yang disebabkan oleh penyumbatan aliran darah atau pecahnya arteri ke otak yang ditandai dengan gejala kehilangan kemampuan berbicara secara tiba–tiba, kelemahan ,atau kelumpuhan satu sisi tubuh. Stroke juga sering dikenal dengan *Cerebrovaskular Accident* (CVA) atau kerusakan pada pembuluh darah otak (Wedro, 2012). Kerusakan pada pembuluh darah di otak menyebabkan seseorang kerusakan pada sistem saraf dan mempengaruhi fungsi tubuh.

2.1.2 Prevalensi Stroke

Stroke merupakan penyakit kronik yang menyebabkan kematian ketiga setelah serangan jantung dan kanker dinegara maju seperti di Amerika. Angka kejadiannya per tahun adalah dua per 1.000 populasi (Ginsberg, 2008). Menurut *World Health Organization* (WHO) (2004), perkiraan kematian akibat penyakit serebrovaskular di Asia Tenggara adalah 1.073.569 jiwa. Stroke diperkirakan menyebabkan 5,7 juta kematian pada tahun 2005, dan 87% dari kematian ini terdapat di negara-negara dengan pendapatan negara rendah dan menengah (Strong et al., 2007; Sherin et al., 2011). Tanpa tindakan, angka kematian global diperkirakan meningkat menjadi 6,5

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

juta pada tahun 2015 dan 7,8 juta pada tahun 2030 (Strong et al., 2007). Stroke memiliki angka kejadian dan angka kematian secara global sangat tinggi sehingga perlu menjadi perhatian.

Stroke merupakan penyebab kematian utama di Indonesia. Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan riset kesehatan daerah sebesar 7,0 per mil pada tahun 2007 meningkat menjadi 12,1 per mil pada tahun 2013. Sebanyak 13 juta klien stroke baru dalam satu tahun dan meninggal dalam waktu 12 bulan serta klien memiliki anggota keluarga sebanyak 250 juta yang akan memiliki resiko yang sama seperti klien, terdapat sekitar 4,4 juta diantaranya meninggal dalam 12 bulan, terdapat sekitar 250 juta anggota keluarga berkaitan dengan klien stroke yang bertahan hidup.

2.1.3 Penyebab Stroke

Penyebab stroke terdiri dari trombotik dan perdarahan *sub-arachnoid*. Trombotic dapat terjadi pada pembuluh darah akibat dari gaya hidup klien, sementara perdarahan *sub-arachnoid* dapat terjadi akibat kecelakaan, benturan ataupun adanya pembuluh darah yang pecah.

2.1.3.1 Trombotik

Trombotik adalah penyumbatan arteri diotek yang disebabkan trombus. Pembuluh darah yang mengalami sumbatan akan menyebabkan aliran darah tersumbat, sehingga arteri pada bagian perifer tidak mendapat suplay darah ataupun kekurangan oksigen. Kekurangan oksigen yang terdapat pada pembuluh darah di otak menyebabkan sel–sel diotak mati dan bagian tubuh yang diperdarahi tidak dapat menjalankan fungsinya. Biasanya, paling sering terjadi trombotik kolesterol yang menempel pada dinding pembuluh darah kemudian pecah kemudian mengalami proses pembekuan yang berdampak pada penyempitan aliran pembuluh darah di otak (Mutaqin, 2008). Trombotik menyebabkan penyempitan aliran darah sehingga suplai darah tidak adekuat.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.1.3.2 Perdarahan *sub - arachnoid*

Perdarahan *sub–arachnoid* dapat disebabkan akibat trauma, hipertensi dan yang sering terjadi yaitu pecahnya aneurisma pada siklus willisi. Perdarahan sub arakhnoid dapat terjadi secara tiba–tiba dan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial.peningkatan intrakranial menyebabkan seseorang mengalami perubahan tingkat kesadaaran perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala (mungkin hebat), vertigo, kacau mental, stupor sampai koma, gangguan ocular, hemiparesis atau hemiplegic, mual muntah, iritasi meningeal (kekakuan nukhal, *kernig's, brudzinski's* positif, fotofobia, penglihatan ganda, peka rangsang, kegelisahan, peningkatan suhu tubuh) (Mutaqin, 2008). Perdarahan *sub-arachnoid* menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial dan menghambat aliran darah.

2.1.4 Faktor Penyebab Stroke

Stroke memiliki sejumlah faktor penyebab yang dapat memicu terjadinya stroke. Menurut *University of Pittsburgh Medical Center* (2003) dan *American Heart Association* (2007), ada dua jenis faktor penyebab stroke yaitu faktor penyebab yang tidak dapat diubah/ dikendalikan dan faktor penyebab yang dapat diubah.

2.1.4.1 Faktor Penyebab Stroke yang Tidak Dapat Diubah

a. Usia

Stroke dapat menyerang segala usia, tetapi semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terserang stroke. Penelitian Fernandes (2013) menunjukkan bahwa angka kejadian stroke banyak terjadi di usia 40 tahun sampai dengan 70 tahun, mayoritas angka kejadian diatas 45 tahun, namun sudah terdapat pada usia 35 tahun. Stroke sudah terjadi di usia dewasa akhir, namun yang paling banyak terjadi di usia lanjut.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

b. Jenis Kelamin

Laki-laki dua kali lebih berisiko daripada perempuan, tetapi jumlah perempuan yang meninggal akibat stroke lebih banyak. Penelitian Fernades (2013) menunjukkan bahwa laki–laki yang mengalami stroke sebanyak 38,3 % dan perempuan sebanyak 61, 7 %. Pada penelitian yang lebih luas yang dilakukan oleh survey ASNA *(Asean Neurologic Association*) pada 28 rumah sakit di seluruh Indonesia yang mengalami stroke akut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak dari perempuan dan yang mengalami prognosis yang lebih buruk yaitu laki–laki. Sementara penelitian lainya menyebutkan bahwa lebih banyak terjadi pada perempuan karena perempuan lebih sering menggunakan perasaan sehingga sering memendam dan menjadi stres.

c. Riwayat Keluarga

Keluarga dengan riwayat anggota keluarga pernah mengalami stroke berisiko lebih besar daripada keluarga tanpa riwayat stroke. Genetik sangat berperan besar dalam menurunkan resiko mengalami stroke. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa yang memiliki riwayat stroke beresiko 2,9 x mengalami stroke dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat stroke (Januar, 2008). Riwayat keluarga dengan stroke menyebabkan angka kejadian terjadinya lebih tinggi dibandingkan dengan tidak memiliki riwayat stroke.

2.1.4.2 Faktor Penyebab yang Dapat Diubah

Penyebab stroke yang dapat diubah yang dibahas dalam penelitiaan ini yaitu rekanan darah tinggi, merokok, DM, Obesitas dan kurang aktivitas, alkohol, kopi dan penggunaan obat–obatan, kurang nutrisi, stres dan estrogen.

a. Tekanan Darah Tinggi

Tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko utama penyebab stroke. Hasil menunjukkan bahwa hipertensi terbukti memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian stroke pada usia muda dengan resiko sebesar 4,33 x lebih besar dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat hipertensi (Januar, 2008).

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Dengan demikian dapat dilihat bahwa dari beberapa penelitian yang dilakukan terdapat hubungan antara hipertensi dengan kejadian stroke.

b. Merokok

Merokok meyebabkan terjadinya aterosklerosis dan tampaknya merupakan faktor risiko independen untuk stroke yang diakibatkan gumpalan. Pria di Framingham, Massachusetts dipelajari secara ekstensif untuk penyakit kardiovaskular yang merokok lebih dari 40 batang rokok sehari memiliki dua kali risiko stroke dari pada pria yang merokok kurang dari 10 batang per hari. Dalam sebuah studi *Harvard Medical School* sebagian besar perempuan, jumlah rokok dihisap ditemukan langsung terkait dengan risiko stroke. Perempuan merokok lebih dari 25 batang rokok sehari memiliki kemungkinan mengalami strokesebanyak 2,7 kali lebih besar dan risiko 9,8 kali lebih besar stroke hemoragik . Data dari kedua *Framingham Study* jantung dan *Honolulu Heart Study* menunjukkan bahwa berhenti merokok sangat signifikan untuk mengurangi resiko stroke. Lima tahun setelah mereka berhenti, mantan perokok memiliki risiko stroke sama dengan yang bukan perokok (Lawrence, dkk, 2012). Berdasarkan hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa merokok berpeluang besar menyebabkan stroke.

c. Diabetes Melitus

Penyakit diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan risiko terjadinya stroke iskemik. Penderita diabetes cenderung menderita obesitas. Obesitas dapat mengakibatkan hipertensi dan tingginya kadar kolesterol, di mana keduanya merupakan faktor risiko stroke. Kadar gula darah sewaktu ≥ 126 mg/dl memiliki resiko sebesar 1,38 kali lebih besar dibanding dengan kadar gula darah sewaktu < 126 mg/dl. Kadar gula darah puasa ≥ 126 mg/dl berisiko sebesar 1,51 kali lebih besar dibanding dengan kadar gula darah puasa < 126 mg/dl (Januar, 2008). Dari penelitian tersebut membuktikan bahwa dengan kadar gula darah ≥ 126 mg/dl ataupun penyakit diabetes melitus menyebabkan seseorang mengalami stroke.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

d. Obesitas dan kurangnya aktivitas

Peningkatan berat badan dapat meningkatkan risiko stroke. Obesitas juga dapat menimbulkan faktor risiko lainnya seperti tekanan darang tinggi, tingginya kolesterol jahat, dan diabetes (Lawrence, 2012). Obesitas dapat terjadi karena kurangnya aktivitas, sehingga klien mengalami peningkatan kadar lemak yang dan menyebabkan aterosklerosis, trombosis dan emboli.

e. Alkohol, Kopi, dan Penggunaan Obat-Obatan

Konsumsi alkohol meningkatkan risiko stroke. Minum alkohol lebih dari satu gelas pada pria dan lebih dua gelas pada pria dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Selain itu, minum tiga gelas kopi sehari dapat meningkatkan tekanan darah dan risiko stroke. Penggunaan obat-obatan seperti kokain dan amphetamine merupakan risiko terbesar terjadinya stroke pada dewasa muda (Lawrence, 2012)

f. Kurang Nutrisi

Diet tinggi lemak, gula, dan garam meningkatkan risiko stroke. Penelitian menunjukkan bahwa mengkonsumsi 5 porsi buah dan sayur sehari dapat mengurangi risiko stroke sebesar 30%. Makanan yang tidak sehat sangat signifikan mempengaruhi terjadinya stroke (Carol, 2014). Kurang nutrisi yang dimaksudkan adalah kurangnya nutrisi yang sehat bagi tubuh, dan pola makan yang tinggi lemak.

g. Stres

Penelitian menunjukkan hubungan antara stress dengan mempersempit pembuluh darah carotid. Hal ini disebabkan adanya pengeluaran hormon kortisol yang menyebabkan pembuluh darah vasokonstriksi (Bruner & Suddarth, 2006). Stress emosional yang mendadak menyebabkan seseorang mengalami stroke yang diawali dengan peningkatan tekanan darah dan kadar kolesterol (Carol, 2014). Sehingga dengan adanya stroke ditambah dengan faktor resiko lainya sangat mempengaruhi terjadinya stroke.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

h. Estrogen

Pemakaian pil KB atau *Hormone Replacement Theraphy* (HRT) yang mengandung estrogen dapat mengubah kemampuan penggumpalan darah yang dapat mengakibatkan stroke (Carol, 2014). Sehingga sangat diperlukan untuk melakukan pengecekan kembali saat menggunakan pil KB.

2.1.5 Dampak Stroke

Dampak stroke bagi klien tidak hanya pada fisiknya saja namun dapat berdampak ada psikologis dan sosial. Hal ini dapat terjadi karena stroke merupakan penyakit kronik yang dapat terjadi dalam jangka waktu yang lama sehingga disebut dengan penyakit kronik.

2.1.5.1 Fisik

Dampak fisik yang terjadi akibat serangan stroke sesuai dengan letak lesi yang terdapat pada otak yang terkena. Dampak fisik yang terjadi kehilangan fungsi anggota motorik, kehilangan kemampuan komunikasi, gangguan persepsi kehilangan memori dan gangguan fungsi kognitif dan efek psikologis. Beberapa orang juga akan mengalami kelelahan ekstrim di beberapa minggu pertama setelah stroke. Masalah komunikasi merupakan hal yang sangat mengganggu klien stroke walaupun kejadiannya hanya 15 %, namun akibatnya akan menyebabkan seseorang mengalami kesulitan untuk menyampaikan yang diinginkan sehingga sulit bersosialisasi.

Dampak fisik yang muncul yaitu masalah keseimbangan, penglihatan, kesulitan menelan, ketidakmampuan mengendalikan buang air besar dan buang air kecil, kelelahan, kesulitan berkomunikasi, masalah memori dan berpikir (*Stroke Association*, 2015). Klien lainya juga mengungkapkan merasakan sangat lelah pada beberapa minggu pertama setelah stroke. Dampak fisik lainya yang muncul yaitu kelemahan otot pada satu sisi tubuh, *drop foot*, kehilangan stamina, nyeri, kontraktur dan perubahan sensasi terhadap stimulus. Klien paska stroke sebanyak 80% mengalami masalah dalam mobilitas akibat stroke (Lee, 2015). Dampak fisik yang dirasakan

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

setiap orang berbeda beda. Dampak fisik yang biasanya dialami yaitu kelemahan pada satu sisi tubuh atau keduanya, kehilangan keseimbangan, sulit tidur, perubahan sensasi, kerusakan komunikasi verbal, gangguan melihat, bicara dan mendengar.

2.1.5.2 Psikologis

Keterbatasan secara fisik akan mengalami masalah secara psikologis. Hal ini diawali dengan keterbatasan mobilitas, komunikasi dan perubahan fungsi tubuh menyebabkan klien akan mengalami perubahan dalam peran, identitas, gambaran diri, dan harga diri klien. Perubahan fungsi tubuh menyebabkan klien merasa terasing, tidak berguna, sehingga akan terbawa dalam bawah sadar klien sehingga dapat berubah menjadi nilai ataupun keyakinan yang terdapat dalam diri klien. Klien akan menganggap dirinya tidak berguna, banyak bergantung pada orang lain dan terjadi perubahan perasaan–perasaan yang tidak lazim dalam diri klien Dengan kondisi *stroke* yang demikian, klien akan merasa dirinya cacat dan kecacatan ini menyebabkan klien tidak mampu menerima dirinya. (Jocelin, 2014).

Umumnya *stroke* diawali dengan munculnya ketidakpercayaan tentang yang dialami, tidak mampu menerima kondisinya dengan kecacatan yang dialami, ketakutan serta dapat berlanjut menjadi depresi. Kondisi depresi klien akan merasa tidak berdaya dan menyadari bahwa kondisinya sudah berubah, sekarang semua kebutuhan klien harus dibantu oleh orang lain, sehingga klien merasa tidak ada gunanya hidup dan terkadang memilih lebih baik mati. Pada dasarnya baik stroke serangan pertama maupun stroke berulang akan menimbulkan respons ansietas. Respon ansietas akan menjadi bahaya jika klien tidak bisa mengontrol diri dan beradaptasi dengan penyakit stroke serta dampak yang ditimbulkan.

Dampak psikologis yang dialami klien stroke yaitu perubahan emosional. Perubahan emosional yang terjadi yaitu ansietas, depresi, emosi yang tidak stabil seperti tertawa dan menangis secara tiba- tiba, kehilangan kemampuan mengontrol emosi seperti marah baik verbal maupun fisik sebagai cara untuk mengungkapkan rasa frustasi yang dihadapi,

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

perubahan *mood* yang secara tiba– tiba dan berpusat pada diri sendiri (Jocelin, 2014). Namun yang pertama sekali terlihat pada klien stroke yaitu penerimaan diri yang tidak baik dan ansietas sampai 28 hari, sementara depresi muncul setelah 2 minggu dan puncaknya pada 3 – 4 bulan (Alina, 2011; Lee, 2015). Dampak psikologis yang banyak terjadi yaitu penerimaan diri yang tidak baik dan ansietas dan merupakan dampak psikologis yang paling awal terjadi pada klien stroke.

Penerimaan diri yang tidak baik adalah ketidakmampuan klien menerima dirinya dengan perubahan yang terdapat dalam dirinya akibat stroke sehingga klien tidak mampu menilai kelebihan yang terdapat dalam diri klien yang masih dapat dimanfaatkan klien untuk hidup lebih baik dan bahagia (Holden, 2014). Klien yang tidak bisa menerima dirinya pasca stroke sebanyak 72% merasa tidak siap menerima keadaan fisiknya dan kehilangan perannya. Klien yang tidak memiliki penerimaan diri yang baik akan menyebabkan hidup tidak bahagia, cemas, ketakutan, minder, tidak mampu memanfaatkan kelebihan di dalam dirinya, merasa tidak berguna, tidak memiliki motivasi untuk bertahan hidup, kualitas hidup rendah dan menjalani hidup dengan tidak memiliki tujuan (Bautauta, 2010). Penerimaan diri pada penyakit kronik sebanyak 63% tidak baik yang menyebabkan banyaknya angka kematian penyakit kronik (Bernard, 2013). Penerimaan diri yang tidak baik menyebabkan klien ansietas serta memiliki kehidupan yang tidak baik dan angka kematian yang tinggi.

Ansietas muncul ketika ketidaksesuaian antara perasaan dengan ekspresi, tampak tertawa namun sebenarnya mereka merasa kekuatiran sehingga sangat mudah terjadi perubahan *mood* (*Stroke Association*, 2015). Guffre Forsyth (2015) mengatakan bahwa ansietas akan muncul pada fase akut, akibat terjadinya perubahan pada neurologis yang disebabkan oleh stroke. Klien yang merasakan cemas dari hari kehari akan menyebabkan seseorang tidak mampu mengontrol perasaan ansietasnya (*Stroke Fundation*, 2015). Angka kejadian ansietas pada klien stroke yaitu sebanyak 20%. Sementara menurut penelitian Cuming, dkk. (2016), Ansietas terdapat sebanyak 27% pada klien dengan stroke. Klien Struk sekitar 28% klien difase akut

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

yang mengalami ansietas yang berkepanjangan, namun yang mengalami ansietas diruang akut sebanyak 71 % (Monica, dkk, 1996). Ansietas belum diteliti sebanyak depresi atau ansietas, tapi itu tidak jarang, berdampak sebanyak 28-52% klien stroke (*Stroke Conection*, 2015). Ansietas merupakan respons yang banyak terjadi di fase akut baik stroke serangan pertama maupun stroke serangan berulang. Dapat disimpulkan bahwa masalah psikososial yang terjadi pada klien stroke yaitu penerimaan diri, emosi yang labil, perubahan *mood* yang drastis, ansietas, ketidakberdayaan, depresi bahkan sampai resiko bunuh diri.

2.1.5.3 Sosial

Klien yang mengalami stroke secara sosial lebih cenderung menutup diri, hal ini dapat dikibatkan dari faktor fisik yang terbatas. Dengan keterbatasan fisik menyebabkan klien menjadi sangat tergantung dengan orang lain sehingga menyebabkan klien menjadi mudah tersinggung, mudah marah terhadap orang di sekitar klien (Craigh, 2014). Klien dengan stroke merasa tidak berdaya, karena keterbatasan fisik akhirnya kehilangan pekerjaan dan mengakibatkan munculnya masalah finansial (Jocelin, 2014). Selain hubungan sosialisasi, klien juga dapat mengalami masalah dalam hubungan suami istri akibat ketidak mampuan fungsi organ seksual maupun pengaruh obat–obatan.

Klien dengan stroke akan tinggal bersama keluarga dan keluarga sebagai *care giver* bagi klien. Keluarga adalah orang yang akan membantu klien melewati proses penyakit dalam jangka waktu yang cukup lama. Dengan pemahaman keluarga yang baik akan penerimaan diri dan ansietas klien maka keluarga akan mampu membantu klien menerima dirinya dan menurunkan ansietas klien.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.2 PENERIMAAN DIRI

Konsep penerimaan diri yang akan dibahas yaitu definisi, kemampuan orang yang menerima dirinya dengan baik, faktor yang mempengaruhi penerimaan diri dan penanganan penerimaan diri yang tidak baik.

2.2.1 Definisi

Penerimaan diri adalah sikap berhenti berusaha untuk mengubah diri menjadi orang yang diinginkan dan membutuhkan waktu cukup lama untuk mengetahui segala potensi yang terdapat di dalam diri sendiri (Holden, 2010). Dapat disimpulkan bahwa penerimaan diri adalah cara seseorang untuk bisa menerima dan menyadari segala perubahan di dalam dirinya serta mampu menggunakan potensi ataupun kelebihan dirinya untuk hal yang lebih baik khususnya bagi klien stroke.

Penerimaan diri diartikan sebagai sikap seseorang yang merasa puas dengan diri sendiri, kualitas- kualitas, dan bakat-bakatnya sendiri, serta pengakuan akan keterbatasan diri. Ada dua bagian penting dalam arti penerimaan diri tersebut, pertama ; adanya perasaan puas terhadap apa yang telah dimiliki, kedua ; adanya pengakuan akan keterbatasan yang dimilikinya (Chaplin, 2000). Sehingga orang yang mampu menerima dirinya dengan baik akan merasa bahagia, puas dengan apapun yang dimiliki sehingga mampu lebih produktif dalam menjalani kehidupannya.

2.2.2 Ciri – ciri orang yang menerima dirinya dengan baik

Orang yang mampu menerima dirinya adalah orang–orang sebagai berikut (Hjielle & Ziglar, 1981).

2.2.2.1 Memiliki gambaran yang positif tentang dirinya

Klien yang memiliki gambaran yang positif tentang dirinya akan mampu menerima dirinya. Kemampuan memerima diri dengan baik disebabkan adanya kemajuan untuk melihat sisi lain dari perubahan yang terjadi.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.2.2.2 Memiliki kemampuan mengontrol emosi

Klien yang menerima dirinya dengan baik, merupakan orang yang mampu mengontrol keadaan emosinya, karena mampu melihat hal positif dalam dirinya dan menerima kekurangannya. Kemampuan mengontrol emosi menunjukkan klien tidak terfokus dengan kekurangan klien.

2.2.2.3 Dapat Berinteraksi dengan orng lain

Klien yang menerima dirinya mampu berinteraksi dengan siapapun. Perubahan yang terjadi dalam diri klien tidak membuat klien menjadi terpuruk ataupun menghindar dari masalah. Klien akan tetap bersosialisasi sebagai salah satu mekanisme koping yang digunakan oleh klien.

2.2.2.4 Memiliki persepsi yang realistik

Klien yang menyadari perubahan dan kekurangan dalam dirinya akan berpikir lebih realistis tentang kehidupannya. Klien berpersepsi sesuai dengan keadaanya saat ini dan tidak melihat masa lalu dan terfokus dengan masa lalu tetapi fokus terhadap masa depan.

2.2.2.5 Memiliki kemampuan untuk menyelesaikan masalah

Kemampuan menyelesaikan masalah tidak dimiliki oleh semua orang. Kemampuan menyelesaikan masalah akan ditemukan pada orang yang mau mengakui kekurangan dan mau memperbaiki diri. Klien yang mampu membuang sikap ingin menang sendiri akan mampu menyelesaikan masalahnya dan merupakan orang yang menerima dirinya dengan baik.

2.2.2.6 Memiliki rasa humor

Seseorang yang mampu menerima dirinya akan merasa bahagia, tidak ada ansietas, sedih, merasa tidak berguna. Hal ini disebabkan kemampuan menilai hal yang positif dalam diri klien menjadi kekuatan seseorang untuk bahagia. Kemampuan seseorang untuk bahagia membuat seseorang memiliki rasa humor.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.2.2.7 Memiliki konsep yang jelas tentang tujuan hidup

Orang yang mampu menerima dirinya akan mampu menyusun ulang segala tujuan hidupnya sesuai dengan keadaannya saat ini walaupun keadaan saat ini tidak menguntungkan klien. Klien akan mampu mengoptimalkan kelebihannya untuk membuat tujuan hidup yang jelas.

2.2.3 Faktor–Faktor yang berpengaruh terhadap Penerimaan Diri

Faktor yang berpengaruh dalam penerimaan diri menurut Harlock (1974) adalah:

2.2.3.1 Pemahaman tentang diri sendiri.

Penerimaan diri yang tidak baik disebabkan ketidakmampuan seseorang mengenali kelebihan dan kekurangannya. Seseorang yang dapat memahami dirinya sendiri tidak hanya dilihat dari sudut pandang kognitif saja, tetapi dari kemampuan menggunakan kesempatan untuk memahami dirinya sendiri dan memanfaatkan kelebihannya untuk menunjukkan jati diri klien (Saul, 2010). Pemahaman tentang diri sendiri akan memudahkan klien untuk menerima dirinya dengan perubahan yang dihadapi.

2.2.3.2 Harapan yang realistik.

Harapan yang realistis dengan keadaan dan sesuai dengan kemampuan klien akan membantu klien untuk menerima dirinya. Melalui harapan yang realistis tersebut klien mulai menata kembali kehidupan klien tentang yang dimiliki oleh klien. Klien akan lebih berpikir positif dengan harapan yang realistik. Harapan klien harus ditentukan sendiri oleh klien sehingga mampu menyesuaikan dengan kemampuannya, bukan merupakan arahan dari orang lain.

2.2.3.3 Lingkungan yang mendukung.

Harapan yang realistis tidak akan berjalan jika keadaan lingkungan tidak mendukung klien. Lingkungan sangat membantu klien untuk bisa melihat kelebihan dan menerima kekurangan di dalam dirinya, sehingga klien akan semakin mudah mengenali dirinya. Penilaian yang positif dari masyarakat akan membuat klien lebih percaya diri dan lebih produktif lagi dengan kelebihannya.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.2.3.4 Prestasi yang pernah didapatkan.

Keberhasilan ataupun prestasi yang pernah didapatkaan akan membuat klien merasa percaya bahwa dia akan mampu melewati masa sulit, dan pertimbangan untuk menerima dirinya. Melalui prestasi yang pernah didapatkan klien akan memiliki gambaran setelah stroke bahwa sebelumnya klien pernah berhasil

2.2.3.5 Persepsi yang luas

Persepsi yang luas memungkinkan seseorang untuk bisa melihat hal–hal yang diluar pemikiran klien, sehingga klien tidak tertuju terhadap kekurangan klien ataupun perubahan dalam hidup klien. Persepsi yang luas membuat seseorang mampu melihat orang lain yang jauh lebih kurang beruntung dari pada dirinya.

2.2.3.6 Pola Asuh Orang Tua

Seorang anak yang diasuh secara demokratis akan cenderung berkembang sebagai individu yang dapat menghargai dirinya sendiri. Sementara anak yang diasuh dengan diktator akan lebih cenderung menyalahkan dirinya dan merasa tidak yakin dengan dirinya, sehingga ketika ada masalah klien cenderung menyalahkan dirinya dan orang lain.

2.2.3.7 Konsep Diri yang Stabil

Klien dengan konsep diri yang tidak stabil cenderung tidak mampu mengenali dirinya. Ketidakmampuan klien untuk mengenali dirinya membuat klien sulit menerima perubahan yang terjadi dalam dirinya sehingga klien tingkat penerimaan dirinya rendah. Penerimaan diri sangat berhubungan erat dengan konsep diri karena penerimaan diri memiliki peranan yang penting dalam pembentukan konsep diri dan kepribadian yang positif. Orang yang memiliki penerimaan diri yang baik maka dapat dikatakan memiliki konsep diri yang baik pula, karena selalu mengacu pada gambaran diri ideal, sehingga bisa menerima gambaran dirinya yang sesuai dengan realita.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Penerimaan diri yang tidak baik membuat seseorang merasa minder, sedih, ansietas, tidak memiliki motivasi, merasa tidak berguna, tidak berdaya, menangis, marah–marah dan sangat sensitif. Sehingga akan muncul masalah keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputus asa-an bahkan sampai pada bunuh diri (Batauta, 2010). Penerimaan diri yang tidak baik membuat seseorang tidak produktif dan menyebabkan angka kematian semakin tinggi.

2.2.4 Penanganan Penerimaan Diri Tidak Baik

Penanganan yang dapat dilakukan untuk mengatasi penerimaan diri yang kurang baik dapat dilakukan dengan 10 langkah menurut Tartakovsky (2010)yaitu:

2.2.4.1 Menetapkan Niat

Penerimaan diri haru stimulasi dari niat, sehingga sangat penting bahwa kita menetapkan niat untuk diri kita sendiri bahwa kita bersedia untuk menggeser paradigma dari dunia menyalahkan, keraguan dan rasa malu ke dunia toleransi, penerimaan dan kepercayaan. Dengan niat seseorang menyadari bahwa membenci diri sendiri hanya menyebabkan kehidupan yang tidak memuaskan. Seseorang yang memiliki niat yang kuat dalam dirinya akan mampu untuk menerima keadaan-nya setelah mengalami stroke dan mengalami masalah disabilitas (Towsend, dkk, 2010). Dengan niat seseorang akan menyadari untuk bahwa hidup dengan mengeluh tidak akan menghasilkan sesuatu yang berharga.

2.2.4.2 Menonjolkan Kekuatan

Banyak orang yang gagal untuk melihat kekuatan di dalam dirinya sehingga selalu terfokus dengan kekurangannya, sehingga seseorang tersebut selalu merasa tidak layak (Duffy, 2010). Duffy membantu kliennya mengasah pada kekuatan dan kemampuan mereka dengan menulis. Jika sulit untuk menyebutkan kekuatan dalam diri kita ada baiknya dengan menuliskan dimulai dengan hal yang sederhana. Dengan menulis maka kekuatan akan menjadi motivasi, ingatan dan persepsi seseorang. Kekuatan tidak harus ditulis seluruhnya dalam satu waktu, namun dapat dilakukan dengan menulis satu kekuatan setiap harinya.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.2.4.3 Memilih orang yang positif .

Memilih orang yang positif adalah jangan memikirkan semua yang dikatakan orang jika pernyataan tersebut negatif dan berdampak buruk bagi klien. Orang yang positif akan menularkan energi positif dan membuat hidup lebih bahagia dengan berpikir positif (Saul, 2010). Namun harus melihat karakteristik orang di sekitar. Jika orang-orangnya lebih banyak bersikap negatif, sebaiknya tidak dipikirkan dan dikaitkan dengan diri sendiri karena hanya akan membawa dampak yang negatif bagi diri klien. Sehingga akan semakin sulit untuk menerima keadaan yang kurang menguntungkan.

2.2.4.4 Membentuk *Support Sistem*

Menjauhkan diri dari orang-orang yang membawa kita berpikir negatif, dan menggantikannya dengan sistem pendukung yang bersifat positif. Sistem pendukung tidak hanya dari keluarga sebagai *Care giver* tetapi memanfaatkan lingkungan seperti teman dan tetangga (Craigh, 2014), sehingga klien harus dapat membentuk *Support Sistem* yang positif.

2.2.4.5 Memaafkan Diri

Penyesalan masa lalu dapat mencegah kita dari berlatih penerimaan diri. Memaafkan diri sendiri , dan melanjutkan. Apakah itu tentang sesuatu yang telah Anda lakukan atau kekhasan kepribadian yang mengakibatkan terjadinya masalah dalam kehidupan kita, penting untuk belajar dari kesalahan, melakukan upaya untuk tumbuh, dan menerima bahwa Anda tidak dapat mengubah masa lalu (Howes, 2010). Ketika penyesalan muncul kembali ucapkan kata ini : "Saya membuat keputusan terbaik dengan informasi yang saya miliki saat itu, walaupun masalah terjadi“. Perilaku atau keputusan mungkin tidak terlihat benar di belakang, tapi pada saat itu sepertinya pilihan yang terbaik (Howes, 2010). Sehingga saat menyesali masa lalu selalu katakan bahwa saat itu keputusan yang telah diambil adalah yang terbaik, walaupun hasilnya terdapat masalah.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.2.4.6 Menghentikan kritik terhadap diri sendiri

Menghentikan kritik terhadap diri sendiri berarti menenangkan diri dan mengatakan bahwa pada saat itu, keputusan kita adalah keputusan yang terbaik. Orang yang selalu mengkritik mengindikasikan adanya ketidakpuasan terhadap diri sendiri, sehingga orang demikian tidak akan pernah menerima dirinya dan merasa damai (Saul, 2010). Maka yang harus dilakukan adalah belajar dari kesalahan dan memperbaiki kesalahan.

2.2.4.7 Berduka kehilangan mimpi yang belum direalisasi

Banyak masalah kita dengan penerimaan diri datang dari ketidakmampuan kita untuk mendamaikan diri kita dibandingkan dengan impian ideal dari orang sekitar kita. Banyak orang yang mengalami stroke tidak siap dengan keadaan-nya, karena masih banyak mimpi yang ingin diraih sehingga tidak mampu menerima keadaan yang tidak menyenangkan (Hole, 2014). Klien harus menyadari bahwa impian yang belum didapatkan sebelum terjadinya masalah akan menjadi suatu pengalaman untuk memodifikasi impian yang belum tercapai.

2.2.4.8 Realisasikan bahwa penerimaan diri bukan pengunduran diri

Penerimaan diri dapat dilakukan dengan melepaskan masa lalu dengan hal yang tidak bisa kita kendalikan. Fokuskan energi pada sesuatu yang lebih baik. Kesadaran bahwa kita memiliki masalah adalah merupakan langkah pertama untuk membuat perubahan positif. Menerima diri bukan berarti diam dan pasrah dengan keterbatasan namun bergerak maju dan melangkah maju dengan keterbatasan (Rubin, 2012). Sehingga berpikir menerima diri bukan berarti mundur dan tidak melakukan sesuatu.

2.2.4.9 Berbicara kepada hari nurani

Keadaan tertinggi dari seorang yaitu saat seseorang mendapatkan apresiasi terbesaar ataupun pencapaian tertinggi yang pernah didapatkan. Terbaik dalam diri seseorang terletak jauh di dalam diri seseorang, sehingga mencoba *flashbak* dan berbicara pada diri sendiri. Orang yang mampu berbicara kepada dirinya sendiri memiliki peluang

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

terbesar untuk mampu menerima dan menggunakakn keterbatasannya untuk ke arah yang lebih baik (Hole, 2014). Melalui berbicara dengan diri kita, akan menyadarkan kita dengan masa sulit saat ini bahwa kita pernah mendapatkan hal yang baik, dan kita pernah mengalami beberapa masalah dan mampu melaluinya, sehingga saat ada masa sulit saat ini akan bisa diselesaikan.

2.2.4.10 Bersikap baik kepada diri sendiri

Bersikap baik pada diri sendiri bukan berarti suatu keegoisan ataupun memikirkan diri sendiri. Istilah yang dimaksud bersikap baik pada diri sendiri adalah dengan menyayangi diri dengan menghargai kelebihan dan menerima kekurangan. Bersikap baik pada diri berarti tidak menghukum diri sendiri, sehingga diri menjadi tidak berdaya (Saul, 2010). Dengan demikian seseorang tidak akan menyalahkan dirinya ketika menghadapi masa masa sulit.

2.3 ANSIETAS

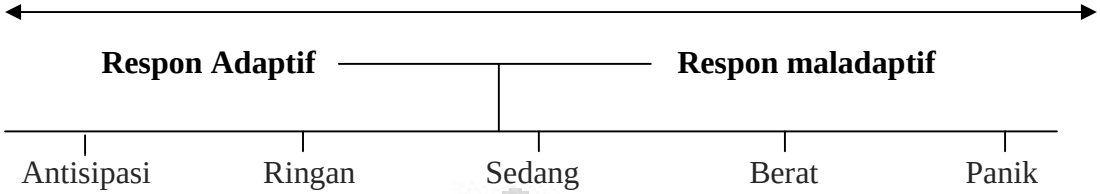
2.3.1 Definisi

Ansietas adalah suatu respon normal individu terhadappertumbuhan, perubahan, pengalaman baru, penemuan identitas dan makna hidup (Sadock , 2005). Ansietas adalah rasa takut yang tidak jelas pada sesuatu yang tidak jelas disertai dengan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, dan ketidakamanan (Stuart, 2013). Ansietas adalah perasaan tidak khas yang disebabkan oleh dugaan akan bahaya atau frustasi yang akan membahayakan rasa aman, keseimbangan atau kehidupan seseorang atau kelompok sosialnya. Berdasarkan penjelasan diatas, maka pengertian ansietas adalah respon awal yang akan dirasakan oleh seseorang ketika berada pada situasi yang tidak aman / mengancam, dan merasakan ketidakberdayaan.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.3.2 Rentang Respon Asietas

Rentang respons ansietas terdiri dari respons adaptif dan maladaptif yang dapat dilihat dalam bagan sebagai berikut (Stuart, 2013).



Skema 2.1
Rentang Respon Ansietas
Sumber : Stuart, 2013

Skema 2.1 menjelaskan bahwa respons ansietas dimulai dari respons antisipasi sampai respons panik. Jika mekanisme kopling individu adaptif maka respons ansietas klien tidak sampai ditahap yang membahayakan klien, namun jika pengontrolan serta mekanisme koping individu maladaptif maka ansietas akan membahayakan bagi klien.

2.3.3 Tingkat Ansietas

Empat level ansietas menurut Stuart (2013) yakni:

2.3.3.1 Ansietas ringan, terjadi ketegangan dalam kehidupan sehari-hari

Pada tahap ini orang merasa waspada dan persepsi meningkat. Ia melihat, mendengar, dan memahami lebih dari sebelumnya. Jenis ansietas ini dapat memotivasi belajar dan meningkatkan kreativitas.

2.3.3.2 Ansietas sedang,

Padaa tahap ini manusia hanya fokus pada perhatian langsung, menyebabkan penyempitan lapang persepsi. Ia kurang melihat, mendengar dan memahami. Ia memblok area yang dipilih tetapi dapat melakukan lebih jika diarahkan untuk melakukannya.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.3.3.3 Ansietas berat

Pada tahap ini diitandai dengan penurunan yang signifikan dalam lapangan persepsi. Orang cenderung berfokus pada suatu hal yang spesifik dan tidak memikirkan yang lainnya. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ansietas dan dibutuhkan banyak hal untuk fokus pada area yang lain.

2.3.3.4 Panik terkait dengan rasa takut dan teror

Pada tahap ini orang yang merasa panik tidak mampu berfikir walaupun telah diarahkan.

2.3.4 Proses Terjadinya Ansietas

Ansietas dapat terjadi akibat akibat adanya faktor predisposisi dan presipitasi. Sumber Faktor predisposisi terdiri dari faktor biologis, psikologis dan sosial kultural.

2.3.4.1 Faktor Predisposisi

a. Biologi

1) Faktor Biokimia

Mayoritas penelitian menunjukkan disfungsi multi sistem melibatkan lebih dari satu neurotransmitter tertentu dalam peningkatan gangguan ansietas (Stuart, 2013) yakni :

a) Sistem GABA.

Pengaturan pada ansietas berhubungan dengan aktivitas *neurotransmitter gamma-aminobutyric acid* (GABA), yang mengontrol aktivitas atau tingkat pembakaran neuron pada bagian otak yang yang bertanggung jawab menyebabkan ansietas. GABA adalah neurotransmitter penghambat yang paling umum di otak. Ketika GABA bersinaps dan melekat atau berkaitan dengan reseptor GABA pada membran post sinaps, chanel reseptor terbuka, terjadi pertukaran ion. Pertukaran ion tersebut menghasilkan inhibitor atau pengurangan rangsangan sel dan trejadi penurunan/perlambatan aktivitas sel. Teori menyatakan bahwa orang yang mengalami ansietas berlebih, memiliki masalah dengan efisiensi proses transmitter ini.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Ketika orang dengan ansietas menggunakan pengobatan Benzodiazepine (BZ) yang merupakan golongan obat ansietas, BZ mengikat GABA reseptor berikutnya pada GABA. Sehingga reseptor post sinaps lebih sensitif pada efek GABA, menyebabkan neurotransmisi dan menyebabkan penghambatan pada aktifitas sel. Efek dari GABA dan BZ pada reseptor GABA bagian otak adalah mengurangi sasaran sel pada area yang terlibat pada gangguan ansietas. Hasil klinik bahwa orang tidak akan cemas. Area pada otak dimana reseptor GABA dan reseptor BZ bergandengan adalah pada amigdala dan hipokampus dimana keduanya adalah struktur dari sistem limbik yang merupakan pusat emosi dan memori. Pasien dengan gangguan ansietas mungkin memiliki penurunan kapasitas ansietas dari reseptor GABA pada area sistem limbik, membuat mereka lebih sensitif pada ansietas dan panik. Dengan adanya stressor stroke meningkatkan produksi GABA, sehingga menyebabkan terjadinya ansietas pada klien stroke

b) Sistem norefinefrin

Sistem norefinefrin (NE) diperkirakan mengobati respon *fight dan flight*. Bagian dari otak yang menghasilkan NE adalah *locus ceruleus* yang berhubungan dengan jalur neurotransmitter ke struktur otak yang lain yang berhubungan dengan ansietas, misalnya amigdala, hipocampus, dan korteks serebral. Pengobatan yang menurunkan aktivitas dari locus seruleus (antidepresan misalnya tricyclis) efektif mengobati ansietas. Ini disarankan bahwa ansietas mungkin disebabkan bagian dari aktivitas yang tidak seharusnya dari sistem NE pada locus ceruleus dan ketidakseimbangan antara NE dan sistem neurotransmitter lainnya. Stressor akibat stroke menyebabkan klien menghsilkan norefinefrin yang tidak berimbang dengan neurotransmiter.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

c) Sistem serotonin

Disregulasi dari dari serotonin (5-HT) neurotransmisi mungkin berperan pada etiologi ansietas, karena pasien mengalami gangguan ini mungkin hipersensitif reseptor 5-HT. Perasaan takut diaktifkan dalam amigdala, komponen kunci dari sistem limbik. Aktivasi ini menyebabkan peningkatan kadar serotonin dan peningkatan aktivitas saraf simpatis dengan peningkatan resultan norepinefrin dan serotonin. Peningkatan berkepanjangan serotonin dan norepinefrin berkontribusi pada perasaan cemas.

2) Pengalaman Traumatik

Sebuah sistem mayor, tampaknya dimodifikasi dari trauma (Stuart, 2013). Peengalaman traumatik dapat menyebabkan terjadinya ansietas. Pengalaman traumatik pada klien dengan stroke yaitu untuk stroke serangan pertama mengalami stroke dan akibatnya pada klien menyebabkan klien tidak siap dan mengalami ansietas. Begitu juga dengan klien yang mengalami stroke berulang, bertambahnya tingkat keterbatasan akibat stroke menyebabkan klien trauma.

3) Kondisi kesehatan secara umum

Kesehatan umum seseorang memiliki pengaruh besar pada faktor predisposisi ansietas. Ansietas dapat menyertai beberapa gangguan fisik seperti gangguan sistem pernafasan dan kardiovaskuler, gangguan sistem endokrin, neurologi, serta intoksikasi (Stuart, 2013). Akibat adanya gangguan fisik akibat stroke menyebabkan klien ansietas dengan keadaanya

4) Latar belakang genetik

Ansietas terjadi dalam keluarga. Nilai yang diwariskan dari gangguan panik diperkirakan sekitar 40%. Individu dengan riwayat keluarga dengan dengan ansietas tiga kali lebih beresiko meningkatkan PTSD setelah peristiwa trauma. Donner (2012) menjelaskan bahwa pada penelitian yang dilakukan hasilnya diidentifikasi kerentanan sepuluh potensial gen untuk gangguan ansietas.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Walaupun bukti-bukti kuat menyatakan kerentanan genetik, tidak ada gen spesifik atau tunggal telah jelas diidentifikasi untuk gangguan ansietas. Ini erat kaitannya dengan peran penting lingkungan dalam berinteraksi dengan kerentanan genetik pada gangguan mental. Ini juga penting untuk diketahui bahwa ansietas dapat tumpang tindih antara gangguan ansietas dan depresi (Stuart, 2013). Faktor genetik sangat berpengaruh terhadap kerentanan seseorang mengalami ansietas, begitu juga untuk klien stroke akan sangat berpengaruh.

b. Psikologis

1) Faktor kepribadian.

Kepribadian anak-anak dapat menunjukkan risiko yang lebih tinggi atau lebih rendah untuk gangguan ansietas di masa depan. Sebagai contoh, penelitian menunjukkan bahwa anak-anak yang sangat pemalu dan orang-orang yang menjadi target yang di bulli sebagian orang-orang, sehingga berada pada risiko tinggi gangguan ansietas di kemudian hari. Anak-anak yang tidak dapat mentoleransi ketidakpastian cenderung khawatir prediktor utama ansietas umum (*Anxiety disorders*, 2014).

2) Pengalaman masa lalu.

Peristiwa traumatik dapat memicu gangguan ansietas, terutama pada individu yang rentan terhadap faktor psikologis, genetik, atau biokimia. Contoh paling jelas adalah gangguan stres pasca-trauma,yang sering dialami oleh korban perang dan veteran. Peristiwa tertentu traumatis di masa kecil, terutama mereka yang mengancam integritas keluarga, seperti suami-istri atau anak, juga dapat menyebabkan ansietas lain dan gangguan emosional (*Anxiety disorders*, 2014). Pengalaman masa lalu klien tentang kejadian yang tidak menyenangkan akan mempengaruhi tingkat ansietas.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

3) Harga diri/ konsep diri

Stuart (2013) menyatkan bahwa tingkat harga diri seseorang merupakan faktor penting yang berhubungan dengan ansietas orang yang mudah terancam atau memiliki harga diri rendah lebih rentan terhadap ansietas. Ini dapat dilihat dari siswa yang telah mengikuti tes ansietas. Ansietas tinggi karena mereka ragu bahwa mereka bisa berhasil. Klien yang memiliki konsep diri yang negatif sebelum terjadi stroke akan menyebabkan klien lebih ansietas lagi setelah terkena stroke (*Anxiety Disorder*, 2014).

c. Sosial budaya

1) Usia

Stranger anxiety sudah ada sejak dari bayi dan ketika dari bayi dan anak–anak tidak teratasi akan menjadi pola yang tertanam dalam diri seseorang, sehingga akan menjadi bakal untuk mengalami ansietas. Studi menunjukkan bahwa 3 - 5% dari anak-anak dan remaja memiliki beberapa gangguan ansietas. Anak-anak dan remaja yang memiliki gangguan ansietas berada pada risiko kemudian mengembangkan gangguan ansietas lain, depresi, dan penyalahgunaan zat (Anxiety disorders, 2014). risiko tertinggi mengalami ansietas adalah antara masa kanak-kanak dan usia pertengahan (Anxiety disorders, 2009).

2) Gender

Perempuan memiliki risiko dua kali untuk sebagian besar gangguan ansietas dibanding laki-laki. Ada banyak kemungkinan untuk ini diantaranya banyaknya konflik peran wanita dalam budaya (ibu, istri, pekerja) wanita sering berfokus pada penerimaan pasif dari masalah daripada beriorentasi pada pemecahan masalah ; perempuan lebih besar sensitivitas dan tanggap terhadap orang lain, dan kecenderungan perempuan untuk mencurahkan lebih banyak waktu, energi, dan perhatian terhadap emosi orang lain dan mereka sendiri. Diketahui ada hubungan kortisol-stres dan memainkan peran dalam ansietas. (Anxiety disorders, 2014). Pada penelitian yang dilakukan oleh Mariam dan Kurniawan (2008).

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Perempuan lebih cenderung mengalami ansietas dibandingkan dengan laki-laki. Terlihat bahwa laki-laki lebih menempati posisi ansietas ringan dibandingkan perempuan.

3) Pendidikan

Pendidikan merupakan sumber koping yang dapat menurunkan resiko peningkatan stress yang berhubungan dengan ansietas atau meningkatkan kemungkinan pemulihan (Stuart, 2013). Tingkat pendidikan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami ansietas dibandingkan mereka yang mempunyai status pendidikan tinggi (Kaplan & Sadock, 1997 dalam Mariam & Kurniawan, 2008).

4) Pendapatan dan Pekerjaan

Dampak negatif yang mendalam dari kemiskinan adalah faktor resiko gangguan mental termasuk ansietas tanpa memandang usia, etnik, jenis kelamin atau pendidikan. Hubungan antara kemiskinan dan tekanan keuangan parah pada kesehatan yang buruk telah didokumentasikan dengan baik (Stuart, 2013).

Meskipun dampak dari kemiskinan dapat digeneralisasi untuk semua kelompok sosial dan budaya, rara tata prevalensi tinggi pada kemiskinan secara konsisten ditemukan pada anak-anak, wanita, lansia, dan etnik dan ras minoritas (Groh, 2007 dalam Stuart, 2013). Kemiskinan terlihat dampak multiple pada beberapa faktor risiko. Sebaliknya, kemiskinan mungkin melemahkan dampak dari faktor protektif.

5) Agama dan keyakinan

Keyakinan personal menyentuh semua aspek dalam kehidupan. Sistem kepercayaan seseorang, pandangan dunia, agama, atau spiritual dapat memiliki efek positif dan negatif pada kesehatan mental. Sistem kepercayaan yang adaptif dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan, meningkatkan kualitas hidup, dan mendukung pemulihan dari gangguan mental. Sistem maladaptif dapat berpengaruh pada

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

penurunan statu kesehatan, penolakan terhadap pengobatan penting, ketidakpatuhan pada pengobatan yang direkomendasikan atau dapat menciderai diri (Stuart, 2013).

6) Hubungan sosial

Dalam beberapa penelitian, ansietas dikaitkan dengan kurangnya hubungan sosial dan rasa lingkungan yang lebih mengancam. Klien pada serangan pertama yang mengalami masalah stroke sudah mengalami masalah dengan hubungan sosial akan lebih rentan mengalami ansietas, karena klien tidak memiliki support saat ada masalah, sehingga muncul kedutan–ketakutan (*Anxiety disorders*, 2014). Hubungan sosial yang mengancam akan membuat tingkat ansieatas lebih tinggi.

2.3.4.2 Faktor Presipitasi

a. Biologis

Ansietas biasanya sudah dimulai dari lahir, namun ansietas dapat terjadi berulang dan akan mempengaruhi respon seseorang serta akan menyebabkan seseorang (Anxiety disorders, 2014). Dalam hal ini yang menjadi faktor presipitasi yaitu dana penyakit fisik yaitu stroke (Stuart, 2013). Stroke merupakan penyakit kronik yang akan menyebabkan ansietas pada klien stroke karena akan memiliki dampak pada fungsi tubuh klien. Riwayat stroke dan skala stroke akan mempengaruhi tingkat ansietas klien. Skala stroke yang berat menyebabkan tingkat ansietas klien semakin berat, berbeda dengan klien yang hanya mengalami stroke ringan dan tidak berdampak permanen bagi klien (Yastroki, 2010).

b. Psikologis

Stroke menyebabkan klien tidak mampu melakukan aktivitasnya seperti sediakala, sehingga klien stroke akan sangat tergantung dengan orang lain. Hal ini menyebabkan klien mengalami gangguan pada konsep diri. Konsep diri yang sering terganggu yaitu gambaran tubuh, harga diri dan peran diri (Craigh, 2014)

c. Sosial

Klien stroke dengan segala keterbatasannya selain merasa minder juga mengalami masalah dalam bersosialisasi dengan lingkungnnya. Selain itu kurangnya

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

pemahaman keluarga tentang kondisi klien akan menyebabkan klien menjadi semakin merasa tidak berguna. Selain itu klien stroke terancam mengalami kehilangan pekerjaan, pendapatan serta terancam ditinggalkan oleh orang terdekatnya. Khususnya klien yang berperan sebagai kepala rumah tangga dan sebagai tulang punggung keluarga akan mengalami tingkat ansietas yang tinggi (Michele, 2014).

2.3.4.3 Penilaian Terhadap Stressor

Penilian terhadap stressor terdiri dari respons kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial.

a. Kognitif

Penilaian terhadap respons secara kognitif yaitu mengungkapkan adanya gejala fisiologis, bloking pikiran, konduksi atau bingung, penurunan lapang persepsi, kesulitan konsentrasi, penurunan kemampuan belajar, berfokus terhadap apa yang menjadi perhatiannya, penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah, tidak mampu menerima rangsang dari luar, ketakutan terhadap konsekuensi yang tidak spesifik, mudah lupa, gangguan perhatian, mengungkapkan kekhawatiran akibat perubahan dalam peristiwa hidup, sulit mengambil keputusan, sering mimpi buruk dan mengatakan takut kehilangan kontrol. Ansietas dapat terjadi tergantung dari jumlah stressor, kualitas dan angka kejadiannya (Stuart, 2013)

b. Afektif

Penilaian terhadap stressor secara afektif yaitu perasaan tidak aman, gelisah dan merasa ketakutan, kesedihan yang mendalam hingga mengalami frustasi, distres dan perasaan yang tidak adekuat, berfokus pada diri sendiri, peningkatan kewaspadaan, iritabilitas dan gugup, perasaan senang yang berlebihan, rasa nyeri yang dapat meningkatkan ketidakberdayaan, peningkatan rasa ketidakberdayaan yang persisten, merasa bingung dan menyesal, ragu dan tidak percaya diri, merasa khawatir, cenderung menyalahkan orang lain, klien menjadi tidak sabar dan marah yang berlebihan (Stuart, 2013)

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

c. Fisiologis

Penilaian stresor secara fisiologis yaitu wajah tegang dan muka berkerut, tremor tangan dan anggota badan lain, peningkatan keringat, peningkatan ketegangan otot, suara bergetar dan kadang meninggi, gangguan pola tidur/insomnia, perasaan mau pingsan, simpatik, anoreksia, *eksitasi* kardiovaskuler, diare, mulut kering, wajah merah, jantung berdebar-debar, peningkatan reflek, peningkatan frekuensi pernapasan (hiperventilasi), sering napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, pupil melebar, vasokonstriksi supervisial, kedutan pada otot, lemah, parasimpatik: nyeri abdomen, penurunan tekanan darah dan frekuensi denyut nadi, diare dan vertigo, letih dan mual, gangguan tidur, kesemutan pada ekstremitas, sering berkemih dan anyang-anyangen serta dorongan berkemih (keinginan mendesak untuk berkemih) (Stuart, 2013).

d. Perilaku

Penilaian Stresor secara perilaku yaitu gerakan tersentak-sentak, penurunan produktivitas, gerakan yang irelevan, gelisah dan melihat hanya sepintas, kontak mata buruk, agitasi dan mengintai, tampak waspada, melamun, tidak bisa tenang, misalnya gerakan kaki dan gerakan tangan dan ketegangan fisik dan tremor, serta kurang koordinasi dalam gerakan dan tidak bertujuan (Stuart, 2013)

e. Sosial

Penilaian stressor secara sosial yaitu bicara berlebihan dan cepat, menarik diri dari hubungan interpersonal, kurang inisiatif, menghindari kontak sosial dengan orang lain dan kadang menunjukkan sikap bermusuhan (Stuart, 2013)

2.3.4.4 Diagnosa Keperawatan

Klien stroke menunjukkan dengan gejala kuatir, cemas pada sesuatu yang belum tentu terjadi mengalami palpitasi, keringat dingin, merasa tidak berdaya diagnosa yang muncul adalah ansietas (Stuart, 2013).

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Diagnosa keperawatan untuk klien dengan ansietas terdiri dari diagnosa keperawatan primer dan diagnosa keperawatan yang terkait. Diagnosa keperawatan primer yaitu ansietas (Copel, 2007). Asuhan keperawatan pada klien dengan ansietas bertujuan membantu klien mengenal ansietas dan mengatasi ansietas yang dialami. Kemampuan yang harus dimiliki klien terdiri dari pengetahuan dan psikomotor terdiri dari klien mampu menyebutkan penyebab ansietas, menyebutkan situasi yang menyertai ansietas, menyebutkan perilaku terkait ansietas, melakukan situasi pengalihan situasi, melakukan teknik tarik napas dalam, melakukan teknik relaksasi otot (Keliat & Akemat, 2005).

2.3.5 Sumber Koping

Kemampuan seseorang dalam mengatasi stres dan kecemasan dengan menggunakan sumber koping baik dari dalam diri maupun dari eksternal klien stroke. Sumber koping yang terkait menurut Stuart (2013) keyakinan positif baik internal maupun eksternal, *personal ability, sosial support* dan material aset. Klien akan menggunakan sumber koping yang dimilikinya untuk mengatasi penilaian klien terhadap stroke.

Keyakinan positif klien yaitu berasal dari diri klien tentang keyakinan klien akan sembuh dan mampu beraktivitas kembali sesuai dengan kemampuan klien. Keyakinan positif juga didukung oleh sosial klien yang mendukung klien berpikir positif akan mampu sembuh dan mandiri sesuai dengan kemampuan klien. Aspek-aspek tersebut saling berkaitan satu sama lain dan saling mempengaruhi (Videbeck, 2008). Definisi di atas menunjukkan bahwa ancaman terhadap aspek fisik dapat mempengaruhi kondisi aspek lainnya sehingga penanganan pada klien yang mengalami gangguan fisik harus diberikan secara holistik.

Personal ability merupakan kemampuan yang dimiliki oleh klien dalam mengatasi ansietas. Hal ini dapat dipengaruhi pengalaman oleh klien, Untuk *personal ability* yang harus dimiliki klien untuk mengatasi ansietas adalah dengan mengontrol

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

ansietas dengan cara relaksasi, distraksi, hipnoterapi, terapi musik, pengalihan dan hipnotis lima jari. Kemampuan klien untuk mengontrol ansietas dengan menerima keadaan saat ini, mengidentifikasi nilai yang dimiliki, berkomitmen untuk melakukan nilai yang baik dan mencegah kekambuhan (Lara, dkk., 2015). Selain itu untuk mengatasi ansietas juga sangat diharapkan klien untuk mampu menerima keadaannya dan lebih banyak melakukan kegiatan spiritual (Baututa, 2010). Sementara *personal ability* yang harus dimiliki oleh *care giver* yaitu mengidentifikasi masalah yang dihadapi baik pribadi dan masalah dalam merawat klien, merawat klien stroke, manajemen stress dan manajemen beban (Keliat, dkk., 2015).

Dukungan sosial sangat diperlukan dalam mengatasi penerimaan diri tidak baik dan ansietas yang dialami oleh klien stroke. Selain dari dalam diri klien, dukungan sosial orang–orang terdekat dengan klien sangat diperlukan, karena akibat fisik stroke menyebabkan klien harus bergantung kepada orang lain, sekitar 2/3 penderita stroke tergantung terhadap orang lain (Hayes, dkk, 2012). Jika orang terdekat klien dapat memberikan dukungan yang adekuat maka klien akan mampu beradaptasi terhadap masalah yang dihadapi klien. Dalam hal ini orang terdekat klien adalah keluarga khususnya *care giver* klien (Struart, 2013). *Care giver* yang mampu membantu baik secara kebutuhan biologis, psikologis dan sosial bagi klien, maka klien akan lebih mudah beradaptasi dengan penyakit stroke yang dialami .

Sumber material aset terdiri dari dua aspek yaitu aspek finansial dan aspek pelayanan kesehaatan. Finansial berupa ketersediaan dana ataupun jaminan kesehatan bagi klien untuk melakukan pengobatan, maupun untuk kebutuhan klien. Ketersediaan tabungan dan aset lainya yang memadai sehingga tidak menjadi stresor yang dapat meningkatkan ansietas bagi klien. Religiusitas merupakan salah satu sumber koping yang efektif bagi orang dengan masalah kesehatan (Plakas, 2010) Aspek pelayanan yaitu melihat ketersediaan pelayanan kesehatan terdekat dengan klien serta keterjangkauan jaraak pelayanan kesehatan.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.4 Standar Asuhan Keperawatan dengan Ansietas

2.4.1 Tindakan Keperawatan Ners pada Klien Ansietas

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu mendiskusikan tentang ansietas, penyebab, proses terjadinya, tanda dan gejala dan akibat ansietas, melatih relaksasi fisik, dengan teknik distraksi, dengan hipnotis lima jari dan cara spiritual (Keliat, dkk., 2015)

2.4.2 Tindakan keperawatan ners spesialis pada ansietas

Tindakan keperawatan spesialis yang dapat dilakukan pada klien ansietas yaitu terapi penghentian pikiran, relaksasi otot progresif, logo terapi dan terapi penerimaan komitmen (Keliat, dkk, 2015). Pada penelitian ini yang akan digunakan untuk klien yaitu terapi penerimaan komitmen sementara untuk keluarga yaitu terapi psiko edukasi keluarga.

2.4.2.1 Terapi penerimaan dan Komitmen (*Accaptance and Comitment Theraphy*)

a. Definisi

Terapi penerimaan komitmen merupakan bagian dari disiplin dewan psikologi dikenal sebagai analisis perilaku kontekstual. Analisis perilaku kontekstual mengadopsi tindakan dalam konteks sebagai metafora akarnya, memegang perilaku yang tidak dapat sepenuhnya dipahami sampai konteks sejarahnya dapat dipahami. Analisis perilaku kontekstual juga mengadopsi kriteria kebenaran pragmatis, memegang bahwa penjelasan itu benar sejauh yang memungkinkan untuk bekerja sukses menuju tujuan tertentu (Hayes, dkk, 1993). Konstektualisme fungsional mengambil sebagai prediksi tujuannya dan pengaruh fenomena dengan presisi, lingkup, dan kedalaman. Apa yang "benar" atau "betul" adalah yang memungkinkan untuk prediksi dan pengaruh perilaku dengan presisi, ruang lingkup, dan kedalamannya (Sandoz, Sandoz, Wilson, & DuFrene, 2011).

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Terapi penerimaan komitmen membantu seseorang mengurangi penderitaan yang dialami dengan meningkatkan kesadaran dan kemampuan terhadap yang diinginkannya dalam hidup.

1. Menerima pikiran dan perasaan(*Accept Though & Feeling*)

Jika menghindari pengalaman adalah akar penderitaan seseorang, maka rekannya adalah penerimaan. Penerimaan adalah tindakan seseorang membiarkan dirinya untuk rela terlibat rasa sakit yang dirasakan. seseorang belajar menerima rasa sakit dan meninggalkan hal-hal yang melawan rasa sakit tersebut (Dahl & Lundgren, 2009).

2. Memilih arah (*Choose Direction*)

Setelah seseorang belajar untuk menerima rasa sakit dan hidup dengannya, seseorang bebas untuk memilih bagaimana seseorang ingin hidup. Seseorang diminta untuk menyakini, mungkin seseorang dapat menjalani kehidupan yang seseorang inginkan, seseorang hanya perlu belajar bagaimana melakukannya. Seseorang mengembangkan arah hidup, cara menemukan nilai-nilai dan menentukan arah tersebut. Arah hidup menjadi petunjuk bagi seseorang ke kehidupan yang dipilih untuk mengarahkannya (Dahl & Lundgren, 2009).

3. Melakukan kegiatan/perilaku (*Take Action Comitment)*

Setelah seseorang membuat pilihan tentang bagaimana ingin hidup, Hal yang dilakukan adalah mencari tahu apa langkah-langkah yang diperlukan untuk mendapatkan ke mana seseorang ingin pergi. Pengaturan tujuan membantu seseorang mengembangkan langkah demi langkah secara terstruktur untuk bergerak ke arah yang lebih baik dan mencapai kehidupan yang bermakna (Dahl & Lundgren, 2009). Komitmen bertindak dipilih sebagai langkah untuk mencapai tujuan hidup berdasarkan nilai-nilai yang ada atau yang dipilihnya. Terapis mendorong seseorang untuk memiliki jalan atau arah hidup sesuai dengan nilai yang mereka inginkan sehingga mereka dapat bergerak sesuai nilai tersebut (Sulistiowati, 2012).

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

b. Prinsip Pelaksanaan Terapi

Prinsip pelaksanaan terapi penerimaan komitmen didasarkan dari kemampuan menerima secara terbuka (*open accaptance*), peleburan pemikiran (cognitif defusion), menyadari tentang diri sendiri (*self awarnes as a contex*), keadaan saat ini (*present moment*), nilai–nilai yang masih dimiliki klien dan berkomitmen dalam melakukan nilai–nilai untuk mencegah kekambuhan (Hayes, dkk, 2005). Prinsip ini menyebabkan klien dengan ansietas mampu menerima keadaannya yang stroke dan ansietas. Ketika klien mampu menerima, maka tidak ada keinginan untuk sama seperti orang lain sehingga menjadikan klien menjadi diri sendiri dan menyadari nilai–nilai yang dimilikinya saat ini yang akan digunakan dalam menangani ansietasnya. Sehingga dengan kebiasaan menggunakan nilai–nilai yang positif yang dimiliki klien maka klien akan menghilangkan rasa ketakutan dan ansietas yang dimilikinya (Lejune, 2010).

Berdasarkan penelitian terakhir Fernandes (2013), Henny (2015), terapi penerimaan digabung menjadi 4 sesi dimana Sesi 1: Mengidentifikasi kejadian serta dampaknya terhadap perilaku, sesi 2 : Mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalaman klien, sesi 3: Berlatih menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih dan sesi 4 : Komitmen mencegah kekambuhan, namun pada penelitian ini yang akan digunakan yaitu sesi 1 : menerima, meleburkan dan menyadari : kejadian stroke, pikiran, perasaan dan perilaku yang muncul; sesi 2 : mengidentifikasi keadaan saat ini terkait ansietas dan nilai–nilai yang dimiliki oleh klien; sesi 3 : yaitu berlatih menggunakan nilai yang baik yang telah dipilih oleh klien dan sesi 4 : yaitu berkomitmen untuk melaksanakan nilai–nilai yang baik yang dimiliki oleh klien.

Terapi penerimaan komitmen klien akan menerima dirinya serta mampu mempertahankan kelebihannya serta mampu mengontrol emosional klien saat terjadi perubahan dalam diri klien, berdasarkan buku Harris Rush (2012). Harris juga mengatakan dengan menerima keadaan-nya maka klien akan tetap percaya diri, tidak membandingkan diri terhadap orang lain serta mampu untuk bisa bahagia dengan

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

yang dimilikinya. Harris menjelaskan beberapa cara dalam mengendalikan pikiran dan perasaan yang tidak menyenangkan. Banyak teknik yang bisa dipelajari dan dicoba untuk diterapkan. Kita bisa melakukan observasi terhadap pikiran yang muncul tersebut, mengakui keberadaannya, berterima kasih terhadap pikiran kita, dan tidak perlu bersusah-payah untuk menghilangkan pikiran yang tidak menyenangkan. Lama-kelamaan, terbiasa dengan pikiran itu, sehingga respon cemas atau takut terhadap pikiran yang tidak baik akan berkurang atau hilang seiring berjalannya waktu.

Penelitian yang telah menggunakan intervensi terapi penerimaan dan komitmen, terbukti efektif dalam menurunkan kejadian perilaku kekerasan dan halusinasi (Sulistiowaty, 2012), mengatasi respon ketidakberdayaan sedang pada klien gagal ginjal kronik (Widuri, 2012), meningkatkan penerimaan penderita HIV/AIDS (Wahyuningsih, dkk, 2014), meningkatkan *insight* dan efikasi diri pada pasein skizofrenia (Jalil, dkk., 2013), dan dapat meningkatkan *subjective well being* pada dewasa muda pasca putusnya hubungan pacaran (Kusumawardhani, 2012), Fernandes (2013) menyatakan bahwa terapi penerimaan komitmen sangat efektif untuk menurunkan tingkat ansietas yang dialami klien stroke.

2.4.2.2 Psiko EdukasiKeluarga (*Family Pshico Eduction* (FPE))

Psiko Edukasi Keluarga *(Family psikoeducation therapy)* adalah sebuah terapi yang diberikan pada keluarga dengan fokus berbagi informasi perawatan kesehatan jiwa. Urizar et al (2014) menyatakan bahwa penyampaian informasi kesehatan secara sistematik dan terus menerus akan mengurangi beban keluarga saat merawat klien. Dengan demikian keluarga sebagai sumberdaya positif dan membangun nilai-nilai yang baik bagi klien, dan keluarga akan bekerja meningkatkan dan mendukung keluarga untuk membangun koping menghadapi anggota keluarga yang memiliki penyakit jiwa yang berat. Keluarga menjadi bagian penting yang dapat mempengaruhi kesehatan anggota keluarga yang lain karena keluarga yang akan merawat anggota keluarga yang sakit di rumah. Terlebih untuk keluarga yang

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

memiliki anggota keluarga dengan ansietas yang memerlukan perawatan jangka panjang. Karena itu diperlukan pengetahuan dan kemampuan mengatasi masalah yang baik, agar walaupun salah satu anggota keluarga mengalami ansietas tidak kesulitan dalam memberikan bantuan atau perawatan dan keseimbangan keluarga tetap terjaga.

Pemahaman keluarga tentang kondisi klien yang mengalami masalah ansietas sangat penting dalam rangka memperbaiki kesehatan klien, karena menurut Paranthaman et al (2010) melalui psikoedukasi, keluarga dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang tanda gejala stroke, gejala kekambuhan, memberikan informasi tentang pengobatan, mengurangi beban keluarga dan mengoreksi kelalaian keluarga untuk mengikuti perkembangan kondisi kesehatan klien. Hal senada juga disampaikan oleh McWilliams S et al (2012) bahwa dengan pelaksanaan terapi psikoedukasi keluarga diketahui akan memperpendek lama rawat klien di rumah sakit, memperkecil angka kekambuhan, memperpanjang masa kekambuhan serta memperkecil hari buruk bagi klien akibat penyakit yang dialaminya.

Informasi diatas menunjukan bahwa jika keluarga dilibatkan dalam proses perawatan klien maka pemulihan bagi klien akan mudah untuk dicapai.
Terapi ini dilakukan dalam 5 sesi yaitu: sesi 1 mengidentifikasi masalah pribadi yang dirasakan oleh *care giver* dalam merawat klien dengan stroke dan ansietas, mengidentifikasi masalah *care giver* dalam merawat klien dengan stroke dan ansietas. Sesi 2 merawat klien dengan stroke dan ansietas, sesi 3 managemen stres, sesi 4 manajemen beban dan sesi 5 mengungkapkan hambatan yang ditemukan *care giver* dalam merawat klien kepada anggota keluarga lainya.

Hasil penelitian yang pernah dilakukan terkait PEK yaitu untuk mengatasi masalah ansietas dan beban keluarga dalam merawat klien stroke di RSCM (Nurbani, dkk, 2009), mengatasi beban keluarga dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Aceh (Sari, H, dkk, 2009), untuk meningkatkan

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan tuberkulosis (Lestar, dkk, 2011), meningkatkan kemampuan keluaargaa untuk merawat klien dengan skizofrenia di Samarinda dan meningkatkan dukunagn keluarga dalam meningkatkan kepatuhan klien dalam minum obat (Widyastuti, 2014).

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

BAB III
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab 3 akan menjelaskan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional sebagai landasan pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

3.1. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan uraian teori yang dimanfaatkan sebagai dasar teori dalam penelitian sesuai dengan yang diuraikan pada bab 2. Kerangka teori diuraikan meliputi konsep stroke, konsep penerimaan diri, ansietas, terapi generalis, terapi penerimaan komitmen dan terapi psiko edukasi keluarga. Konsep stroke yang dibahas yaitu definisi stroke, penyebab, faktor penyebab yang dapat dikendalikan dan yang tidak dapat dikendalikan serta dampak stroke secara fisik, psikologis dan sosial.

Dampak stroke secara fisik menyebabkan kecacatan menahun sehingga individu tidak dapat menerima keadaannya setelah terkena stroke. Selain tidak mampu menerima keadaan dirinya, klien juga akan disertai rasa kekuatiran, ketakutan akan dampak stroke terhadap kehidupanya. Sehingga akan muncul respon *denial, anger, bargaining*. Pada fase ini ansietas klien akan muncul karena klien tidak mampu menerima keadaanya saat ini. Penerimaan diri adalah sikap merasa puas dengan yang terdapat dalam dirinya baik kelebihan maupun kekurangannya serta menyadari adanya keterbatasan yang dimiliki serta mau menata masa depan berdasarkan kesadaran dirinya. Hal yang penting dalam penerimaan diri tersebut adalah kepuasan terhadap diri serta kesadaran adanya keterbatasan (Caplin, 2000). Penerimaan diri yang tidak baik menyebabkan klien mengalami masalah dalam harga diri yang disertai dengan adanya ansietas. Ansietas muncul karena klien selalu membandingkan dirinya dengan orang lain dan tidak dapat beradaptasi dengan keadaan yang saat ini.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Ansietas adalah ketakutan pada sesuatu yang belum jelas dan belum terjadi yang disertai dengan perasaan gelisah dan tidak mampu melakukan apapun (Stuart, 2013). Ansietas terdiri dari 4 kategori yaitu ansietas ringan, sedang, berat dan panik. Ansietas ringan merupakan kekuatiran yang muncul dalam kehidupan sehari–hari, ansietas sedang menyebabkan klien lebih berfokus terhadap hal penting serta lapang persepsi klien menyempit, ansietas berat ditandai dengan lapang pandang yang lebih sempit serta berfokus terhadap sesuatu yang detail, serta tidak memikirkan yang lainya, sementara panik, klien tidak mampu melakukan apapun walaupun diberikan arahan dan mengancam kehidupan (Stuart, 2013).

Proses terjadinya ansietas disesuaikan dengan model adaptasi Stuart meliputi faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping dan mekanisme koping yang muncul pada klien yang mengalami ansietas (Stuart, 2013). Ansietas dapat mengalami kemajuan ataupun kemunduran tergantung dengan kemampuan klien dalam beradaptasi dengan keadaan. Selain ansietas sangat perlu diperhatikan tentang penerimaan diri klien. Hal ini berhubungan dengan adanya proses kehilangan ataupun perubahan yang dirasakan oleh klien. Kehilangan yang dirasakan klien berupa kehilangan pekerjaan, pendapatan, kemandirian, mobilitas serta kehilangan fungsi tubuh. Kehilangan menyebabkan klien tergantung dengan orang lain khususnya keluarga. Hal inilah yang menyebabkan seseorang tidak memiliki penerimaan diri yang baik. Penerimaan diri yang tidak baik menyebabkan ansietas berkepanjangan yang akan mempengaruhi proses penyembuhan klien, kualitas dan kebahagiaan klien (Baututa, 2010).

Intervensi yang dilakukan perawat pada klien stroke seharusnya tidak hanya menangani gejala fisik saja, namun juga memperhatikan secara psikososial. Namun kenyataanya masih banyak yang hanya menyelesaikan secara fisik saja, sementara aspek psikososialnya tidak ditangani. Sehingga sebagai perawat wajib memberikan asuhan keperawatan terhadap masalah psikososial yang muncul akibat penyakit stroke. Masalah psikososial yang akan diselesaikan dengan intervensi

keperawatan yaitu penerimaan diri yang tidak baik dan ansietas klien serta memastikan bahwa keluarga mampu merawat klien stroke dengan penerimaan diri yang tidak baik dan ansietas.

Intervensi yang diberikan pada klien yang penerimaan diri tidak baik dan ansietas yaitu terapi penerimaan komitmen yang diberikan secara individu sementara keluarga diberikan terapi psikoedukasi keluarga. Terapi penerimaan komitmen mengajarkan klien untuk dapat menerima keadaan yang menggangu, dengan menempatkan diri klien sesuai dengan nilai yang dianut klien (Hayes, 2006). Terapi penerimaan komitmen mengharapkan klien dapat menerima keadaan dirinya serta lebih terbuka dengan keadaannya dan mampu berkomitmen untuk melakukan nilai–nilai yang baik dalam diri klien.

Kerangka teori penelitian dapat dilihat pada bagan berikut ini 3.1

Faktor Predisposisi:
Biologis :
Genetic, nutrisi, penyakit kronis, penggunaan zat, sensitivitas biologis.
Psikologis : Intelegensia, kemampuan verbal, moral, kepribadian, pengalaman masa lalu, motivasi dan konsep diri
Sosial Budaya : usia, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial peran sosial dan keluarga
Stuart, 2013; Fontaine,2009; Copel, 2007

Faktor Presipitasi
Biologis : Stroke
Prevalensi, definisi, faktor resiko dan dampak stroke, skala stroke, jenis stroke riwayat stroke sebelumnya..
Dampak Stroke:

a. Fisik: Hemiparese, hemiplegia, aphasia, kehilangan keseimbangan, kesulitan menelan, kehilangan kemampuan melihat, mendengar, aphasia, penurunan fungsi kognitif (Misbach, 2011)
b. Psikologis:
Ansietas, emosional yang tidak stabil, shock, marah, minder, menilai diri negative, merasa tidak berguna, frustasi dan depresi (Lee, 2014)
c. Sosial:
Kesulitan ekonomi, kehilangan pekerjaan, kehilangan peran sosial (Craigh, 2014)

Psikologis :
Konsep diri negatif**,** Intelegensia, kemampuan verbal, moral, kepribadian, pengalaman masa lalu, motivasi

Sosial:
usia, jenis kelamin, pekerjaan, status social, peran sosial dan keluarga.
Stuart, 2013; Fontaine, 2009; Copel, 2007

Sumber Koping :

1. *Personal Ability :*
   a. Memiliki gambaran diri positif
   b. Mampu mengontrol emosional
   c. Dapat berinteraksi dengan orang lain
   d. Persepsi realistis
   e. Memiliki kemampuan menyelesaikan masalah
   f. Memiliki rasa humor
   g. Berwawasan luas
   h. Memiliki konsep yang jelas tentang tujuan hidup
   i. Mampu melakukan cara mengontrol ansietas (Allport, 1981)
2. *Sosial Support*
   a. Berbicara dengan orang lain
   b. Memberikan waktu dengan klien
   c. Mengarahkan klien sesuai dengan kemampuannya
   d. Membantu klien tetap aktif sesuai dengan kemampuannya
   e. Sabar (Jocelin, 2014)

Terapi Keperawatan:
Terapi Generalis:
Identifikasi ansietas, penyebab, ajarkan cara mengontrol ansietas dengan dengan relaksasi, distraksi, pengalihan dan hipnotis lima jari
Terapi spesialis :

1. Individu : terapi kognitif, terapi perilaku, terapi perilaku kognitif, terapi penerimaan komitmen dan logoterapi
2. Keluarga : terapi psikoedukasi keluarga, *triangle* terapi

Penerimaan diri

a. Sikap berhenti berusaha untuk mengubah diri menjadi orang yang diinginkn dan membutuhkan waktu cukup lama untuk mengetahui segala potensi yang terdapat di dalam diri sendiri (Holden, 2010)
b. Faktor yang mempengaruhi penerimaan diri
c. Ciri orang yang menerima diri

ANSIETAS
Ansietas adalah rasa takut yang tidak jelas disertai dengan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, dan ketidakamanan (Stuart, 2013). Tingkatan ringan, sedang, berat dan panik.

Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian

3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bagian kerangka teori yang berguna sebagai pedoman dalam proses pelaksanakan penelitian. Kerangka konsep penelitian ini terdiri dari variabel bebas (independen), variabel terikat (dependen) dan karakteristik klien.

3.2.1 Variabel Dependen (Variabel terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang akan diukur dalam penelitian ini sebelum dan sesudah diberikan variabel independen, sehingga variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi oleh variabel independen. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah penerimaan diri, ansietas dan kemampuan keluarga. Penerimaan diri yang diukur adalah kemampuan klien dalam menerima keadaanya saat terkena stroke. Ansietas yang diukur adalah keadaan ansietas secara kognitif, afektif, fisiologis dan sosial.

3.2.2 Variabel *Independent* (Variabel bebas)

Variabel *independent* merupakan variabel penyebab, sebagai faktor stimulus yang mempengaruhi variabel dependen (Notoatmodjo, 2010). Variabel *Independent* dalam penelitian ini adalah intervensi tindakan keperawatan ners, tindakan keperawatan ners spesialis: terapi Penerimaan Komitmen (TPK) dan terapi psikoedukasi keluarga (PEK). Terapi Penerimaan Komitmen (TPK) dilakukan sebanyak 4 sesi dan dilakukan dalam 3 kali pertemuan. Pertemuan 1 klien terdiri dari sesi 1, pertemuan ke dua terdiri dari sesi 2 dan 3, pertemuan ke 3 sesi 4. Sesi 1 yaitu menerima, meleburkan dan menyadari : kejadian tidak menyenangkan terkait stroke; pikiran, perasaan, perilaku dan dampak akibat stroke. Sesi 2 mengidentifikasi keadaan ansietas klien saat ini dan nilai yang dimiliki klien berdasarkan pengalaman ansietas, sesi 3 berlatih untuk menerima keadaan dengan nilai yang dipilih klien dan sesi 4 berkomitmen untuk mencegah kekambuhan.

Sementara untuk terapi psikoedukasi keluarga terdiri dari 5 sesi namun dilakukan 3 kali pertemuan. Pertemuan 1 sesi 1 dan 2, pertemuan ke 2 sesi 3, pertemuan ke 3 sesi 4 dan 5. Sesi 1 mengidentifikasi masalah pribadi *care giver* dan masalah

dalam merawat anggota keluarga yang stroke dengan ansietas, sesi 2 perawatan klien stroke disertai ansietas, sesi 3 manajemen stres yang dirasakan oleh keluarga dalam merawat klien stroke dengan ansietas, sesi 4 manajemen beban keluarga dan sesi 5 mengungkapkan perasaan *care giver* dalam merawat dengan anggota keluarga.

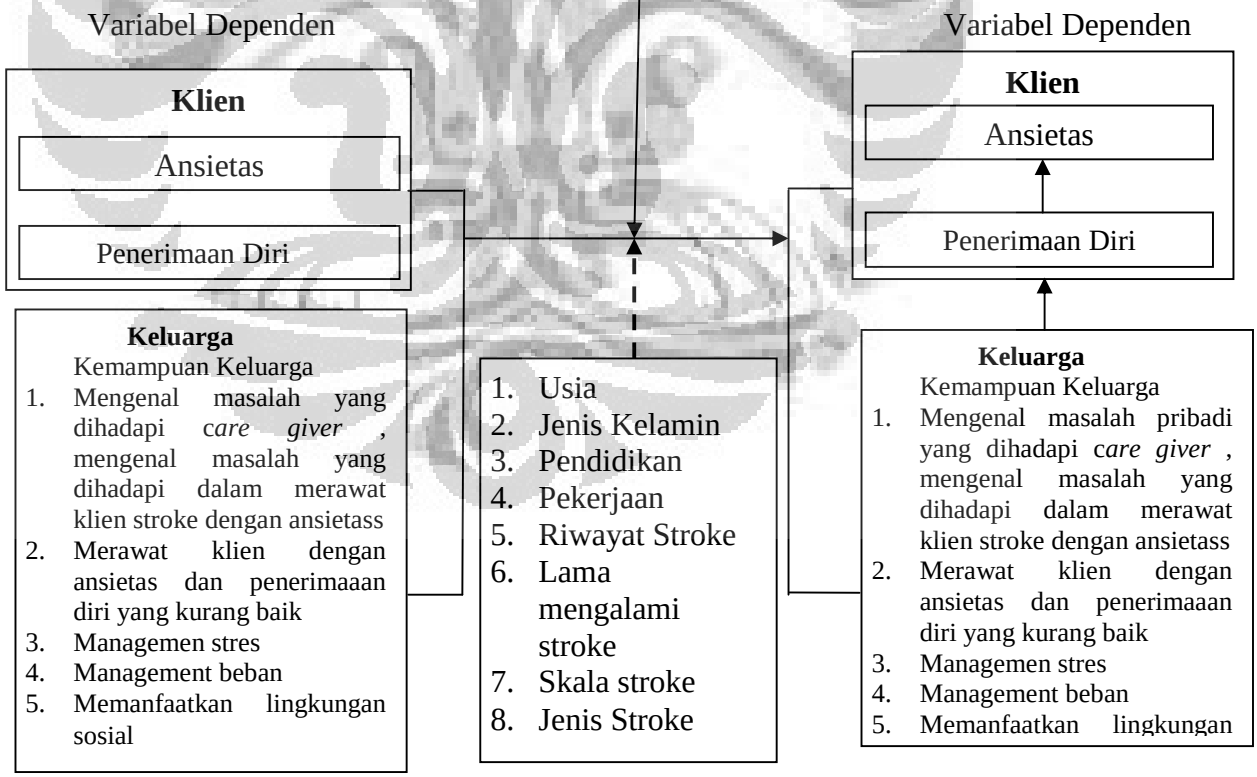
3.2.3 Karakteristik Klien

Karakteristik adalah merupakan segala hal yang terdapat pada klien yang mempengaruhi ansietas meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, riwayat stroke, skala stroke, lama stroke dan pekerjaan. Kerangka

Konsep penelitian digambarkan pada skema 3.2

Variabel Independen

Klien (Individu)	Keluarga
Tindakan keperawatan ners: a. Relaksasi nafas dalam b. Distraksi c. Pengalihan d. Hipnotis Lima jari	**Tindakan keperawatan ners, Pendidikan Kesehatan (Leaflet) tentang ;** a. Penyebab, tanda dan gejala, akibat dan penataan Stroke b. Penyebab, tanda dan gejala, akibat dan penatalaksanaan ansietas
Tindakan keperawatan ners spesialis : Terapi Penerimaan Komitmen (TPK) : Terdiri dari 4 sesi: a. Sesi 1: Menerima, meleburkan dan menyadari : kejadian tidak menyenangkan terkait stroke, pikiran, perasaan dan dampak terhadap perilaku akibat kejadian tidak menyenangkan tersebut b. Sesi 2 : Mengidentifikasi keadaan ansietas saat ini dan nilai berdasarkan pengalaman ansietas c. Sesi 3: Berlatih menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih d. Sesi 4 : Komitmen melakukan nilai–nilai yang dipilih untuk mencegah kekambuhan	**Tindakan keperawatan ners spesialis : Terapi Psiko Edukasi Keluarga (PEK) :** a. Sesi 1 : Identifikasi masalah dalam merawat dan masalah pribadi *care giver* b. Sesi 2 :perawatan klien stroke dan ansietas c. Sesi 3 :Manajemen stres cara giver d. Sesi 4 : Management beban care giver e. Sesi 5: Mengungkapkan perasaan dalam merawat kepada anggota keluarga



Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan awal peneliti sebagai asumsi peneliti tentang kemungkinan hasil dari penelitian (Dharma, 2011). Untuk menguji kebenaran hipotesis maka akan dilakukan penelitian untuk mengetahui bahwa ketepatan hipotesis yang ditetapkan berdasarkan konsep teori.

Hipotesis penelitian :

a. Terdapat pengaruh tindakan keperawatan ners terhadap ansietas klien stroke
b. Terdapat pengaruh tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis : TPK terhadap ansietas klien stroke
c. Terdapat pengaruh tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: terapi penerimaan komitmen terhadap penerimaan diri klien stroke
d. Terdapat hubungan penerimaan diri dengan ansietas klien stroke
e. Terdapat pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga klien dalam merawat keluarga stroke
f. Terdapat hubungan kemampuan keluarga terhadap ansietas dan penerimaan diri

3.4 Definisi Operasional, Variabel Penelitian, dan Skala Penelitian

Definisi operasional adalah penjelasan tentang yang dimaksud oleh peneliti yang akan diukur dalam variabel tersebut. Definisi operasional tidak harus berdasarkan konsep teori tetapi tujuan yang diharapkan peneliti terhadap variabel yang dimaksudkan. Definisi operasional dalam penelitian ini mengarahkan peneliti dalam cara mengukur variabel yang telah ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran sesuai dengan tujuan penelitian . Definisi operasional penelitian ini disajikan dalam tabel 3.1.

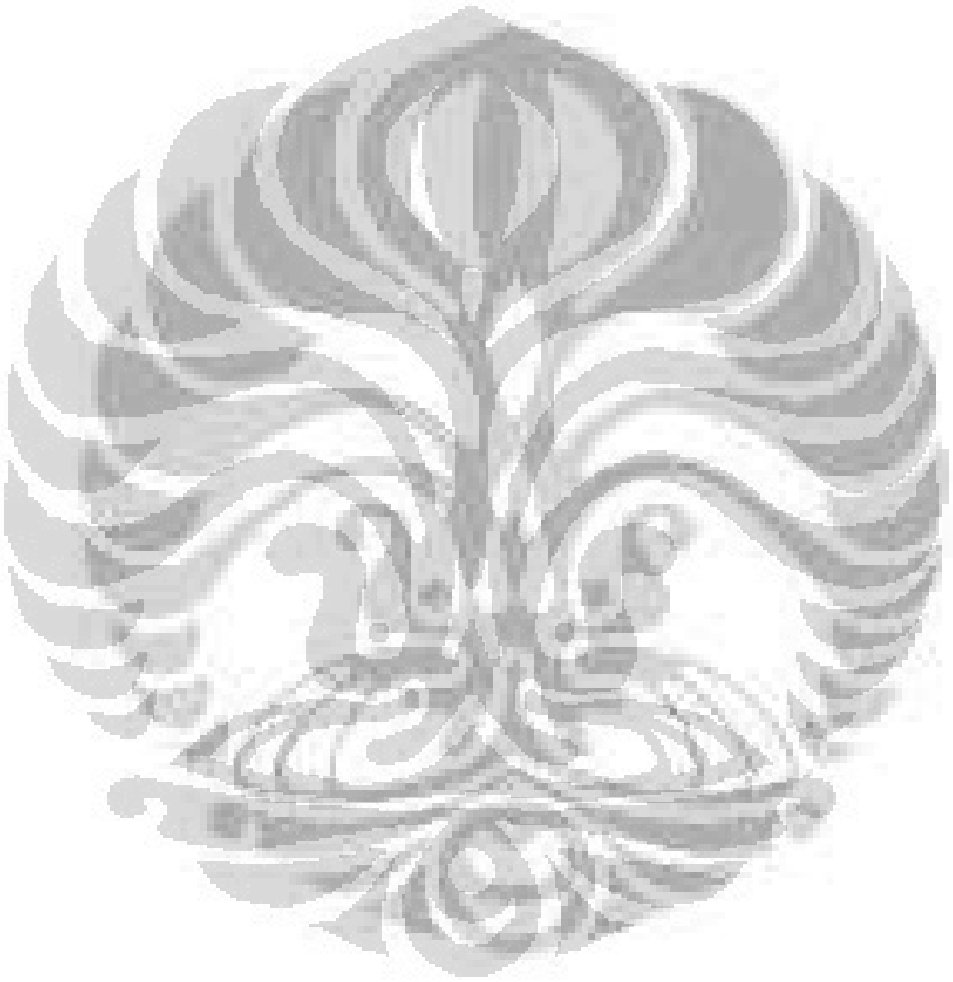
Tabel 3.1

Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Karakteristik klien					
1	Usia	Lama hidup seseorang sampai hari kelahirannya terakhir	Item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Identitas diri responden.	Item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden	1. Laki-Laki 2. Perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Tingkat pendidikan terakhir dan tertinggi yang dicapai responden	Item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan responden	1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Perguruan Tinggi	Ordinal
4	Pekerjaan	Suatu aktivitas klien yang dapat menghasilkan uang (pendapatan).	Item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Nominal
5	Status perkawinan	Keadaan klien terkait dengan status kehidupan pribadinya dalam keluarga.	Item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan responden	1. Tidak Kawin 2. Kawin 3. Duda/janda	Nominal
6	Riwayat stroke	Pengalaman mengalami penyakit stroke	Item pertanyaan dalam kuesioner A tentang riwayat stroke responden	Serangan 1,2,3,4, dst	intervall
7	Skala Stroke	Penilaian terhadap hilangnya fungsi fisiologi dan anatomi	Item pertanyaan dalam kuesioner A. Alat ukur impairment menurut NIHS	Total Skor 0 -20	Interval
8	Jenis Stroke	Penilaian terhadap kerusakan pembuluh darah di otak	Item pernyataan pada kuesioner A	1 Hemoragik 2 Iskemik	Ordinal

Variabel *dependen*					
9	Ansietas	Perasaan tidak nyaman yang dirasakan secara subjektif terhadap kejadian penuh stres dan mengancam yang dinilai secara kognitif, afektif dan perilaku	Menjawab 14 pertanyaan dalam kuesioner ansietas HARS dengan skala likert 0 -4→ 0 = tidak ansietas, 1 ansietas ringan, 2 ansietas sedang, 3 berat dan 4 sangat berat Dengan komponen sebanyak 83	Total skor berdasarkan nilai mean, median dan modus dengan menggunakan CI 95% Skor Ansietas 0 – 83	Interval
10	Penerimaan Diri	Kemampuan responden menerima keadaan dirinya serta harapan klien terkena stroke	Menggunakan *Self Acceptance scale* Yang dimodifikasi menjadi 15 pernyataan yang terdiri dari pernyataan positif dan pernyataan negatif dengan skala likert 0 -4	Total Skore penerimaan diri 0 – 60	Interval
11	Kemampuan Keluarga	Kemampuan oleh *care giver* untuk merawat klien stroke	Quesioner kemampuan keluarga sebanyak 15 pertanyaan dan memiliki nilai 2 = tidak dan 1 = ya	Total skor 15- 30 kemampuan keluarga berdasarkan nilai mean, median dan modus	Interval
Variabel *Independent*					
12	Terapi penerimaan dan komitmen	Kegiatan terapi menggunakan proses penerimaan, kesadaran, komitmen dan proses perubahan perilaku untuk menghasilkan fleksibilitas psikologis yang baik serta memiliki komitmen yang tinggi untuk mempertahankan tingkat kesehatannya	Buku catatan harian klien dan raport hasil evaluasi pelaksanaan terapi kognitif	1. Dilakukan terapi penerimaan dan komitmen 2. Tidak dilakukan terapi penerimaan dan komitmen	Nominal
13	Terapi psiko	Kegiatan terapi dengan	Buku catatan harian klien dan	1. Dilakukan	Nominal

edukasi keluarga	menggunakan modul untuk membantu keluarga meningkatkan kemampuan dalam merawat anggota keluarga dengan stroke	raport hasil evaluasi pelaksanaan terapi psiko edukasi keluarga	2. Tidak dilakukan



BAB 4
METODE PENELITIAN

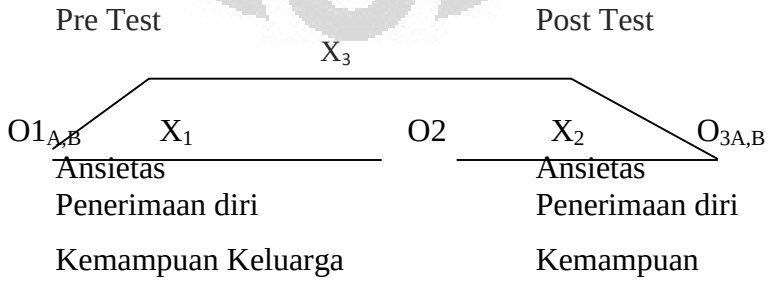
Pada bab 4 dibahas tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan analisa data.

4.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian yang digunakan adalah *Quasi experiment pre-post test without control*. Peneliti memberikan intervensi sebanyak 2 tahap, tahap 1 diberikan tindakan keperawatan ners pada klien. Tahap kedua dilanjutkan dengan pemberian tindakan keperawatan ners spesialis: terapi penerimaan komitmen pada klien dan terapi psikoedukasi keluarga pada keluarga klien. Tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: terapi penerimaan komitmen pada klien untuk melihat perubahan penerimaan diri dan ansietas, sementara terapi psiko edukasi keluarga untuk melihat kemampuan keluarga Dalam penelitian ini pengukuran dilakukan sebanyak tiga kali untuk ansietas dan pengukuran penerimaaan diri dan kemampuan keluarga sebanyak dua kali yakni sebelum perlakuan (p*re test*), sesudah mendapatkan setelah pemberian tindakan keperawatan ners spesilis: terapi psikoedukasi keluarga (*Post test*). Secara skematis desain penelitian ini digambarkan dalam skema 4.1 sebagai berikut :

Skema 4.1

Desain Penelitian



Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Keterangan:

A	: Klien
B	: Keluarga
X1	: Tindakan keperawatan ners
X2	:Tindakan keperawatan ners spesialis : terapi penerimaan komitmen
X3	: Terapi psiko edukasi keluarga
$O1_A$	:Penerimaan diri dan ansietas klien stroke sebelum diberikan tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesiaalis: terapi penerimaan komitmen
$O1_B$	:Kemampuan Keluarga sebelum diberikan terapi psiko edukasi keluarga
O2	:Ansietas klien stroke setelah diberikan tindakan keperawatan ners
$O3_B$	:Penerimaan diri dan ansietas klien setelaah diberikan tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: terapi penerimaan komitmen
$O3_B$	:Kemampuan Keluarga setelah diberikan terapi psiko edukasi keluarga
$O2 – O1_A$	:Perubahan ansietas klien stroke setelah diberikan tindakan keperawatan ners
$O3_A – O2$	:Perubahan ansietas klien stroke setelah diberikan tindakan keperawatan ners spesialis: terapi penerimaan komitmen
$O3_A – O1_A$	:Perubahan penerimaan diri dan ansietas klien stroke setelah diberikaan tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis
$O3_B- O1_B$	:Perubahan kemampuan keluarga setelah diberikan terapi psiko edukasi keluarga

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

4.2. Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek dan subyek yang menjadi kuantitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2009). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien di RS Pusat Otak Nasional (RSPON) yang mengalami stroke hemoragik ataupun iskemik baik yang serangan pertama maupun yang berulang. Jumlah klien tahun 2015 sebanyak 368 klien

4.2.2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2009) yang akan dijadikan responden dalam penelitian ini. Sampel penelitian ini adalah klien yang mengalami stroke. Teknik pengambilan sampel dengan *non probability sampling.* Adapun kriteria inklusinya adalah :

a. Klien dirawat di ruang rawat inap maupun diruang unit stroke
b. Klien dapat membaca
c. Klien dapat berbicara
d. Klien bersedia menjadi responden
e. Klien mangalami ansietas ringan dan sedang dengan hasil *pre test*
f. Klien mengalami penerimaan diri yang tidak baik
g. Keluarga sebagai *care giver* utama klien yaitu anggota keluarga yang merawat klien di RS dan dirumah
h. Keluarga bersedia menjadi responden

Perhitungan jumlah sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi untuk menguji beda 2 mean kelompok dependen dengan rumus (Dharma, 2011). Adapun rumus yang digunakan yaitu:

$$n = \frac{\left[(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}) \cdot \delta\right]}{\mu 1 - \mu 2}$$

n = Besar sampel

Zα = Nilai kurva yang ditetapkan dalam penelitian dengan nilai Zα = 1,96 dengan CI 95 %

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Z β = power = 90 %, maka Z β = 1,282

μ1-μ2 = selisih rerata yang dianggap bermakna secara klinik dengan menggunakan penelitian (Kristyaningsih, 2009) = 3

δ = standar devisi selisih rata –rata simpangan baku daari penelitian sebelumnya. (Kristiyaningsih , 2009) = 5

$$n = \left[\frac{(1{,}96 + 1{,}282)\ 5}{3}\right]^2$$

n = 29,2 orang responden

Besar sampel untuk penelitian ini adalah 29 responden, untuk menghindari kendala *drop out* pada penelitiaan maka digunakan cara memperbesar taksiran sampel dengan rumus sebagai berikut :

$$n' = \frac{n}{1 - F}$$

$$N' = \frac{29}{1 - 0{,}1}$$

N' = 29/0.9 = 32,2 = 32 orang.

Pada Penelitian didapatkan jumlah responden sebanyak 33 orang.

4.3. Waktu dan Tempat penelitian

Waktu penelitian telah dilaksanakan mulai 14 Juni sampai dengan 25 Juni 2016. Tempat penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional (RSPON) Jakarta dengan pertimbangan RSPON merupakan rumah sakit rujukan masalah neurologi secara nasional. RSPON merupakan rumah sakit rujukan neurologi secara nasional yang berdiri tahun 2013 dan disahkan 1 Februari 2014 dengan dasar pendirian rumah sakit adalah tingginya angka kejadian stroke di Indonesia, yaitu sebesar 12,3 / 1000 penduduk sehingga sangat dipastikan angka kejadian responden dengan stroke sangat tinggi dengan *Avarage Long Of Stay* (ALOS) 6 – 9 hari. Penelitian tentang menangani masalah penerimaan diri dan ansietas di RSPON masih belum diterapkan sehingga penelitian ini sangat diharapkan menjadi standar asuhan keperawatan di RSPON yang masih baru beroperasi dan memiliki peluang untuk menambahkan standar asuhan keperawatan dengan menangani masalah

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

penerimaan diri dan ansietas akibat penyakit stroke. Penelitian ini menggunakan ruang rawat inap, unit stroke,VIP dan *President Suite room* yang terdapat di RSPON sesuai dengan jumlah sampel berdasarkan perhitungan sampel.

4.4. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan *non probabilitas sampling* dengan metode c*onsecutive sampling* yaitu dengan metode pengambilan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dan memenuhi kriteria inklusi sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi (Dharma, 2011). *Sample* dalam penelitiaan ini adalah klien stroke yang memenuhi kriteria inklusi. Pertama peneliti mengidentifikasi klien yang dirawat dengan stroke di rawat inap lantai 7 kelas 1, 2 dan 3, VIP dan *president suite room*. Jumlah Bed dirawat inap lantai 7 sebanyak 34 Bed yang terdiri dari 10 kamar, sementaraVIP 7 kamar dan *President suitee* 5 kamar Kemudian dari jumlah yang ditentukan disesuaikan dengan kriteria inklusif yang ditetapkan dengan teknik pengambilan *non probabilitas sampling.*

Tabel 4.1 Tabel Sampel Penelitian

Ruangan	**Jumlah Klien**	**Jumlah Responden**
701	4	3
702	3	2
703	5	3
704	4	4
705	4	4
706	3	3
707	2	1
708	6	5
709	6	6
VIP	3	1
President Suite	2	1
Total	40	33

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

4.5. Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan setelah peneliti melakukan serangkaian uji kelayakan proposal. Proposal yang sudah memenuhi ketentuan penelitian telah dilakukan *ethical clearance* yakni pengujian kelayakan proposal terhadap pertimbangan etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan dua orang komite etik sebagai riviewer. Dalam uji etik ada 13 prinsip etik sebagai dasar kelayakan proposal. Kesimpulan akhir dari riviewer yaitu 1 riviewer dengan layak dan 1 riviewer layak dengan perbaikan. Setelah melakukan perbaikan maka surat lolos kaji etik dikeluarkan dari komite etik dengan nomor 0464UN2.F12.D/HKP02.04/2016 (Lampiran 22)

Setelah proposal dinyatakan lulus uji etik, maka tahap selanjutnya telah dilakukan *expert validity* yaitu uji terhadap modul, buku kerja dan buku evaluasi yang digunakan sebagai pedoman pelaksanaan terapi penerimaan komitmen dan psiko edukasi keluarga oleh pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan revisi sebanyak 4 kali revisi dengan membuat modul, buku kerja, lembar evaluasi dan strategi pelaksaanaan sesuai dan spesifik untuk klien stroke (Lampiran 23).

Tahap selanjutnya adalah uji kompetensi yakni uji tehadap kemampuan peneliti dalam melakukan terapi penerimaan komitmen dan psikoedukasi keluarga yang dilakukan oleh pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Uji kompetensi dilakukan melalui simulasi terapi untuk semua pertemuan baik TPK maupun PEK yang dibuat dalam video (Lampiran 24).

Pada pelaksanaan penelitian, peneliti telah melakukan perlindungan terhadap responden dengan memperhatikan aspek etika dan berpegang teguh pada prinsip-prinsip etik penelitian. Sebelum penelitian dilakukan, semua responden yang menjadi subjek penelitian telah diberikan informasi lengkap tentang penelitian sesuai dengan penjelasan saat mengajukan uji etik meliputi rencana, manfaat, prosedur melalui pertemuan resmi antara peneliti dan responden. Setiap calon

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed concen*t atau surat pernyataan kesediaan menjadi responden (lampiran 3) yang telah disiapkan oleh peneliti. Pada saat pemberiaan penjelasan ada sebanyak 6 orang responden tidak mau mengikuti penelitian, dan sesuai dengan kode etik responden berhak menolak tanpa sanksi apapun

Proposal penelitian yang telah melewati serangkaian uji etik, maka penelitian terhadap klien stroke dapat dilakukan dengan mempertimbangkan prinsip – prinsip etik dengan tujuan untuk melindungi subjek penelitian. Prinsip-prinsip etika yang harus diperhatikan peneliti dalam melakukan penelitian ini diantaranya adalah:

4.5.1 *Autonomy*

Prinsip etik ini diawali dengan peneliti menjelaskan bahwa responden bebas menerima atau menolak penelitian, menentukan kelanjutan atau berhenti dari pelaksanaan penelitian selanjutnya. Responden diberikan kebebasan untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden, jika bersedia mengikuti penelitian maka responden menandatangani surat persetujuan menjadi responden dan jika responden mengundurkan diri atau memutuskan berhenti saat penelitian maka tidak ada sanksi apapun.

4.5.2 *Confidentiality*

Confidentiality adalah menjaga kerahasiaan data responden. Prinsip ini telah dilakukan peneliti dengan cara menjamin kerahasiaan data yang diperoleh dari responden, prinsip ini telah dilakukan peneliti dengan cara peneliti menjaga kerahasiaan data dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian selain itu juga peneliti akan menyimpan data penelitian di tempat yang hanya diketahui oleh peneliti selanjutnya data tersebut dimusnahkan setelah 5 tahun sejak penelitian ini berakhir. Peneliti menjelaskan kepada klien bahwa data yang didapatkan dari klien tidak akan diberikan kepada siapapun tanpa persetujuan klien kecuali diminta pihak hukum ataupun untuk kebutuhan akademik penelitian ini.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

4.5.3 *Anonymaous*

Anonymous adalah tanpa nama yang berarti klien tidak menuliskan namanya pada penelitian. Prinsip ini telah dilakukan peneliti dengan tidak menampilkan identitas responden jadi peneliti hanya menggunakan kode responden dan inisial.

4.5.4 Justice

Prinsip ini telah dilakukan peneliti dengan cara setiap responden mendapat perlakukan yang sama artinya bahwa setiap responden yang terlibat dalam penelitian mendapatkan intervensi yang sama baik dari kualitas dan kuantitas sehingga responden dapat mengontrol ansietas dan penerimaan diri tidak baik yang dialami oleh klien.

4.5.5 *Beneficience*

Beneficience berarti bahwa penelitiaan bermanfaat pada responden. Peneliti memastikan bahwa responden mendapat manfaat dari penelitian yang dilakukan dengan dibuktikan dari ungkapan verbal responden yang mengatakan senang diberikan terapi generalis, terapi penerimaan komitmen dan psikoedukasi keluarga. Selain ungkapan verbal, terlihat dari hasil kuesioner penerimaan diri klien ditandai dengan peningkatan penerimaan diri dan penurunan tanda dan gejala ansietas klien. Sementara untuk keluarga terlihat peningkatan kemampuan keluarga melakukan perawatan bagi klien, management stress dan manajemen beban.

4.5.6 *Maleficience*

Prinsip ini dilakukan peneliti dengan mengupayakan responden agar bebas dari rasa tidak nyaman dengan menyetujui waktu dan tempat interaksi serta membatalkan interaksi jika responden sedang sakit atau merasa tidak nyaman. Selama proses penelitian dilakukan klien tidak ada yang mengeluh tidak nyaman, karena terapi dilakukan dengan waktu sekitar 10 – 20 menit, sehingga klien tidak merasa bosan saat intervensi. Pada proses intervensi peneliti memperhatikan responden non verbal klien dan mengklarifikasi keadaan klien apakah masih bisa melanjutkan terapi atau tidak.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

4.6. Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data primer dalam penelitian ini adalah kuesioner sebagai instrument penelitian untuk mengidentifikasi karakteristik responden, penerimaan diri, tanda dan gejala ansietas dan kemampuan keluarga. Penelitian ini menggunakan 4 alat pengumpul data (kuesioner) yaitu karakteristik responden, HARS, penerimaan diri dan kemampuan keluarga.

4.6.1. Data Karakteristik Responden

Data karakteristik responden merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran responden secara umum. Data ini masuk dalam kuesioner A yang terdiri dari 8 pertanyaan meliputi ; inisial, usia, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, riwayat stroke, jenis stroke dan skala stroke. Data diisi oleh responden dengan cara menceklist atau mengisi isian jawaban pada kuesioner yang diberikan.

4.6.2. Pengukuran penerimaan diri

Pengukuraan penerimaan diri menggunakan *self accaptance* Hurlock. *Self accaptance* Hurlock merupakan kuesioner yang sudah pernah digunakan di Indonesia oleh Masyitah tahun 2012 untuk mengukur skala penerimaan diri klien paskah stroke dengan judul penelitian hubungan dukungan sosial terhadap penerimaan klien pasca stroke. Jumlah pernyataan pada kuesioner sebanyak 15 item yang terdiri dari pernyataan positif dan negatif. Pernyataan positif sebanyak 6 item dan negatif 9 item menggunakan skala likert 0-4. Untuk pernyataan positif memiliki skor 0 = sangat tidak setuju, 1= tidak setuju, 2 = kadang kadang, 3 =setuju dan 4= sangat setuju , namun untuk pernyataan negatif 4 = sangat tidak setuju, 3= tidak setuju, 2 = kadang kadang, 1 =setuju dan 0= sangat setuju. Hasil penelitian Masyitah (2012) mengklasifikasikan penerimaan diri menjadi penerimaan diri baik dan penerimaan diri tidak baik, karena tidak terdapat nilai ekstrim yang terlalu tinggi dari hasil jawaban kuesioner. Hal ini dibuktikan dengan uji normalitas penelitian didapatkan nilai P = 0,803 yang berarti bahwa sebaran datanya normal.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

4.6.3. Pengukuran ansietas

Pengukuran ansietas dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Hamilton Anxiety Rate Scale* (HARS) yang terdiri dari 14 item pernyataan dengan menggunakan skala ukur likert. Dalam 14 pernyataan HARS terdapat komponen sebanyak 83 komposit. Sehingga setiap komposit dinilai cheklist dengan standard 0 tidak ansietas, 1 – 19 = ansietas ringan; 20 – 39 ansietas sedang; 40 – 59 ansietas berat; 60 – 83 panik. HARS merupakan standar baku untuk mengkaji tingkat ansietas yang berlaku secara Internasional.

4.6.4. Pengukuran Kemampuan Keluarga

Kemampuan keluarga diukur berdasarkan terapi yang dilakukan oleh terapis kepada keluarga yakni kemampuan mengidentifikasi masalah merawat dan masalah pribadi *care giver*, kemampuan merawat, manajemen stres, manajemen beban dan kemampuan mengungkapkan perasaan dan hambatan dalam merawat anggota keluarga. Kemampuan keluarga di ukur sebanyak 15 item yang terdiri dari jawaban ya dan tidak. Ya memiliki nilai 2 dan tidak memiliki nilai 1. Sehingga rentang skornya adalah 15- 30

4.7. Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen diperlukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data/instrumen sebelum digunakan dalam penelitian sebenarnya (Dharma, 2011). Instrumen yang telah dilakukan uji validitas dan realibilitas dalam penelitian ini yaitu kemampuan keluarga dan penerimaan diri. Uji instrumen dilakukan pada responden sebanyak 27 orang yang tidak terlibat dalam penelitian tetapi memiliki karakteristik yang sama dengan responden yang akan diteliti. Uji coba instrumen dilakukan dengan melakukan uji validitas dan reliabilitas.

4.7.1 Uji Validitas

Uji Validitas terhadap kuesioner penerimaan diri telah dilakukan kepada 27 orang responden yang berada di RSPON. Dari uji Validitas dari 20 pernyataan ditemukan sebanyak 5 pernyataan yang tidak valid karena r tabel < 0,349.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Sementara 15 pernyataan dinyatakan valid dengan nilai r> 0,349. Pernyataan yang tidak valid yaitu pernyataan no 4, 5, 7, 19 dan 20, dimana saat pengisian kuesioner banyak responden yang bertanya dan nilai r hitung < 0,349. Sementara uji validitas pada kemampuan keluarga didapatkan nilai r tabel 15 pernyataan > 0,349 dan disimpulkan valid untuk digunakan dalam penelitian. Kuesioner merupakan modifikasi peneliti berdasarkan instrumen kemampuan keluarga pada terapi psikoedukasi keluarga (Lampiran 6).

4.7.2 Uji Realibilitas

Uji realibilitas yang dilakukan pada instrumen penerimaan diri setelah dihilangkan sebanyak 5 pernyataan didapatkan nilai r hitung sebesar 0,745. Sehingga instrument penerimaan diri dinyatakan *reliable* untuk digunakan dalam penelitian. Uji Realibilitas pada instrument kemampuan keluarga didapatkan nilai alpha *Cronbach* 0, 724 sehingga kemampuan keluarga reliable digunakan dalam penelitian (Lampiran 6).

4.8. Proses Pelaksanaan Penelitian

Proses pelaksanaan penelitian ini dilaksanakan dengan langkah-langkah persiapan administrasi, persiapan pengumpul data dan pelaksanaan penelitian.

4.8.1. Tahap Persiapan

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini telah dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

4.8.1.1 Persiapan administrasi

Persiapan administrasi diawali dengan mengumpulkan proposal penelitian, kemudian tiga hari berikutnya peneliti melakukan presentasi proposal dan melakukan simulasi terapi dihadapan tim LITBANG RSPON. Setelah proses presentasi dan simulasi dianggap layak dilakukan dan tidak berbahaya bagi klien selanjutnya diberikan ijin untuk melakukan penelitian dengan membawa surat ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Surat Ijin

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

penelitian yang didapatkan dari FIK UI diserahkan pada tanggal 14 Juni 2016, kemudian diperbolehkan melakukan penelitian**.**

4.8.1.2 Persiapan pengumpul data

Persiapan pengumpul data diawali dengan merekrut pengumpul data sebanyak 3 orang dengan latar belakang pendidikan ners dari FIK UI. Setelah ditentukan pengumpul data dilakukan pertemuan antara peneliti dengan pengumpul data. Peneliti dan pengumpul data membahas tentang alat pengumpul data yaitu HARS, penerimaan diri, kemampuan keluarga dan karakteristik responden, serta cara pengumpulan data yaitu mulai dari pengumpulan data uji validitas dan realibilitas sampai dengan post test.

Pengumpul data bertanggung jawab menjelaskan lembar informasi penelitian, memastikan penandatanganan lembar persetujuan oleh responden baik klien maupun keluarga, pengumpulan kuesioner yang diberikan kepada responden dengan memastikan bahwa seluruh pernyataan yang terdapat pada kuesioner telah terisi semua, menjawab pertanyaan responden saat pengisian kuesioner tanpa mengarahkan responden serta menekankan kepada responden bahwa tidak ada jawaban benar dan salah namun mengisi kuesioner dengan keadaan yang sebenarnya dialami oleh klien.

4.8.1.3 Persiapan pelaksanaan terapi

Persiapan pelaksanaan terapi diawali dengan menyiapkan instrumen penelitian yaitu instrument karakteristik responden, penerimaan diri, ansietas dan kemampuan keluarga. Selain instrument penelitian, peneliti menyiapkan lembar balik, buku kerja, buku evaluasi tidakan keperawatan ners spesialis: terapi penerimaan komitmen dan terapi psiko edukasi keluarga. Selanjutnya peneliti menyiapkan respondenya yang berada di lantai 7 A dan B serta yang berada di lantai 9 yaitu ruang VIP dan *president suite.* Ruang 7 A didapatkan responden sebanyak 17 orang, VIP sebanyak 3 orang dan *president suite* 1 orang.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Penelitiaan ini dilakukan dalam 2 gelombang yaitu gelombang I tanggal 16 Juni – 20 Juni, dilanjutkan dengan gelombang 2, tanggal 20 juni -25 Juni. Tanggal 15 Juni dilakukan pre test 1 serta memberikan penjelasan penelitian pada 20 orang responden dengan membagikan kuesioner dan *inform consent* kepada responden yang dibantu oleh pengumpul data. Dari hasil kuesioner tersebut didapatkan 15 orang responden yang menandatangani *inform consent* dan sesuai dengan kriteria inklusi (*screening*). Tanggal 15 Juni data pre-test sudah dimasukkan dalam perangkat lunak komputer untuk dilakukan pengolahan data selanjutnya. Sementara pre test gelombang 2 dilakukan pada tanggal 20 Juni 2016 kepada 17 orang, namun yang sesuai dengan kriteria inklusi sebanyak 13 oraang dan dilanjutkan dengan pretest susulan kepada 5 orang responden yang baru pada tanggal 21 Juni dan seluruhnya termasuk kriteria inklusi.

4.8.2. Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan gelombang I dilakukan dimulai dari tindakan keperawatan ners untuk ansietas yaitu mendiskusikan tentang ansietas, penyebab, proses terjadinya, tanda dan gejala dan akibat, teknik relaksasi fisik dengan tarik nafas dalam, teknik distraksi, pengalihan dan teknik hipnotis lima jari yang dilakukan 1 kali pertemuan tanggal 16 Juni. Pelaksanaan tindakan keperawatan ners ini selama 20 – 30 menit pada setiap responden, sehingga untuk 15 orang dibutuhkan waktu 7 jam. Peneliti melakukan intervensi mulai dari jam 7.45 wib sampai jam 16.00 wib kepada 15 responden. Sementara untuk tindakan keperawatan ners untuk penerimaan diri hnya berup pengetahuan tentang pentingnya keterbukaan klien terhadap keluarga untuk menceritakan yang dirasakan klien saat mengalami stoke kepada anggota keluarga.

4.8.2.1 Pelaksanaan tindakan keperawatan ners spesialis: Terapi Penerimaan Komitmen

Terapi penerimaan komitmen memiliki 4 sesi yang dilakukan dalam tiga kali pertemuan. Pertemuan 1 sesi 1 yaitu untuk meleburkaan, menerima dan menyadari :kejadiaan yang tidak menyenangkan terkait stroke, pikiran, perasaan yang muncul dan dampak terhadap perilaku klien. Pertemuan 2 terdiri dari sesi 2 dan 3 yaitu mengidentifikasi keadaan saat ini dan nilai-nilai berdasarkan pengalaman

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

mengalami stroke dengan ansietas serta melatih nilai positif yang dimiliki oleh klien saat ini. Pertemuan 3 terdiri dari sesi 4 yaitu berkomitmen untuk melakukan nilai positif yang dimiliki untuk mencegah kekambuhan klien.

Tindakan keperawatan ners spesialis: Psikoedukasi keluarga terdiri dari 5 sesi yang dilakukan menjadi 3 pertemuan. Pertemuan 1 terdiri dari sesi 1 dan 2 yaitu mengidentifikasi masalah pribadi yang dialami *care giver* serta masalah yang dihadapi dalam merawat serta perawatan klien stroke. Pertemuan ke 2 terdiri dari sesi 3 yaitu cara managemen stres *care giver*. Pertemuan ke 3 terdiri dari sesi 4 dan 5 yaitu cara managemen beban serta mengungkapkan perasaan *care giver* kepada anggota keluarga lainya tentang maslah yang dihadapi dalam merawat klien

Tanggal 17 Juni dilakukan terapi penerimaan komitmen pertemuan 1 dilakukan evaluasi ansietas dan validasi tindakan keperawatan ners selama 11 –15 menit kepada 15 responden dan terapi psiko edukasi keluarga pertemuan 1 selama 20 – 25 menit kepada 15 keluarga responden. Tindakan dilakukan mulai jam 07.30 wib – 19.00 wib dengan jeda istirahat siang 1 jam dan sore 30 menit. Tanggal 18 Juni dilakukan evaluasi ansietas klien serta validasi pertemun 1 TPK dan dilanjutkan terapi penerimaan komitmen pertemuan ke 2 dengan waktu 15 – 20 menit. Pada keluarga dilakukan evaluasi ansietas *care giver* serta validasi PEK pertemuan 1 dilanjutkan terapi psiko edukasi keluarga selama 10 -15 menit dan terapi dimulai dari pukul 08.00 - 15.00 wib. Tanggal 19 Juni 2016 dilakukan evaluasi ansietas klien serta validasi PEK pertemuan ke2 dilanjutkan dengan terapi penerimaan pertemuan 3 selama 10 – 15 menit pada klien. Pada keluarga dievaluasi ansietas *care giver* serta validasi cara merawat klien stroke serta managemen stress *care giver* dilanjutkaan denganpemberian terapi psiko edukasi keluarga pertemuan ke 3 selama 15 menit yang dimulai jam 07.30 wib – 15.00 wib. Tanggal 20 Juni 2016 dilakukan *post test* terhadap 15 orang responden

Tahap pelaksanaan gelombang II dilakukan dimulai dari tindakan keperawatan ners yaitu mendiskusikan tentang ansietas, penyebab, proses terjadinya, tanda dan

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

gejala dan akibat, teknik relaksasi fisik dengan tarik nafas dalam, teknik distraksi, pengalihan dan teknik hipnotis lima jari yang dilakukan 1 kali pertemuan tanggal 21 Juni. Pelaksanaan tindakan keperawatan ners ini selama 15 - 20 menit pada setiap responden, sehingga untuk 18 orang dibutuhkan waktu 6 jam. Peneliti melakukan intervensi mulai dari jam 7.30 wib sampai jam 14.30 wib kepada 18 responden.

Tanggal 22 Juni dilakukan evaluasi ansietas klien serta validasi ttindakan keperawatan ners dilanjutkan dengan pemberian terapi penerimaan komitmen pertemuan 1 selama 10 –15 menit kepada 18 responden dan kepada keluaarga dilakukan terapi psiko edukasi keluarga pertemuan 1 selama 15 - 20 menit kepada 18 keluarga responden. Tindakan dilakukan mulai jam 07.30 wib – 19.30 wib dengan jeda istirahat siang 1 jam dan sore 30 menit. Tanggal 23 Juni dilakukan evaluasi ansietas klien, validasi pertemuan 1 dilanjutkan dengan pemberian terapi penerimaan komitmen pertemuan ke 2 dengan waktu 10 -15 menit dan terapi psiko edukasi keluarga selama 10 -15 menit dan terapi dimulai dari pukul 09.00 - 16.30 wib. Tanggal 24 Juni 2016 evaluasi ansietas klien, validasi pertemuan kedua dilanjutkan dengan pemberian terapi penerimaan pertemuan 3 selama 10 – 15 menit. Pada keluarga dilakukan evaluasi ansietas keluarga serta validasi kemampuan *care giver* dalam melakukan managemen stress dilanjutkan dengan pemberian terapi psiko edukasi keluarga pertemuan ke 3 selama 15 menit yang dimulai jam 07.00 wib – 14.00 wib. Tanggal 25 Juni 2016 dilakukan *post test* terhadap 18 orang responden.

Sebelum dilakukan tindakan terlebih dahulu diberikan buku kerja kepada klien dan buku evaluasi pada peneliti. Buku kerja diisi pada saat melakukan tindakan. Jika klien tidak mampu menulis akan dibantu oleh peneliti, sementara klien yang masih mampu menulis menuliskan secara langsung pada buku kerja yang diberikan. Sementara buku evaluasi menjadi bahan evaluasi oleh peneliti saat melakukan evaluasi difase terminasi.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Skema 4.2

Kerangka Kerja Penelitian Pada Kelompok Intervensi

		Kelompok Intervensi									
Responden	15 Juni	16 Juni	17 Juni	18Juni	19 Juni	20 Juni	21 Juni	22 Juni	23 Juni	24 Juni	25 Juni
1 – 15	*Pre Test*	Terapi generalis : mendiskusikan tentang ansietas, penyebab, proses terjadinya, tanda dan gejala dan akibat, teknik relaksasi fisik dengan tarik nafas dalam, teknik distraksi, pengalihan dan teknik hipnotis lima jari	a. TPK sesi 1 b. PEK Sesi 1 dan 2	a. TPK sesi 2 dan 3 b. PEK Sesi 3	a. TPK sesi 4 b. PEK Sesi 4 dan 5	a. *Post Test* ansietas dan penerimaan diri klien b. Keluarga :*Post Test* Kemampuan Keluarga					
16 - 33	Pre *Test* **Klien :** ansietas dan penerimaan diri klien **Keluarga** :*Pre Test* Kemampuan Keluarga						Terapi Generalis mendiskusikan tentang ansietas, penyebab, proses terjadinya, tanda dan gejala dan akibat, teknik relaksasi fisik dengan tarik nafas dalam,	TPK sesi 1 PEK Sesi 1 dan 2	a. TPK sesi 2 dan 3 b. PEK Sesi 3	TPK sesi 4 PEK Sesi 4 dan 5	*Post Test* **klien :** ansietas dan penerimaan diri klien **Keluarga** :*Post Test* Kemampuan Keluarga

		teknik distraksi, pengalihan dan teknik hipnotis lima jari				

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

4.9. Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data. Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, paling tidak ada empat tahapan dalam pengolahan data yang harus dilalui peneliti, yaitu :

a. *Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten. Pada saat pengumpulan kuesioner dari responden peneliti langsung memeriksa lembar kuesioner, sehingga jika ada yang kurang bisa langsung dilengkapi responden. Editing langsung dilakukan di tempat penelitian setelah data terkumpul, sehingga ada dua orang responden yang kurang lengkap mengisi formulir dan langsung dilengkapi saat itu juga.

b. *Coding*

Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kegiatan yang dilakukan, setelah data diedit kemudian diberi kode. Seluruh variabel yang ada diberi kode dan dilakukan pengkategorian data (usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan dan status).

c. *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh serta sudah melewati pengkodean maka langkah peneliti selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis menggunakan perangkat komputer dengan menggunakan perangkat lunak komputer.

d. *Cleaning*

Suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat kita

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

memasukkan data ke komputer. Setelah data didapat kemudian dilakukan pengecekan kembali apakah data yang sudah ada salah atau tidak. Pengelompokan data yang salah diperbaiki hingga tidak ditemukan kembali data yang tidak sesuai, sehingga data telah siap dianalisis. Selama proses pengolahan data dan dilakukan cek kembali tidak ditemukan adanya data yang salah atau tidak sesuai.

4.9.2 **Analisis Data**

4.9.2.1 **Analisis Univariat**

Analisis univariat adalah analisis yang bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing – masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Analisis data univariat dilakukan terhadap variabel dependen dan karakteristik responden. Uji Univariat numerik yaitu penerimaan diri, ansietas, kemampuan keluarga, usia klien, skala stroke dan riwayat stroke yang akan dianalisis dengan tendensi sentral. Sedangkan untuk data katagorik yang terdiri dari pendidikan, jenis kelamin, status perkawinan dan pekerjaan dianalisis menggunakan distribusi frekuensi.

4.9.2.2 **Analisis Bivariat**

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala pengukuran, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui adanya pengaruh terapi penerimaan dan komitmen dan terapi psikoedukasi keluarga terhadap harga diri, ansietas serta kemampuan merawat klien dengan stroke. Jika hasil uji statistik tersebut, maka dapat diputuskan menerima hipotesis penelitian jika diperoleh nilai p sebesar ≤ α (0.05), dan menolak hipotesis penelitian jika diperoleh nilai p > 0.05.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Tabel 4.3
Analisis Pengaruh TPK dan PEK Terhadap Penerimaan Diri dan Ansietas Klien Stroke

Pre Test	**Post Test**	**Cara Analisa**
Ansietas sebelum diberikan tindakan keperawatan ners	Ansietas setelah diberikan tindakan keperawatan ners	*Paired t test*
Ansietas setelah diberikan tindakan keperawatan ners	Ansietas setelah diberikan tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: TPK	*Paired t test*
Ansietas sebelum diberikan tindakan keperawatan ners	Ansietas setelah diberikan tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: TPK	*Paired t test*
Penerimaan diri sebelum diberikan tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: TPK	Penerimaan diri setelah diberikan tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: TPK	*Paired t- Test*
Kemampuan Keluarga sebelum diberikan tindakan keperawatan ners spesialis: PEK	Kemampuan Keluarga setelah diberikan tindakan keperawatan ners spesialis: PEK	*Paired t- Test*
Variabel	**Variabel**	**Cara analisa**
Ansietas	Penerimaan diri	*Pearson corelation*
Kemampuan Keluarga	Ansietas	*Pearson corelation*
Kemampuan Keluarga	Penerimaan diri	*Pearson corelation*

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

BAB 5
HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian pengaruh terapi komitmen terapi dan psiko edukasi keluarga terhadap penerimaan diri dan ansietas klien stroke di RSPON yang telah dilaksanakan pada tanggal 14 Juni sampai 25 Juni 2016. Jumlah responden yang ikut serta dalam penelitian ini sebanyak 33 orang yang diberikan tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: TPK dan PEK. Pada bab ini akan memaparkan hasil penelitian tentang karakteristik responden klien stroke, pengaruh tindakan keperawatan ners dan ners spesialis: TPK terhadap ansietas, pengaruh tindakan keperawatan ners dan ners spesialis: TPK terhadap penerimaan diri, pengaruh tindakan keperawatan ners spesialis : PEK kemampun keluarga, hubungan ansietas terhadap penerimaan diri, dan hubungan kemaampuan keluargaa terhadap penerimaan diri dan ansietas klien stroke.

5.1 Karakteristik Klien Stroke

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik klien stroke berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan skala stroke. Karakteristik klien stroke dibagi menurut jenis datanya, yaitu data numerik dan data kategorik. Data numerik terdiri dari usia klien, riwayat stroke dan skala stroke. Sedangkan data kategorik terdiri dari pekerjaan, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, jenis stroke .

5.1.1. Karakteristik Usia, Riwayat Stroke dan Skala Stroke Klien Stroke

Karakteristik usia klien merupakan variabel numerik sehingga dianalisis dengan menggunakan sentral tendensi guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal, nilai maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%) dan analisisnya disajikan pada tabel 5.1.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Tabel 5.1: Karakteristik Usia, Riwayat Stroke dan Skala Stroke pada Klien Stroke di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional (n=33)

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks
Usia	57,24	58	7,746	44-73
Riwayat Stroke	2,18	2,0	1,074	1-4
Skala Stroke	10,73	11	3,794	2-19

Hasil analisis usia, riwayat stroke dan skala stroke pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 33 jumlah responden menunjukkan nilai rata-rata usia responden yakni berusia 57,24 tahun dengan usia termuda yakni 44 tahun dan usia tertua yakni 73 tahun. sementara riwayat stroke yang dialami oleh responden rata – rata memiliki riwayat 2, 18 kali dengan riwayat stroke minimumnya 1 kali dn maksimum 4 kali. Sedangkan untuk rata –rata skala stroke terdapat nilai rata – rata skala stroke yaitu 10, 73 dengan kata lain berada distroke sedang dan skala minimum 2 dan maksimum 19 dengan kata lain seluruh responden berada pada skala stroke yang ringan sampai skala berat.

5.1.2 Karakteristik Klien Stroke Berdasarkan Pekerjaan, Pendidikan, Jenis Stroke dan Status Perkawinan

Analisis jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan dilakukan dengan menggunakan distribusi frekuensi yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2: Karakteristik Klien Stroke Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan. Riwayat Stroke dan Status Perkawinan Di Rumah Sakit Umum (N=33)

Karakteristik	n	%
1. Pekerjaan		
a. Tidak bekerja	14	42,2%
b. Bekerja	19	57,6%
2. Jenis Kelamin		
a. laki – laki	19	57,6
b. Perempuan	14	42,4

Karakteristik	n	%
3. Pendidikan Klien		
a.Tidak Sekolah	2	9,1
b. SD	4	12,1
c. SMP	8	24,2
d. SMA/SMK	11	33,3
e. Perguruan Tinggi	8	24,2
4. Status Perkawinan		
a. Kawin	26	78,6
b. Janda/ Duda	7	21,2
5. Jenis Stroke		
a. Hemoragik	23	69,7
b. Iskemik	10	30,3

Berdasarkan distribusi pekerjaan, dapat dilihat bahwa sebanyak 57,6% klien bekerja, jenis kelamin mayoritas klien jenis kelamin laki –laki 57,6 %, tingkat pendidikan klien lebih banyak yang berpendidikan SMA (33,3%), status perkawinan didominasi kawin sebanyak 78,6 %, riwayat stroke mayoritas stroke berulang 63,6 % dan jenis stroke didominasi hemoragik 69,7%.

5.2 Pengaruh tindakan keperawatan ners, tindakan keperawatan ners spesialis: terapi penerimaan komitmen dan psiko edukasi keluarga terhadap ansietas, penerimaan diri klien stroke dan kemampuan keluarga di Rumah Sakit Umum

Pengaruh tindakan keperawatan ners, tindakan ners spesialis: terapi penerimaan diri dan psiko edukasi keluarga terhadap ansietas, penerimaan diri klien stroke dan kemampuan keluarga akan diuraikan sebagai berikut.

5.2.1 Pengaruh Tindakan Ners dan Tindakan Ners dengan Tindakan Ners Spesialis : TPK Terhadap Ansietas Klien Stroke Di Rumah Sakit Umum

Ansietas akan diatasi terlebih dahulu dengan melakukan tindakan keperawatan ners yang dilanjutkan dengan tindakan ners spesialis: TPK. Pengaruh tindakan ners dan ners spesialis akan ditampilkan dalam tabel 5.3.

Tabel 5.3: Pengaruh Tindakan Ners, Tindakan ners spesialis dan tindakan ners dengan tindakan ners spesialis: TPK terhadap Ansietas Klien Stroke (n =33)

Variabel		Mean	Selisih	SD	SE	T	P Value
Ansietas pre (ners)	pre	38,6	5,2	6,272	1,092	19,586	**0,000**
	Post 1	33,4		6,472	1,127		
Ansietas post 1 (ners +ners spesialis: TPK)	Post 1	33,4	9,74	6,472	1,127	20,876	**0,000**
	Post 2	23,66		6,561	4,561		
Ansietas post 2	Pre	38,6	14,94	6.272	1,092	21,976	**0,000**
	Post 2	23,66		6,561	4,561		

Perubahan mean ansietas sebelum dan setelah diberikan tindakan keperawatan ners yaitu 5,2 dan perubahan ansietas klien setelah diberikan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis : TPK didapatkan perubahan mean yang sebesar 9,74. Ansietas setelah diberikan tindakan keperawatan ners dan nerspsesialis: TPK terdapat perubahan sebesar 14.94. Berdasarkan hasil statistik terbukti bahwa tindakan keperawatan ners berpengaruh significan terhadap penurunan ansietas klien stroke sebessar 0,00 (pvalue< 0,005)

5.2.2 Pengaruh Tindakan Ners dan tindakan ners spesialis : TPK terhadap Penerimaan diri Klien Stroke di Rumah Sakit Umum

Pengaruh tindakan ners dan ners spesialis : TPK terhadap penerimaan diri klien di rumah sakit uum akan digambarkan dalam tabel 5.4

Tabel 5.4: Pengaruh Tindakan Ners Dan Tindakan Ners Spesialis Terhadap Penerimaan Diri Klien Stroke (n =33)

Variabel		Mean	Selisih	SD	SE	T	P Value
Penerimaan diri	Pre	46,3	21,6	3,011	0,524	13,241	**0,000**
	Post	67,9		2,283	0,397		

Hasil uji statistik pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa perubahan peningkatan penerimaan diri terlihat dari selisih mean sebesar 21,6. Peningkatan penerimaan diri setelah diberikan terapi tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: TPK dari 46,3 menjadi sebesar 67,7. Hasil statistik menunjukkan pengaruh tindakan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: TPK signifikan terhadap peningkatan penerimaan diri klien (Pvalue < 0,000)

5.2.3 Pengaruh Tindakan Ners Spesialis : PEK Terhadap Kemampuan Keluarga Klien Stroke Di Rumah Sakit Umum

Tabel 5.8: Pengaruh Tindakan Ners Spesialis : PEK Terhadap Kemampuan Keluarga klien Stroke (N =33)

Variabel		Mean	Selisih	SD	SE	t	P Value
Kemampuan Keluarga	Pre	63,83	30,47	1,726	0,583	31,134	**0,000**
	Post	94,43		1,828	0,469		

Kemampuan keluarga terdapat perubahan nilai mean dari 63,83 menjadi 94,43 terdapat perubahan sebesar 30,47. Hasil statistik menunjukkan bahwa Terapi keperawatan ners spesialis : PEK berpengaruh signifikan terhadap peningkatan kemampuan keluarga. (p value< 0,005).

5.3 Hubungan Ansietas Dengan Penerimaan diri Klien Stroke Pada Klien Stroke Di Rumah Sakit Umum(n = 33)

Hubungan ansietas klien setelah diberikan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis : TPK dengan penerimaan diri setelah tindakan ners dan ners spesialis : TPK digambarkan dalam 5.5

Tabel 5.5: **Hubungan Ansietas Terhadap Penerimaan Diri Klien Stroke Pada Klien Stroke Di Rumah Sakit Umum (n = 33)**

Variabel Independen	Variabel dependen	Mean	SD	P Value	R
Ansietas	Penerimaan diri	23,6	6,561	0,064	0,45

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa penerimaan diri tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan ansietas (Pvalue> 0,005)

5.4 Hubungan Kemampuan Keluarga terhadap Penerimaan Diri dan Ansietas Klien Stroke di Rumah Sakit Umum (n =33)

Tabel 5.6 : Hubungan Kemampuan Keluarga terhadap Penerimaan Diri dan Ansietas Klien Stroke di Rumah Sakit Umum(n =33)

Variabel independen	Variabel Dependen	Mean	SD	P Value	R
Ansietas	Kemampuan Keluarga	23,6	4,561	0,051	0,438
Penerimaan Diri	Kemampuan Keluarga	67,9	2,283	0,251	0,11

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa hubungan kemampuan keluarga dengan ansietas memiliki nilai p = 0,051 (> 0,005). Hasil statistik menunjukkan tidak terdapat hubungan antara kemampuan keluarga dengan ansietas. Sementara hubungan kemampuan keluarga dengan penerimaan diri memiliki nilai p value 0,251 (p value> 0,005). Hal ini berarti bahwa kemampuan keluarga tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan penerimaan diri

BAB 6
PEMBAHASAN

Bab ini akan menjelaskan tentang pembahasan hasil penelitian yang didapatkan dilapangan dibandingkan dengan konsep teori. Pembahasan ini akan menganalisa kondisi yang didapatkan melalui penelitian dengan yang didapatkan peneliti sebelumnya serta menganalisa faktor yang menyebabkan terjadinya perbedaan konsep teori dengan hasil penelitian. Komponen yang akan dibahas dalam pembahasan ini yaitu tentang pengaruh tindakan keperawatan ners dan ners spesialis terhadap ansietas, pengaruh tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis: terapi penerimaan komitmen penerimaan diri, pengaruh tindakan keperawatan ners spesialis: terapi psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga, hubungan ansietas dengan penerimaan diri dan hubungan keluarga dengan ansietas dan penerimaan diri..

6.1 Pengaruh Tindakan Keperawatan ners dan ners spesialis terhadap ansietas klien Stroke di Rumah Sakit Umum

Ansietas klien stroke sebelum diberikan tindakan keperawatan ners berada pada ansietas sedang dengan nilai rata-rata 38, 6. Ansietas sedang memiliki lapang persepsi menyempit dan harus diarahkan. Ansietas sedang yang tidak teratasi akan dapat berkembang menjadi ansietas berat bahkan panik (Stuart, 2013).

Ansietas klien setelah diberikan tindakan keperawatan ners mengalami penurunan sebesar 5,2. Tindakan keperawatan ners yang diberikan dari mengidentifikasi penyebab ansietas dan mengontrol ansietas dengan teknik relaksasi nafas dalam, pengalihan, distraksi dan hipnotis lima jari. Setelah diberikan tindakan keperawatan ners terjadi perubahan yang ditandai dengan menurunnya tanda dan gejala ansietas dengan berkurangnya gejala ansietas, namun masih tetap berada pada rentang respon ansietas sedang,

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

dimana klien masih memiliki lapang persepsi menyempit dan harus diarahkan.

Ansietas klien stroke menurun secara bermakna menjadi ansietas sedang dengan menggunakan teknik relaksasi. Relaksasi adalah suatu kegiatan yang ditujukan untuk menghilangkan ketengangan otot-otot tubuh maupun pikiran sehingga memberikan rasa nyaman. Sedangkan relaksasi lima jari adalah salah satu teknik relaksasi dengan metode pembayangan dan imajinasi hal yang menyenangkan bagi klien dengan menggunakan 5 jari sebagai alat bantu (Hapsah, et al., 2011). Penelitian sebelumnya juga mengatakan bahwa terapi hipnotis lima jari efektif menurunkan ansietas pada klien dengan ansietas ringan dan sedang (Ariaaty, 2013). Relaksasi yang digunakan dalam penelitian yaitu tarik nafas dalam dan hipnotis lima jari. Terapi Hipnotis lima jari diindikasikan bagi klien dengan cemas, nyeri ataupun ketegangan yang membutuhkan kondisi rileks (Hapsah et al., 2011). Melalui terapi relaksasi maka akan mengurangi tanda dan gejala ansietas pada ketegangan otot secara fisiologis. Sehingga dapat disimpulkan bahwa klien cemas dapat diatasi melalui terapi relaksasi baik tarik nafas dalam maupun hipnotis lima jari.

Pengalihan dan distraksi merupakan suatu teknik yanng digunakan untuk mengubah fokus klien dari hal yang ditakutkan ke hal yang lebih positif sesuai dengan kemampuan klien. Teknik distraksi dapat dilakukan dengan mendengarkaan musik. Salah satu teknik distraksi yang banyak digunakan untuk mengurangi ansietas yaitu terapi musik. Teknik distraksi dan pengalihan memiliki sasaran untuk menghambat ketidak seimbangan neurotransmiter GABA. Penelitian Swarihadiyanti (2014) mengatakan bahwa terdapat pengaruh yang positif antara terapi musik dengan penurunan ansietas dan nyeri pada klien pre dan post operasi. Melalui terapi ini maka ketakutan atau kecemasan klien akan dialihkan ke musik yang akan membuat klien lebih rileks dan kecemasan tidak menjadi fokus pemikiran klien lagi yang akan berdampak menguraangi tanda dan gejala secara

kognitif dan berdampak perubahan perilaku dan perubahan afektif. Berdasarkan hasil penelitian dan konsep tentang tindakan keperawatan ners mendukung bahwa pengaruh tindakan keperawatan ners memiliki pengaruh terhadap ansietas.

Tindakan keperawatan ners spesialis diberikan setelah diberikan tindakan keperawatan ners. Ansietas klien setelah diberikan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis yaitu sebesar 23,66. Dalam hal ini menunjukkan penurunan dari ansietas sedang menjadi ansietas ringan. Ansietas ringan berarti lapang persepsi klien semakin luas, klien semakin kreatif untuk menyelesaikan masalah dan mampu memilih cara yanng tepat untuk menyelesaikan masalahnya (Stuart, 2013). Berdasarkan hasil penelitian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa pengaruh tindakan keperawatan ners spesialis: terapi penerimaan komitmen berpengaruh secara bermakna terhadap penurunan ansietas klien stroke.

Penelitian ini merupakan penelitian lanjutan dari yang pernah dilakukan dalam mengatasi ansietas yaitu logo terapi mampu menurunkan ansietas melalui membangkitkan optimisme seseorang dalam menghadapi masa depan. Optimisme ini diharapkan didapatkan melalui logoterapi (Sutejo, 2011); terapi penghentian pikiran dan terapi kognitif dapat menurunkan ansietas melalui menghentikan pikiran-pikiran yang negatif dan merubah distorsi kognitif mampu menurunkan ansietas pada klien kanker (Pasaribu, 2012); terapi suportif mampu menurunkan ansietas siswa yang akan menghadapi ujian nasional melalui pembentukan kelompok belajar yang sudah diberikan bimbingan, sehingga klien merasa siap untuk menghadapi ujian nasional; terapi penerimaan komitmen efektif menurunkaan ansietas melalui proses menerima keadaan yang dialami klien stroke saat ini, sehingga pikiran yang negatif secara perlahan akan hilang dan memunculkan adanya keyakinan dan komitmen yang dijalani (Fernandes, 2013); Terapi psiko edukasi keluarga dapat menurunkan ansietas klien melalui peningkatan pengetahuan keluarga dalam merawat klien serta

kemampuan keluarga management stress dan managemen beban keluarga sehingga tidak tersaurkan ke klien sehingga ansietas klien semakin berkurang (Nurbani, 2009).

Terapi yang diindikasikan untuk mengatasi ansietas adalah salah satunya terapi penerimaan komitmen yang merupakan generasi terbaru dari terapi perubahan perilaku. Melalui terapi penerimaan komitmen klien ansietas menyadari bahwa dirinya sedang mengalami suatu kecemasan dan hal itu merupakan suatu hal yang wajar, namun melalui terapi penerimaan komitmen, klien melihat hal yang positif dari diri klien dengan perubahan yang terjadi dalam dirinya. Sehingga klien masih mampu melihat nilai yang positif dalam diri klien. Sehingga klien mampu berkomitmen untuk melakukan nilai yang positif dalam diri klien sehingga akan mengurangi ansietas dan tidak terfokus terhadap ansietas yang dimiliki (Lezune, 2010). Dengan adanya fase menyadari akan mengurangi kecemasan klien, mengurangi ketegangan otot secara fisiologis, afektif, mampu melihat nilai yang baik dari dalam diri klien menyebabkan tanda dan gejala ansietas secara kognitf dan perubahan perilaku klien.

Terapi penerimaan komitmen sudah pernah dilakukan penelitian terhadap klien ansietas dengan menggunakan instrumen yang berbeda dengan perubahan yang tidak signifikan, namun setelah diberikan dari tindakan ners dengan ners spesialis : TPK menurunkan ansietas secara signifikan (Fernandes, 2013). Melalui terapi penerimaan komitmen maka terjadi penurunan tanda dan gejala secara kognitif, afektif, sosial dan perilaku pada penelitian sebelumnya namun masih berada di ansietas sedang. Proses perubahan ini disebabkan adanya kesadaran klien dalam menyadari ansietas yang dialami sampai klien mampu berkomitmen sehingga tanda dan gejala ansietas menurun secara signifikan (Fernandes, 2013). Dalam penelitian ditemukan perubahan ansietas dari ansietas sedang menjadi ansietas ringan.

6.2 Pengaruh Tindakan Keperawatan Ners Dan Tindakan Keperawatan Ners Spesialis : Terapi Penerimaan Komitmen Terhadap Penerimaan Diri Klien Stroke Di RSU

Penerimaan diri klien stroke di RSU sebelum dilakukan terapi memiliki nilai mean 46,3 % yang berarti bahwa penerimaan diri klien stroke tidak baik. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa klien yang mengalami stroke akan mengalami dampak psikologis yaitu salah satunya penerimaan diri tidak baik. Penerimaan diri tidak baik disebabkan adanya perubahan pada fungsi tubuh klien (Allina, 2011).

Penerimaaan diri tidak baik merupakan ketidakmampuan seseorang untuk menerima keadaan yang dialami saat ini dengan segala perubahan yang terjadi dan cenderung ingin menjadi seperti orang lain. Klien merasa kecewa, tidak percaya padaa diri sendiri, merasa tidak bahagia dengan kekuranganya dan cenderung berfokus pada diri sendiri (Baututa, 2010). Pada responden ditemukan tanda dan gejala seperti klien merasa malu bertemu dengan orang lain, merasa terlalu muda mengalami penyakit stroke sehingga merasa tidak percaya diri dengan kejadian saat ini, cenderung ingin seperti orang lain, sensitif, menyalahkan diri sendiri, merasa orang lain hanya akan menyalahkan dirinya dan akan dijauhi oleh teman dan keluarga.

Penerimaan diri klien setelah mendapatkan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis: TPK maka terjadi peningkatan penerimaan diri menjadi 67,9 Penerimaan diri disini dapat dikatakan cukup namun masih cenderung penerimaan diri tidak baik. Hasil statistik menunjukkan bahwa bahwa tindakan keperawatan ners dan ners spesialis: TPK berpengaruh bermakna terhadap peningkatan penerimaan diri.

Proses perubahan penerimaan diri yang tidak baik menjadi baik melalui terapi penerimaan komitmen yaitu melalui tahapan pelaksanaan terapi penerimaan komitmen diawali dari fase *open acceptance,cognitif defusion,*

self awarnes as a contex, present moment, active value dan comitment. Pada fase *open acceptance* klien menerima pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami sejak stroke, kemudian meleburkan pikiran-pikiran yang muncul, serta menyadari pikiran, perasaan, perilaku yang ada saat ini. Setelah klien menyadari baru klien melihat kembali nilai yang dimilikinya baik yang baik maupun yang tidak baik, kemudian klien mampu memilih nilai yang baik dan berkomitmen untuk melakukan kegiatan yanng baik untuk meningkatkan penerimaan diri klien. Melalui hal tersebut klien semakin merasakan bahwa dirinya masih tetap bermanfaat bagi orang lain tanpa harus sama dengan orang lain (Puri, dkk., 2011).

Pemberian tindakan keperawatan ners spesialis: terapi penerimaan komitmen klien menunjukkan perubahan tanda dan gejala yaitu pada pertemuan ketiga klien mulai mampu melihat hal positif dalam diri klien, mulai belajar mengontrol emosi terhadap keluarganya, mulai mau bertemu dengan orang lain, mulai berpikir realistik, mulai memiliki rasa humor dan mau menerima masukan dari orang lain. Tanda dan gejala sekaligus kemampuan yang dimiliki oleh klien tersebut merupakan ciri penerimaan diri yang baik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa melalui terapi penerimaan komitmen memiliki pengaruh terhadap perubahan tanda dan gejala penerimaan diri yang tidak baik menjadi baik. Namun hal ini tidak terjadi pada semua responden dari 33 responden 10 orang mengalami penerimaan diri tidak baik. Hal ini disebabkan kurangnya waktu internalisasi pada klien dan juga lingkungan sosial klien. Proses penerimaan diri menurut Suprakti (1998) meliputi 5 tahap *reflected self accaptance, basic self accaptance, conditional self accaptance, self evaluation dan real idea comparison.* Penerimaan diri seseorang diawali dengan jika orang mampu menerima diri klien dengan perubahan yang terjadi, maka individu cenderung mau menerima dirinya, keyakinan bahwa dirinya tetap dicintai dan diakui oleh orang lain, berdasarkan seberapa baik orang lain menerima dan memnuhi hrapan klien, evaluasi diri sesuai dengan temaan sebayanya dan perbandingan dengan orang lain. Hurlock (1973) dalam Siswandi

(2009) mengatakan bahwa perubahan penerimaan diri dibutuhkan penyesuaian sosial yang menetap bagi klien.

Pada fase *acceptance* klien akan belajar bagaimana harus menerima keadaan klien tanpa adanya keinginan klien untuk menjadi orang lain. Hal ini sesuai dengan ciri penerimaan diri yang baik yaitu menerima keadaan, tidak ingin seperti orang lain, percaya diri dan mampu melihat nilai baik dalam diri klien. Hasil penelitian ini senada dengan hasil penelitian Masyitah (2012) bahwa klien stroke akan sulit menerima keadaanya, namun klien harus tetap diajarkan untuk menerima hidup untuk berjuang hidup.

Pada saat melakukan penelitian beberapa klien mengatakan terapi seperti ini tidak hanya diberikan dalam 3 hari pertemuan dan hanya di rumah sakit saja, namun klien mengatakan bahwa terapi sebaiknya dilanjutkan dirumah sebagai perpanjangan dari yang telah dilakukan di RS. Menurut responden dengan kondisi di RS responden belum fokus ke hal psikologis, biasanya setelah kembali dari rumah sakit baru akan muncul perasaan cemas yang berlebih yang menyebabkan klien tidak dapat menerima diri klien saat berada di masyarakat. Pelaksanaan tindakan keperawatan diharapkan tetap dilakukan di rumah minimal 3 bulan untuk melihat perubahan perilaku yang paling cepat dan 6 bulan untuk perubahan menetap. Melalui respon klien maka pada penelitian berikutnya perlu dilakukan metode penelitian kohort sehingga terlihat perubahan perilaku klien setelah kembali ke masyarakat.

6.4 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga Klien Stroke Di RSU

Kemampuan keluarga sebelum diberikan terapi memiliki nilai rata–rata sebesar 63,83 dengan kata lain kemampuan keluarga cukup. Keluarga merupakan salah satu sumber koping yang akan mempengaruhi ansietas dan penerimaan diri klien yang mengalami stroke. Klien yang mengalami stroke sangat membutuhkan dukungan dari orang disekitarnya sebagai teman untuk

sharing atau hanya sekedar teman untuk membantu klien dengan perubahan yang dialami klien (Stuart, 2013). Hal ini sesuai dengan konsep teori yang menyatakan bahwa klien yang mengalami stroke akan mengalami perubahan pada bentuk dan fungsi tubuh yang menyebabkan klien harus ketergantungan dengan orang lain. Sehingga keluarga akan menjadi orang yang tepat membantu klien dalam menghadapi masalah yang dialami.

Kemampuan keluarga setelah diberikan terapi psikoedukasi keluarga dari hasil penelitian menunjukkan bahwa bahwa nilai mean responden menunjukkan peningkatan kemampuan keluarga. Peningkatan kemampuan keluarga responden ditunjukkan juga dengan jumlah klien yang memiliki kemampuan keluarga yang tinggi yang meningkat dari 63,64 menjadi 94,3. Sehingga dapat dikatakan bahwa tindakan ners dan tindakan ners spesialis: TPK berpengaruh bermakna terhadap penerimaan diri klien stroke. Peningkatan kemampuan keluarga ini diperoleh melalui proses tahapan psiko edukasi keluarga. Tingkat ketergantungan klien yang tinggi akan keluarga menuntut kemampuan keluarga dalam merawat klien stroke harus seimbang, agar klien maupun keluarga tidak frustasi dan mengalami depresi.

Pada tahap awal keluarga harus mampu menyampaikan masalah pribadi keluarga dalam merawat klien sehingga keluarga khususnya *care giver* utamanya tidak frustasi memendam masalah yang dihadapinya. Kemudian keluarga menuliskan masalah yang dihadapi oleh keluarga dalam merawat klien yang dilanjutkan dengan cara merawat klien stroke. Saat fase ini keluarga akan memahami bagaimana cara untuk merawat klien stroke dengan ansietas dan penerimaan diri tidak baik. Kemudian melalui manajemen stress dan manajemen beban keluarga mampu mengatasi frustasi dan kecemasan yang dimiliki melalui terapi yang dimiliki oleh klien.

Melalui tahap terapi tersebut dan latihan yang dilakukan oleh keluarga membuat keluarga meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien yang menglami stroke dengan segala keterbatasan yang dimiliki oleh klien. Selain untuk kebutuhan klien melalui psiko edukasi keluarga mengajarkan kemampuan untuk merawat diri *care giver* sendiri. *Care giver* mengeluhkan bahwa tidak tahan menghadapi sifat klien setelah pulang dari rumah sakit. Klien menjadi pemarah, sensitif, kasar dan keinginannya yang harus dituruti. C*are giver* berpendapat bahwa terapi sebaiknya dilakukan setelah pulang dari rumah sakit, biasanya setelah 1 – 2 minggu pulang dari rumah sakit klien lebih banyak menuntut *care giver. Care giver* berpendapat sebaiknya rentang waktu pelaksanaan tindakan keperawatan yang berkelanjutan bagi keluarga sehingga perubahan kemampuan keluarga menjadi hal yang menetap.

6.5 Karakteristik Responden Klien Stroke di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional

Karakteristik responden yang akan dibahas dalam penelitian ini yaitu usia, riwayat stroke, skala stroke, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaaan, jenis stroke dan status perkawinan.

6.5.1 Karakteristik responden berdasarkan Usia.

Karakteristik responden berdasarkan usia pada klien stroke di rumah sakit pusat otak nasional yaitu rata-rata memiliki usia 57,24 tahun. Rentang usia ini berada di dewasa akhir menjelang usia lanjut. Hal ini senada dengan konsep teori tentang faktor yng mempengaruhi terjadinya stroke yaitu faktor usia. Dikatakan bahwa usia terjadinya stroke yaitu di usia lebih dari 45 tahun sampai 70 tahun (Pasadena, 2003). Hal ini sangat dipengaruhi oleh proses menua yang menyebabkan penurunan fisiologis tubuh begitu juga dalam fungsi sistem kardiovaskular dan persarafan manusia. Konsep ini juga didukung dengan proses terjadinya ansietas cenderung terjadi diusia lanjut, karena klien mengalami perubahan dalam fungsi tubuh, yang menyebabkan klien merasa tidak berdaya dan semakin terpuruk dengan

adanya keadaan penyakit stroke yang bersifat kronik yang menambah ketidakberdayaan klien. Ansietas akan berlanjut kepada fase depresi yang merupakan masalah psikologis yang sering terjadi diusia lansia.

6.5.2. Karakteristik responden berdasarkan riwayat dan skala stroke

Karakteristik responden berdasarkan riwayat stroke yang dialami sebanyak 2,21 kali. Dengan kata lain bahwa kejadian stroke yang paling banyak terjadi merupakan stroke yang berulang. Berdasarkan pernyataan klien, pada kejadian stroke klien tidak mampu menerima dirinya yang mengalami stroke , karena masih mampu beraktivitas menganggap semuanya akan baik-baik saja dan menganggap tidak perlu kontrol dan tidak perlu meminum obat lagi dan menjaga pola hidup. Sementara karakteristik berdasarkan skala stroke klien stroke di RSPON diketahui bahwa rata –rata mengalami stroke dengan skala 10,73 yang berarti bahwa skala stroke yang dialami klien mayoritas dalam stroke sedang. Hasil penelitiaan menunjukkan bahwa jenis stroke sangat berpengaruh terhadap skala stroke. Skala stroke mempengaruhi tingkat kecemasan klien. Klien yang memiliki skala stroke yang besar memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi. Klien sebagai responden yang memiliki skala stroke yang besar mengatakan sangat cemas karena takut dengan dampak kelumpuhan yang terjadi akibat stroke (Craigh, 2014). Hal ini senada dengan teori yang diungkapkan oleh Hayes bahwa hal yang membuat klien tidak bisa menerima dirinya dan mengalami kecemasan karena akibat perubahan fungsional yang dialami klien.

6.5.3 Karakteristik Responden berdasarkaan jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, jenis stroke, pendidikan dan status perkawinan

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin mayoritas terjadi pada laki-laki 57,6 % (ASNA, 2012). Hal ini juga sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa laki-laki memiliki resiko mengalami stroke dibandingkan dengan perempuan dan memiliki resiko prognosis lebih buruk dibandingkan perempuan.

Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan mayoritas responden 57,6 bekerja. Berdasarkan hasil penelitian mengatakan bahwa klien yang masih aktif bekerja memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi khususnya bagi laki –laki yang berperan sebagai tulang punggung keluarga. Klien cemas kalau setelah kembali dari rumah sakit akan dikeluarkan dari pekerjaan karena mengalami perubahan fungsi tubuh.

Karakteristik klien berdasarkan pendidikan mayoritas SMA (33,3 %). Pendidikan belum berkontribusi dengan penerimaan diri klien namun lebih cenderung dari pengalaman hidup seseorang. Karakteristik berdasarkan status perkawinan, responden mayoritas menikah (78,6%). Responden yang memiliki pasangan hidup dikatakan akan lebih mudah mengatasi kecemasan karena salah satu sumber koping responden yaitu *sosial suport*. Keluargaa sebagai *sosial suport* responden yang terdekat yaitu pasangan hidupnya. Sementara karakteristik klien berdasarkan Jenis stroke mayoritas klien mengalami stroke hemoragik 69,7% yang memiliki prognosis penyakit lebih buruk. Stroke hemoragik diikuti dengan perdarahan intrakranial menyebabkan terjadinya penekanan pada sistem saraf otak akan berpengaruh terhadap fungsi tubuh. .

6.6 Hubungan antara Ansietas dengan penerimaan diri; kemampuan keluarga dengan penerimaaan diri dan ansietas.

Sementara hubungan ansietas dengan penerimaan diri tidak memiliki hubungan bermkna dengan nilai *pearson corelationnya* 0,064. Hal ini dapat disebabkan faktor internal klien maupun pengukuran dan proses terapi yang diberikan harus membutuhkan waktu yang lebih banyak untuk internalisasi. Tidak ditemukanya hubungan yang bermakna dapat dipengaruhi oleh faktor perubahan nilai ansietasnya yang tidak terlalu banyak serta perubahan penerimaan diri klien hanya dalam rentang cukup.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara kemampuan keluarga dengan penerimaan diri maupun ansietas klien tidak memiliki hubungan. Berdasarkan teori dikatakan bahwa semakin tinggi kemampuan keluarga dalam merawat klien maka proses penerimaan diri dan ansietas klien akan berkurang. Hal ini disebabkan dengan kemampuan keluarga yang tinggi menjadi salah satu bentuk perhatian anggota keluarga kepada klien. Namun pada hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori. Hal ini bisa disebaabkan dari faktor kemampuan klien untuk bisa menerima bahwa keluarga itu bukan merupakan suatu ancaman tetapi sebagai *support***.** Penelitian Masyitaah (2012) menyatakan bahwa dukungan dari pihak keluarga sangat bermakna buat klien, sehingga faktor –faktor yang lainnya dapat menyebabkan klien menjadi tidak merasa memiliki keluarga

6.7 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang meliputi keterbatasan tempat penelitian dan keterbatasan waktu.

6.7.1 Tempat pelaksanaan terapi penerimaan komitmen di dua kamar klien kurang kondusif karena di dua ruangan tersebut terdapat pasien yang terpasang monitor dan dilakukan banyak tindakan medis, sehingga mengganggu dan menjadi distraksi saat melakukan terapi. Di ruangan terdapat ruang konsultasi dan ruangan pendidikan namun tidak digunakan untuk klien karena tidak ada perawat yang pernah melakukan konsultasi maupun pendidikn kesehatan kepada klien.

6.7.2 Tempat penelitian belum melakukan tindakan keperawatan psikososial walaupun dalam catatan keperawatan terdapat diagnosa ansietas, sehingga belum terdapat asuhan keperawatan yang berkelanjutan

6.7.3 Peneliti tidak mengukur peningkatan kemampuan mengontrol ansietas klien setelah diberikan tindakan keperawatan ners dan terapi penerimaan komitmen karena pada tujuan awal penelitian hanya melihat perubahan ansietas klien

6.7.4 Peneliti tidak mengukur penerimaan diri klien setelah melakukan tindakan keperawatan ners karena desain penelitian sebelum dilakukan penelitian akan dibandingkan dengan kelompok kontrol.

6.7.5 Peneliti tidak menggunakan kelompok kontrol adanya perubahan *design* penelitian karena keterbatasan waktu dan jumlah responden.

6.5. Implikasi Hasil Penelitian

Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan jiwa, keilmuan dan pendidikan keperawatan, dan terhadap penelitian berikutnya.

6.5.1 Pelayanan keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum (RSU)

Pelayanan keperawatan psikososial pada RSU dapat dilakukan dengan melakukan asuhan keperawatan secara holistik. Pelayanan masalah biologis sudah dilakukan dengan baik, namun untuk layanan masalah psikososial belum mendapatkan tempat dan belum pernah dilakukan oleh perawat.

Pelayanan masalah kesehatan psikososial ansietas dan penerimaan diri tidak baik dapat dilakukan dengan pelaksanaan intervensi keperawatan psikososial tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis. Hal ini menunjukkan bahwa dalam layanan rawat inap dibutuhkan perawat jiwa spesialis yang dapat merancang dan mengembangkan terapi ners dan ners spesiaalis yang dapat digunakan dalam mengatasi ansietas dan penerimaan diri tidak baik pada klien stroke

6.5.2 Keilmuan dan pendidikan keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengaruh tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan ners spesialis : TPK dan PEK memiliki pengaruh terhadap ansietas, penerimaan diri tidak baik dan kemampuan keluarga. Dalam hal ini menunjukkan bahwa area keperawatan jiwa tidak hanya membahas gangguan jiwa namun juga masalah psikososial. Melalui

penelitian ini perlu dikembangkan kombinasi terapi agar lebih efektif dalam menurunkan ansietas dan meningkatkan penerimaan diri klien.

6.5.3 Penelitian berikutnya

Hasil penelitian ini terbatas pada klien stroke di RSPON saja. Penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang sama dengan penelitian yang sama dengan menggunakan kelompok kontrol. Pada penelitian berikutnya diharapkan memiliki waktu yang lebih panjang dalam melakukan intervensi dengan metode kohort sehingga dapat terlihat jelas perubahan perilaku yang menetap pada klien.

BAB VII
KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menjelaskaan kesimpulan hasil penelitian dan saran dari peneliti untuk penelitian berikutnya. Pada bab ini yang akan disimpulkan yaitu karakteristik responden di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional, gambaran penerimaan diri dan ansietas klien stroke di RSPON, pengaruh terapi generalis terhadap ansietas, pengaruh terapi generalis dan TPK terhadap ansietas dan penerimaan diri, pengaruh PEK terhadap kemampuan keluarga, hubungan kemampuan keluarga dengan penerimaan diri dan ansietas sertaa hubungan ansietas terhadap penerimaan diri.

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut:

7.1.1 Karakteristik responden Usia responden yang didapatkan dalam penelitian ini yaitu rata –rata berusia 57,24 tahun, riwayat stroke 2,18 kali dan skala stroke 10,73, Jenis kelamin responden laki –laki, mayoritas bekerja, tingkat pendidikan mayoritas SMA, jenis stroke mayoritas hemoragik serta riwayat stroke mayoritas stroke berulang

7.1.2 Penerimaan diri klien stroke tidak baik, ansietas klien stroke sedang dan kemampuan keluarga cukup

7.1.3 Tindakan keperawatan ners berpengaruh signifikan menurunkan ansietas klien stroke masih direntang ansietas sedang

7.1.4 Tindakan keperawatan ners dan keperawatan ners spesialis: TPK memiliki berpengaruh bermakna menurunkan ansietas klien stroke dari ansietas sedang menjadi ansietas ringan

7.1.5 Tindakan keperawatan ners spesialis: PEK berpengaruh secara bermakna untuk meningkatkan kemampuan keluarga

7.1.6 Tidak ada hubungan ansietas dengan penerimaan diri klien stroke

7.1.7 Tidak ada hubungan kemampuan keluarga dengan penerimaan diri dan ansietas

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, ada beberapa saran yang dapat peneliti sampaikan yaitu sebagai berikut:

7.2.1 Aplikasi Keperawatan di RSPON

7.2.1.1 Rumah sakit umum yang melakukan asuhan keperawatan pada klien stroke harus mempertimbangkan adanya masalah psikososial yang muncul akibat penyakit tersebut sehingga perawat tidak hanya melakukan asuhan keperawatan yang menyelesaikan permasalahan fisik saja tetapi juga secara psikologis. Pelaksanaan asuhan keperawatan psikososial dilakukan dengan menggunakan standaar asuhan keperawatan ansietas untuk menangani ansietas klien stroke. Pelaksanaan tindakan keperawatan minimal dengan melakukan tindakan keperawatan ners dan dapat dikembangkan menjadi asuhan keperawatan jiwa spesialis

7.2.1.2 TPK dan PEK sebaiknya dilakukan pada klien stroke dengan ansietas dan penerimaan diri tidak baik, untuk itu RS yang merawat klien stroke memerlukan spesialis keperawatan Jiwa.

7.2.1.3 Klien dan Keluarga memerlukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah penerimaan diri dan anasietas

7.2.2 Pengembangan Keilmuan Keperawatan Jiwa

Hasil penelitian ini bisa dijadikan acuan untuk pelaksanaan terapi individu penerimaan komitmen pada klien dengan penerimaan diri tidak baik dan ansietas dalam mengurangi tanda dan gejala ansietas dan penerimaan diri tidak baik serta meningkatkan kemampuan dalam mengontrol ansietas. Tindakan Keperawatan Ners, TPK dan PEK memberi makna pada asuhan keperawatan klien stroke

7.2.3 Penelitian Berikutnya

7.2.3.1 Perlunya dilakukan penelitian serupa dengan menggunakan kelompok kontrol

7.2.3.2 Perlunya dilakukan penelitian berikutnya tentang pengaruh TPK dan PEK terhadap penerimaan diri dan ansietas klien dengan metode kohort

7.2.3.3 Penelitian berikutnya diharapkan melakukan penelitian dengan waktu yang lebih lama, karena terapi perlu internalisasi kepada klien maupun keluarga sehingga klien dan keluarga lebih memahami terapi dan manfaat terapi bagi klien dan keluarga.

7.2.3.4 Penelitian berikutnya perlu dilakukan penelitian berkelaanjutan dari masa rawat hingga klien kembali kepada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Allina. (2011). Understanding Stroke: Information about Stroke and Recovery, fourth edition, *Allina Patient Education experts*. ISBN 1-931876-13-4.

Anxiety disorder. (2014). Anxiety disorder for The human. http://www.nimh.nih.gov/health/publications/generalized-anxiety-disorder-gad/gad-trifold_124169.pdf. Diakses 24 Februari 2016

APA. (2010). Cognitif Theraphy for anxiety and depression. 20 (3),342 – 356

Ariaaty. (2013). Analisa Faktor karakteristik individu yang mempengaruhi terjadinya ansietas pada klien stroke. Tesis. Universitas Airlangga. Tidak dipublikasi

Agustarika. (2009). Pengaruh Terapi Penghentian Pikiran Terhadap Penurunan Ansietas. Tesis. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Arya, Ramadya. (2013). Pengaruh Terapi Kognitif dan psiko edukasi keluarga terhadaap kemaampuan mengubah pikiran negatif, depresi dan ketidak berdayaan pada klien stroke. Tesis. FIK.Universitas Indonesia.

Baututa. (2010). Self accaptance make life happier and meaningfull. *Psichological Journal. Vol 2(4): 36 - 48*

Beckhermen (2015). Understanding Stroke. Di akses pada tanggal 23 Februari 2016 http://www.webmd.com/stroke/guide/understanding-stroke-symptoms

Bernard. (2013). Psychoeducation : A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, *14*(1), 33–39.

Black, D. S., Semple, R. J., Pokhrel, P., & Grenard, J. L. (2011). Component Processes of executive function — mindfulness , self-control , and working memory — and their relationships with mental and behavioral health. *Springer Science-Business Media*, 179–185. http://doi.org/10.1007/s12671-011-0057-2

Brunner & Suddarth. (2006).*Keperawatan Medikal Bedah ed. 8. Vol 2.* Jakarta : EGC

Cahyono, B. 2008. Patofisiologi Stroke : Perubahan pada Fungsional Tubuh. Jakarta: EGC

Caplin. (2000). Rentang respon ansietas dan perubahan emosional pada klien dengan penyakit kronik. *Jurnal psikologi*. Vol 1(3): 12 -19

Craigh, S., (2014). Some Kind of emotional Change afterwards : I Wasn't Able To Cope Talk On My Own. *Stroke Journal.* 121 (2):206-215

Cuming, S., Deliha, M., & Skirton,. (2016). *Patient Education In Rehabilitation*. New York: Jone &Bartlett publication inc.

Dahlan, S., & Undergree. (2007). *Fundamentals of nursing standars & practice* (fourth). New Orleans: Delmar cengage learning.

Dharma.. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.

Donner. (2012). *Anxiety and self acceptance for stroke clients : whole life after stroke. Psihologist journal*. Vol.12 (3): 17 -26

Duffy. (2010). Emotional changes for stroke clients. *Psichologist Journal*. Vol 9 (4): 123 -136

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2011). The aplication of acceptance and commitment therapy to problem anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, *18*(2), 241–250. http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.04.004

Ferry Fernandes. (2013). Pengaruh Accaptance and Comitment Theraphy (ACT) terhadap ansietas klien stroke di rumah sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukit Tinggi. Tesis. FIK.Universitas Indonesia.

Ginsberg. (2008). Prevalence of stroke. *Frontiers in Psychiatry*, *5*(April), 1–11. http://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00032

Guffre, G. H., & Forsyth, J. P. (2015). The stage of grieving Process. *Cognitive and Behavioral Practice*, *18*(2), 241–250. http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.04.004

Halter, M. jordan. (2014). Varcarolis'foundations of psychiatric mental health nursing a clinical approach. St.Louis Missouri: Elsevier.

Harrow, M., Jobe, T. H., & Faull, R. N. (2014). Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis ? A 20-year multi-follow-up study. *Psychological Medicine*, 1–10. http://doi.org/10.1017/S0033291714000610

Hayes, Steven, Json, B.L, Frank WB Akihiko, M.,Jason L (2012). ACT: Model, Process and outcome. *Journal of Behaaviour Research and Theraphy*, 44, 1 - 25

Heart & Stroke Foundation (2015). A Perfect of Heart Desease learning on Aru Horizon. Canada: Heart and Stroke Foundation

Holden, R. (2014). Self Accaptance making the the Life Happy. *Frontiers in Sychiatry*, *5*(April), 1–11. http://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00032

Hole. (2014). Mental health nurses ' support to caregivers of older adults with anxiety causes stroke: a qualitative study. *BMC Nursing*, 12–14. http://doi.org/10.1186/s12912-015-0087-5

Jalil, A., Keliat, B. A., & Pujasari, H. (2013). *Pengaruh terapi penerimaan dan komitmen (TPK) dan program edukasi pasien (PEP) terhadap insight dan efikasi diri klien skizofrenia di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang*. Tesis. FIK.Universitas Indonesia.

Jocelin, S., (2014). Some Kind of emotional changeafterwards : Support isn't always offered, but Ir si laut Three, os sak. You Seed to gaet alk helm you can. *Stroke Journal*. 121 (2):206-215

Keliat, B. A., & Akemat. (2014). *Model praktik keperawatan profesional jiwa*. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.

Kusumawardani. 2012. Pengaruh terapi penerimaaan komitmen terhadap peningkatan well being pada dewasa mud paska putusnya hubungan pacaran. *Jurnal psikologi*, Vol. 1. ISSN: 2252-6765.

Lara-cabrera, M. L., Salvesen, Ø., Berg, M., De, C., Cabral, V., & Gråwe, R. W. (2015). The effect of a brief educational programme added to mental health treatment to improve patient activation: a randomized controlled trial in community mental health centres. *Patient Education and Counseling*, *30*. http://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.028

Lawrence, Caplan, R., Nelson, G., Pancer, S. M., Loomis, C., Dev, R., & Hayward, K. (2012). Better Beginnings, Better Futures: Theory, research, and knowledge transfer of a community-based initiative for children and families. *Psychosocial Intervention*, *23*(2), 135–143. http://doi.org/10.1016/j.psi.2014.02.001

Lee (2015). Some Kind of emotional changeafterwards. *Internationaal journal Psychiatry. Oct; 27 (10): 1053-60*. doi: 10.1002/gps.2822. Epub 2012 Jan 16. Diakses tanggal 6 September 2015 dari:: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22249997

Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, et al. AHA Heart Disease and Stroke Statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2010. *AHA Journal* ;121:e46-e215

Gunberg. (2008).Psicological issue for stroke clients have anxiety, depresion . *Pscychiatry and Clinical Neuroscience*, *66*, 167–179. http://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02325.

Masyitah. (2012). Pengaruh dukungan Sosial terhadap ansietas klien pre dan post operasi. Tesis. Universitas Air Langga.

Mcfarland, J., Cannon, D. M., Schmidt, H., Ahmed, M., Hehir, S., Emsell, L., … Mcdonald, C. (2013). Association of grey matter volume deviation with insight impairment in first-episode affective and non-affective psychosis, *d*, 133–141. http://doi.org/10.1007/s00406-012-0333-8

Mcwilliams, S., Egan, P., Jackson, D., Renwick, L., Foley, S., Behan, C., … Callaghan, E. O. (2010). Caregiver psychoeducation for first-episode psychosis. *European Psychiatry*, *25*, 33–38. http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.08.006

Mcwilliams, S., Hill, S., Mannion, N., Fetherston, A., Kinsella, A., & Callaghan, E. O. (2012). Schizophrenia : A five-year follow-up of patient outcome following psycho-education for caregivers. *European Psychiatry*, *27*(1), 56–61. http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.012

Medicastore (2011). Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century. *Stroke* ;40:1557-1563.

Monica, Denia Martini dan Hartini, Nurul. (1996). *Jurnal psikologi klinis dan kesehatan mental. Vol. 1 No. 02,* (http://journal.unair.ac.id/filerPDF/110610179_5x.pdf

Morokuma, I., Shimodera, S., Fujita, H., Hashizume, H., Kamimura, N., Kawamura, A., … Furukawa, T. A. (2013). Psychoeducation for major depressive disorders : A randomised controlled trial. *Psychiatry Research*, *210*(1), 134–139. http://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.018

Muma, Lyons, newmans& Carnes. (1996). Patient educations a practical approach. Canada: A Simon & Schuster company

Murni, A. R., Yusooff, F., & Desa, A. (2015). The role of relatives' expressed emotion and personality traits in predicting schizophrenia relapse. *Journal of Social Sciences and Humanities*, *2*(2), 40–54.

Noto atmojo, S. (2010). *Metodologi Penelitian*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta

Novick, D., Montgomery, W., Treuer, T., Aguado, J., Kraemer, S., & Haro, J. M. (2015). Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder : results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry*, 1–8. http://doi.org/10.1186/s12888-015-0560-4

Nurenah, Mustikasari, & Putri, Y. S. . (2014). Hubungan dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS Jiwa Islam klender Jakarta Timur tahun 2012. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, *2*(1), 41–50.

Nurbani. (2009). Pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan kemluarga merawat klien stroke dan manajemen stres dan beban keluarga klien stroke. Tesis. Universitas Indonesia.

Paranthaman, V., Satnam, K., Lim, J., Amar-singh, H. S. S., Sararaks, S., Nafiza, M., … Asmah, Z. (2010). Effective implementation of a structured psychoeducation programme among caregivers of patients with schizophrenia in the community. *Asian Journal of Psychiatry*, *3*(4), 206–212. http://doi.org/10.1016/j.ajp.2010.07.002

Pardede, J. amidos, Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2013). *pengaruh acceptance and comitment therapy dan pendidikan kesehatan kepatuhan minum obat terhadap gejala,kemampuan berkomitmen pada pengobatan dan kepatuhan klien Skizofrenia di rumah sakit Jiwa Daerah provinsi Sumatera Utara Medan*. Tesis. FIK. Universitas Indonesia.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rahayu, N., Daulima, N. H. ., & Setiawan, A. (2014). *Pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat pada anggota keluarga dengan Skizofrenia di wilayah Puskesmas Kalasan Yogyakarta*. Tesis. FIK.Universitas Indonesia.

RISKESDAS (2007). Laporan nasional riset kesehatan dasar tahun 2007. Jakarta. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan. Departemen kesehatan, Republik Indonesia

RISKESDAS (2013). Laporan nasional riset kesehatan dasar tahun 2010.Jakarta.badan penelitian dan pengembangan kesehatan. Kementrian Kesehatan, Republik Indonesia

Roger et al. Heart Disease and Stroke Statistics 2011 update: a report from the American Heart Association.Circulation. *AHA Journal*.2011;123:e18-e209.

Sari, dkk., (2009). Pengaruh psiko edukasi keluarga terhadap kemampuan managemen beban dan stres keluarga klien pasung di Aceh. Tesis. Universitas Indonesia

Sastroasmoro,S & Ismail. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis (edisi 3)*. Jakarta. Penerbit Sagung Seto

Saul, Keith. (2010). Reflexion of Self Accaptance, 1–12. http://doi.org/10.1186/s13033-015-0002-1

Smout, M. (2012). Acceptance and commitment therapy pathways for general practitioners. *Australian Family Psysician*, *41*(9), 672–676.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Saddock, et al. (2005). Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 *Dementia Research Group population-based survey*. ;374:1821-1830.

Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed.). charleston,South Carolina: Elsevier.

Sulistiyowati, N. M. D., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2014). Pengaruh Acceptance and comitment therapy terhadap gejala dan kemampuan klien dengan resiko perilaku kekerasan. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, *2*(1), 51–57.

Sutejo, Keliat, Hastono & Helena. (2009). Pengaruh Logoterapi Kelompok Terhadap Ansietas Penduduk Pasca Gempa. *Jurnal Keperawatan Indonesia. Vol 14. No 2*

Supriatin. (2010). Hubungan faktor ansietas pada klien terhadap perilaku perawat di ruang perawatan. Tesis. FIK Universitas Indonesia

Stroke Association. (2015). Whole about stroke make you died without controling. *Stroke journal*. Vol. 2 (6): 123 – 138.

Stroke Foundation. (2015). Learn about stroke. https://strokefoundation.com.au/ diakses 21 Fabruari 2016

Stroke Conection. (2015). Life After Stroke. http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/StrokeConnectionMagazine/InStroke-Connection-Magazine_UCM_308575_SubHomePage.jsp. Diakses 26 Februari 2016

Swarihardiyanti,(2014). Pengaruh terapi musik terhadap penurunan ansietas. Tesis. Universitas Muhammadiyah Semarang.

Townsend, M. C. (2010). *Essentials of psychiatric mental health nursing conceps of care in evidence - based practice* (6th ed.). philadelphia: F A Davis Company.

Vorcalis, & Halter, M.J (2010). *Foundation of psychiatric mental Health of Nursing : A Clinical Approach*. St.Louis: Elsevier Saunders

Videback. (2008). Psychiatric – mental Heaalth Nursing. Philadhelpia : Liipincot Williams & wilkins

Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric-mental health nursing* (5th ed.). Amkeny, Iowa: Lippincott Williams & Wilkins.

Widuri, E, Helena, N, Mustikasari.(2012). Pengaruh terapi penerimaan dan komitmen terhadap rrespon respons ketidakberdayaan klien gagal ginjal kronik di RSUP Fatmawati. Jakarta. Tesis. FIK.Universitas Indonesia.

Wahyuningsih, (2014). Faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan pada penderita HIV AIDS. Tesis. Universitas Hasanuddin

Wijaya, Adi. (2014). Farmakoterapi penanganan pasien stroke dengan masalah psikosoial. Tesis: Universitas Air Langga

World Health Organization, (2010). *Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package)*, Geneva, Switzerland : WHO Press.

Worton, S. K., Caplan, R., Nelson, G., Pancer, S. M., Loomis, C., Dev, R., & Hayward, K. (2014). Better Beginnings, Better Futures: Theory, research, and knowledge transfer of a community-based initiative for children and families. *Psychosocial Intervention*, *23*(2), 135–143. http://doi.org/10.1016/j.psi.2014.02.001

Yastroki. (2010). Kehidupan setelah stroke yang tidak dipahami. *Jurnal stroke*. Vol. 12 (4): 28 – 36

Yanti, dkk., (2016). Pengaruh kemampuan keluarga terhadap ansietas klien dengan Gagal ginjal Kronik. Tesis. Universitas Muhammadiyah Semarang.

Zarling, A. N. (2013). A preliminary trial of ACT skills training for aggressive behavior.

JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN

PENGARUH TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN TERHADAP PENERIMAAN DIRI DAN ANSIETAS KLIEN STROKE

No	Kegiatan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
1	Penyusunan Proposal dan Uji Proposal							
2	Revisi, Uji Etik dan Kompetensi							
3	Pengurusan ijin Administrasi							
4	Pengumpulan data							
5	Analisa data							
6	Penyusunan Laporan Akhir							
7	Seminar Hasil penelitian							
8	Peerbaikan							
9	Sidang Tesis							
10	Perbaikan hasil sidang Tesis							
11	Pengumpulan tesis							

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

LEMBAR INFORMASI (PENJELASAN) PENELITIAN

Lembar informasi penelitian ini menjelaskan manfaat dan prosedur mengikuti penelitian. Lembar ini berisi tentang hak responden dan tanggung jawab peneliti selama pelaksanaan penelitian. Lembar ini dapat disimpan dan digunakan sebagai pegangan.

Pendahuluan

Peneliti mengajak klien sebagai responden untuk ikut secara sukarela dalam penelitian ini, yang berjudul "Pengaruh Terapi Penerimaan Komitmen dan Psiko Edukasi Keluarga terhadap Penerimaan diri dan Ansietas pada Klien Stroke". Dalam penelitian akan ada 4 kuesioner yaitu tentang karakteristik responden, ansietas, penerimaan diri dan kemmapuan keluarga. Pengisian kuesioner didampingi oleh asisten peneiti.

Melalui hasil kuesioner peneliti akan meneliti bagaimana pengaruh terapi penerimaan komitmen dan psiko edukasi keluarga terhadap penerimaan diri dan ansietas klien stroke yang dilakukan kepada 32 kelompok intervensi dan 32 kelompok kontrol di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional (RSPON) sebelum dan sesudah diberikan terapi. Responden yang bersedia berpartisipasi dan menjadi responden yang dibuktikan dengan menandatangani surat persetujuan menjadi responden setelah mendapat *informed consent*.

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh TPK dan PEK terhadap penerimaan diri dan ansietas pada klien stroke.

Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini yaitu bagi responden yaitu responden mampu meningkatkan kemampuan penerimaan dirinya serta mengontrol ansietas yang dialami akibat stroke,

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

sehingga klien tetap mampu berjuang dan hidupnya tetap produktif dan berkualitas. Sementara untuk keluarga yaitu keluarga mampu merawat klien stroke yang mengalami penerimaan diri tidak baik dan ansietas serta dapat mengatasi stres dalam merawat klien sehingga keluarga dapat berfungsi dengan efektif. Bagi masyarakat, peneitian memberi manfaat agar masyarakat mampu menerima dan membantu klien stroke yang mengaami penerimaan diri tidak baik dan ansietas menjadi suatu bagian dalam masyarakat sehingga masyarakat dapat berfungsi efektif dalam proses penyembuhan klien. Bagi kelimuan, mealui penelitian ini dapat mengembangkan terapi generalis, TPK dan PEK dalam mengatasi penerimaan diri tidak baik dan ansietas pada klien stroke. Sehingga melalui hasil penelitian akan terlihat perbedaan yang diberikan hanya terapi generalis dengan yang diberikan terapi generalis ditambah dengan TPK dan PEK, sehingga memunculkan standar baku perbedaan terapi generalis dan spesialis.

Prosedur Penelitian

1. Peneliti akan melakukan persyaratan administrasi baik dari UI maupun di RSPON
2. Kemudian Peneliti akan memperkenalkan diri, menjelaskan prosedur penelitian, tujuan, manfaat, kerahasiaan, keadilan, risiko dilakukannya penelitian dan cara mengatasinya dan hak- hak responden selama penelitian kemudian perawat yang menjadi responden akan diminta mengisi lembar persetujuan (*informed consent*) sebagai responden penelitian.
3. Peneliti melanjutkan dengan *pre test* dengan meminta responden mengisi kuisioner. Hasil Kuesioner langsung diolah dengan menggunakan perangkat lunak komputer, sehingga akan ditemukan klien yang mengalami ansietas dan penerimaan diri tidak baik
4. Setelah ditemukan yang mengalami penerimaan diri tidak baik dan ansietas, dilanjutkan dengan pemberian terapi generalis yaitu dengan teknik relaksasi tarik nafas dalam, distraksi, pengalihan dan hipnotis lima jari.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

5. Kemudian dilanjutkan dengan pemberian terapi spesialis yaitu terapi penerimaan komitmen pada klien dan psiko edukasi keluarga pada keluarga. Terapi dilakukan selama 3 x pertemuan baik pada klien dan keluarga

Risiko

Resiko dalam penelitian ini yaitu kelelahan yang dialami klien selama terapi dalam waktu 45 menit jika klien tidak cukup sehat dalam mengikuti terapi, sehingga untuk mengatasi resiko tersebut, maka ketika klien merasa sudah lelah maka terapi dihentikan sementara sampai klien merasa kuat untuk mengikuti terapi kembali. Untuk mengantisipasi hal ini terjadi maka sebelum terapi klien dan keluarga dipastikan siap dan mampu mengikuti terapi selama 45 menit. Selain itu peneliti akan membantu klien yang kesulitan dalam menulis sehingga mengurangi tenaga klien dalam menulis.

Keikutsertaan dan menarik diri

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela. Responden diberi kesempatan untuk menanyakan hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Responden mempunyai hak untuk menolak ikut serta dalam penelitian ini. Responden dapat mengundurkan diri kapan saja tanpa adanya sanksi yang diberikan oleh peneliti. Adapun peneliti tidak akan mengajukan pertanyaan di luar dari isi modul yang telah disiapkan peneliti yang bersifat pribadi dan eksploitasi yang akan membuat responden tidak nyaman. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara:

1. Melakukan yang terbaik sehingga didapatkan manfaat yang sebanyak-banyaknya
2. Meminimalkan ketidaknyamanan yang muncul dan meminimalisasi dampak yang merugikan bagi peserta riset
3. Menjamin tidak akan terjadi eksploitasi terhadap responden
3. Menghargai dan menghormati keputusan yang dibuat untuk ikut ataupun tidak ikut terlibat dalam penelitian ini
4. Berlaku adil pada semua responden yaitu semua responden akan mendapatkan perlakuan. Pada kelompok intervensi akan mendapatkan terapi generalis, TPK dan

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

PEK pada kelompok kontrol akan mendapatkan terapi generalis pada klien dan pemberian leaflet pada keluarga

5. Menjaga kerahasiaan identitas dengan menuliskan inisial dan data yang diperoleh dengan memberikan kode pada kuisioner

Kerahasiaan

Semua data penelitian ini akan dijaga dan dijamin kerahasiaannya. Nama responden tidak akan peneliti tulis di dalam data maupun kuisioner yang akan menggunakan Inisial ataupun kode pada setiap lembar kuisioner. Sehingga segaa identitas responden akan dijamin kerahasiaanya. Terapi dalam penelitian akan dijaga privasi dan kenyamanan dengan melakukan tindakan diruangan yang kondusif dan hanya ada responden dengan peneliti, sehingga informasi yang disampaikan oleh responden akan aman.

Kontak

Penelitian ini dilakukan oleh Renta Sianturi dari Program Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Keterangan lebih lanjut dapat menghubungi Renta Sianturi di 081298050047 atau melalui email nersrensi89@gmail.com

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan di bawah ini, menyatakan kesediaan untuk menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh sdri. Renta Sianturi, mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan judul penelitian "**Pengaruh Terapi Penerimaan Komitmen (TPK) Dan Psiko Edukasi Keluarga (PEK) Terhadap Penerimaan Diri dan Ansietas Pada Klien Stroke**".

Saya sudah mendapatkan informasi dan membaca lembar penjelasan yang diberikan. Saya memahami tujuan dan manfaat penelitian yang akan saya dapatkan yaitu untuk meningkatkan penerimaan diri serta mengontrol tingkat ansietas saya yang disebabkan oeh stroke yang saya alami. Saya memahami bahwa partisipasi saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi saya dan peningkatan pelayanan di RSPON ini

Oleh karena itu, saya menyatakan kesediaan saya menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Depok, Juni 2016

Responden

(_____)

Inisial

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

LEMBAR KUESIONER A

No. Responden : ☐☐

Petunjuk Pengisian :

1. Istilah jawaban anda pada tempat yang disediakan
2. Apabila pertanyaan berupa pilihan berilah tanda (√) pada kotak yang telah disediakan.

1. Usia : ..... tahun
2. Jenis kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
3. Pendidikan terakhir : ☐ SD ☐ SLTP
   ☐ SMU ☐ Perguruan Tinggi
   ☐ Tidak Sekolah
4. Pekerjaan :
5. Status perkawinan : ☐ Kawin ☐ Belum menikah
   : ☐ Janda/duda
6. Riwayat mengalami stroke :
7. Skala Stroke :
8. Jenis Stroke :

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

KUESIONER PENILAIAN KONDISI ANSIETAS
LEMBAR KUESIONER B

No. Respon : | | |

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah setiap pernyataan di bawah ini dengan teliti
2. Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang tersedia sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu/Saudara saat ini dalam waktu beberapa hari terakhir
3. Tidak ada jawaban yang benar atau salah pada setiap pertanyaan hasil pernyataan hanya menggambar kondisi yang Bapak/Ibu/Saudara alami saat ini.
4. Hasil kuesioner ini tidak akan berarti bila Bapak/Ibu/Saudara tidak memberikan jawaban yang sebenarnya tentang kondisi yang dialami saat ini

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

HARS – A (KUESIONER B)

Di bawah ini merupakan kata yang menggambarkan suatu perasaan yang dimiliki oleh seseorang. Penilaian pasien dilakukan dengan cara mencari jawaban yang paling dapat menggambarkan kondisi yang dialaminya. Pilihlah salah satu dari 5 jawaban pada 14 pertanyaan berikut.

0= tidak tampak 1=Ringan 2= sedang 3= berat 4=sangat berat

No	Pernyataan	Skala					
		0	1	2	3	4	5
1	Perasaan cemas Khawatir, antisipasi kemungkinan terburuk, antisipasi karena ketakutan, mudah marah						
	Ketegangan perasaan tegang, lelah, terkejut, mudah merasa sedih, menggigil, gelisah, susah relax						
	Ketakutan Takut akan gelap, dengan orang asing, saat sendirian, dengan binatang, kemacetan, dan keramaian.						
	Susah tidur Susah mengantuk, tidur terganggu, tidur tidak sesuai harapan dan merasa lelah saat bangun, bermimpi, mimpi buruk, dan malam seakan menjadi teror						
	Intelektual Susah berkonsentrasi, ingatan lemah						
	Perasaan depresi Kehilangan minat, kurang menyukai hobi, depresi, terbangun saat tidur, irama harian (rutinitas)						
	Somatik (ketegangan Otot) Rasa sakit (kesakitan), kejang, kaku, tersentak, gertakan gigi, suara goyah, peningkatan masa otot						
	Somatik (panca indra) Telinga mendengung, pandangan kabur, gejolak panas dingin, merasa lemah, merasa tertusuk						
	Gejala kardiovaskular Takikardia, nyeri dada, pembuluh berdenyut, pingsan, kehilangan ritme detakan						
	Gejala pernafasan tekanan atau sesak pada dada, merasa tersedak, mendesah, dyspnea						

	Gejala Gastrointestinal Susah menelan, masuk angin, merasa terbakar, perut kembung, jenuh, muntah, perut bunyi, perut buncit, berat badan turun, sembelit						
	Gejala pada genital (Genitourinary) Sering kencing, merasa ingin kencing, amenorea, menoragia, berkembangnya frigiditas, ejakulasi dini, kehilangan libido, impotensi						
	Gejala Otonomik Mulut kering, bergejolak, berkeringat, pucat, sakit kepala, tumbuhnya rambut.						
	Perilaku saat interview Gelisah, gelisah atau mondar-mandir, tangan bergetar, alis mengerut, wajah tegang, batuk dan nafas cepat, wajah pucat, menelan, All						

KUESIONER C

Kuesioner Skala Penerimaan Diri Harlock

No	Pernyataan	Sangat Setuju (SS)	Setuju (S)	Kadang – kadang (KD)	Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Setuju (STS)
1`	Saya merasa berharga dihadapan teman –teman					+
2	Saya merasa kurang maksimal dalam mewujudkan rencana masa depan saya					-
3	Sekarang saya lebih memilih sendiri dari pada bertemu dengan teman – teman saya dulu					-
4	Saya yakin orang mengkritik saya untuk kebaikan saya					+
5	Sekarang saya merasa putus asa atas kritik yang diberikan orang lain					-
6	Saya merasa percaya diri					+
7	Saya merasa bangga dengan diri saya					-
8	Dalam suatu pembicaraan saya tegas memberikan pendapat					+
9	Saya malu jika bertemu dengan orang lain					-
10	Saya suka menolong orang lain sesuai kemampuan saya					+
11	Pujian dari keluarga adalah semangat bagi saya					+
12	Kalau bertemu dengan orang lain saya lebih banyak diam sekarang					=
13	Saya merasa belum optimal dalam memanfaatkan diri saya					-
14	Keadaan yang saya miliki menghambat saya dalam berkarya					-
15	Saya merasa terganggu atas kekurangan saya saat ini					-

Kemampuan *Care Giver*
Kuesioner D

No	Kemampuan *Care Giver*	Ya	Tidak
1	Mampu Mengidentifikasi masalah dalam merawat klien stroke		
2	Mampu mengidentifikasi masalah pribadi care giver dalam merawat klien stroke		
3	Mampu mempraktikkan cara merawat klien stroke dengan ansietas : Tarik Nafas Dalam		
4	Mampu mempraktikkan cara merawat klien stroke dengan ansietas : Distraksi		
5	Mampu mempraktikkan cara merawat klien stroke dengan ansietas : Pengalihan		
6	Mampu mempraktikkan cara merawat klien stroke dengan ansietas : Hipnotis lima jari		
7	Mampu melakukan Management stres dengan cara Tarik Nafas dalam		
8	Mampu melakukan Management stres dengan cara relaksasi otot progresif		
9	Mampu mengenal beban keluarga		
10	Mampu menjelaskan cara mengatasi beban yang diajarkan oleh terapis		
11	Mengetahui cara mengatasi beban dengan mengurus BPJS		
12	Mengetahui cara mengatasi beban dengan cara bergantian untuk menjaga klien		
13	Mampu menyebutkan hambatan dalam merawat klien kepada anggota keluarga lainya		
14	Mampu mencontohkan cara mengungkapkan hambatan kepada anggota keluarga lainya		
15	Mampu mencari solusi dalam mengatasi hambatan dalam merawat klien stroke dengan ansietas		

Uji Realibilitas dan validitas

I. Kemampuan Keluarga

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,726	,718	16

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Kemampuan Keluarga	44,24	20,377	,470	,792
Kemampuan Keluarga	44,21	23,735	,374	,760
Kemampuan Keluarga	44,18	19,841	,593	,779
Kemampuan Keluarga	44,06	21,996	,419	,726
Kemampuan Keluarga	44,12	20,797	,378	,701
Kemampuan Keluarga	44,12	22,797	,356	,742
Kemampuan Keluarga	44,00	21,688	,401	,719
Kemampuan Keluarga	44,27	22,267	,355	,732
Kemampuan Keluarga	44,12	21,797	,356	,723
Kemampuan Keluarga	44,18	20,091	,535	,785
Kemampuan Keluarga	44,27	20,017	,559	,783
Kemampuan Keluarga	44,36	22,176	,383	,729
Kemampuan Keluarga	44,03	21,593	,415	,717
Kemampuan Keluarga	44,33	22,792	,354	,842
Kemampuan Keluarga	44,09	20,648	,418	,797
Kemampuan_Keluarga	22,85	5,695	,349	,778

II. Penerimaan Dir/

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,761	,712	15

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation
Penerimaan Diri	26,33	7,667	,402	,782
Penerimaan Diri	26,30	8,593	,547	,620
Penerimaan Diri	26,12	5,985	,457	,627
Penerimaan Diri	25,97	7,593	,366	,539
Penerimaan Diri	26,03	7,405	,393	,396
Penerimaan Diri	25,79	8,985	,340	,727
Penerimaan Diri	26,18	9,653	,474	,759
Penerimaan Diri	26,33	8,979	,402	,627
Penerimaan Diri	26,03	7,968	,496	,528
Penerimaan Diri	26,03	7,593	,496	,784
Penerimaan Diri	25,97	7,405	,547	,781
Penerimaan Diri	25,88	8,297	,728	,631
Penerimaan Diri	26,03	6,968	,596	,690
Penerimaan Diri	25,85	7,508	,559	,802
Penerimaan Diri	25,88	8,235	,528	,704

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Kemampuan_Keluarga	28,33	33	1,726	,300
	Kemampuan keluarga post test	21,82	33	1,828	,318
Pair 2	Penerimaan_diri	34,76	33	3,011	,524
	Penerimaan diri setelah Terapi generalis dan TPK	40,09	33	2,283	,397
Pair 3	Ansietas	32,03	33	6,272	1,092
	Ansietas Setelah terapi Generalis	27,73	33	6,472	1,127
Pair 4	Ansietas Setelah terapi Generalis	27,73	33	6,472	1,127
	Ansietas setelah TPK dan TG	19,64	33	4,561	,794

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Kemampuan_Keluarga & Kemampuan keluarga post test	33	,773	,000
Pair 2	Penerimaan_diri & Penerimaan diri setelah Terapi generalis dan TPK	33	,649	,000
Pair 3	Ansietas & Ansietas Setelah terapi Generalis	33	,981	,000
Pair 4	Ansietas Setelah terapi Generalis & Ansietas setelah TPK dan TG	33	,865	,000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference			
				Lower	Upper		
Kemampuan_Keluarga - Kemampuan keluarga post test	6,515	1,202	,209	6,089	6,941	31,134	32
Penerimaan_diri - Penerimaan diri setelah Terapi generalis dan TPK	-5,333	2,314	,403	-6,154	-4,513	-13,241	32
Ansietas - Ansietas Setelah terapi Generalis	4,303	1,262	,220	3,856	4,751	19,586	32
Ansietas Setelah terapi Generalis - Ansietas setelah TPK dan TG	8,091	3,413	,594	6,881	9,301	13,619	32

Statistics

	Penerimaan_diri	Kemampuan_Keluarga	Ansietas
Valid	33	33	33
Missing	0	0	0
ean	34,76	28,33	32,03
dian	35,00	29,00	33,00
ode	38	30	39
viation	3,011	1,726	6,272
mum	30	24	21
mum	39	30	39

Penerimaan_diri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
30	4	12,1	12,1	12,1
31	4	12,1	12,1	24,2
33	2	6,1	6,1	30,3

34	6	18,2	18,2	48,5
35	3	9,1	9,1	57,6
36	2	6,1	6,1	63,6
37	2	6,1	6,1	69,7
38	8	24,2	24,2	93,9
39	2	6,1	6,1	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Kemampuan_Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
24	2	6,1	6,1	6,1
26	4	12,1	12,1	18,2
27	2	6,1	6,1	24,2
28	6	18,2	18,2	42,4
29	9	27,3	27,3	69,7
30	10	30,3	30,3	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Ansietas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
21	1	3,0	3,0	3,0
23	2	6,1	6,1	9,1
24	5	15,2	15,2	24,2
25	1	3,0	3,0	27,3
26	1	3,0	3,0	30,3
28	1	3,0	3,0	33,3
29	1	3,0	3,0	36,4
31	2	6,1	6,1	42,4
33	3	9,1	9,1	51,5
34	2	6,1	6,1	57,6
35	1	3,0	3,0	60,6
37	2	6,1	6,1	66,7
38	5	15,2	15,2	81,8
39	6	18,2	18,2	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Statistics

	Usia	Skala_stroke	Riwayat_STROKE
Valid	33	33	33
Missing	0	0	0
	57,24	10,73	2,18
	58,00	11,00	2,00
	49[a]	8	1
viation	7,746	3,794	1,074
m	44	2	1
um	73	19	4

ple modes exist. The smallest value is shown

cy Table

Ansietas setelah TPK dan TG

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
11	1	3,0	3,0	3,0
12	2	6,1	6,1	9,1
13	1	3,0	3,0	12,1
14	2	6,1	6,1	18,2
15	1	3,0	3,0	21,2
16	2	6,1	6,1	27,3
17	2	6,1	6,1	33,3
18	2	6,1	6,1	39,4
19	1	3,0	3,0	42,4
20	3	9,1	9,1	51,5
21	2	6,1	6,1	57,6
22	4	12,1	12,1	69,7
23	3	9,1	9,1	78,8

24	3	9,1	9,1	87,9
25	2	6,1	6,1	93,9
27	1	3,0	3,0	97,0
28	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Penerimaan diri setelah Terapi generalis dan TPK

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
35	1	3,0	3,0	3,0
36	1	3,0	3,0	6,1
37	2	6,1	6,1	12,1
38	4	12,1	12,1	24,2
39	7	21,2	21,2	45,5
40	4	12,1	12,1	57,6
41	1	3,0	3,0	60,6
42	8	24,2	24,2	84,8
43	4	12,1	12,1	97,0
44	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Kemampuan keluarga post test

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18	3	9,1	9,1	9,1
20	5	15,2	15,2	24,2
21	3	9,1	9,1	33,3
22	11	33,3	33,3	66,7
23	4	12,1	12,1	78,8
24	6	18,2	18,2	97,0
25	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Ansietas Setelah terapi Generalis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
17	1	3,0	3,0	3,0

Pengaruh terapi ..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

18	2	6,1	6,1	9,1
19	3	9,1	9,1	18,2
20	2	6,1	6,1	24,2
21	1	3,0	3,0	27,3
22	1	3,0	3,0	30,3
24	1	3,0	3,0	33,3
25	1	3,0	3,0	36,4
27	3	9,1	9,1	45,5
29	2	6,1	6,1	51,5
30	2	6,1	6,1	57,6
31	2	6,1	6,1	63,6
32	2	6,1	6,1	69,7
33	2	6,1	6,1	75,8
34	2	6,1	6,1	81,8
35	3	9,1	9,1	90,9
36	2	6,1	6,1	97,0
37	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Statistics

	Ansietas setelah TPK dan TG	Penerimaan diri setelah Terapi generalis dan TPK	Kemampuan keluarga post test	Ansietas Setelah terapi Generalis
Valid	33	33	33	33
Missing	0	0	0	0
	19,64	40,09	21,82	27,73
	20,00	40,00	22,00	29,00
	22	42	22	19[a]
viation	4,561	2,283	1,828	6,472
m	11	35	18	17
um	28	44	25	37

ple modes exist. The smallest value is shown

MODUL PELAKSANAAN TERAPI

TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN (TPK)

(PSIKOTERAPI UNTUK INDIVIDU)

Disusun Oleh:

Prof. Dr. Budi Anna Keliat, M.App.Sc

Ns. Ice Yulia Wardani, S.Kep, Ns, M.kep., Sp.Kep.Jiwa

Ns. Ni Made Dian Sulistiowati, S.Kep, M.kep., Sp.Kep.Jiwa

Ns. Jek Amidos Pardede, S.Kep

Ns.Abdul Jalil, S.Kep

Ns. Encik Putri Ema Komala,S.Kep

Ns. Renta Sianturi, S.Kep

PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS INDONESIA

2016

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penyusun panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusun dapat menyelesaikan Modul Pelaksanaan Terapi Spesialis dengan judul ” **Modul Pelaksanaan Terapi: Terapi Penerimaan dan Komitmen (TPK)”**.

Seiring dengan perkembangan keilmuan dan literatur yang ada, maka pada modul yang baru ini telah dibuat dengan lebih aplikatif berdasarkan pendekatan konsep yang mendasari pelaksanaan terapi TPK. Pada prinsipnya implementasi TPK dilakukan dalam 4 sesi yang didasarkan pada tahapan pelaksanaan TPK seperti di atas. Penyusun mencoba memberikan penegasan dan penjelasan pada setiap sesi pelaksanaan TPK. Penjelasan tersebut diharapkan akan mempermudah terapis dalam memahami dan melaksanakan setiap sesi TPK sehingga tujuan terapi dapat tercapai.

Kami mengharapkan masukan dari berbagai pihak untuk dapat mengembangkan modul ini sehingga dapat digunakan dalam semua setting pelayanan kesehatan. Semoga modul ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Depok, Mei 2016

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Prevalensi stroke didunia tahun 2010 yaitu sebesar 33 juta dengan 16,9 juta orang merupakan terkena stroke pertama kali. Stroke merupakan pembunuh nomor 5 di Amerika Serikat dengan angka kematian 129.000 orang meningal pertahun. Stroke telah membunuh 1 orang Amerika dalam 4 menit. Sementara kematian pertahun akibat stroke yaitu sekitar 795.000 orang. Setiap tahun, hampir 700.000 orang Amerika mengalami stroke, dan stroke mengakibatkan hampir 150.000 kematian. Di Amerika Serikat tercatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke (Medicastore, 2011). Stroke merupakan penyebab kematian utama di Indonesia. Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0 per mil (Rsikesdas, 2007) dan yang berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil (Riskesdas 2013).Terdapat sekitar 13 juta korban stroke baru setiap tahun, terdapat sekitar 4,4 juta diantaranya meninggal dalam 12 bulan, terdapat sekitar 250 juta anggota keluarga berkaitan dengan klien stroke yang bertahan hidup. Angka kejadian stroke di Amerika dan di Indonesia sangat tinggi terkhusus di Indonesia klien stroke mengalami peningkatan prevalensi dari tahun 2007 ke tahun 2013.

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang ditandai dengan hilangnya fungsi dari bagian tubuh tertentu (hambatan mobilitas fisik atau kelemahan) yang disebabkan oleh gangguan aliran darah otak yang mengelola bagian tubuh yang kehilangan fungsi tersebut (Cahyono, 2008). Gejala stroke dapat dinilai mulai dari wajah *(Face*), kelemahan pada lengan (*Arm Weakness*), kesulitan bicara (*Speech Dificulty*), memanggil bantuan ke lembaga emergency (*Time to All emergency Unit*) (Alina, 2015). Secara umum gejala yang terlihat yaitu mati rasa ataupun kelemahan pada wajah, lengan khusunya pada setengah sisi tubuh, kehilangan kemampuan melihat, koordinasi, berbicara atau kemampuan untuk memahami pembicaraan, kehilangan keseimbangan diikuti dengan muntah, mual, demam ataupun kesulitan menelan, nyeri kepala hebat, kehilangan kesadaran serta kecacatan yang tiba –tiba (Beckermen, 2015). Gejala stroke

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

yang muncul dinilai dengan sistem *FAST* yang berdampak pada fungsional tubuh, psikologis dan sosial

Dampak pada fungsional tubuh yang muncul yaitu masalah keseimbangan, penglihatan, kesulitan menelan, masalah mengontrol buang air kecil dan buang air besar, kelelahan, kesulitan berkomunikasi, masalah memori dan berpikir (*Stroke Association*, 2015). Beberapa orang juga akan mengalami kelelahan ekstrim di beberapa minggu pertama setelah stroke. Dampak fisik lainya yang muncul yaitu kelemahan otot pada satu sisi tubuh, *drop foot*, kehilangan stamina, nyeri, kontraktur dan perubahan sensasi terhadap stimulus. Klien paska stroke sebanyak 80% mengalami masalah dalam mobilitas akibat stroke (Lee, 2015). Fungsional tubuh klien yang terganggu menyebabkan dampak pada psikologis klien.

Dampak psikologis yang dialami klien stroke yaitu perubahan emosional. Perubahan emosional yang terjadi yaitu ansietas, depresi, emosi yang tidak stabil seperti tertawa dan menangis secara tiba- tiba, kehilangan kemampuan mengontrol emosi seperti marah baik verbal maupun fisik sebagai cara untuk mengungkapkan rasa frustasi yang dihadapi, perubahan *mood* yang secara tiba – tiba dan berpusat pada diri sendiri (Craigh, 2014). Namun yang pertama sekali terlihat pada klien stroke yaitu penerimaan diri yang tidak baik dan ansietas sampai 28 hari, sementara depresi muncul setelah 2 minggu dan puncaknya pada 3 – 4 bulan (Alina, 2011; Lee, 2015). Dampak psikologis yang banyak terjadi yaitu ansietas dan merupakan dampak psikologis yang paling awal terjadi pada klien stroke baik yang mengalami serangan pertama maupun serangan berulang.

adalah ketidakmampuan klien menerima dirinya dengan perubahan yang terdapat dalam dirinya akibat stroke sehingga klien tidak mampu menilai kelebihan yang terdapat dalam diri klien yang masih dapat dimanfaatkan klien untuk hidup lebih baik dan bahagia (Holden, 2014). Klien yang tidak bisa menerima dirinya pasca stroke, 72% merasa tidak siap menerima keadaan fisiknya dan kehilangan perannya. Klien yang tidak memiliki penerimaan diri yang baik akan menyebabkan hidup tidak bahagia, cemas, ketakutan, minder, tidak mampu memanfaatkan kelebihan di dalam dirinya, merasa tidak berguna, tidak memiliki motivasi untuk bertahan hidup, kualitas hidup rendah dan menjalani hidup dengan tidak memiliki tujuan (Bautauta, 2010).). Penerimaan diri pada penyakit kronik 63% tidak baik yang menyebabkan banyaknya angka kematian

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

penyakit kronik (Bernard, 2013). menyebabkan klien ansietas serta memiliki kehidupan yang kurang baik dan angka kematian yang tinggi.

Ansietas adalah kebingungan atau kekawatiran pada sesuatu yang terjadi dengan penyebab tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya.(Stuart, 2013). Ansietas muncul ketika ketidaksesuaian antara perasaan dengan ekspresi, tampak tertawa namun sebenarnya mereka merasa kekuatiraan sehingga sangat mudah terjadi perubahan *mood* (Stroke Association, 2015). Guffre (2015) mengatakan bahwa ansietas akan muncul pada fase akut akibat terjadinya perubahan pada neurologis yang disebabkan oleh stroke. Klien yang merasakan cemas dari hari kehari akan menyebabkan seseorang tidak mampu mengontrol perasaan ansietasnya (Stroke Foundation, 2015). Angka kejadian ansietas pada klien stroke hampir terjadi pada seluruh klien pasca stroke pada fase akut, namun yang menetap pasca periode akut yaitu sebanyak 20 % (Lee, 2015). Sementara menurut penelitian Cuming, dkk. (2016) ansietas terjadi pada 27 % klien stroke. Monica (1996) menemukan sekitar 28 % klien difase akut yang mengalami ansietas yang berkepanjangan, namun yang mengalami ansietas diruang akut sebanyak 71 %. Ansietas belum diteliti sebanyak depresi namun ansietas pada klien stroke sebanyak 28-52 % (Stroke Conection, 2015). Ansietas merupakan dampak psikologis yang banyak terjadi pada klien stroke pada fase akut.

Gejala ansietas yang dialami klien pasca stroke yaitu merasa gelisah, ketakutan, merasa terancam, sulit berkonsentrasi, peningkatan detak jantung, gemetaran, nafas pendek, mulut kering, merasa sakit pada abdomen dan rasa ingin buang air kecil meningkat (Lee, 2015). Sebuah survey yang dilakukan Stroke Association tahun 2013 sampai pertengahan 2015, klien stroke sebanyak 64 % menyatakan bahwa akibat psikologis merupakan dampak yang paling sulit untuk dihadapi karena klien, 69% mengatakan stres pasca stroke, 79% mengalami ansietas, 84% mengalami frustrasi dan lebih dari 60% dan mengalami marah (Stroke Association. 2015). Ansietas pada klien stroke menyebabkan klien menjadi tidak dapat produktif, sulit berfokus terhadap proses penyembuhan dan menyebabkan proses penyembuhan lebih lama.

dn ansietas akan menyebabkan klien menjadi tik memiliki motivasi, tidakmerasakan kebaahagiaan dalam hidup, ketakutan yang dapat mengancam kehidupan klien

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

(Baututa, 2010). Pnerimaan diri yang kurang ansietas harus ditangani agar klien dapat menjalani hidupnya dengan baik. Hal yang harus diberikan kepada klien yaitu bagaimana bisa menerima diri dengan perubahan yang dimiliki serta mampu untuk menghilangkan ansietasnya dengan memahami serta mengoptimalkan nilai – nilai positif di dalam diri klien. Penerimaan diri ansietas ini dapat diselesaikan dengan psikoterapi. Psikoterapi yang dapat dilakukan untuk penerimaan yang kurang baik Aan ansietas salah satunya adalah terapi penerimaaan komitmen (*Accaptance and comitment Theraphy* (ACT))

Penelitian yang telah menggunakan psikoterapi penerimaan dan komitmen menyatakan bahwa terapi penerimaan komitmen terbukti efektif dalam menurunkan kejadian perilaku kekerasan dan halusinasi (Sulistiowaty, 2012), mengatasi respon ketidakberdayaan sedang pada klien gagal ginjal kronik (Widuri, 2012), meningkatkan penerimaan penderita HIV/AIDS (Wahyuningsih,dkk., 2014), meningkatkan insight dan efikasi diri pada pasein skizofrenia (Jalil,dkk., 2013), dan dapat meningkatkan *subjective well being* pada dewasa muda pasca putusanya hubungan pacaran (Kusumawardhani, 2012), Feri Fernandes (2013) menyatakan bahwa ACT sangat efektif untuk menurunkan tingkat ansietas yang dialami klien paskah stroke. Sementara untuk psikoterapi penerimaan diri belum pernah dilakukan pada klien stroke dan masih belum pernah tergali tentang penerimaan diri klien stroke, sehingga sangat perlu dilakukan penelitian tentang penerimaan klien stroke agar klien dapat menjalani kehidupannya dengan lebih baik walaupun kondisi kehidupannya sangat jauh berbeda dengan sebelum mengalami stroke

1.2 Tujuan pembuatan modul

Setelah mempelajari modul ini diharapkan perawat dan mahasiswa perawat mampu :

1. Memahami terapi penerimaan komitmen pada klien Stroke yang mengalami Harga diri rendah ansietas
2. Melakukan terapi penerimaan komitmen pada klien Stroke yang mengalami harga diri rendah ansietas
3. Melakukan evaluasi pelaksanaan terapi penerimaan komitmen pada klien stroke dengan harga diri rendah ansietas
4. Melakukan pendokumentasian pelaksanaan terapi penerimaan komitmen pada klien harga diri rendah ansietas

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

BAB 2
KONSEP DASAR
TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN (TPK)

2.1 Pengertian

Terapi penerimaan komitmen adalah sebuah terapi psikologis yang mengajarkan tentang kesempurnaan pikiran (memberikan perhatian pada setiap bagian: pada tujuan, kejadian saat ini, dan tidak menghakimi) dan keterampilan penerimaan (keterbukaan, kesediaan mempertahankan kontak) untuk berespon terhadap pengalaman tidak menyenangkan dan dengan demikian terjadi peningkatan nilai-nilai personal individu (Smout Matthew, 2012). Terapi penerimaan komitmen disini lebih memfokuskan pada kemampuan individu menerima pengalaman yang tidak menyenangkan dan melatih individu agar bisa mencapai kesempurnaan pikiran.

Teori penerimaan komitmen mengartikan marah sebagai sebuah ketidakmampuan mengatur perilaku untuk memberikan respon dan bagaimana cara melakukan perubahan ketika perubahan itu dibutuhkan, untuk melakukan perubahan dibutuhkan ketekunan sehingga dapat memandu penyempurnaan nilai-nilai (Eifer& Forsyth, 2011). Terapi penerimaan komitmen sebagai bentuk pendekatan terapi perilaku modern berfokus pada penggabungan antara komponen penerimaan dan penyempurnaan pikiran untuk membantu orang dari kesulitan pikiran dan perasaan untuk mengikat bentuk perilaku dipandu oleh nilai-nilai yang dimiliki individu (Morris, Johns & Oliver,2013). Terapi penerimaan komitmen menjadi pendekatan yang bisa dipakai dan tepat agar klien dapat menerima perubahan dan menyesuaikan diri dengan setiap perubahan yang terjadi.

2.2 Tujuan

Terapi penerimaan komitmen pada penelitian ini bertujuan agar klien mampu :

1. Menerima, meleburkan dan menyadari : peristiwa/kejadian, pikiran, perasaan yang muncul, dampak, serta perilaku yang muncul
2. Mengenali keadaan saat ini dan nilai-nilai berdasarkan pengalaman mengalami stroke, ansietas dan harga diri rendah
3. Berlatih menggunakan nilai yang baik yang dipilih klien
4. Berkomitmen melakukan nilai yang dipilih dan mencegah kekambuhan

2.3 Indikasi

Terapi penerimaan komitmen dapat dilakukan pada klien stroke (Whitea et al., 2011), pada klien dengan penerimaan diri ansietas Eifert dan Forsyth (2011). Terapi penerimaan komitmen ini dapat diterapkan pada kasus apapun terbukti dari penelitian Jalil, Keliat,

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Pujasari (2013) menyatakan bahwa pelaksanaan terapi penerimaan komitmen pada klien skizoprenia dapat memperbaiki *insight* dan meningkan efikasi diri klien. Pardede, Keliat dan Wardani (2013) menyatakan bahwa ditemukan penurunan gejala resiko penerimaan diri ansietas, halusinasi dan harga diri rendah serta peningkatan kemampuan menerima dan berkomitmen pada pengobatan dan kepatuhan klien Stroke setelah mendapatkan terapi penerimaan komitmen dan pendidikan kesehatan kepatuhan minum obat. Fernandes, Hamid dan Mustikasari (2013) dalam penelitiannya menyatakan bahwa terjadi penurunan ansietas pada klien skizoprenia dan Widuri, Daulima, Mustikasari (2012) menyatakan bahwa dengan terapi penerimaan komitmen dapat mengurangi ketidakberdayaan pada klien gagal ginjal kronik. Peneliti saat ini mencoba menggunakan terapi penerimaan komitmen ini khusus memperbaiki harga diri rendah ansietas serta meningkatkan kemampuan klien mengontrol harga diri rendah ansietas.

2.4 Tempat

Terapi penerimaan komitmen ini dapat dilakukan di Rumah Sakit Umum ataupun Rumah Sakit Jiwa dengan syarat ruangan harus kondusif. Pada penelitian ini peneliti akan menggunakan terapi penerimaan komitmen di Rumah Sakit umum

2.5 Peran terapis

1. Terapis sebagai fasilitator. Terapis memfasilitasi klien untuk mengikuti terapi penerimaan komitmen yang diselenggarakan oleh terapis. Terapis memfasilitasi klien mengatur pertemuan dan membuat kontrak sesuai kondisi dan kebutuhan klien.
2. Terapis sebagai trainer terapi penerimaan komitmen adalah *educator*. Memberikan informasi tentang secara detail tentang terapi penerimaan komitmen menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan media yang menarik dan melatih klien untuk menerima pengalaman masa lalu dan dampaknya, melatih klien memilih nilai-nilai yang akan digunakan dalam menerima pengalaman masa lalu
3. Terapis sebagai motivator. Terapis dalam hal ini, memotivasi atau mendorong klien untuk mengingat pengalaman masa lalu terkait dengan pikiran, perasaan dan perilakunya selama ini tentang pengalaman masa lalu yang tidak enak dan membantu klien untuk belajar menerima pengalaman masa lalu yang tidak enak dan membuat komitmen untuk memperbaiki diri dan mencegah kekambuhan. Terapis meminta klien untuk membedakan antara apa yang diingat dengan pemahaman tentang penyakit dan kemudian menyimpulkan kondisi klien saat ini.

Terapis memberikan kesempatan pada klien untuk mengambil keputusan terkait dengan tindakan yang akan dilakukan selanjutnya berdasarkan informasi kesehatan yang sudah disampaikan dan kemampuan yang sudah dilatih.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.6 Kriteria terapis

1. Ners Spesialis Keperawatan Jiwa (S2 Keperawatan Jiwa)
2. Berpengalaman dalam praktek keperawatan jiwa

2.7 Metode terapi

Metode terapi penerimaan komitmen dapat dilakukan dengan diskusi dan tanya jawab.

2.8 Alat terapi

Modul terapi penerimaan komitmen, buku kerja dan buku evaluasi.

2.9 Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada terapi penerimaan komitmen disesuaikan dengan tujuan tiap sesi. Hal yang diharapkan adalah klien mempunyai kemampuan :

1. Menerima, meleburkan dan menyadari peristiwa/kejadian stroke
2. Menerima, meleburkan dan menyadari pikiran muncul akibat kejadian stroke
3. Menerima, meleburkan dan menyadari perasaan yang muncul akibat stroke
4. Menerima, meleburkan dan menyadari dampak perilaku yang muncul akibat stroke
5. Mengenali keadaan saat ini dan nilai-nilai yang dimiliki oleh klien
6. Berlatih menerima kejadian menggunakan nilai yang baik yang dipilih klien
7. Berkomitmen dan mencegah kekambuhan

2.10 Proses pelaksanaan

a. Persiapan
   1) Identifikasi dan menyeleksi klien Stroke yang mengalami ansietas
   2) Menjelaskan tujuan dilaksanakan terapi penerimaan komitmen
   3) Membuat kontrak waktu, bahwa terapi akan dilaksanakan sebanyak 4 sesi dalam 3 kali pertemuan

b. Pelaksanaan

Pelaksanaan terapi penerimaan komitmen memiliki beberapa prinsip pelaksanaan (Louma et al, 2007; Hayes, Stresahl &Wilson, 2005) yaitu :

2.1 Penerimaan terbuka (*Open acceptance*)

Penerimaan diartikan sebagai upaya menerima pengalaman-pengalaman yang tidak menyenangkan atau pengalaman buruk tanpa berusaha untuk mengubahnya tetapi

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

mengajarkan klien untuk belajar hidup dengan mengalami kejadian buruk dan tidak berfokus pada menurunkan stressor tapi lebih berfokus untuk menjadikan stressor sebagai bagian hidupnya yang bernilai. Pengabaian terhadap pengalaman mengacu pada usaha mengubah jumlah atau bentuk pengalaman yang tidak diinginkan termasuk pikiran, ingatan, emosi, perasaan tubuh, termasuk ketika melakukan berbagai hal yang menyebabkan kerusakan atau kerugian bagi dirinya sendiri. Ini merupakan kenyataan yang sering ditemukan dalam tatanan klinik. Pengabaian bukan saja dilakukan oleh kliennya sendiri tetapi juga oleh keluarga. Dibutuhkan usaha yang kuat dari klien, keluarga dan perawat untuk dapat mengubah pola pikir yang seperti ini. Terapi penerimaan komitmen menjadi alternatif yang dapat dipakai untuk membantu klien menyadari apa yang terjadi dan dialami.

Klien dibantu untuk menyadari dan menerima secara aktif terhadap peristiwa yang terjadi akibat pengalaman yang dialami baik pikiran, perasaan, dan perilakunya tanpa perlu mengubah bentuk atau banyaknya kejadian yang mereka alami terutama ketika melakukan sesuatu dikarenakan kekerasan psikologis. Terkait *penerimaan diri dan aansietas* klien, diharapkan klien mendapatkan gambaran sederhana tentang kondisi kesehatannya sekarang, gambaran tentang keberadaannya di rumah sakit dan alasan mengapa harus berada di rumah sakit. Terapis membantu klien menerima pemikiran, perasaan yang muncul dan perilakunya adalah sesuatu yang tidak tepat, dan klien diharapkan mulai memikirkan peristiwa saat ini, mengelola perasaan dan perilaku sesuai dengan kemampuannya. Penerimaan tidak berarti pengunduran diri atau menyerah pada kehidupan, membiarkan pengalaman klien berada di sana, tetapi justru klien diarahkan untuk memperbaiki diri dan memiliki harapan hidup sendiri (Sandoz et al., 2011). Kesadaran dan penerimaaan akan keadaan saat ini merupakan langkah klien untuk bisa menerima keadaan yang tidak menyenangkan merupakan bagian hidup yang berharga Aan berfokus untuk memperbaiki karah yang lebih baik.

Hayes dan Twohig (2008) menyatakan klien dapat membuat pilihan untuk menerima kondisi kesehatannya, gejala yang dirasakan, keberadaannya sekarang dan program terapi yang sedang dijalankan. Klien diarahkan untuk dapat membuat keputusan apakah ia akan menerima, menghindari atau menolak kondisi kesehatannya. Terapis membantu mengarahkan dengan menyampaikan beberapa fakta yang terkait kondisi klien.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.2 Meleburkan pikiran (*Cognitive Defusion*)

Kondisi *harga diri rendah*yang buruk sering kali menyebabkan klien bingung dengan keberadaannya di rumah sakit, mengapa harus ikut kegiatan di rumah sakit, mengapa harus minum obat dan mengatakan tidak membutuhkan obat. Kondisi ini menunjukkan penolakan klien terhadap peristiwa atau pengalaman saat ini, yang berdampak pada perilakunya. Pada psikopatologi Terapi penerimaan komitmen kondisi ini dinamakan peleburan pikiran (*Cognitive fusion)* dimana klien sibuk memikirkan peristiwa yang lalu dan yang akan terjadi sehingga tidak menyadari atau menghindari peristiwa saat ini (Luoma et al., 2007). Hal ini juga ditemukan pada klien yang didiagnosa Stroke dan harus dirawat. Terapis membantu klien melakukan melonggarkan pikiran saat ini tanpa harus menghindari atau menghilangkan peristiwa lalu dan yang akan datang dan diharapkan klien akan merespon lebih cepat pada pikiran atau perasaannya tentang suatu peristiwa saat ini (Sandoz et al., 2011).

Klien dilatih untuk berpikir yang alami dan lebih fleksibel terkait dengan keberadaannya saat ini, mengapa dirawat, obat apa yang dikomsumsi dan apa tujuan dari kegiatan yang diikuti selama di rumah sakit. Penyatuan pikiran *(Cognitive defusion)* sebagai penghentian pikiran klien yang mengganggu tanpa menghilangkannya sehingga pikiran yang dialami hanya sebagai pikiran saja dan diharapkan tidak berlanjut pada perasaan dan perilakunya (Hayes & Twohig, 2008). Semua peristiwa yang dijalaninya adalah sebuah proses, bergerak dan akan tetap berlangsung (O'Donohuw & Fisher, 2008).

2.3 Kesadaran diri sebagai sebuah konteks (*Aware self as context*)

Secara kontekstual Menggambarkan diri ini adalah usaha yang dilakukan untuk mengubah pengrusakan pembentukan diri (*attachment to the conceptualized self*). Menggambarkan diri sebagai sebuah kontek adalah cara yang dilakukan untuk menggabungkan pikiran sehingga terbentuk dirinya sebagai sebuah konteks yang utuh. Klien Stroke yang mempunyai kesulitan mengenali dirinya secara utuh, walaupun klien sadar ada perubahan pada dirinya terkait dengan kondisi kesehatannya, tetapi klien selalu mencoba menghindarinya dan berusaha menjadi orang lain, menyesali pengalaman yang tidak menyenangkan serta berfokus pada kejadian mas lalu. Terapis membantu klien menggali semua yang diketahui tentang dirinya, tentang kondisi kesehatannya, tentang penyakitnya, tentang gejala dan tanda yang dirasakan selama ini, tentang pengalaman sakit terdahulu, bagaimana keluarga dan masyarakat memperlakukannya. Terapis mengharapkan klien dapat meningkatkan kemampuannya dalam mengamati dirinya (Harris, 2009). Melalui kesadaran diri klien akan berusaha menerima dirinyaa dengan perubahan yang terdapat didalamnya.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Klien juga diharapkan mampu menggambarkan tentang perasaan dan perilaku yang dilakukan selama ini dalam merespon peristiwa atau kondisi kesehatan saat yang lalu, saat ini dan yang akan datang. Latihan mengamati diri tentang apapun yang klien pikirkan, rasakan, dan lakukan di setiap saat dalam menghadapi peristiwa saat ini. klien dilatih memandang dirinya sendiri sebagai konteks. Misalnya, saat klien menjalani hidup, saat tubuh, pikiran, perasaan berubah, peran berubah, klien mampu melihat atau mengamati semuanya itu tetapi menganggap tidak pernah ada yang berubah dari dirinya.

2.4 Keadaan Saat ini (*Present moment*)

Klien Stroke menyadari sakit yang dialami namun klien tidak mampu menerima perubahan yang terjadi pada dirinya akibat penyakitnya. Sehingga klien cenderung Klien mengungkapkan ada pikiran yang mengganggu dan berdampak pada perasaan dan perilakunya akan tetapi tidak menyadari hal tersebut merupakan pengalaman saat ini yang tidak menyenangkan. Klien tidak menyadari peristiwa saat ini, tetapi lebih didominasi oleh pengetahuan diri tentang peristiwa lalu dan yang akan datang.

Penerimaan diri yang kurang baik ansietas berdampak terhadap kondisi kesehatan klien saat ini, penyakit yang diderita, gejala yang dirasakan serta konsekuensi gejala tersebut serta kebutuhan terhadap perawatan dan pengobatan (Gutiérrez-Zotes et al., 2012). Di dalam psikopatologi Terapi penerimaan komitmen kondisi tersebut dinamakan dominasi dari konsep kejadian masa lalu dan masa yang akan datang sehingga telah membatasi pengetahuan diri (*dominance of the conceptualized past and future; limited self-knowledge)*. Pengetahuan diri klien yang terbatas tentang diri dan konseptualisasi diri pada peristiwa yang lalu dan akan datang menimbukan dampak pikiran dan perasaan yang tidak disadarinya, ini merupakan indikasi dilakukannya usaha untuk menghubungkan klien dengan kondisi saat ini(*contact the present moment)*. Terapis membantu klien tetap kontak dengan peristiwa saat ini yang diungkapkan secara simbolik (Hayes & Twohig, 2008). Kegiatan ini bertujuan membantu mengembangkan hubungan baru antara dirinya dengan pengalaman internal dan membantu pelaksanaan fleksibilitas psikologis yang lebih luas dan langsung (Corsini & Wedding, 2011), terutama dengan pengalaman sakit dan dirawat saat ini.

2.5 Nilai-nilai aktif (*Active values*)

Kegiatan ini mengharapkan klien Stroke mampu menggali nilai-nilai yang telah dimilikinya dan memilih nilai-nilai yang belum dimiliki. Terapis membantu Klien menemukan nilai yang dimiliki dengan adanya perubahan kondisi kesehatan, penyakit Stroke yang diderita, konsekuensi dari penyakit tersebut dan kebutuhan perawatan dan

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

pengobatan. Nilai dapat berasal dari sesuatu (pikiran, perasaan dan perilaku) terkait dengan peristiwa saat ini, yang dapat berupa sesuatu yang menyenangkan atau berbentuk keberhasilan atau berbentuk kegagalan atau tidak menyenangkan (misalnya putus obat, kambuh dan dirawat lagi sehingga tidak dapat bekerja). Terapis membantu menemukan nilai yang belum teridentifikasi dan meminta Klien untuk mempertimbangkan nilai tersebut untuk dipilih. Terapis berharap, klien akan menindaklanjuti nilai-nilai yang telah dimiliki tersebut.

Haris (2009) menyatakan terapis dapat membantu menanyakan keinginan hidup klien, yang dilakukan untuk mencapai keinginan tersebut, yang ingin dilakukan dalam waktu dekat, yang benar-benar penting bagi klien dan dapat membantu mengatasi masalah dalam hidupnya. Nilai yang diinginkan dari kualitas tindakan yang sedang berlangsung, klien menggambarkan bagaimana Klien ingin berperilaku secara berkelanjutan. Klarifikasi nilai-nilai merupakan langkah penting dalam menciptakan kehidupan yang bermakna. Dalam Terapi penerimaan komitmen terapis sering merujuk pada nilai-nilai sebagai "arah hidup yang dipilih". Terapis biasanya membandingkan nilai ke arah hidup karena mereka memberi kita arah dan membimbing perjalanan kita yang berkelanjutan (Harris, 2009). Berdasarkan nilai –nilai yang baik yang dimiliki oleh klien akan mengarahkan klien untuk mencari solusi dalam mengatasi penerimaan diri serta ansietas yang dirasakan.

2.6 Tindakan berkomitmen (*Commited action*)

Klien yang sudah dapat menggambarkan dirinya secara luas (self reflection yang tinggi) dan dapat melakukan klarifikasi nilai yang baik pada tahapan mengidentifikasi nilai dan memilih nilai-nilai yang baik diharapkan akan berkomitmen untuk bertindak. Melalui proses akhir TPK ini, klien membuat komitmen terkait dengan penyakit Stroke yang dialami terutama dalam mempertahankan penerimaan dirinya terhadap kondisi kesehatan, penyakit dan gejala yang dirasakan serta merasa membutuhkan perawatan dan pengobatan. Berdasarkan hal tersebut, klien akan membuat langkah-langkah yang hendak dilakukan untuk memperbaiki kondisi kesehatannya dan hendak melakukan manajemen diri yang lebih baik dalam patuh minum obat dan mencegah kekambuhan.

Komitmen untuk bertindak ini sangat penting bagi klien stroke. Tindakan berkomitmen merupakan langkah yang diambil menuju kehidupan yang lebih dihagai, tanpa perlawanan diri. Pada Terapi penerimaan komitmen, komitmen yang dibuat bukan hanya terhadap kondisi kesehatan klien tetapi juga dalam semua bidang seperti dalam hal bekerja, melakukan pekerjaan rumah baik jangka pendek, menengah, dan jangka panjang. Upaya perubahan perilaku ini pada gilirannya berdampak pada fleksibilitas

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

psikologis dan berhubungan dengan lima prinsip TPK yang lain (Jordan, 2008). Perubahan perilaku menunjukkan perubahan zona psikologis seseorang dari yang tidak fleksibel menjadi di zona fleksibel.

Pelaksanaan terapi penerimaan komitmen dalam penelitian ini merujuk pada sesi atau tahapan yang telah digunakan Jalil, Keliat, Pujasari (2013), dimana terapi ini dilakukan sebanyak 4 sesi dalam 3 kali pertemuan Diana sesi 1 (1 x pertemuan), sesi 2 dan 3 (1 x pertemuan) dan sesi 4 (1 x pertemun) yaitu :

1. Menerima, meleburkan dan menyadari : peristiwa/kejadian, pikiran, perasaan yang muncul, dampak terhadap perilaku yang muncul
2. Mengenali keadaan saat ini dan nilai-nilai berdasarkan pengalaman mengalami stroke, ansietas dan harga diri rendah
3. Berlatih menggunakan nilai yang baik yang dipilih klien
4. Berkomitmen melakukan nilai yang dipilih dan mencegah kekambuhan

Terapis harus memperkuat hasil pada tahap pertama sebelum ke tahap berikutnya dan akan beralih ke tahap yang berikutnya, jika klien benar-benar sudah menguasai tahap pertama. Terapis tetap berpegang pada kondisi fleksibilitas psikologis saat ini (Sandoz et al., 2011). Terapis harus selalu menunjukkan sikap tertarik dengan apa yang diinginkan oleh klien, menghormati apapun pengalaman klien sebagai sumber informasi. Terapis berusaha membantu klien untuk bergerak ke arah yang lebih baik dan bermakna dari reaksi spontan atau dari fleksibilitas psikologis yang diceritakan pada setiap sesi (Hayes, 2005). Kepedulian terapis akan mempermudah klien mencapai tujuan tiap sesi yang sudah disusun.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Bab 3
PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI
TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN (TPK)

Berdasarkan teori dan konsep yang telah dijelaskan tentang Terapi Penerimaan Komitmen (TPK) pada klien Stroke yang mengalami penerimaan diri ansietas maka terapi penerimaan komitmen ini akan dilakukan sebanyak 4 sesi dalam 2 pertemuan dan masing-masing sesi dilaksanakan selama 45-60 menit untuk setiap klien. Adapun uraian kegiatan tiap sesi dan pertemuan adalah sebagai berikut:

3.1 Sesi I :

3.1.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi I : Menerima, meleburkan dan menyadari : peristiwa/kejadian, pikiran, perasaan yang muncul, dampak terhadap perilaku

A. Tujuan

Klien mampu :

1. Membina hubungan saling percaya dengan terapis.
2. Mengidentifikasi kejadian buruk/tidak menyengkan yang dialami terkait stroke yang dialami
3. Mengidentifikasi pikiran yang muncul dari stroke yang dialami
4. Mengidentifikasi respon yang timbul dari stroke yang dialami
5. Mengidentifikasi upaya/perilaku yang muncul dari pikiran dan perasaan yang ada terkait stroke yang dialami

B. Setting

Klien duduk bersama dengan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

C. Alat dan Bahan

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

D. Metode

Curah pendapat, diskusi, dan tanya jawab.

E. Langkah – langkah :

1. Persiapan

a. Melakukan seleksi terhadap klien sesuai dengan masalah keperawatannya.
b. Mengingatkan klien sehari sebelum pelaksanaan terapi
c. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan yang kondusif

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2. Tahap Orientasi

a. Salam terapeutik :

1) Memperkenalkan nama dan nama panggilan terapis (pakai papan nama).
2) Menanyakan nama dan panggilan klien.

b. Evaluasi:

1) Menanyakan bagaimana kabar klien saat ini.
2) Apa yang dirasakan klien terkait stroke yang dialaminya

c. Validasi :

apa yang dilakukan klien sehubungan dengan pikiran dan perasaan tersebut yang terjadi?

d. Kontrak :

1) Menjelaskan pengertian ACT dan tujuan terapi yaitu membantu klien untuk dapat mengontrol perilaku kekerasannya dengan cara mengubah pola pikir yaitu berusaha untuk menerima pikiran atau perasaan yang tidak menyenangkan yang terjadi.
2) Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, tugas yang harus dikerjakan klien dan buku kerja yang akan digunakan klien dalam melaksanakan tugas dan latihannya. Proses pelaksanaan dari ACT terdiri atas 4 sesi dan setiap klien akan melewati semua sesi. Klien akan dilatih cara berpikir, mengontrol emosi dan berperilaku serta diminta untuk menuliskan tugas dan hasil latihan ke dalam buku kerja yang disediakan oleh terapis. Buku kerja akan diisi dan dipegang oleh klien.Menjelaskan jumlah pertemuan dan sesi-sesi dalam terapi ACT ini. Adapun sesi yang akan dilakukan terdiri atas 4 sesi, dan setiap sesinya dilakukan selama 30 – 45 menit. Pada pelaksanaannya setiap sesi akan dilaksanakan setiap hari sehingga jumlah sesi pertemuan kita 3 kali pertemuan.
3) Menjelaskan peraturan dalam terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dan kerjasamanya dalam mengikuti kegiatan dari sesi awal sampai selesai semua sesinya.
4) Pada pertemuan sesi 1 ini disepakati tujuannya adalah untuk membina hubungan saling percaya dan mengidentifikasi kejadian buruk atau tidak menyenangkan yang dialami, pikiran yang dialami atau dirasakan dan respon perasaan (emosi dan perilaku) akibat kejadian tersebut, dan perilaku yang dilakukan berdasarkan pada pikiran dan perasaan yang terjadi terkait

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

stroke yang dialami. Sesi ini akan dilakukan selama 30-45 menit di tempat yang disepakati bersama klien.

3. Tahap Kerja

a. Terapis mendiskusikan bersama klien tentang :
   1) Kejadian/ pengalaman tidak menyenagkan yang dialami klien terkait dengan stroke yang dialami.
   2) Pikiran yang muncul serta respon perasaan klien terkait dengan stroke yang dialami
   3) Perilaku yang dilakukan terkait dengan pikiran dan perasaan yang terjadi terkait kejadian.
   4) Klasifikasi tanda dan gejala ansietas

b. Meminta klien menuliskan kejadian/ peristiwa yang dialami, pikiran, perasaan yang muncul akibat kejadian ke dalam buku kerja.

c. Meminta klien untuk menuliskan perilaku yang dilakukan terkait dengan kejadian dan pikiran yang dirasakan.

d. Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi :
   1) Menanyakan perasaan klien setelah selesai sesi I
   2) Meminta klien untuk menyebutkan kembali kejadian / peristiwa yang dialami, pikiran yang muncul dan perasaan yang timbul dari kejadian tersebut serta respon perilaku yang dilakukan terkait pikiran dan perasaan yang dirasakan oleh klien
   3) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama dan kemampuan klien dalam menyampaikan kejadian / peristiwa yang dialami.

b. Tindak Lanjut :

   Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi kejadian buruk/tidak menyenangkan lainnya terkiait dengan stroke yang dialami saat ini, pikiran yang timbul, respon perasaan yang muncul serta perilaku yang dilakukan klien dan menuliskannya ke dalam buku kerja.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

c. Kontrak akan datang:

a) Menyepakati topik sesi 2 yaitu mengidentifikasi nilai klien berdasarkan pada pengalaman klien terkait dengan stroke, ansietas

b) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 2.

3.1.2 Evaluasi dan dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi I ACT

Mengidentifikasi kejadian serta dampak terhadap perilaku

Klien : Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Menyampaikan kejadian buruk/tidak menyenangkan yang terjadi terkait stroke		
3	Menyampaikan pikiran yang muncul terkait stroke		
4	Menyampaikan perasaan yang timbul terkait stroke		
5	Menyampaikan perilaku yang dilakukan akibat pikiran dan perasaan yang muncul terkait kejadian buruk/tidak menyenangkan akibat stroke		
6	Menerima, meleburkan dan menyadari kejadian yang tidak menyenangkan terkait stroke munculnya ansietas		
7	Melakukan berdoa untuk ikhlas menerima, meleburkan dan menyadari kejadian yang tidak menyenangkan terkait stroke, pikiran, perasaan, dan dampak terhadap perilaku yang menunjukkan ansietas		
6	Aktif dalam diskusi		

Keterangan :

Isilah Ya = jika klien melakukan, Tidak = jika klien tidak melakukan.

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat ACT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 1, klien mampu menyampaikan kejadian buruk/ tidak menyenangkan yang terjadi, menyampaikan pikiran yang muncul dan perasaan yang timbul karena kejadian tersebut serta perilaku yang dilakukan terkait perasaan dan pikiran yang timbul terkait kejadian tidak menyenangkan, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 1, klien belum mampu

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

menyampaikan kejadian buruk/ tidak menyenangkan yang terjadi, menyampaikan pikiran yang muncul dan perasaan yang timbul karena kejadian tersebut serta perilaku yang dilakukan terkait perasaan dan pikiran yang timbul terkait kejadian tidak menyenangkan, dianjurkan klien untuk melatih diri secara mandiri (buat jadwal).

3.2 Sesi II : Mengenali keadaan saat ini dan nilai-nilai berdasarkan pengalaman mengalami stroke ansietas

2.2.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi II : Mengidentifikasi keadaan saat ini dan nilai-nilai berdasarkan pengalaman mengalami stroke ansietas

A. Tujuan

Klien mampu :

a. Mengidentifikasi keadaan saat ini terkait dengan stroke ansietas
b. Mengidentifikasi nilai –nilai yang dimiliki klien saat ini terkait stroke (Putus obat, kambuh lagi, dirawat lagi, lelah dengan penyakit, tidak bisa sembuh, kontrol harus teratur, melakukan latihan yang diberikan fisioterapi, menjaga pola hidup, lebih menjaga pantangan)
c. Mengidentifikasi nilai – nilai yang dimiliki oleh klien terkait ansietas (takut strokenya membuat cacat seumur hidup, takut dijauhi oleh orang –orang disekitar klien, cemas akan ketergantungan dengan keluarga, takut tidak dapat melakukan tanggung jawab dalam keluarga, keluarga setiap hari menemani saat sakit, sanak saudara sering menjenguk, harus lebih banyak belajar dari pengalaman, menghilangkan pikiran yang menakutkan karena belum tentu terjadi, tarik nafas dalam, mendengarkan musik, cerita sama keluarga, merancang usaha yang akan dilakukan setelah pulang dari rumah sakit)

B. Setting

Klien duduk di ruangan dengan terapis dalam suasana yang tenang dan nyaman

C. Alat

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

D. Metode

Diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

F. Langkah-langkah.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

1. Persiapan

a. Mengingatkan klien minimal 1 hari sebelumnya

b. Mempersiapkan diri, tempat dan waktu

2. Tahap Orientasi

a. Salam terapeutik :

Salam dari terapis kepada klien.

b. Evaluasi:

1) Menanyakan perasaan klien hari ini

c. Validasi :

2) Menanyakan apa saja upaya yang dilakukan terkait terkait menerima, meleburkan dan menyadari : kejadian/ peristiwa yang tidak menyenangkan terkait stroke, pikiran dan perasaan, dampak terhadap perilaku

3) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien mengidentifikasi kejadian / peristiwa yang dialami dan perasaannya

d. Kontrak :

a) Menyepakati topik pertemuan pada sesi 2 yaitu mengidentifikasi kejadian saat ini dan nilai –nilai yang dimiliki klien berdasarkan pengalaman terkait stroke, ansietas.

b) Mengidentifikasi nilai –nilai yang dimiliki klien berdasarkan pengalaman terkait stroke, ansietas

c) Lama waktu pertemuan 30 menit di ruangan yang dirasa nyaman oleh klien dan terapis.

d) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dalam diskusi dan mengikuti sesi dari awal sampai akhir.

3. Tahap Kerja

a. Klien:

1) Mendiskusikan kejadian buruk/tidak menyenangkan terkait stroke yang dirasakan saat ini

2) Menceritakan nilai –nilai yang dimiliki klien saat ini terkait stroke, ansietas dan .

3) Menuliskan dalam buku kerja

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

b. Mengklasifikasikaan nilai –nilai yang baik dan nilai –nilai yang buruk.
c. Bantu klien untuk memahami bahwa klien memiliki nilai –nilai yang belum tepat serta menentukan nilai –nilai yang positif untuk dilatih pada sesi 3.
d. Memberikan reinforcement positif.

4. Tahap Terminasi

1. Evaluasi
   a) Menanyakan perasaan klien setelah sesi II selesai
   b) Mengevaluasi nilai –nilai yang dimiliki klien terkait stroke, ansietas
   c) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.
2. Tindak lanjut :
   Menuliskan nilai –nilai yang dimiliki oleh klien terkait stroke, ansietas yang dialami dalam keadaan saat ini
3. Kontrak :
   a. Menyepakati topik sesi 3 yaitu berlatih menerima kejadian dengan nilai yang dipilih
   b. Menyepakati tempat dan waktu untuk pertemuan sesi 3.

3.2.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi II : Mengidentifikasi nilai klien berdasarkan pengalaman klien

Klien : Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu mengungkapkan keadaan saat ini		
3	Mampu mengungkapkan nilai –nilai yang dimiliki terkait stroke		
4	Mampu mengungkapkan nilai –nilai yang dimiliki terkait ansietas		
5	Mampu mengungkapkan nilai –nilai yang dimiliki terkait		
3	Aktif dalam diskusi		

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat ACT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 2, klien mampu mengungkapk nilai yang dimiliki terkait dengan stroke ansietas maka klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 2, klien belum mampu mengungkapkan nilai –nilai yang dimiliki oleh klien terkait dengan stroke ansietas

3.3 Sesi III : Berlatih Menerima Kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih

3.3.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi III : Berlatih Menerima Kejadian dengan nilai positif yang dimiliki klien

A. Tujuan

Klien mampu :

a. Memilih salah satu nilai positif yang dilakukan akibat dari pikiran dan perasaan yang timbul terkait kejadian tidak menyenangkan
b. Berlatih cara untuk mengatasi perilaku yang kurang baik yang sudah dipilih
c. Memasukkan latihan kedalam jadwal kegiatan harian harian klien

B. Setting

Klien duduk di ruangan dengan terapis dalam suasana yang tenang dan nyaman

C. Alat

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

D. Metode

Diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

F. Langkah-langkah

1. Persiapan

a. Mengingatkan klien minimal 1 hari sebelumnya
b. Mempersiapkan diri, tempat dan waktu

2. Tahap Orientasi

a. Salam terapeutik :

Salam dari terapis kepada klien.

b. Evaluasi :

1) Menanyakan apa yang dirasakan oleh klien setelah belajar menerima, meleburkan dan menyadari : peristiwa, pikiran,

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

perasaan dan dampak perilaku yang terjadi akibat Stroke?

2) Apa yang dirasakan setelah mengetahui keadaan saat ini?
3) Apa yang dirasakan setelah mengetahui nilai –nilai yang aktif pada klien saat ini terkait stroke ansietas

c. Validasi :

1) Apakah sudah melakukan upaya spiritual untuk membantu menerima, meleburkan dan menyadari : peristiwa, pikiran, perasaan dan dampak perilaku yang terjadi akibat Stroke?
2) Apakah upaya menuliskan nilai –nilai yang masih dimiliki klien terkait stroke, ansietas telah dilakukan?
3) Apakah klien mampu mengidentifikasi nilai –nilai yang dimilikinya saat ini?
4) Apakah klien sudah mampu menentukan nilai yang akan dilatih?

d. Kontrak :

Menyepakati topik pertemuan pada sesi 3 yaitu berlatih menerima kejadian dengan nilai yang dipilih klien

1) Lama waktu pertemuan 30 menit di ruangan yang dirasa nyaman oleh klien dan terapis.
2) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dalam diskusi dan mengikuti sesi dari awal sampai akhir.

3. Tahap Kerja

a. Terapis meminta klien untuk :

1) Menentukan prioritas nilai –nilai positif terkait Stroke yang dimiliki untuk dilatih
2) Menentukan prioritas nilai –nilai positif terkait ansietas yang dimiliki untuk dilatih
3) Mengikuti dan mengulang kembali cara yang sudah dicontohkan oleh terapis sesuai dengan nilai yang dipilih oleh klien
4) Berlatih berperilaku sesuai dengan nilai yang dipilih
5) Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian

b. Memberikan reinforcement positif pada klien

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi

a) Menanyakan perasaan klien setelah sesi III selesai

b) Mengevaluasi kemampuan klien untuk berlatih berperilaku sesuai dengan nilai yang dipilih klien terkait stroke ansietas

c) Mengevaluasi perasaan setelah melatihh nilai positif klien

d) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.

b. Tindak lanjut :

Menganjurkan klien untuk terus melakukan berlatih dengan nilai –nilai positif terkait stroke, ansietas

c. Kontrak :

a) Menyepakati topik sesi IV yaitu komitmen yaitu berkomitmen berlaatih sesuai dengan nilai –nilai positif yang dimiliki oleh klien terkait stroke, ansietas dan cara mencegah kekambuhan.

b) Menyepakati tempat dan waktu untuk pertemuan sesi IV.

3.3.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi III : Berlatih Menerima Kejadian Menggunakan Nilai Yang Dipilih Klien

Klien : Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu membuat prioritas nilai –nilai positif terkait stroke yang akan dilatih		
3	Mampu membuat prioritas nilai –nilai positif terkait ansietas yang akan dilatih		
4	Mampu mempraktekkan kembali cara berperilaku yang baik sesuai diajarkan terapis		
5	Mampu berlatih berperilaku sesuai dengan yang diajarkan dengan memasukkan kejadwal kegiatan harian		
6	Aktif dalam diskusi		

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat ACT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 3, klien mampu berlatih memperbaiki perilaku dengan menerima kejadian sesuai nilai yang dipilih, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 4. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 3, klien belum mampu berlatih memperbaiki perilaku dengan menerima kejadian sesuai nilai yang dipilih, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

3.4 Sesi IV : Komitmen dan Mencegah kekambuhan

Kunci untuk berkomitmen dan mencegah kekambuhan. Tahap-tahap komitmen antara lain siklus nilai, tujuan, tindakan, hambatan, dan menghentikan hambatan. Mengidentifikasi dan mengelola perilaku dan gejala akan membantu mengurangi jumlah dan keparahan relaps/kekambuhan (fase prodormal). Pengajaran untuk klien dan keluarga adalah intervensi efektif yang dapat memberikan mereka kendali atas kehidupan mereka dan menurunkan jumlah atau panjang rawat inap. Semakin banyak penelitian telah menunjukkan penurunan yang signifikan dalam tingkat kambuhan sebagai hasil dari intervensi psiko-pendidikan (Magliano et al, 2006).

Komitmen menyatakan apa yang penting untuk individu dan mereka akan menggarisbawahi pilihan yang telah dibuat (Stuart & Sundeen, 1991). Komitmen juga dapat memandu seseorang menuju kejalan yang lebih baik atau keluar dari situasi yang tidak aman. Sehingga dengan berkomitmen akan mempengaruhi respon emosi dan koping individu untuk bereaksi terhadap adanya stressor dimana diharapkan akan mengurangi efek kekambuhan pada klien.

3.4.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi IV : Komitmen untuk melakukan nilai yang dipilih dan Mencegah kekambuhan

A. Tujuan

Klien mampu :

a. Klien mampu mendiskusikan tentang apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangnya stroke dan ansietasnya
b. Mengidentifikasi rencana yang akan dilakukan klien untuk mempertahankan nilai positif klien terkait stroke dan ansietasnya

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

c. Mengidentifikasi apa yang akan dilakukan oleh klien untuk meningkatkan kemampuan dalam melakukan nilai positif terkait stroke dan ansietas klien

d. Menyebutkan manfaat pengobatan

B. Setting

Klien duduk di ruangan dengan terapis dalam suasana yang tenang dan nyaman

C. Alat

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

D. Metode

Diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan

a. Mengingatkan klien minimal 1 hari sebelumnya

b. Mempersiapkan diri, tempat dan waktu

2. Tahap Orientasi

a. Salam terapeutik :

b. Evaluasi:

a) Menanyakan perasaan klien hari hari ini

b) Menanyakan tanda dan gejala Stroke dan ansietas pada klien

c. Validasi

a) Menanyakan latihan spiritual untuk menerima, meleburkan dan menyadari peristiwa, pikiran, perasaan serta dampak perilaku akibat stroke

b) Menanyakan kemampuan untuk mengidentifikasi nilai - nilai positif yang dimiliki oleh klien terkait stroke dan ansietas

c) Meredemonstrasikan kemampuan melatih nilai yang sudah dipilih klien terkait stroke dan ansietas

d. Kontrak :

a) Menyepakati topik pertemuan pada sesi 4 yaitu menentukan komitmen dan mempertahankan kemampuan yang telah dikuasai.

b) Lama waktu pertemuan 30 menit di ruangan yang dirasa nyaman oleh klien dan terapis.

c) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dalam diskusi dan mengikuti sesi dari awal sampai akhir.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

3. Tahap Kerja

a. Terapis menanyakan kepada klien tentang komitmen yang dimiliki klien yaitu apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangnya stroke dan ansietas
b. Terapis menganjurkan klien untuk mendiskusikan tentang apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangnya nilai yang negatif terkait stroke, ansietas
c. Terapis kemudian meminta klien untuk menuliskannya kedalam buku kerja
d. Terapis menanyakan apa yang akan dilakukan klien untuk mempertahankan dan meningkatkan nilai positif terkait stroke
e. Terapis kemudian meminta klien untuk menuliskannya kedalam buku kerja
f. Terapis menanyakan apa yang akan dilakukan oleh klien untuk mempertahankan meningkatkan kemampuan nilai positif terkait ansietas
g. Terapis kemudian meminta klien untuk menuliskannya kedalam buku kerja
h. Terapis menanyakan kepada klien apa keuntungan memanfaatkan pelayanan kesehatan
i. Terapis meminta klien untuk mengungkapkan manfaat pengobatan bagi klien

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi
   1) Menanyakan perasaan klien setelah sesi IV selesai
   2) Mengevaluasi kemampuan klien untuk berkomitmen untuk menghindari terulangnya stroke dan ansietas
   3) Mengevaluasi perilaku baru sesuai dengan nilai yang dipilih klien
   4) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.

b. Tindak lanjut :
   a) Menganjurkan klien untuk mempertahankan komitmen menjalani kegiatan sesuai nilai yang sudah dipilih oleh klien
   b) Menuliskan setiap kejadian, pikiran, perasaan serta dampak terhadap perilaku klien akibat stroke.

b. Kontrak :
   1) Mengakhiri pertemuan untuk ACT dan menyepakati bila klien memerlukan pertemuan tambahan.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.4.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktipan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi IV : Komitmen dan Mencegah kekambuhan

Klien : Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu menyebutkan apa yang akan dilakukan klien untuk menghindari berulangnya stroke dan ansietas		
3	Mampu menyebutkan rencana yang akan dilakukan untuk mempertahankan nilai positif terkait ansietas		
4	Mampu menyebutkan cara untuk meningkatkan kemampuan dalam melatih nilai positif terkait stroke		
5	Mampu menyebutkan cara untuk meningkatkan kemampuan dalam melatih nilai positif terkait ansietas		
6	Mampu menyebutkan keuntungan memanfaatkan pelayanan kesehatan		
7	Mampu menyebutkan manfaat pengobatan		
8	Mampu menyebutkan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan		

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat ACT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 4, klien mampu melakukan komitmen melakukan perilaku sesuai dengan nilai yang dipilih terhadap kegiatan atau peristiwa didalam kehidupan, klien mampu mengungkapkan rencana yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut, mampu mengungkapkan manfaat terapi modalitas ACT, klien dapat menyelesaikan tuntas ACT. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 4, klien belum mampu melakukan komitmen melakukan perilaku sesuai dengan nilai yang dipilih terhadap kegiatan atau peristiwa didalam kehidupan klien mampu mengungkapkan rencana yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut, mampu mengungkapkan manfaat terapi modalitas ACT, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Daftar Pustaka

Bintao, L. (2007). *Insight, Coping Strategies and Deficit Syndrome In Chronic Schizophrenia.* The Master of Science (Clinical Science), National University of Singapore, Singapore.

Corsini, R. J., & Wedding, D. (2011). *Current Psychotherapies* (Ninth ed.). Canada: Brooks/Cole, Cengage Learning.

Dahl, J., & Lundgren, T. (2009). *Living Beyond Your Pain: Using Acceptance and Commitment Therapy to Ease Chronic Pain*. Canada: New Harbinger Publications, Inc.

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 368–385.

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2011). The application of Acceptance and Commitment Therapy to problem anger. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*, 241-250.

Elmasri, Y. M. (2011). Effect of Educational Program on Insight into Illness and Attitudes toward Medications among Schizophrenic Patients. *Journal of American Science, 7*(3), 269-277.

Faget-Agius, C., Boyer, L., Padovani, R., Richieri, R., Mundler, O., Lançon, C., & Guedj, E. (2012). Schizophrenia with preserved insight is associated with increased perfusion of the precuneus. *Journal Psychiatry Neurosci, 37*(5), 297-304. doi: DOI: 10.1503/jpn.110125

Fontaine, K. L. (2009). *Mental Health Nursing* (6th ed.). New Jersey: Pearson Publisher, Inc.

Gaudianoa, B. A., & Herberta, J. D. (2006). Acute Treatment of Inpatients with Psychotic Symptoms Using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot Results. *Behaviour Research and Therapy Journal, 44*. doi: 10.1016/j.brat.2005.02.007

Gutiérrez-Zotes, J. A., Valero, J., Cortés, M. J., Labad, A., Ochoa, S., Ahuir, M., . . . Salamero, M. (2012). Spanish Adaptation of the Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) for Schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr, 40*(1), 2-9.

Harris, R. (2006). Embracing Your Demons: an Overview of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychitherapy in Australia, 12*(4), 1-8.

Harris, R. (2009). *ACT Made Simple on Acceptance and Commitment Therapy*. Canada: New Harbinger Publications, Inc.

Hayes, S. C. (2005) Your Mind & Into Your Life: The New ACT. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.

Hayes, S. C., & Twohig, M. (2008). *ACT Verbatim for Depression & Anxiety: Annotated Transcripts for Learning Acceptance & Commitment Therapy*. Canada: New Harbinger Publications, Inc.

Hofmann, S. G., & Weinberger, J. (2007). *The art and science of psychotherapy*. New York: Routledge.

Ibrahim, A. S. (2011). *Stroke spliting personality* (1 ed.). Tangerang: Penerbit Jelajah Nusa.

Isaacs, A. (2005). *Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatri* (M. Ester, Trans. 3 ed.). Jakarta: EGC.

Jordan, K. (2008). *The Quick Theory Reference Quide: A Resource for Expert and Novice Mental Health*. New York: Nove Science Publisher, Inc.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapist.* Canada: New Harbinger Publication, Inc.

Masudaa, A., Hayesa, S. C., Fletchera, L. B., Seignourelb, P. J., Buntinga, K., Herbsta, S. A., . . . Lillisa, J. (2007). Impact of Acceptance and Commitment Therapy Versus Education on Stigma Toward

People with Psychological Disorders. *Behaviour Research and Therapy Journal, 45*, 2764–2772. doi: 1 0.1016/j.brat.2007.05.008

O'Donohuw, W., & Fisher, J. E. (2008). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (2nd ed.). Canada: John Wiley & Sons, Inc.

Puri, B. K., Laking, P., & Treasaden, I. H. (2011). *Buku Ajar Psikiatri* (W.M.Roan & H. Hartono, Trans. Edisi 2 ed.). Jakarta: EGC.

Ramadan, E. S., & Dod, W. A. E. (2010). Relation Between Insight and Quality of Life in Patients With Schizophrenia: Role of Internalized Stigma and Depression. *Current Psychiatry*, *17*(3), 43-48.

Ruzanna, Z., Marhani, M., Parveen, K., & Cheah, Y. C. (2010). Does Psychoeducation Improve Insight of Patients with Schizophrenia? *Medical Journal Psychiatric Online Wearly*, *8*(1), 34-40.

Sandoz, E. K., Sandoz, E., Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders: A Process-Focused Guide to Treating Anorexia and Bulimia*. New York: New Harbinger Publications.

Semiun, Y. (2006). *Kesehatan mental Gangguan-gangguan mental yang sangat berat, simtomatologi, proses diagnosis, dan proses terapi gangguan-gangguan mental* (3 ed.). Yogyakarta: Penerbit Kanisius.

Sulistiowati, N. M. D. (2012). *Pengaruh Acceptance and Commitment Therapy Terhadap Gejala dan Kemampuan Klien Dengan Penerimaan diri ansietas dan Halusinasi Di RSMM Bogor Tahun 2012.* Magister Keperawatan Kekhususan Jiwa, Universitas Indonesia, Depok.

Whitea, R., Gumleya, A., McTaggarta, J., Rattriea, L., McConvillea, D., Clearea, S., & Mitchellb, G. (2011). A feasibility Study of Acceptance and Commitment Therapy for Emotional Dysfunction Following Psychosis. *Behaviour Research and Therapy Journal*, *49*, 901-907. doi: 10.1016/j.brat.2011.09.003

WHO. (2007). Schizophenia and publich health. Genewa: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization

Widuri, E. (2012). *Pengaruh Terapi Acceptance and Commitment Therapy Terhadap Ketidakberdayaan Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Fatmawati.* Magister Keperawatan Kekhususan Jiwa, Universitas Indonesia, Depok.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

BUKU KERJA
PSIKOEDUKASI KELUARGA
DENGAN KLIEN DI UNIT UMUM

Nama Klien :

Nama Caregiver :

PROGRAM STUDI NERS SPESIALIS KEPERAWATAN JIWA

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS INDONESIA

2016

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

IDENTITAS KELUARGA

Nama klien :

Nama anggota keluarga :

-

-

-

-

Alamat :

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

PSIKOEDUKASI PADA KELUARGA DENGAN KLIEN DI UNIT UMUM

Psikoedukasi keluarga adalah tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan pada keluarga dengan anggota keluarganya mengalami gangguan kesehatan baik penyakit fisik maupun gangguan jiwa. Keluarga menjadi bagian penting yang dapat mempengaruhi kesehatan anggota keluarga yang lain karena keluarga yang akan merawat anggota keluarga yang sakit di rumah. Karena itu diperlukan pengetahuan dan kemampuan mengatasi masalah yang baik, agar walaupun salah satu anggota keluarga mengalami sakit fisik tidak kesulitan dalam memberikan bantuan atau perawatan dan keseimbangan keluarga tetap terjaga.

Terapi ini dilakukan dalam 5 sesi yaitu:

Sesi I : Identifikasi masalah keluarga

Pada sesi ini keluarga dilatih mengenal masalah yang dihadapi dalam merawat anggota keluarganya yang sakit, dan mengenal masalah yang dihadapi keluarga tersebut ketika merawat dan hal ini berhubungan dengan kondisi kesehatan dirinya maupun pelaksanaan kegiatan harian yang lain.

Sesi II : Cara merawat klien stroke dengan HDR dan ansietas

Sesi ini membahas tentang cara merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan fisik dan psikis sehingga keluarga mempunyai pemahaman yang baik tentang penyakit dan mampu mempraktikkan cara merawat anggota keluarganya

Sesi III : Manajemen stress keluarga

Pada sesi ini perawat atau terapis akan mengajarkan cara mengatasi ketegangan, kekhawatiran yang dialami keluarga ketika merawat anggota keluarganya yang sakit. 3-4 latihan mengenal stres yang dialami keluarga dan latihan cara mengatasi ketegangan atau stres akan dilakukan pada sesi ini untuk mengatasi stres yang dialami.

Sesi IV : Manajemen beban keluarga

Sesi ini akan membahas tentang beban yang dialami keluarga ketika merawat anggota keluarganya yang sakit dan akan dilatih cara mengatur atau mengelola beban yang dialami keluarga

Sesi V : Pemberdayaan komunitas untuk membantu keluarga

Pada sesi ini, perawat atau terapis akan membantu keluarga mengidentifikasi atau mengenalkan sumber daya masyarakat yang dapat digunakan untuk merawat anggota keluarganya yang sakit.

Setiap sesi dilakukan selama 45-60 menit. Setiap sesi tidak terbatas untuk dilakukan dalam satu pertemuan. Penjelasan untuk setiap sesi akan dibahas selanjutnya.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI I: PENGKAJIAN MASALAH KELUARGA

Sesi pertama dilakukan untuk menemukan masalah yang dihadapi keluarga ketika merawat anggota keluarga yangs sakit. Pada sesi ini terapis dan keluarga bersama-sama mengidentifikasi masalah yang timbul di keluarga karena merawat anggota keluarga yang sakit. Tindakan ini mengikutsertakan seluruh anggota keluarga yang terpengaruh dan terlibat dalam perawatan klien, terutama *caregiver.* Hal yang perlu diidentifikasi adalah makna penyakit klien (penyakit fisik atau penyakit gangguan jiwa) bagi keluarga dan dampaknya pada orangtua, anak, saudara kandung, dan pasangan. Pada sesi ini di latih mengenal masalah dalam merawat, bagi masalah yang berhubungan dengan cara merawat penyakitnya maupun masalah yang dihadapi keluarga yang berhubungan dengan kondisi kesehatan keluarga dan pelaksanaan peran oleh keluarga itu sendiri.

Tujuan dari sesi I:

1. Peserta dapat menyepakati kontrak program psikoedukasi keluarga
2. Peserta mengetahui tujuan program psikoedukasi keluarga
3. Peserta mendapat kesempatan untuk menyampaikan pengalamannya dalam merawat klien dengan sakit fisik atau psikis yang dialami oleh klien (masalah karena klien sakit dan masalah pribadi yang dirasakan karena merawat)
4. Peserta dapat menyampaikan keinginan dan harapannya selama mengikuti program psikoedukasi keluarga

Petunjuk Mengikuti Sesi I

Bagi Caregiver:

1. Coba ingat-ingat kembali masalah yang berhubungan dengan diri anda dan hadapi ketika harus merawat anggota keluarga yang sakit (misalnya: masalah kondisi kesehatan dan masalah pelaksanaan peran harian)
2. Coba ingat-ingat masalah atau kesulitan yang muncul saat anggota keluarga yang sakit (masalah cara merawat yang sakit) dan tuliskan pada kolom yang telah disediakan.
3. Selanjutnya coba anda ingat yang anda harapkan atau inginkan dari masalah yang muncul tersebut.. jangan lupa tuliskan pada kolom berikutnya

Bagi anggota keluarga yang lain:

1. Bila ada anggota keluarga yang lain, beri kesempatan bagi anggota keluarga anda secara bergiliran untuk menyampaikan masalah yang berhubungan dengan diri anda dan hadapi ketika harus merawat anggota keluarga yang sakit (misalnya: masalah kondisi kesehatan dan masalah pelaksanaan peran harian)

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2. Coba ingat-ingat masalah yang muncul karena anggota keluarga yang sakit (masalah cara merawat yang sakit)
3. Tuliskan pada kolom yang telah disediakan. Selanjutnya coba anda ingat yang anda harapkan atau inginkan dari masalah yang muncul tersebut.. jangan lupa tuliskan pada kolom berikutnya

SESI I. PENGKAJIAN MASALAH KELUARGA

Sesi I Psikoedukasi Keluarga: Pengkajian Masalah Keluarga (*caregiver*)

No	Masalah pribadi dalam merawat	Masalah dalam merawat klien stroke dengan ansietas
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI II: CARA MERAWAT KLIEN DENGAN SAKIT FISIK

Penjelasan:

1. Sesi II ini berfokus untuk membahas mengenai masalah yang dialami oleh klien. Keluarga akan berbagi cara merawat klien yang selama ini dilakukan dan kemudian membahas bersama-sama perawat mengenai cara merawat yang baik.
2. Keluarga kemudian dilatih oleh perawat untuk melakukan perawatan langsung pada klien.

Tujuan sesi II:
1. Keluarga mengetahui tentang kondisi yang dialami oleh klien
2. Keluarga mengetahui tentang pengertian, gejala, penyebab, perkembangan penyakit yang diderita anggota keluarga , perawatan yang harus dilakukan dan terapi yang dapat diberikan kepada klien gangguan jiwa
3. Keluarga mengetahui cara merawat klien dengan sakit fisik di rumah
4. Keluarga mampu memperagakan cara merawat klien dengan sakit fisik dan psikis klien (cemas, khawatir) di rumah

Psikoedukasi keluarga ini terbukti berdampak positif pada klien. Dampak positif dari program psikoedukasional yaitu bahwa dengan memberikan informasi mengenai penyakit klien pada keluarga dan memberikan saran mengenai koping yang baik, akan menurunkan kecemasan atau kekhawatiran yang dialami oleh klien akibat penyakit fisik yang dialami

Petunjuk Mengikuti sesi II

1. Dengarkan informasi kesehatan tentang penyakit dan cara perawatan yang disampaikan oleh terapis atau perawat
2. Tanyakan jika ada yang kurang jelas
3. Cobalah praktikkan cara merawat klien dengan sakit fisik untuk mendapatkan masukkan dari terapi atau perawat
4. Kenali masalah yang dialami klien dan tuliskan dalam kolom masalah yang dialami klien
5. Diskusikan bersama terapis atau perawat cara mengatasi masalah tersebut dan praktikkan, kemudian setelah selesai mempraktikkan catat cara mengatasi masalah klien tersebut tuliskan dalam kolom cara mengatasi masalah

SESI II: CARA MERAWAT ANGGOTA KELUARGA YANG SAKIT

No	Masalah yg dialami klien	Cara mengatasi masalah
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI III: CARA MENGATASI STRESS KELUARGA
(Manajemen Stress Keluarga)

Sesi III dari FPE adalah sesi untuk membantu mengatasi masalah masing-masing individu keluarga yang muncul karena merawat klien. Stress akan terjadi terutama pada *caregiver* yang setiap saat berinteraksi dengan klien. Pada sesi III ini, perawat mengajarkan cara-cara manajemen stress pada seluruh anggota keluarga, terutama *caregiver.*

Pada sesi III, anda akan mendapatkan atau dijelaskan tentang stres/ketegangan, khawatir dan cara mengatasinya. Tujuan dari pelaksanaan sesi ini adalah:

1. Keluarga mampu berbagi pengalaman dengan anggota keluarga lain tentang stres yang dirasakan akibat salah satu anggota mengalami sakit fisik
2. Keluarga mendapatkan informasi tentang cara mengatasi stres yang dialami akibat salah satu anggota mengalami sakit fisik dalam keluarga
3. Keluarga mampu mendemonstrasikan cara mengatasi stres
4. Keluarga dapat mengatasi hambatan dalam mengurangi stres

Petunjuk Mengikuti sesi III

1. Dengarkan informasi kesehatan tentang stres, tanda dan gejala stres dan cara mengatasinya
2. Tanyakan jika ada yang kurang jelas
3. Cobalah praktikkan cara mengatasi stres yang sudah diajarkan untuk mendapatkan masukkan dari terapi atau perawat
4. Kenali tanda-tanda stres yang dialami keluarga dan tuliskan dalam kolom tanda-tanda stres yang dialami satu per satu
5. Diskusikan bersama terapis atau perawat cara mengatasi tanda-tanda stres tersebut dan praktikkan, kemudian setelah selesai mempraktikkan catat cara mengatasi masalah klien tersebut tuliskan dalam kolom cara mengatasi stres

Dengarkan Penjelasan Perawat atau Terapis dan Tanyakan jika ada yang belum jelas..... Praktikkan cara mengatasi stress yang diajarkan sampai anda bida mencobanya sendiri

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Apa itu Stres?

Stress adalah kondisi ketidakseimbangan yang terjadi saat ada kesenjangan keinginan individu dalam lingkungan internal atau eksternalnya dengan kemampuannya untuk menghadapi keinginan-keinginan tersebut.

Apa penyebab Stres?

Stressor adalah semua hal yang dapat menyebabkan stress. Kondisi klien dengan *schizophrenia* dapat menjadi stressor tersendiri bagi keluarga. Setiap stressor dapat dihadapi dengan memiliki kemampuan koping yang baik. Untuk meningkatkan kemampuan koping yang baik, diperlukan manajemen stress yang tepat.

Apa saja tanda-tanda orang yang mengalami stres?

1. Sering sakit kepala
2. Bahu & tengkuk kaku sakit
3. Gigi gemeratak
4. Bicara gagap/terbata-bata
5. Tangan dan bibir gemetar
6. Leher, punggung sakit
7. Telinga berdengung
8. Wajah merah & tegang
9. Banyak keringat dingin
10. Tangan dan kaki dingin
11. Mulut kering
12. Kadang sulit menelan
13. Sering pilek atau herpes
14. Ruam pada kulit & gatal
15. Sering terkena alergi
16. Mual, mulas, sakit perut
17. Sering bersedawa
18. Perut kembung
19. Diare, kadang sulit BAB
20. Kesulitan bernapas
21. Dada terasa sesak
22. Kadang tiba-tiba panik
23. Nyeri dada
24. Dada berdebar-debar
25. Denyut nadi cepat
27. Sering buang air kecil
28. Rasa khawatir & bersalah
29. Cepat marah
30. Cepat tersinggung
31. Bermusuhan
32. Merasa sedih
33. berganti suasana hati
34. Penurunan nafsu makan
35. Peningkatan nafsu makan
36. Sulit tidur, mimpi buruk
37. Sulit konsentrasi
38. Sulit memahami informasi
39. Mudah lupa
40. Sulit membuat keputusan
41. Merasa kewalahan
42. Merasa kesepian
43. Kurang minat beraktivitas
44. Tidak bisa tenang
45. Bicara cepat
46. curiga berlebihan
47. Banyak diam
48. Merasa cepat lelah/letih
49. Penurunan berat badan

Apakah anda alami beberapa tanda di atas.. Catat pada kolom tanda-tanda stres yang tersedia

Apa yang harus dilakukan jika mengalami stres tersebut?

Manajemen stress adalah berbagai cara yang digunakan oleh seseorang untuk mengurangi tekanan dan respon maladaptif lain terhadap stress dalam hidup. Cara tersebut antara lain:

1. Latihan napas dalam
2. Membaca, mendengar musik
3. Bercakap-cakap dengan orang lain
4. Melakukan latihan fisik/aktivitas
5. Latihan menghentikan pikiran
6. Latihan relaksasi otot progresif
7. Lakukan hipnotis lima jari
8. Berobat ke dokter jika tanda tak dapat diatasi

Jika anda sudah dilatih cara-cara di atas, anda dapat memilih cara tersebut untuk mengatasi stres yang anda alami. Tuliskan cara-cara mengatasi stres pada kolom yang telah disediakan pada kolom cara mengatasi stres yang dapat digunakan.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI III: CARA MENGATASI STRESS KELUARGA (Manajemen Stress Keluarga)

Sesi III Psikoedukasi Keluarga: Manajemen Stres Keluarga (*caregiver*)

No	Tanda-tanda stres yang dialami *caregiver*	Cara mengatasi stres yang dapat digunakan
1		
2		

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI IV: CARA MENGATASI BEBAN KELUARGA

(Manajemen Beban Keluarga)

Pada sesi IV ini perawat bersama-sama dengan seluruh anggota keluarga, membicarakan mengenai masalah yang muncul karena klien sakit dan mencari pemecahan masalah bersama-sama. Pada sesi ini sangat diperlukan kontribusi dari seluruh anggota keluarga untuk memecahkan masalah yang dirasakan keluarga.

Tujuan dari pelaksanaan sesi ini adalah:

1. Keluarga mengenal beban subjektif maupun objektif yang dialami keluarga akibat adanya anggota keluarga yang mengalami sakit fisik.
2. Keluarga mengetahui cara mengatasi beban yang dialami akibat adanya anggota keluarga yang sakit.
3. Keluarga mampu menjelaskan cara mengatasi beban yang telah diajarkan oleh perawat.
4. Semua anggota keluarga menyepakati cara mengatasi beban keluarga dan perannya masing-masing dalam mengatasi beban keluarga.

Petunjuk Mengikuti Sesi IV

1. Dengarkan informasi kesehatan tentang beban dan jenis beban dan cara mengelola beban yang dimiliki yang disampaikan oleh terapis atau perawat
2. Tanyakan jika ada yang kurang jelas
3. Cobalah praktikkan cara mengelola beban untuk mendapatkan masukkan dari terapi atau perawat
4. Kenali jenis beban yang dialami keluarga dan tuliskan dalam kolom beban keluarga
5. Diskusikan bersama terapis atau perawat cara mengelola beban atau mengatasi beban tersebut dan praktikkan, kemudian setelah selesai mempraktikkan catat cara mengatasi beban tersebut dalam kolom cara mengatasi beban

Dengarkan penjelasan dari perawat atau terapis, kenali lagi beban yang anda dialami selama merawat anggota keluarga yang sakit.... kemudian lakukan latihan cara mengatasi atau mengelola beban

Apa itu beban?

Beban keluarga merupakan beban atau efek yang muncul pada keluarga karena adanya anggota keluarga yang sakit

Apa saja jenis-jenis beban ?

1. Beban dapat bersifat subjektif atau objektif.
2. Beban objektif terkait dengan perilaku klien, penampilan peran, efek luas pada keluarga, kebutuhan akan dukungan, dan biaya yang dikeluarkan karena penyakit.
3. Beban subjektif adalah perasaan terbebani yang dirasakan oleh seseorang; bersifat individual dan tidak selalu berhubungan dengan bagian dari beban objektif.

Apa saja contoh jenis beban?

Beban objektif:
1. Kelelahan
2. Hambatan bersosialisasi dalan keluarga
3. Kesulitan dalam keuangan
4. Pandangan buruk masyarakat

Beban subyektif:
4. Perasaan sedih
5. Perasaan Kehilangan
6. Perasaan khawatir dan cemas
7. Perasaan tertekan

Bagaimana cara mengatasi atau mengelola beban dengan baik?

1. Komunikasikan secara terbuka apa yang dialami dengan anggota keluarga yang lain
2. Ungkapkan perasaan yang dialami secara baik dengan anggota keluarga yang lain
3. Adakan musyarawah dengan anggota keluarga lain untuk berbagi peran dalam merawat anggota keluarga yang sakit

Lakukan hal –hal berikut!

1. Coba anda kenali diri anda.. apakah merasakan beberapa jenis beban keluarga tersebut.... kemudian catat atau tuliskan pada kolom beban keluarga.
2. Setelah itu coba putuskan apa yang akan anda lakukan untuk mengatasi beban tersebut dan tuliskan pada kolom cara mengatasi beban

Selamat bekerja!

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI IV: CARA MENGATASI BEBAN KELUARGA

(Manajemen Beban Keluarga)

Sesi IV Psikoedukasi Keluarga : Manajemen Beban Keluarga (Care Giver)

No	Beban keluarga	Cara mengatasi beban
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI V: CARE GIVER MAMPU MENGUNGKAPKAN PERASAANNYA DALAM MERAWAT KLIEN STROKE DENGAN HDR DAN ANSIETAS TERHADAP ANGGOTA KELUARGA LAINNYA

Pada sesi V ini, akan dibahas mengenai pemberdayaan sumber-sumber di luar keluarga, yaitu di komunitas untuk membantu permasalahan di keluarga dengan sakit fisik.

Tujuan Sesi V:

1. Keluarga dapat mengungkapkan hambatan dalam merawat klien di rumah dengan anggota keluarga.
2. Menyebutkan cara mengatasi hambatan yang dirasakan Cara Giver dalam merawat klien dengan anggota keluarga

Lakukan langkah-langkah berikut:

1. Ingat hambatan yang dijumpai dalam merawat anggota keluarga yang sakit yang dari anggota keluarga, kemudian catat pada kolom hambatan dalam merawat klien dalam berhubungan dengan anggota keluarga
2. Ingat kembali dan kenali sumber pendukung yang ada di dalam keluarga yang bisa digunakan
3. Diskusikan dengan terapis cara menggunakan sumber pendukung keluarga, kemudian pilih beberapa alternatif sumber pendukung yang dapat digunakan untuk membantu hambatan yang *Care giver* alami dan kemudian tulis pada kolom cara mengatasi hambatan

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI V: CARE GIVER MAMPU MENGUNGKAPKAN PERASAANNYA DALAM MERAWAT KLIEN STROKE DENGAN HDR DAN ANSIETAS TERHADAP ANGGOTA KELUARGA LAINNYA

Sesi V Psikoedukasi Keluarga : Care Giver Mampu Mengungkapkan Perasaannya Dalam Merawat Klien Stroke Dengan Hdr Dan Ansietas Terhadap Anggota Keluarga Lainnya

No	Hambatan dalam merawat klien	Menyebutkan cara mengatasi hambatan
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

CATATAN HARIANKU (*Caregiver*)

Tanggal	No	Cara yang digunakan	Hasil

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

CATATAN HARIANKU (Anggota keluarga lain)

Tanggal	No	Cara yang digunakan	Hasil

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

BUKU KERJA
TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN (TPK)
(PSIKOTERAPI UNTUK INDIVIDU)

Disusun Oleh:
Prof. Dr. Budi Anna Keliat, M.App.Sc
Ns. Ice Yulia Wardani, S.Kep, Ns, M.kep., Sp.Kep.Jiwa
Ns. Ni Made Dian Sulistiowati, S.Kep, M.kep., Sp.Kep.Jiwa
Ns. Jek Amidos Pardede, S.Kep
Ns.Abdul Jalil, S.Kep
Ns. Encik Putri Ema Komala,S.Kep
Ns. Renta Sianturi, S.Kep

PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2016

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

JADWAL PELAKSANAAN TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN

SESI 1 : **Latihan Menerima, Meleburkan Dan Menyadari : Kejadian, Pikiran, Perasaan Dan Dampak Terhadap Perilaku Terkait Stroke**

a. Membina hubungan saling percaya dengan terapis.
b. Mengidentifikasi kejadian buruk/tidak menyengkan yang dialami terkait stroke yang dialami
c. Mengidentifikasi pikiran yang muncul dari stroke yang dialami
d. Mengidentifikasi respon yang timbul dari stroke yang dialami
e. Mengidentifikasi upaya/perilaku yang muncul dari pikiran dan perasaan yang ada terkait stroke yang dialami
f. Latihan menerima, meleburkan dan menyadari:peristiwa/ kejadian, pikiran, perasaan dan dampaknya terhadap perilaku

SESI 2 : Mengenali keadaan saat ini dan nilai-nilai berdasarkan pengalaman mengalami stroke, ansietas dan harga diri rendah

a. Mengidentifikasi keadaan saat ini terkait dengan stroke, ansietas
b. Mengidentifikasi nilai –nilai yang dimiliki klien saat ini terkait stroke (Putus obat, kambuh lagi, dirawat lagi, lelah dengan penyakit, tidak bisa sembuh, kontrol harus teratur, melakukan latihan yang diberikan fisioterapi, menjaga pola hidup, lebih menjaga pantangan)
c. Mengidentifikasi nilai – nilai yang dimiliki oleh klien terkait ansietas (takut strokenya membuat cacat seumur hidup, takut dijauhi oleh orang –orang disekitar klien, cemas akan ketergantungan dengan keluarga, takut tidak dapat melakukan tanggung jawab dalam keluarga, keluarga setiap hari menemani saat sakit, sanak saudara sering menjenguk, harus lebih banyak belajar dari pengalaman, menghilangkan pikiran yang menakutkan karena belum tentu terjadi, tarik nafas dalam, mendengarkan musik, cerita sama keluarga, merancang usaha yang akan dilakukan setelah pulang dari rumah sakit)

SESI 3 : Berlatih menerima kejadian menggunakan nilai yang dipilih klien

a. Memilih salah satu nilai positif yang dilakukan akibat dari pikiran dan perasaan yang timbul terkait kejadian tidak menyenangkan
b. Berlatih cara untuk mengatasi perilaku yang kurang baik yang sudah dipilih
c. Memasukkan latihan kedalam jadwal kegiatan harian klien

SESI 4 : Berkomitmen melakukan nilai yang dipilih dan mencegah kekambuhan

a. Klien mampu mendiskusikan tentang apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangnya stroke, ansietasnya

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

b. Mengidentifikasi rencana yang akan dilakukan klien untuk mempertahankan nilai positif klien terkait stroke, ansietasnya
c. Mengidentifikasi apa yang akan dilakukan oleh klien untuk meningkatkan kemampuan dalam melakukan nilai positif terkait stroke, ansietas klien
d. Menyebutkan keuntungan latihan
e. Menyebutkan manfaat pengobatan

Sesi 1

Latihan Menerima, Meleburkan Dan Menyadari : Kejadian, Pikiran, Perasaan Dan Dampak Terhadap Perilaku Terkait Stroke

Kode klien……. Tanggal ……

PENGETAHUAN

No	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Menyebutkan kejadian tidak menyenangkan terkait stroke			
1.				
2.				
3.				
4				
5				
	Menyebutkan pikiran yang muncul karena kejadian stroke			
1.				
2.				
3.				
4				
	Menyebutkan perasaan yang muncul karena kejadian stroke			
1.				

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.				
3.				
4.				
	Menyebutkan dampak terhadap perilaku akibat stroke			
1.				
2.				

KEMAMPUAN

No.	Kemampuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Upaya yang dilakukan untuk menerima, meleburkan dan menyadari : kejadian, pikiran, perasaan dan dampak terhadap perilaku terkait			
1.				
2.				
4.				

CARANYA

No.	Caranya	Pertemuan		
		1	2	3
	Upaya yang dilakukan untuk mengatasi pikiran dan perasaan yang muncul terkait kejadian tidak menyenangkan yang dialami:			
1.	Kegiatan spiritual : - Istiqfar, berdoa, baca kitab suci			
2.	Menarik nafas dalam			
3	Bercerita dengan orang keluarga			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI 2 :

Mengenali keadaan saat ini dan nilai-nilai berdasarkan pengalaman mengalami stroke dan ansietas

Kode klien……. Tanggal ……

PENGETAHUAN

No	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Menyebutkan keadaan saat ini			
1.				
2.				
3.				
	Menyebutkan nilai –nilai terkait stroke			
1.				
2.				
3.				
	Menyebutkan nilai – nilai terkait ansietas			
1.				
2				
3.				

KEMAMPUAN

No.	Kemampuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Menentukan nilai-nilai yang muncul akibat stroke:			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

1.				
2.				
3.				
	Menentukan nilai-nilai baik berdasarkan prioritas akibat stroke			
1.				
2.				
3.				
	Menentukan nilai-nilai buruk berdasarkan prioritas akibat stroke			
1.				
2.				
3.				
	Menentukan nilai-nilai yang muncul akibat ansietas			
1.				
2.				
3.				
	Menentukan nilai-nilai baik berdasarkan prioritas akibat ansietas			
1.				
2.				
3.				
	Menentukan nilai-nilai buruk berdasarkan prioritas akibat ansietas			
1.				
2.				
3.				

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

CARANYA

No.	Caranya	Pertemuan		
		1	2	3
	Menentukan nilai-nilai yang muncul akibat stroke : menyebutkan nilai apa saja			
1.	Putus obat			
2.	Kambuh lagi			
3.	Dirawat lagi			
4.	Tidak bisa sembuh			
5	Melakukan latihan yang diberikan fisioterapi			
6	Menjaga pola hidup			
	Menentukan nilai-nilai yang muncul terkait ansietas : menyebutkan nilai apa saja			
1.	Takut strokenya membuat cacat seumur hidup			
2.	Takut dijauhi oleh orang –orang disekitar klien			
3.	Cemas akan ketergantungan dengan keluarga			
4	Takut tidak dapat melakukan tanggung jawab dalam keluarga			
5	Menghilangkan pikiran yang menakutkan karena belum tentu terjadi			
6	Merancang usaha yang akan dilakukan setelah pulang dari rumah sakit			
7.	Mendengarkan musik			
8.	Cerita sama keluarga,			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

9.				
10				
	Memilih nilai baik terkait Stroke			
	Memilih nilai buruk terkait Stroke			
	Memilih nilai baik terkait ansietas			
	Memilih nilai buruk terkait ansietas			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI 3 :

Berlatih menerima kejadian menggunakan nilai yang dipilih klien

Kode klien……. Tanggal ……

PENGETAHUAN

No	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Menyebutkan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi stroke berdasarkan nilai yang sudah dipilih			
1.	Minum obat secara teratur			
2.	Olahraga Range of Motion sesuai dengan kemampuan			
3.	Mengatur Pola Makan (menghindari makanan yang dapat memicu terjadinya stroke berulang)			
	Menyebutkan manfaat tindakan yang dilakukan			
1.				
2.				
3.				
	Menyebutkan pendapatnya setelah tindakan dilakukan			
1.				
2.				
	Menyebutkan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi ansietas berdasarkan nilai yang sudah dipilih			
1.	Teknik relaksasi :Tarik nafas dalam			
2.	Teknik distraksi			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

3	Teknik Pengalihan			
4	Teknik Hipnotis lima jari			
	Menyebutkan manfaat tindakan yang dilakukan			
1.				
2.				
3.				
	Menyebutkan pendapatnya setelah tindakan dilakukan			
1.				
2.				

KEMAMPUAN

No.	Kemampuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Melakukan tindakan mengatasi stroke berdasarkan nilai yang dipilih			
1.				
2.				
3.				
	Melakukan tindakan mengatasi Ansietas berdasarkan nilai yang dipilih			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

CARANYA

No.	Caranya	Pertemuan		
		1	2	3
I	Latihan mengatasi stroke dengan nilai yang dipilih			
1.	Menjalani proses perawatan dan pengobatan sampai selesai			
2.	Melakukan control secara rutin dan teratur ke puskesmas atau rumah sakit			
3.	Tidak menghentikan minum obat secara sepihak			
4.	Melakukan latihan yang diajarkan fisioterapi			
5	Menjaga pola hidup			
II	Latihan mengontrol ansietas dengan relaksasi, distraksi, pengalihan dan hipnotis lima jari			
1	Mengontrol dengan cara relaksasi - Tarik Nafas Dalam			
2	Mengontrol ansietas dengan cara pengalihan - Berbincang –bincang dengan melaakukan hal yang disukai oleh klien			
3	Mengontrol ansietas dengan cara distraksi: - Dengan mendengar music			
4	Mengontrol ansietas dengan cara hipnotis lima jari			

SESI 4 :

Berkomitmen melatih nilai –nilai positif dan mencegah kekambuhan

Kode klien……. Tanggal ……

PENGETAHUAN

No	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

	Menyebutkan komitmen yang dibuat terkait stroke			
1.				
2.				
3.				
4.				
	Menyebutkan upaya mencegah kekambuhan terkait stroke			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
	Menyebutkan komitmen yang dibuat terkait ansietas			
1.				
2.				
3.				
4.				
	Menyebutkan upaya mencegah kekambuhan terkait ansietas			
1.				
2.				
3.				

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

4.				
5.				
6.				

KEMAMPUAN

No.	Kemampuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Melakukan tindakan untuk mencegah kekambuhan			
1.	Menjalani proses perawatan dan pengobatan sampai selesai			
2.	Melakukan control secara rutin dan teratur ke puskesmas atau rumah sakit			
3.	Tidak menghentikan minum obat secara sepihak			
4	Latihan mengontrol ansietas dengan relaksasi nafas dalam, distraksi, pengalihan dan hipnotis lima jari			

CARANYA

No.	Caranya	Pertemuan		
		1	2	3
I	Latihan mengatasi stroke dengan nilai yang dipilih			
1.	Menjalani proses perawatan dan pengobatan sampai selesai			
2.	Melakukan control secara rutin dan teratur ke puskesmas atau rumah sakit			
3.	Tidak menghentikan minum obat secara sepihak			
4.	Melakukan latihan yang diajarkan fisioterapi			
5	Menjaga pola hidup			
II	Latihan mengontrol ansietas dengan relaksasi,			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

	distraksi, pengalihan dan hipnotis lima jari			
1	Mengontrol dengan cara relaksasi - Tarik Nafas Dalam			
2	Mengontrol ansietas dengan cara pengalihan - Berbincang –bincang dengan melaakukan hal yang disukai oleh klien			
3	Mengontrol ansietas dengan cara distraksi: - Dengan mendengar music			
4	Mengontrol ansietas dengan cara hipnotis lima jari			
No.	Caranya	Pertemuan		
		1	2	3
	Latihan mengontrol ansietas dengan cara relaksasi, pengalihan, distraaksi dan hipnotis lima jari			
1.	Mengontrol ansietas dengan cara relaksasi - Tarik nafas dalam : Menarik nafas dalam melalui hidung ditahan didada dan dikeluarkan melalui mulut secara perlahan-lahan			
2.	Mengontrol ansietas dengan cara pengalihan. - Minta klien untuk membicarakan hal yang disukainya sehingga klien tidak terfokus terhadap ansietasnya.			
3.	Mengontrol ansietas dengan cara distraksi: - Melakukan hal yang disukai dengan mendengar musik, melakukan hobby klien yang dapat ditoleransi oleh klien			
4.	Mengontrol ansietas dengan cara hipnotis lima jari: 1. Menarik nafas dalam melalui hidung ditahan didada dan dikeluarkan melalui mulut secara			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

	perlahan-lahan 2. Tautkan ibu jari dengan jari telunjuk, bayangkan ketika tubuh anda begitu sehat 3. Tautkan ibu jari kepada jari tengah, bayangkan ketika anda mendapatkan hadiah atau barang yang sangat anda sukai 4. Tautkan ibu jari kepada jari manis, bayangkan ketika anda berada di tempat yang paling nyaman, tempat yang membuat anda merasa sangat bahagia 5. Tautkan ibu jari anda kepada jari kelingking, bayangkan ketika anda mendapat suatu penghargaan 6. Tarik nafas, buang perlahan, lakukan selama 3 kali			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

BUKU EVALUASI
PSIKOEDUKASI KELUARGA
DENGAN KLIEN STROKE DISERTAI ANSIETAS

Penyusun:

Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.App.Sc

Ns. Ice Yulia Wardani, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.J

Ns. Encik Putri Ema Komala, S.Kep

Ns. Renta Sianturi, S.Kep

PROGRAM STUDI NERS SPESIALIS KEPERAWATAN JIWA

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS INDONESIA

2016

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

PERTEMUAN I :
Sesi 1 dan 2
PENGKAJIAN MASALAH KELUARGA
CARA PERAWATAN KLIEN ANSIETAS

Kode Klien: …… Tanggal: ……

Sesi I : Pengkajian Masalah *Care Giver*

PENGETAHUAN: Mengenal masalah *Care Giver*

No	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Menyebutkan masalah pribadi yang dirasakan oleh Care giver			
1.				
2.				
3.				
4.				
	Menyebutkan masalah dalam merawat yang diraasakan oleh *Care Giver*			
1.				
2.				
3.				
4.				

KEMAMPUAN

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

No.	Kemampuan	Pertemuan		
		1	2	3
1.	Mengenal masalah pribadi yang dirasakan oleh *care giver*			
2.	Mengenal masalah dalam merawat klien stroke dengan ansietas oleh *Care giver*			

Sesi II : Perawatan Klien Stroke dengan ansietas

PENGETAHUAN: Merawat klien

No	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Stroke			
1.	Pengertian			
2.	Penyebab			
3.	Tanda dan gejala			
4.	Akibat			
5.	Penatalaksanaan			
6.	Prognosis			
	Ansietas			
1.	Pengertian			
2.	Penyebab			
3.	Tanda dan gejala			
4.	Akibat			
5.	Penatalaksanaan			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

KEMAMPUAN

No.	Kemampuan	Pertemuan		
		1	2	3
1	Mendemonstrasikan cara merawat klien Stroke a) Memenuhi kebutuhan ADL (*personal higiene,* makan dan minum) klien yang tidak dapat dilaakukan oleh klien b) Melatih gerakan ROM sesuai kemampuan klien c) Menjaga pola hidup klien d) Memberikan obat –obtan yang dibutuhkan oleh klien secara teratur e) Membawa klien kontrol f) Membawa ke rumah sakit jika melihat tanda – tanda kekambuhan klien stroke dengan metode *FAST (Face, Arm, Sensasion, Time)*			
3	Mendemonstrasikan cara merawat klien dengan ansietas: a) Cara melatih teknik relaksasi nafas dalam, b) distraksi, c) pengalihan d) hipnotis lima jari			

Pertemuan II:

Sesi III

MANAJEMEN STRES KELUARGA

PENGETAHUAN: Stres keluarga (*Care Giver*)

No.	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3
1.	Menyebutkan stress yang dialami			
2.	Menyebutkan tanda-tanda stress			
3.	Menyebutkan cara mengatasi stress			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

KEMAMPUAN

No.	Kemampuan	Pertemuan		
			1	2
1.	Melakukan relaksasi Tarik nafas dalam			
2.	Melakukan hipnotis lima jari			

Pertemuan III:
Sesi IV dan V
MANAJEMEN BEBAN KELUARGA
PEMBERDAYAAN KOMUNITAS MEMBANTU KELUARGA

PENGETAHUAN: Beban keluarga

No.	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3
1.	Menyebutkan beban keluarga			
2.	Menyebutkan dampak beban keluarga pada anggota lain			
3.	Cara mengatasi beban keluarga			

KEMAMPUAN

No.	Kemampuan	Pertemuan		
		1	2	3
1.	Meminta rujukan ke puskesmas			
2.	Mengurus BPJS			
3.	Dikucilkan			
4	Mengontrol ansietas yang dialami *Care giver*			
5				
6				
7				

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

PENGETAHUAN: Mengungkapkan perasaan *care giver* kepada anggota keluarga lainya

No.	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3
1.	Menyampaikan hambatan dalam merawat klien kepada anggota keluarga lainya			
2.	Menyampaikan hambatan berhubungan dengan anggota keluarga lainya			
3.	Cara mengatasi hambatan			

KEMAMPUAN

No.	Kemampuan	Pertemuan		
		1	2	3
1.	Cara mengatasi hambatan merawat klien			
2.	Mampu mengungkapkan perasaan kepadaanggota keluarga lainnya			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

BUKU EVALUASI

TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN (TPK)

(PSIKOTERAPI UNTUK INDIVIDU)

Disusun Oleh:

Prof. Dr. Budi Anna Keliat, M.App.Sc

Ns. Ice Yulia Wardani, S.Kep, Ns, M.kep., Sp.Kep.Jiwa

Ns. Ni Made Dian Sulistiowati, S.Kep, M.kep., Sp.Kep.Jiwa

Ns. Jek Amidos Pardede, S.Kep

Ns.Abdul Jalil, S.Kep

Ns. Encik Putri Ema Komala,S.Kep

Ns. Renta Sianturi, S.Kep

PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS INDONESIA

2016

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Sesi 1

Latihan Menerima, Meleburkan Dan Menyadari : Kejadian, Pikiran, Perasaan Dan Dampak Terhadap Perilaku Terkait Stroke

Kode klien……. Tanggal ……

PENGETAHUAN

No	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Menyebutkan kejadian tidak menyenangkan terkait stroke			
1.				
2.				
3.				
4				
5				
	Menyebutkan pikiran yang muncul karena kejadian stroke			
1.				
2.				
3.				
4				
	Menyebutkan perasaan yang muncul karena kejadian stroke			
1.				
2.				
3.				
4.				
	Menyebutkan dampak terhadap perilaku akibat stroke			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

1.				
2.				

KEMAMPUAN

No.	Kemampuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Upaya yang dilakukan untuk menerima, meleburkan dan menyadari : kejadian, pikiran, perasaan dan dampak terhadap perilaku terkait			
1.				
2.				
4.				

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI 2 :

Mengenali keadaan saat ini dan nilai-nilai berdasarkan pengalaman mengalami stroke, ansietas

Kode klien……. Tanggal ……

PENGETAHUAN

No	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Menyebutkan keadaan saat ini			
1.				
2.				
3.				
	Menyebutkan nilai –nilai terkait stroke			
1.				
2.				
3.				
	Menyebutkan nilai – nilai terkait ansietas			
1.				
2.				

KEMAMPUAN

No.	Kemampuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Menentukan nilai-nilai yang muncul akibat stroke:			
1.				
2.				

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

3.				
	Menentukan nilai-nilai baik berdasarkan prioritas akibat stroke			
1.				
2.				
3.				
	Menentukan nilai-nilai buruk berdasarkan prioritas akibat stroke			
1.				
2.				
3.				
	Menentukan nilai-nilai yang muncul akibat ansietas			
1.				
2.				
3.				
	Menentukan nilai-nilai baik berdasarkan prioritas akibat ansietas			
1.				
2.				
3.				
	Menentukan nilai-nilai buruk berdasarkan prioritas akibat ansietas			
1.				
2.				
3.				

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI 3 :

Berlatih menerima kejadian menggunakan nilai yang dipilih klien

Kode klien……. Tanggal ……

PENGETAHUAN

No	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Menyebutkan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi stroke berdasarkan nilai yang sudah dipilih			
1.	Minum obat secara teratur			
2.	Olahraga Range of Motion sesuai dengan kemampuan			
3.	Mengatur Pola Makan (menghindari makanan yang dapat memicu terjadinya stroke berulang)			
	Menyebutkan manfaat tindakan yang dilakukan			
1.				
2.				
3.				
	Menyebutkan pendapatnya setelah tindakan dilakukan			
1.				
2.				
	Menyebutkan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi ansietas berdasarkan nilai yang sudah dipilih			
1.	Teknik relaksasi :Tarik nafas dalam			
2.	Teknik distraksi			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

3	Teknik Pengalihan			
4	Teknik Hipnotis lima jari			
	Menyebutkan manfaat tindakan yang dilakukan			
1.				
2.				
3.				
	Menyebutkan pendapatnya setelah tindakan dilakukan			
1.				
2.				

KEMAMPUAN

No.	Kemampuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Melakukan tindakan mengatasi stroke berdasarkan nilai yang dipilih			
1.				
2.				
3.				
	Melakukan tindakan mengatasi Ansietas berdasarkan nilai yang dipilih			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

SESI 4 :

Berkomitmen melatih nilai –nilai positif dan mencegah kekambuhan

Kode klien……. Tanggal ……

PENGETAHUAN

No	Pengetahuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Menyebutkan komitmen yang dibuat terkait stroke			
1.				
2.				
3.				
4.				
	Menyebutkan upaya mencegah kekambuhan terkait stroke			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
	Menyebutkan komitmen yang dibuat terkait ansietas			
1.				
2.				
3.				
4.				
	Menyebutkan upaya mencegah kekambuhan terkait ansietas			
1.				

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

KEMAMPUAN

No.	Kemampuan	Pertemuan		
		1	2	3
	Melakukan tindakan untuk mencegah kekambuhan			
1.	Menjalani proses perawatan dan pengobatan sampai selesai			
2.	Melakukan control secara rutin dan teratur ke puskesmas atau rumah sakit			
3.	Tidak menghentikan minum obat secara sepihak			
4	Latihan mengontrol ansietas dengan relaksasi nafas dalam, distraksi, pengalihan dan hipnotis lima jari			

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Strategi Pelaksanaan Terapi Psiko Edukasi Keluarga

Pertemuan ke 1 sesi 1 dan 2

A. Proses Keperawatan

1. **Kondisi Klien**
   Keluarga sebagai responden yang akan merawat klien baik sejak dari rumah sakit dan dirumah. Keluarga yang sebagai responden yaitu c*are giver*.

2. **Diagnosa Keperawatan**
   Ansietas

3. **Tujuan**
   a. Peserta dapat menyepakati kontrak program psikoedukasi *Care giver*.
   b. Peserta mengetahui tujuan program psikoedukasi *Care giver*.
   c. *Care giver* mendapat kesempatan untuk menyampaikan masalah yang dirasakan dalam merawat anggota keluarga yang mengalami stroke dengan ansietas
   d. Care giver mendapatkan kesempatan menyampaikan masalah pribadi yang dirasakan dalam merawat anggota keluarga yang mengalami stroke dengan ansietas
   e. Menanyakan keinginan dan harapan *care giver* selama mengikuti psikoedukasi *Care giver*.

4. Media / Alat
   a. Alat Tulis
   b. Buku Kerja
   c. Format evaluasi
   d. Format dokumentasi

5. Metode
   a. Diskusi dan tanya jawab
   b. Curah pendapat

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

B. STRATEGI PELAKSANAAN TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN

Sesi 1 & 2 : Mengidentifikasi masalah dalam merawat dan maslah pribadi yang dirasakan oleh care giver; serta berlatih merawat klien stroke dengan ansietas

1. Fase Orientasi

a. Salam terapeutik

Selamat pagi bu. Saya Renta Sianturi dari FIK UI bu..

b. Evaluasi:

Bagaimana kabar Ibu saat ini? Apa yang dirasakan saat ini?

c. Validasi :

Apa saja bu yang ibu lakukan untuk merawat klien stroke selama ini?

d. Kontrak :

Baik bu. Sekarang kita akan berdiskusi bagaimana cara mengatasi masalah, beban, stres ibu sebagai care giver dalam merawat klien stroke dengan ansietas dengan psiko edukasi keluarga ya bu. Psiko edukasi keluarga ini terdiri dari 5 sesi yang akan saya buat menjadi 3 x pertemuan bu. Nah bu untuk pertemuaan 1 untuk sesi 1 dan 2, pertemuan ke 2 sesi 3 dan pertemuan ke 3 sesi 4 dan 5. Setiap sesi akan kita lakukan 45 -60 menit ya bu. Tempatny di sini saja. Peraturan selama terapi saya berharap bahwa saya akan selalu bertemu dengan ibu sejak dari awal hingga selesai terapi ini. Untuk sesi pertama ini kita akan mendiskusikan tentang masalah yang dihadapi oleh ibu dalam merawat dan maslah pribadi yang ibu rasakan selasa merawat klien. Waktunya selama 45 – 60 menit di sini saja atau mau diruang konsultasi bu? Baik di sini saja ya bu.

2. Tahap Kerja

Baik bu, sekarang coba ibu jelaskan apa masalah pribadi yang ibu rasakan dalam merawat suami ibu yang sedang stroke dengan ansietas bu? Oh baik. Nah sekarang coba ibu tuliskan lagi dalam buku kerja ini apa masalah ibu dalam merawat suami ibu dengan stroke? Baik bu, berarti masalah pribadi ibu yang ibu rasakan yaitu ibu merasa lelah, tekanan darah ibu meningkat, sedih, kwartir, merasa tidak berdaya karena selalu dimarahi oleh suami, dibilang istri yang tidak paus suami. Sementara masalah merawat yang ibu alami tidak dapat melatih ROM dan tidak tahu bagaimana cara mengatasi sifat klien yang jadi pemarah, mudah menangis dan gelisah. Baik bu apa harapan ibu selama mengikuti psiko edukasi keluarga ini bu? Baik ibu berharap supaya bapak tidak kambuh

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

lagi, tidak marah –marah lagi minum obat dan kontrolnya teratur. Baik bu Sekarang kita akan membahas tentang penyakit suami ibu, ibu apa sudah pernah dengar stroke? Apa yang ibu tahu tentang stroke, tanda dan gejala, dampaknya dan penanganannya bagaimana? Baik bu Stroke merupakan penyakit kronik yang menyerang pembuluh darah diotak. Tanda dan gejala yang terjadi, kelumpuhan pada sebagian atau bahkan seluruh tubuh, wajah mencong, bicara pelo, tidak bisa seimbang, tidak bisa berjalan, pingsan. Stroke berdampak menyebabkan kecacatan yang bersifat permanen dan sementara. Stroke tidak hanya berdampak pada fisik tetapi juga pada psikologis sehingga akan ditemukan perubahan emosi yang berubah dalam waktu yang singkat, marah – marah, sensitif, gelisah, takut, minder, malu ketemu dengan orang lain dan malas berbicaraa dengan orang lain. Lama kelamaan dapat mengalami depresi, bahkan mengalami resiko bunuh diri.

Penyakit stroke akan mengalami prognosis yang buruk jika tidak minum obat yang teratur, tidak rutin mengikuti kontrol dan jika tidak semangat dari dalam diri klien sehingga menyebabkn klien dapat mengalami stroke berulang dengan kondisi yang lebih buruk. Nah, ada beberapa faktor psikologis yang akan mempengaruhi kondisi kesehatan klien yakni kecemasan klien yang dapat berdampak fatal pada peningkatan tekanan darah klien. Sehingga kecemasan klien harus diatasi dengan cara relaksasi tarik nafas dalam, distraksi, pengalihan dan hipnotis lima jari. Sekaraang saya akan ajarkan bu cara tarik nafas dalam yaitu dengan tarik nafas melalui hidung dan buang pelan –pelan melalui mulut. Distraksi dengan cara menggunakan mengajak berbicara, penglihan dengan mendengarkan musik ataupun melakukan hal yang disukai oleh klien dan hipnotis lima jari. Nah sekarang coba ibu mencontohkan bu... Bagus sekali ibu... nah hit juga akan melatih ROM yang dimulai dari kepala ya bu, tetapi ibu harus perhatikan tekanan darah suami ibu kalau tensinya tinggi jangan dilakukan ROM ya bu.. boleh ibu contohkan kembali bagaimana cara melakukan ROM. Baik bu, ibu Luar Biasa Hebat..

3. Tahap Terminasi

a. Evaluasi :

Nah, sekarang apa yang ibu rasakan setelah selesai kita diskusi sesi 1 dan 2. Coba ibu ingat kembali apa itu stroke? Apa tanda dan gejala yang dapat ibu lihat,,, apa tanda dan gejala maslah psikologis klien teken stroke?? Baik bu, hebat abu.... ibu benar benar mengikuti dari awal sampai selesai

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

b. Tindak Lanjut :

Baik bu, jika ada masalah pribadi atau masalah yang ibu alami dalam merawat klien boleh ibu tambahkan dibuku kerja ya bu dan ibu tetap bisa melatih ROM untuk suami ibu dan ibu bisa melatih cara mengatasi ansietas.

c. Kontrak akan datang:

Baik bu untuk pertemuan besok kita akan mengatasi stres yang ibu rasakan seperti ibu cerita tadi ya bu, waktunya sama seperti tadi 45 – 60 menit di sini saja bu. Kalau begitu saya pamit ya bu...

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Strategi Pelaksanaan Terapi Psiko Edukasi Keluarga

Pertemuan ke 2 sesi 3

A. Proses Keperawatan

1. **Kondisi Klien**

   Keluarga sebagai responden yang akan merawat klien baik sejak dari rumah sakit dan dirumah. Keluarga yang sebagai responden yaitu c*are giver*. Care giver sudah mampu menceritakan maslah yang dirasakan dalam merawat klien dan masalah pribadi yang dirasakan klien, serta klien sudah mampu melakukan perawatan pas klien stroke dan mengatasi ansietas.

2. **Diagnosa Keperawatan**

   Ansietas

3. **Tujuan**

   a. *Care giver* mampu menceritakan tentang stres yang dirasakan akibat salah satu anggota mengalami stroke yang disertai ansietas

   b. *Care giver* mendapatkan informasi tentang cara mengatasi stres yang dialami akibat salah satu anggota mengalami ansietas

   c. *Care giver* mampu mendemonstrasikan cara mengatasi stress

   d. *Care giver* dapat mengatasi hambatan dalam mengurangi stres.

4. Media / Alat

   a. Alat Tulis

   b. Buku Kerja

   c. Format evaluasi

   d. Format dokumentasi

5. Metode

   a. Diskusi dan tanya jawab

   b. Curah pendapat

   c. Redemonstrasi

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

B. STRATEGI PELAKSANAAN TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN

Sesi 3 : Mengatasi stres yang dialami oleh klien

1. Fase Orientasi

a. Salam terapeutik

Selamat pagi bu. Saya Renta Sianturi dari FIK UI bu..

b. Evaluasi:

Bagaimana kabar Ibu saat ini? Apa yang dirasakan saat ini?

c. Validasi :

Apa saja bu yang sudah ibu lakukan untuk merawat klien stroke dari latihan kita kemarin? Bagaimana bu coba ibu praktikkan lagi bagaimana cara melakukan ROM dan mengatasi ansietas? Hebat sekali ya bu... ibu luar biasa.

d. Kontrak :

Baik bu. Sekarang kita akan berdiskusi bagaimana cara mengatasi, stres ibu sebagai *care giver* dalam merawat klien stroke dengan ansietas. Ibu sebagai *care giver* juga harus memperhatikan tingkat stres ibu, agar ibu bisa merawat suami ibu dengan baik. Waktunya selama 45 – 60 menit di sini saja atau mau diruang konsultasi bu? Baik di sini saja ya bu.

2. Tahap Kerja

Baik bu, sekarang kita akan membahas tentang stres yang ibu alami saat ini. Coba ibu di sini dibuku kerja ibu ada beberapa tanda dan gejala stres bu, apa saja tanda dan gejala stres yang terdapat pada ibu? Baik ibu berarti tanda dan gejala stres yang terdapat pada ibu yaitu sering sakit kepala, leher dan punggung sakit, wajah merah dan tegang, merasa sedih, cepat marah dan banyak diam. Apa yang ibu lakukan selama ini untuk mengatasi stres ibu selama ini? Oh. Baik bu, berarti selama ini semua ibu pendam saja di dalam hati ya bu. Bagaimana kalau saya melatih ibu dengan tarik nafas dalam dan relaksasi otot progresif. Langkah-Langkah RelaksasiOtot Progresif. Langkah awal yang dilakukan adalah sebuah ruang (dapat tertutup atauterbuka) yang memungkinkan udara bebas keluar masuk sangat dianjurkan. Adapunpun langkah –langkah relaksasi otot progresif yaitu:

a. Gerakan pertama

Ditujukan untuk melatih otot tangan yang dilakukan dengancara menggenggam tangan kiri sambil membuat suatukepalan. Klien diminta membuat kepalan ini semakin kuat.

b. Gerakan kedua adalah gerakan untuk melatih otot tangan bagian belakang. Gerakan inidilakukan dengan cara menekuk kedua lengan ke belakang padapergelangan tangan

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

sehingga otot-otot di tangan bagian belakang danlengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit-langit

c. Gerakan ketiga adalah untuk melatih otot-otot Biceps.Otot biceps adalah otot besar yangterdapat di bagian atas pangkal lengan. Gerakan ini diawali dengan menggenggam kedua tangan sehingga menjadi kepalankemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot-otot bicepsakan menjadi tegang.
d. Gerakan keempat ditujukan untuk melatih otot-otot bahu. Relaksasi untuk mengendurkanbagian otot-otot bahu dapat dilakukan dengan cara mengangkat keduabahu setinggi-tingginya seakan-akan bahu akan dibawa hingga menyentuhkedua telinga. Fokus perhatian gerakan ini adalah kontras ketegangan yangterjadi di bahu, punggung atas, dan leher.
e. Gerakan kelima adalah gerakan-gerakan yang ditujukan untuk melemaskan otot-otot diwajah.Otot-otot wajah yang dilatih adalah otot-otot dahi, mata, rahang, dan mulut. Gerakan untuk dahi dapat dilakukan dengancara mengerutkan dahi dan alis sampai otot-ototnya terasa dan kulitnyakeriput
f. Gerakan keenam
   Gerakan yang ditujukan untuk mengendurkan otot-otot mata diawalidengan menutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata
g. Gerakan ketujuh.
   Bertujuan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot-ototrahang dengan cara mengatupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi-gigisehingga ketegangan di sekitar otot-otot rahang
h. Gerakan kedelapan
   Ini dilakukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut.Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakanketegangan di sekitar mulut
i. Gerakan kesembilan dan Gerakan kesepuluh ditujukan untuk merilekskan otot-otot leher bagian depan maupun belakang. Gerakan diawalidengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan. Klien dipandu meletakkankepala sehingga dapat beristirahat, kemudian diminta untuk menekankan kepala pada permukaanbantalan kursi sedemikian rupa sehingga klien dapat merasakan ketegangan di bagian belakang leher danpunggung atas. Sedangkan gerakan kesepuluh bertujuan untuk melatih otot leher bagian depan. Gerakan ini dilakukan dengan cara membawa kepala ke muka, kemudian klien diminta untuk membenamkan daguke dadanya. Sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.
j. Gerakan kesebelas bertujuan untuk melatih otot-otot punggung. Gerakan ini dapat dilakukandengan cara mengangkat tubuh dari sandaran kursi, kemudian punggungdilengkungkan, lalu busungkan dada. Kondisi tegang dipertahankan selama 10 detik, kemudian rileks.Pada saat rileks, letakkan tubuh kembali ke kursi, sambilmembiarkan otot-otot menjadi lemas.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

k. Gerakan keduabelas dilakukan untuk melemaskan otot-otot dada. Pada gerakan ini, kliendiminta untuk menarik nafas panjang untuk mengisi paru-paru denganudara sebanyak-banyaknya. Posisi ini ditahan selama beberapa saat,sambil merasakan ketegangan di bagian dada kemudian turun ke perut.Pada saat ketegangan dilepas, klien dapat bernafas normal dengan lega.Sebagaimana dengan gerakan yang lain, gerakan ini diulangi sekali lagisehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan rileks.

l. Gerakan ketigabelas Bertujuan untuk melatih otot-otot perut.Gerakan ini dilakukandengan cara menarik kuat-kuat perut ke dalam, kemudian menahannya sampai perut menjadi kencang dank eras. Setelah 10detik dilepaskan bebas, kemudian diulang kembali seperti gerakan awal untuk perut ini.Gerakan 14 dan 15 adalah gerakan-gerakan untuk otot-otot kaki.Gerakan ini dilakukan secara berurutan.

m. Gerakan keempat belas bertujuan untuk melatih otot-otot paha, dilakukan dengan cara meluruskankedua belah telapak kaki (lihat gambar delapan) sehingga otot paha terasategang. Gerakan ini dilanjutkan dengan mengunci lutut (lihat gambardelapan), sedemikian sehingga ketegangan pidah ke otot-ototbetis.Sebagaimana prosedur relaksasi otot, klien harus menahan posisi tegang selama 10 detik baru setelah itu melepaskannya.

3. Tahap Terminasi

a. Evaluasi :

Nah, sekarang apa yang ibu rasakan setelah selesai kita diskusi sesi 3 yaitu mengatasi stres. Coba ibu ingat kembali apa tanda dan gejala stres yang ibu rasakan? Coba ibu mengulang kembali cara tarik nafta dalam dan relaksasi otot progresif? Baik bu,.... Ibu luar biasa bu...

b. Tindak Lanjut :

Jika ibu masih sering mengalami pegal pada leher ataupun pusing ibu boleh latih yang telah kita latih hari ini, sehingga stres ibu dapat teratasi. Hasil latihan ibu bisa ibu tulis di buku kerja ibu .

c. Kontrak akan datang:

Baik bu untuk pertemuan besok kita akan mengatasi beban yang ibu rasakan dalam merawat suami ibu dengan stroke dan ansietas, waktunya sama seperti hari ini 45 – 60 menit di sini saja bu. Kalau begitu saya pamit ya bu...

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Strategi Pelaksanaan Terapi Psiko Edukasi Keluarga

Pertemuan ke 3 sesi 4 dan 5

A. Proses Keperawatan

1. **Kondisi Klien**

   Keluarga sebagai responden yang akan merawat klien baik sejak dari rumah sakit dan dirumah. Keluarga yang sebagai responden yaitu c*are giver*. Care giver sudah mampu menceritakan maslah yang dirasakan dalam merawat klien dan masalah pribadi yang dirasakan klien, serta klien sudah mampu melakukan perawatan pada klien stroke dan mengatasi ansietas. Care giver sudah mampu melakukan tarik nafas dalam dan relaksasi otot progresif untuk manajemen stress

2. **Diagnosa Keperawatan**

   Ansietas

3. **Tujuan**

4. **Media / Alat**

   a. Alat Tulis
   b. Buku Kerja
   c. Format evaluasi
   d. Format dokumentasi

5. **Metode**

   a. Diskusi dan tanya jawab
   b. Curah pendapat
   c. Redemonstrasi

B. STRATEGI PELAKSANAAN TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN

Sesi 4 dan 5 : Mengatasi beban yang dialami oleh care giver dan membantu mengungkapkan perasaan terhadap anggota keluarga yang lain sert mampu mencari jalan

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

keluar atas hambatan yang dialami care giver dalam merawat anggota keluarga yang mengalami stroke

1. Fase Orientasi
   a. Salam terapeutik

      Selamat pagi bu. Saya Renta Sianturi dari FIK UI bu..

   b. Evaluasi:

      Bagaimana kabar Ibu saat ini? Apa yang dirasakan saat ini? Apakah ibu masih merasa pegal –pegal leher dan punggung ibu? Apa masih merasakan stres bu?

   c. Validasi :

      Apa saja bu yang sudah ibu lakukan untuk merawat klien stroke dari latihan kita kemarin? Bagaimana bu coba ibu praktikkan lagi bagaimana cara melakukan ROM dan mengatasi ansietas? Apa saja bu yang sudah ibu gunakan untuk mengatasi stres yang ibu alami.. coba ibu contohkan bu...Hebat sekali ya bu... ibu luar biasa.

   d. Kontrak :

      Baik bu. Sekarang kita akan berdiskusi bagaimana cara mengatasi beban yang ibu rasakan sebagai *care giver* dalam merawat klien stroke dengan ansietas. Ibu sebagai *care giver* juga harus memperhatikan kesehatan ibu terlebih secara psikologis, agar ibu bisa merawat suami ibu dengan baik, dan ibu sehat -sehat. Waktunya selama 45 – 60 menit di sini saja atau mau diruang konsultasi bu? Baik di sini saja ya bu.

2. **Tahap Kerja**

   Baik bu, sekarang kita akan membahas tentang beban yang ibu alami saat ini. Coba ibu lihat dibuku kerja ibu ada beberapa jenis beban bu coba ibu lihat yang mana beban yang ibu alami ? Baik bu berarti beban yang ibu alami merupakan beban objektif dan subjektif. Beban objektif itu kelelahan, dikucilkan masyarakat, kesulitan keuangan, sementara subjektifnya sedih, khawatir dan tertekan ya bu. Baik bu ada beberapa cara mengatasi beban yang ibu rasakan untuk dikucilkan masyarakat ada baiknya kita tetap bersosialisasi, karena takutnya itu hanya persepsi kita semata, kelelahan ibu bisa berganti dengan anggota keluarga yang lain untuk menjaga di rumah sakit, untuk masalah keuangan ibu bisa mengurus BPJS yang akan mengganti penanggung dana ibu selama di

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

RS bu, sehingga anggota keluarga tidak kesulitan dalam dana. Untuk sedih dan kekuatiran ibu bisa atasi dengan teknik penanganan stres yang kita pelajar kemarin bu.

Selain itu ibu bisa mengungkapkan apa yang ibu rasakan kepada anggota keluarga lainya untuk memahami hambatan yang ibu rasakan dalam merawat suami ibu sehingga anggota keluarga dapat mencari jalan keluar hambatan yang ibu rasakan. Sehingga hambatan yang ibu rasakan dapat dirasakan seluruh anggota keluarga sehingga semua anggota keluarga merasa memiliki dan menjadi sumber pendukung buat suami ibu.

3. **Tahap Terminasi**

a. Evaluasi :

Nah, sekarang apa yang ibu rasakan setelah selesai kita diskusi sesi 4 dan 5 yaitu mengatasi beban dan berbagi dengan anggota keluarga lainnya. Coba ibu ingat kembali beban apa yang yang ibu rasakan? Coba ibu mengulang kembali cara mengatasi beban dan hambatan dalam jerawat anggota keluarga dengan stroke dan ansietas?? Baik bu,.... Ibu luar biasa bu...

b. Tindak Lanjut :

c. Jika nanti masih ada beban yang ibu rasakan tetap diltih cara mengatasi beban, terlebih berbagi cerita hambatan ibu dalam merawat suami ibu.ibu boleh meananbahkan di buku kerja ibu tentangjenis beban dan cara penyelesaiannya hambatan dalam merawat suami ibu dengan stroke dan ansietas.

d. Kontrak akan datang:

Baik bu untuk pertemuan besok kita akan melakukan Post Test tentang kemampuan ibu sebagai *care giver* dalam merawat suami ibu dengan stroke dan ansietas. Baik bu, saya akhiri pertemuan kita tentang psiko edukasi keluarga dengan stroke dan ansietas, sampai ketemu besok pengukuran kemampuan keluarga..

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Strategi Pelaksanaan Terapi Penerimaan Komitmen

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

Terapis akan memberikan tepi penerimaan komitmen bagi klien yang mengalami stroke yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian. Dari hasil *pre-test* ditemukan klien mengalami penerimaan diri tidak baik dan ansietas serta diketahui juga kemampuan responden untuk mengatasi ansietas dan penerimaan diri klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Ansietas

3. Tujuan

a. Membina hubungan saling percaya dengan terapis.

b. Mengidentifikasi kejadian buruk/tidak menyengkan yang dialami terkait stroke yang dialami

c. Mengidentifikasi pikiran yang muncul dari stroke yang dialami

d. Mengidentifikasi respon yang timbul dari stroke yang dialami

e. Mengidentifikasi upaya/perilaku yang muncul dari pikiran dan perasaan yang ada terkait stroke yang dialami

4. Media / Alat
   a. Alat Tulis
   b. Buku Kerja
   c. Format evaluasi
   d. Format dokumentasi
5. Metode
   a. Diskusi dan tanya jawab
   b. Curah pendapat

B. STRATEGI PELAKSANAAN TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN

Sesi 1: Menerima, meleburkan dan menyadari : peristiwa/kejadian, pikiran, perasaan yang muncul, dampak terhadap perilaku

1. Fase Orientasi

a. Salam terapeutik

Selamat pagi Bapak/ Ibu X, masih ingat dengan saya Renta Sianturi mahasiswi dri

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

FIK UI.

b. Evaluasi:

Bagaimana kabar bapak/ Ibu X saat ini? Apa yang dirasakan saat ini bapak/ ibu x terkait dengan stroke yang dialaminya? Coba bapak/ ibu x ceritakan apa yang ibu rasakan setelah latihan mengontrol ansietas kemarin?

c. Validasi :

Apa saja upaya yang bapak/ ibu x lakukan untuk mengatasi kejadian stroke yang dialami? Coba bapak/ ibu x sebutkan lagi apa saja cara mengatasi ansietas?

d. Kontrak :

Baiklah bapak/ ibu X pagi ini kita akan mendiskusikan tentang kejadian stroke yang baoak/ ibu x alami dengan tujuan untuk mengetahui apa kejadian yang tidak menyenangkan yang ibu/ bapak x alami terkait stroke yang bapak/ ibu rasakan, apa pikiraan yang muncul, perasaan dan upaya yang bapak ibu lakukan terkait kejadian yang tidak menyenangkan terkait dengan stroke yang bapak/ ibu alami dan mampu menerima, meleburkan dan menyadarinya. “kita akan berdiskusi kurang lebih 45 – 60 menit ke depan, namun saya harus menjelaskan terlebih dahulu kesepakatan kita, bahwa bapak/ ibu x diharapkan tidak meninggalkan diskusi hingga pertemuan kita selesai. Pertemuan kita kali ini disebut dengan terapi penerimaan komitmen yang akan kita lakukan sebanyak 3 kali pertemuan dan terdiri dari 4 sesi. Setiap pertemuan kita membutuhkan waktu sekitar 45 – 60 menit ya bapak/ ibu x. Untuk pertemuan 1 kita akan mendiskusikan sesi 1, pertemuan ke 2 kita akan berdiskusi sesi 2 dan 3 dan pertemuan ke tiga kita akan diskusi sesi 4. Untuk pertemuan 1 kita tujuannya adalah untuk membina hubungan saling percaya dan mengidentifikasi kejadian buruk atau tidak menyenangkan yang dialami, pikiran yang dialami atau dirasakan dan respon perasaan (emosi dan perilaku) akibat kejadian tersebut, dan perilaku yang dilakukan berdasarkan pada pikiran dan perasaan yang terjadi terkait stroke yang dialami. Sesi ini akan dilakukan selama 45 – 60 menit di sini saja bapak/ ibu x

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

3. Tahap Kerja

" Baik bu, apa yang ibu/ bapak x ketahui tentang stroke? Sejak bapak/ibu mengalami stroke apa saja kejadian yang tidak menyenangkan yang bapak/ ibu x alami? Coba kita tuliskan langsung di buku kerja ya bu.. Setelah kejadian tersebut apa yang ibu/ bapak x pikirkan? Baik kita tuliskan lagi di buku kerja ya bu/ pak x. Kemudian apa yang ibu rasakan saat terjadi kejadian yang tidak menyenangkan tersebut? Boleh ibu tuliskan kembali di buku kerja bu. Apa perilaku yang bapak/ ibu x lakukan akibat kejadian tersebut? Baik, kita tulis langsung lagi di buku kerja ya bu. Apa saja upaya yang bapak/ ibu x lakukan untuk mengatasi pikiran, perasaan dan perilaku yang bapak/ ibu x alami? Oh baik. Boleh ibu tuliskan kembali di buku kerja ibu." Baik ibu berarti dapat kita simpulkan bahwa kejadian yang tidak menyenangkan yang ibu alami adalah berhenti dari pekerjaan, dijauhi teman –teman dan kelumpuhan pada setengah tubuh bapak/ ibu x. Sementara yang muncul dipikiraan bapak/ ibu x yaitu takut kalau nanti ditinggalkan oleh keluarga dan diterlantarkan, bingung, ibu cenderung fokus terhadap diri bapak/ ibu dan cenderung menyalahkan orang lain ya ibu/ bapak x. Yang ibu / bapak x rasakan yaitu sedih, kuatir, menyesal merasa tidak berdaya dan takut ya ibu/ bapak. Perilaku yang bapak/ ibu lakukan yaitu gelisah, malas melakukan apapun dan mudah marah. Berdasarkan yang bapak/ ibu x pikirkan, rasakan dan lakukan tersebut disimpulkan bapak/ ibu x mengalami ansietas. Upaya yang sudah ibu/ bapak x lakukan selama ini yaitu banyak berserah kepada Tuhan, banyak diam, marah – marah sama keluarga. Nah kalau begitu kita lihat sekarang keadaan ansietas bapak/ ibu x saat ini apakah sudah berkurang tanda dan gejala ansietasnya dari hari kemarin. Baik bapak/ ibu, dari hasil tanda dan gejala yang kita cek ternyata ada pengurangan tanda dan gejala ansietas dengan latihan kemarin, berarti yang masih ditemukan seperti yang ibu/ bapak x sebutkan tadi ya pak/ ibu x.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi :

Apa yang ibu rasakan setelah selesai kita diskusi sesi 1. Coba ibu sebutkan kejadian yang tidak menyenangkan, pikiran, perasaan dan perilaku yang muncul akibat kejadian tersebut. Luar Biasa ya bu, ibu masih ingat dan ibu memahami, menerima dan menyadarinya. Baik bu apa ada yang ingin ibu tanyakan lagi?

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

b. Tindak Lanjut :

Kalau begitu bu/ pak, jika ada kejadian yang tidak menyenangkan yang ibu rasakan terkait dengan stroke yang bapak/ ibu alami, pikiran, perasaan dan perilaku yang muncul terkait dengan kejadian tidak menyenangkan tersebut, bapak/ ibu boleh memasukkan ke dalam buku kerja yang bapak/ ibu miliki.

c. Kontrak akan datang:

Baik ibu, kita sudah berdiskusi tentang kejadian yang tidak menyenangkan, pikiraan, perasaan dan perilaku yang muncul atas kejadian tersebut, serta upaya yang sudah bapak/ ibu lakukan terkait dengan stroke. Pada pertemuan berikutnya kita akan mendiskusikan nilai –nilai yang bapak/ ibu miliki dan melatih nilai yang positif yang dimiliki oleh bapak/ ibu x sesuai dengan kesepakatan kita. Besok ketemunya pagi lagi ya bapak/ ibu dan kita ditempat yang sama laigi

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Strategi Pelaksanaan Terapi Penerimaan Komitmen

Pertemuan ke 2 sesi 2 dan 3

A. Proses Keperawatan

1. **Kondisi Klien**
   Klien sebagai responden sudah menerima, meleburkan dan menyadari kejadian, pikiran, perasaan dan perilaku akibat kejadian yang tidak menyenangkan serta upaya yang dilakukan selama ini.
2. **Diagnosa Keperawatan**
   Ansietas
3. **Tujuan**
   a. Mengidentifikasi keadaan saat ini terkait dengan stroke dan ansietas
   b. Mengidentifikasi nilai –nilai yang dimiliki klien saat ini terkait stroke
   c. Mengidentifikasi nilai – nilai yang dimiliki oleh klien terkait ansietas
   d. Mengidentifikasi nilai yang baik yang dimiliki klien terkait dengan kejadian tidak menyenangkan
   e. Mengidentifikasi nilai yang buruk yang dimiliki klien terkait dengan kejadian tidak menyenangkan
   f. Mengidentifikasi nilai yang baik yang dimiliki klien terkait dengan pikiran, perasaan dan perilaku yang muncul atas kejadian tidak menyenangkan
   g. Mengidentifikasi nilai yang buruk yang dimiliki klien terkait dengan pikiran, perasaan dan perilaku yang muncul atas kejadian tidak menyenangkan
   h. Berlatih nilai yang baik yang dipilih klien untuk mengatasi ansietas klien

4. Media / Alat
   a. Alat Tulis
   b. Buku Kerja
   c. Format evaluasi
   d. Format dokumentasi
5. Metode
   a. Diskusi dan tanya jawab
   b. Curah pendapat
   c. Demonstrasi

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

B. STRATEGI PELAKSANAAN TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN

Sesi 2 dan 3 : mengidentifikasi keadaan saat ini terkait stroke daan ansietas dan mengidentifikasi nilai – nilai yang dimiliki oleh klien, serta melatih nilai positif yang dimiliki oleh klien

1. Fase Orientasi

a. Salam terapeutik

Selamat pagi Bapak/ Ibu X, ketemu lagi ya pak/ bu x.

b. Evaluasi:

Bagaimana kabar bapak/ Ibu X saat ini? Apa yang dirasakan saat ini bapak/ ibu x terkait dengan stroke yang dialaminya? Masih cemas, takut, sedih, bingung, tidak mau melakukan aktivitas? Coba kita lihat lagi pak / bu tanda dan gejala ansietasnya ya pak/ bu

c. Validasi :

Baik pak, bagaimana sekarang apakah masih dilatih teknik mengatasi ansietasnya pak? Coba dicontohkan pak/ ibu. Nah setelah pertemuan kemarin sesi 1 apa yang bapak lakukan setel belajar menerima, meleburkan dan menyadari kejadian yang tidak menyenangkan, pikiran, perasaan, dan perilaku serta upaya yang sudah bapak lakukan terkait kejadian yang tidak menyenangkan akibat stroke? Wah luar biasa pak/ bu.

d. Kontrak :

Baik pak, sekarang kita akan melihat keadaan ansietas bapak saat ini, nilai nilai yang masih bapak miliki serta berlatih menilai hal yang positif yang akan bapak pilih. “kita akan berdiskusi kurang lebih 45 – 60 menit ke depan, namun saya harus tetap menjelaskan terlebih dahulu kesepakatan kita, bahwa bapak/ ibu x diharapkan tidak meninggalkan diskusi hingga pertemuan selesai. Pertemuan dua ini akan dilakukan selama 45 – 60 menit di sini saja bapak/ ibu x

3. Tahap Kerja

Baik bapak/ ibu sekarang kita akan melihat nilai –nilai yang bapak/ ibu x miliki dengan adanya kejadian yang tidak menyenangkan, pikiran , perasaan dan perilaku yang muncul akibat kejadian tersebut. Apa nilai yang dimiliki oleh ibu/ bapak x terkait kejadian yang tidak menyenangkan? Apa nilai yang dimiliki oleh bapak/ ibu x terkait pikiran, peraasaan

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

dan perilaku yang bapak/ ibu x alami? Apa nilai yang bapak/ ibu x miliki terkait upaya yang bapak/ ibu x lakukan? Baik bu berarti kita dapat simpulkan bahwa nilai yang ibu miliki terkait kejadian yang sedang ibu alami adalah takut dijauhi keluarga, takut diterlantarkan, hidup ini harus tetap dijalani, masih bersyukur diberikan kehidupan. Nilai atas pikiran yang ibu rasakan masih bersyukur masih bisa bernafas, takut dikucilkan. Sementara nilai –nilai yang ibu/ bapak x rasakan terkait dengan perasaan ibu/ bapak x yaitu ibu/ bapak menganggap diri tidak berguna, ibu/ bapak harus bertahan untuk anak –anak ibu/ bapak. Sedangkan nilai yang ibu miliki terkait dengan perilaku, ibu meyakini bahwa ibu sensitif, sering diterlantarkan dan ibu harus sabar dan ikhlas. Sementara nilai –nilai yang dimiliki terkait upaya yang dilakukan adalah harus banyak bersosialisasi, harus bisa berjuang demi keluarga dengan minum obat, kontrol secara teratur dan lebih banyak mengurung diri. Nah. Bu itu nilai –nilai yang ibu/bapak miliki, ada yang sudah baik, ada yang harus kita perbaiki. Ibu luar biasa memiliki nilai yang baik walaupun sedang ada cobaan.

Baik bu sekarang coba bu/ pak mengidentifikasi mana nilai yang baik dan mana nilai yang buruk dari kejadian, pikiraan, perasaan, perilaku dan upaya yang dilakukan atas kejadian tidak menyenangkan. Boleh dituliskan dalam buku kerja. Luar biasa bu/ pak.. Kalau begitu kita dapat simpulkan bahwa nilai yang baik terkait kejadian yang tidak menyenangkan yaitu hidup ini harus tetap dijalani, masih bersyukur diberikan kehidupan sementara nilai yang buruknya yaitu takut dijauhi keluarga, takut diterlantarkan. Nilai yang baik dari pikiran yang muncul akibat kejadian yang tidak menyenangkan adalah masih bersyukur masih bisa bernafas sementara nilai buruknya yaitu takut dikucilkan. Nilai yang baik perasaan yang muncul akibat kejadian tidak menyenangkan yaitu ibu/ bapak harus bertahan untuk anak –anak ibu/ bapak, sementara nilai buruknya ibu/ bapak menganggap diri tidak berguna. Nilai baik yang ibu miliki terkait dengan perilaku yaitu ibu harus sabar dan ikhlas dengan mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa, nilai buruknya , ibu meyakini bahwa ibu sensitif, sering diterlantarkan. Nilai baik yang dimiliki terkait upaya yang dilakukan adalah harus banyak bersosialisasi, harus bisa berjuang demi keluarga dengan minum obat dan melatih kemampuan yang dimiliki, kontrol secara teratur sementara nilai buruknya banyak mengurung diri. Nah dari semua nilai yang baik yang ibu miliki tersebut yang mana nilai yang mau ibu latih bu/pak?

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Baik Pak/ bu yang mau dilatih yaitu dengan patuh minum obat. Bagus sekali ya pak/ bu? Apalagi yang akan kita latih pak bu? Oh baik dengan melatih tarik nafas dalam,distraksi, pengalihan dan hipnotis lima jari. Baik bapak/ ibu sekarang kita melatih membuat jadwal minum obat dan daftar obat yang harus bapak/ ibu minum. Baik pak/ ibu kita buat kalender, kemudian kita tandai tanggal kita sudah minum obat dan cheklist obat yang sudah dimunum. Baik... coba bapak buat untuk hari ini pak/ bu... baik pak luar biasa. Kita simpulkan bahwa bapak akan melatih membuat jadwal minum obat dan daftar nama obat serta melatih relaksasi, distraksi, pengalihan dan hipnotis lima jari. Baik pak/ bu luar biasa sekali sudah mampu mengidentifikasi nilai yang baik dan buruk serta mampu melatihnya.. Luar Biasa.

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi :

Apa yang ibu/bapak rasakan setelah selesai kita diskusi sesi 2 dan 3. Coba ibu mengingat kembali nilai yang baik dan yang buruk yang masih ibu miliki saat ini dan coba contohkan lagi cara menandai kalender minum obat dan nama obat klien. Hebat bu/ pak

b. Tindak Lanjut :

Kalau begitu bu/ pak, jika ada nilai –nilai yang dimiliki oleh bapak/ ibu dengan stroke yang bapak/ ibu alami, pikiran, perasaan dan perilaku yang muncul terkait dengan kejadian tidak menyenangkan tersebut, bapak/ ibu boleh memasukkan ke dalam buku kerja yang bapak/ ibu miliki. Bapak/ ibu juga bisa memasukkan jika ada nilai – nilai positif yang ingin bapak/ ibu latih dan dimasukkan ke buku kerja bapak/ ibu. .

c. Kontrak akan datang:

Bu/ bapak kita sudah selesai pertemuan ke 2 sesi 2 dan 3. Nah untuk pertemuan ke 3 kita akan membuat komitmen untuk mengatasi ansietas dan mencegah kambuhnya penyakit yang ibu/ bapak alami saat ini. Besok pagi kita bertemu lagi sekitar pukul 9 pagi ditempat yang sama ya pak/bu .

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

Strategi Pelaksanaan Terapi Penerimaan Komitmen

Pertemuan ke 3 sesi 4

A. Proses Keperawatan

1. **Kondisi Klien**
   Klien sebagai responden sudah menerima, meleburkan dan menyadari kejadian, pikiran, perasaan dan perilaku akibat kejadian yang tidak menyenangkan serta upaya yang dilakukan selama ini. Mengetahui keadaan saat ini dan mengetahui nilai –nilai yang dimiliki oleh klien, berlatih nilai positif yang dimiliki oleh klien.
2. **Diagnosa Keperawatan**
   Ansietas
3. **Tujuan**
   a. Klien mampu mendiskusikan tentang apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangnya stroke dan ansietasnya
   b. Mengidentifikasi rencana yang akan dilakukan klien untuk mempertahankan nilai positif klien terkait stroke dan ansietasnya
   c. Mengidentifikasi apa yang akan dilakukan oleh klien untuk meningkatkan kemampuan dalam melakukan nilai positif terkait stroke dan ansietas klien
   d. Menyebutkan manfaat pengobatan
4. Media / Alat
   a. Alat Tulis
   b. Buku Kerja
   c. Format evaluasi
   d. Format dokumentasi
5. Metode
   a. Diskusi dan tanya jawab
   b. Curah pendapat

B. STRATEGI PELAKSANAAN TERAPI PENERIMAAN KOMITMEN

Sesi 4: Berkomitmen untuk menggunakan nilai positif yang dimiliki oleh klien untuk mencegah kekambuhan

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

1. Fase Orientasi

a. Salam terapeutik

Selamat pagi Bapak/ Ibu X, ketemu lagi ya pak/ bu x.

b. Evaluasi:

Bagaimana kabar bapak/ Ibu X saat ini? Apa yang dirasakan saat ini bapak/ ibu x terkait dengan stroke yang dialaminya? Masih cemas, takut, sedih, bingung, tidak mau melakukan aktivitas? Coba kita lihat lagi pak / bu tanda dan gejala ansietasnya ya pak/ bu

c. Validasi :

Baik pak/bu, bagaimana sekarang apakah masih dilatih teknik mengatasi ansietasnya pak? Coba dicontohkan pak/ ibu. Nah setelah pertemuan kemarin sesi 1,2 dan 3 apa yang bapak/ ibu lakukan setelah belajar menerima, meleburkan dan menyadari kejadian yang tidak menyenangkan, pikiran, perasaan, dan perilaku serta upaya yang sudah bapak lakukan terkait kejadian yang tidak menyenangkan akibat stroke? Apa nilai –nilai yang bapak/ ibu miliki saat ini? apa yang sudah bapak/ ibu latih terkait dengan nilai positif yang bapak/ ibu miliki? Wah luar biasa pak/ bu.

d. Kontrak :

Baik pak/ bu, sekarang kita akan mendiskusikan tentang komitmen bapak/ ibu untuk mencegah kekambuhan stroke dan ansietas yang bapak/ ibu alami. “kita akan berdiskusi kurang lebih 45 – 60 menit ke depan, namun saya harus tetap menjelaskan terlebih dahulu kesepakatan kita, bahwa bapak/ ibu x diharapkan tidak meninggalkan diskusi hingga pertemuan selesai.

2. Tahap Kerja

Baik pak/ ibu boleh disebutkan lagi nilai –nilai positif yang bapak/ ibu miliki terkait stroke dan ansietas yang bapak/ ibu miliki. Bagus sekali ya pak masih ingat bahwa nilai yang positif/ baik yang bapak/ ibu miliki yaitu hidup ini harus tetap dijalani, masih bersyukur diberikan kehidupan masih bersyukur masih bisa bernafas, ibu/ bapak harus bertahan untuk anak –anak ibu/ bapak, ibu harus sabar dan ikhlas dengan mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa, harus banyak bersosialisasi, harus bisa berjuang demi keluarga dengan minum obat dan melatih kemampuan yang dimiliki, kontrol secara teratur. Baik bapak dan ibu kemarin kita sudah melatih 2 nilai baik dari bapak/ibu miliki

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

yaitu harus berjuang demi keluarga dengan minum obat dan melatih kemampuan yang dimiliki. Apa saja yang akan ibu/ bapak komitmenkan kedepannya untuk mencegah kekambuhan? Baik bu/ pak yang akan bapak atau bu lakukan yaitu minum obat secara teratur dengan kalender minum obat, kontrol dengan teraatur dengan jadwal yang disepakati dan komitmen untuk tetap melakukan aktivitas semampu ibu/ bapak dan berkomitmen untuk hidup bahagi dengan mendekatkan diri kepada Tuhan. Yang paling penting yaitu minum obat teratur sesuai jadwal, kontrol teratur, melakukan terapi relaksasi, pengalihan, distraksi dan hipnotis lima jari dan melakukan aktivitas semampu bapak/ ibu. Sehingga dengan jalan seperti itu bapak/ ibu tidak mengalami kekambuhan. Luar biasa sekali ya bu/pak.

3. Tahap Terminasi

a. Evaluasi :

Apa yang ibu/bapak rasakan setelah selesai kita diskusi sesi 4. Coba ibu mengingat kembali apa komitmen yang bapak/ ibu pilih tadi ? coba pak/ bu apa manfaat dari pengobatan yang dilakukan dirumah sakit?

b. Tindak Lanjut :

Baik pak kalau ada komitmen bapak terkait hal positif/ baik yang bapak/ ibu miliki boleh bapak/ ibu tambahkan dibuku kerjanya ya pak/ ibu. Pertemuan kita sudah selesai untuk terapi penerimaan komitmen, namun bapak/ ibu harus tetap mempertahankan nilai yang baik dan melakukannya.

c. Kontrak akan datang:

Baik pak/ bu, untuk pertemuan teraoi penerimaan saya cukupkan sampai di sini, besok saya akan datang untuk melakukan Post Test terkait dengan kemaampuan yang sudah bapak/ ibu miliki, penerimaan diri dan ansietas

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

KETERANGAN LOLOS *EXPERT VALIDITY*

Expert Validity keperawatan jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah mengkaji dan memvalidasi dengan teliti modul: **Terapi Penerimaan Komitmen (TPK) dan Psiko Edukasi Keluarga (PEK)**

Setelah dikaji dan divalidasi modul ini aman untuk dipergunakan dalam penelitian **"Pengaruh Terapi Penerimaan Komitmen (TPK) dan Psiko Edukasi Keluarga (PEK) terhadap penerimaan diri dan ansietas klien stroke "**

Nama Peneliti : Renta Sianturi

Nama Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Modul ini dinyatakan valid dan disetujui untuk dipergunakan dalam penelitian tersebut.

Depok, 27 Mei 2016
Expert Validity

(Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc)

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

KETERANGAN LOLOS UJI KOMPETENSI

Uji Kompetensi keperawatan jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah mengkaji dan memvalidasi dengan kemampuan peneiti daam melakukan : **Terapi Penerimaan Komitmen (TPK) dan Psiko Edukasi Keluarga (PEK)**

Setelah dikaji dan divalidasi bahwa peneiti layak melakukan terapi dalam penelitian **"Pengaruh Terapi Penerimaan Komitmen (TPK) dan Psiko Edukasi Keluarga (PEK) terhadap penerimaan diri dan ansietas klien stroke "**

Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia telah melakukan uji kompetensi

Nama Peneliti : Renta Sianturi

Nama Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dinyatakan **LULUS** untuk melakukan terapi penerimaan komitmen dan terapi psiko edukasi keluarga pada klien ansietas dan penerimaan diri tidak baik

Depok, 27 Mei 2016
Uji Kompetensi

(Ice Yulia Wardani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.J)

Pengaruh terapi..., Renta Sianturi, FIK UI, 2016.

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Gedung Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus UI, Depok Jawa Barat 16424
T. 62 21 788 49 120 F. 62 21 786 41 24
E. fik@ui.ac.id | www.fik.ui.ac.id

Nomor : 3860 /UN2.F12.D1/PDP.04.02/2016 13 Juni 2016
Perihal: Permohonan Ijin Penelitian

Yth. Direktur Utama
RS Pusat Otak Nasional
Jl. MT Haryono, Kelurahan Cawang
Kecamatan Kramat Jati
Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Jiwa atas nama **Sdr. Renta Sianturi (NPM 1406597274)** akan melakukan penelitian dengan judul: "Pengaruh Terapi Penerimaan Komitmen dan Psiko Edukasi Keluarga Terhadap Penerimaan Diri dan Ansietas Klien Stroke".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan melakukan penelitian di RS Pusat Otak Nasional.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Wakil Dekan Bidang Pendidikan,
Penelitian dan Kemahasiswaan,

Yeni Rustina, SKp, M.App.Sc. PhD.
NIP195502071980032001

Tembusan:
1. Kepala Diklat RS Pusat Otak Nasional
2. Manajer Pendidikan dan Kemahasiswaan FIK-UI
3. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Gedung Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus UI, Depok Jawa Barat 16424
T. 62 21 788 49 120 F. 62 21 786 41 24
E. fik@ui.ac.id | www.fik.ui.ac.id

Nomor : 3897 /UN2.F12.D1/PDP.04.02/2016 13 Juni 2016
Perihal: Permohonan ijin uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian

Yth. Direktur Utama
RS Pusat Otak Nasional
Jl. MT Haryono, Kelurahan Cawang
Kecamatan Kramat Jati
Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Jiwa atas nama **Sdr. Renta Sianturi (NPM 1406597274)** akan melakukan penelitian dengan judul: "Pengaruh Terapi Penerimaan Komitmen dan Psiko Edukasi Keluarga Terhadap Penerimaan Diri dan Ansietas Klien Stroke".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian di RS Pusat Otak Nasional.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Wakil Dekan Bidang Pendidikan,
Penelitian dan Kemahasiswaan,

Yeni Rustina, SKp, M.App.Sc. PhD.
NIP195502071980032001

Tembusan:
1. Kepala Diklat RS Pusat Otak Nasional
2. Manajer Pendidikan dan Kemahasiswaan FIK-UI
3. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
Jl. M.T. Haryono Cawang, Jakarta Timur 13630
Telp. (021) 2937 3377 (Hunting), Fax. (021) 2937 3445, 2937 3385
Email : rspotakn@gmail.com

Nomor : TU.02.03/II/ 3452 / 2016 — 22 Juni 2016
Lampiran : -
Hal : Izin Melakukan Penelitian dan Menggunakan Data

Yang Terhormat,
Wakil Dekan Bidang Pendidikan,
Penelitian dan Kemahasiswaan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Di
Jakarta

Sehubungan dengan surat Nomor 3860/UN2.F12.D1/PDP.04.02/2016 tanggal 13 Juni 2016 perihal permohonan izin untuk Penelitian atas nama sebagai berikut:

Nama : Renta Sianturi
NPM : 1406597274
Prodi : Magister Fakultas Keperawatan Jiwa

Pada prinsipnya kami dapat menyetujui permohonan kegiatan penelitian tersebut untuk dilakukan di RS Pusat Otak Nasional. Perlu kami sampaikan bahwa berdasarkan SK BLU nomor: HK.02.04/II/767/2015 tanggal 10 Februari 2015 tentang tarif Rumah Sakit Pusat Otak Nasional, untuk pelaksanaan Penelitian di RS Pusat Otak Nasional dibebankan biaya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, sebesar Rp. 1.250.000 per Instansi per judul penelitian. Pembayaran biaya penelitian tersebut dapat disetorkan melalui rekening Bank BRI Cabang Jakarta Kalibata a.n RPL 182 RSPON BLU Penerimaan dengan nomor rekening 0426.01.000.601.309. Untuk informasi lebih lanjut dapat menghubungi sdr Yenni Syafitri di nomor HP 0878-3989-4930 pada bagian Litbang RS Pusat Otak Nasional.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Direktur Utama,

Dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS
NIP 196209131988031002

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Gedung Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus UI, Depok Jawa Barat 16424
T. 62 21 788 49 120 F. 62 21 786 41 24
E. fik@ui.ac.id | www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

No 0484/UN2.F12.D/HKP.02.04/2016

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Terapi Penerimaan Komitmen (TPK) Dan Psiko Edukasi Keluarga (PEK) Terhadap Penerimaan Diri Dan Ansietas Klien Stroke

Nama peneliti utama : **Renta Sianturi**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 13 Juni 2016

Dekan,	Ketua,
Dra. Junaiti Sahar, SKp.,M.App.Sc., PhD	Prof. Dra. Setyowati, SKp, M.App.Sc, PhD
NIP. 195701151980032002	NIP. 19540427 197703 2 001