

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep Efikasi Diri

a. Pengertian

Efikasi diri adalah keyakinan individu untuk mengelola perilaku-perilaku tertentu untuk mencapai kesembuhan (Makhfudli et al., 2020). Efikasi diri merupakan suatu proses kognitif terkait kenyamanan individu dalam melakukan suatu hal yang dapat mempengaruhi motivasi, proses berpikir, kondisi emosional serta lingkungan sosial yang menunjukkan suatu kebiasaan yang spesifik (Hasanah, 2018).

Menurut Bandura dalam Kristiyani (2020), efikasi diri menentukan bagaimana seseorang merasa, berpikir, memotivasi diri sendiri, dan berperilaku. Efikasi diri merupakan dasar dari motivasi, kesejahteraan, serta berprestasi. Hal ini disebabkan karena jika seseorang tidak percaya bahwa tindakan mereka dapat menghasilkan sesuatu sesuai dengan yang diharapkan, mereka mendapat sedikit dorongan untuk bertahan ketika dihadapkan kesulitan. Sebaliknya, jika mereka yakin bahwa mereka dapat mencapai sesuatu, maka mereka menjadi lebih bersemangat dalam mencapai sesuatu tersebut. Pada umumnya orang dengan efikasi diri yang baik akan lebih cepat bangkit dari kegagalan atau kemunduran

yang dialami serta memiliki komitmen yang tinggi untuk dapat mencapai sesuatu.

b. Sumber-Sumber Efikasi Diri

Efikasi diri dipengaruhi oleh empat sumber informasi penting (Lenz & Shortridge-Baggett, 2002):

1) *Performance accomplishment*: berlatih dan pengalaman sebelumnya.

Berlatih adalah sumber efikasi diri yang paling penting karena didasarkan pada pengalaman seseorang sendiri. Pengalaman individu terkait keberhasilan akan meningkatkan efikasi diri, sedangkan kegagalan dapat menurunkan efikasi diri, terutama jika kegagalan terjadi di awal proses pembelajaran. Hal ini membuktikan bahwa pengalaman individu mempunyai pengaruh yang besar terhadap efikasi diri.

Seseorang yang berhasil menemukan solusi untuk permasalahan yang dihadapi dan dapat menuntun bangkit dari keterpurukan maka efikasi diri orang tersebut secara otomatis akan meningkat dibandingkan sebelumnya. Menguasai sesuatu hal yang baru relatif sederhana, yang diperlukan yaitu latihan dan membiasakannya. Efikasi diri perlu dikembangkan dengan cara mencoba menyelesaikan tugas yang sulit dan melewati kendala-kendala yang ditemui.

2) *Vicarious experience*: pengamatan orang lain.

Efikasi diri juga bisa dibentuk dengan melihat orang lain yang sukses yang dianggap memiliki suatu kemiripan dengan orang yang mengamatinya. Orang lain dapat menjadi contoh atau *role model* dan memberikan informasi tentang tingkat kesulitan dari jenis perilaku tertentu. Orang-orang yang berperan sebagai panutan, bagaimanapun harus menunjukkan kesamaan dengan pengamat dalam karakteristik yang relevan dengan masalah tersebut, artinya dengan mengamati orang lain yang dianggap senasib atau mengalami hal yang sama, sang pengamat dapat membentuk sugesti positif terhadap dirinya bahwa ia mampu melakukan hal serupa seperti model yang diamatinya. Hal ini sangat penting bagi mereka yang kurang mempunyai keyakinan dalam menghadapi permasalahan yang terjadi.

Mengamati orang lain adalah sumber efikasi diri yang lebih lemah daripada pengalaman langsung, tetapi dapat berkontribusi pada penilaian seseorang terhadap efikasi dirinya sendiri. Seberapa besar dampak *vicarious experience* terhadap efikasi diri seseorang bergantung pada seberapa mirip seseorang dengan model dalam pemikiran seseorang (Kristiyani, 2020). Semakin mirip seorang model dimata seseorang dengan dirinya maka akan semakin besar pengaruh pengalaman sukses atau pengalaman gagal model terhadap efikasi diri seseorang.

3) *Verbal Persuasion*: Persuasi verbal

Persuasi verbal merupakan sumber efikasi diri yang paling sering digunakan karena mudah digunakan. Profesional kesehatan dapat memberikan instruksi, saran dan nasihat, mencoba meyakinkan orang bahwa mereka dapat berhasil dalam mengerjakan tugas yang sulit, yang paling penting adalah kredibilitas, keahlian, kepercayaan, dan prestise orang yang melakukan persuasi. Persuasi verbal untuk meyakinkan orang bahwa mereka memiliki kemampuan untuk melakukan suatu perilaku lebih lemah daripada dua sumber sebelumnya karena mereka tidak memperhatikan pengalaman atau contoh mereka sendiri. Namun, persuasi verbal bisa menjadi pendukung yang baik untuk sumber efikasi diri yang lain. Jika seseorang yakin dengan kemampuan mereka, mereka akan lebih cenderung untuk bertahan dan tidak akan mudah menyerah.

- 4) *Physiological information*: evaluasi diri dari keadaan fisiologis dan emosional.

Informasi tentang tubuh manusia juga dapat mempengaruhi penilaian seseorang terhadap kemampuan untuk menunjukkan perilaku tertentu. Dalam menilai kapasitas mereka sendiri, orang menggunakan informasi tentang keadaan fisiologis dan emosional mereka. Ketegangan, kecemasan, dan depresi ditafsirkan sebagai tanda defisiensi personal yang dapat berdampak negatif terhadap efikasi diri seseorang. Apa yang

orang percaya tentang penyakit mereka dan bagaimana mereka menafsirkan gejala mereka mempengaruhi efikasi diri mereka untuk menghadapi penyakit.

c. Faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri

Menurut Bandura dalam Anwar (2009) tinggi atau rendahnya efikasi diri seseorang sangatlah bervariasi. Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi, diantaranya yaitu:

1) Jenis kelamin

Perbedaan jenis kelamin juga berpengaruh terhadap efikasi diri. Penelitian Bandura dalam Anwar (2009) menyatakan wanita cenderung memiliki efikasi diri yang tinggi daripada pria yang bekerja, terutama wanita yang memiliki peran selain sebagai ibu rumah tangga, juga sebagai wanita karir.

2) Budaya

Budaya mempengaruhi efikasi diri melalui nilai, kepercayaan, dan proses pengaturan diri yang berfungsi sebagai sumber penilaian efikasi diri.

3) Usia

Salah satu faktor yang mempengaruhi efikasi diri adalah usia (Ismatika & Soleha, 2018). Individu yang lebih tua pada umumnya lebih berpengalaman dalam mengatasi masalah yang dihadapi dibanding individu yang lebih muda yang kurang pengalaman menghadapi masalah dalam hidup. Hal ini berkaitan

dengan pengalaman individu yang dimiliki selama rentang hidupnya.

4) Tingkat pendidikan

Pendidikan merupakan komponen yang sangat penting untuk seorang individu. Efikasi diri umumnya terbentuk dari proses belajar seseorang melalui pendidikan formal. Individu dengan tingkat pendidikan yang tinggi umumnya memiliki efikasi diri yang tinggi pula karena banyak menerima proses pembelajaran dan berbagai persoalan yang dihadapi ketika masa pendidikan.

5) Sifat dari tugas yang dihadapi

Tingkat kesulitan tugas yang dihadapi oleh seseorang akan mempengaruhi penilaian individu tersebut terhadap kemampuan dirinya sendiri. Semakin kompleks suatu tugas yang dihadapi oleh individu maka akan semakin rendah individu tersebut menilai kemampuannya. Sebaliknya, jika individu dihadapkan pada tugas yang mudah dan sederhana maka akan semakin tinggi individu tersebut menilai kemampuannya.

6) Pengalaman

Efikasi diri dibentuk dari sebuah pengalaman atau proses adaptasi dan pembelajaran yang telah dialami individu di lingkungannya, tetapi hal ini bergantung pada bagaimana individu tersebut menghadapi keberhasilan atau kegagalan dalam menghadapi masalah.

7) Status atau peran individu dalam lingkungan

Individu yang memiliki status lebih tinggi akan memperoleh tingkat kontrol yang lebih besar sehingga efikasi diri yang dimilikinya juga tinggi. Sedangkan individu yang memiliki status yang lebih rendah akan memiliki kontrol yang lebih kecil sehingga efikasi diri yang dimiliki juga rendah.

8) Informasi tentang kemampuan diri

Individu akan memiliki efikasi diri tinggi, jika memperoleh informasi positif mengenai dirinya, sementara individu akan memiliki efikasi diri yang rendah jika memperoleh informasi negatif mengenai dirinya.

d. Pengaruh Efikasi Diri Terhadap Proses Dalam Diri Manusia

Menurut Bandura dalam Kristiyani (2020) terdapat empat proses besar psikologis dalam proses efikasi diri dalam mempengaruhi fungsi manusia:

1) Proses Kognitif

Dampak efikasi diri terhadap proses kognitif seseorang berbeda antara satu dengan lainnya. Sebagian besar perilaku akan berubah sesuai dengan pemikiran untuk mewujudkan tujuan. Semakin kuat persepsi efikasi diri seseorang, semakin tinggi tujuan-tujuan yang dibuat bagi dirinya dan lebih mengokohkan komitmen mereka. Semua tindakan dimulai dalam pikiran. Fungsi utama dari pemikiran adalah untuk memungkinkan

seseorang memprediksi kejadian dan menentukan langkah serta mengembangkan cara untuk mengontrol hal-hal yang mempengaruhi hidup mereka. Ketika seseorang dihadapkan pada sebuah masalah yang sulit akan timbul keraguan diri mengenai keberhasilan yang dapat dicapai dalam pemikirannya, sehingga tujuan dan kualitas prestasi menurun.

2) Proses Motivasional

Efikasi diri berperan penting dalam regulasi motivasi diri. Kebanyakan motivasi dihasilkan secara kognitif. Orang memotivasi dirinya sendiri dan mengarahkan tindakan melalui pemikiran sebelumnya. Efikasi diri mempengaruhi pola pikir seseorang sehingga mereka membentuk keyakinan mengenai apa yang dapat mereka lakukan. Mereka menetapkan tujuan bagi dirinya sendiri dan merencanakan tindakan untuk merealisasikan tujuan yang telah dibuat. Tujuan yang menantang akan meningkatkan dan mempertahankan motivasi seseorang.

3) Proses Afektif

Efikasi diri seseorang mengenai kemampuannya untuk menghadapi masalah mempengaruhi seberapa besar tingkat motivasi, stres, dan depresi yang dialami dalam menghadapi situasi yang sulit atau mengancam. Seseorang yang percaya bahwa mereka mampu mengatasi masalah yang ada akan merubah pola pikirnya yang mengganggu sehingga mereka

menjadi lebih tangguh dalam menghadapi permasalahan. Setelah seseorang mengembangkan rasa tangguh yang dimiliki, seseorang dapat menahan kesulitan yang datang. Sebaliknya orang yang memiliki kepercayaan yang rendah terhadap kemampuan dirinya akan merasa sangat cemas dan melihat berbagai hal sebagai bahaya. Efikasi diri dapat mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara, yaitu seseorang yang percaya bahwa mereka mampu mengelola ancaman tidak akan mudah tertekan oleh diri sendiri, sebaliknya jika efikasi diri rendah seseorang cenderung memperbesar risiko, dan dapat mendorong munculnya depresi (Manuntung, 2019).

4) Proses Seleksi

Efikasi diri seseorang dapat membentuk kehidupan dengan mempengaruhi jenis aktivitas dan lingkungan yang akan dipilih. Seseorang akan menghindari aktivitas dan situasi yang mereka yakini berada diluar kemampuannya. Tetapi mereka akan bersiap begitu menghadapi suatu masalah dan memilih situasi yang kemungkinan dapat ditangani.

e. Alat Ukur Efikasi Diri

Beberapa alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur efikasi diri, antara lain:

1) *General Self-Efficacy Scale*

General Self-Efficacy Scale merupakan instrumen pengukuran yang bersifat *unidimensional*, atau hanya mengukur satu faktor yaitu *general self-efficacy*. *General Self-Efficacy Scale* awalnya dikembangkan oleh Matthias Jerusalem dan Ralf Schwarzer pada tahun 1979 yang terdiri dari 20 item. *General Self-Efficacy Scale* telah diterjemahkan ke dalam 32 bahasa dan digunakan dalam penelitian di berbagai negara. Setiap item dalam instrumen memiliki 4 pilihan jawaban, yaitu: “sangat tidak sesuai” hingga “sangat sesuai”. Rentang nilai instrumen ini yaitu 1 sampai 4, sehingga rentang jumlah skor antara 10 sampai 40, dengan skor semakin tinggi maka efikasi diri semakin tinggi pula. *General Self-Efficacy Scale* sudah diuji validitas dan reliabilitas dengan hasil yang sangat reliabel, stabil, dan valid (Novrianto et al., 2019).

2) *Daily Living Self-Efficacy Scale*

Daily Living Self-Efficacy scale merupakan instrumen yang dapat digunakan untuk menilai efikasi diri penderita stroke dalam dua domain kehidupan sehari-hari yaitu aspek psikologis dan aktivitas sehari-hari terlepas dari sifat dan tingkat kecacatan fisik pasien. Kuesioner ini terdiri dari 12 item pertanyaan yang mencakup dua sub domain yaitu efikasi diri untuk fungsi psikososial dan efikasi diri untuk fungsi aktivitas sehari-hari (Maujean et al., 2014).

3) *The Stroke Self-Efficacy Questionnaire (SSEQ)*

The Stroke Self-Efficacy Questionnaire (SSEQ) merupakan instrumen untuk menilai efikasi diri yang dirasakan oleh penderita stroke dalam fungsi tertentu misalnya perawatan diri, aktivitas dan mobilitas, dan tugas yang terkait dengan manajemen diri (Maujean et al., 2014). Kuesioner ini digunakan untuk mengukur efikasi diri individu dalam kinerja fungsional dan manajemen diri yang relevan dengan individu pasca stroke. Pengembangan kuesioner ini dilakukan selama tahun 2004 hingga 2006 dengan menjalani 3 kali studi. Kuesioner ini telah diujicobakan kepada 112 penderita stroke antara 2 sampai 24 minggu pasca stroke. *The Stroke Self-Efficacy Questionnaire (SSEQ)* terdiri dari 13 item pertanyaan dengan hasil uji *cronbach's α* 0,90 dan nilai uji validitas $r = 0,803$ dan $p < 0,001$ (Jones et al., 2008).

2. Stroke

a. Pengertian

Stroke atau cedera vaskular serebral adalah kondisi kedaruratan ketika terjadi defisit neurologis akibat dari penurunan tiba-tiba aliran darah ke area otak yang terlokalisasi (LeMone et al., 2016). Defisit neurologis ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak dan/atau terjadinya trombosis dan emboli (Batticaca, 2008). Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul

mendadak yang disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan kecacatan berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2008).

b. Etiologi

Menurut Muttaqin (2008) beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan stroke:

1) Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami penyumbatan sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur, dikarenakan penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebral. Trombosis serebral dapat disebabkan oleh aterosklerosis, hiperkoagulasi dan arteritis.

2) Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara.

3) Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraserebral meliputi perdarahan di dalam ruang subaraknoid atau di dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

4) Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah:

- a) Hipertensi yang parah,
- b) Henti jantung paru,
- c) Curah jantung turun akibat aritmia.

5) Hipoksia lokal

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia lokal adalah:

- a) Spasme arteri serebri yang disertai perdarahan subaraknoid
- b) Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

c. Faktor Risiko

Faktor risiko stroke diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan dapat dimodifikasi. Faktor yang dapat dimodifikasi dapat diubah dengan prevensi (LeMone et

al., 2016). Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi terdiri dari usia, jenis kelamin, ras, dan hereditas, sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi terdiri dari hipertensi, penyakit jantung, kolesterol tinggi, obesitas, diabetes, merokok, penyalahgunaan zat dan alkohol (Muttaqin, 2008). Faktor risiko lain meliputi stroke sebelumnya atau serangan iskemia transien (TIA), dan faktor khusus untuk wanita adalah kontrasepsi oral (khususnya disertai hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi) (LeMone et al., 2016).

d. Klasifikasi

Klasifikasi stroke dibedakan menurut patologi dari serangan stroke meliputi (LeMone et al., 2016):

1. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu dan pada umumnya kesadaran klien menurun (Muttaqin, 2008). Terdapat dua jenis stroke hemoragik yaitu hemoragi intraserebral dan hemoragi subaraknoid.

a) Perdarahan intraserebral

Pecahnya pembuluh darah dikarenakan hipertensi yang mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak.

b) Perdarahan subarakhnoid

Perdarahan yang berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subarakhnoid menyebabkan TIK meningkat secara mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasopasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global yaitu nyeri kepala, penurunan kesadaran maupun disfungsi otak fokal yaitu hemiparesis, gangguan hemisensorik, afasia, dan lainnya.

2. Stroke Nonhemoragik

Stroke yang berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral yang biasanya terjadi saat setelah lama istirahat, baru bangun tidur, atau di pagi hari. Stroke nonhemoragik ini tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan edema sekunder.

e. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke beragam tergantung pada jenis stroke (Ghofir, 2021):

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang muncul secara mendadak
- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik)

- 3) Perubahan mendadak pada status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
- 4) Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
- 5) Disartria (bicara pelo atau cadel)
- 6) Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia
- 7) Vertigo, mual dan muntah, dan nyeri kepala.

f. Terapi Stroke

National Institutes of Health (NIH) (2004) menyatakan bahwa terapi yang dapat diberikan untuk rehabilitasi stroke yaitu:

1) Terapi fisik

Terapi yang diberikan untuk merawat klien dengan gangguan motorik dan mengembalikan mobilitas klien pasca stroke

2) Terapi okupasi

Layanan kesehatan yang ditujukan pada klien yang mengalami gangguan motorik atau mental yang dilakukan untuk meningkatkan aktivitas kehidupan sehari-hari dan melatih kemandirian

3) Terapi wicara

Layanan kesehatan yang diberikan pada klien yang mengalami gangguan bicara (afasia). Klien stroke kemungkinan mengalami gangguan dalam komunikasi sehingga membutuhkan terapi

wicara untuk melatih dan meningkatkan kemampuannya dalam berbicara/komunikasi.

g. Dampak Stroke

Beberapa dampak stroke yang terjadi pada pasien stroke, antara lain:

1) Dampak fisik

Stroke dapat menyebabkan beberapa gangguan fisik seperti kelumpuhan atau cacat (hemiplegia dan hemiparesis), gangguan berkomunikasi, hilangnya indra perasa, gangguan tidur, nyeri, kehilangan kemampuan dasar sebagai individu normal, kesulitan mengunyah dan menelan makanan (disfagia), dan inkontinensia (Lingga, 2013).

2) Dampak psikososial

Kondisi tidak berdaya oleh pasien akibat stroke dapat menyebabkan perubahan mental pada pasien, sehingga mengalami stres, depresi, mudah tersinggung, mudah marah, dan sedih. Tidak jarang diantara mereka yang putus asa dan kehilangan semangat hidup. Sebagian besar pasien pasca stroke juga tidak dapat menerima kehidupan baru yang dialaminya. Dalam kondisi seperti ini, mereka tidak dapat mengatasi persoalan yang dialaminya sendirian. Karena itu, perlu dukungan orang lain agar perubahan emosi dan mental tersebut tidak berkembang lebih buruk. Konseling yang dilakukan oleh

psikolog atau pemuka agama merupakan sebuah upaya yang jitu dan terbukti efektif untuk membantu pasien mengatasi persoalan kejiwaan yang berat (Lingga, 2013).

3) Dampak ekonomi

Stroke digolongkan ke dalam penyakit katastrofik karena mempunyai dampak luas secara ekonomi dan sosial (Kemenkes RI, 2018). Stroke memerlukan biaya perawatan dan biaya pengobatan yang tidak sedikit dan dapat mempengaruhi stabilitas ekonomi keluarga dan dapat mempengaruhi stabilitas emosi baik pasien maupun keluarga (Muttaqin, 2008).

h. Fase Rehabilitasi Stroke

Rehabilitasi pada pasien stroke bertujuan untuk meminimalkan defisit neurologis beserta komplikasinya, mendorong keluarga, dan memfasilitasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien stroke (Tan, 2017).

Secara umum rehabilitasi pasien stroke dibagi menjadi 3 fase sebagai acuan penentuan tujuan dan jenis intervensi rehabilitasi yang diberikan, yaitu (Wirawan, 2009):

1) Stroke fase akut (2 minggu pertama pasca serangan stroke)

Pada fase akut, biasanya keadaan hemodinamik pasien belum stabil dan masih menjalani perawatan di rumah sakit. Pasien stroke dapat dirawat di ruang rawat biasa ataupun unit stroke. Pasien yang dirawat di unit stroke menghasilkan perawatan yang

lebih baik dibandingkan dengan pasien yang dirawat di ruang rawat biasa. Pasien cenderung lebih mandiri dan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik. Rehabilitasi pada fase ini dijalankan oleh tim yang biasanya latihan aktif dimulai sesudah prosesnya stabil, 24-72 jam sesudah serangan, kecuali terjadi perdarahan (Purwanti, 2008).

2) Stroke fase subakut (antara 2 minggu hingga 6 bulan pasca serangan stroke)

Pada fase subakut, kecuali pasien yang memerlukan perawatan rehabilitasi intensif, status hemodinamik pasien lebih stabil dan diperbolehkan pulang. Pada fase ini pasien mulai menunjukkan tanda-tanda depresi, fungsi bahasa mulai dapat terperinci. Rehabilitasi pada fase ini dilakukan untuk mencegah *hemiplegic posture* dengan mengatur posisi dan stimulasi sesuai kondisi klien (Purwanti, 2008).

Pada fase subakut pasien mulai mempelajari kembali aktivitas perawatan diri dan berjalan. Rehabilitasi diperlukan untuk memastikan gerakan pasien lebih terarah dan lebih efisien dalam penggunaan energi. Rehabilitasi dilakukan dengan terapi latihan yang terstruktur yang berkelanjutan dan berulang serta mempertimbangkan kinesiologi dan biomekanik gerak. Tujuan rehabilitasi pada fase ini yaitu untuk mencegah komplikasi akibat tirah baring, mempersiapkan atau mempertahankan

kondisi yang memungkinkan pemulihan fungsional secara optimal, mengembalikan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari, serta mengembalikan kebugaran fisik dan mental.

3) Stroke fase kronis (lebih dari 6 bulan pasca serangan stroke)

Program latihan untuk fase stroke kronis hampir mirip dengan fase subakut, yang berlangsung lebih dari 6 bulan pasca stroke. Hasil dari rehabilitasi pada fase kronis tergantung pada tingkat keparahan stroke. Hasilnya terdiri dari beberapa tingkatan seperti mandiri penuh dan kembali ke tempat kerja seperti sebelum sakit, mandiri penuh dan bekerja namun berganti pekerjaan yang lebih ringan sesuai kondisi, mandiri penuh namun tidak bekerja, aktivitas sehari-hari perlu bantuan minimal dari orang lain, atau aktivitas sehari-hari sebagian besar atau sepenuhnya dibantu orang lain.

Tujuan dari program latihan pada fase kronis ini adalah untuk mengoptimalkan kemampuan fungsional pasien, mempertahankan kemampuan fungsional yang dicapai, mengoptimalkan kualitas hidup pasien, dan mencegah komplikasi. Pada saat fase ini, fokusnya adalah pada terapi kelompok, keluarga pasien lebih banyak dilibatkan, pekerja medik sosial, dan psikolog perlu lebih aktif (Purwanti, 2008).

3. Psikoedukasi

a. Pengertian

Psikoedukasi adalah pendidikan kesehatan pada pasien baik yang mengalami penyakit fisik maupun gangguan jiwa yang bertujuan untuk mengatasi masalah psikologis yang dialami pasien (Suryani, 2016). Psikoedukasi dapat dilaksanakan secara individual maupun kelompok/grup dan dapat diberikan dalam satu sesi atau lebih.

Psikoedukasi dapat dilaksanakan di berbagai tempat pada berbagai kelompok atau rumah tangga. Tindakan psikoedukasi memiliki media berupa catatan seperti poster, *booklet*, *leaflet*, video, dan beberapa eksplorasi yang diperlukan. Perawat dapat membangun hubungan saling percaya agar dapat melakukan pengkajian yang tepat dan memberikan pengertian terhadap keluarga bagaimana psikoedukasi memberikan keuntungan pada mereka, dapat mengatasi dan mencegah terjadinya gangguan emosional dengan strategi koping yang efektif (Supratiknya, 2011).

Terapi psikoedukasi ini bisa dilakukan secara pasif berupa pemberian informasi dengan leaflet atau melalui email atau website dan juga dilakukan secara aktif berupa konseling atau pemberian pendidikan kesehatan secara individu atau kelompok (Suryani, 2016).

b. Tujuan Psikoedukasi

Tujuan dari psikoedukasi adalah untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit anggota keluarga, mengurangi tingkat

kekambuhan, dan meningkatkan fungsi pasien dan keluarga (Stuart, 2009). Intervensi psikoedukasi diharapkan dapat meningkatkan pencapaian pengetahuan individu tentang penyakit, mengajarkan bagaimana teknik pengajaran dalam upaya membantu mereka melindungi individu dengan mengetahui gejala-gejala perilaku dan mendukung individu.

c. Program atau Modul Psikoedukasi

Program psikoedukasi merupakan suatu rangkaian kegiatan psikoedukasi untuk membantu kelompok klien sasaran/partisipan mengembangkan satu atau serangkaian keterampilan hidup tertentu (Supratiknya, 2011). Program psikoedukasi dapat dikembangkan menggunakan modul psikoedukasi yang tersusun atas komponen:

1) Topik

Topik menjelaskan jenis keterampilan hidup yang hendak diberikan dalam modul psikoedukasi dan biasanya digunakan sebagai judul.

2) Tujuan

Tujuan menjelaskan secara spesifik jenis-jenis keterampilan hidup yang akan menjadi tujuan modul serta hasil yang diharapkan akan dicapai oleh peserta psikoedukasi pada akhir kegiatan.

3) Waktu

Menjelaskan waktu yang diperlukan untuk melaksanakan modul dari kegiatan dari awal hingga evaluasi, biasanya dituliskan jam atau menit

4) Tata ruang

Menjelaskan pengaturan isi ruangan, kondisi ruangan, peralatan dan perlengkapan dalam pelaksanaan modul psikoedukasi.

5) Materi

Menjelaskan secara konseptual jenis-jenis keterampilan hidup yang menjadi tujuan pada modul yang dapat disajikan melalui *handouts*, *booklet*, rekaman pidato, video, atau media lain yang disertai penjelasan lisan oleh fasilitator.

6) Prosedur

Menjelaskan langkah-langkah kegiatan psikoedukasi yang harus dilakukan oleh peserta dan fasilitator untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

7) Media

Media dalam psikoedukasi dapat berupa:

- a) *Handouts* atau *booklet* yang berisi materi yang disampaikan
- b) Lembar kerja pribadi maupun kelompok
- c) *Slides-film*, rekaman audio seperti pidato, musik, dan sebagainya
- d) Gambar, koran bekas, majalah bekas, dan lain-lain
- e) Laptop, komputer, dan *reviewer*

f) Alat tulis

8) Evaluasi

Komponen ini terdiri dari dua macam evaluasi, yaitu evaluasi hasil dan evaluasi kinerja. Evaluasi hasil mempertanggungjawabkan hasil penyelenggaraan modul psikoedukasi yang telah dilaksanakan, sedangkan evaluasi kinerja mempertanggungjawabkan proses pelaksanaan modul psikoedukasi yang telah dilaksanakan terkait kinerja fasilitator.

9) Sumber

Memuat berbagai sumber pustaka yang digunakan sebagai acuan dalam penyusunan modul.

d. Tahapan Program Psikoedukasi Bersahabat dengan Stroke

Merujuk pada tahapan atau sesi yang sudah dikembangkan beberapa penelitian sebelumnya terkait dengan pasien pasca stroke yang mengalami gangguan psikologis yang dapat mempengaruhi efikasi diri, maka dalam penelitian ini dilakukan psikoedukasi untuk meningkatkan efikasi diri pada pasien pasca stroke yang dapat membuat pasien puas dengan keadaannya, mencapai kebebasan dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari, meningkatkan kualitas hidup dan menurunkan depresi yang biasanya terjadi pasca stroke sehingga dapat mempengaruhi motivasi dan berperilaku untuk mencapai kesembuhan. Adapun sesi-sesi program psikoedukasi bersahabat dengan stroke yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1) Sesi 1: video edukasi dan motivasi untuk meningkatkan efikasi diri

Pada sesi ini responden melihat video yang berisi tentang apakah stroke dapat disembuhkan, serta kiat-kiat meningkatkan motivasi pasien pasca stroke. Video yang ditampilkan berdurasi 6 menit 57 detik untuk mempertahankan fokus pasien (Denny et al., 2017). Sesi 1 dilakukan saat responden pulang dari rumah sakit dan pada hari yang sama setelah responden mengisi *pretest*.

2) Sesi 2: video persuasi verbal dan cerita penyintas stroke

Pada sesi ini responden melihat video yang berisi tentang persuasi verbal dan kata-kata motivasi untuk dapat meningkatkan efikasi diri, selain itu salah satu penyintas stroke membagikan pengalamannya saat terkena stroke hingga menjalani rehabilitasi. Video yang ditampilkan berdurasi 7 menit 7 detik. Sesi 2 dilakukan 3 hari setelah sesi 1, peneliti memberikan video melalui tautan *YouTube* yang dibagikan melalui *WhatsApp*. Tindak lanjut psikoedukasi melalui telepon sangat berarti bagi responden dan keluarga karena dapat menghemat biaya dan tenaga untuk pergi ke rumah sakit.

3) Sesi 3: *review* video 1 dan 2

Sesi 3 dilakukan 3 hari setelah sesi 2, peneliti meminta responden untuk melihat kembali video 1 dan 2. Satu minggu setelah *review* video, dilakukan evaluasi dengan mengisi

kuesioner (*posttest*). *Posttest* menggunakan google formulir melalui tautan yang dibagikan ke responden menggunakan *WhatsApp* dengan dibantu keluarga.

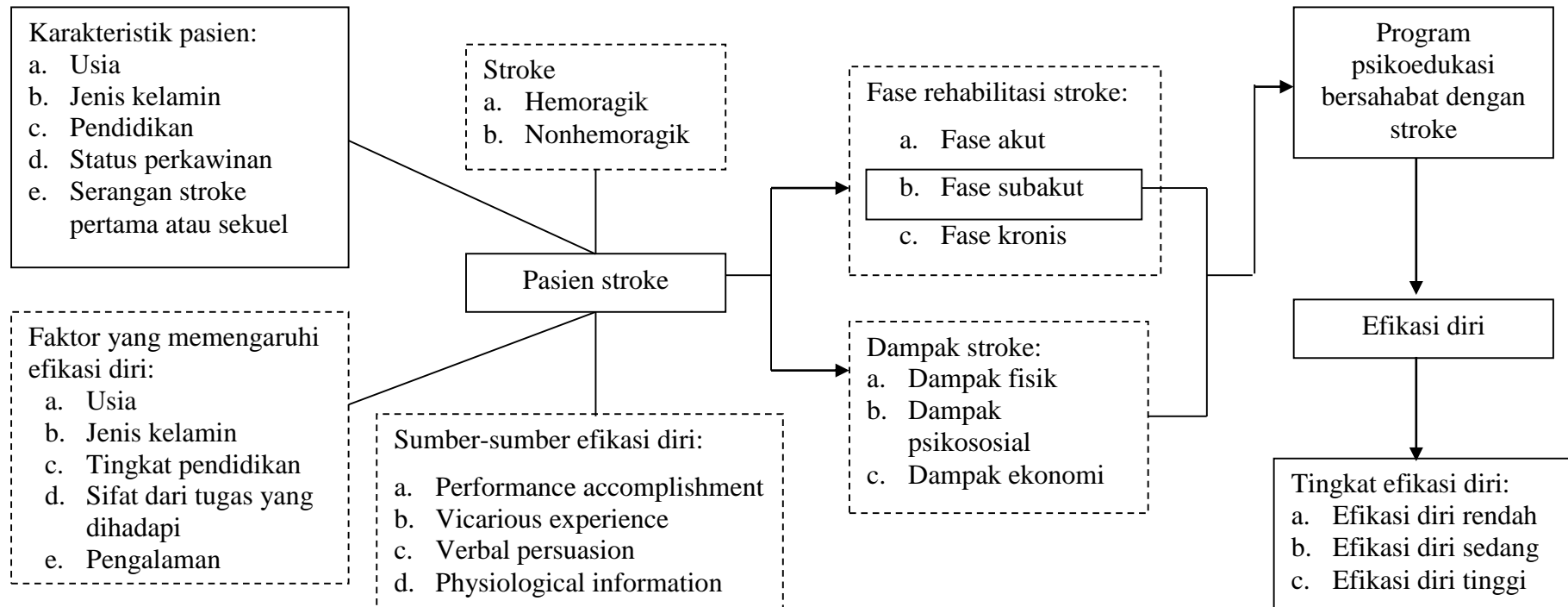
e. Penelitian terkait Video

Video merupakan teknologi untuk menangkap, merekam, memproses, mentransmisikan dan menata ulang gambar bergerak menggunakan media digital, film, atau minyak elektronik (Triwiyatno, 2011). Aplikasi umum dari sinyal video adalah televisi, tetapi juga dapat digunakan dalam aplikasi lain dalam bidang teknik, saintifik, produksi dan keamanan. Penelitian Denny et al (2017), untuk meningkatkan literasi stroke pada pasien stroke yang dirawat di rumah sakit, peneliti mengembangkan video pendidikan berdurasi 5 menit yang didasarkan pada masukan dari berbagai sumber antara lain penderita stroke, perawat, dokter, dan terapis. Video pendidikan telah terbukti lebih efektif daripada materi tertulis dalam meningkatkan pengetahuan dan mengubah perilaku kesehatan.

Konten video dibagi menjadi 2 video dengan informasi: (1) informasi apakah stroke dapat disembukan, (2) kiat-kiat untuk meningkatkan motivasi pasien pasca stroke, (3) persuasi verbal untuk meningkatkan efikasi diri, dan (4) cerita penyintas stroke yang membagikan pengalamannya saat terkena stroke hingga menjalani rehabilitasi. Tautan *YouTube* dibagikan kepada responden atau keluarga melalui *WhatsApp*. Pasien dan keluarga menonton video

psikoedukasi bersahabat dengan stroke setelah pulang dari RSUD Sleman.

B. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

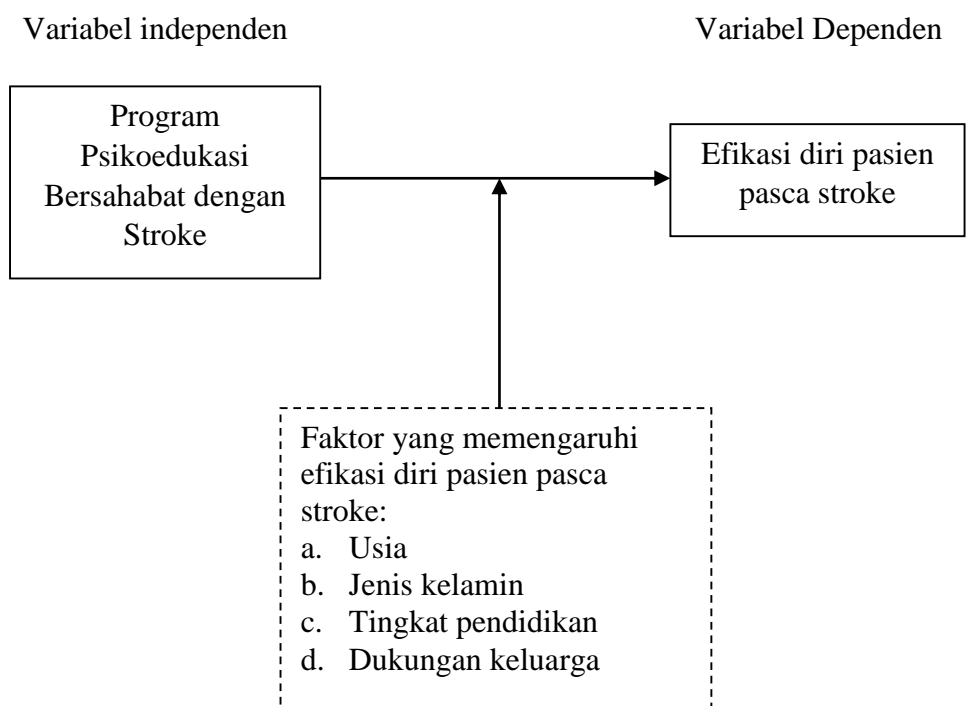
Sumber: Muttaqin (2008), Lenz & Shortridge-Baggett (2002), Anwar (2009), LeMone et al (2016), Lingga (2013), Wirawan (2009)

Keterangan:

: diteliti

: tidak diteliti

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Keterangan:

: diteliti

: tidak diteliti

D. Hipotesis Penelitian

H1: “Ada pengaruh program psikoedukasi bersahabat dengan stroke terhadap efikasi diri pasien pasca stroke di RSUD Sleman”.

H0: “Tidak ada pengaruh program psikoedukasi bersahabat dengan stroke terhadap efikasi diri pasien pasca stroke di RSUD Sleman”.