

**RELIGIOUS SPIRITUAL AND PSYCOSOSIAL COPING TRAINING (RS-PCT)  
MENINGKATKAN PENERIMAAN DIRI DAN EFIKASI DIRI  
PADA PASIEN PASKA STROKE**

Kelana Kusuma Dharma<sup>1</sup>, Andi Parellangi<sup>2</sup>, Halina Rahayu<sup>3</sup>  
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Pontianak<sup>1,3</sup>  
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur<sup>2</sup>  
kelana-dharma@yahoo.com<sup>1</sup>

**ABSTRAK**

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui efektifitas Intervensi Religious Spiritual and Psychosocial Coping Training (RS-PCT) terhadap penerimaan diri dan efikasi diri pada pasien pasca stroke. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah eksperimen dengan desain Randomized Control Trial (RCT) pre dan post-test kontrol group. Hasil ini penelitian terdapat perbedaan yang signifikan penerimaan diri ( $p=0,046$ ) dan efikasi diri ( $p=0,030$ ) setelah perlakuan diantara kelompok RS-PCT dan kontrol. Uji multi-analysis of covariance menunjukkan hanya intervensi (RS-PCT) yang berhubungan signifikan dengan penerimaan diri ( $p=0,045$ ) dan efikasi diri pasca stroke ( $p=0.030$ ) setelah dikontrol oleh variabel perancu (usia, jenis kelamin, tipe stroke, afasia, sisi hemiparese). Simpulan, intervensi RS-PCT efektif meningkatkan penerimaan diri dan efikasi diri pada pasien pasca stroke yang menjalani pemulihan di rumah.

Kata Kunci: Efikasi Diri, Koping Religius Spiritual, Penerimaan Diri, Psikososial

**ABSTRACT**

*The purpose of this study was to determine the effectiveness of Religious Spiritual and Psychosocial Coping Training (RS-PCT) interventions on self-acceptance and self-efficacy in post-stroke patients. The research method used in this study was an experimental design with a Randomized Control Trial (RCT) pre and post-test control groups. The results of this study showed that there were significant differences in self-acceptance ( $p = 0.046$ ) and self-efficacy ( $p = 0.030$ ) after treatment between the RS-PCT and control groups. The multi-analysis of covariance test showed only interventions (RS-PCT) that were significantly related to self-acceptance ( $p = 0.045$ ) and post-stroke self-efficacy ( $p = 0.030$ ) after being controlled by confounding variables (age, sex, type of stroke, aphasia, hemiparesis side). In conclusion, RS-PCT intervention is effective in increasing self-acceptance and self-efficacy in post-stroke patients who are recovering at home.*

*Keywords: Self-Efficacy, Spiritual Religious Coping, Self-Acceptance, Psychosocial*

**PENDAHULUAN**

Masalah psikososial yang sering dialami oleh pasien pasca stroke adalah *Post-stroke depression* (PSD) yang dialami oleh sekitar 33% penderita stroke. PSD menyebabkan gangguan dalam proses rehabilitasi, hambatan dalam pemulihan fungsi

motorik, penurunan fungsi kognitif, dan meningkatkan risiko kekambuhan (Das, 2018). Masalah disabilitas fisik dan depresi mempengaruhi produktifitas dan kualitas hidup pasien paska stroke. Depresi paska stroke merupakan penentu kualitas hidup pasien stroke pada tahap akut maupun tahap kronik. Pasien yang mengalami depresi paska stroke menunjukkan kualitas hidup yang lebih rendah satu tahun setelah serangan stroke dibandingkan dengan pasien yang tidak depresi (Kim et al., 2018). Pasien merasakan kehilangan kemampuan melakukan aktivitas, ketidakmampuan bekerja seperti semula, perubahan peran, dan masa pemulihan yang relatif lama pada tahap awal pemulihan stroke. Hal ini menyebabkan perubahan gambaran diri, cemas dan depresi yang menghambat proses adaptasi paska stroke.

Kemampuan menerima kondisi disabilitas paska stroke merupakan kunci untuk mengurangi cemas dan mencegah depresi paska stroke. Penelitian membuktikan intervensi berupa komitmen dan penerimaan diri dapat menurunkan tanda dan gejala cemas dari level moderat menjadi ringan pada pasien paska stroke (Sianturi et al., 2018). Penerimaan diri pada bulan ketiga berhubungan terbalik dengan cemas dan depresi pada bulan ketiga dan bulan kesembilan paska stroke. Jika pasien mampu menerima kondisi yang dialaminya dan tidak larut dalam kesedihan, maka motivasi pasien untuk sembuh akan meningkat, keyakinan diri akan kemampuan dalam mengatasi masalah (*self-efficacy*) juga meningkat. Penelitian menunjukkan bahwa peningkatan efikasi diri dapat menurunkan depresi pada pasien paska stroke (Volz et al., 2019). Berdasarkan hal ini, maka perlu mengembangkan intervensi yang dapat meningkatkan penerimaan diri dan efikasi diri pasien untuk mencegah terjadinya PSD ketika pasien dalam proses reintegrasi pada kehidupan sosial.

Penerimaan diri dan efikasi diri berperan penting dalam meningkatkan kemampuan pasien beradaptasi dan mempertahankan kualitas hidup yang optimal paska stroke. Pasien paska stroke menunjukkan penurunan kualitas hidup yang signifikan, setelah penatalaksanaan medis pasien menunjukkan peningkatan kualitas hidup pada aspek fisik, namun kualitas hidup pada aspek psikologikal masih tetap rendah (Chen et al., 2019). Hal ini menunjukkan perlu perhatian atau penatalaksanaan khusus untuk meningkatkan kualitas hidup pada aspek psikologikal. Penerimaan diri dan efikasi diri merupakan dua aspek penting yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien pada aspek psikologikal. Penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan multi-komorbiditas yang memiliki efikasi diri rendah dan beban penyakit yang tinggi menunjukkan kualitas hidup yang rendah. Pemahaman tingkat efikasi diri pada pasien dengan komorbiditas dapat membantu petugas kesehatan mengidentifikasi pasien yang membutuhkan peningkatan dukungan manajemen diri (van Mierlo et al., 2018).

Dalam rangka meningkatkan penerimaan diri, efikasi diri, dan kualitas hidup paska stroke diperlukan penerapan strategi koping yang adaptif oleh pasien paska stroke. Upaya meningkatkan kualitas hidup melalui peningkatan strategi koping, berpotensi lebih efektif dalam pembiayaan (*cost-effectiveness*). Penggunaan koping adaptif menyebabkan pasien mampu menyesuaikan diri terhadap disabilitas fisik. Hal ini merupakan kunci untuk beradaptasi secara efektif paska stroke. Respon adaptasi yang efektif secara fisiologis dan psikososial merupakan cara untuk mencapai kualitas hidup yang optimal. Strategi koping akomodatif dan asimilatif berhubungan dengan kualitas hidup domain kesehatan psikologis (Lo Buono et al., 2017). Lebih jauh terbukti bahwa depresi berhubungan dengan semua domain kualitas hidup antara lain domain kesehatan psikologis, kesehatan fisik, hubungan sosial, dan lingkungan. Hasil penelitian Lo Buono

et al., (2017) memperjelas fakta bahwa strategi koping adaptif dapat mencegah depresi dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien paska stroke.

Salah satu bentuk koping adaptif adalah koping spiritual religius. Koping spiritual religius adalah seperangkat praktik religius dan spiritual berdasarkan hubungan dengan Tuhan dan unsur-unsur tertinggi lainnya yang digunakan oleh individu untuk mengontrol dan mengatasi situasi stres, penyakit dan penderitaan (Cabaço et al., 2018). Terdapat dua dimensi utama koping religius yaitu *organitational religious* dan *instrinsik religious*. *Organitational religious* meliputi pergi ke tempat ibadah dan mengikuti kegiatan keagamaan dalam kelompok. Instrinsik religius meliputi keyakinan kepada kuasa Tuhan, berdoa, membaca kitab suci, dan perilaku religius. Penggunaan koping spiritual religius dalam menghadapi masalah paska stroke berkontribusi meningkatkan konsep diri dan penerimaan diri pasien. Penelitian sebelumnya membuktikan bahwa penerapan koping spiritual religius efektif meningkatkan *outcome* kesehatan dan menurunkan keluhan somatik secara signifikan pada lansia yang mengalami hipertensi (Gholami et al., 2017). Berdasarkan hal ini maka koping spiritual religius perlu diajarkan kepada pasien paska stroke. Hal ini diperkuat bukti penelitian tentang pengalaman pasien paska stroke yang menunjukkan bahwa upaya mendekatkan diri pada Tuhan dan mencari dukungan spiritual menjadi bagian penting dari strategi koping pasien paska stroke (Arafat et al., 2018).

Beberapa penelitian menunjukkan hubungan antara penerapan koping aktif dengan kualitas hidup aspek psikologikal paska stroke. Intervensi yang telah dikembangkan sebelumnya juga menunjukkan manfaat penerapan strategi koping aktif terhadap *outcome* kesehatan pada pasien paska stroke. Namun sejauh ini belum ada intervensi yang mengintegrasikan antara upaya melatih pasien paska stroke menerapkan strategi koping psikososial dan koping spiritual-riligius dalam satu intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan penerimaan diri dan efikasi diri paska stroke. Peneliti mengembangkan intervensi *Religius Spiritual and Psycosocial Coping Training (RS-PCT)* melalui integrasi beberapa literatur dan hasil penelitian terdahulu. Penelitian ini bertujuan mengetahui efektifitas RS-PCT terhadap penerimaan diri dan efikasi diri pada pasien paska stroke.

## **METODE PENELITIAN**

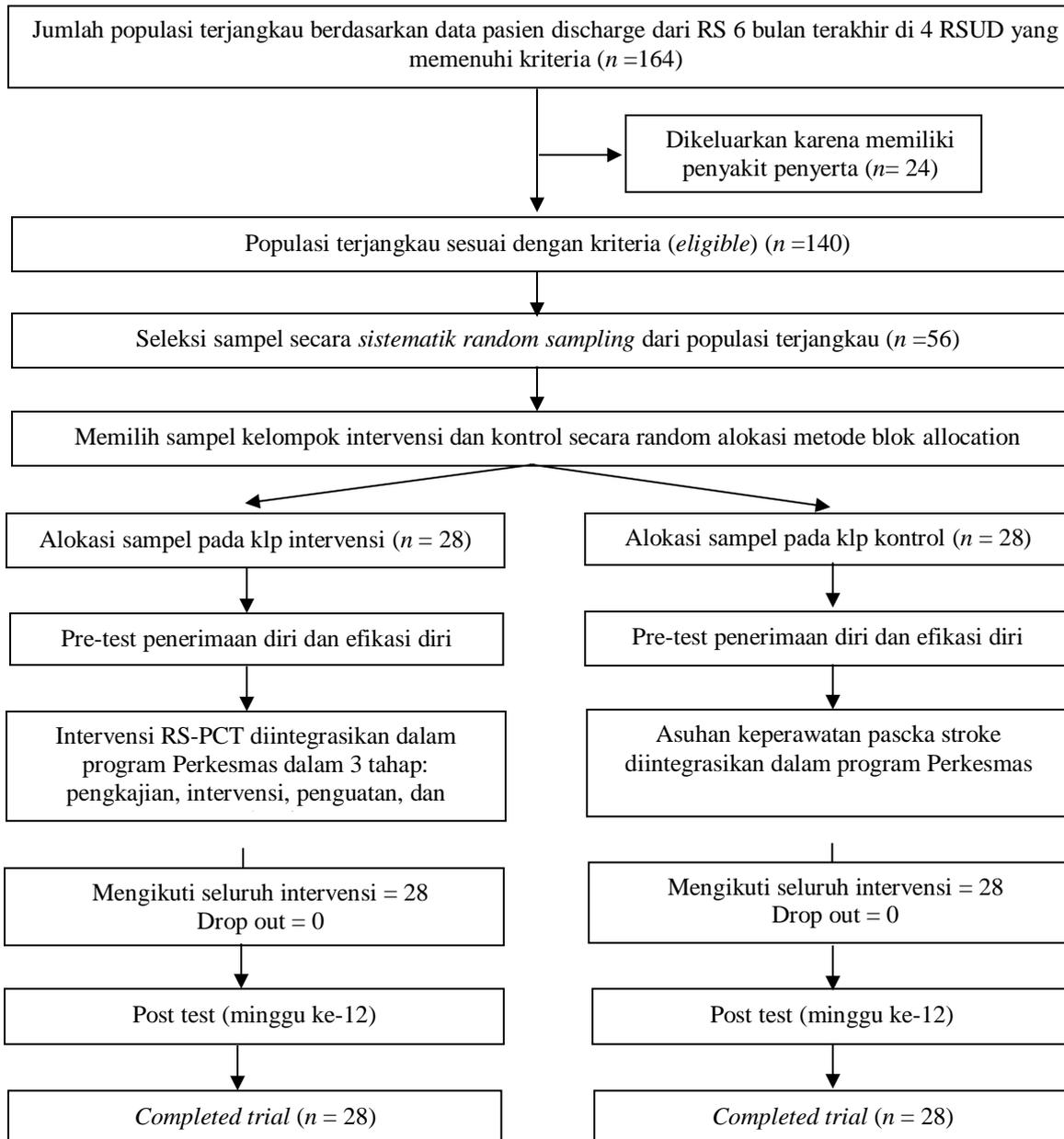
### **Desain Penelitian**

Penelitian ini adalah penelitian eksperimen dengan desain *randomized control trial* (RCT) pre dan post test kontrol group. Penelitian diawali dengan pemilihan sampel sesuai dengan kriteria dari populasi terjangkau. Peneliti kemudian membagi sampel terpilih kedalam kelompok intervensi dan kontrol dengan cara random alokasi menggunakan metode blok. Kelompok intervensi mendapatkan intervensi RS-PCT yang diintegrasikan dengan program Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), sedangkan kelompok kontrol mendapatkan asuhan keperawatan paska stroke yang diintegrasikan dengan program Perkesmas. Peneliti melakukan pengukuran variabel penerimaan diri dan efikasi diri sebanyak 2 kali yaitu *pre-test* sebelum intervensi dan *post-test* pada minggu ke-12 setelah intervensi pada kedua kelompok.

### **Populasi dan Sampel**

Populasi pada penelitian ini adalah pasien paska stroke yang menjalani fase pemulihan di rumah. Data populasi terjangkau didapat dari rekam medik pada 4 rumah sakit daerah, yaitu RSUD dr. Abdul Aziz Singkawang, RSUD Pemangkat, RSUD

Sambas, dan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Berdasarkan data ini peneliti melakukan pemilihan sampel dengan metode sistematis *random sampling*. Kriteria inklusi sampel yaitu: *post discharge* paska stroke hemoragik atau non hemoragik kurang dari 6 bulan, mengalami disabilitas fisik yang memerlukan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan dasar (ditentukan berdasarkan nilai *Barthel's index* kurang dari 75), tidak mengalami masalah kognitif, dan tidak mengalami komplikasi penyakit lain seperti diabetes melitus, gagal ginjal kronik, atau dekompensasi kordis. Jumlah sampel dihitung menggunakan rumus estimasi besar sampel uji hipotesis terhadap rerata dua populasi independen.



Gambar. 1  
Alur Penelitian

Gambar 1 menjelaskan alur penelitian mulai dari pengambilan sampel dari populasi terjangkau, penentuan sampel yang masuk ke dalam kelompok intervensi dan kontrol, *pre-test*, intervensi pada kedua kelompok, dan *post-test*.

Berdasarkan nilai  $\alpha$  sebesar 5% (distribusi z sebesar 1,96), *power of test* sebesar 80% (distribusi z sebesar 0,84), nilai rerata ( $\mu_2$ ) efikasi diri kelompok kontrol dari penelitian terdahulu adalah sebesar 47, standar deviasi ( $\sigma$ ) efikasi diri dari penelitian terdahulu adalah sebesar 10,4, prediksi nilai rerata efikasi diri kelompok intervensi ( $\mu_1$ ) adalah sebesar 54,8, maka didapatkan jumlah minimal sampel sebesar 27 orang perkelompok (total 54 sampel). Peneliti menambahkan jumlah sampel untuk mengantisipasi *drop out* (f) sebesar 5%, sehingga total jumlah sampel menjadi 56 (28 sampel perkelompok).

Dari jumlah total sampel yang direncanakan diatas, 28 sampel diambil dari pasien paska stroke di Kalimantan Barat (data pasien didapat dari rekam medik RSUD dr. Abdul Aziz Singkawang, RSUD Pemangkat, RSUD Sambas), yang kemudian dibagi 14 orang kelompok intervensi dan 14 orang kelompok kontrol dengan cara random alokasi metode blok. Kemudian peneliti juga akan mengambil 28 sampel dari pasien paska stroke di Kalimantan Timur (data pasien didapat dari rekam medik RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda) dan dibagi menjadi 14 orang kelompok intervensi dan 14 orang kelompok kontrol dengan cara yang sama. Selanjutnya peneliti melakukan kunjungan rumah untuk memberikan intervensi kepada sampel terpilih.

### ***Intervensi Religius Spiritual and Psycosocial Coping Training (RS-PCT)***

RS-PCT adalah intervensi berupa latihan menerapkan coping spiritual religius dan coping psikososial yang diberikan kepada pasien paska stroke yang bertujuan meningkatkan penerimaan diri pasien terhadap berbagai kondisi disabilitas dan meningkatkan efikasi diri sehingga pasien memiliki motivasi yang tinggi untuk menjalani program pengobatan dan rehabilitasi paska stroke untuk mencapai kualitas hidup yang optimal. Intervensi diberikan kepada pasien paska stroke dalam bentuk edukasi dan latihan menerapkan coping religius spiritual dan psikososial. Intervensi RS-PCT terdiri dari tiga tahap yaitu pengkajian, intervensi, serta penguatan dan evaluasi.

Pada tahap pertama peneliti melakukan pengkajian penggunaan coping religious spiritual oleh responden. Pada tahap kedua peneliti melakukan 5 intervensi dalam waktu 2 minggu Intervensi 1, 2, dan 3 dilakukan pada minggu pertama, sedangkan intervensi 3 dan 4 dilakukan pada minggu kedua. Intervensi pertama yaitu edukasi tentang penyakit stroke dan pencegahan serangan stroke berulang, intervensi kedua yaitu edukasi tentang efikasi diri paska stroke, intervensi ketiga yaitu mengajarkan tentang berpikir positif paska stroke, intervensi keempat yaitu melatih strategi coping spiritual religius, dan intervensi kelima yaitu melatih strategi pengendalian emosi dan *stress relieve*. Pada tahap ketiga peneliti melakukan penguatan berupa pengulangan beberapa edukasi yang dianggap perlu, yang kemudian diakhiri dengan evaluasi yaitu penerimaan diri dan efikasi diri responden.

### **Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini meliputi skala penerimaan diri yang digunakan untuk mengukur penerimaan diri dan *The Stroke Self Efficacy Questinnnaire* (SSEQ) yang digunakan untuk mengukur efikasi diri pasien paska stroke. Pengukuran dilakukan oleh observer yang telah dilatih dan telah dilakukan penyamaan persepsi. Kami menggunakan prinsip *single blind* dalam pengukuran, yang mana

observer tidak mengetahui responden yang diukur masuk ke dalam kelompok intervensi atau kontrol. Hal ini dilakukan untuk mempertahankan validitas dalam pengukuran.

### Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan menggunakan analisis bivariat dan multivariat. Analisis bivariat dilakukan untuk menguji kesetaraan karakteristik antara kelompok intervensi dan kontrol. Uji kesetaraan karakteristik responden berskala kategorik (jenis kelamin), dan karakteristik stroke (tipe stroke, hemiparesisi) dilakukan menggunakan uji *chi square*, sedangkan untuk variabel berskala numerik (usia) dilakukan menggunakan *independent t-test*. Analisis multivariat dilakukan menggunakan uji *multi-analysis of covariance* (MANCOVA) yang bertujuan menentukan signifikansi perbedaan penerimaan diri dan efikasi diri *post-test* diantara kedua kelompok setelah dikendalikan oleh variable perancu (jenis kelamin, usia, tipe stroke, afasia, dan sisi hemiparese).

## HASIL PENELITIAN

Tabel. 1  
Karakteristik Responden dan Uji Kesetaraan antar Kelompok Berdasarkan Jenis Kelamin, Tipe Stroke, Jenis Hemiparese, Afasia, dan Usia (n=56)

Variabel	Intervensi		Kontrol		Nilai p*
	N	%	N	%	
1. Jenis kelamin:					
a. Laki-laki	12	42,85	14	50	0,789
b. Perempuan	16	57,14	14	50	
2. Tipe stroke					
a. Non Hemoragik	24	85,71	23	82,14	0,716
b. Hemoragik	4	14,29	5	17,86	
3. Jenis Hemiparese:					
a. Hemiparese sinistra	11	39,28	13	46,42	0,787
b. Hemiparese dekstra	17	60,72	15	53,58	
4. Afasia:					
a. Tidak	20	71,42	21	75	0,763
b. Ya	8	28,58	7	25	
	Mean	SD	Mean	SD	Nilai p
4. Usia (tahun)	59,07	5,15	57,46	4,89	0,236

\*  $p > 0,05$

Tabel 1 menunjukkan jenis kelamin pasien pada kelompok intervensi terbanyak adalah perempuan yaitu 57,14%, sedangkan pada kelompok kontrol sama banyaknya. Berdasarkan tipe stroke terbanyak pada kedua kelompok adalah non-hemoragik yaitu 85,71% pada kelompok intervensi dan 82,14% pada kelompok kontrol. Berdasarkan sisi hemiparese yang dialami oleh responden pada kedua kelompok menunjukkan terbanyak pada kategori hemiparese dekstra, yaitu 60,72% pada kelompok intervensi dan 53,58% pada kelompok kontrol. Berdasarkan kejadian afasia, distribusi terbesar responden pada kedua kelompok adalah pada kategori tidak afasia, yaitu 71,42% pada kelompok intervensi dan 75% pada kelompok kontrol. Rerata usia responden pada kelompok intervensi yaitu 59,07 tahun dan kelompok kontrol yaitu 57,46 tahun. Uji kesetaraan karakteristik jenis kelamin, jenis hemiparese, afasia, dan usia menunjukkan tidak ada perbedaan karakteristik responden yang bermakna diantara kedua kelompok ( $p > 0,05$ ).

Tabel. 2  
Penerimaan Diri Responden Sebelum  
dan Sesudah Intervensi (n=56)

Penerimaan Diri	Intervensi (n=28)			Kontrol (n=28)			Nilai p*
	Mean	SD	CI 95%	Mean	SD	CI 95%	
Pre test	28,04	8,021	24,93-31,15	30,93	6,997	28,22-33,64	0,156
Post test	36,86	8,484	33,57-40,15	32,32	8,092	29,18-35,46	0,046

Uji beda penerimaan diri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi (p=0,001)\*\*  
Uji beda penerimaan diri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol (p=0,148)\*\*

\* *Independent t-test*

\*\**Paired t-test*

Tabel 2 menunjukkan nilai rerata penerimaan diri sebelum intervensi RS-PCT adalah sebesar 28,04 sedangkan pada kelompok kontrol adalah sebesar 30,93. *Independent t-test* menunjukkan tidak ada perbedaan penerimaan diri yang bermakna sebelum intervensi diantara kedua kelompok. Nilai penerimaan diri sesudah intervensi menunjukkan peningkatan pada kedua kelompok, namun peningkatan pada kelompok intervensi lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol. Terdapat perbedaan rerata penerimaan diri yang bermakna sesudah perlakuan diantara kedua kelompok (p=0,046). Kelompok intervensi menunjukkan penerimaan diri yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol. Perbedaan nilai penerimaan diri antara sebelum dan sesudah perlakuan pada masing-masing kelompok menunjukkan hasil yang berbeda. Terdapat perbedaan yang signifikan nilai penerimaan diri antara sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi (p=0,001), dimana pada *post-test* menunjukkan nilai yang lebih baik. Tidak ada perbedaan signifikan rerata nilai penerimaan diri antara sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol (p=0,148).

Tabel. 3  
Efikasi Diri Sebelum dan  
Sesudah Intervensi (n=56)

Efikasi Diri	Intervensi (n=28)			Kontrol (n=28)			Nilai p*
	Mean	SD	CI 95%	Mean	SD	CI 95%	
Pre test	19,64	6,081	17,28-22,00	21,96	4,476	20,23-23,70	0,110
Post test	25,18	4,137	23,57-26,78	22,36	5,272	20,31-24,40	0,030

Uji beda efikasi diri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi (p=0,001)\*\*  
Uji beda efikasi diri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol (p=0,682)\*\*

\* *Independent t-test*

\*\**Paired t-test*

Tabel 3 *Independent t-test* menunjukkan tidak ada perbedaan efikasi diri yang bermakna sebelum intervensi antara kedua kelompok (p=0,110). Nilai efikasi diri sesudah intervensi menunjukkan peningkatan pada kedua kelompok, namun peningkatan nilai efikasi diri pada kelompok intervensi lebih besar dibandingkan

dengan kelompok kontrol. Terdapat perbedaan efikasi diri yang bermakna sesudah perlakuan diantara kedua kelompok ( $p=0,030$ ), dimana kelompok intervensi menunjukkan efikasi diri yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol. Perbedaan nilai efikasi diri antara sebelum dan sesudah perlakuan pada masing-masing kelompok menunjukkan hasil yang berbeda. Terdapat perbedaan yang signifikan nilai efikasi diri antara sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi ( $p=0,001$ ). Sebaliknya tidak ada perbedaan yang bermakna rerata nilai efikasi diri antara sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol ( $p=0,682$ ).

Tabel. 4  
Analisis Multivariat Perbedaan Penerimaan Diri dan Efikasi Diri Paska Stroke Setelah Intervensi  
Diantara Kedua Kelompok Setelah Dikontrol oleh Variabel Perancu  
(Usia, Jenis Kelamin, Tipe Stroke, Afasia, dan Hemiparese)

Variabel Independen	Variabel Dependen			
	Penerimaan Diri		Efikasi Diri	
	Nilai <i>F</i>	Nilai <i>p</i>	Nilai <i>F</i>	Nilai <i>p</i>
Jenis Kelamin	0,179	0,674	0,665	0,419
Usia	0,335	0,565	1,592	0,213
Tipe Stroke	0,399	0,531	1,342	0,252
Afasia	1,251	0,269	0,437	0,511
Hemiparese	1,687	0,200	1,072	0,306
Jenis Intervensi	4,247	0,045	5,017	0,030

Tabel 4 uji *multi-analysis of covariance* (MANCOVA) menunjukkan hanya intervensi (RS-PCT) yang berhubungan signifikan dengan penerimaan diri ( $p=0,045$ ) dan efikasi diri paska stroke ( $p=0,030$ ) setelah dikontrol oleh variabel perancu (usia, jenis kelamin, tipe stroke, afasia, hemiparese). Analisis bivariat sebelumnya membuktikan bahwa *post-test* penerimaan diri dan efikasi diri pada kelompok RS-PCT lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol. Kedua analisis ini menunjukkan bahwa intervensi RS-PCT efektif dalam meningkatkan penerimaan diri dan efikasi diri pada pasien paska stroke yang menjalani pemulihan di rumah.

## PEMBAHASAN

### Efektifitas RS-PCT Terhadap Efikasi Diri Paska Stroke

Penelitian ini membuktikan bahwa intervensi *Religious Spiritual Psychosocial Training* (RS-PCT) efektif meningkatkan efikasi diri paska stroke. Responden kelompok RS-PCT menunjukkan efikasi diri yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol. Efikasi diri adalah keyakinan seseorang pada kemampuan mereka untuk melakukan suatu tugas. Dapat diartikan juga secara lebih spesifik sebagai kemampuan seseorang berubah melalui kontrol proses internal dalam dirinya meliputi menetapkan tujuan, monitoring diri, umpan balik, mengatasi masalah, dan mengevaluasi diri (Picha, Howell, 2018). Efikasi diri merupakan faktor penting yang menentukan bagaimana seseorang merasa, berpikir, memotivasi diri, dan berperilaku. Jika dikaitkan dengan fenomena pasien paska stroke, maka efikasi diri bukan hanya menentukan bagaimana pasien berpikir tentang kemampuannya untuk sembuh dan mampu beraktifitas seperti semula, tetapi juga mengarahkan pasien untuk mampu menerima kondisi yang dialaminya paska stroke dan pada tindakan-tindakan yang mendukung untuk kemandirian serta pengembalian kondisi seperti sebelum mengalami stroke.

Efikasi diri menentukan kemampuan dan kemandirian pasien melakukan aktivitas sehari-hari, yang pada akhirnya mampu meningkatkan kemampuan fungsional dan kualitas hidup pasien paska stroke. Sebuah sistematik review dan meta analisis tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan aktivitas fisik paska stroke menunjukkan bahwa faktor usia, jenis kelamin, fungsi fisik, depresi, kelelahan, efikasi diri, dan kualitas hidup adalah faktor yang berhubungan dengan aktivitas fisik paska stroke (Thilarajah et al., 2018). Hal ini menunjukkan bahwa efikasi diri berkontribusi untuk meningkatkan fungsi dan kemampuan pasien beraktivitas paska stroke.

Efikasi diri berperan penting dalam proses pemulihan pasien paska stroke. Pada tahap awal setelah melalui fase akut, pasien akan menyadari bahwa dirinya mengalami disabilitas yang menyebabkan kehilangan kemampuan beraktivitas, kehilangan kemampuan bekerja seperti semula, perubahan peran, dan masa pemulihan yang lama. Hal ini dapat menyebabkan perubahan gambaran diri, sehingga menghambat proses adaptasi paska stroke. Efikasi diri yang baik membuat pasien mampu melewati fase awal pemulihan paska stroke dengan baik, sehingga pasien mampu menerima kondisinya dan mengarahkan pasien pada upaya untuk mencapai pemulihan yang optimal. Jika pasien memiliki efikasi diri yang rendah dan tidak menerima dengan kehilangan kemampuan yang dialaminya, maka pasien akan mengalami distress emosional. Pasien yang mengalami distress emosional menunjukkan gambaran diri yang kurang dan mengalami isolasi sosial. Tingkat depresi yang tinggi, kecemasan, dan disabilitas juga terbukti menyebabkan rendahnya kualitas hidup pasien paska stroke (De Wit et al., 2017).

Penggunaan koping psikososial adaptif seperti yang diajarkan dalam RS-PCT dapat meningkatkan efikasi diri. RS-PCT mengajarkan pasien untuk menggunakan koping psikososial adaptif meliputi berpikir positif, menerima kondisi yang dialami paska stroke mengendalikan emosi, dan berperan secara positif dalam lingkungannya. Berpikir positif tentang kondisi yang dialami pasca stroke akan mengarahkan pikiran pasien untuk tidak malu terhadap berbagai perubahan pada tubuhnya, meningkatkan motivasi untuk pulih, serta memiliki pandangan yang positif terhadap diri sendiri dan masa depan setelah stroke. Kemampuan mengendalikan emosi dengan cara tidak mudah tersinggung atau marah, tidak berlarut-berlarut memikirkan masalah, serta memikirkan dan melakukan hal-hal yang menyenangkan juga berkontribusi dalam meningkatkan efikasi diri pasien paska stroke.

Penggunaan koping spiritual religius dapat meningkatkan efikasi diri pada pasien paska stroke. Koping spiritual religius merupakan penggunaan keyakinan religius, meliputi sikap dan tindakan religius untuk menurunkan distress emosional yang disebabkan oleh kejadian stres seperti kehilangan atau perubahan dalam kehidupan. Keyakinan dan tindakan religius digunakan pasien untuk mengendalikan emosi selama menderita sakit, mengalami perubahan kehidupan atau situasi diluar kemampuan kontrolnya. Terdapat dua dimensi utama koping religius yaitu *organizational religious* dan *instrinsik religious*. *Organizational religious* meliputi pergi ke tempat ibadah dan mengikuti kegiatan keagamaan dalam kelompok, sedangkan *instrinsik religious* meliputi keyakinan kepada kuasa tuhan, berdoa, membaca kitab suci, dan perilaku religius. Penelitian sebelumnya tentang pengalaman koping spiritual pada pasien paska stroke menemukan adanya empat tema yang disampaikan partisipan yaitu merasakan terhubung dengan tuhan, meyakini keberadaan tuhan, mencari dukungan spiritual, serta menemukan arti dan tujuan hidup (Arafat et al., 2018).

Pasien yang mampu menerapkan koping *spiritual religious* meyakini bahwa segala sesuatu yang dialaminya adalah kehendak tuhan dan selalu ada jalan keluar yang baik setelah masalah yang dialaminya saat ini. Hal ini mendukung keyakinan diri pasien akan kemampuannya untuk pulih kembali karena selalu ada kebaikan dari setiap kejadian yang dialaminya. Penelitian sebelumnya membuktikan bahwa pasien stroke dengan keyakinan religius mengalami pengalaman stres paska stroke yang sama dengan pasien lain yang kurang religius, namun pasien yang memiliki keyakinan religius mampu menghadapi stresor dengan cara lebih baik. Pasien stroke dengan tingkat religius yang baik, memiliki kemampuan koping paska stroke yang baik pula. Keyakinan religius dapat mengarahkan pasien untuk menggunakan koping berorientasi terhadap masalah. Sejalan dengan penelitian tersebut, RS-PCT mengajarkan dan membimbing pasien menggunakan koping spiritual religius untuk mengatasi berbagai masalah paska stroke. Pasien dibimbing untuk menerima kondisi yang terjadi saat ini, rajin beribadah, berdoa, dan meyakini kekuasaan Tuhan, sehingga pasien memiliki pandangan positif terhadap diri sendiri dan memiliki harapan masa depan yang lebih baik setelah stroke.

Dampak positif koping spiritual religius terhadap kesehatan dapat dijelaskan melalui tiga mekanisme, yaitu mekanisme kognitif, perubahan pola pikir dan keuntungan sebagai jamaah dalam komunitas religius. Secara kognitif, meyakini Tuhan mampu mengatasi masalah akan menguntungkan bagi pasien, karena dapat meningkatkan keyakinan pasien akan kesembuhannya dan meningkatkan penerimaan terhadap kondisi yang dialaminya. Berdoa yang dilakukan dengan tenang dan konsentrasi dapat meningkatkan relaksasi sehingga menstabilkan denyut nadi, menormalkan gelombang otak dan menurunkan frekuensi pernafasan. Berdoa juga bermanfaat secara psikologis, yaitu dapat meningkatkan harapan pasien untuk pulih dan menurunkan stres. Mengikuti kegiatan keagamaan secara berjamaah berdampak positif terhadap kesehatan fisik dan mental pasien. Mengikuti kegiatan keagamaan akan merubah sikap pasien terhadap kehidupan, kematian, kebahagiaan atau penderitaan. Mengikuti kegiatan keagamaan juga dapat mencegah pasien dari isolasi sosial, memperkuat jaringan sosial dan kekeluargaan, sehingga meningkatkan rasa memiliki dan harga diri pasien. Penelitian menunjukkan bahwa koping religius positif paska stroke merupakan faktor yang menentukan dan secara konsisten berhubungan dengan indikator kesehatan 2,5 tahun kemudian. Sebaliknya koping religius negatif merupakan prediktor yang kuat untuk outcome kesehatan negatif seperti gejala depresi dan afek negatif 2,5 tahun kemudian (Park et al., 2018).

### **Efektifitas RS-PCT terhadap Penerimaan Diri Paska Stroke**

Penelitian ini membuktikan bahwa RS-PCT efektif meningkatkan penerimaan diri paska stroke. Responden kelompok intervensi menunjukkan penerimaan diri yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol. Penerimaan diri dapat didefinisikan sebagai suatu sikap positif terhadap diri sendiri secara keseluruhan, termasuk sikap positif terhadap pengalaman hidup atau kejadian yang menyimpannya di masa lalu (Su et al., 2019). Jika dikaitkan dengan fenomena pada pasien paska stroke, penerimaan diri adalah kondisi dimana pasien memiliki keyakinan akan keadaannya dirinya, serta mau dan mampu untuk menjalani kehidupan dengan berbagai disabilitas paska stroke. Berusaha tidak larut dalam kesedihan dan tidak memikirkan masalah sebagai suatu yang berat, akan meningkatkan penerimaan pasien terhadap kondisi keterbatasan yang dialaminya setelah stroke. Menerima kondisi yang dialami paska stroke akan

mengurangi distres emosional dan meningkatkan konsep diri, sehingga pasien dapat menyesuaikan diri dengan cara yang lebih baik. Penelitian membuktikan bahwa intervensi berupa terapi penerimaan diri dan komitmen (*acceptance and commitment therapy*) dapat menurunkan tingkat depresi, meningkatkan status kesehatan berdasarkan penilaian diri, dan meningkatkan harapan pada pasien paska stroke (Majumdar, Morris, 2019).

Peneliti meyakini bahwa faktor penting yang meningkatkan penerimaan diri pada penelitian ini adalah penerapan coping spiritual religius. Pasien dengan spiritualitas yang baik akan meyakini bahwa disabilitas yang dialaminya merupakan kehendak Tuhan dan selalu ada kesempatan berikutnya yang diberikan kepada nya. Pasien dengan keyakinan religius dan spiritual tidak akan larut dalam kesedihan, mereka meyakini ada kekuatan besar yang akan membantu mereka pulih kembali. Hal ini yang menyebabkan pasien yang menerapkan coping *spiritual religious* akan cepat menerima kondisi disabilitas. Coping religius dan praktik keagamaan merupakan penentu yang signifikan untuk *outcome* kesehatan pada aspek psikologis. Semakin baik praktik religius seseorang, maka akan semakin baik kondisi psikologis individu tersebut. Hubungan antara penerapan coping religius dan praktik keagamaan dengan kondisi psikologis individu dimediasi oleh faktor efikasi diri. Penerapan coping religius akan meningkatkan efikasi diri yang pada akhirnya memperbaiki kondisi psikologis individu (Fatima et al., 2018).

Dukungan keluarga juga berkontribusi dalam meningkatkan penerimaan diri pada pasien paska stroke. Penelitian sebelumnya membuktikan bahwa intervensi pemberdayaan keluarga berbasis model adaptasi terbukti meningkatkan outcome pada pasien paska stroke yaitu kapasitas fungsional dan kualitas hidup 6 bulan setelah intervensi (Dharma et al., 2018). Profesional kesehatan harus mengidentifikasi pasien-pasien yang menunjukkan penerimaan diri yang rendah terhadap kondisi disabilitas dan memberikan intervensi yang mendukung tercapainya kondisi psikososial efektif paska stroke berdasarkan konsep teori dan prediktor diatas.

Efikasi diri dan penerimaan diri secara tidak langsung berhubungan dengan kualitas hidup pasien paska stroke. Efikasi diri membuat pasien yakin akan kemampuan dan kemandiriannya dalam melakukan aktivitas setelah stroke, yakin akan tercapainya pemulihan pada dirinya, sehingga membuat pasien termotivasi untuk melakukan aktivitas yang mendukung pemulihan dan penyembuhan penyakitnya. Pasien rajin melakukan latihan fisik, memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan, dan menjalankan rehabilitasi sesuai program. Aktivitas-aktivitas ini sangat mendukung tercapainya adaptasi dan pemulihan pasca stroke. Pasien yang mampu mandiri memenuhi kebutuhan sehari-hari terbebas dari masalah psikososial. Pasien yang memiliki efikasi diri dan penerimaan diri yang baik akan terhindar dari berbagai masalah psikososial paska stroke. Status psikososial yang baik akan menunjang tercapainya kualitas hidup yang optimal paska stroke. Penelitian sebelumnya membuktikan bahwa salah satu dari tiga faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien tiga bulan paska stroke adalah respon adaptasi psikososial selain kapasitas fungsional dan tipe stroke (Dharma, Rahayu, 2017). Intervensi psikologis sangat penting untuk mengurangi berbagai keluhan paska stroke seperti kelemahan (Wu et al., 2017). Sehingga dapat memperbaiki kualitas hidup paska stroke. Berdasarkan beberapa penelitian diatas, maka penting meningkatkan efikasi diri dan penerimaan diri pada pasien paska stroke untuk mencapai status psikologis dan kualitas hidup yang optimal paska stroke.

Peningkatan jumlah pasien stroke menyebabkan peningkatan jumlah pasien yang mengalami disabilitas. Upaya meningkatkan kualitas hidup melalui peningkatan strategi coping merupakan intervensi yang penting untuk diterapkan. Sebuah sistematik review menunjukkan bahwa pasien yang menggunakan strategi coping akomodatif atau coping aktif memiliki kualitas hidup yang lebih baik setelah stroke (Lo Buono et al., 2017). Semakin adaptif coping yang digunakan pasien maka akan semakin baik pula kualitas hidup pasien. Upaya meningkatkan kualitas hidup melalui peningkatan strategi coping, berpotensi lebih efektif dalam pembiayaan. Penelitian lain membuktikan bahwa Intervensi yang ditujukan untuk modifikasi coping adaptif dan mengurangi tingkat ketergantungan pasien pada caregiver dapat meningkatkan kualitas hidup tanpa dipengaruhi oleh strategi pengobatan yang ditujukan untuk mengatasi disabilitas (Dewilde et al., 2019). Sejalan dengan penelitian diatas, RS-PCT melatih pasien untuk menggunakan coping psikososial adaptif paska stroke. Penggunaan coping ini dapat meningkatkan penerimaan dan penyesuaian diri pasien terhadap disabilitas fisik yang dialaminya. Penerimaan dan penyesuaian diri yang baik akan mendukung tercapainya adaptasi yang efektif dan kualitas hidup yang optimal paska stroke.

## SIMPULAN

Intervensi *Religious Spiritual and Psycosocial Coping Training* (RS-PCT) yang diintegrasikan dengan program Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) efektif meningkatkan penerimaan diri dan efikasi diri pada pasien dalam pemulihan paska stroke di rumah.

## SARAN

Bagi petugas kesehatan khususnya perawat dapat mengintegrasikan intervensi RS-PCT dalam program Perkesmas yang bertujuan untuk meningkatkan penerimaan diri, efikasi diri dan kualitas hidup pasien paska stroke yang menjalani pemulihan di rumah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arafat, R., Sitorus, R., Mustikasari, & Majid, A. (2018). Spiritual Coping in People Living with Stroke. *International Journal of Caring Sciences*, *11*, 658–662
- Cabaço, S. R., Caldeira, S., Vieira, M., & Rodgers, B. (2018). Spiritual Coping: A Focus of New Nursing Diagnoses. *International Journal of Nursing Knowledge*, *29*(3), 156–164. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12171>
- Chen, Q., Cao, C., Gong, L., & Zhang, Y. (2019). Health Related Quality of Life in Stroke Patients and Risk Factors Associated with Patients for Return to Work. *Medicine*, *98*(16), e15130. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015130>
- Das, J., & G.K., R. (2018). Post Stroke Depression: The Sequelae of Cerebral Stroke. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *90*, 104–114. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2018.04.005>
- De Wit, L., Theuns, P., Dejaeger, E., Devos, S., Gantenbein, A. R., Kerckhofs, E., Schuback, B., Schupp, W., & Putman, K. (2017). Long-Term Impact of Stroke on Patients' Health-Related Quality of Life. *Disability and Rehabilitation*, *39*(14), 1435–1440. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1200676>
- Dewilde, S., Annemans, L., Lloyd, A., Peeters, A., Hemelsoet, D., Vandermeeren, Y., Desfontaines, P., Brouns, R., Vanhooren, G., Cras, P., Michielsens, B., Redondo, P., & Thijs, V. (2019). The Combined Impact of Dependency on Caregivers, Disability, and Coping Strategy on Quality of Life after Ischemic Stroke. *Health*

- and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1069-6>
- Dharma, K. K., Damhudi, D., Yarden, N., & Haeriyanto, S. (2018). Increase in the Functional Capacity and Quality of Life among Stroke Patients by Family Caregiver Empowerment Program Based on Adaptation Model. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 357–364. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.002>
- Dharma, K. K., & Rahayu, H. (2017). *Functional capacity, Type of Stroke, and Psychological Adaptation are the Factors Related to the Quality of Life Three Months after Stroke. Pontianak International Health Conference (PIHC)*. 35–44
- Fatima, S., Sharif, S., & Khalid, I. (2018). How Does Religiosity Enhance Psychological Well-Being? Roles of Self-Efficacy and Perceived Social Support. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10(2), 119–127. <https://doi.org/10.1037/rel0000168>
- Gholami, M., Hafezi, F., Asgari, P., & Naderi, F. (2017). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness and Spiritual/Religious Coping Skills on Health Hardiness and Somatic Complaints of Elderly with Hypertension. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 4(3), 19–26
- Kim, E. S., Kim, J. W., Kang, H. J., Bae, K. Y., Kim, S. W., Kim, J. T., Park, M. S., Cho, K. H., & Kim, J. M. (2018). Longitudinal Impact of Depression on Quality of Life in Stroke Patients. *Psychiatry Investigation*, 15(2), 141–146. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.10.11>
- Lo Buono, V., Corallo, F., Bramanti, P., & Marino, S. (2017). Coping Strategies and Health-Related Quality of Life after Stroke. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 16–28. <https://doi.org/10.1177/1359105315595117>
- Majumdar, S., & Morris, R. (2019). Brief Group-Based Acceptance and Commitment Therapy for Stroke Survivors. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 70–90. <https://doi.org/10.1111/bjc.12198>
- Park, C. L., Holt, C. L., Le, D., Christie, J., & Williams, B. R. (2018). Positive and Negative Religious Coping Styles as Prospective Predictors of Well-Being in African Americans. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10(4), 318–326. <https://doi.org/10.1037/rel0000124>
- Picha, K. J., & Howell, D. M. (2018). A Model to Increase Rehabilitation Adherence to Home Exercise Programmes in Patients with Varying Levels of Self-Efficacy. *Musculoskeletal Care*, 16(1), 233–237. <https://doi.org/10.1002/msc.1194>
- Sianturi, R., Anna, K. B., & Yulia Wardani, I. (2018). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety in Clients with Stroke. *Enfermeria Clinica*, 28, 94–97. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30045-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30045-7)
- Su, H., Wang, L., Li, Y., Yu, H., & Zhang, J. (2019). The Mediating and Moderating Roles of Self-Acceptance and Self-Reported Health in the Relationship Between Self-Worth and Subjective Well-Being among Elderly Chinese Rural Empty-Nester: An Observational Study. *Medicine (United States)*, 98(28). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016149>
- Thilarajah, S., Mentiplay, B. F., Bower, K. J., Tan, D., Pua, Y. H., Williams, G., Koh, G., & Clark, R. A. (2018). Factors Associated with Post-Stroke Physical Activity: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (Vol. 99, Issue 9, pp. 1876–1889). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.09.117>

- van Mierlo, M., van Heugten, C., Post, M. W. M., Hoekstra, T., & Visser-Meily, A. (2018). Trajectories of Health-Related Quality of Life After Stroke: Results from a One-Year Prospective Cohort Study. *Disability and Rehabilitation*, *40*(9), 997–1006. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1292320>
- Volz, M., Voelke, M. C., & Werheid, K. (2019). General Self-Efficacy as a Driving Factor of Post-Stroke Depression: A Longitudinal Study. *Neuropsychological Rehabilitation*, *29*(9), 1426–1438. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1418392>
- Wu, S., Chalder, T., Anderson, K. E., Gillespie, D., Macleod, M. R., & Mead, G. E. (2017). Development of a Psychological Intervention for Fatigue After Stroke. *Plos One*, *12*(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183286>