

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kondisi Pasien Diabetes Melitus (DM) dengan Stroke

Diabetes melitus (DM) merupakan kondisi kronis yang ditandai dengan peningkatan konsentrasi glukosa darah disertai munculnya gejala utama yang khas, yakni urine yang berasa manis dalam jumlah yang besar (Bilous, 2014). DM atau kencing manis merupakan penyakit dikarenakan kelainan produksi hormon insulin (Sutanto, 2013).

Kelainan berupa jumlah produksi insulin yang tidak mencukupi kebutuhan tubuh akibat ketidakmampuan pankreas memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup, atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang secara efektif, atau gabungan dari kedua hal tersebut (Hadisaputro, 2007 ; Sutanto, 2013). Lefebvre (2006) menyatakan bahwa DM dijuluki sebagai *the silent killer* atau pembunuh diam-diam karena dalam banyak kasus diabetes baru terdeteksi ketika komplikasi terlanjur terjadi.

Menurut Direktur Gizi masyarakat Dirjen BKM Depkes RI (2007), jika kadar gula darah pada pasien DM terus menerus

tinggi dan tidak terkontrol, lama kelamaan akan timbul penyulit (komplikasi) yang pada dasarnya terjadi pada semua pembuluh darah misalnya: pembuluh darah otak (stroke), pembuluh darah mata (dapat terjadi kebutaan), pembuluh darah ginjal (gagal ginjal kronik), dan lain-lain (Departemen Kesehatan, 2007).

Komplikasi penyakit DM diklasifikasikan menjadi 2 yaitu komplikasi yang bersifat akut dan kronis. Komplikasi akut terdiri dari hiperglikemi dan hipoglikemi. Hiperglikemi berupa ketoasidosis diabetik (KAD) dan Asidosis Laktat (AL). Komplikasi kronik dari DM diklasifikasikan yaitu mikrovaskuler dan makrovaskuler. Komplikasi makrovaskuler diantaranya penyakit jantung, stroke, dan penyakit pembuluh darah perifer (Rosyada, 2013). Komplikasi mikrovaskuler yaitu kerusakan sistem saraf, nefropati, dan retinopati.

Komplikasi makrovaskular pada penderita DM disebabkan oleh aterosklerosis Penderita DM berisiko lebih besar untuk mengalami aterosklerosis dibandingkan populasi yang tidak menderita DM (Winter & Signoriono, 2002). Aterosklerosis adalah hasil dari proses disfungsi endotel yang meningkatkan

vasokonstriksi, proinflamasi dan proses protombik yang menyebabkan pengembangan plak dan ruptur. Patofisiologi stroke pada penderita DM belum diketahui terdapat efek aterosklerosis pada pembuluh darah otak besar dan kecil (Hewit *et al.*, 2012).

Disfungsi endotel lebih sering dialami oleh penderita DM yang disebabkan oleh adanya metabolisme yang tidak normal. Abnormalitas tersebut meliputi hiperglikemi, kelebihan asam lemak bebas, dan resistensi insulin (Paneni, 2013). Pada penderita DM tipe 2, derajat hiperglikemi dan lama menderita diabetes merupakan faktor terjadinya stroke (Laakso, 2015).

Pemicu terjadinya gangguan vaskular pada penderita DM adalah ketidakseimbangan antara lain bioavailabilitas *nitric oxide* dan akumulasi *reactive oxygen species* yang menyebabkan disfungsi endotel (Paneni, 2013). Hiperglikemi menghambat produksi *reactive oxygen species* terutama anion superoksida pada endotel dan sel otot polos. Anion superoksida langsung menghambat NO dengan membentuk ion *peroxynitrite* yang bersifat racun, yang memisahkan eNOS dengan mengoksidasi

kofaktor, tetrahydrobioprotein dan menyebabkan eNOS memproduksi O^2 . Penurunan aktivitas NO berakibat menurunkan potensi vasodilatasi endotel sehingga peran pengaturan hemostatis vaskuler terganggu (Air *et al.*, 2007)

Abnormalitas lain dari DM adalah resistensi insulin, menyebabkan asam lemak bebas dari jaringan adiposa, yang mengaktifkan enzim protein kinase C, menghambat phosphatidylinositol kinase dan meningkatkan produksi ROS. Mekanisme ini secara langsung mengganggu produksi NO atau mengurangi bioavailabilitasnya. Aktivasi PKC menyebabkan sintesis enzim NAD(P)H yang secara signifikan lebih meningkatkan pembentukan anion superoksida (Creager *et al.*, 2003).

Produksi anion superoksida yang berlebihan disertai dengan peningkatan pembentukan NO, menyebabkan terbentuknya peroxyinitrite onion yang dapat menyebabkan terjadinya kerusakan DNA selanjutnya secara keseluruhan berakibat pada terjadinya disfungsi endotel (Roberts *et al.*, 2013). DM secara substansial meningkatkan risiko serebrovaskuler atau stroke

dengan melibatkan disfungsi endotel, sel otot polos, dan fungsi trombosit. Kelainan yang ada pada DM, seperti hiperglikemi, peningkatan asam lemak bebas, dan resistensi insulin, masing-masing memprovokasi mekanisme molekuler yang berkontribusi terhadap disfungsi endotel melalui penurunan bioavailabilitas NO, peningkatan stres oksidatif, gangguan sinyal transduksi intraseluler, dan aktivasi reseptor AGEs.

Selain itu, fungsi trombosit yang abnormal, dan adanya peningkatan produksi dari beberapa faktor protombik. Kelainan ini berkontribusi pada peristiwa seluler yang menyebabkan aterosklerosis dan kemudian meningkatkan risiko stroke pada penderita DM (Creager *et al.*, 2003, Kuswita, 2013, Laakso, 2015; Roberts *et al.*, 2013). Proses disfungsi endotel pemicu terjadinya aterosklerosis yang akhirnya meningkatkan risiko stroke pada penderita DM. Stroke dapat terjadi apabila aterosklerosis menyerang sistem saraf.

B. Dampak DM dengan stroke terhadap kecemasan dan depresi

Penderita DM mengalami banyak perubahan dalam hidupnya, mulai dari pengaturan pola makan, olah raga, kontrol

gula darah, mengikuti tritmen dokter, dan pemakaian obat sesuai aturan yang harus dilakukan sepanjang hidupnya (Nindyasari, 2010). Perubahan dalam hidup yang mendadak membuat penderita DM menunjukkan beberapa reaksi psikologis yang negatif diantaranya adalah marah, merasa tidak berguna, kecemasan yang meningkat dan depresi (Shahab, 2006).

Kecemasan merupakan rasa khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan pada penderita diabetes berpengaruh terhadap fluktuasi glukosa darah yang menyebabkan kadar gula darah yang tidak stabil, meskipun telah diupayakan diet, latihan fisik maupun pemakaian obat secara tepat. Hal tersebut disebabkan terjadinya peningkatan hormon glukokortikoid (kortisol), katekolamin (epinefrin), dan hormon pertumbuhan. Kecemasan melibatkan perasaan, perilaku, dan respon fisiologis. Reaksi fisiologis cemas dapat mempengaruhi aksis hipotalamus, hipofisis, sehingga dapat mempengaruhi fungsi endokrin seperti meningkatnya kadar kortisol yang ternyata memberikan dampak antagonis terhadap fungsi insulin serta dapat memberikan

pengaruh yang buruk terhadap kontrol glukosa darah (Butcher, 2005).

Orang dengan DM memiliki tingkat kecemasan 20% lebih tinggi dibandingkan dengan orang tanpa DM. Gangguan kecemasan memiliki hubungan dengan hiperglikemia pada orang DM (Tsenkova *et al.*, 2012). Tingginya kadar gula darah serta risiko komplikasi membuat penderita DM mengalami kecemasan (Semiardji, 2013). Hal tersebut diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Setyani (2012), menunjukkan bahwa depresi pada pasien DM dengan stroke salah satunya dipengaruhi oleh kadar gula darah, dimana semakin tinggi kadar gula darah maka semakin tinggi pula depresi yang dialami oleh pasien DM.

Moussavi *et al.*, (2007) menyebutkan bahwa tingkat kesehatan pasien DM dengan depresi jauh lebih buruk daripada pasien dengan DM atau depresi saja. Fungsi fisik dan, kontrol gula darah yang buruk serta tingkat komplikasi yang lebih tinggi terjadi pada pasien DM dengan depresi. Depresi yang menyertai penyakit diabetes sebagai akibat stres psikologis yang dihasilkan dari diagnosis dan pengobatan penyakit fisik atau gangguan

suasana hati sebagai hasil dari gangguan metabolik (Anderson *et al.*, 2001; Engum, 2007).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Edge dan Ellis (2010), yang meneliti tentang Diabetes melitus II and *Depression: Global Perspectives* menyimpulkan bahwa penyakit DMT2 dan depresi memiliki keterkaitan mengenai morbiditas, mortalitas, dan biaya kesehatan (Egede & Ellis, 2010). Kepatuhan yang rendah dalam mengontrol diabetes, kontrol metabolik yang masuk kedalam kategori buruk akan meningkatkan komplikasi yang lebih tinggi, menurunnya kualitas hidup, risiko kecacatan yang meningkat, produktivitas hilang, serta risiko kematian yang meningkat.

Dengan adanya komplikasi yang menyertai menyebabkan penderita mengeluarkan lebih banyak biaya, dan pandangan negatif tentang masa depan (Shahab, 2006). Kecemasan yang dialami penderita diabetes melitus apabila tidak segera diatasi dapat menimbulkan stres dan depresi (Lubis, 2009). Dibandingkan dengan penderita penyakit lainnya, penderita DM berisiko lebih banyak dan jauh lebih besar terhadap gangguan depresi. DM dan depresi mempunyai hubungan sebab akibat

diantaranya depresi akan lebih parah dua sampai tiga kali lipat jika diderita oleh individu dengan DM, dibandingkan dengan penderita lain (Kinder *et al.*, 2006).

Mengingat bahwa diabetes meningkatkan risiko depresi, hal ini dibuktikan dalam studi *cross sectional* dimana tingkat depresi yang tinggi ditemukan pada pasien diabetes (Sorkin *et al.*, 2012). Menurut McKellar *et al.*, (2004) depresi memiliki dampak negatif terhadap regulasi glukosa melalui perilaku perawatan diri termasuk ketidakpatuhan terhadap diet DM, ketidakpatuhan dalam pengobatan. Menurut Lubis (2009), gangguan depresi yang dialami merupakan akibat dari cara berpikir seseorang terhadap dirinya. Hal ini disebabkan karena adanya distorsi kognitif pada diri sendiri.

Gangguan ataupun perubahan psikologis tidak hanya dialami oleh penderita DM saja namun juga dialami oleh penderita stroke. Serangan stroke yang dialami membawa kelainan neurologis seperti berkurangnya kemampuan motorik anggota tubuh dan otot, kognitif, visual dan koordinasi secara signifikan. Menurunnya tingkat kemandirian dan mobilitas

penderita stroke akan mempengaruhi kualitas hidup pasien (Harianja, 2013). Stroke mengakibatkan kelumpuhan, gangguan indera rasa, gangguan dalam beraktivitas, perubahan mental seperti gangguan daya pikir, kesadaran, gangguan emosional yaitu gelisah, cemas, takut dan marah atas yang menimpa dirinya.

Gangguan yang paling sering terjadi dan dirasakan oleh pasien stroke adalah cemas dan depresi. Pasien stroke yang mengalami cemas disertai adanya gangguan fisik yang kemudian menurunkan kemampuan fisik dalam mengatasi stressor, mengakibatkan penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas hidup. Kecemasan yang selalu meningkat mengakibatkan keadaan semakin memburuk, sehingga pengontrolan kecemasan perlu dilakukan (Semium, 2006). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Afrina (2013), menunjukkan tingkat kecemasan pasien stroke berada pada kecemasan berat.

Gangguan emosional atau gangguan psikologis pada pasien stroke selain cemas, juga mengalami depresi. Depresi menurut WHO (2010), Traywick (2007), Caeiro *et al.*, (2006) merupakan

gangguan neuropsikiatrik yang paling sering ditemukan pada penderita stroke yang ditandai dengan *mood* tertekan, kehilangan kesenangan atau minat, perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan makan atau tidur, kurang energi dan konsentrasi yang rendah, dan diperkirakan prevalensinya mencapai 6%-52% kasus.

Menurut Lumbantobing (2004) pada korban stroke sebanyak 40% menunjukkan depresi pada saat rehabilitasi. Bhogal *et al.*, (2009) menyebutkan prevalensi depresi pasien stroke berkisar dari 20% hingga 50% pada fase akut dan sub akut saat pemulihan. Depresi pasca stroke mempunyai etiologi yang bersifat multifaktorial diantaranya faktor genetik, biokimia, lingkungan dan psikologis. Salah satu yang banyak diteliti dan menjadi dasar terapi yaitu abnormalitas monoamin yang merupakan neurotransmitter otak. Sebanyak 30 neurotransmitter yang diketahui memicu depresi yaitu serotonin, norepinefrin, dan dopamin (Irawan, 2013)

Ketiga neurotransmitter berperan dalam mengatur emosi, reaksi terhadap stres, tidur dan nafsu makan. Dengan jumlah serotonin yang meningkat mengakibatkan agresivitas dan

gangguan tidur, sedangkan jumlah serotonin yang rendah mengakibatkan iritabilitas, ansietas, letargi, dan tindakan atau pemikiran bunuh diri. Pada keadaan depresi norepinefrin yang berperan dalam regulasi respons *fight or flight* terganggu. Fungsi dopamin untuk mengatur emosi, pergerakan motor, pembelajaran, berpikir, memori, dan perhatian. Jumlah dopamin yang rendah akan mempengaruhi fungsi tersebut yang dapat menyebabkan depresi (Bjornlund L, 2010).

C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi dan Kecemasan Pada Pasien DM dengan Stroke

Faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya kecemasan dan depresi pada pasien DM dengan stroke yaitu usia, pendidikan, lama menderita, kemampuan fungsional, umur, pendidikan, kadar gula darah, penyakit penyerta/ komplikasi, gangguan kognitif, dan dukungan keluarga (Darussalam, 2011).

1. Usia

Glamcevski *et al.*, (2002) menyatakan bahwa usia lanjut sebagai faktor risiko terjadinya depresi. Depresi pasca stroke di usia lanjut mungkin memiliki hubungan biologi

dasar, dengan berkurangnya neuro transmitter yang berkaitan dengan *mood* dan emosi. Farrell (2004) menyatakan bahwa depresi cenderung lebih kronis dipasien yang lebih tua dibandingkan orang dewasa muda. Periode depresi pada lansia lebih panjang, dan kemungkinan kambuh meningkat dengan umur. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Glamcevski *et al.*, (2002) terhadap 80 pasien stroke dengan umur rata-rata 58 tahun, menyatakan ada hubungan antara umur dengan depresi. Menurut Christanto (2014) mengatakan bahwa salah satu faktor risiko pada pasien stroke yaitu umur. Usia dikelompokkan berdasarkan Depkes (2009) yang menyebutkan bahwa pembagian kelompok usia dewasa akhir adalah 46-55 tahun, lansia awal 56-65 tahun.

2. Kadar Gula Darah (Glukosa)

Peningkatan kadar glukosa darah pada penderita DM dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain diet yang kurang tepat, cemas, depresi, dukungan keluarga yang kurang, merokok, serta aktivitas fisik yang kurang (Paramitasari, 2017). Apabila pengelolaan pasien DM

dilaksanakan secara holistik dengan menjaga kualitas hidup yang optimal, kadar gula darah yang terkontrol sehingga dapat terhindar dari berbagai komplikasi (Meloh, 2015). Orang DM memiliki tingkat kecemasan lebih tinggi dibandingkan tanpa DM. Gangguan kecemasan memiliki hubungan dengan hiperglikemi pada orang DM (Tsenkova *et al.*, 2012). Tingginya kadar gula darah serta risiko komplikasinya membuat setiap penderita DM mengalami kecemasan (Semiardji, 2013).

Depresi tidak hanya menurunkan kualitas hidup tetapi berpengaruh pada ketaatan berobat dan pengendalian gula darah serta meningkatkan biaya perawatan dan risiko komplikasi DM (Tarno, 2004). WHO memprediksi pada tahun 2020 kecemasan dan depresi menjadi masalah utama di dunia setelah jantung iskemik. Seseorang dengan penyakit kronis, rentan mengalami kecemasan salah satunya adalah penderita DM dengan stroke

Tabel 2. Kriteria diagnosis untuk gangguan kadar glukosa darah (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2015)

:

	HbA1c	Glukosa darah puasa (mg/dl)	Glukosa plasma 2 jam setelah TTGO (mg/dl)
Diabetes	≥ 6,5	≥ 126	≥ 200
Prediabetes	5,7-6,4	100-125	140-199
Normal	< 5,7	< 100	< 140

3. Pendidikan

Tingkat pendidikan mempunyai hubungan dengan gejala depresi. Hal ini diperkuat dalam penelitian yang dilakukan Quan *et al.*, (2010) dengan hasil dimana seseorang yang berpendidikan rendah akan mengalami gejala depresi sebesar 1,5 kali dibanding dengan seseorang yang berpendidikan tinggi. Penelitian Fatoye *et al.*, (2009) terhadap 118 pasien stroke juga menyatakan bahwa pendidikan rendah mempengaruhi kejadian depresi paska stroke.

Berdasarkan penelitian Vamos *et al.*, (2009) depresi sering terjadi pada pasien DM dengan tingkat pendidikan yang rendah. Pendidikan yang rendah secara tidak langsung

berhubungan dengan kemiskinan, tidak punya tempat tinggal, serta sulitnya mencari pekerjaan tetap yang akhirnya menjadi pemicu depresi (*National Collaborating Centre for Mental Health*, 2010).

Sama halnya pada penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni (2012), dimana terdapat hubungan negatif kuat antara tingkat pendidikan dengan derajat depresi pasien diabetes tipe 2. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin rendah derajat depresi pasien diabetes tipe 2. Pernyataan tersebut didukung oleh Cahyadi (2011) bahwa apabila tingkat pendidikan seseorang semakin rendah maka pengetahuan yang didapatkan cenderung kurang. Sebaliknya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi.

Notoatmodjo (2012) menyebutkan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan orang tersebut. Tingkat pendidikan berhubungan erat dengan tingkat pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuan yang dimilikinya akan

semakin tinggi pula. Seseorang akan berperilaku sesuai dengan tingkat pengetahuan yang dimilikinya. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Widhiarsih (2015), dimana terdapat hubungan antara pengetahuan pasien tentang penyakit DM dengan depresi.

Menurut Sacerdote *et al.*, (2012), mengatakan individu dengan pendidikan tinggi cenderung untuk melakukan tindakan pencegahan, merubah perilaku untuk hidup sehat dan memanfaatkan layanan kesehatan. Dengan adanya pengetahuan tersebut orang akan memiliki kesadaran dalam menjaga kesehatannya (Irawan, 2013). Tingkat pendidikan dikategorikan berdasarkan Undang-Undang No 20 Tahun 2003 yaitu pendidikan rendah (SD-SMP), menengah (SMA/K) dan tinggi (D3/S1).

4. Kemampuan Fungsional

Kemampuan fungsional adalah kemampuan dalam melakukan aktivitas yang terintegrasi dengan lingkungannya. kemampuan fungsional ini meliputi kemampuan mobilitas dan aktivitas perawatan diri. kemampuan fungsional

berhubungan dengan anggota gerak baik bawah maupun atas (Guralnik *et al.*,2000). Efek stroke yang paling jelas terlihat yaitu adanya kerusakan kemampuan fungsional. Defisit motorik meliputi kerusakan mobilitas, fungsi respirasi, menelan, berbicara, dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (Lewis, 2007). Menurut penelitian Fatoye *et al.*, (2009) mengatakan ada hubungan antara gangguan fungsi motorik berupa paresis dengan depresi paska stroke.

Kemampuan fungsional berhubungan dengan aktivitas fisik seseorang. Dimana aktivitas fisik dapat mengontrol gula darah. Glukosa akan diubah menjadi energi pada saat beraktivitas fisik. Aktivitas fisik mengakibatkan insulin semakin meningkat sehingga kadar gula dalam darah akan berkurang. Pada orang yang jarang berolahraga, zat makanan yang masuk ke dalam tubuh tidak dibakar tetapi ditimbun dalam tubuh sebagai lemak dan gula. Jika insulin tidak mencukupi untuk mengubah glukosa menjadi energi maka akan timbul DM (Kemenkes, 2013).

5. Penyakit penyerta (Komplikasi)

Komplikasi adalah kumpulan atau paduan dari beberapa penyakit yang terdapat pada tubuh manusia yang disebabkan oleh keadaan penyakit lama, seperti diabetes yang dapat menimbulkan gagal ginjal, stroke, jantung koroner dan kebutaan (Wahyuni, 2012). Komplikasi dapat menyebabkan depresi berkepanjangan pada pasien (Jousilahti 2005). Penyakit penyerta seringkali disertai depresi, khususnya pada usia lanjut (Kaplan, 2010). Macready (2007) mengemukakan bahwa insiden komplikasi pada pasien stroke berkisar antara 40% hingga 96% dan akan menghasilkan dampak buruk pada pasien. Sebanyak 62% pasien stroke mengalami lebih dari satu komplikasi (Davenport, 1996).

Hal ini diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni (2012), bahwa penderita yang memiliki komplikasi mengalami tingkat depresi lebih berat dibandingkan penderita yang tidak memiliki komplikasi. Akibat yang ditimbulkan dari co-morbiditas depresi pada pasien DM, screening untuk depresi perlu untuk dilakukan. Komplikasi akan mempengaruhi dukungan keluarga. Dengan

banyaknya komplikasi yang diderita, akan menimbulkan beban dan menguras energi keluarga yang akhirnya berdampak pada dukungan keluarga, sehingga keluarga tidak dapat optimal dalam memberikan fungsi keluarga, dan tidak jarang keluarga menghentikan pengobatan karena beban yang dirasakan (Isworo, 2010). Teori sorbitol merupakan salah satu hipotesis yang menerangkan bahwa terdapat hubungan komplikasi dengan kadar gula darah.

Hiperglikemi mengakibatkan penimbunan glukosa pada sel dan jaringan tertentu yang dapat men-transport glukosa tanpa memerlukan insulin. Glukosa yang berlebihan ini tidak akan termetabolisme secara normal melalui glikolisis, tetapi sebagian dengan perantaraan enzim aldose reduktase akan diubah menjadi sorbitol. Sorbitol akan tertumpuk dalam sel atau jaringan dan menyebabkan kerusakan dan perubahan fungsi. Pengelompokan penyakit penyerta DM dengan stroke berdasarkan Perkeni (2015) yang menyebutkan penyakit penyerta DM dengan stroke

diantaranya adalah hipertensi, jantung, osteoarthritis, dan asam urat.

6. Gangguan kognitif

Pada teori kognitif Beck, menunjukkan perhatian gangguan kognitif pada depresi. Beck mengidentifikasi 3 pola kognitif utama pada depresi yang disebut trias kognitif, yaitu pandangan negatif terhadap masa depan, pandangan negatif terhadap diri sendiri, individu menganggap dirinya tak mampu, bodoh, pemalas, tidak berharga, dan pandangan negatif terhadap pengalaman.

Kerusakan yang terjadi pada lobus frontal akan mempengaruhi fungsi memori atau fungsi intelektual. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapangan perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi yang menyebabkan pasien frustrasi dalam proses rehabilitasinya (Smeltzer, 2008). Stroke meningkatkan risiko untuk mengalami penurunan fungsi kognitif sebesar 3 kali (Ratnasari, 2010). Gangguan fungsi kognitif untuk jangka

panjang jika tidak dilakukan penanganan yang optimal akan meningkatkan insidensi demensia (Nugroho, 2004).

Hal ini diperkuat oleh Gao (2009) bahwa pasien stroke yang tidak mengalami gangguan kognitif mengalami depresi sebesar 0,45 kali dibandingkan yang mengalami gangguan kognitif. Selain itu Fatoye *et al.*, (2009), mengatakan ada hubungan antara depresi dan fungsi kognitif, dimana depresi dapat meningkatkan kerentanan terhadap dan/ atau memperburuk defisit kognitif yang ada.

Penurunan fungsi kognitif dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya usia hipoglikemi, resistensi insulin, defisiensi insulin, merokok, diet, *exercise*, stres, depresi, genetik aterosklerosis, penyakit penyerta, dan dukungan keluarga (Meloh *et al.*, 2015). Penurunan fungsi kognitif dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya usia hipoglikemi, resistensi insulin, defisiensi insulin, merokok, diet, *exercise*, stres, depresi, genetik aterosklerosis, penyakit penyerta, dan dukungan keluarga.

7. Lama menderita

Pasien stroke yang telah berlangsung lama memiliki pengalaman yang berbeda terhadap penyakitnya, dibandingkan dengan pasien yang baru didiagnosa. Berdasarkan teori perilaku sakit Mechanics menjelaskan bahwa seseorang yang sering mengalami kondisi sakit atau merasakan adanya gejala sakit memiliki kecenderungan untuk berperilaku dengan menaruh perhatian terhadap gejala-gejala pada dirinya dan kemudian mencari pertolongan (Notoatmodjo, 2012). Namun kurang terlibatnya tenaga kesehatan khususnya perawat dalam proses asuhan keperawatan akan memicu pasien untuk depresi dan hopelessness (Kylama, 2005).

Program rehabilitasi yang diikuti oleh pasien stroke kadang dirasakan tidak memberikan efek pada dirinya dan pasien mulai berfokus terhadap defisit yang terjadi pada dirinya. Hal ini diperkuat oleh penelitian Fatoye *et al.*, (2009) menyatakan bahwa ada hubungan antara depresi dengan lama menderita stroke. Hasil penelitian yang dilakukan oleh

Firdaus (2013), mendapatkan hasil semakin lama menderita diabetes melitus tipe 2, maka gejala depresi akan semakin turun. Lama menderita diabetes melitus tipe 2 sangat mempengaruhi kecemasan responden sehingga bisa mengakibatkan kondisi kesehatan responden semakin memburuk. Hal ini juga akan mempengaruhi proses kesembuhan dan menghambat aktivitas kehidupan sehari-hari.

8. Dukungan keluarga

Interaksi sosial atau dukungan sosial memiliki peran penting dalam adaptasi pasien dengan penyakit kronis. Salah satu dukungan sosial yang dapat diperoleh pasien adalah dukungan dari keluarga. Hanson *et al.*, (2005) berpendapat bahwa keluarga merupakan tempat bagi anggota keluarga untuk belajar tentang kesehatan dan penyakit penyerta serta sebagai tempat dalam memberi dan memperoleh perawatan sepanjang kehidupan semua anggotanya. Menurut Lazarus & Folkman (1984 dalam Friedman, 2003) dukungan keluarga

dapat bertindak segera sebagai buffer terhadap stres dan akibatnya terhadap kerusakan tubuh.

Stres ataupun hal yang mengancam dan berbahaya bagi pasien dapat dicegah dengan adanya dukungan keluarga. Studi yang dilakukan oleh Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications (EDC) menyimpulkan bahwa faktor psikososial seperti dukungan keluarga memiliki efek penting pada kontrol glikemik pada orang dewasa dengan NIDDM dan juga penting pengaruhnya pada *self management*.

Menurut Rubin (2000), pada sebuah studi melaporkan bahwa 77% pasien dengan penyakit jantung memperoleh dukungan dari keluarganya (Rubin & Peyrot, 2001). Sarafino, 2014 menyatakan bahwa bantuan yang diterima individu dari orang lain atau kelompok sekitar yang membuat penerima merasa nyaman, dicintai, dan dihargai serta dapat menimbulkan efek positif bagi dirinya yang menjadi acuan bagi dukungan keluarga.

Strategi penting dalam mengurangi atau mencegah tekanan jiwa dan menangkal depresi pasca stroke yaitu

dengan meningkatkan dukungan keluarga (Salter *et al.*, 2010). Selain itu dukungan keluarga dapat membantu perawat dalam perencanaan program penyembuhan stroke, pendidikan pasien, keefektifan dan efisiensi penggunaan sumber daya perawatan kesehatan (Huang *et al.*,2010). Menurut Hensarling (2009) dukungan keluarga terhadap penderita DM dengan stroke dapat diberikan oleh orang tua, pasangan hidup, anak, cucu ataupun anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah atau tinggal dalam satu keluarga.

D. Psikoedukasi

1. Pengertian

Cartwright (2007) Psikoedukasi yaitu sebuah terapi modalitas yang disampaikan oleh profesional, yang mengintegrasikan dan mensinergikan antara psikoterapi dan intervensi edukasi. Psikoedukasi adalah bagian dari pendidikan kesehatan. Definisi psikoedukasi adalah kelompok terstruktur atau program individual yang membahas penyakit dari sudut pandang multidimensi termasuk perspektif keluarga,

sosial, biologis, dan meningkatkan khasiat farmakologis, serta menyediakan pengguna layanan dengan dukungan informasi dan manajemen strategi (Bordbar & Faridhosseini, 2010).

Psikoedukasi merupakan suatu bentuk pendidikan atau pelatihan terhadap seseorang dengan gangguan psikososial yang bertujuan sebagai proses treatment dan rehabilitasi. Sasaran psikoedukasi antara lain mengembangkan dan meningkatkan penerimaan terhadap penyakit atau gangguan yang dialami, meningkatkan partisipasi dalam terapi, dan mengembangkan mekanisme koping ketika pasien menghadapi masalah berkaitan dengan penyakit.

Menurut Mottaghipour dan Bikerton (2005) psikoedukasi merupakan suatu tindakan yang diberikan kepada individu untuk memperkuat koping atau suatu cara khusus menangani kesulitan perubahan mental. Tindakan psikoedukasi memiliki media berupa catatan seperti poster, *booklet*, *leaflet*, video dan beberapa eksplorasi yang diperlukan.

Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik dan dapat meningkatkan kemampuan kognitif (Stuart & Laraia, 2005). Psikoedukasi baik individu maupun kelompok tidak hanya sebatas memberikan informasi penting terkait dengan permasalahan partisipasinya tetapi juga mengajarkan keterampilan yang dianggap penting bagi partisipan untuk menghadapi situasi permasalahannya (Raudhoh, 2011).

Informasi ataupun pengetahuan yang diberikan merupakan hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera penglihatan ataupun pendengaran. Dengan sendirinya saat penginderaan mampu menghasilkan pengetahuan yang dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas ataupun tingkat yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2012). Psikoedukasi (PE) banyak diberikan kepada pasien dengan gangguan psikologi dan ranah lainnya (Raudhoh, 2011).

Intervensi psikoedukasi baik secara individu atau kelompok memiliki tujuan yaitu dengan membantu proses penyembuhan disertai suatu bentuk pencegahan agar klien tidak mengalami masalah yang sama ketika harus menghadapi penyakit atau gangguan yang sama, ataupun agar individu dapat menyelesaikan tantangan yang mereka hadapi sebelum menjadi gangguan yang lebih berat (Rahmadani, 2016; Raudhoh, 2011).

2. Tujuan Psikoedukasi

Memberikan pengetahuan tentang berbagai aspek. Beberapa diantaranya mengenai penyakit-tanda, gejala, hasil dan prognosis, menghilangkan kesalahpahaman dan ketidaktahuan, menolong orang memiliki pengetahuan tentang harus dan larangan sementara perawatan untuk orang sakit atau bagaimana berinteraksi atau berperilaku dan berkomunikasi dengan orang-orang sakit, pilihan pengobatan, efek samping obat dan perawatan somatik lainnya, membantu orang untuk melacak tanda-tanda awal penyakit kambuh dan sedikit untuk meningkatkan kemungkinan sakit mental

(Bhattacharjee *et al.*, 2011). Menurut Bordbar & Faridhosseini (2010), psikoedukasi dapat meningkatkan partisipasi pasien dalam terapi, dan pengembangan mekanisme koping ketika pasien mendapatkan masalah yang berkaitan dengan penyakit yang diderita (Bordbar & Faridhosseini, 2010).

3. Manfaat Psikoedukasi

Menurut Varcarolis (2006) psikoedukasi dapat diberikan kepada individu, keluarga atau pun kelompok dengan gangguan psikologis, terutama untuk pasien skizofrenia, depresi, cemas, gangguan jiwa, gangguan makan, gangguan personal dan dapat juga diberikan kepada penderita penyakit fisik. Psikoedukasi dapat pula digunakan sebagai terapi menurunkan faktor risiko yang berhubungan dengan gejala perilaku. Selain itu psikoedukasi dapat mengurangi waktu berlangsungnya episode penyakit akut, dapat memperbaiki kualitas hidup, pengetahuan, harga diri, suasana dalam perkawinan dan dapat meningkatkan kepatuhan dan kepuasan terhadap pengobatan dan treatment (Cartwright, 2007)

Casannas *et al.*, (2015) telah membuktikan bahwa psikoedukasi merupakan terapi yang efektif dalam pengobatan depresi pada orang dewasa, karena mengurangi gejala depresi dan dapat mencegah depresi pada pasien perawatan primer, serta efektif dalam jangka pendek. Psikoedukasi memiliki potensi yang luas untuk banyak bentuk penyakit dan tantangan hidup yang bervariasi (Lukens *et al.*, 2006).

4. Intervensi Psikoedukasi

Intervensi psikoedukasi adalah intervensi pendidikan yang diberikan kepada individu dengan gangguan psikologis atau penyakit fisik. Secara rinci, difokuskan pada intervensi psikoedukasi untuk gangguan psikologis. Intervensi ini dapat bervariasi dari pengiriman bahan pasif seperti *leaflet* tunggal, email atau website informasi (Donker *et al.*, 2009)

Elemen rencana yang akan dilakukan diantaranya tentang tanda dan gejala, proses alami penyakit, etiologi, pemeriksaan dan tindakan diagnostik, perubahan gaya hidup yang diindikasikan, pilihan terapi, hasil terapi yang diharapkan, efek samping pengobatan, strategi terapeutik,

respon koping adaptif, masalah kepatuhan potensial, tanda kewaspadaan dini relaps, kebutuhan seimbang dan perawatan diri (Stuart, 2009). Individu dapat menanggulangi stres dan kecemasan dengan menggunakan atau mengambil sumber koping dari lingkungan baik dari sosial, intrapersonal dan interpersonal. Dengan integrasi sumber-sumber koping tersebut individu dapat mengadopsi strategi koping yang efektif (Suliswati, 2005).

5. Pengaruh psikoedukasi dalam menurunkan kecemasan

Menurut varcarolis (2006) psikoedukasi dapat diberikan kepada individu atau keluarga dengan gangguan psikologis, terutama untuk pasien skizofrenia, depresi, kecemasan, gangguan jiwa, gangguan makan, dan dapat juga diberikan pada pasien yang menderita penyakit fisik. Manfaat dari pemberian psikoedukasi dapat membantu mengatasi kecemasan, mengurangi depresi, membuat perasaan menjadi lebih baik, membantu memecahkan masalah dan dapat menumbuhkan rasa percaya diri (Adryan, 2002).

E. *Guided imagery*

1. Pengertian

Guided imagery adalah aktifitas yang melibatkan seluruh tubuh, emosi dan semua indera yang dilakukan dengan teknik yang lembut tetapi mempunyai kekuatan yang berfokus dan mengarahkan imajinasi (Healthwise, 2011 *cit* Darsih, 2013). Menurut Hart (2008), mengatakan bahwa *guided imagery* berbeda dengan hipnosis, yaitu menciptakan citra seseorang individu daripada seorang terapis memberikan saran spesifik untuk perubahan.

2. Manfaat *Guided imagery*

Seseorang dapat mencapai rileks dengan membentuk bayangan yang akan diterima oleh berbagai indera sebagai rangsangan seperti membayangkan semua tempat yang aman dan nyaman seperti pantai atau taman, membayangkan sesuatu yang indah, maka perasaan akan terasa tenang (Aprianto, 2013). Menurut Gorman (2010) tentang *The Power Of Guided imagery* menyatakan bahwa imajinasi telah lama digunakan oleh masyarakat pada zaman kuno dan

mempercai bahwa imajinasi positif akan bisa mempercepat penyembuhan. Hal ini didukung oleh pernyataan Hippocrates dan Aristoteles bahwa kekuatan imajinasi bermanfaat untuk jantung, otak dan organ lainnya.

Guided imagery juga dapat membantu mengendalikan emosi dan proses berpikir sehingga meningkatkan sikap, kesehatan, dan kesejahteraan. Selain itu *guided imagery* bermanfaat untuk relaksasi, menurunkan tekanan darah, mengurangi stres, dan kecemasan, mengurangi nyeri, dan membantu penyembuhan (Healthwise, 2011 cit Darsih, 2013). Dalam latihan *guided imagery* terapis membimbing klien untuk merasakan atau visualisasi dengan tujuan relaksasi dan penyembuhan.

Synder (2006), juga mengatakan bahwa *guided imagery* telah menjadi standar untuk mengurangi kecemasan dan memberikan relaksasi pada orang dewasa, dapat juga mengurangi nyeri kronis, tindakan prosedural yang menimbulkan nyeri, susah tidur, mencegah reaksi alergi, dan menurunkan tekanan darah. Penelitian yang dilakukan

Aprianto (2013) membuktikan relaksasi imajinasi terbimbing (*guided imagery*) lebih efektif menurunkan kecemasan pada pasien pre operasi dibandingkan relaksasi nafas dalam. Hal tersebut didukung oleh Hart (2008), yang mengatakan *guided imagery* bermanfaat untuk manajemen nyeri dan untuk mengurangi gejala yang berhubungan dengan kecemasan, stres, dan kondisi kesehatan mental lainnya yang mengganggu pikiran memainkan peran dalam patologi.

3. Indikasi

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh *Academic of guided imagery* (AGI) :

a. Pasien dengan penyakit medis

Jenis penyakit medis meliputi alergi, asma, diabetes, gagal ginjal, penyakit jantung, herpes, hipertensi, iritasi usus.

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik jenisnya adalah arthritis, *lowback pain*, *cancer pain*, *mialgia*, nyeri kepala, neuralgia, neuropati, dan pre menstruasi

c. Gangguan psikologis

Pada gangguan psikologis meliputi cemas, depresi, insomnia pada geriatri, stop merokok, dan menurunkan berat badan.

d. Pada prosedur tindakan

Pada prosedur tindakan meliputi : angioplasty, biopsi, kemoterapi, colonskopi, prosedur tindakan gigi, endoskopi, bedah jantung, MRI, preoperasi.

4. Cara Kerja *Guided imagery*

Imajinasi merupakan bahasa yang digunakan oleh otak untuk berkomunikasi dengan tubuh. Segala sesuatu yang kita lakukan akan diproses oleh tubuh melalui bayangan. Imajinasi terbentuk melalui rangsangan yang diterima oleh berbagai indera seperti aroma, rasa, suara atau sentuhan (Holistic Online, 2006 *cit* Darsih, 2013). Respon tersebut timbul karena otak tidak mengetahui perbedaan antara bayangan dan aktivitas nyata. Penelitian membuktikan bahwa dengan menstimulasi otak melalui imajinasi dapat

menimbulkan pengaruh langsung pada sistem saraf dan endokrin.

Imajinasi terbimbing merupakan suatu teknik yang menuntut seseorang untuk membentuk sebuah bayang tentang hal yang disukai. Imajinasi yang terbentuk akan diterima sebagai rangsang oleh berbagai indera, kemudian rangsangan tersebut akan dijalankan ke batang otak menuju sensor thalamus. Di thalamus rangsang diformat sesuai dengan bahasa otak, sebagian kecil rangsangan itu ditransmisikan ke amigdala dan hipokampus sekitarnya dan sebagian besar lagi dikirim ke korteks serebri, di korteks serebri terjadi proses asosiasi pengindraan dimana rangsangan dianalisis, dipahami dan disusun menjadi suatu yang nyata, sehingga otak mengenali objek dan arti kehadiran tersebut.

Hipokampus berperan sebagai penentu sinyal sensorik dianggap penting atau tidak sehingga jika hipokampus memutuskan sinyal yang masuk adalah penting maka sinyal tersebut akan disimpan sebagai ingatan. Hal-hal yang disukai dianggap sebagai sinyal penting oleh hipokampus

sehingga diproses menjadi teori. Ketika terdapat rangsangan berupa bayangan tentang hal-hal yang disukai tersebut, memori yang telah tersimpan akan muncul kembali dan menimbulkan suatu persepsi dari pengalaman sensasi yang sebenarnya, walaupun pengaruh yang timbul hanyalah suatu memori dari suatu sensasi.

Amigdala merupakan area perilaku kesadaran yang bekerja pada tingkat bawah sadar. Amigdala berproyeksi pada jalur limbik seseorang dalam hubungan dengan alam sekitar dan pikiran. Dari hipokampus rangsangan yang telah mempunyai makna dikirim ke amigdala. Amigdala mempunyai serangkaian tonjolan dengan reseptor yang disiagakan untuk berbagai macam neurotransmitter yang mengirim rangsangan kewilayah sentralnya sehingga terbentuk pola respons perilaku yang sesuai dengan makna rangsangan yang diterima (Guyton, 2011).

Menurut Simon (2003) dalam Reliani (2015), pada teknik *guided imagery*, korteks visual otak yang memproses imajinasi mempunyai hubungan yang kuat dengan sistem

saraf otonom, yang mengontrol gerakan involunter diantaranya: nadi, pernapasan, dan respon fisik terhadap stres dan membantu mengeluarkan hormon endorpin sehingga terjadi proses relaksasi dan kecemasan menurun.

Relaksasi *guided imagery* akan membuat tubuh lebih rileks dan nyaman. Ketika responden dianjurkan untuk nafas dalam, secara perlahan tubuh responden akan merasakan rileks. Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan *corticotropin releasing factor* (CRF). Selanjutnya CRF merangsang kelenjar pituitary untuk meningkatkan produksi proopioidmelanocortin (POMC) yang menyebabkan meningkatnya produksi enkephalin oleh medula adrenal. Kelenjar pituitary juga menghasilkan endorpin, neurotransmitter yang dipercaya mempengaruhi suasana hati menjadi rileks (Guyton, 2011).

McCnace dan Heuther, 1998; Thomas, 1991, menjelaskan teori fisiologis tentang fenomena relaksasi. Teori ini menyatakan bahwa relaksasi memiliki efek pada analgesik alami tubuh endorpin. Endorpin adalah neuro -

hormon yang terkait dengan sensasi kenikmatan. Ketika mereka dilepaskan oleh otak, nyeri dapat berkurang dengan pengibaran ambang rasa sakit dan aktivasi sistem parasimpatis untuk tubuh bersantai dan menurunkan tekanan darah, respirasi, dan denyut jantung.

Guided imagery dapat memberikan rasa pemberdayaan atau kontrol pada individu. Dengan pemberdayaan diri dan nafas yang teratur dan dalam akan meningkatkan enkephalin dan β endorphin dan dengan adanya rangsangan berupa bayangan tentang hal-hal yang disukai maka responden akan merasa rileks dan mengurangi nyeri yang dirasakan.

Guided imagery dapat memberikan rasa pemberdayaan atau kontrol pada individu. Teknik ini dapat di induksi oleh seorang terapis yang membimbing pasien. Gambaran mental yang dihasilkan digunakan adalah semata-mata produk dari imajinasi individu. Beberapa individu mengalami kesulitan dalam membayangkan. Mereka mungkin tidak mendapatkan gambar yang jelas. Seseorang yang mengalami kesulitan dalam membayangkan dimungkinkan karena perasaan gugup

pada terapis. Kegugupan ini dapat diatasi dengan melakukan terapi mandiri (tanpa terapis) dengan menggunakan rekaman suara (Ford-Martin., 2011).

5. Prinsip *Guided imagery*

Menurut Health Journey (2009), ada 3 prinsip *guided imagery*, yaitu :

a. Hubungan Pikiran dan Tubuh

Pikiran mampu membangun imajinasi yang hampir sama nyata dengan peristiwa eksternal yang sebenarnya. Misal: apabila seseorang berimajinasi tentang makanan dan pikiran memikirkan tentang penampilan makanan, selera, bau, suara ketika makanan di masak, tekstur makanan saat dikunyah, maka tubuh akan merespon dengan menghasilkan air liur dan nafsu makan. Pikiran yang mampu membangkitkan imajinasi memori sensorik seperti suara, bau, rasa maka dapat merupakan isyarat tubuh untuk merespon dengan baik.

b. Perubahan Status

Pada tahap perubahan status seseorang akan mengalami peningkatan kapasitas, penyembuhan lebih intensif, tumbuh dan belajar. *Guided imagery* dengan menggunakan pemikiran yang ringan dan mendalam dapat mengaktifasi gelombang otak dan terjadi pergeseran biokimia tubuh sehingga terjadi perubahan suasana hati dan kognisi. Pada tahap ini seseorang akan mengalami relaksasi dan ketenangan yang merupakan hasil fungsional dari imajinasi terfokus karena perhatian terkonsentrasi pada satu hal yang terbatas.

c. Lokus Control

Seseorang yang memiliki pengendalian akan membantunya merasa lebih baik. Lokus kontrol ini dikaitkan dengan optimisme tinggi, harga diri dan kemampuan untuk mentoleransi nyeri, ambiguitas dan stress. *Guided imagery* merupakan dorongan aktifitas internal, dan pengguna dapat memutuskan kapan, dimana, bagaimana, dan jika hal itu diterapkan,

sehingga memberikan efek yang bermanfaat dan membantu mengendalikan diri.

6. Efektifitas Terapi *Guided imagery* Terhadap Penurunan Depresi dan Kecemasan.

Teknik relaksasi imajinasi terbimbing atau *guided imagery* membentuk sebuah bayangan yang diterima sebagai rangsangan oleh berbagai indera, seperti membayangkan sesuatu yang indah, perasaan akan merasa tenang. Ketegangan serta ketidaknyamanan akan dikeluarkan, maka menyebabkan tubuh menjadi rilek dan nyaman (Smeltzer, 2008).

Respon relaksasi lebih dominan pada sistem parasimpatik, sehingga mengendorkan saraf yang tegang. Saraf parasimpatik berfungsi mengendalikan denyut jantung sehingga membuat tubuh rileks. Menurut Simon (2003 dalam Reliani 2015), teknik *guided imagery* korteks visual otak yang memproses imajinasi mempunyai hubungan yang kuat dengan sistem saraf otonom, dengan mengontrol gerakan involunter diantaranya nadi, pernapasan dan respon fisik

terhadap stres dan membantu mengeluarkan hormon endorpin (substansi ini dapat menimbulkan efek analgesik yang sebanding dengan yang ditimbulkan morfin dalam dosis 10-50 mg/kg BB) sehingga terjadi proses relaksasi dan kecemasan dan depresi menurun (Reliani, 2015).

7. SOP (Standart Operasional Prosedur) *Guided imagery*

Guided imagery diawali dengan teknik relaksasi dan dilanjutkan dengan *guided imagery* (visualisasi). Kondisi relaksasi akan memudahkan dalam melakukan *guided imagery*.

a. Langkah – langkah relaksasi

1) Mengambil posisi santai/rileks dengan duduk dikursi atau berbaring

2) Melonggarkan pakaian

b. Tarik nafas dalam dan merasakan tubuh dan pikiran benar-benar rileks

c. Langkah – langkah *guided imagery*

1) Persiapan Alat

- a) Kursi dengan sandaran kepala dan lengan
- b) Matras
- c) Tape (musik penenang)

2) Persiapan perawat

Memiliki kemampuan menghadirkan-membimbing dalam melakukan imajinasi yang positif bagi klien.

3) Persiapan pasien

BAK/BAB, perut tidak lapar atau kekenyangan

4) Persiapan lingkungan

- a) Ruangan yang tenang dan nyaman
- b) Tertutup (minimalisir stimulus)

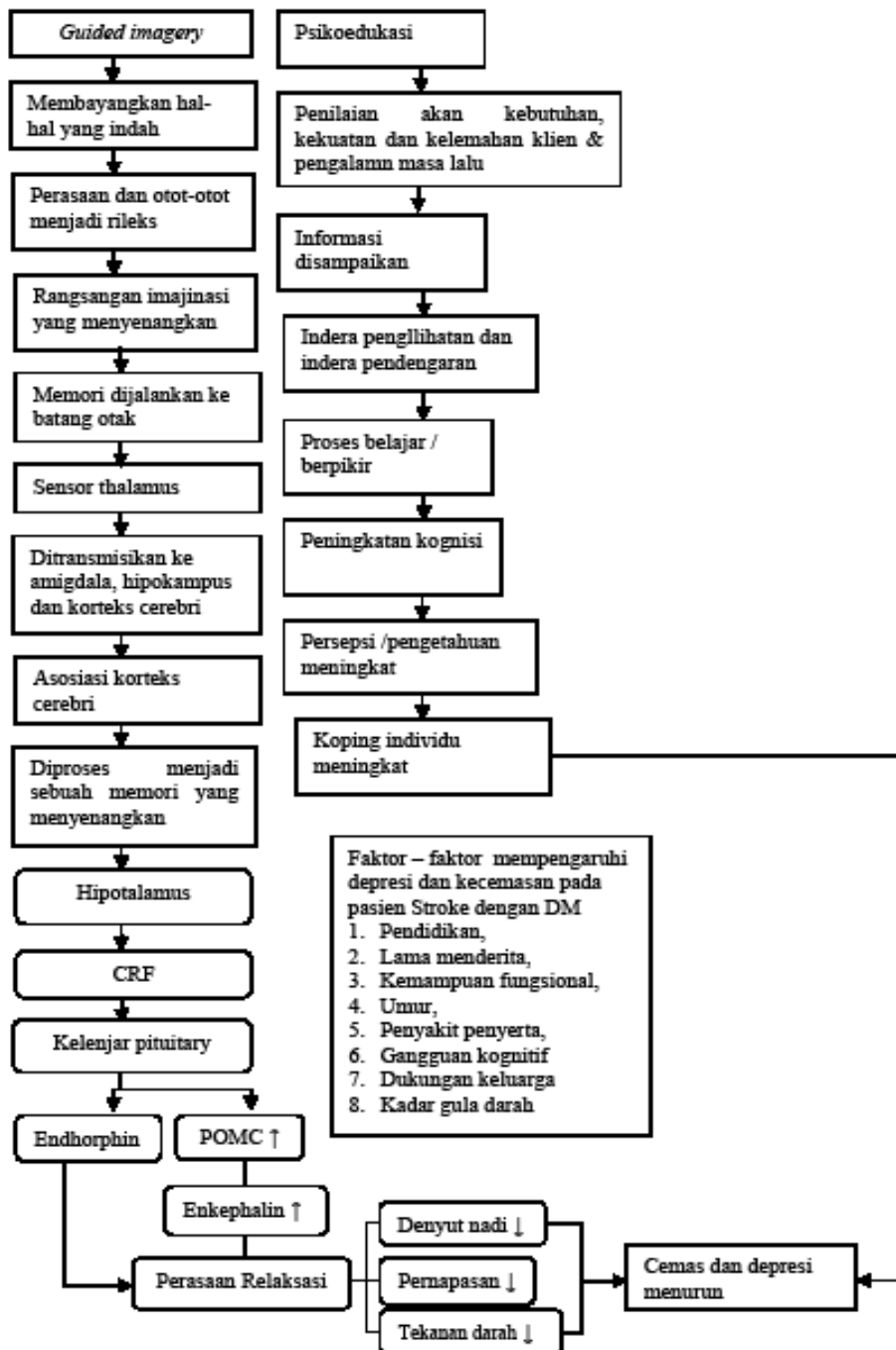
5) Prosedur Kerja

- a) Menyampaikan salam
- b) Mengingatnkan nama perawat
- c) Menegaskan maksud pertemuan
- d) Menyampaikan tujuan terapi

- e) Menanyakan kesiapan pasien untuk terapi
- f) Memberi kesempatan pasien bertanya /
menyampaikan sesuatu
- g) Menanyakan keluhan utama
- h) Tanggapi secukupnya
- i) Atur posisi klien senyaman mungkin tersedia
(duduk atau tiduran).
- j) Perawat berada disamping klien
- k) Melakukan bimbingan:
 - (1) Klien menutup mata
 - (2) Letakkan tubuh senyaman-nyamannya
 - (3) Periksa otot-otot klien dalam keadaan rileks
 - (4) Ambil nafas melalui hidung, tahan sebentar,
dan keluar melalui mulut perlahan-lahan
(sesuai bimbingan)
 - (5) Minta klien untuk membayangkan hal-hal
yang menyenangkan atau keindahan, dan
pastikan klien mampu melakukannya

- (6) Kalau perlu tanyakan kepada klien, bila belum bisa dan gagal
- (7) Secara terbimbing perawat meminta klien untuk melakukan imajinasi sesuai dengan ilustrasi yang dicontohkan perawat
- (8) Biarkan klien menikmati imajinasinya
- (9) Setelah terlihat adanya respon bahwa klien mampu, dan waktu dalam rentang 15-30 menit, minta klien untuk membuka mata
 - l) Minta respon klien
 - m) Kesimpulan dan support
 - n) Memberikan follow up
 - o) Kontrak (bila diperlukan)
 - p) Salam.

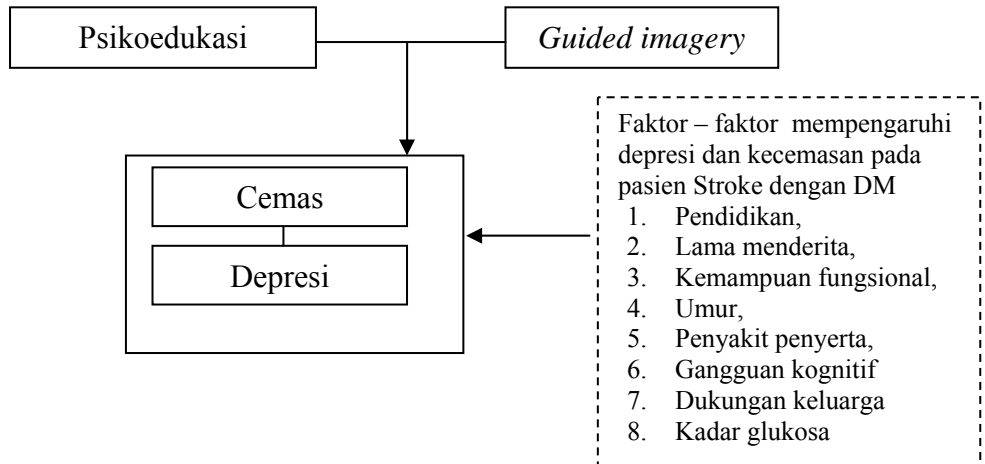
F. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori DM dengan Strok

Sumber : Creager (2013), Paneni (2013), (Robert, *et al*, 2013), (Miftatu, 2011), Guyton & Hall, 2011, McCnace dan Heuther, 1998; Thomas, 1991, Prasetyo (2011), Notoatmodjo (2012).

G. Kerangka Konsep



Keterangan :

□ = variabel yang diteliti

□ (dashed) = variabel yang tidak diteliti

Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

H. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka teori, maka hipotesis penelitian ini adalah : Kombinasi terapi psikoedukasi dan *guided imagery* efektif menurunkan kecemasan dan depresi pada penderita DM dengan stroke.