

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan salah satu penyakit serebrovaskuler yang menjadi sebab kematian dan sebab utama cacat menahun. Walaupun penderita tetap hidup, tetapi sering menjadi beban, baik bagi penderita dan keluarga maupun bagi masyarakat (Chandra 1980, Mardjono 1982 dalam Rumantir, 1986). Stroke adalah penyakit pada otak yang terjadi karena adanya gangguan dalam pendistribusian darah ke otak yang akhirnya dapat menyebabkan kelumpuhan dalam fungsi-fungsi tubuh. Simptom-simptom yang umum terjadi pertama kali pada penderita stroke adalah mati rasa, lemah, atau lumpuh pada salah satu bagian dari tubuh, kesulitan dalam berbicara atau sulit dalam menemukan kata-kata atau mengerti suatu pembicaraan, secara tiba-tiba pandangan kabur atau kehilangan penglihatan, kebingungan atau perasaan tidak tenang, dan sakit kepala yang berat. Secara garis besar stroke dapat menyebabkan seseorang kehilangan kontrol pada fungsi-fungsi tubuhnya dan fungsi-fungsi kognitifnya, termasuk proses-proses mental seperti berpikir, merasakan, atau belajar (The Stroke Association, 2006).

David Diston, seorang mantan penderita stroke, menceritakan pengalamannya ketika mengalami serangan stroke bahwa pada hari itu dia mengalami hari yang luar biasa di tempat kerja dan tidak tampak adanya sesuatu

yang aneh tetapi tiba-tiba semuanya gelap dan 7 jam kemudian dia terbangun di rumah sakit, dia tidak dapat menggerakkan tubuh bagian kanan, dan kemampuan bicaranya telah hilang (The Stroke Association, 2006).

Angka kejadian stroke di dunia dalam setahun diperkirakan terdapat 200 orang dari 100.000 penduduk (www.yastroki.or.id, 2003). Di Inggris, berdasarkan data yang diperoleh *The Stroke Association*, setiap tahun lebih dari 150.000 orang di Inggris menderita stroke, yang berarti satu orang setiap 3 menit, kebanyakan yang terserang stroke berusia di atas 65 tahun, tetapi setiap orang bisa terkena stroke, termasuk anak-anak dan bahkan bayi, lebih dari 1000 orang yang berusia di bawah 30 tahun terkena stroke setiap tahunnya (The Stroke Association, 2006). American Heart Association menyatakan bahwa sekitar 700.000 penduduk Amerika Serikat setiap tahunnya menderita stroke, hal ini berarti, secara rata-rata stroke terjadi setiap 45 detik. Di Amerika Serikat hampir 157.000 orang meninggal karena stroke setiap tahunnya, atau setiap 3 menit seseorang meninggal karena stroke. Stroke menempati urutan ketiga di bawah penyakit jantung dan kanker sebagai penyakit yang paling banyak menimbulkan kematian di Amerika Serikat (www.americanheart.org, 2006).

Di Indonesia sendiri, menurut Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki) diperkirakan setiap tahun 500.000 penduduk terkena serangan stroke, dan sekitar 25% darinya atau 125.000 orang meninggal, sementara sisanya mengalami cacat ringan atau berat (www.yastroki.or.id, 2003). Menurut Dr. M. Rifai, Sp.S. Neurolog Nusantara Medical Center, stroke dapat menyerang setiap usia, namun

yang sering terjadi pada usia di atas 40 tahun. Angka kejadian stroke meningkat dengan bertambahnya usia, makin tinggi usia seseorang, makin tinggi kemungkinan terkena serangan stroke. Menurut hasil kongres stroke sedunia, dalam skala global stroke saat ini berada di peringkat kedua, di bawah penyakit jantung ischemic sebagai penyebab kematian dan merupakan faktor utama penyebab kecacatan serius. Sementara di Indonesia, stroke menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian di rumah sakit (www.yastroki.or.id, 2003). Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung mendata bahwa jumlah pasien stroke yang dirawat selama periode Juli – Desember 2005 terdapat 323 orang pasien, yang terdiri atas 5 orang berusia di bawah 16 tahun, 7 orang berusia antara 16 – 25 tahun, 15 orang berusia antara 26 – 35 tahun, 32 orang berusia antara 36 – 45 tahun, **75** orang berusia antara 46 – 55 tahun, **88** orang berusia antara 56 – 65 tahun, dan **101** orang berusia lebih dari 65 tahun (Fitriyani, 2006).

Kemajuan pesat di bidang kedokteran telah memberikan hasil yang cukup baik terhadap cara-cara penanggulangan stroke. Beberapa penderita yang semula mengalami kelumpuhan, melalui terapi medis dan fisioterapi yang teratur dapat normal kembali. Tetapi pada sebagian penderita stroke, kondisi cacat yang dialami tidak dapat disembuhkan secara tuntas. Serangan stroke yang diderita meninggalkan cacat sisa, misalnya kelumpuhan sisi kiri atau sisi kanan tubuh. Bagi penderita pasca stroke yang masih menyandang cacat sisa seringkali mengalami banyak masalah dalam dirinya sehubungan dengan keterbatasan fisiknya. Ruang gerak penderita pasca stroke menjadi terbatas sehingga individu

sering menjadi rendah diri, sedih, kecewa, dan putus asa. Individu sering merasa kesal pada saat tangannya tidak dapat menjangkau barang yang hendak dipegangnya, individu menjadi murung ketika tangannya tidak dapat dipergunakan untuk menulis, kakinya tidak mampu menapak dengan sempurna, individu menjadi marah ketika semua orang tidak mengerti lagi apa yang diucapkannya. Separuh badannya mati, separuh kemampuannya menjadi hilang (Haryono, 1996).

Reaksi dalam menghadapi penyakit stroke berbeda-beda dan dapat dikaitkan dengan bagaimana individu memandang suatu peristiwa atau keadaan, dalam hal ini penyakit stroke yang diderita, terhadap dirinya. Salah satu reaksi yang dapat muncul adalah depresi. Depresi adalah suatu keadaan yang sering dijumpai dan merupakan penyerta yang serius pasca stroke; dan dari penelitian epidemiologik paling tidak 30 % penderita pasca stroke mengalami depresi baik pada awal ataupun pada stadium lanjut. Keadaan ini kurang diwaspadai dan diamati oleh dokter yang merawatnya (Gustafon Y, 1995 dalam Poerwadi, 2001). Pada penelitian mengenai depresi pada penderita stroke rawat inap di Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS) yang dilakukan oleh dr. Andy Soemara, Sp.Kj dalam tesisnya pada tahun 1989, diketahui bahwa dari 22 pasien stroke (terdiri dari: 1 orang berusia di bawah 20 tahun, 2 orang berusia 21 – 30 tahun, 4 orang berusia 31 – 40 tahun, **2 orang berusia 41-50 tahun** , **9 orang berusia 51 – 60 tahun**, 2 orang berusia 61 – 70 tahun, dan 2 orang berusia 71 – 80 tahun), 63,64 % atau 14 pasien diantaranya mengalami depresi. **Sebanyak 4 orang dari penderita stroke**

yang mengalami depresi tersebut berusia 51 – 60 tahun dan 2 orang berasal dari rentang usia 41 – 50 tahun, sementara sisanya tersebar ke rentang-rentang usia lainnya, yaitu 1 orang dari kelompok usia di bawah 20 tahun, 1 orang dari kelompok usia 21 – 30 tahun, 4 orang dari kelompok usia 31 – 40 tahun, 1 orang dari kelompok usia 61 – 70 tahun, dan 1 orang dari kelompok usia 71 – 80 tahun (Soemara, 1989). Dari data tersebut tampak bahwa sebagian besar penderita stroke yang mengalami depresi berada pada rentang usia 41 – 60 tahun.

Pada rentang usia 41 – 60 tahun tersebut, umumnya individu tengah mengalami kemajuan dalam karirnya, yang mana kepuasan kerja mereka mengalami peningkatan secara konstan (Santrock, 2002). Pada usia dewasa madya, cepat atau lambat, semua orang dewasa harus melakukan penyesuaian diri terhadap berbagai perubahan jasmani dan harus menyadari bahwa pola perilaku pada usia mudanya harus diperbaiki secara radikal (Hurlock, 1994). Mereka yang tengah mengalami kemajuan dalam karirnya, akan berusaha untuk mempertahankan kemajuan karirnya tersebut sebagai bekal ketika mereka memasuki masa-masa pensiun. Hal ini mereka lakukan sambil berusaha pula untuk menyesuaikan diri dengan penurunan kemampuan fisik dan psikis yang mulai mengalami penurunan sejalan dengan bertambahnya usia. Usaha mereka untuk mempertahankan kemajuan karier dan untuk menyesuaikan diri dengan proses penurunan kemampuan fisik dan psikis, akan mengalami suatu hambatan yang besar ketika mereka terserang stroke. Stroke tidak hanya sekadar menurunkan kemampuan fisik dan psikis, tetapi stroke menghilangkan kontrol

mereka terhadap fungsi-fungsi tubuh dan kognitifnya. Hal ini menyebabkan perubahan yang terjadi bersifat drastis, sehingga para individu dewasa madya yang terserang stroke menjadi sangat sulit untuk melakukan penyesuaian. Kesulitan dalam melakukan penyesuaian diri terhadap kondisi akibat stroke tersebut dapat menimbulkan gangguan-gangguan yang bersifat psikis.

Dr. David Baskin, profesor bedah saraf dan ilmu anestesi dari Baylor College of Medicine di Houston, mengatakan bahwa banyak orang yang selamat dari stroke tapi mereka harus hidup dengan efek sisanya yang menyebabkan beberapa dari mereka menyatakan ingin menyerah dan mati saja (www.americanheart.org, 2006). Dalam wawancara peneliti dengan dr. Nani Kurniani, Sp. S (Kepala Bagian Penyakit Saraf RSHS Bandung), beliau menyatakan bahwa walaupun belum ada penelitian dan pendataan terbaru mengenai pasien stroke di RSHS, khususnya yang berhubungan dengan aspek psikis, beliau mengamati terdapat beberapa pasien stroke rawat jalan yang datang ke poliklinik atau ke tempat prakteknya bersikap pasif dan terkesan datang sekadar memenuhi ajakan keluarganya untuk berobat. Mereka seakan-akan menyerah dengan kondisi kelumpuhannya dan menganggap bahwa apa yang mereka alami adalah takdir yang tidak dapat mereka ubah. Tetapi selain beberapa pasien yang bersikap menyerah pada penyakitnya, beliau pun menemukan ada beberapa pasien yang sangat aktif ketika memeriksakan kondisinya dan sangat disiplin untuk melakukan kontrol secara rutin. Beliau menambahkan, walaupun hampir tidak mungkin bagi penderita stroke untuk dapat kembali ke kondisi awal

tubuhnya sebelum terserang stroke, tetapi setidaknya jika dari pasien stroke sendiri muncul keyakinan diri dan optimisme bahwa mereka masih mampu menjalani hidup dengan baik (walaupun pernah terserang stroke) maka prognosanya cenderung lebih positif terutama pada saat masa terapi. Sikap menyerah terhadap kondisi kelumpuhan yang ditunjukkan oleh beberapa orang pasien stroke tersebut, menurut Seligman termasuk ke dalam reaksi *learned helplessness*.

Learned helplessness diperkenalkan oleh Seligman (1990) sebagai suatu reaksi menyerah, respon berhenti melakukan kegiatan yang biasa dilakukan, yang merupakan hasil dari keyakinan individu bahwa apa pun yang mereka lakukan tidak akan memberikan pengaruh apa pun kepada diri mereka. Reaksi ini berhubungan dengan bagaimana individu menjelaskan kepada dirinya sendiri mengenai mengapa suatu peristiwa terjadi yang kemudian dikenal sebagai *explanatory style*. Jika yang muncul adalah *optimistic explanatory style*, maka reaksi *helplessness* akan berhenti. Tetapi sebaliknya jika yang muncul adalah *pessimistic explanatory style*, maka reaksi *helplessness* justru akan berkembang. Individu yang tergolong *pessimistic explanatory style* cenderung akan memandang penyebab dari peristiwa-peristiwa buruk yang dialaminya sebagai sesuatu yang bersifat permanen, universal, dan internal, sementara individu yang tergolong *optimistic explanatory style* cenderung akan memandang penyebab dari peristiwa-peristiwa buruk yang dialaminya sebagai sesuatu yang bersifat temporer, spesifik, dan eksternal (Seligman, 1990).

Berdasarkan survei awal yang dilakukan peneliti terhadap 13 orang pasien stroke, tujuh orang di antaranya menyatakan bahwa mereka pesimis mengenai kesembuhannya dari hambatan-hambatan fisik dan psikis yang timbul akibat terserang stroke, sementara enam orang sisanya menyatakan bahwa mereka yakin suatu saat nanti mereka bisa sembuh sepenuhnya dari hambatan-hambatan fisik dan psikis yang timbul akibat terserang stroke. Ketika ditanya mengenai alasannya, tujuh orang yang tidak yakin akan kesembuhannya menyatakan hal yang hampir senada, yaitu mereka meyakini bahwa penyakit stroke adalah suatu penyakit yang sangat berat, mereka yakin bahwa hampir bisa dipastikan seseorang yang terserang stroke maka kondisi tubuhnya tidak akan bisa kembali seperti sedia kala sebelum terserang stroke, dan mereka takut dan khawatir jika mereka harus menjalani sisa hidup mereka dengan hambatan-hambatan fisik dan psikis akibat stroke.

Bisa disimpulkan, tujuh orang pasien yang pesimis akan kesembuhannya tersebut cenderung melihat penyebab dari hambatan-hambatan fisik dan psikis (dalam hal ini penyakit stroke) sebagai sesuatu yang bersifat permanen. Mereka pun menambahkan bahwa kini mereka tidak tahu harus melakukan apa lagi untuk kesembuhannya, mereka putus asa karena merasa proses kesembuhannya berjalan sangat lambat sehingga mereka meyakini bahwa kesembuhan adalah sesuatu yang hampir tidak mungkin terjadi. Reaksi menyerah terhadap hambatan-hambatan fisik dan psikis sebagai akibat dari penyakit stroke yang diperoleh dari keyakinan bahwa mereka tidak akan pernah sembuh dari penyakit stroke tersebut,

menunjukkan bahwa pasien-pasien stroke tersebut mengalami *learned helplessness*.

Pernyataan-pernyataan yang berhubungan dengan reaksi menyerah tidak ditemukan peneliti pada enam orang pasien yang yakin bahwa mereka nantinya akan sembuh dari stroke sehingga hambatan-hambatan fisik dan psikis yang mereka alami dapat hilang. Pasien-pasien ini menunjukkan cara pandang yang bersifat temporer terhadap penyebab dari hambatan-hambatan fisik dan psikis yang mereka alami karena memandang penyakit stroke yang menyebabkan munculnya hambatan fisik dan psikis tersebut nantinya akan sembuh.

Dalam penelitian mengenai aspek psikologis (respon kehilangan, konsep diri, dan gangguan seksual) dari klien pasca stroke usia produktif rawat jalan di Poliklinik Saraf RSHS pada tahun 1999 yang dilakukan oleh Rika Endah Nurhidayah dari Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, dalam pengukuran fase depresi yang merupakan bagian dari sub variabel respon kehilangan, diketahui bahwa dari 48 responden, 15 orang di antaranya atau sekitar 31,3 % mengaku bahwa dirinya sudah tidak memiliki semangat hidup, dan sekitar 93,7 % atau 45 orang dari responden yang sama menghayati bahwa dirinya selalu mengkhawatirkan penyakitnya (Nurhidayah, 1999).

Bisa disimpulkan, pasien - pasien stroke pada penelitian tersebut memiliki *belief* bahwa hambatan-hambatan fisik dan psikis akibat serangan stroke yang mereka alami hampir tidak mungkin untuk disembuhkan. *Belief* ini diperoleh dari

proses belajar dari pengalaman-pengalaman orang-orang di sekitar mereka yang mengalami hambatan-hambatan fisik dan psikis akibat serangan stroke, serta dari pengalaman saat mereka mengalami sendiri hambatan-hambatan fisik akibat serangan stroke tersebut. Belief ini akan mempengaruhi *explanatory style* mereka terhadap peristiwa-peristiwa yang mereka alami, yang berhubungan dengan hambatan-hambatan fisik dan psikis akibat stroke, menjadi tergolong *pessimistic*. *Pessimistic explanatory style* akan menumbuhkan *learned helplessness* dalam diri mereka yang akhirnya berkembang menjadi gangguan depresi.

Dalam survei awal yang dilakukan peneliti, diketahui bahwa sumber informasi mengenai stroke dan akibat-akibatnya pada tujuh orang pasien yang pesimistik mengenai kesembuhannya, ternyata mereka peroleh dari pengamatan mereka terhadap orang-orang terdekat mereka, seperti pasangan, keluarga, teman, ataupun tetangga sekitar tempat tinggal mereka yang mengalami serangan stroke. Selain itu mereka pun memperoleh pengetahuan mengenai stroke dari pengalaman mereka saat menjalani rawat inap di rumah sakit, dan dari dokter atau pihak-pihak yang merawat mereka. Sementara enam orang lainnya yang yakin bahwa dirinya akan sembuh, menyatakan bahwa mereka tidak pernah tahu apa pun mengenai penyakit stroke sebelum mereka mengalaminya. Pengamatan terhadap orang-orang terdekat yang mengalami stroke dan pencarian informasi mengenai penyakit stroke saat menjalani perawatan menunjukkan adanya proses belajar yang pada akhirnya akan membentuk *belief* para pasien stroke mengenai hambatan-hambatan fisik dan psikis akibat penyakit stroke.

Berdasarkan uraian mengenai *learned helplessness* pada pasien stroke di atas, maka peneliti melalui penelitian ini tertarik untuk mengetahui bagaimana gambaran *learned helplessness* pada pasien stroke rawat jalan di Rumah Sakit “X” Kota Bandung.

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan, maka permasalahan yang akan diteliti adalah bagaimana derajat *learned helplessness* pada pasien stroke rawat jalan di Rumah Sakit Hasan Sadikin Kota Bandung.

1.3. Maksud dan Tujuan Penelitian

1.3.1. Maksud Penelitian

Untuk memperoleh gambaran mengenai *learned helplessness* pada pasien stroke rawat jalan di Rumah Sakit Hasan Sadikin Kota Bandung.

1.3.2. Tujuan Penelitian

Untuk mendapatkan pemahaman mengenai derajat *learned helplessness* dan keterkaitannya dengan jenis kelamin, usia, pendidikan, tingkat religiusitas, status marital, pekerjaan, dukungan dari keluarga, pihak yang menanggung responden secara finansial selama terserang stroke, keyakinan sembuh, riwayat penyakit stroke yang diderita, dan jenis *explanatory style* pada pasien stroke rawat jalan di Rumah Sakit Hasan Sadikin Kota Bandung.

1.4. Kegunaan penelitian

1.4.1. Kegunaan Teoretis

- Sebagai bahan masukan bagi ilmu psikologi khususnya dalam bidang psikologi klinis mengenai derajat *learned helplessness* pada pasien stroke rawat jalan di Rumah Sakit Hasan Sadikin Kota Bandung.
- Memberikan sumbangan informasi kepada peneliti lain yang tertarik untuk meneliti mengenai tingkat *learned helplessness* dan mendorong dikembangkannya penelitian-penelitian lain yang berhubungan dengan topik tersebut.

1.4.2. Kegunaan Praktis

- Bagi pasien stroke rawat jalan, dengan mengetahui mengenai *learned helplessness* pada dirinya, diharapkan pasien stroke rawat jalan tersebut dapat menanggulangnya dengan lebih efektif.
- Bagi pihak yang mendampingi pasien stroke rawat jalan, dapat menjadi informasi mengenai *learned helplessness* pada pasien stroke rawat jalan sehingga dapat berkontribusi dalam memberikan dukungan untuk pasien stroke rawat jalan, untuk membantu mencegah *learned helplessness* yang berkepanjangan yang dapat berkembang menjadi gangguan depresi (*depression disorder*).
- Bagi pihak Rumah Sakit, dapat menjadi sumbangan informasi mengenai *learned helplessness* pada pasien stroke rawat jalan sehingga dapat

mengefektifkan proses terapi secara psikis pada pasien stroke rawat jalan.

1.5. Kerangka Pikir

Stroke adalah penyakit pada otak yang terjadi karena adanya gangguan dalam pendistribusian darah ke otak yang akhirnya dapat menyebabkan kelumpuhan dalam fungsi-fungsi tubuh. Stroke terjadi ketika suplai darah ke otak terhenti. Darah membawa nutrisi dan oksigen yang esensial ke otak. Tanpa adanya suplai darah, sel-sel otak dapat rusak atau hancur dan tidak dapat melakukan tugas mereka. Karena otak mengontrol segala sesuatu yang tubuh lakukan, kerusakan pada otak dapat mempengaruhi fungsi-fungsi tubuh. Otak juga mengatur bagaimana individu berpikir, belajar, merasakan, dan berkomunikasi. Stroke dapat berefek pada proses-proses mental tersebut (The Stroke Association, 2006).

Simptom-simptom atau reaksi-reaksi setelah serangan stroke yang umum terjadi pertama kali pada penderita stroke adalah mati rasa, lemah, atau lumpuh pada salah satu bagian dari tubuh, kesulitan dalam berbicara atau sulit dalam menemukan kata-kata atau mengerti suatu pembicaraan, secara tiba-tiba pandangan kabur atau kehilangan penglihatan, kebingungan atau perasaan tidak tenang, dan sakit kepala yang berat. Secara garis besar stroke dapat menyebabkan seseorang kehilangan kontrol pada fungsi-fungsi tubuhnya dan fungsi-fungsi kognitifnya, termasuk proses-proses mental seperti berpikir, merasakan, atau belajar (The Stroke Association, 2006).

Selain problem-problem yang bersifat fisiologis, stroke dapat menimbulkan problem-problem psikis. Gangguan emosional, terutama ansietas, frustrasi, dan depresi, merupakan masalah yang umum dijumpai pada penderita pasca stroke (Tobing 2001 dalam Poerwadi, 2001). Munculnya gangguan-gangguan psikis tersebut erat kaitannya dengan pengalaman-pengalaman yang dialami oleh pasien stroke baik pada saat mereka belum terserang stroke, maupun setelah mereka terserang stroke. Pengalaman-pengalaman sebelum terserang stroke diperoleh secara tidak langsung, yaitu melalui pengalaman orang lain, seperti orang-orang terdekat mereka, yang terserang stroke lebih dulu. Misalnya, mereka melihat bagaimana sulitnya seorang pasien stroke untuk mengucapkan kata-kata yang menyebabkan pasien stroke tersebut tidak dapat memberitahukan apa yang diinginkannya kepada orang lain, atau sulitnya seorang pasien stroke untuk menggerakkan tangannya karena kelumpuhan akibat terserang stroke yang menyebabkan pasien stroke tersebut tidak dapat melakukan pekerjaannya sebelum terserang stroke. Selain mengamati apa yang dialami oleh para pasien stroke, mereka pun mengamati perilaku dan perlakuan orang-orang di sekitar pasien stroke.

Apa yang para pasien stroke (sebelum terserang stroke) lihat dan amati dari pasien-pasien lain yang terserang stroke lebih dulu, mereka jadikan pengalaman bagi diri mereka sendiri yang kemudian mereka olah sehingga terjadi proses belajar yang pada akhirnya membentuk *belief* mereka mengenai akibat dari penyakit stroke. Setelah mereka mengalami sendiri serangan stroke, *belief* mereka

mengenai akibat dari penyakit stroke yang mereka bentuk sebelumnya akan mempengaruhi bagaimana reaksi mereka terhadap hambatan-hambatan fisik dan psikis akibat serangan stroke yang mereka alami. *Belief* mengenai akibat dari penyakit stroke yang mereka miliki sebelum terserang stroke akan mengalami perubahan-perubahan selama menjalani masa perawatan, dan pada akhirnya akan membentuk *belief* yang baru mengenai akibat dari penyakit stroke. *Belief* mereka mengenai penyakit stroke ini juga dipengaruhi oleh kultur yang berlaku di lingkungan tempat mereka tinggal. Jika *belief* mereka mengenai akibat dari penyakit stroke menyatakan bahwa hambatan-hambatan fisik dan psikis yang diakibatkan oleh penyakit stroke sebagai sesuatu yang sangat buruk dan dapat menyebabkan seseorang menjadi tidak berdaya, maka konsekuensi yang akan muncul adalah timbulnya reaksi-reaksi gangguan emosional seperti kecemasan, frustrasi, atau depresi pada pasien stroke tersebut selama menjalani proses perawatan. Gangguan-gangguan emosional ini jika tidak tertangani dengan baik maka akan terus terbawa hingga pasien stroke memasuki masa perawatan jalan.

Pembentukan *belief* mengenai akibat dari penyakit stroke pada pasien stroke menentukan bagaimana pasien stroke menjelaskan kepada dirinya sendiri mengapa hambatan-hambatan fisik dan psikis yang diakibatkan serangan stroke bisa menimpa dirinya. Bagaimana pasien stroke menjelaskan mengenai penyebab dari hambatan-hambatan fisik dan psikis akibat penyakit stroke yang diderita merupakan bentuk dari *explanatory style*. *Explanatory style* adalah kebiasaan individu untuk menerangkan kepada diri mereka mengapa sesuatu terjadi

(Seligman, 1990). *Explanatory style* terbagi dua yaitu *optimistic explanatory style* (dimiliki oleh orang-orang yang tergolong *the optimist*) dan *pessimistic explanatory style* (dimiliki oleh orang-orang yang tergolong *the pessimist*).

Explanatory style memiliki 3 dimensi, yaitu *permanence*, *pervasiveness*, dan *personalization*. *Permanence* menjelaskan bahwa individu yang tergolong *pessimistic explanatory style* mempercayai penyebab dari peristiwa-peristiwa buruk yang mereka alami bersifat permanen. Mereka percaya bahwa penyebab peristiwa buruk tersebut akan bertahan untuk mempengaruhi kehidupan mereka. Sebaliknya individu yang tergolong *optimistic explanatory style* percaya bahwa penyebab dari peristiwa-peristiwa buruk yang mereka alami bersifat temporer. Sebaliknya, untuk peristiwa-peristiwa baik, individu yang tergolong *pessimistic explanatory style* mempercayai bahwa penyebab dari peristiwa-peristiwa baik yang mereka alami bersifat temporer. Sementara individu yang tergolong *optimistic explanatory style* percaya bahwa penyebab dari peristiwa-peristiwa baik yang mereka alami bersifat permanen. *Pervasiveness* berbicara soal ruang. Para individu yang memakai penjelasan universal untuk kegagalan, mereka menyerah pada semua hal yang mereka miliki ketika kegagalan terjadi di suatu aspek. Sementara, mereka yang membuat penjelasan spesifik mungkin akan menyerah pada satu aspek kehidupannya, tetapi menunjukkan kekuatan di aspek-aspek kehidupan yang lainnya. Dalam menjelaskan peristiwa-peristiwa baik, individu yang tergolong *optimistic* berusaha menjelaskannya secara universal, sementara individu yang tergolong *pessimistic* menjelaskannya secara spesifik.

Personalization membahas mengenai apakah ketika hal-hal buruk terjadi, individu menyalahkan dirinya sendiri (*internalize*) atau menyalahkan orang lain atau keadaan (*externalize*). Mereka yang menyalahkan diri mereka sendiri ketika mereka gagal memiliki *low self-esteem* sebagai konsekuensinya, mereka merasa tidak berharga, tidak berbakat, dan tidak dicintai. Sementara orang-orang yang menyalahkan peristiwa eksternal tidak kehilangan *self-esteem* ketika peristiwa buruk terjadi. Ketika mengalami peristiwa-peristiwa baik, individu yang *optimistic* akan menjelaskan munculnya peristiwa-peristiwa baik tersebut dengan menghubungkan pada hal-hal di dalam dirinya (*internal*), sementara individu yang *pessimistic* akan mengaitkannya dengan hal-hal di luar dirinya (*external*).

Dari ketiga dimensi dari *explanatory style*, bisa disimpulkan bahwa individu yang tergolong *pessimistic explanantory style* adalah individu yang dalam menjelaskan penyebab suatu peristiwa buruk, penjelasannya bersifat internal, permanen, dan universal. Sementara untuk peristiwa-peristiwa yang baik, individu yang *pessimistic explanantory style* cenderung memberikan penjelasan yang bersifat eksternal, temporer, dan spesifik. Begitu pula pada pasien stroke, pasien stroke yang tergolong *pessimist* ketika mengalami hambatan-hambatan fisik seperti kesulitan untuk bicara akibat kerusakan pada saraf yang mengatur fungsi bicara akan memberikan penjelasan bahwa kerusakan pada saraf fungsi bicara tersebut berlangsung selamanya (bersifat permanen), akibat dari kesalahan pengobatan secara keseluruhan (bersifat universal), dan karena kelalaian dirinya dalam mengikuti anjuran dari dokter atau pihak yang merawatnya (bersifat

internal). Sementara pasien stroke yang *optimist* akan memberikan penjelasan bahwa kerusakan pada saraf fungsi bicaranya akan segera pulih seperti sedia kala (bersifat temporer), akibat dari ketidakcocokkan jenis pengobatan yang dilakukan terhadap saraf fungsi bicara (bersifat spesifik), dan disebabkan pihak-pihak yang merawatnya memberikan bentuk pengobatan yang kurang cocok (eksternal). *Pessimistic explanatory style* menyebabkan munculnya *learned helplessness* dalam diri individu.

Explanatory style merupakan modulator (pembentuk) utama munculnya *learned helplessness*. *Learned helplessness* didefinisikan sebagai suatu reaksi menyerah, respon berhenti melakukan kegiatan yang biasa dilakukan, yang merupakan hasil dari keyakinan individu bahwa apa pun yang mereka lakukan tidak akan memberikan pengaruh apa pun kepada diri mereka (Seligman, 1990). Pada pasien stroke rawat jalan, mereka mengalami *learned helplessness* ketika mereka melakukan respon berhenti melakukan kegiatan pengobatan ataupun terapi yang biasa dilakukan untuk mengobati hambatan-hambatan fisik dan psikis akibat penyakit stroke, dan percaya bahwa apa pun yang mereka lakukan tidak akan berpengaruh apa-apa terhadap hambatan-hambatan fisik dan psikis akibat dari penyakit stroke yang mereka alami.

Reaksi dalam menghadapi penyakit stroke berbeda-beda dan dapat dikaitkan dengan bagaimana individu memandang suatu peristiwa atau keadaan, dalam hal ini penyakit stroke yang diderita, terhadap dirinya. Salah satu reaksi yang dapat muncul adalah depresi. Depresi pada pasien stroke rawat jalan disebut

sebagai depresi pasca stroke, yaitu keadaan depresi (sindroma depresi) yang ditemukan pada penderita-penderita stroke baik pada fase akut stroke maupun setelah lewat fase akut stroke (Soemara, 1989). Mundurnya mobilitas, kekuatan fisik, kesulitan kerja, hobi, kemampuan kognitif yang dihadapi pasien stroke akan mencetuskan munculnya depresi (Poerwadi, 2001). Penyebab depresi adalah munculnya *belief* dalam diri individu bahwa apa pun tindakan yang individu lakukan akan sia-sia atau *futile* (Seligman, 1990).

Seligman melihat adanya kesamaan antara *learned helplessness* dengan depresi, tetapi untuk membuktikan bahwa *learned helplessness* adalah *laboratory model* dari *real-world phenomenon* yang disebut sebagai depresi merupakan suatu permasalahan lain. Setelah serangkaian eksperimen mengenai *helplessness* baik pada manusia maupun pada hewan, Seligman menemukan delapan simptom dari sembilan simptom yang dimiliki depresi menurut *DSM-III-R* dalam eksperimennya mengenai *learned helplessness*, yang menunjukkan bahwa berdasarkan simptom-simptom yang muncul, *learned helplessness* dalam setting laboratorium menghasilkan simptom-simptom yang hampir identik dengan depresi. Pada akhirnya disimpulkan bahwa kemunculan depresi dapat dilihat sebagai sebuah epidemik dari *learned helplessness*. Dengan demikian penyebab *learned helplessness* dapat dilihat pula sebagai penyebab depresi, yaitu *belief* bahwa semua yang individu lakukan tidak akan memberi pengaruh apa pun (Seligman, 1990).

Learned helplessness memiliki empat jenis derajat yang bisa muncul dalam diri individu, yaitu *non helpless*, *mildly helpless*, *moderately helpless*, dan *severely helpless*. Derajat *non helpless* menunjukkan tidak adanya kondisi *helpless* dalam diri individu, derajat *mildly helpless* menunjukkan adanya kondisi *helpless* dalam diri individu tetapi masih berada dalam taraf ringan, derajat *moderately helpless* menunjukkan kondisi *helpless* dalam diri individu yang mulai berpotensi menjadi gangguan, sementara derajat *severely helpless* menunjukkan kondisi *helpless* yang sudah berada dalam taraf gangguan.

Terdapat empat simptom utama untuk mendiagnosa derajat *learned helplessness*, yaitu terjadinya *negative changes in thought*, *negative changes in mood*, *negative changes in behavior*, dan *negative changes in physical response* (Seligman, 1990). Dalam *negative changes in thought*, cara berpikir individu (dalam hal ini pasien stroke rawat jalan) ketika mengalami *learned helplessness* berbeda dengan cara berpikir pasien stroke ketika tidak mengalami *learned helplessness*. Ketika mengalami *learned helplessness*, pasien stroke memiliki pandangan yang buruk mengenai dirinya, dunia, dan masa depan. Inti dari cara berpikir individu ketika mengalami *learned helplessness* (*depressed thinking*) adalah *pessimistic explanantory style*. Konsep negatif mengenai masa depan, diri sendiri, dan dunia timbul dari cara pandang mengenai penyebab dari peristiwa-peristiwa buruk sebagai sesuatu yang bersifat permanen, luas, personal, dan melihat penyebab dari peristiwa baik secara kebalikannya. Pasien stroke yang mengalami *learned helplessness* akan melihat penyebab dari hambatan-hambatan

fisik dan psikis yang mereka alami sebagai sesuatu yang bersifat permanen, luas, dan personal. Sementara ketika mengalami kemajuan dalam proses pengobatan terhadap hambatan-hambatan fisik dan psikis akibat stroke, pasien stroke yang mengalami *learned helplessness* akan melihat bahwa hal tersebut disebabkan oleh hal-hal yang bersifat temporer, spesifik, dan eksternal.

Simptom kedua adalah *negative changes in mood*. Ketika mengalami *learned helplessness*, individu akan merasakan kesedihan yang sangat, tidak memiliki semangat, dan putus asa. Kecemasan dan marah sering menyertai *mood* dari individu yang *learned helplessness*. Pada pasien stroke yang mengalami *learned helplessness*, mereka akan menyerah dan putus asa terhadap hambatan fisik dan psikis yang mereka alami akibat stroke, mereka akan mengalami kesedihan yang sangat, dan seringkali muncul kecemasan seperti cemas bahwa nantinya akan mengalami serangan stroke kembali. Para pasien stroke yang mengalami *learned helplessness* pun bisa mengeluarkan reaksi marah, seperti mereka marah karena tidak seorang pun dapat mengerti apa yang mereka inginkan akibat gangguan pada saraf fungsi bicara yang menyebabkan mereka kesulitan untuk berbicara dengan normal.

Simptom ketiga adalah *negative changes in behavior*. Individu yang mengalami *learned helplessness* akan menunjukkan tiga simptom behavioral, yaitu: *passivity*, *indecisiveness*, dan *suicidal action*. Dalam *passivity*, individu yang mengalami *learned helplessness* seringkali tidak dapat memulai aktivitasnya yang paling rutin sekalipun dan mudah menyerah ketika mengalami hambatan.

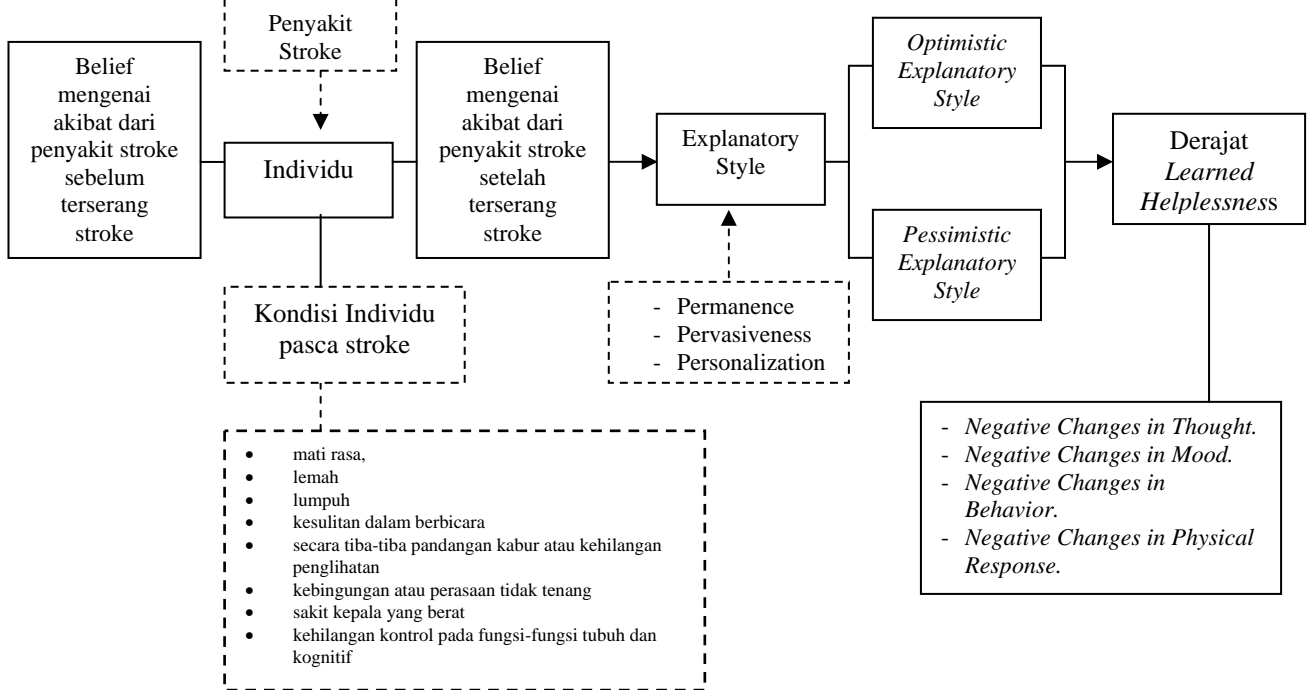
Pasien stroke rawat jalan yang mengalami *learned helplessness*, mereka cenderung untuk meninggalkan pekerjaan-pekerjaan yang biasa mereka lakukan, misalnya pekerjaan rumah tangga, karena mengalami hambatan, misalnya mereka lupa menaruh alat-lat untuk mengerjakan pekerjaan tersebut, saat akan mengerjakannya. Dalam *indecisiveness*, individu yang mengalami *learned helplessness* kesulitan untuk menentukan pilihan di antara beberapa alternatif pilihan yang ada. Pasien stroke yang mengalami *learned helplessness* terkadang sulit untuk menentukan pilihan mengenai hal-hal yang bersifat sederhana, seperti menentukan pakaian yang akan dikenakan atau memilih obat mana yang harus diminum terlebih dahulu. Dalam *suicidal action*, individu yang mengalami *learned helplessness* berpikir mengenai bunuh diri dan terkadang menoba untuk melakukannya. Pasien stroke yang mengalami *learned helplessness* seringkali berpikir bahwa keadaan akan lebih baik jika dirinya meninggal daripada merepotkan lingkungan sekitarnya.

Simptom terakhir dari *learned helplessness* adalah *negative changes in physical response*. *Learned helplessness* seringkali disertai munculnya *undesirable physical symptoms*. Salah satu bentuk *undesirable physical symptoms* adalah hilangnya selera. Individu yang mengalami *learned helplessness* dapat kehilangan selera makan atau tidak ingin melakukan hubungan seks. Selain hilangnya selera, simptom *undesirable physical symptoms* yang umum muncul adalah gangguan tidur. Pasien stroke rawat jalan yang mengalami *learned helplessness* umumnya mengalami hilangnya selera makan dan gangguan tidur,

mereka sulit untuk memulai tidur atau sulit untuk kembali tidur ketika tiba-tiba terbangun.

Individu dewasa madya yang mengalami serangan stroke memiliki kecenderungan untuk mengalami *learned helplessness* yang berkepanjangan dibandingkan dengan pasien-pasien stroke yang berasal dari masa perkembangan lain. Mereka lebih mudah mengalami depresi yang merupakan manifestasi yang tampak dari *learned helplessness*. Berdasarkan fase ketujuh dari teori masa hidup Erikson yaitu generativitas vs stagnasi, maka individu dewasa madya, melalui generativitas, mempromosikan dan membimbing generasi berikutnya melalui aspek-aspek penting kehidupan seperti menjadi orang tua (*parenting*), mengajar, memimpin, dan melakukan sesuatu yang menguntungkan masyarakat (McAdams 1990 dalam Santrock, 2002). Ketika mereka terkena serangan stroke yang menyebabkan mereka mengalami kelumpuhan dan keterbatasan-keterbatasan fisik, mereka menjadi lebih sulit untuk mencapai generativitas. Mereka sulit untuk melakukan aktivitas-aktivitas seperti mengarahkan atau membimbing generasi berikutnya karena hambatan fisik dan psikis yang mereka alami. Pada akhirnya mereka mengembangkan keadaan stagnasi, yaitu keadaan dimana mereka merasa tidak melakukan apa-apa bagi generasi berikutnya. Keadaan stagnasi ini berpotensi menimbulkan perasaan tidak berharga yang pada akhirnya memunculkan reaksi *helpless*.

Adapun bagan kerangka pemikirannya sebagai berikut :



1.6. Asumsi

- *Learned helplessness* serupa dengan depresi dan disebabkan oleh adanya *belief* pada pasien stroke rawat jalan bahwa semua usaha yang pasien stroke rawat jalan lakukan tidak akan memberi pengaruh apa pun terhadap kondisi penyakit stroke yang dideritanya.
- *Learned helplessness* pada pasien stroke rawat jalan memiliki empat *symptom* utama yaitu *negative changes in thought*, *negative changes in mood*, *negative changes in behavior*, dan *negative changes in physical response*
- *Explanatory style* merupakan modulator (pembentuk) utama munculnya *learned helplessness* pada pasien stroke rawat jalan.
- *Explanatory style* pada pasien stroke rawat jalan terdiri dari tiga dimensi yaitu *permanence*, *pervasiveness*, dan *personalization*.
- *Optimistic explanatory style* akan menghentikan *learned helplessness* pada pasien stroke rawat jalan, sementara *pessimistic explanatory style* akan menumbuhkan *learned helplessness* pada pasien stroke rawat jalan.