

BAB II. LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Teori Perubahan Sosial

Soemarjan dan Breazeale (1981) berpendapat perubahan sosial adalah segala perubahan pada lembaga-lembaga kemasyarakatan di dalam suatu masyarakat, yang mempengaruhi sistem sosialnya, termasuk di dalamnya nilai-nilai, sikap, dan pola perilaku diantaranya kelompok-kelompok dalam masyarakat.

Davis (1937) berpendapat, perubahan sosial merupakan perubahan-perubahan yang terjadi dalam struktur dan fungsi masyarakat. Menurutnya, timbulnya pengorganisasian buruh dalam masyarakat kapitalis telah menyebabkan perubahan dalam hubungan-hubungan antara buruh dengan majikan, dan seterusnya menyebabkan perubahan-perubahan dalam organisasi ekonomi dan politik. John Lewis Gillin dan John Philip Gillin (1954) berpendapat perubahan sosial adalah suatu variasi dari cara hidup yang diterima, akibat adanya perubahan kondisi geografis, kebudayaan material, komposisi penduduk, ideologi, maupun karena adanya difusi dan penemuan-penemuan baru dalam masyarakat.

MacIver (1959), perubahan-perubahan sosial sebagai perubahan-perubahan dalam hubungan sosial (*social relationships*) atau sebagai perubahan terhadap keseimbangan (*equilibrium*) hubungan sosial. Soemarjan (1981), mendefinisikan perubahan sosial adalah perubahan pada lembaga-lembaga kemasyarakatan dalam suatu masyarakat yang mempengaruhi sistem sosialnya, termasuk di dalamnya nilai, sikap dan pola perilaku di antara kelompok-kelompok dalam masyarakat. William & Philip (2005) berpendapat bahwa perubahan sosial menekankan pada kondisi teknologis yang menyebabkan terjadinya perubahan pada aspek-aspek kehidupan sosial, seperti kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sangat berpengaruh terhadap pola berpikir masyarakat.

commit to user

2. Teori Pembangunan

Pembangunan adalah usaha untuk mencapai peningkatan kesejahteraan hidup bagi setiap individu maupun masyarakat luas. Pembangunan merupakan segala upaya yang terus-menerus ditujukan untuk memperbaiki kehidupan masyarakat dan bangsa. Kuncoro (2010) pembangunan mencakup banyak makna, baik fisik maupun non-fisik, baik proses maupun tujuan, baik yang duniawi maupun rohaniah. Menurut Karsidi (2002) pendekatan pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan mengandung arti masyarakat ditempatkan pada posisi sebagai pelaku dan penerima manfaat dan proses mencari solusi dan meraih hasil pembangunan. Hal ini berarti masyarakat harus mampu meningkatkan kemandirian mengatasi masalah yang dihadapi.

Menurut Wijaya (2010) pembangunan merupakan proses yang dilakukan dengan sengaja untuk mencapai kondisi yang lebih baik. Ada dua pendekatan yang dilakukan dalam pembangunan selama ini, yaitu pendekatan *top-down* dan pendekatan *bottom-up*. Pendekatan *top-down* merupakan *blue print strategy* yaitu pendekatan yang bersumber pada pemerintah, sehingga masyarakat hanya dianggap sebagai sasaran atau objek pembangunan. Perencanaan *top down* mempunyai kelemahan yaitu menempatkan peran pemerintah lebih besar dan kurang memperhatikan kondisi sosial budaya serta sumber daya lokal yang ada di masyarakat, sehingga mematikan inisiatif dan kreativitas masyarakat. Perencanaan dari bawah (*bottom-up*) merupakan pendekatan pembangunan yang memposisikan masyarakat sebagai subjek pembangunan, sehingga masyarakat turut serta dalam proses perencanaan, pelaksanaan, sampai evaluasi. Perencanaan dari bawah (*bottom-up*) merupakan pendekatan yang ideal dalam pembangunan yang memperhatikan aspirasi, inisiatif kreativitas dan mengakomodasi kondisi sosial budaya setempat. Konsep ini dikenal sebagai pembangunan dengan pendekatan partisipatif atau pemberdayaan masyarakat. Perencanaan dengan model *top-down* ini dilaksanakan oleh sekelompok unsur politik, *commit to user* melibatkan lebih banyak teknokrat,

mengandalkan otoritas. Adapun argumentasi pendekatan *top down* adalah: efisiensi, penegakan aturan, konsistensi *input- target-output* dan masyarakat yang masih sulit diikuti sertakan.

Adi (2007) menjelaskan bahwa perencanaan pembangunan partisipatif merupakan pola pendekatan perencanaan pembangunan yang melibatkan peran serta masyarakat pada umumnya, bukan saja sebagai objek tetapi sekaligus sebagai subjek pembangunan, sehingga nuansa yang dikembangkan dalam perencanaan pembangunan benar-benar dari bawah (*bottom-up approach*). Perencanaan dengan model *bottom-up* dilaksanakan secara kolektif melibatkan unsur-unsur *governance*, mengandalkan persuasi. Argumentasi *bottom-up* adalah: efektivitas, kinerja (*performance, outcome*), bukan sekedar hasil seketika, mengutamakan kearifan lokal, masyarakat diasumsikan sudah paham hak-hak dan kebutuhan mereka.

1. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan

a. Pengertian Pemberdayaan Bidang Kesehatan

Secara etimologis pemberdayaan berasal dari kata dasar “daya” yang berarti kekuatan atau kemampuan. Pemberdayaan berasal dari penerjemahan bahasa Inggris “*empowerment*” yang bermakna “pemberian kekuasaan” karena “*power*” bukan sekedar “daya” tetapi juga “kekuasaan”, sehingga kata “daya” tidak saja bermakna “mampu”, tetapi juga “mempunyai kekuasaan”. Karena itu ide utama pemberdayaan bersentuhan dengan konsep kekuasaan (Sulistiyanti, 2004). Pengertian kedua pemberdayaan adalah upaya membangun daya dan membuat menjadi lebih berdaya dalam sikap, pengetahuan, ketrampilan dan kekuasaan, sehingga terbangun partisipasi dan kemandirian. Hal ini berarti bahwa pemberdayaan masyarakat tidak dilakukan dengan memberi sesuatu, melainkan dengan motivasi, mendorong, dan membangkitkan kesadaran akan keberadaan (eksistensi diri) dan potensi yang dimiliki disertai dengan penciptaan iklim yang kondusif (Sulaeman, 2013). *commit to user*

Friedman & John (1992) menjelaskan bahwa proses pemberdayaan masyarakat meliputi proses pengidentifikasian masalah dan potensi yang ada di masyarakat, pemilihan dan pengambilan keputusan tentang alternatif solusi untuk menangani masalah, pelaksanaan upaya mengatasi masalah, dan keterlibatan masyarakat dalam proses mengevaluasi perubahan yang terjadi. Adi (2007) menjelaskan bahwa kerjasama antara rakyat dan pemerintah dalam merencanakan, melaksanakan, melestarikan dan mengembangkan hasil pembangunan. Sebagai sebuah kerjasama, maka masyarakat tidak lagi menjadi sebuah sub-sistem yang diposisikan sebagai penerima program pembangunan. Masyarakat diasumsikan mempunyai aspirasi, nilai budaya yang perlu diperhatikan dalam proses perencanaan dan pelaksanaan suatu program pembangunan.

Dasgupta *et al.* (2000) menjelaskan bahwa pemberdayaan yang baik adalah yang mengembangkan modal sosial. Modal sosial dikategorikan sebagai kognitif dan fenomena struktural. Unsur kognitif meliputi pemikiran, budaya, ideologi, norma, nilai dan sikap yang terjadi di masyarakat. Unsur fenomena struktural dapat berupa organisasi yang ada di lingkungan meliputi peran, aturan, prosedur, pranata sosial dan kepemimpinan. Jika keduanya diberdayakan akan mampu menunjang tercapainya kesejahteraan dan peningkatan taraf hidup masyarakat.

Pemberdayaan bidang kesehatan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (klien) secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek pengetahuan atau *knowledge*), dari tahu menjadi mau (aspek sikap atau *attitude*), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek tindakan atau *practice*) (Sulaeman, 2016).

Pemberdayaan bidang kesehatan merupakan suatu proses aktif, dimana sasaran/klien dan masyarakat yang diberdayakan harus berperan serta aktif (*commit to user*) dalam kegiatan dan program

kesehatan. Ditinjau dari konteks pembangunan kesehatan, partisipasi masyarakat adalah keikutsertaan dan kemitraan masyarakat dan fasilitator (pemerintah, LSM) dalam pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian kegiatan dan program kesehatan serta memperoleh manfaat dari keikutsertaannya dalam rangka membangun kemandirian masyarakat (Sulaeman, 2016).

Proses pemberdayaan masyarakat terkait erat dengan faktor internal dan eksternal yang saling berkontribusi dan memengaruhi secara sinèrgis dan dinamis. Salah satu faktor eksternal dalam proses pemberdayaan masyarakat adalah pendampingan oleh fasilitator pemberdayaan masyarakat. Peran fasilitator pada awal proses sangat aktif tetapi akan berkurang secara bertahap selama proses berjalan sampai masyarakat sudah mampu menyelenggarakan UKBM secara mandiri dan menerapkan PHBS (Sulaeman, 2016).

PHBS adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang, keluarga, kelompok atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) dibidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat (Sulaeman, 2016).

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan sasaran utama dari promosi kesehatan. Pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu srategi promosi kesehatan. Pemberdayaan masyarakat adalah proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Pemberdayaan dalam bidang kesehatan meliputi upaya menumbuhkan kesadaran, kamauan, dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan (Notoadmodjo, 2007).

Menurut WHO (2008 dalam Natbearn *et al.*, 1991) pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan didefinisikan sebagai suatu proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol atas keputusan dan

tindakan yang memengaruhi kesehatan masyarakat, bertujuan untuk memberdayakan individu dan kelompok rentan dengan memperkuat ketrampilan dasar hidup dan meningkatkan pengaruh pada hal-hal yang mendasari kondisi sosial dan ekonomi.

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman akan kesehatan individu, kelompok dan masyarakat, menumbuhkan kemauan yang merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan atau sikap untuk meningkatkan kesehatan mereka, dan menimbulkan kemampuan masyarakat untuk mendukung terwujudnya perilaku sehat (Adisasmito, 2010).

Suatu masyarakat dikatakan mandiri dalam bidang kesehatan apabila mereka mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan terutama di lingkungan tempat tinggal mereka sendiri. Pengetahuan tersebut meliputi pengetahuan tentang penyakit, gizi dan makanan, perumahan dan sanitasi, serta bahaya merokok dan zat-zat yang menimbulkan gangguan kesehatan (Notoadmodjo, 2007).

Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Tahun 2012, pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu unsur sub-sistem. Pemberdayaan masyarakat adalah bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan baik individu maupun kelompok masyarakat secara terencana, terpadu dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang tinggi. Tujuan sub-sistem pemberdayaan masyarakat meningkatnya kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berperan aktif dalam pembangunan kesehatan serta dapat menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan. Sasaran pemberdayaan masyarakat adalah perorangan, masyarakat, dan swasta menjadi inisiator, motivator dan fasilitator

dengan lingkungan para pemimpin baik formal maupun non formal (Adisasmito, 2010).

Peran petugas kesehatan dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah, memfasilitasi upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat, memotivasi masyarakat agar berpartisipasi secara penuh, melatih kader, memantau upaya kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat, membina upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat, mengevaluasi kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat (Sulaeman, 2016).

Indikator pemberdayaan meliputi indikator input, proses, output dan outcome adalah sebagai berikut :

- 1) *Input*, meliputi sumberdaya manusia, dana, bahan-bahan dan alat-alat yang mendukung kegiatan pemberdayaan masyarakat,
- 2) *Proses*, meliputi jumlah penyuluhan yang dilaksanakan, frekuensi pelatihan yang dilaksanakan, jumlah tokoh masyarakat yang terlibat, dan pertemuan-pertemuan yang dilaksanakan masyarakat,
- 3) *Output* (hasil akhir) meliputi jumlah dan jenis usaha kesehatan yang bersumberdaya masyarakat, jumlah masyarakat yang telah meningkatkan pengetahuan dan perilakunya tentang kesehatan, jumlah anggota keluarga yang memiliki usaha meningkatkan pendapatan keluarga, dan meningkatnya fasilitas umum di masyarakat,
- 4) *Outcome* (dampak) dari pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi dalam menurunkan angka kesakitan, angka kematian, dan angka kelahiran serta meningkatkan status gizi masyarakat (Sulaeman, 2016).

b. Landasan Pemberdayaan Bidang Kesehatan

Lebih lanjut, pemberdayaan bidang kesehatan juga melandaskan pada beberapa prinsip, sebagai berikut:

- 1) Prinsip-prinsip menghargai yang lokal, yang mencakup:

pengetahuan lokal, keterampilan lokal, budaya lokal, proses lokal, dan sumber daya lokal.

- 2) Prinsip-prinsip ekologis, yang meliputi: keterkaitan, keberagaman, keseimbangan, dan keberlanjutan
- 3) Prinsip-prinsip keadilan sosial dan Hak Asasi Manusia, yang tidak merugikan dan senantiasa memberikan manfaat kepada semua pihak.

c. Prinsip Pemberdayaan Bidang Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dilaksanakan dengan prinsip-prinsip (Sulaeman, 2016):

- 1) Kesukarelaan, yaitu keterlibatan seseorang dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat tidak boleh berlangsung karena adanya pemaksaan, melainkan harus dilandasi oleh kesadaran sendiri dan motivasinya untuk memperbaiki dan memecahkan masalah kehidupan yang dirasakan.
- 2) Otonom, yaitu kemampuannya untuk mandiri atau melepaskan diri dari ketergantungan yang dimiliki oleh setiap individu, kelompok, maupun kelembagaan yang lain.
- 3) Keswadayaan, yaitu kemampuannya untuk merumuskan melaksanakan kegiatan dengan penuh tanggung jawab, tanpa menunggu atau mengharapkan dukungan pihak luar.
- 4) Partisipatif, yaitu keikutsertaan semua pemangku kepentingan sejak pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan pemanfaatan hasil-hasil kegiatannya.
- 5) Egaliter, yang menempatkan semua pemangku kepentingan dalam kedudukan yang setara, sejajar, tidak ada yang ditinggikan dan tidak ada yang merasa direndahkan.
- 6) Demokratis, yang memberikan hak kepada semua pihak untuk mengemukakan pendapatnya, dan saling menghargai pendapat

maupun perbedaan di antara sesama pemangku kepentingan.

- 7) Keterbukaan, yang dilandasi kejujuran, saling percaya, dan saling memperdulikan.
- 8) Kebersamaan, untuk saling berbagi rasa, saling membantu dan mengembangkan sinergisme.
- 9) Akuntabilitas, yang dapat dipertanggungjawabkan dan terbuka untuk diawasi oleh siapapun.
- 10) Desentralisasi, yang memberi kewenangan kepada setiap daerah otonom (kabupaten dan kota) untuk mengoptimalkan sumber daya kesehatan bagi sebesar-besar kemakmuran masyarakat dan kesinambungan pembangunan kesehatan.

d. Tujuan dan Arah Pemberdayaan Bidang Kesehatan

Tujuan pemberdayaan meliputi beragam upaya perbaikan pendidikan, aksesibilitas, perbaikan tindakan, kelembagaan, usaha, pendapatan, lingkungan, dan perbaikan kehidupan. Perbaikan pendidikan (*better education*) dalam arti bahwa pemberdayaan harus dirancang sebagai suatu bentuk pendidikan yang lebih baik. Perbaikan tindakan (*better action*), berbekal perbaikan pendidikan dan aksesibilitas dengan beragam sumber daya yang lebih baik, diharapkan akan terjadi tindakan-tindakan yang semakin lebih baik (Wijaya, 2010). Sumodiningrat (1997) menjelaskan bahwa pemberdayaan masyarakat adalah:

- 1) Upaya untuk meningkatkan harkat dan martabat lapisan masyarakat yang kondisi sekarang tidak mampu,
- 2) Upaya untuk memberi daya atau kekuatan kepada masyarakat,
- 3) Upaya membangun sumber daya manusia dengan mendorong, memberi motivasi dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimilikinya serta berupaya untuk mengembangkannya.

Perbaikan kelembagaan (*better institution*), adalah perbaikan kegiatan yang dilakukan diharapkan akan memperbaiki kelembagaan,

termasuk pengembangan jejaring kemitraan-usaha. Perbaikan usaha (*better business*), perbaikan pendidikan (semangat belajar), adalah perbaikan aksesibilitas, kegiatan, dan perbaikan kelembagaan, diharapkan akan memperbaiki bisnis yang dilakukan. Perbaikan pendapatan (*better income*), dengan terjadinya perbaikan bisnis yang dilakukan, diharapkan akan dapat memperbaiki pendapatan yang diperolehnya, termasuk pendapatan keluarga dan masyarakatnya. Perbaikan lingkungan (*better environment*) dan perbaikan pendapatan diharapkan dapat memperbaiki lingkungan (fisik dan sosial), karena kerusakan lingkungan seringkali disebabkan oleh kemiskinan atau pendapatan yang terbatas. Perbaikan kehidupan (*better living*), tingkat pendapatan, dan keadaan lingkungan yang membaik, diharapkan dapat memperbaiki keadaan kehidupan setiap keluarga dan masyarakat. Perbaikan masyarakat (*better community*), keadaan kehidupan yang lebih baik, yang didukung oleh lingkungan (fisik dan sosial) yang lebih baik, diharapkan akan terwujud kehidupan masyarakat yang lebih baik pula (Mardikanto, 2010).

Mengacu pada tujuan pembangunan jangka panjang bidang kesehatan yaitu:

- a) Peningkatan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri dalam bidang kesehatan,
- b) Perbaikan mutu lingkungan hidup yang dapat menjamin kesehatan,
- c) Peningkatan status gizi masyarakat,
- d) Pengurangan kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas), serta
- e) Pengembangan keluarga berkualitas.

Dalam rangka mencapai tujuan tersebut dilaksanakan upaya antara lain:

- (1) Pengembangan peningkatan swadaya masyarakat dalam pembangunan kesehatan dengan pendekatan edukatif dan berkelanjutan,
- (2) Pembinaan peran serta masyarakat termasuk swasta dalam upaya kesehatan.

Berdasarkan upaya tersebut maka pelaksanaan dan pembinaan

pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan diarahkan pada (a) pemberdayaan aparat bertujuan agar aparat lebih mampu, responsif dan akomodatif, dan (b) pemberdayaan rakyat bertujuan agar rakyat lebih mampu, proaktif dan aspiratif. Dengan demikian pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan merupakan suatu proses membangun manusia atau masyarakat melalui pengembangan kemampuan masyarakat, perubahan perilaku dan pengorganisasian masyarakat bidang kesehatan (Sulaeman, 2016).

Oleh karena itu, pelaksanaan dan pembinaan pemberdayaan bidang kesehatan, secara umum ditujukan pada meningkatnya kemandirian masyarakat dan keluarga dalam bidang kesehatan sehingga masyarakat dapat memberikan andil dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Secara khusus ditujukan pada: (1) meningkatnya pengetahuan masyarakat dalam bidang kesehatan, (2) meningkatnya kemampuan masyarakat dalam pemeliharaan, (3) peningkatan derajat kesehatannya sendiri, (4) meningkatnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat, dan (5) terwujudnya pelembagaan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat.

Pemberdayaan adalah suatu proses pengembangan potensi dan kemampuan, sehingga tumbuh kapasitas untuk memecahkan masalah-masalah yang mereka hadapi. Pemberdayaan masyarakat adalah pembangunan sosial, dari, oleh, dan untuk masyarakat secara swadaya. Konsep pemberdayaan masyarakat mempunyai beberapa prinsip, yaitu: penyadaran, pelatihan, pengorganisasian, pengembangan kekuatan, dan membangun dinamika. Masyarakat harus mendapatkan penyadaran, sehingga dapat dicapai hasil pembangunan yang optimal. Sadar berarti mengetahui kelemahan dan kekuatannya (Kartasasmita, 1996).

Pemberdayaan adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non instruktif, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi, potensi yang dimiliki, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan

memanfaatkan potensi setempat. Konsep pemberdayaan masyarakat mencakup pengertian *community development* (pembangunan masyarakat) dan *community-based development* (pembangunan yang bertumpu pada masyarakat). Tahap selanjutnya muncul istilah *community driven development* yang diterjemahkan sebagai pembangunan yang diarahkan masyarakat atau pembangunan yang digerakkan masyarakat. Pembangunan yang digerakkan masyarakat didefinisikan sebagai kegiatan pembangunan yang diputuskan sendiri oleh warga komunitas dengan menggunakan sebanyak mungkin sumber daya setempat (Mardikanto, 2010).

Inti pembangunan berpusat pada rakyat adalah pemberdayaan (*empowerment*) yang mengarah pada kemandirian masyarakat. Dalam konteks ini, dimensi partisipasi masyarakat menjadi sangat penting. Melalui partisipasi, kemampuan masyarakat dan perjuangan mereka untuk membangkitkan dan menopang pertumbuhan kolektif menjadi kuat. Partisipasi bukan hanya berarti keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan atau masyarakat hanya ditempatkan sebagai objek, melainkan harus diikuti dengan keterlibatan masyarakat dalam pembuatan keputusan dan proses perencanaan pembangunan, atau masyarakat ditempatkan sebagai subjek utama yang harus menentukan jalannya pembangunan. Dua elemen penting yang ditekankan pada teori ini ialah partisipasi (*participation*) dan pemberdayaan (*empowerment*) (Mardikanto, 2013).

Pemahaman tentang paradigma pembangunan yang berpusat pada rakyat (*people centered development*) mempunyai ciri-ciri:

- a) Prakarsa dan proses pengambilan keputusan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat tahap demi tahap harus diletakkan pada masyarakat sendiri.
- b) Fokus utamanya adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengelola dan memobilisasikan sumber-sumber yang terdapat di komunitas untuk memenuhi kebutuhan mereka.

- c) Pendekatan ini mentoleransi variasi lokal, sifatnya luwes menyesuaikan dengan kondisi lokal.
- d) Proses pembentukan jejaring antara birokrasi dan lembaga swadaya masyarakat, satuan-satuan organisasi tradisional yang mandiri, merupakan bagian integral dari pendekatan ini, baik untuk meningkatkan kemampuan mereka mengidentifikasi dan mengelola berbagai sumber, maupun untuk menjaga keseimbangan antara struktur vertikal maupun horizontal (Korten *cit.* Mardikanto, 2010).

Keberdayaan diartikan sebagai kemampuan individu yang bersenyawa dengan masyarakat dalam membangun keberdayaan masyarakat yang bersangkutan. Pemberdayaan dapat disamakan dengan perolehan kekuatan dan akses terhadap sumber daya untuk mencari nafkah (Pranarka dan Vidhyandika, 1996). Menurut Ife (2006) inti gagasan pengembangan masyarakat adalah perubahan dari bawah, bahwa komunitas lebih tahu yang mereka butuhkan dan cara memenuhi kebutuhan, tanpa bergantung pada pihak lain tetapi bergantung pada diri sendiri. Dalam teori ini, pembangunan yang dijalankan harus disesuaikan dengan kondisi sosial, norma, dan perilaku masyarakat di suatu daerah. Proses pembangunan seperti ini akan menghasilkan kegiatan pembangunan yang dapat diterima oleh masyarakat, sehingga kelestarian pembangunan dapat dipertahankan.

Christenson dan Robinson (1989) mengartikan pengembangan masyarakat sebagai suatu proses pengembangan prakarsa masyarakat lokal untuk melaksanakan kegiatan sosial (dengan atau tanpa intervensi pihak luar) agar terjadi peningkatan ekonomi, modal sosial, penguatan budaya yang dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Guna melakukan pemberdayaan yang berdampak menguatkan kemampuan individu dan memperkuat ikatan sosial masyarakat maka pendekatan mutlak dilakukan. Elemen pemerintah, swasta, masyarakat, dan organisasi harus dikoordinasikan agar diwujudkan hubungan yang sinergis. Menurut Friedman (2004) elemen-elemen tersebut disebut *stake*

holder (pemangku kepentingan) yaitu kelompok atau individu yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi untuk mencapai tujuan tertentu. Berkaitan dengan *stake holder* ini bukan hanya menunjuk semua orang yang berperan, tetapi juga harus mampu menghubungkan antara peran dalam mengatasi isu, pandangan, dan sikap masyarakat.

Menurut Soetomo (2010) ada tiga kata kunci pemberdayaan, yaitu: prakarsa, partisipasi, dan mengatasi masalah. Pengembangan masyarakat adalah pembangunan dari masyarakat, oleh masyarakat, dan untuk masyarakat. Partisipasi masyarakat merupakan syarat untuk tercapainya tujuan pembangunan. Masyarakat harus diberdayakan untuk menuju kemandirian.

Upaya masyarakat untuk ikutserta dalam pembangunan melalui *power* yang dimilikinya merupakan bagian dari pembangunan manusia (*personal/human development*). Pembangunan manusia merupakan proses pembentukan pengakuan diri, percaya diri, dan kemandirian dapat bekerjasama dan toleran terhadap sesamanya dengan menyadari potensi yang dimilikinya. Landasan berpikir kognitif seperti ini mendasari berkumpulnya masyarakat yang mempunyai tujuan yang sama dalam suatu kelompok yang dimaksudkan untuk membuat semacam *social network* (Adi, 2007).

e. Penerima Manfaat

Banyak kepustakaan pemberdayaan masyarakat, selalu disebut adanya kelompok sasaran atau objek pemberdayaan masyarakat, yaitu masyarakat, utamanya masyarakat kelas bawah. Pengertian tersebut telah menempatkan masyarakat dalam kedudukan “yang lebih rendah” dibandingkan dengan para penentu kebijakan pembangunan, para fasilitator pemberdayaan masyarakat, dan pemangku kepentingan pembangunan yang lainnya. Mardikanto (2010) mengganti istilah “sasaran penyuluhan” menjadi penerima manfaat. Pengertian “penerima manfaat” mengandung makna bahwa berbeda dengan kedudukannya

sebagai “sasaran”, masyarakat sebagai penerima manfaat memiliki kedudukan yang setara dengan penentu kebijakan, fasilitator, dan pemangku kepentingan pembangunan yang lain.

Penerima manfaat tidak berada dalam posisi di bawah penentu kebijakan dan para fasilitator, melainkan dalam kedudukan setara dan bahkan sering justru lebih tinggi kedudukannya, dalam arti memiliki kebebasan untuk mengikuti ataupun menolak inovasi yang disampaikan oleh penyuluhnya. Proses belajar yang berlangsung antara penyuluh dan penerima manfaatnya bukanlah bersifat vertikal (penyuluh mengungguli penerima manfaatnya), melainkan proses belajar bersama yang partisipatif (Mardikanto, 2010).

f. Kinerja Sistem Pemberdayaan

Istilah sistem berasal dari Yunani, sistem yaitu suatu kesatuan dari bagian atau komponen yang berhubungan secara teratur. Dalam kata sistem terkandung empat pokok pikiran tentang : kesatuan, bagian, berhubungan dan teratur. Menurut Chuschman (cit. Mardikanto, 2010) sistem diartikan sebagai sekumpulan unsur-unsur yang mempunyai fungsi dan bergerak dalam ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama sekaligus tujuan masing-masing. Sistem adalah suatu unit yang saling tergantung, saling berhubungan, saling melengkapi kegiatan, saling membantu dalam batas kemampuan masing-masing, dan saling menuju pada tingkatan yang terkoordinasi, terintegasi dan sinkronisasi.

Keberadaan suatu sistem dapat dikenali melalui terstrukturnya kebersamaan dan ketergantungan antara fungsi-fungsi terkait dalam mencapai masing-masing dan tujuan bersama. Sebagai suatu proses sebuah sistem terdiri dari unsur-unsur yang disebut subsistem yang meliputi: input instrumen, lingkungan fisik, proses, output (hasil) dan outcome (pengaruh). Bahan baku adalah masyarakat penerima manfaat yang terdiri pemangku kepentingan (*stake holder*), tokoh masyarakat, aparat pemerintah dan fasilitator. Input instrumen adalah penyuluh,

fasilitator, materi, perlengkapan dan program. Input lingkungan, baik lingkungan fisik, sarana prasarana, kelembagaan dan lingkungan sosial.

Proses merupakan keseluruhan kegiatan pemberdayaan masyarakat. Hasil berupa perubahan perilaku masyarakat penerima manfaat. Pengaruh dan manfaat adalah semua pengaruh dan manfaat kegiatan pemberdayaan masyarakat berupa perubahan ekonomi, sosial politik, maupun lingkungan fisik masyarakat penerima manfaat seperti kenaikan produksi, kenaikan pendapatan, perbaikan kesehatan, status gizi, perbaikan indeks mutu hidup dan meningkatnya kemandirian.

Berger (1977 dalam Wijaya, 2010) menjelaskan pemberdayaan masyarakat melalui mediasi yang menghubungkan antara publik dan privat. Lembaga-lembaga sosial ketenagaan, kekerabatan dan keagamaan merupakan lembaga mediasi yang menjadi pelindung antara pemerintah, swasta dengan keluarga dan individu. Fasilitator memanfaatkan lembaga mediasi untuk langsung berhubungan dengan masyarakat di lapisan bawah. Fasilitator memberikan peluang yang luas untuk menggerakkan dan melancarkan proses belajar masyarakat dalam membangun kehidupannya melalui kerja-kerja kongkrit dan melalui uji coba skala mikro, kecil dan menengah. Dalam kaitannya ini fasilitator mempunyai peran penting dan strategis. Fasilitator adalah aktivis yang bekerja penuh komitmen dan kreatif serta memiliki semangat tinggi membantu masyarakat belajar membebaskan dirinya dari segala dominasi yang memiskinkan dan membodohkan.

Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu sistem, karena dalam pemberdayaan masyarakat terdiri dari beberapa unsur yang saling bekerja sama dan terkait untuk mencapai satu tujuan, yaitu perbaikan kehidupan seperti perbaikan kesehatan, status gizi dan ekonomi. Unsur-unsur atau komponen yang terkait dalam pemberdaayn masyarakat meliputi: (1) penerima manfaat, (2) sarana dan prasarana, (3) lingkungan fisik, (4) proses, (5) hasil, dan (6) pengaruh manfaat (Mardikanto, 2010).

commit to user

Berbicara kesehatan dan permasalahannya, sebenarnya hal tersebut merupakan bagian dari sebuah sistem yang didalamnya terdiri dari komponen-komponen yang saling berkaitan satu sama lain. Untuk memahami sistem kesehatan, pendekatan yang biasa dilakukan adalah dengan pendekatan sistemik, yaitu masalah kesehatan yang terjadi tidak terlepas sistem yang membentuk kesehatan itu sendiri (Adisasmito, 2010). Sistem menurut Shrode dan Voice (dalam Adisasmito, 2010) menekankan lima hal penting, yang meliputi: (1) himpunan bagian-bagian, (2) bagian-bagian yang saling berkaitan, (3) masing-masing bagian bekerja secara mandiri dan bersama-sama, satu sama lain saling mendukung, (4) semuanya ditujukan pada pencapaian satu tujuan dan (5) terjadi di dalam lingkungan yang rumit (Adisasmito, 2010).

2. Model Promosi Kesehatan

Model didefinisikan sebagai penyederhanaan (abstraksi) dari sesuatu yang mewakili sejumlah objek atau aktivitas dari entitas (McLeod, 2001). Model juga bisa didefinisikan sebagai abstraksi yang mewakili realita (Jennie Naidoo and Jane Wills, 1996) atau menggambarkan sejumlah teori untuk membantu memahami masalah spesifik sesuai fakta atau konteks (Egger *et al.*, 2005). Pengertian model menurut ahli yang lain adalah sebagai metafora yang menggambarkan hubungan antar variabel yang kompleks dengan lebih sederhana agar lebih mudah dipahami (Folland *et al.*, 1993; Clayton *et al.*, 1998; Reifsnider *et al.*, 2005). Dalam pemodelan, model akan dirancang sebagai suatu penggambaran operasi dari suatu sistem nyata secara ideal dengan tujuan untuk menjelaskan atau menunjukkan hubungan-hubungan penting yang terkait (Ackoff *et al.*, 1962).

Amiran (2011) juga menjelaskan model merupakan abstraksi realitas suatu penghampiran kenyataan, karena model tidak bisa menceritakan perincian atau detail kenyataan tersebut, melainkan hanya porsi atau bagian-bagian tertentu yang penting saja atau yang merupakan sosok kunci atau *key features*. Murty *et al.* (1990) *cit.* Simatupang, (1995), menyatakan bahwa

model adalah suatu representasi yang memadai dari suatu sistem, dan dikatakan jika telah sesuai dengan tujuan dalam pikiran peneliti. Berbeda antara teori dan model, teori adalah kesohehannya telah dibuktikan melalui pengujian secara empiris dengan tujuan untuk menjelaskan fenomena sosial, sedang model didasarkan pada *isomorphisme* yaitu antara kenyataan satu dengan kenyataan lainnya antara dua atau lebih teori empiris dan berfungsi untuk menemukan dan mengusulkan hubungan antara konsep yang digunakan untuk mengamati gejala sosial (Brodbeck, 1959).

Beberapa definisi promosi kesehatan telah dikemukakan, pada tahun 1986, *World Health Organization* (WHO) mengadakan konferensi Internasional yang pertama menghasilkan piagam *Ottawa/ Ottawa charter* dan menyepakati bahwa promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol dan untuk meningkatkan kesehatan mereka. Selanjutnya pada tahun 2005 pada *Bangkok charter for health promotion in a globalized world*, pengertian promosi kesehatan mengalami sedikit perubahan dan menjadikan pengertian promosi kesehatan sebagai proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol atas kesehatan mereka dan faktor-faktor penentunya dan dengan demikian meningkatkan kesehatan mereka (Sulaeman, 2013). Termasuk didalamnya adalah sehat secara fisik, mental dan sosial sehingga individu atau masyarakat dapat merealisasikan cita-citanya, mencukupi kebutuhannya, serta mengubah atau mengatasi lingkungannya. Kesehatan adalah sumberdaya kehidupan bukan hanya objek untuk hidup. Kesehatan adalah suatu konsep yang positif yang tidak dapat dilepaskan dari sosial dan kekuatan personal. Jadi promosi kesehatan tidak hanya bertanggung jawab pada sektor kesehatan saja, juga gaya hidup untuk lebih sehat (Keleher *et al.*, 2007).

Disisi lain Nutbeam (2005 *cit.* Keleher *et al.*, 2007) menerangkan bahwa promosi kesehatan adalah proses sosial dan politis yang menyeluruh, yang tidak hanya menekankan pada kekuatan ketrampilan dan kemampuan individu, tetapi juga perubahan sosial, lingkungan dan kondisi ekonomi

yang mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Jadi promosi kesehatan adalah proses untuk memungkinkan individu mengontrol faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan dan mengembangkan kesehatan individu dan masyarakat. WHO (1998) menyebutkan bahwa promosi kesehatan adalah strategi inti untuk pengembangan kesehatan, yang merupakan suatu proses yang berkembang dan berkesinambungan pada status sosial dan kesehatan individu dan masyarakat.

Dari beberapa definisi, promosi kesehatan mempunyai beberapa level pengertian, sehingga konsep promosi kesehatan adalah semua upaya yang menekankan pada perubahan sosial, pengembangan lingkungan, pengembangan kemampuan individu dan kesempatan dalam masyarakat, dan merubah perilaku individu, organisasi dan sosial untuk meningkatkan status kesehatan individu dan masyarakat (Keleher *et al.*, 2007). Berlandaskan konsep dasar tersebut, maka area promosi kesehatan pun tidaklah sempit, menurut Keleher *et al.* (2007) terdapat sepuluh area tindakan promosi kesehatan, yaitu: (1) membangun kebijakan kesehatan publik, (2) menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan, (3) memberdayakan masyarakat, (4) mengembangkan kemampuan personal, (5) berorientasi pada layanan kesehatan, (6) *promote social responsibility of health*, (7) meningkatkan investasi kesehatan dan ketidakadilan sosial, (8) meningkatkan konsolidasi dan memperluas kerjasama untuk kesehatan, (9) memberdayakan masyarakat dan meningkatkan kemampuan masyarakat, (10) infrastruktur yang kuat untuk promosi.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1114/KEMENKES/SK/VII/2005 tentang strategi dan pedoman pelaksanaan promosi kesehatan di daerah, promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

commit to user

Menurut Green (1984) promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang baik bagi kesehatan. Pada dasarnya tujuan utama promosi kesehatan adalah untuk mencapai 3 hal, yaitu: peningkatan pengetahuan atau sikap masyarakat, peningkatan perilaku masyarakat, dan peningkatan status kesehatan masyarakat.

Green (1990) juga menyimpulkan tujuan promosi kesehatan terdiri dari 3 tingkatan, yaitu : (1) Tujuan program merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan. (2) Tujuan pendidikan merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada. (3) Tujuan perilaku merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus tercapai (perilaku yang diinginkan). Oleh sebab itu tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.

Sasaran primer upaya promosi kesehatan sesungguhnya adalah pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat. Mereka ini diharapkan mengubah perilaku hidup mereka yang tidak bersih dan tidak sehat menjadi Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS), tetapi disadari bahwa mengubah perilaku bukanlah sesuatu yang mudah. Perubahan perilaku pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) akan sulit dicapai jika tidak didukung oleh sistem nilai dan norma-norma sosial serta norma-norma hukum yang dapat diciptakan atau dikembangkan oleh para pemuka masyarakat , baik pemuka informal maupun pemuka formal (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011)

Wawan *et al.* (2010) menyatakan perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi positif, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak disadari bahkan interaksi tersebut sangat kompleks sehingga kadang-kadang tidak sempat memikirkan penyebab seseorang menerapkan perilaku tertentu.

Berikut ini merupakan Tabel tentang teori dan model promosi kesehatan yang sering digunakan dalam penelitian bidang kesehatan masyarakat (Kesmas) dan kedokteran.

Tabel 2.1 Teori dan Model Promosi Kesehatan Personal

N0	Teori/Model	Ringkasan	Konsep Kunci Concepts
Individual/Personal			
1	<i>Health belief model</i>	Bagi orang-orang untuk mengadopsi perilaku aktivitas fisik yang direkomendasikan, ancaman penyakit yang mereka rasakan (dan tingkat keparahannya) dan manfaat tindakan harus lebih besar daripada hambatan yang dirasakan untuk bertindak.	Kerentanan yang dirasakan Keparahan yang dirasakan Manfaat yang dirasakan dari tindakan Rintangan yang dirasakan untuk bertindak. Isyarat untuk bertindak
2	<i>Stages of change (transtheoretical model)</i>	Dalam mengadopsi perilaku sehat (mis., Aktivitas fisik rutin) atau menghilangkan perilaku tidak sehat (mis., Menonton televisi), orang maju melalui lima tingkat terkait dengan kesiapan mereka untuk berubah — pra-perenungan, kontemplasi, persiapan, tindakan, dan pemeliharaan. Pada setiap tahap, strategi intervensi yang berbeda akan membantu orang maju ke tahap	Pra-perenungan Kontemplasi Persiapan Tindakan Pemeliharaan
3	<i>Relapse prevention</i>	Orang yang memulai program aktivitas fisik secara teratur mungkin dibantu oleh intervensi yang membantu mereka mengantisipasi hambatan atau faktor-faktor yang dapat menyebabkan kekambuhan.	Pelatihan keterampilan Pembingkaian kognitif Penyeimbangan gaya hidup.

N0	Teori/Model	Ringkasan	Konsep Kunci Concepts
Individual/Personal			
4	<i>Information processing paradigm</i>	Dampak komunikasi persuasif, yang dapat menjadi bagian dari kampanye pemasaran sosial untuk meningkatkan aktivitas fisik, dimediasi oleh tiga fase pemrosesan pesan, perhatian pada pesan, pemahaman konten, dan penerimaan konten.	Paparan; Perhatian Suka / minat; Pemahaman; Ketrampilan perolehan; Menghasilkan Penyimpanan memori Pencarian informasi dan Pengambilan; Keputusan; Tingkah laku; Penguatan; Pasca perilaku konsolidasi.

Tabel 2.2 Teori dan Model Promosi Kesehatan Interpersonal

No	Teori/Model	Ringkasan	Konsep Kunci
Interpersonal			
1	<i>Social learning/ Social cognitive Theory</i>	Perubahan perilaku kesehatan adalah hasil dari hubungan timbal balik antara lingkungan, faktor pribadi, dan atribut perilaku itu sendiri. Self-efficacy adalah salah satu karakteristik paling penting yang menentukan perubahan perilaku.	Self-efficacy Determinisme timbal balik Kemampuan perilaku Harapan hasil Pembelajaran observasi
2	<i>Theory of reasoned Action</i>	Untuk perilaku yang berada dalam kendali seseorang, niat perilaku memprediksi perilaku aktual. Niat ditentukan oleh dua faktor — sikap terhadap perilaku dan keyakinan tentang dukungan orang lain terhadap perilaku tersebut.	Sikap terhadap tingkah laku • Hasil harapan • Nilai hasil harapan Norma subyektif • Keyakinan orang lain • Keinginan untuk mematuhi orang lain.

No	Teori/Model	Ringkasan	Konsep Kunci
Interpersonal			
3	<i>Theory of planned Behavior</i>	Kontrol yang dirasakan masyarakat atas peluang, sumber daya, dan keterampilan yang diperlukan untuk melakukan perilaku memengaruhi niat perilaku, seperti halnya dua faktor dalam teori tindakan yang beralasan.	Sikap terhadap tingkah laku • Hasil harapan • Nilai hasil harapan Norma subyektif • Keyakinan orang lain • Keinginan untuk mematuhi orang lain Perilaku yang dipersepsikan kontrol.
4	<i>Social Support Theory</i>	Sering dimasukkan ke dalam intervensi promosi kesehatan, dukungan sosial dapat bersifat instrumental, informasional, emosional, atau menilai (memberikan umpan balik dan penguatan perilaku baru).	Dukungan instrumental Dukungan informasi Bantuan emosional Dukungan penghargaan

Sumber: Rowan Frost, Mel & Enid Zuckerman. (2008). College of Public Health, University of Arizona

Studi ini mengadopsi teori tentang promosi kesehatan *Health Believe Model* (Becker, 1998), *Theory of Planned Behaviour* (Ajzen, 1991), *Theory Social Cognitif* (Bandura, 1986), *Social Support Theory* (Baron dan Byrne, 2000) dan *Psychoneuroimmunology Theory*.

a. Teori *Health Belief Model* (HBM)

HBM dikemukakan pertama kali oleh Hockbaum *et al.*, pada tahun 1958 dan dikembangkan oleh Rosenstock pada tahun 1966, kemudian disempurnakan oleh Becker *et al.*, pada tahun 1970 dan 1980. Menjelaskan adanya pengetahuan seseorang terhadap ancaman kesehatan dan pemahaman terhadap perilaku yang disarankan untuk mencegah atau mengatasi masalah kesehatan didasarkan pada penilaian visibilitas dan keuntungan dibandingkan dengan biaya. HBM digunakan untuk

memprediksi perilaku kesehatan preventif dan juga respon perilaku untuk pengobatan pasien dengan penyakit akut dan kronis. Namun akhir-akhir ini HBM digunakan untuk memprediksi berbagai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Sulaeman, 2013). Oleh karena itu, HBM memiliki fungsi sebagai model perilaku pencegahan penyakit (*preventive health behaviour model*) (Stanley & Maddux, 1986).

Health Belief Model (Model Kepercayaan Kesehatan = HBM) adalah model psikologi kesehatan yang mencoba untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan. Konsep yang mendasari HBM adalah bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh keyakinan pribadi tentang penyakit dan strategi yang tersedia untuk mengurangi terjadinya penyakit (Maulana, 2009). HBM merupakan model kognitif yang artinya perilaku individu dipengaruhi proses kognitif dalam dirinya. Proses kognitif ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti variabel demografi, karakteristik sosiopsikologis, dan variabel struktural. Variabel demografi meliputi kelas, usia, jenis kelamin. Karakteristik sosiopsikologis meliputi kepribadian, teman sebaya (*peers*), dan tekanan kelompok. Variabel struktural yaitu pengetahuan dan pengalaman tentang masalah. *Health Belief Model* didasari 3 faktor esensial: (1) Kesiapan individu untuk mengubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil resiko kesehatan, (2) Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku, (3) Dan perilaku itu sendiri.

Ketiga faktor di atas dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman hubungan dengan sarana dan petugas kesehatan. *Health Belief Model* ditentukan oleh enam konsep dan definisi yaitu:

1) Persepsi kerentanan (*Perceived susceptibility*)

Perceived susceptibility adalah kepercayaan seseorang dengan menganggap menderita penyakit adalah hasil melakukan perilaku tertentu. *Perceived susceptibility* yang berarti kerentanan yang

dirasakan yang merujuk pada kemungkinan seseorang dapat terkena suatu penyakit. *Perceived susceptibility* ini memiliki hubungan positif dengan perilaku sehat. Jika persepsi kerentanan terhadap penyakit tinggi maka perilaku sehat yang dilakukan seseorang juga tinggi. Contohnya seseorang percaya kalau semua orang berpotensi terkena stroke.

2) Persepsi beratnya penyebar (*Perceived severity*)

Perceived severity adalah kepercayaan subyektif individu dalam menyebarkan penyakit disebabkan oleh perilaku atau percaya seberapa berbahanya penyakit sehingga menghindari perilaku tidak sehat, agar tidak sakit. Hal ini berarti *Perceived severity* berprinsip pada persepsi keparahan yang akan diterima individu. *Perceived severity* juga memiliki hubungan yang positif dengan perilaku sehat. Jika persepsi keparahan individu tinggi maka ia akan berperilaku sehat. Contohnya individu percaya kalau hipertensi dan kolesterol tinggi menyebabkan stroke.

3) Persepsi manfaat (*Perceived Benefits*)

Perceived Benefits adalah kepercayaan terhadap keuntungan dari metode yang di sarankan untuk mengurangi resiko penyakit. *Perceived Benefits* secara ringkas berarti persepsi keuntungan yang memiliki hubungan positif dengan perilaku sehat. Individu yang sadar akan keuntungan deteksi dini penyakit akan melakukan perilaku seperti medical *check up* rutin. Contoh lain adalah kalau tidak makan, makanan berlemak, dia tidak akan terkena stroke.

4) Persepsi rintangan (*Perceived Barriers*)

Perceived Barriers adalah kepercayaan mengenai harga diri perilaku yang dilakukan. *Perceived Barriers* secara singkat berarti persepsi hambatan atau persepsi menurunnya kenyamanan saat meninggalkan perilaku tidak sehat. Hubungan *Perceived Barriers* dengan perilaku sehat adalah negatif. Jika persepsi hambatan terhadap perilaku sehat tinggi maka perilaku sehat tidak akan dilakukan. Contohnya, kalau

tidak merokok tidak enak, mulut terasa asam. Contoh lain selalu dibatasi konsumsi garam dan makanan berlemak, sehingga mengurangi nafsu makan.

5) Pedoman tindakan (*Cues to Action*)

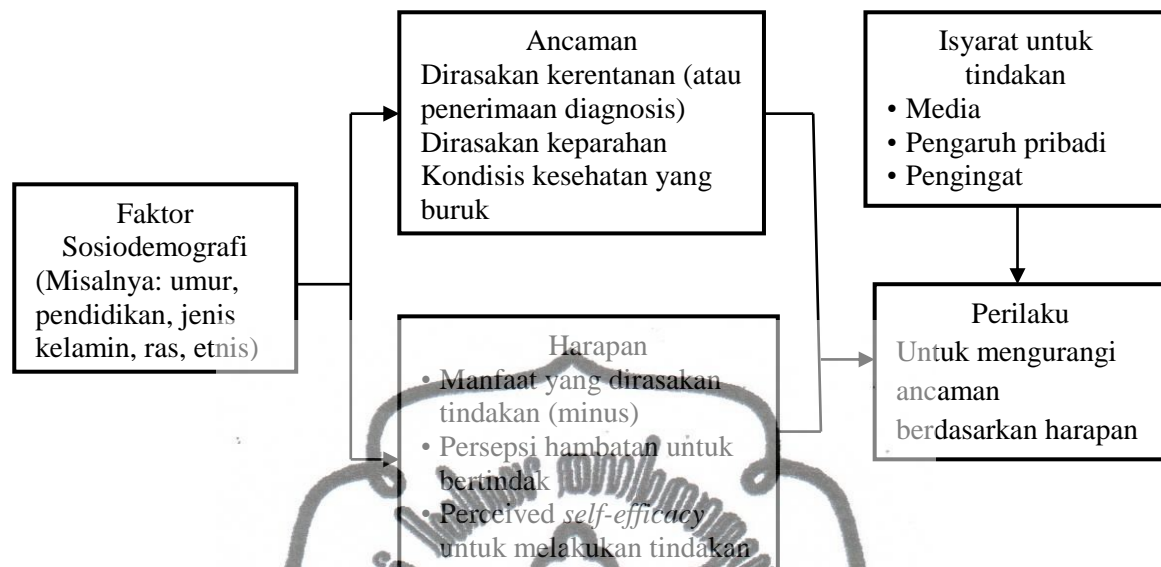
Cues to Action adalah mempercepat tindakan yang membuat seseorang merasa butuh mengambil tindakan atau melakukan tindakan nyata untuk melakukan perilaku sehat. *Cues to Action* juga berarti dukungan atau dorongan dari lingkungan terhadap individu yang melakukan perilaku sehat.

6) Kemampuan diri sendiri (*Self Efficacy*)

Self Efficacy adalah hal yang berguna dalam memproteksi kesehatan. Hal ini senada dengan pendapat Rotter dan Wallston (1966) mengenai *Self Efficacy* oleh Bandura yang penting sebagai kontrol dari faktor-faktor perilaku sehat. *Self Efficacy* dalam istilah umum adalah kepercayaan diri seseorang dalam menjalankan tugas tertentu. *Self Efficacy* adalah kepercayaan seseorang mengenai kemampuannya untuk mempersuasi keadaan atau merasa percaya diri dengan perilaku sehat yang dilakukan. *Self Efficacy* dibagi menjadi dua yaitu *outcome expectancy* seperti menerima respon yang baik dan *outcome value* seperti menerima nilai sosial.

Kesiapan individu dipengaruhi oleh: (a) Persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit dan potensi ancaman, (b) Motivasi untuk memperkecil kerentanan terhadap penyakit, (c) Potensi ancaman, (d) Adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberikan keuntungan.

Faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku: (a) Perilaku dipengaruhi oleh karakteristik individu, (b) Penilaian individu terhadap perubahan yang di tawarkan, (c) Interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomendasikan perubahan perilaku, (d) Pengalaman mencoba merubah perilaku.



Gambar 2.1 *Health Belief Model*
(Sumber: Rosenstock, Strecher, & Beker, 1993)

b. *Theory of Planned Behavior (TPB)*

Theory of Planned Behavior (TPB) dikemukakan oleh Icek Ajzen pada tahun 1985. Icek Ajzen menambahkan sebuah konstruk yang disebut persepsi kendali perilaku (*perceived behavioral control*) ke dalam TRA menjadi *Theory of Planned Behavior*, dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan prediktif dari TPB dalam memprediksi perilaku.

Theory of Planned Behavior mengemukakan bahwa perilaku manusia pada umumnya tidak terjadi secara “ujug-ujug” (tiba-tiba, mendadak, *non-volitional*), melainkan terencana (*deliberate*) melalui suatu konstruk yang disebut niat (*intention*). Asumsi TPB:

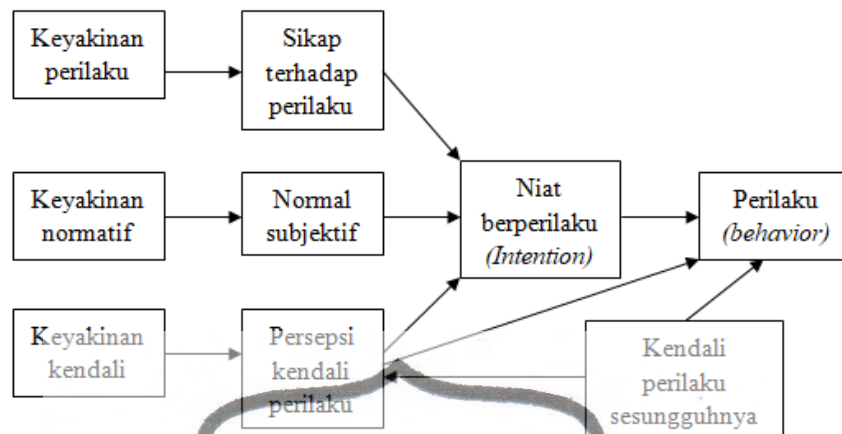
- 1) Manusia membuat keputusan rasional untuk berperilaku dan secara sistematis menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan.
- 2) Manusia mempertimbangkan implikasi dari tindakan (perilaku) sebelum memutuskan untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku.

Dalam TPB, realisasi perilaku ditentukan lebih dahulu oleh niat (*intention*). Niat atau intensi merupakan kesiapan (*readiness*) kejiwaan, yakni kesiapan kognitif seorang untuk melakukan suatu perilaku. Niat merupakan pemula langsung (*immediate antecedent*) sebelum terjadi perilaku (University of Twente, 2018). Karena itu niat itu disebut niat berperilaku (*behavioral intention*). Makin kuat niat, makin besar kemungkinan terjadi perilaku.

Selanjutnya, niat untuk berperilaku dipengaruhi oleh sikap terhadap perilaku (*attitude toward behavior*), norma subjektif (*subjective norm*), dan persepsi kendali perilaku (*perceived behavior control*). Selanjutnya sikap terhadap perilaku dipengaruhi oleh keyakinan tentang perilaku (*behavioral belief*). Norma subjektif dipengaruhi oleh keyakinan normatif (*normative belief*). Persepsi kendali perilaku dipengaruhi oleh keyakinan pengendalian (*control belief*). Akhirnya, berbagai keyakinan tersebut dipengaruhi latar belakang individu, sosial, dan informasi.

Konstruk Kunci *Theory of Planned Behavior*

Theory of Planned Behavior dibangun dari sejumlah konstruk: (1) Perilaku (*behavior*); (2) Niat berperilaku (*behavior intention*); (3) Sikap terhadap perilaku (*attitude toward behavior*); (4) Norma subjektif (*subjective norm*); (5) Persepsi kendali perilaku (*perceived behavior control*); (6) Keyakinan tentang perilaku (*behavioral belief*); (7) Keyakinan normatif (*normative belief*); dan (8) Keyakinan pengendalian (*control belief*). Gambar 2.2 menyajikan model *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 2005).

Gambar 2.2. *Theory of Planned Behavior*.

Sumber: Ajzen, 2005

a) Niat Berperilaku

Niat berperilaku (*behavior intention*) merupakan konstruk yang menunjukkan kesiapan kejiwaan (kognitif) seorang untuk melakukan suatu perilaku. Dalam *Theory of Planned Behavior*, niat diasumsikan merupakan pemula langsung (*immediate antecedent*) terjadinya perilaku. Niat berperilaku dapat juga dipahami sebagai rencana atau pengambilan keputusan sadar untuk melakukan suatu perilaku. Maka dari itu teori ini disebut Teori Perilaku Terencana (*Theory of Planned Behavior*). Sebagai contoh, seorang perokok yang berhenti merokok diawali dulu oleh niat atau rencana untuk berhenti merokok, bukan “ujug-ujug” (tiba-tiba) memutuskan berhenti merokok. Makin kuat niat, makin besar kemungkinan dilakukannya perilaku (Armitage dan Conner, 2001; Ajzen, 2005).

Niat menunjukkan kondisi kesiapan kejiwaan (*mental readiness*) individu untuk melakukan tindakan. Seorang perlu memiliki kesadaran jiwa (*mental awareness*) untuk bisa memiliki niat berperilaku (*behavior intention*). Niat terletak pada domain kognitif yang bersifat aktif atau sadar (*deliberate, conscious, volitional*). Seorang tidak bisa berniat melakukan suatu perilaku dibawah sadar (*subconsciously*) atau tidak sadar (*unconsciously*).

*commit to user***b) Sikap Terhadap Perilaku**

Sikap merupakan predisposisi atau kecenderungan seorang untuk merespons, menilai, atau mengekspresikan, baik dalam bentuk keyakinan, perasaan ataupun perilaku, terhadap suatu gagasan, objek, orang, peristiwa, atau situasi, yang secara sosial penting, yang disebut objek sikap (*attitude objects*). Dalam psikologi sosial, sikap merupakan suatu penilaian terhadap objek sikap, yang berkisar dari ekstrim negatif hingga ekstrim positif. Perspektif kontemporer tentang sikap mencakup situasi di mana individu memiliki penilaian yang mendua/ ambivalen (*ambivalent*) terhadap suatu objek secara bersamaan, yaitu memiliki sikap yang positif maupun negatif terhadap objek yang sama (Ajzen, 2002). Sebagai contoh, seorang yang pada saat yang sama memiliki perasaan “benci tetapi rindu” terhadap mantan pacarnya, memiliki sikap campuran.

Setiap sikap memiliki tiga komponen yang disebut model sikap ABC (Rosenberg dan Hovland, 1960; McLeod, 2014): A untuk afektif, B untuk *behavior*, dan C untuk *cognitive*. Komponen afektif merujuk kepada reaksi emosi (perasaan) seorang terhadap objek sikap. Sebagai contoh, seorang ibu yang lebih senang menyusui sendiri bayinya selama enam bulan daripada memberikan susu formula di dalam botol, merupakan komponen afektif dari sikap. Komponen perilaku (*behavior*) merujuk kepada kecenderungan seorang untuk berperilaku jika menghadapi objek sikap. Komponen kognitif (*cognitive*) merujuk pada pikiran dan keyakinan seorang tentang objek sikap. Sebagai contoh, kecenderungan seorang ibu untuk menyusui sendiri bayinya selama enam bulan, karena dia berkeyakinan bahwa memberikan air susu sendiri baik untuk pertumbuhan dan perkembangan bayinya, dan dia senang melakukan perilaku itu, merupakan sikap ibu yang menunjukkan ketiga komponen sikap: afektif, *behavior* dan kognitif.

Aspek lain yang perlu diketahui tentang sikap dikemukakan oleh Carl Jung. Carl Jung mendefinisikan sikap sebagai kesiapan dari psike

(pikiran) untuk bertindak atau bereaksi dengan suatu cara tertentu. Menurut Jung, sikap dapat dibedakan dalam bentuk berpasangan (dualitas). Sikap bisa sadar (*conscious*) atau tidak sadar (*unconscious*), konkrit atau abstrak, intraversi (bersumber dari dalam) atau ekstraversi (bersumber dari luar), implisit (tersirat) atau eksplisit (tersurat, nyata) rasional atau tidak rasional, individual atau sosial. Seorang bisa bersikap mendua (ambivalen, jika orang tersebut secara bersama (simultan), misalnya memiliki sikap yang positif maupun negatif tentang suatu objek yang sama (Ajzen, 2002).

c) Keyakinan Perilaku

Dalam TPB, sikap positif atau negatif tentang suatu perilaku dipengaruhi oleh keyakinan perilaku (*behavioral belief*) dan penilaian atau ekspektasi tentang hasil dari perilaku (*outcome evaluation, outcome expectation*). Keyakinan perilaku merujuk kepada keyakinan individu tentang berapa besar kemungkinan (probabilitas) bahwa perilaku akan membawa suatu implikasi (akibat) jika dilakukan (Armitage dan Conner, 2001). Sebagai contoh, seorang laki-laki berkeyakinan tentang berapa besar kemungkinan akan mengalami akibat yang diinginkan (misalnya, penyakit menular seksual) jika tidak menggunakan kondom ketika berhubungan seks dengan wanita pekerja seks komersial (PSK). Jika laki-laki tersebut berkeyakinan bahwa kemungkinan itu kecil, maka dia akan memiliki sikap yang negatif tentang penggunaan kondom.

d) Penilaian Hasil

Penilaian hasil (*outcome evaluation*) atau perkiraan hasil (*outcome expectation*) merujuk kepada penilaian atau perkiraan tentang hasil dari suatu perilaku jika dilakukan, yaitu apakah hasilnya positif (bermanfaat) atau negatif (merugikan, tidak bermanfaat) (Armitage dan Conner, 2001). Konsep penilaian hasil ini ditentukan oleh seluruh keyakinan perilaku yang ada pada individu, yang menghubungkan suatu perilaku dengan berbagai kemungkinan hasil

dari berbagai perilaku itu, baik yang positif maupun negatif. Sebagai contoh, ketika seorang laki-laki pelanggan wanita pekerja seks komersial (PSK) menilai bahwa (1) penggunaan kondom bermanfaat untuk mencegah terkena penyakit menular seksual (hasil positif) dan (2) penggunaan kondom tidak mengurangi sensasi kenikmatan dalam berhubungan seksual (tidak mengurangi hasil positif), maka dia akan memiliki sikap yang positif tentang penggunaan kondom ketika berhubungan seksual PSK.

e) Norma Subjektif

Norma merupakan suatu konstruk yang terletak pada level kelompok sosial, yang merujuk kepada pedoman informal tentang perilaku sosial yang dianggap normal atau abnormal, baik atau salah, di dalam sebuah unit atau kelompok sosial. Norma membentuk basis harapan kolektif yang ada di masyarakat. Norma memiliki peran penting sebagai pengendali sosial (*social control*) dan maupun keteraturan sosial (*social order*) dengan cara menerapkan tekanan sosial (*social pressure*) kepada individu-individu untuk menyesuaikan atau menaatinya.

Dalam *Theory of Planned Behavior*, norma subjektif adalah persepsi atau opini individu tentang aturan-aturan atau standar yang ada di lingkungan sosial, khususnya orang-orang yang dianggap penting atau berpengaruh oleh individu tersebut (misalnya teman, orang tua, tetangga, tokoh masyarakat, tokoh agama, guru). Norma subjektif merupakan persepsi individu tentang kesetujuan atau tidak kesetujuan lingkungan sosialnya jika individu melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku. Sebagai contoh, jika seorang wanita menyusui berpendapat, lingkungan sosialnya tidak menyetujui andaikata dia memberikan air susu ibu kepada bayinya selama enam bulan tanpa memberikan makanan tambahan kepada bayinya, pendapat tersebut merupakan norma subjektif. Menurut TPB jika ibu memilih mematuhi norma tersebut, maka kemungkinan besar dia tidak

berniat memberikan air susu ibu eksklusif kepada bayinya sampai usia enam bulan.

f) Keyakinan Normatif

Norma (*norm*) atau norma sosial (*social norm*) adalah aturan standar yang berlaku disuatu kelompok sosial-kultural, yang biasanya ditentukan oleh otoritas sosial atau agama, yang digunakan untuk memutuskan apakah perilaku seorang layak (benar) atau tidak layak (salah) untuk dilakukan di unit atau kelompok sosial tersebut. Norma merupakan pedoman informal yang tentang apakah suatu perilaku sosial dipandang normal atau tidak normal untuk dilakukan, di dalam suatu unit sosial atau kelompok. Norma membentuk ekspektasi kolektif yang diharapkan oleh suatu unit sosial terhadap masing-masing anggotanya dalam berperilaku. Bahkan norma kolektif tersebut dapat berperan sebagai tekanan sosial (*social pressure*) bagi anggota masyarakat untuk mematuhi. Dengan demikian norma memiliki peran kunci sebagai kontrol sosial (*social control*) ataupun keteraturan sosial (*social order*) dengan cara memberikan tekanan kepada individu untuk menaati atau menyesuaikan.

Dalam *Theory of Reasoned Action* maupun *Theory of Planned Behavior*, keyakinan normatif (*normative belief*) merujuk kepada keyakinan individu ataupun keyakinan orang-orang lain yang relevan dengan individu tersebut, dan dianggap penting oleh individu tersebut, tentang aturan sosial, yang menghendaki individu itu untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku. Jadi keyakinan normatif merupakan konstruk yang menunjukkan pengaruh lingkungan sosial terhadap individu.

Keyakinan normatif dapat diukur dengan cara menanyakan sejumlah pertanyaan kepada berbagai kelompok sosial yang relevan dan dipandang penting oleh individu, misalnya teman-teman, keluarga, tokoh masyarakat, tokoh agama, guru.

g) Motivasi untuk Mematuhi

Motivasi untuk mematuhi (*motivation of comply*) menjelaskan bahwa keyakinan normatif dapat menjadi motivasi (yakni kekuatan pendorong, atau kausa) bagi individu untuk melakukan perilaku tertentu, untuk mematuhi aturan sosial tersebut. Konstruk ini bisa diukur dengan menanyakan kepada subjek penelitian tentang seberapa besar dia akan mematuhi atau tidak mematuhi norma-norma atau aturan-aturan yang berlaku di dalam lingkungan kelompok sosial yang dianggap penting baginya, untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku. Jadi konstruk “motivasi untuk mematuhi” yang terdapat pada diri individu dan “keyakinan normatif” yang terdapat pada kelompok sosial dapat dipahami sebagai interaksi individu-sosial di dalam *Theory of Reasoned Action* maupun *Theory of Planned Behavior*, yang membentuk norma subjektif individu.

h) Persepsi Kendali Perilaku

Persepsi kendali perilaku (*perceived behavioral control*, PBC) adalah persepsi seorang tentang mudah atau sulitnya melakukan suatu perilaku. Komponen ini ditambahkan oleh Ajzen sehingga *Theory of Reasoned Action* menjadi *Theory of Planned Behavior*. Ajzen memperluas TPB sehingga meliputi perilaku yang tidak harus melalui niat, karena dalam TPB persepsi kendali perilaku dapat berpengaruh langsung terhadap terjadinya perilaku. Sebagai contoh, butir pernyataan yang mengukur persepsi kendali perilaku menghenikan kebiasaan merokok bisa dinyatakan sebagai berikut “Saya dapat dengan mudah berhenti merokok dan tidak ingin merokok lagi” (pernyataan *favorable*). Butir pernyataan lainnya dapat disajikan dalam kalimat berikut “Saya sulit memusatkan perhatian dengan baik tanpa mengisap rokok” (pernyataan *unfavorable*). Persepsi kendali perilaku dibedakan menurut lokasinya: (1) Kendali internal; dan (2) Kendali eksternal.

Kendali Internal. Kendali internal (*internal control*) merujuk kepada persepsi individu tentang sejauh mana dirinya mampu

mengendalikan suatu perilaku. Kendali internal dari persepsi kendali perilaku menunjukkan bagaimana individu melihat kemampuan dirinya dalam memegang kendali ketika melakukan suatu perilaku tertentu. Dengan demikian, sebagian besar kendali internal berhubungan dengan pengetahuan, keterampilan, kemampuan, yang dimiliki individu ketika melakukan perilaku (Armitage & Conner, 2001).

Kendali Eksternal. Kendali eksternal (*external control*) merujuk kepada sejauh mana faktor-faktor eksternal dapat membentuk atau mempengaruhi perilakunya. Sebagai contoh, penerimaan, persetujuan, atau “restu” keluarga, teman, dan kelompok sebaya, dapat mempengaruhi atau mengendalikan individu untuk memiliki sikap yang positif tentang suatu perilaku, yang akan memperkuat niat untuk mewujudkan niat itu (Armitage & Conner, 2001).

Menurut Ajzen dan Fishbein (2005) persepsi kendali perilaku dapat mempengaruhi perilaku secara langsung, maupun berinteraksi dengan niat untuk mempengaruhi perilaku. Dengan kata lain, persepsi kendali perilaku dapat berperan sebagai pengubah efek (*effect modifier*) dalam hubungan antara niat dan perilaku. Artinya, dampak dari niat terhadap perilaku dapat lebih kuat jika persepsi kendali perilaku kuat. Niat berperilaku yang relatif lemah bisa saja terwujud dalam perilaku jika individu memiliki persepsi kendali perilaku yang kuat, yaitu memandang bahwa perilaku tersebut mudah dilakukan dan dia memiliki keterampilan yang dibutuhkan untuk melakukan perilaku itu. Sebaliknya niat berperilaku yang relatif kuat bisa saja tidak terwujud dalam perilaku jika individu memandang perilaku tersebut sulit dilakukan dan dia tidak memiliki keterampilan yang dibutuhkan untuk melakukan perilaku itu.

Ajzen (1991) dalam *Theory of Planned Behavior* mengatakan, konstruk persepsi kendali perilaku sesungguhnya berasal dari konsep Bandura yang disebut efikasi diri (*self-efficacy*). Efikasi diri dalam

Social Cognitive Theory Albert Bandura didefinisikan sebagai keyakinan diri atau kepercayaan diri seorang bahwa dia mampu melakukan suatu perilaku dengan berhasil. Efikasi diri digunakan sebagai konstruk persepsi kendali perilaku dalam *Theory of Planned Behavior*, yang merujuk kepada persepsi tentang mudah atau sulitnya untuk melakukan suatu perilaku. Sebagai contoh, efikasi diri perilaku menghentikan kebiasaan merokok dapat diukur dengan contoh butir pernyataan sebagai berikut “Saya yakin bahwa saya mampu menghentikan kebiasaan merokok untuk selamanya” (pernyataan *favorable*). Butir pernyataan lainnya dapat disajikan dalam kalimat berikut “Setelah mencoba berhenti merokok beberapa hari, kemungkinan besar saya akan kembali merokok, jika bertemu dengan teman-teman yang masih memiliki kebiasaan merokok” (pernyataan *unfavorable*).

i) Keyakinan Kendali

Dalam *Theory of Planned Behavior*, persepsi kendali perilaku dipengaruhi oleh keyakinan pengendalian (*control belief*). Kendali (*control*) merujuk kemampuan untuk mempengaruhi peristiwa yang sedang atau akan terjadi. Sedang keyakinan kendali (*control belief*) dalam konteks kesehatan merujuk kepada keyakinan yang dimiliki individu tentang kemampuannya untuk mempengaruhi status kesehatan, kualitas hidup, kematian, perilaku kesehatan, ataupun penggunaan pelayanan kesehatan (Ajzen & Sheikh, 2013).

Keyakinan kendali merujuk kepada keyakinan seorang tentang ketersediaan sumberdaya tertentu yang berhubungan dengan terjadinya perilaku, yaitu faktor-faktor yang dapat memudahkan seorang untuk melakukan perilaku atau sebaliknya menyulitkan untuk melakukan perilaku. Individu yang berkeyakinan bahwa ada banyak faktor yang dapat memudahkan untuk melakukan suatu perilaku akan lebih besar kemungkinan memiliki persepsi yang positif untuk

commit to user

mengendalikan perilakunya, yakni memiliki kepercayaan diri yang lebih besar untuk mampu melakukan perilaku tersebut.

Lokasi Kendali. Sebuah konsep yang berhubungan dengan keyakinan kendali adalah “lokasi kendali” (*“locus of control”*). Lokasi kendali merupakan sebuah konsep dalam psikologi kepribadian, dikemukakan oleh Julian B. Rotter tahun 1954, yang merujuk kepada tempat pengendalian terjadinya peristiwa-peristiwa yang dialami individu manusia (Rotter, 1966). Lokasi kendali adalah derajat keyakinan seorang tentang sejauh mana ia memiliki kendali terhadap akibat dari peristiwa yang terjadi dalam hidupnya, dibanding dengan kekuatan di luar kendalinya. Dalam konteks kesehatan lokasi kendali adalah keyakinan individu tentang tempat pengendalian faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatannya (Mearns, 2018).

Dibedakan dua lokasi kendali: (1) Internal, dan (2) Eksternal. Lokasi kendali internal merupakan keyakinan individu bahwa lokasi kekuatan yang menentukan peristiwa yang terjadi dalam hidupnya, khususnya status kesehatannya, terletak di dalam dirinya sendiri. Artinya, baik buruknya peristiwa yang dialaminya, khususnya baik-buruk status kesehatannya, ditentukan oleh perilakunya sendiri. Jika individu ingin memiliki kesehatan yang baik, maka tujuan itu bisa dicapai dengan berperilaku sehat. Sebagai contoh, bagi seorang dengan kendali internal, sehat tidaknya seorang di masa lalu, sekarang, maupun yang akan datang, untuk sebagian besar tergantung dari pilihan tindakan orang tersebut. Dengan demikian seorang dengan lokasi kendali internal yang kuat cenderung memiliki persepsi kendali perilaku yang kuat.

Lokasi kendali eksternal merupakan keyakinan individu bahwa lokasi kekuatan yang menentukan peristiwa-peristiwa yang dialami dalam hidupnya, khususnya status kesehatannya, terletak di luar dirinya, di luar kendalinya, yakni ditentukan oleh perilaku orang lain, atau ditentukan oleh nasib, keberuntungan dan peluang (kebetulan).

Bagi seorang dengan lokasi kendali eksternal, sehat tidaknya seorang di masa lalu, sekarang, maupun yang akan datang, untuk sebagian besar tergantung dari kekuatan dari luar, baik yang terlihat (nyata) maupun tidak terlihat (supranatural), umpamanya, nasib takdir, kutukan, cobaan, dan sebagainya, yang di luar kekuasaannya untuk mengendalikan atau mengubahnya dalam tindakan nyata. Dengan demikian seorang dengan lokasi kendali eksternal yang kuat cenderung memiliki persepsi kendali perilaku yang lemah alias pasrah.

j) Kendali Perilaku Sesungguhnya

Kendali perilaku sesungguhnya (*actual behavioral control*) menunjukkan besarnya kemampuan individu dalam mengontrol suatu perilaku. Kendali perilaku sesungguhnya menunjukkan sejauh mana nyatanya seorang mampu melakukan suatu perilaku. Menurut Ajzen (2002), kendali perilaku sesungguhnya diperkirakan dapat mengubah efek dari niat terhadap perilaku.

Kendali perilaku sesungguhnya bisa diukur melalui kemampuan individu untuk memeragakan perilaku. Namun karena persepsi kendali perilaku mencerminkan dengan baik kendali perilaku yang sesungguhnya, maka peneliti biasanya menggunakan persepsi kendali perilaku sebagai perantara (*proxy*) untuk mengukur kendali perilaku sesungguhnya (Ajzen dan Fishbein, 2005).

k) Perilaku

Perilaku (*behavior*) adalah sesuatu yang dilakukan oleh seorang yang dapat diamati, diukur, maupun diulangi. Definisi perilaku harus mendeskripsikan terjadinya tindakan nyata (misalnya, individu menggunakan narkoba). Untuk membedakan domain psikomotor/*behavior* dan kognitif, perilaku seharusnya tidak didefinisikan melalui deskripsi konsep-konsep yang mungkin terkait dengan perilaku, misalnya motivasi yang mendorong individu melakukan perilaku,

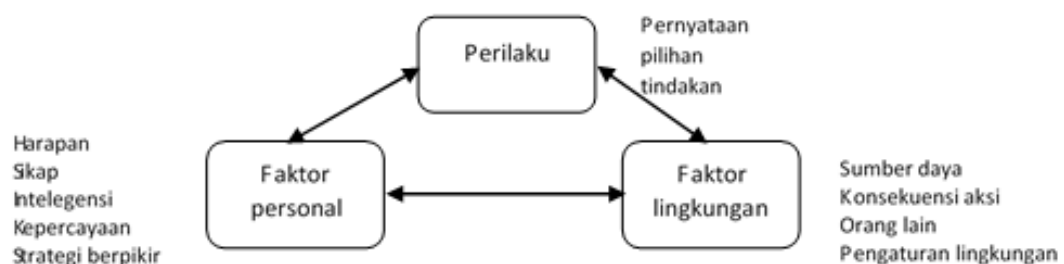
commit to user

proses internal yang terjadi sehingga seorang mewujudkan perilaku, ataupun perasaan ketika melakukan perilaku.

Dalam *Theory of Planned Behavior*, perilaku dipengaruhi oleh niat yang sesuai dan persepsi kendali perilaku. Persepsi kendali perilaku berperan memoderasi atau memodifikasi (mengubah) efek dari niat terhadap terjadinya perilaku. Niat yang sesuai bisa menyebabkan terjadinya perilaku jika persepsi kendali perilaku cukup kuat.

c. Teori Sosial Kognitif (*Social Cognitive Theory*)

Teori pembelajaran yang dikemukakan oleh Bandura disebut teori pembelajaran *social cognitive theory* dan disebut pula sebagai teori pembelajaran melalui peniruan. Pengertian teori sosial kognitif adalah teori pembelajaran didasarkan pada gagasan bahwa orang belajar dengan mengamati orang lain. Perilaku yang dipelajari bisa menjadi pusat kepribadian seseorang. Teori pembelajaran kognitif menjelaskan tentang bagaimana perilaku bisa dibentuk melalui pengamatan tentang bagaimana perilaku bisa dibentuk melalui pengamatan pada model-model yang ditampilkan oleh media massa. Teori ini memiliki efek yang kuat pada kampanye yang ditujukan untuk mengubah perilaku masyarakat melalui media, misalnya kampanye pencegahan stroke dan serangan jantung dengan menggunakan seorang model. Fokus teori ini adalah menjelaskan perilaku melalui tiga cara: situasi timbal balik yang dinamis diantara faktor-faktor personal, pengaruh lingkungan dan perilaku terus-menerus berinteraksi (sulaeman, 2016).



Gambar 2.3 Teori pembelajaran *Social Cognitive Theory* (Nelson et al., 1995)

Proses pembelajaran menurut teori Bandura, terjadi dalam tiga komponen (unsur) yaitu perilaku model (contoh), pengaruh perilaku model, dan proses internal individu. Jadi individu melakukan pembelajaran dengan proses mengenal perilaku model (perilaku yang akan ditiru), kemudian mempertimbangkan dan memutuskan untuk meniru sehingga menjadi perilakunya sendiri. Perilaku model ialah berbagai perilaku yang dikenal di lingkungannya. Apabila bersesuaian dengan keadaan dirinya (minat, pengalaman, cita-cita, tujuan dan sebagainya) maka perilaku itu akan ditiru (Sulaeman, 2016).

Teori sosial kognitif adalah sebuah teori yang memberikan pemahaman prediksi, dan perubahan perilaku manusia melalui interaksi antara manusia, perilaku dan lingkungan. Teori ini didasarkan atas proposisi bahwa baik proses sosial maupun proses kognitif adalah sentral bagi pemahaman mengenai motivasi, emosi, dan tindakan manusia (Bandura, 1999).

Teori sosial kognitif digunakan untuk mengenal, memprediksi perilaku dan mengidentifikasi metode-metode yang tepat untuk mengubah perilaku tersebut. Teori ini menjelaskan bahwa dalam belajar, pengetahuan (*knowledge*), pengalaman pribadi (*personal experience*), dan karakteristik individu (*personal characteristic*) saling berinteraksi.

Menurut Ormrod (2006) dalam teori sosial kognitif terdapat lima asumsi dasar antara lain seseorang dapat belajar dengan mengamati orang lain, belajar merupakan proses internal yang memiliki kemungkinan mempengaruhi perilaku, perilaku dilakukan untuk mencapai tujuan, perilaku akan secepatnya diterima oleh diri dan dapat menjadi suatu kebiasaan, dan asumsi terakhir dari teori sosial kognitif adalah penguatan (*reinforcement*) dan hukuman (*punishment*) memiliki efek secara tidak langsung pada belajar dan perilaku.

Interaksi antara manusia dan perilakunya melibatkan pengaruh pemikiran dan karakteristik seseorang. Interaksi antara manusia dan

lingkungannya melibatkan kepercayaan manusia dengan kompetensi secara kognitif yang berkembang dan pengaruh dari dalam lingkungan juga. Interaksi antara lingkungan dengan perilaku manusia, berkaitan dengan pengaruh perilaku terhadap aspek-aspek dalam lingkungannya dan sebaliknya perilaku yang dipengaruhi lingkungan tersebut. Teori sosial kognitif digunakan untuk mengenal dan memprediksi perilaku individu dan grup serta mengidentifikasi metode-metode yang tepat untuk mengubah perilaku tersebut. Teori ini erat kaitannya dengan pembelajaran seseorang menjadi pribadi yang lebih baik. Kemudian, pengalaman baru yang terbentuk menjadi evaluasi terhadap pengalaman lama. Pengalaman perilaku yang lama akan menuntun pribadi tersebut menginvestigasi masalah-masalah yang muncul pada pengalaman saat ini.

Menurut Bandura (2001) walaupun prinsip belajar cukup untuk menjelaskan dan meramalkan perubahan perilaku, namun prinsip tersebut harus memperhatikan dua fenomena penting yang diabaikan oleh paradigma behaviorisme, yaitu: (1) manusia dapat berpikir dan mengatur tingkah lakunya sendiri, (2) banyak aspek fungsi kepribadian melibatkan interaksi individu dengan individu lainnya.

Dampaknya, teori kepribadian yang memadai harus memperhitungkan konteks sosial dimana tingkah laku itu di peroleh dan dipelihara. Menurut Bandura, teori kepribadian yang memadai harus memperhitungkan konteks sosial dimana tingkah laku itu diperoleh dan dipelihara. Teori belajar sosial (*social learning theory*) dari Bandura didasarkan pada:

1) Determinisme timbal balik (*Reciprocal determinism*)

Pendekatan/konsep yang saling menentukan, yang menjelaskan tingkah laku manusia dalam bentuk interaksi timbal balik yang terus-menerus antara determinan kognitif, behavior dan lingkungan. Orang menentukan tingkah lakunya dengan mengontrol kekuatan lingkungan tapi juga dikontrol oleh kekuatan lingkungan.

Determinan resiprokal adalah konsep yang penting dalam teori belajar sosial Bandura dalam memahami tingkah laku. Teori belajar sosial memakai saling determinis sebagai prinsip dasar untuk menganalisis fenomena psikososial diberbagai tingkat kompleksitas, dari perkembangan intrapersonal sampai tingkah laku interpersonal serta fungsi interaktif dari organisasi dan sistem sosial.

2) Tanpa Penguatan (*Beyond Reinforcement*)

Bandura memandang teori Skinner dan Hull terlalu bergantung kepada *reinforcement*. Jika setiap unit respon sosial yang kompleks harus dipilah-pilah untuk *direinforce* satu persatu, bisa jadi orang tidak belajar apapun. Menurut Bandura, *reinforcement* penting dalam menentukan apakah suatu tingkah laku akan terus terjadi atau tidak, tetapi itu bukan satu-satunya pembentuk tingkah laku. Orang dapat belajar melakukan sesuatu hanya dengan mengamati dan kemudian mengulang apa yang dilihatnya. Belajar melalui observasi tanpa ada *reinforcement* yang terlibat, berarti tingkah laku ditentukan oleh antisipasi konsekuensi (ini merupakan pokok teori belajar sosial).

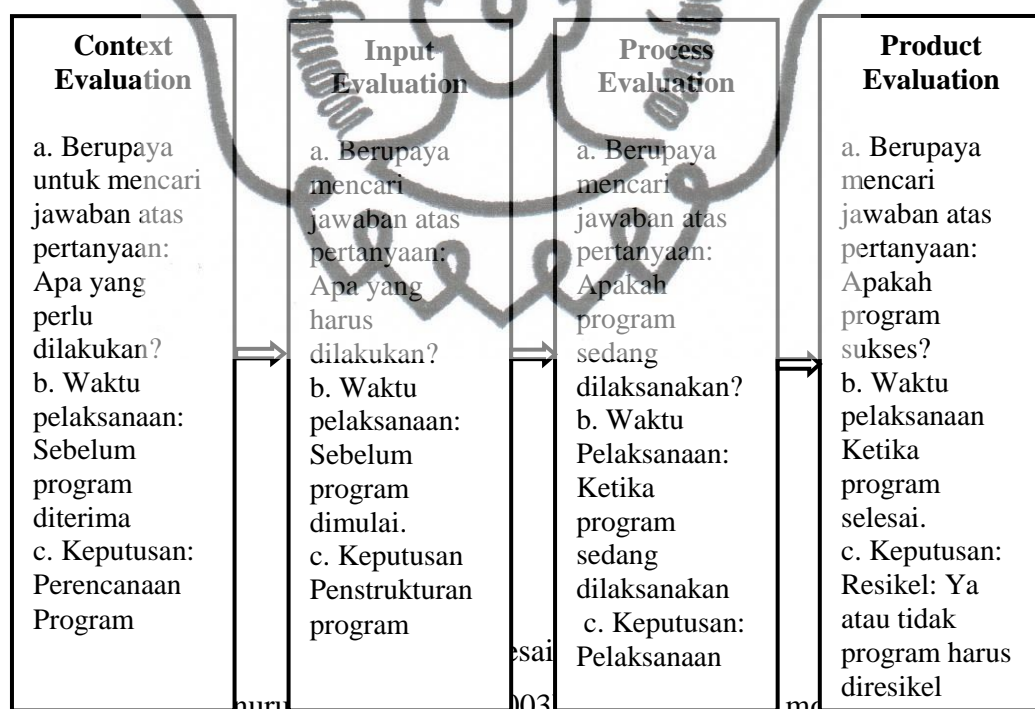
3) Pengaturan diri dan kognisi (*Self-regulation and cognition*)

Pada konsepnya, Bandura menempatkan manusia sebagai pribadi yang dapat mengatur diri sendiri (*self-regulation*), mempengaruhi tingkah laku dengan cara mengatur lingkungan, menciptakan dukungan kognitif, mengadakan konsekuensi bagi tingkah lakunya sendiri. Kemampuan kecerdasan untuk berpikir simbolik menjadi sarana yang kuat untuk menangani lingkungan (dengan menyimpang pengalaman dalam ingatan dalam wujud verbal dan gambaran imajinasi untuk kepentingan tingkah laku pada masa yang akan datang. Kemampuan untuk menggambarkan secara imajinatif hasil yang diinginkan pada masa yang akan datang akan mengembangkan strategi tingkah laku yang membimbing ke arah tujuan jangka panjang.

5. Sistem Pemberdayaan Penderita Stroke

a. Sistem Model Evaluasi CIPP

Model evaluasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah model evaluasi CIPP. Model evaluasi CIPP adalah model evaluasi yang terdiri dari empat komponen evaluasi yaitu *Context*, *Input*, *Process*, dan *Product* (CIPP) yang dilukiskan pada Gambar 2.1. CIPP merupakan singkatan dari *context evaluation* artinya evaluasi terhadap *context*, *input evaluation* artinya evaluasi terhadap masukan, *process evaluation* artinya evaluasi terhadap *process*, dan *product evaluation* artinya evaluasi terhadap hasil. Dengan melihat penjelasan tersebut, maka langkah evaluasi yang dilakukan adalah menganalisis program tersebut berdasarkan komponen komponennya.



sebagai berikut: *The models core concepts are denoted by acronym CIPP, which stands for evaluations of an entity's context, input, process, and product. Context evaluations assess needs, problems, assets, and opportunities to help decicions makers define goals and priorities and help broader group of user judge goals, priorities, and outcomes. Input*

evaluations assess alternative approaches, competing action plans, and budgets for their feasibility and potential cost-effectiveness to meet targeted needs and achieved goals. Decision makers use input evaluations in choosing among competing plans, writing funding proposals, allocating resources, assigning staff, scheduling work, and ultimately in helping others judge an effort's plans and budget (konsep inti model dilambangkan dengan akronim CIPP, yang merupakan singkatan dari evaluasi konteks, input, proses, dan produk entitas. Evaluasi konteks menilai kebutuhan, masalah, aset, dan peluang untuk membantu pembuat keputusan menentukan tujuan dan prioritas dan membantu kelompok yang lebih luas menilai tujuan pengguna, prioritas, dan hasil. Evaluasi input menilai pendekatan alternatif, rencana tindakan yang bersaing, dan anggaran untuk kelayakannya dan potensi efektivitas biaya untuk memenuhi kebutuhan yang ditargetkan dan mencapai tujuan. Para pembuat keputusan kami memasukkan evaluasi dalam memilih di antara rencana yang bersaing, menulis proposal pendanaan, sumber daya alokasi, menugaskan staf, pekerjaan penjadwalan, dan pada akhirnya dalam membantu orang lain menilai rencana dan anggaran usaha).

- 1) Evaluasi *context* menentukan kebutuhan, masalah-masalah, aset, dan kesempatan untuk membantu pengambil keputusan menetapkan tujuan dan prioritas serta membantu kelompok lebih luas dalam pengambilan tujuan, prioritas, dan hasil.
- 2) Evaluasi *input* menentukan alternatif pendekatan, pelaksanaan rencana kegiatan, penyediaan sarana, penyediaan biaya efektif untuk menyiapkan kebutuhan dan pencapaian tujuan. Pengambil keputusan dalam evaluasi input di dalamnya memilih penyusunan rencana, penulisan proposal, alokasi sumber daya, pengelolaan ketenagaan, jadwal kegiatan, tersusun rapi dalam membantu pengambil keputusan berusaha menyiapkan rencana dan pembiayaan. Lebih lanjut Stufflebeam (2003) juga mengatakan : *Process evaluations assess the implementation of plans to help staff carry out activities and later help*

the board group of users judge program performance and interpret outcomes. Product evaluations identify and assess outcomes-intended and unintended, short term and long term-both to help a staff keep an enterprise focused on achieving important outcomes and ultimately to help the broader group of user gauge the effort's success in meeting targeted needs (evaluasi proses menilai implementasi rencana untuk membantu staf melaksanakan kegiatan dan kemudian membantu kelompok pengurus menilai kinerja program dan menafsirkan hasil. Evaluasi produk mengidentifikasi penilaian hasil yang dimaksudkan dan tidak diinginkan, jangka pendek dan jangka panjang, baik untuk membantu staf tetap fokus pada pencapaian hasil penting dan pada akhirnya untuk membantu kelompok pengguna yang lebih luas mengukur keberhasilan upaya dalam memenuhi kebutuhan yang ditargetkan)

- 3) Evaluasi *process* menilai pelaksanaan rencana untuk membantu staf melaksanakan kegiatan, kemudian membantu pengguna menilai kinerja program, dan membuat penafsiran hasilnya.
- 4) Evaluasi *product* mengidentifikasi dan menilai hasil baik jangka pendek dan jangka panjang untuk membantu staf untuk lebih fokus pada hasil penting dan hasil akhir serta mengukur penting dan hasil akhir serta mengukur keberhasilan upaya dalam memenuhi target yang ditetapkan. Berdasarkan uraian tersebut, dapat dikemukakan bahwa dalam proses evaluasi dapat dilakukan dari dua sisi yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Kedua hasil evaluasi ini akan membantu staf dan pengguna program untuk melihat hasil yang dicapai dari program tersebut, kendala dan hambatan yang ditemukan dalam pelaksanaan program, kelemahan dan keunggulan untuk pengembangan lebih lanjut. Penelitian ini akan melakukan evaluasi “Model Pemberdayaan penderita stroke dengan afasia motorik”, dengan menggunakan model evaluasi CIPP. Model evaluasi CIPP adalah model evaluasi yang tujuannya untuk mengambil keputusan dalam merencanakan,

melaksanakan, dan mengembangkan suatu program (Fuddin, 2007). Model CIPP merupakan singkatan (akronim) dari *context evaluation*, *input evaluation*, *process evaluation*, dan *product evaluation* (Mbulu, 1995). Ada beberapa bentuk evaluasi dalam konteks ini yaitu:

a) Evaluasi lanjutan untuk merencanakan keputusan (*Context evaluation to serve planning decision*).

Konteks evaluasi ini membantu merencanakan keputusan, menentukan kebutuhan yang akan dicapai oleh program dan merumuskan tujuan program (Tayibnapis, 1989). Evaluasi konteks meliputi penggambaran latar belakang program yang dievaluasi, memberikan perkiraan kebutuhan dan tujuan program, menentukan sasaran program dan menentukan sejauh mana tawaran ini cukup responsif terhadap kebutuhan yang sudah diidentifikasi (Edison, 2009). Evaluasi konteks meliputi (Mbulu, 1995):

- (1) Analisis masalah/kebutuhan yang berhubungan dengan lingkungan. Suatu kebutuhan dirumuskan sebagai suatu kesenjangan antara kondisi yang ada sekarang dengan kondisi yang diharapkan.
- (2) Menggambarkan secara jelas dan terperinci tujuan program yang akan memperkecil kesenjangan antara kondisi yang ada sekarang dengan kondisi yang diharapkan. Dengan singkat dapat dikemukakan bahwa evaluasi konteks adalah evaluasi terhadap kebutuhan-kebutuhan, tujuan pemenuhan kebutuhan serta karakteristik individu yang melaksanakan evaluasi.

b) Evaluasi masukan untuk mengatur keputusan (*Input evaluation, structuring decision*).

Evaluasi ini menolong mengatur keputusan, menentukan sumber-sumber yang ada, alternatif apa yang diambil, apa rencana dan strategi untuk mencapai kebutuhan. Bagaimana prosedur kerja untuk mencapainya (Tayibnapis, 1989). Evaluasi ini digunakan dalam pelaksanaan program, diadakan penjadwalan dan prosedur

pelaksanaannya (Mbulu, 1995). Evaluasi masukan dilaksanakan dengan tujuan dapat menilai relevansi rancangan program, strategi yang dipilih, prosedur, sumber baik yang berupa manusia (pasien, dokter, perawat, dan tenaga kesehatan yang lain) dan sarana prasarana yang diperlukan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Singkatnya masukan (input) merupakan model yang digunakan untuk menentukan bagaimana cara agar penggunaan sumberdaya yang ada bisa mencapai tujuan serta secara esensial memberikan informasi tentang apakah perlu mencari bantuan dari pihak lain atau tidak (Edison, 2009). Aspek input juga membantu menentukan prosedur dan desain untuk mengimplementasikan program.

c) Evaluasi proses untuk mengimplementasikan keputusan (*Process evaluation, to serve implementing decision*).

Evaluasi proses untuk membantu mengimplementasi keputusan. Sampai sejauh mana rencana telah diterapkan? Apa yang harus direvisi? Begitu pertanyaan tersebut terjawab, prosedur dapat dimonitor, dikontrol, dan diperbaiki (Tayibnapis, 1989). Evaluasi proses dipergunakan untuk membantu memberikan dan menyediakan informasi balikan dalam rangka mengimplementasi keputusan, sampai sejauh mana rencana-rencana atau tindakan-tindakan yang hendak dilakukan untuk mengetahui pelaksanaan program sudah sesuai dengan prosedur dan penjadwalan yang ditetapkan (Mbulu, 1995). Evaluasi proses dilaksanakan dengan harapan dapat memperoleh informasi mengenai bagaimana program telah diimplementasikan untuk meningkatkan jumlah mahasiswa dan untuk memperbaiki kualitas program dari program yang berjalan serta memberikan informasi sebagai alat untuk menilai apakah sebuah proyek relatif sukses/gagal (Edison, 2009).

d) Evaluasi produk untuk menolong keputusan (*Product evaluation, to serve recycling decision*).

Evaluasi produk untuk menolong keputusan selanjutnya. Apa hasil yang telah dicapai? Apa yang dilakukan setelah program berjalan? (Tayibnapis, 1989). Evaluasi produk mengakomodasi informasi untuk meyakinkan dalam kondisi apa tujuan dapat dicapai dan juga untuk menentukan jika strategi yang berkaitan dengan prosedur dan metode yang diterapkan guna mencapai tujuan sebaiknya berhenti, modifikasi atau dilanjutkan dalam bentuk yang seperti sekarang (Edison, 2009). Evaluasi produk meliputi penentuan dan penilaian dampak umum dan khusus suatu program, mengukur dampak yang terantisipasi, mengidentifikasi dampak yang tak terantisipasi, memperkirakan kebaikan program serta mengukur efektifitas program. Mbulu (1995) jenis evaluasi produk digunakan untuk:

- (1) Menolong keputusan selanjutnya, seberapa besar hasil yang telah dicapai dan apa yang akan dilakukan setelah program dilaksanakan,
- (2) Mengukur keberhasilan pencapaian tujuan program yang telah ditetapkan. Berdasarkan beberapa uraian di atas dapat disimpulkan bahwa model evaluasi untuk mengambil keputusan dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengembangkan suatu program dengan menggunakan evaluasi konteks, evaluasi masukan, evaluasi proses, dan evaluasi produk.

Menurut Arikunto (2008), menjelaskan secara rinci terkait evaluasi model CIPP adalah sebagai berikut:

- a) Evaluasi *context* adalah upaya untuk menggambarkan dan merinci lingkungan, kebutuhan yang tidak terpenuhi, populasi dan sampel yang dilayani, dan tujuan.
- b) Evaluasi masukan (*input*), merupakan evaluasi yang bertujuan menyediakan informasi untuk menentukan bagaimana menggunakan sumber daya yang tersedia dalam mencapai tujuan program. Evaluasi *commit to user* meliputi analisis personal yang

berhubungan dengan bagaimana penggunaan sumber-sumber yang tersedia, alternatif-alternatif strategi yang harus dipertimbangkan untuk mencapai suatu program. Mengidentifikasi dan menilai kapabilitas sistem, alternatif strategi program, desain prosedur untuk strategi implementasi, pembiayaan dan penjadwalan.

c) Evaluasi proses menunjuk pada apa kegiatan yang dilakukan dalam program, siapa orang yang ditunjuk sebagai penanggungjawab program, kapan kegiatan akan selesai dilaksanakan. Evaluasi proses merupakan evaluasi yang dirancang dan diaplikasikan dalam praktik implementasi kegiatan, mengidentifikasi permasalahan prosedur baik tata laksana kejadian dan aktivitas. Setiap aktivitas dimonitor perubahan-perubahan yang terjadi secara jujur dan cermat. Pencatatan berguna untuk menentukan tindak lanjut penyempurnaan dan menentukan kekuatan dan kelemahan atau keterkaitan program dengan hasil yang ditemukan. Evaluasi proses diarahkan pada seberapa jauh kegiatan yang dilaksanakan dalam program sudah terlaksana sesuai dengan rencana dan pedoman yang ditetapkan.

d) Evaluasi *product* merupakan kumpulan deskripsi dan “*jugement outcomes*” dalam hubungannya dengan *context*, masukan, dan *process*, terkait dengan perencanaan, pelaksanaan, dan keberhasilan kegiatan pemberdayaan penderita stroke. Evaluasi hasil diarahkan pada hal-hal yang menunjukkan perubahan yang terjadi pada masukan mentah. Evaluasi *product* adalah evaluasi yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pencapaian tujuan. Evaluasi ini merupakan catatan pencapaian hasil dan keputusan-keputusan untuk perbaikan dan aktualisasi. Secara garis besar evaluasi *product* meliputi kegiatan penetapan tujuan operasional program, kriteria-kriteria pengukuran yang telah dicapai, membandingkannya antara kenyataan lapangan dengan rumusan

commit to user

tujuan, dan menyusun penafsiran yang rasional. Berikut adalah indikator yang akan dievaluasi dalam penelitian ini:

- (1) *Context* penelitian ini menyajikan kondisi lingkungan yang mendukung sebagai salah satu indikator dalam penelitian. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Ja'far Medika Karanganyar, Surakarta, Jawa Tengah, Indonesia. Karena Rumah Sakit adalah lembaga pendidikan formal yang mengusahakan agar tujuan dari pelayanan kesehatan itu tercapai secara maksimal. Rumah Sakit sebagai tempat dilangsungkannya kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif tentunya lebih terorganisir dari lembaga-lembaga lain. Untuk mengimplementasikan program tersebut maka peranan promosi kesehatan punya andil besar sesuai visi-misi dan falsafah Rumah Sakit bersangkutan. Semua program yang dilaksanakan di Rumah sakit harus selaras sesuai dengan kerangka besar dari visi, misi dan falsafah Rumah Sakit berada. Pemberdayaan penderita stroke dengan afasia motorik didefinisikan sebagai suatu bentuk penyelenggaraan yang penekannya bersifat edukatif dan promotif sehingga dengan dukungan keluarga yang kuat tercapai tujuan pemberdayaan penderita stroke dengan gangguan afasia motorik yaitu perbaikan komunikasi fungsional, peningkatan kemandirian dan kualitas hidup.
- (2) *Input* Evaluasi, input dalam penelitian ini berfokus pada pengumpulan dan informasi data penelitian. Informasi input yang penting seperti cara pengambilan sampel, kriteria inklusi dan esklsi penderita stroke, penentuan karakteristik responden berupa jenis kelamin, umur, pendidikan, pendapatan, frekuensi serangan stroke dan lamanya stroke, sehingga dapat mendukung tercapainya tujuan yang ditetapkan, serta pembiayaan pelaksanaan penelitian, melalui program

pemberdayaan penderita stroke dengan afasia motorik. Ketersediaan sarana dan prasarana, adalah alat penunjang keberhasilan suatu penelitian, karena apabila kedua hal ini tidak tersedia maka semua kegiatan yang dilakukan tidak akan dapat mencapai hasil yang diharapkan sesuai rencana. Secara etimologis (bahasa) prasarana berarti alat tidak langsung untuk mencapai tujuan dalam penelitian. Misalnya: lokasi Rumah Sakit, SDM, UGD, HCU, ICU, sarana penunjang diagnostik, misalnya Instalasi Radiologi, Instalasi laboratorium, Instalasi farmasi, Instalasi gizi dan sebagainya. Sedangkan, sarana berarti alat langsung untuk mencapai tujuan penelitian. Misalnya: penderita stroke, ruangan untuk melatih menghafal Al Quran, kuesioner yang dibutuhkan, buku dan alat tulis, komputer, journal penelitian, buku sebagai referensi dan sebagainya.

- (3) *Process Evaluasi*, proses (dapat disebut monitoring) dalam penelitian ini berkenaan dengan kajian seberapa jauh pelaksanaan operasional program pemberdayaan penderita stroke dengan afasia motorik yang dimulai dari proses pengambilan dan tabulasi data, perhitungan statistik dan membuat kesimpulan model kebaruan yang dikembangkan dalam pemberdayaan penderita stroke dengan afasia motorik. Proses evaluasi penelitian ini juga meliputi dukungan keluarga dan menghafal Al Quran apakah sudah berjalan secara efektif. Dukungan keluarga meliputi dukungan informasi, instrumentasi, emosi dan dukungan penghargaan.
- (4) *Product Evaluasi* produk yakni evaluasi keluaran (*output*). Evaluasi keluaran terarah pada hasil langsung (*direct*) program pemberdayaan penderita stroke dengan gangguan afasia motorik, yaitu terjadinya perbaikan komunikasi fungsional, peningkatan kemandirian dan kualitas hidupnya. Kemampuan

komunikasi fungsional yang diharapkan adalah terjadinya peningkatan ekspresi, pemahaman dan interaksi. Kualitas hidup yang perlu dievaluasi terdiri dari 10 domain, yaitu: *bowel*, *bladder*, perawatan diri, penggunaan toilet, makan, transfer, mobilitas, berpakaian, naik tangga, dan mandi. Kualitas hidup yang diharapkan adalah terjadinya peningkatan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik, yang terdiri dari 5 dimensi, yaitu: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, kesehatan sosial, kesehatan lingkungan dan kesehatan spiritual.

b. Sistem Layanan Kesehatan Terbuka

Program kedokteran dan kesehatan seperti penyembuhan penderita stroke Organisasi layanan kesehatan seperti Rumah Sakit adalah sebuah organisasi sistem terbuka, dimana organisasi layanan kesehatan merupakan bagian dari lingkungan, sehingga ia berhubungan dan berinteraksi dengan lingkungannya. Sebagai suatu sistem terbuka ada ketergantungan dengan lingkungannya dan karena itu organisasi perlu beradaptasi terhadap lingkungan yang berubah agar dapat bertahan hidup dan berkembang. Untuk melakukan analisis sistem organisasi dan manajemen perlu dilakukan analisis sistem, sedangkan untuk menganalisis lingkungan organisasi perlu dilakukan analisis SWOT. Analisis sistem adalah suatu cara kerja dengan menggunakan fasilitas yang tersedia, melakukan pengumpulan berbagai masalah yang dihadapi oleh suatu sistem manajemen program kesehatan dan layanan kesehatan untuk kemudian dicarikan berbagai jalan keluar/pemecahan yang memungkinkan lengkap dengan uraiannya sehingga dapat menjadi masukan bagi pimpinan dalam pengambilan keputusan untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.

Analisis sistem dilakukan dengan cara merinci dan menganalisis masing-masing faktor atau komponen sistem manajemen program kesehatan dan layanan kesehatan yang terdiri atas tujuh komponen, yaitu:

input (masukan), proses (*process*), *output* (hasil antara/cakupan kegiatan program), *outcome* (hasil akhir), *impact* (manfaat dan dampak), lingkungan organisasi (*organization environment*), dan *feedback* (umpan balik).

Adapun uraian tujuh unsur sistem manajemen kesehatan tersebut menurut Sulaeman (2014) adalah sebagai berikut:

- 1) Masukan (*input*) yaitu bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem layanan kesehatan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Masukan berupa sumber-sumber daya yang diperlukan organisasi dan manajemen; dapat dikelompokkan atas sumber daya manusia (*human resource*) dan sumber daya non manusia (*non human resource*). Sumber daya non manusia terdiri atas sumber daya finansial (*financial resource*), sumber daya fisik (*physical resource*), serta sumber daya sistem dan teknologi (*system and technological resource*). Masukan sumber-sumber daya juga dapat dikelompokkan ke dalam *man* (ketenagaan), *money* (dana/biaya), *material* (bahan, sarana dan prasarana), *machine* (mesin atau peralatan/teknologi), *method* (metode), *market-marketing* (pasar-pemasaran), *minute/time* (waktu) dan *information* (informasi) dengan akronim 7 M + 1 I.

Pertama, ketenagaan : berupa sumber daya kesehatan, kader kesehatan, *stake holders* (pemangku kepentingan) dan sebagainya. *Kedua*, dana/biaya : berupa dana operasional dan program. *Ketiga*, Bahan, sarana dan prasarana : berupa obat, alat kesehatan, alat administrasi perkantoran, sarana sistem pencatatan dan pelaporan kegiatan program, sistem informasi manajemen, sarana promosi kesehatan, sarana transportasi, mebel, sarana komunikasi dan lain-lain. *Keempat*, mesin atau peralatan/teknologi) yaitu alat atau sarana untuk mengubah masukan menjadi keluaran berupa standar pelayanan, *standard operating procedure* (SOP) baik pelayanan kesehatan di dalam gedung maupun di luar gedung, teknologi layanan kesehatan, dan lain-lain. *Kelima*, metode yaitu cara atau pendekatan yang

dipergunakan untuk mengubah masukan menjadi keluaran, yakni berupa metode/cara pelaksanaan tugas, metode penggerakan dan pemberdayaan pegawai dan masyarakat seperti metode Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), metode survei cepat kepuasan pelanggan dan lain-lain.

Keenam, pasar dan pemasaran : Menurut Kotler (2010) pemasaran adalah suatu proses sosial dan manajerial dimana individu dan kelompok menghendaki adanya saling memenuhi apa yang diinginkan melalui penciptaan, penawaran, dan pertukaran nilai suatu produk layanan. Sementara itu dalam promosi kesehatan dikenal adanya pemasaran sosial (*social marketing*) yang pertama kali dikembangkan oleh Kotler dan Zaltman (1971) yang didefinisikan sebagai berikut : “*Social marketing is the design, implementation and control of programs calculated to influence the acceptability of social ideas and involving considerations of product planning, pricing, communication, distribution, and marketing research*” (pemasaran sosial adalah rancangan, implementasi dan pengendalian program yang dihitung untuk mempengaruhi penerimaan ide-ide sosial dan melibatkan pertimbangan-pertimbangan tentang perencanaan produk, penetapan harga, komunikasi, distribusi, dan penelitian pemasaran).

Sementara itu Andreasen (1994) berpendapat bahwa “*Social marketing is the adaptation of commercial marketing technologies to programs designed to influence the voluntary behavior of target audiences to improve their personal welfare and that of the society of which they are a part* (pemasaran sosial adalah penyesuaian teknologi pemasaran komersial pada program-program yang dirancang untuk mempengaruhi perilaku sukarela dari khalayak target guna meningkatkan kesejahteraan personal dan kesejahteraan masyarakat dimana mereka menjadi bagian darinya)”.

Penekanan pada pemasaran sosial pada perubahan perilaku memiliki keuntungan, yaitu: Pertama, pemasaran sosial berbeda

dengan pemasaran dengan komunikasi. Pemasaran dengan komunikasi menyediakan informasi (ide-ide) atau mengubah keyakinan yang cenderung menyamakan dengan periklanan, mengubah sikap tanpa menghasilkan perilaku yang diharapkan. Program kesehatan sebagian besar merupakan program pendidikan dan propaganda, hanya bermanfaat jika menghasilkan perubahan perilaku. Kedua, penekanan pada fanatisme pelanggan. Fokus kepada pelanggan mengarahkan pada penelitian formatif yang dirancang untuk memahami target audiens sebelum pengembangan program yang luas. Ketiga, menjamin memiliki kriteria evaluasi yang tepat untuk semua aktivitas. Bila tidak menekankan pada perubahan perilaku cenderung untuk mengevaluasi keberhasilan program dengan istilah-istilah non-perilaku seperti jumlah pesan yang disampaikan, ceramah yang diberikan atau keyakinan yang berubah, citra yang membaik. Keempat, memisahkan pemasaran sosial dengan tanggung jawab bidang-bidang yang memiliki kelebihan tertentu yang berbeda seperti pendidikan dan propaganda.

Pemasaran sosial di dunia kesehatan, mulai diperkenalkan dalam konferensi Alma Ata (1978). Melalui pengembangan program-program pendidikan kesehatan (*health education*), dibahas suatu pendekatan baru teknik pemasaran sebagai suatu langkah untuk pemecahan masalah, khususnya di tingkat layanan kesehatan primer.

Dengan menggunakan teknik pemasaran, kampanye kesehatan dapat dilaksanakan secara lebih efisien, karena dengan pendekatan teknik pemasaran, kebutuhan dan permintaan (*need and demand*) dari pasar yang akan dilayaninya dan “*cost and benefit*” layanan kesehatan dapat diperhitungkan, sehingga upaya-upaya kesehatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan kondisi pasar yang bersangkutan (*service oriented/customer oriented*), dan dengan pendekatan pemasaran sosial, pemasaran mempertimbangkan pula kepentingan masyarakat banyak.

commit to user

Menurut Kotler (2002 *cit.* Sulaeman, 2014) pemasaran mencakup tiga aktivitas yaitu : segmentasi pasar, penetapan pasar sasaran, dan penentuan posisi pasar. Segmentasi pasar adalah kelompok besar yang dapat diidentifikasi di dalam sebuah pasar. Variabel segmentasi pasar yang utama adalah geografis, demografis, psikografis, dan perilaku. Segmentasi geografis membagi segmen layanan kesehatan menjadi wilayah rukun tetangga (RT), rukun warga (RW)/dusun dan desa sebagai sasaran layanan kesehatan dan daerah binaan pemberdayaan bidang kesehatan seperti program Posyandu, Poskesdes-Desa Siaga, dan sebagainya. Segmentasi demografis meliputi usia, jenis kelamin, jumlah anak, pekerjaan, pendidikan, agama, status sosial (keluarga miskin/Gakin dan non Gakin). Segmentasi berdasarkan usia biasanya dikelompokkan berdasarkan siklus hidup yang dibagi atas wanita usia subur (WUS), pasangan usia subur (PUS), ibu hamil, ibu menyusui, bayi, anak balita sebagai sasaran program Kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana serta Kesehatan Reproduksi Remaja. Usia anak sekolah sebagai sasaran program kesehatan anak dan remaja (program usaha kesehatan sekolah). Usia kerja sebagai sasaran program usaha kesehatan kerja, serta usia lanjut sebagai sasaran program kesehatan usia lanjut. Segmentasi psikografis meliputi gaya hidup sehat dan sistem nilai. Sistem nilai adalah sistem kepercayaan yang melandasi sikap dan perilaku sasaran program kesehatan. Segmentasi perilaku menitik beratkan pada perilaku hidup bersih dan sehat.

Ketujuh, waktu: Dihubungkan dengan jangka waktu pelaksanaan kegiatan program serta efektivitas, efisiensi, produktivitas, dan kinerja pegawai dan organisasi layanan kesehatan; serta *Kedelapan*, informasi (termasuk data) : Berupa peraturan perundang-undangan, kebijakan, pedoman, petunjuk teknis, surat dinas dan data, dimana data dikumpulkan, kemudian diproses menjadi informasi.

commit to user

- 2) Proses transformasi/konversi (*transformation/conversion process*) :
Yaitu bagian atau elemen dari sistem yang berfungsi melakukan transformasi/ konversi yakni mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan dengan melaksanakan fungsi-fungsi manajemen dan layanan kesehatan yang ditunjang oleh pelaksanaan standar mutu, SOP serta sistem pencatatan dan pelaporan layanan kesehatan dan sistem informasi manajemen kesehatan (SIMKES). Indikator-indikator proses transformasi terdiri atas indikator- indikator kesehatan, indikator-indikator pelayanan kesehatan, dan indikator-indikator kontribusi sektor-sektor terkait.
- 3) Hasil antara (*output/cakupan program kesehatan*) yaitu hasil langsung dari proses transformasi/konversi berupa pencapaian cakupan. Indikator hasil antara terdiri atas tiga indikator pilar Indonesia Sehat yang mempengaruhi hasil akhir yaitu indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan, dengan tolok ukur Indonesia Sehat 2020 dan standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan.
- 4) Hasil akhir (*outcome*) yaitu hasil yang dicapai dari suatu program kesehatan berupa indikator-indikator keberhasilan suatu program yakni indikator-indikator *mortalitas* (kematian) yang dipengaruhi oleh indikator-indikator *morbiditas* (kesakitan) dan indikator-indikator status gizi.
- 5) Manfaat dan Dampak (*impact*) yaitu efek langsung atau tidak langsung atau konsekuensi yang diakibatkan dari pencapaian tujuan suatu program kesehatan berupa manfaat dan dampak dari program tersebut yakni *benefit cost*, kepuasan pelanggan dan masyarakat serta derajat kesehatan (angka harapan hidup/AHH).
- 6) Lingkungan organisasi (*organization environment*) yaitu bagian di luar sistem layanan kesehatan yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh terhadap sistem. Tipologi lingkungan dapat

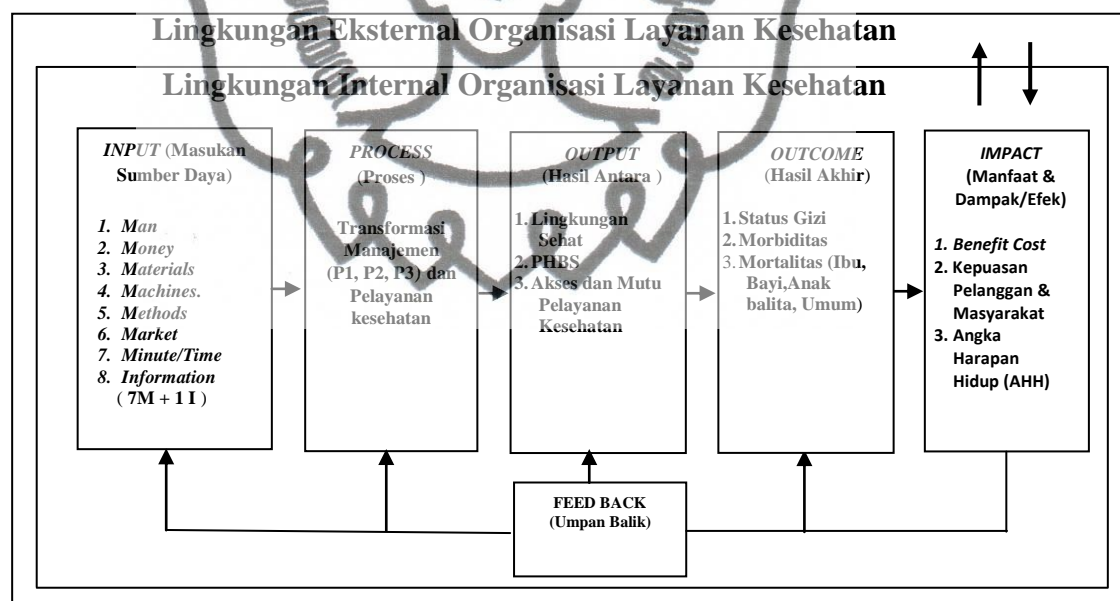
dibedakan atas : (a) lingkungan dalam (*internal environment*) atau lingkungan khusus (*specific environment*) atau lingkungan tugas (*task environment*) dan (b) lingkungan luar (*external environment*) atau lingkungan umum (*general environment*) atau lingkungan makro. Lingkungan tugas adalah bagian dari lingkungan yang relevan dan signifikan berpengaruh langsung (*direct action element*) terhadap organisasi layanan kesehatan. Lingkungan tugas ini spesifik untuk setiap organisasi dan berbeda-beda tergantung pada jenis kegiatan atau bidang yang dipilihnya, serta bisa berubah-ubah atau berganti-ganti sesuai dengan situasi dan kondisi. Lingkungan tugas meliputi tugas itu sendiri, sumber daya manusia, dan kelembagaan. Misalnya lingkungan tugas Puskesmas meliputi pemerintah daerah, dinas kesehatan kabupaten/kota, kecamatan, dinas instansi terkait tingkat kabupaten/kota dan kecamatan, pemerintahan desa/kelurahan, DPRD kabupaten/kota, peraturan daerah, IPTEK bidang kesehatan, *stakeholders*, pelanggan/klien, pemasok sumber daya, pesaing, media massa, organisasi profesi bidang kesehatan, lembaga swadaya masyarakat (LSM), organisasi sosial kemasyarakatan, dan lain-lain. Keunggulan suatu organisasi ditentukan oleh cara bagaimana sebuah organisasi mengelola dan memberdayakan lingkungan dalam organisasi.

Sedangkan lingkungan luar adalah keseluruhan elemen di luar organisasi yang mempunyai potensi baik langsung maupun tidak langsung (*indirect action element*) dan secara signifikan mempengaruhi aktivitas organisasi dan manajemen untuk menghasilkan barang dan/atau jasa layanan kesehatan. Lingkungan luar menurut David (2003) dibagi menjadi lima kategori yaitu : (a) kekuatan ekonomi, (b) kekuatan sosial, budaya, demografi, dan lingkungan, (c) kekuatan politik, pemerintahan, dan hukum, (d) kekuatan teknologi, dan (e) kekuatan persaingan.

commit to user

Ada tiga kegunaan lingkungan organisasi dan manajemen layanan kesehatan, yakni: (1) menambah *input* yang diperlukan untuk melaksanakan proses manajemen dan layanan kesehatan, (2) memperbesar *output* yakni hasil dari suatu sistem, untuk selanjutnya *output* ini dapat pula memperbesar *outcome* yakni hasil yang dicapai dari suatu program kesehatan berupa *mortalitas* (kematian), *morbiditas* (kesakitan) dan status gizi, dan (3) mendapat pengakuan terhadap sistem yang sedang berlangsung.

- 8) Umpan balik (*feed back*) yakni bagian atau elemen dari sistem berupa hasil antara, hasil akhir, kinerja pegawai dan organisasi serta informasi yang diterima dari lingkungan yang berfungsi sebagai masukan bagi sistem. Untuk lebih jelasnya alur sistem organisasi layanan kesehatan terbuka dapat dilihat pada Gambar 2.5 di bawah ini:



Gambar 2.5 Sistem Organisasi Layanan Kesehatan Terbuka

Sumber: Sulaeman, E.S. (2014). Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas. Edisi Revisi. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.

c. Sistem Pemberdayaan Penderita Stroke

Pemberdayaan pasien sebenarnya bukanlah hal yang baru, titik tolak pemberdayaan pada pasien adalah pemahaman diri, menyadari kekuatan dan kelemahan diri sebagai upaya menumbuhkembangkan keinginan untuk mengubah *commit to user* citra diri dari yang negatif menjadi lebih

positif. Menurut Lao (2002) pemberdayaan pasien adalah suatu upaya menjadikan pasien mampu bertanggungjawab dan mampu mengelola kesehatan dan gayahidupnya yang sehat. Menurut Coleman (2014) pemberdayaan pasien adalah pendekatan yang berpusat pada pasien sebagai penerima layanan perawatan untuk mengelola dan bekerjasama dalam rangka pencapaian tujuan terapi. Dapat disimpulkan bahwa pemberdayaan pasien adalah upaya membuat pasien bertanggungjawab terhadap dirinya didalam mengambil keputusan, bersikap, dan berperilaku positif untuk kesehatannya.

Konsep diri (*self esteem*) menurut Baumeister & Vonasch (2015) adalah keyakinan individu tentang dirinya, termasuk atribut seseorang dan siapa dan apa dirinya. Menurut Burns (1993) konsep diri adalah “hubungan antara sikap dan keyakinan tentang diri kita sendiri.” Menurut Brooks dan Philip (2005) mengatakan bahwa konsep diri adalah keseluruhan pandangan individu terhadap keadaan fisik, sosial, dan psikologis yang diperoleh dari pengalamannya berinteraksi dengan orang lain. Minchinton (2005) menjelaskan bahwa konsep diri (*self esteem*) merupakan penilaian seseorang terhadap dirinya sendiri. Konsep diri (*self esteem*) merupakan tolak ukur harga diri seorang individu berdasarkan pada kemampuan penerimaan diri dan perilaku dirinya sendiri. Konsep diri (*self esteem*) juga dapat diartikan sebagai sebuah rasa hormat dan menghargai diri sendiri atau apa yang seseorang rasakan mengenai dirinya berdasarkan pada keyakinan yang dirasakan seorang individu. Minchinton (2005) menjelaskan bahwa konsep diri (*self esteem*) bukan hanya sebuah sifat atau aspek tunggal saja, akan tetapi konsep diri (*self esteem*) tersebut merupakan suatu perpaduan dari berbagai macam sifat dan perilaku seorang individu. Tiga aspek dalam konsep diri (*self esteem*) menurut Minchinton (2005) yaitu perasaan terhadap diri, perasaan terhadap hidup, dan bagaimana hubungan individu dengan orang lain. Konsep diri (*self esteem*) penderita stroke biasanya kurang percaya diri, tidak mampu memenuhi kebutuhannya sehari-hari, tidak dapat

melanjutkan cita-cita dan harapannya.

Kondisi yang sering dialami oleh seseorang yang terserang stroke cukup beragam, seperti kelumpuhan, perubahan mental, gangguan daya pikir, kesadaran, konsentrasi, fungsi intelektual, gangguan komunikasi, gangguan emosional dan kehilangan indera perasa (Vakhnina *et al.*, 2009). Menurut McDonnell *et al.* (2011) stroke membawa pengaruh terhadap semua aspek kehidupan seseorang yang mengalaminya baik dari aspek personal, sosial, vokasional dan juga fisik. Terjadinya keadaan psikologis yang negatif pada penderita stroke tersebut disebabkan karena adanya perubahan pada *Activities of Daily Living (ADL)*, misalnya dalam urusan rumah tangga, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan mobilisasi, dan juga kelelahan (Van Den Port, 2012).

Target pemberdayaan penderita stroke dengan gangguan afasia motorik adalah peningkatan dalam pengungkapan dan pemahaman di mana keduanya dalam wujud percakapan atau bahasa, baik secara lisan maupun tulisan secara bersamaan untuk meningkatkan kualitas hidup sehari-hari. Tugas-tugas yang diberikan dalam pemberdayaan adalah dengan latihan bicara dan bahasa bermacam-macam (Berthier, 2005) seperti pemilihan gambar atau objek, pemberian nama pada objek, menggambarkan dan mengenali asosiasi antar materi, memudahkan mengungkapkan pendapat atau perasaan dan peningkatan keterampilan yang bersifat percakapan. Penderita pasca stroke juga diarahkan untuk menggunakan isyarat atau tanda-tanda yang lain dari komunikasi non verbal, termasuk di dalamnya cakupan yang lebih luas tentang media dan alat bantu komunikasi (Bakheit *et al.*, 2007).

Pemberdayaan penderita stroke dengan gangguan afasia motorik agar dapat memperoleh kembali bahasanya, maka ditempuh berbagai perlakuan (*treatment*), seperti rehabilitasi, training, dan terapi yang lain. *Treatment* dan prosedur *treatment* didefinisikan sebagai suatu hal yang perlu sebagai prasyarat jawaban bersifat percobaan. *Treatment* yang didasarkan pada prosedur pembiasaan, latihan dan target pencapaian

waktu pada umumnya tergambar dengan baik dan menjadi hal menarik serta dapat menjadi model bagi para perancang terapi bicara dan bahasa pada afasia agar lebih efektif, efisien dan manjur (Siguroardottir & Sighvatsson, 2006). Beberapa di antara perlakuan tersebut adalah terapi melalui *Speech Language Therapy* (SLT), *Melody Intonation Therapy* (MIT), *Semantic and Phonological Treatment*, *Word Treatment* (WT), *Constraint-Induced Aphasia Therapy* (CIAT) *Treatment* berupa terapi yang diberikan pada penderita gangguan komunikasi untuk memberikan kemampuan berkomunikasi baik secara lisan, tulisan maupun isyarat (Bakheit *et al.*, 2007).

6. Teori Komunikasi

Komunikasi adalah proses penyampaian dan penerimaan pesan dari seseorang yang dibagi kepada orang lain. Berkomunikasi berarti membantu menyampaikan pesan untuk kemudian diketahui dan dipahami bersama. Pesan dalam komunikasi digunakan dalam memilih dan pengambilan keputusan (Hargie dan Dixon, 2004).

Komunikasi bersifat fundamental dalam kehidupan sehari-hari karena kita tidak dapat hidup tanpa berkomunikasi. Berkomunikasi berarti menyampaikan suatu pesan dari sumber pesan (komunikator) kepada satu atau lebih penerima pesan (khalayak) dengan menggunakan seperangkat aturan atau cara tertentu. Pada tingkat yang paling sederhana, komunikasi memerlukan unsur pengirim pesan, pesan, penerima, dan media komunikasi. Namun, setiap peristiwa komunikasi yang kompleks, pengirim pesan juga berfungsi sebagai penerima pesan, dan pesan lain yang berbeda dikirim melalui media yang berbeda (Ganjar, 2009).

Hal ini berarti komunikasi adalah pusat dari fungsi kehidupan sehari-hari dan sangat penting dalam kehidupan manusia, seperti dijelaskan berikut dalam Hargie dan Dixon (2004) bahwa:

Communication is central to our everyday functioning and can be the very essence of the human condition. As so aptly put by Hybels and Weaver

(1998), *'To live is to communicate. To communicate is to enjoy life more fully'. Without the capacity for sophisticated channels for sharing our knowledge, both within and between generations, our advanced civilization would not exist* (komunikasi adalah pusat fungsi hidup sehari-hari dan bisa menjadi inti dari kondisi manusia. Seperti yang dilakukan oleh Hybels dan Weaver (1998), "Hidup adalah berkomunikasi. Mengomunikasikannya adalah menikmati hidup lebih berarti". Tanpa kemampuan komunikasi yang baik, untuk berbagi pengetahuan kita, baik di dalam maupun di antara generasi, maka peradaban maju kita tidak akan pernah ada).

Komunikasi bersifat sosial dalam masyarakat sehari-hari sering berlangsung secara verbal, berlangsung secara langsung yaitu melalui percakapan dan atau bahasa tertulis, tetapi komunikasi non verbal juga memainkan peran penting dalam komunikasi sehari-hari. Komunikasi non verbal meliputi, ekspresi muka, bahasa tubuh atau gerak-gerik, postur tubuh sampai kepada pakaian yang digunakan berkontribusi terhadap pesan yang diterima. Komunikasi berlangsung secara terus menerus dan berkesinambungan, sengaja atau tidak sengaja tentang berbagai hal, misalnya, mengutarakan persepsi, pendapat, perasaan, identitas diri kepada orang lain. Diam atau tidak melakukan apa-apa pun adalah komunikasi. Tidak tersenyum atau tertawa memiliki pesan yang sama pada saat tersenyum atau tertawa di waktu yang tepat karena setiap situasi pengalaman seseorang percaya pada suatu hal akan tetapi nada suara, ekspresi atau bahasa tubuh menunjukkan pada mereka percaya pada sesuatu yang lainnya.

Komunikasi mengikutsertakan hubungan antar manusia dan mengharuskan memiliki peserta komunikasi dan persamaan pemahaman. Persamaan bahasa dan gerak tubuh adalah sarana utama yang orang mempengaruhi orang lain. Dalam komunikasi antar pribadi, proses komunikasi yang berlangsung secara dinamis dan transaksional, demikian halnya komunikasi massa diperlukan untuk menyampaikan pesan kepada publik yang lebih luas untuk mencapai khalayak luas. Dalam

kondisi dinamika sosial lingkungan masyarakat yang beragam menuntut suatu kemampuan berkomunikasi yang beragam pula berdasarkan dinamika sosial lingkungan masyarakat yang terjadi. Misalnya, lingkungan masyarakat lingkup pemerintahan dalam pengambilan keputusan atau kebijakan menuntut peserta komunikasi untuk mengetahui dan memahami karakteristik lingkungan komunikasi politik tersebut. Demikian pula ragam dinamika sosial masyarakat lainnya, antara lain lingkup sosial dunia kesehatan seperti yang dibahas penjelasan berikut ini yaitu berhubungan dengan komunikasi kesehatan.

a. Komunikasi kesehatan

Komunikasi kesehatan secara umum didefinisikan sebagai segala aspek dari komunikasi antar manusia yang berhubungan dengan kesehatan. Komunikasi kesehatan secara khusus didefinisikan sebagai semua jenis komunikasi manusia yang isi pesannya berkaitan dengan kesehatan (Rogers, 1996). Definisi ini menjelaskan bahwa komunikasi kesehatan dibatasi pada pesan yang dikirim atau diterima, yaitu ragam pesan berkaitan dengan dunia kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Sebagaimana dikutip dalam (Roger, 1996) mengatakan bahwa komunikasi kesehatan adalah : *"health communication has been defined as referring to 'any type of human communication whose content is concerned with health'"* (Komunikasi kesehatan telah didefinisikan adalah sebagaimana mengacu pada semua jenis komunikasi manusia, yang isinya berkaitan dengan kesehatan).

Komunikasi kesehatan merupakan proses komunikasi yang melibatkan pesan kesehatan, unsur-unsur atau peserta komunikasi. Dalam komunikasi kesehatan berbagai peserta yang terlibat dalam proses kesehatan antarlain dokter, pasien, perawat, profesional kesehatan, atau orang lain. Pesan khusus dikirim dalam komunikasi kesehatan atau jumlah peserta yang terbatas dengan menggunakan konteks komunikasi antarpribadi sebaliknya menggunakan konteks komunikasi massa dalam rangka mempromosikan kesehatan kepada

masyarakat luas yang lebih baik, dan cara yang berbeda adalah upaya meningkatkan keterampilan kemampuan komunikasi kesehatan.

b. Komunikasi Penderita Stroke

Gangguan komunikasi yang dialami penderita stroke akan berpengaruh pada kualitas hidupnya. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Kariasa (2009) menunjukkan bahwa pasien pasca serangan stroke mengalami gangguan fisik dan fungsional tubuh yang bersifat jangka panjang dan menimbulkan gangguan respon psikologis yang mempengaruhi perubahan kualitas hidupnya.

Penderita stroke memerlukan bantuan orang lain khususnya keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dan juga membantu penderita untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Selain itu lingkungan keluarga juga merupakan tempat yang paling ideal untuk memberikan latihan atau menstimulasi kemampuan berbahasa penderita, karena stimulasi tersebut dapat dilakukan secara tidak formal, dan dapat bebas memilih waktu yang tepat, saat penderita dalam keadaan *mood* serta anggota keluarga cukup mengenal hal ihwal keadaan penderita (Kusumoputro & Sidiarto, 2009).

Komunikasi pada penderita stroke pada dasarnya diperlukan peningkatan kesabaran dan hubungan kepercayaan yang kuat agar terciptanya komunikasi yang efektif. Dalam artikel Borthwick (2012), "*Communication impairment in patients following stroke*" menjelaskan berbagai gangguan komunikasi yang dapat terjadi pada penderita pasca stroke dan intervensi yang dapat dilakukan untuk membantu penderita berkomunikasi sehingga kebutuhan penderita dapat terpenuhi. Dari artikel tersebut dapat dijadikan salah satu panduan keluarga untuk berkomunikasi pada penderita pasca stroke dengan gangguan afasia motorik.

7. Teori Belajar Behavior

Belajar adalah suatu proses yang kompleks yang terjadi pada diri

setiap orang sepanjang hidupnya. Proses belajar itu terjadi karena adanya interaksi antara seseorang dengan lingkungannya. Oleh karena itu belajar dapat terjadi kapan dan dimana saja. Salah satu pertanda bahwa seseorang itu telah belajar adalah adanya suatu perubahan tingkah laku pada diri orang itu yang mungkin disebabkan oleh terjadinya perubahan pada tingkat pengetahuan, keterampilan atau sikapnya. Teori belajar yang termasuk di dalam teori behavioristik antara lain: *connectionisme* (Thorndike) dan *classical conditioning* (Pavlov).

a. Connectionisme (Thorndike)

Teori *connectionisme* (hubungan) yang dibangun oleh Thorndike dari percobaannya diperoleh gambaran yang luas (kompleks) terhadap proses belajar pada manusia. *Connectionisme* dalam belajar akan melahirkan partisipasi aktif antara guru dengan siswa. Partisipasi aktif antara guru di dalam suatu pembelajaran, jika seorang guru mampu memberikan stimulus positif kepada siswanya, barulah stimulus (rangsangan) tersebut ditanggapi siswa dalam bentuk respon baik dalam bentuk bertanya, kemampuan menjawab soal atau bentuk-bentuk lain yang berhubungan dengan aktivitas belajar. Untuk mendapatkan partisipasi aktif dan positif ditengah suasana berlangsungnya proses pembelajaran, Thorndike mengaggas setidaknya harus ada tiga hukum mayor (Snelbecker, 1974) yaitu:

1) Hukum efek (*law of effect*)

Hukum efek (*law of effect*) penting dipahami oleh seorang tenaga pengajar (guru) di mana ketika seorang siswa mampu melakukan pekerjaannya atau aktivitas belajarnya dengan baik, maka guru tersebut harus memberikan penghargaan (*appreciation*) dalam bentuk pujian dan lain-lain. Hal ini dimaksudkan agar siswa lebih termotivasi lagi dalam belajarnya. *Law of Effect* artinya bahwa jika sebuah respons menghasilkan efek yang memuaskan, maka hubungan Stimulus-Respons akan semakin kuat. Sebaliknya, semakin tidak

commit to user

memuaskan efek yang dicapai respons, maka semakin lemah pula hubungan yang terjadi antara Stimulus-Respons.

2) Hukum latihan (*law of exercise*)

Hukum latihan (*law of exercise*) dimaksudkan untuk memberikan atau memantapkan skill, sebab menurut Thorndike, apabila hukum ini dilakukan dengan semakin banyak berlatih, maka semakin mahirlah seseorang dengan demikian secara otomatis maka skill (kemampuannya) akan tumbuh dengan baik. Demikian pula halnya dalam proses belajar seseorang, semakin banyak belajar maka akan semakin terasah kemandirian dan skillnya.

Law of Exercise artinya bahwa hubungan antara Stimulus dengan Respons akan semakin bertambah erat, jika sering dilatih dan akan semakin berkurang apabila jarang atau tidak dilatih. *Law of exercise* (hukum latihan) ialah generalisasi atas *law of use* (hukum penggunaan) dan *law of disuse* (hukum tidak digunakan). Menurut Hilgard dan Bower (1975), jika perilaku (perubahan hasil belajar) sering dilatih atau digunakan maka eksistensinya perilaku tersebut akan semakin kuat (*law of use*). Sebaliknya, jika perilaku tadi tidak sering dilatih atau tidak digunakan maka ia akan terlupakan atau akan menurun (*law of disuse*).

3) Hukum kesiap-siagaan (*law of rediness*)

Sementara hukum kesiap-siagaan (*law of readiness*) lebih ditujukan untuk mengetahui sampai sejauhmana kesiap-siagaan siswa untuk mampu menerima pelajaran dari guru, sehingga siswa mampu mengikuti tahap-tahap pelajaran yang akan disampaikan. Dengan pemahaman lain bahwa hukum kesiap-siagaan ditujukan untuk memberikan stimulasi yang tepat kepada siswa sehingga akan tercipta partisipasi aktif antara guru dan siswa. Dalam bentuk pemahaman yang lebih luas, bahwa hukum kesiap-siagaan (*law of rediness*). Ini juga dimaksudkan untuk mengetahui masa peka seorang siswa, dengan mengetahui masa peka siswa maka sesungguhnya guru akan

dapat memberikan stimulus yang tepat dan sesuai pula dengan pertumbuhan (fisik) dan perkembangannya (psikis). Namun kesulitannya terletak pada penentuan kapan suatu masa pekan seorang siswa dimulai.

Law of readiness artinya bahwa kesiapan mengacu pada asumsi bahwa kepuasan organisme itu berasal dari pendayagunaan satuan pengantar (*conduction unit*), dimana unit-unit ini menimbulkan kecenderungan yang mendorong organisme untuk berbuat atau tidak berbuat sesuatu.

Dari beberapa definisi tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa belajar merupakan suatu proses perubahan yang dialami seseorang yang dapat menimbulkan perubahan dalam pengetahuan. Sikap dari tingkah laku yang baru sebagai hasil dari pengalaman dan latihan. Jadi tujuan adalah untuk mendapatkan perubahan yang berbentuk kecakapan, kebiasaan, sikap pengertian, pengetahuan. Sedangkan Stimulus Response Learning (Belajar Stimulus Respon) adalah suatu proses belajar dengan menekankan pada suatu stimulus (rangsangan) dan respon (tanggapan) atau proses belajar dengan *trial and error* (mencoba atau pengulangan). Maksud dari teori ini adalah suatu interaksi antara Stimulus dan Respon. Stimulus adalah hal-hal yang merangsang terjadinya kegiatan belajar, seperti pikiran, perasaan dan lain-lain yang dapat ditangkap melalui alat indera. Sedangkan Respon adalah reaksi yang dimunculkan oleh seseorang ketika belajar, yang berupa gerakan, tindakan dan lain-lain. Pola belajar *stimulus response learning* merupakan salah satu pola belajar menurut Robert M Gagne (1916-2002), yang mana Stimulus Respons itu sendiri adalah suatu teori belajar yang dikemukakan oleh Edward Lee Thorndike (1874-1949) yang dinamai teori Koneksionisme. Dan Thorndike adalah merupakan salah satu tokoh teori belajar Behavioristik. Belajar tipe ini memberikan respon yang tepat terhadap stimulus yang diberikan. Reaksi yang tepat diberikan penguatan (*reinforcement*) sehingga

terbentuk perilaku tertentu (*shaping*). Contohnya yaitu seorang guru memberikan suatu bentuk pertanyaan atau gambaran tentang sesuatu yang kemudian ditanggapi oleh muridnya. Guru memberi pertanyaan kemudian murid menjawab. Prinsip pertama teori koneksionisme adalah belajar suatu kegiatan membentuk asosiasi (*connection*) antara kesan panca indera dengan kecenderungan bertindak. Menurut Thorndike, belajar merupakan peristiwa terbentuknya asosiasi-asosiasi antara peristiwa-peristiwa yang disebut stimulus (S) dengan respon (R). Stimulus (S) adalah suatu perubahan dari lingkungan eksternal yang menjadi tanda untuk mengaktifkan organisme untuk beraksi atau berbuat sedangkan respon (R) adalah sembarang tingkah laku yang dimunculkan karena adanya perangsang.

b. *Classical conditioning* (Pavlov)

Teori *classical conditioning* (teori pembiasaan klasik) yang merupakan bagian dari teori Behaviorisme mengatakan bahwa peniruan sangat penting dalam mempelajari bahasa. Teori ini juga mengatakan bahwa mempelajari bahasa berhubungan dengan pembentukan hubungan antara kegiatan stimulus-respon (S-R) dengan proses penguatannya. Proses penguatan ini diperkuat oleh suatu situasi yang dikondisikan, yang dilakukan secara berulang-ulang. Ketika responnya benar, maka seseorang akan mendapat penguatan dari orang-orang di sekitarnya. Saat proses ini terjadi berulang-ulang, lama kelamaan seseorang akan menguasai percakapan.

Teori *classical conditioning* atau pengkondisian klasik dari Ivan Pavlov merupakan perkembangan lebih lanjut dari teori koneksionisme. Pavlov melakukan percobaan dengan seekor anjing. Dalam percobaannya, Pavlov ingin membentuk tingkah laku tertentu pada anjing. Bentuk percobaan yang dilakukan sebagai berikut: dalam keadaan lapar, sebelum diberikan makanan dibunyikan lonceng, diperlihatkan makanan, dan air liur anjing keluar. Keadaan ini terus menerus diulang (pembiasaan), bunyikan lonceng, perlihatkan makanan, air liur anjing keluar. Setelah

beberapa kali dilakukan ternyata pada akhirnya setiap lonceng dibunyikan air liur anjing keluar walaupun tanpa diberikan makanan. Dalam keadaan ini, anjing belajar bahwa kalau lonceng berbunyi mengira ada makanan sehingga menyebabkan air liurnya keluar.

Berdasarkan eksperimen ini, Pavlov menarik kesimpulan bahwa untuk membentuk tingkah laku tertentu harus dilakukan secara berulang-ulang (pembiasaan) dengan melakukan pengkondisian tertentu. Pengkondisian itu adalah dengan melakukan semacam pancingan dengan sesuatu yang dapat menumbuhkan tingkah laku itu. Belajar menurut Pavlov merupakan suatu upaya untuk mengkondisikan pembentukan suatu perilaku atau respon terhadap sesuatu. Dalam hal ini Pavlov mengemukakan hukum belajar sebagai berikut.

1) *Law of respondent conditioning* (hukum pembiasaan yang dituntut).

Jika dua macam stimulus dihadirkan secara serentak dengan salah satunya berfungsi sebagai *reinforce* (penguat), maka refleks dan stimulus lainnya akan meningkat. Atau jika timbulnya perilaku diiringi dengan stimulus penguat, maka kekuatan perilaku tersebut akan meningkat.

2) *Law of respondent extinction* (hukum pemusnahan yang dituntut).

Law of respondent extinction yakni hukum pemusnahan yang dituntut. Jika refleks yang sudah diperkuat melalui *respondent conditioning* itu didatangkan kembali tanpa menghadirkan *reinforcer* (penguat), maka kekuatannya akan menurun.

8. Teori Psikoneuroimunologi

Pengertian psikoneuroimunologi (PNI) adalah suatu cabang ilmu kedokteran yang mengkaji interaksi antara faktor stres psikologis yang mempengaruhi respon imun, pengaruh stres psikologis terhadap perubahan respons imun serta manifestasi berbagai penyakit yang diperantarai oleh sistem imun (Alfano *et al.*, 2008). PNI adalah cabang ilmu kedokteran yang mengkaji interaksi antara faktor psikologis, sistem saraf dan sistem imun

melalui modulasi sistem endokrin (Stephoe *et al.*, 2005).

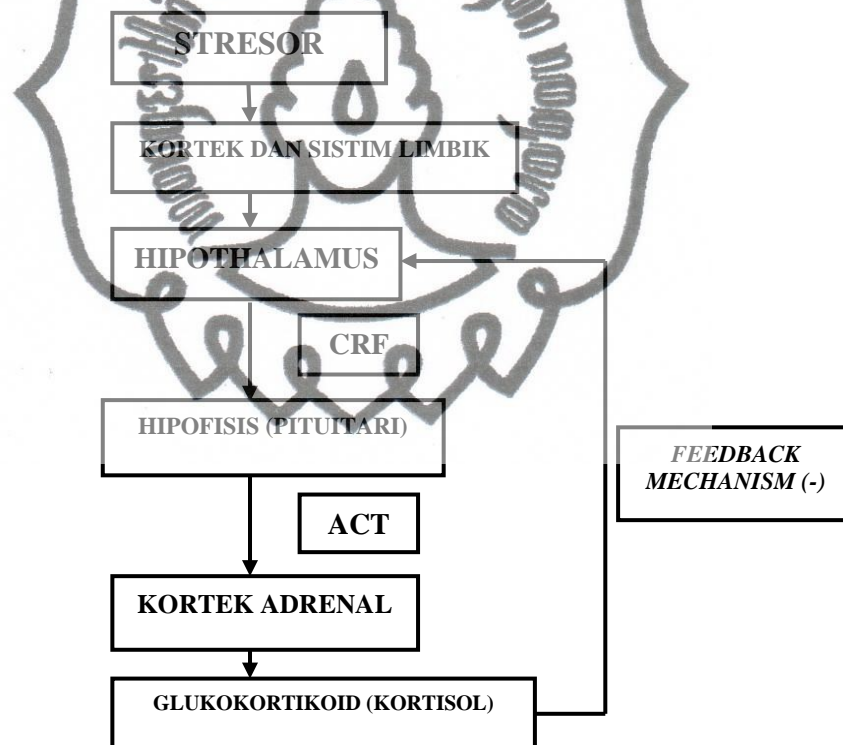
PNI adalah sebuah bidang penyelidikan yang memeriksa hubungan antara stres, sistem imun dan kesehatan (Putra, 2014). Stres mungkin mengurangi sebuah kemampuan meniru dan efek negatif respons neuroendokrin dan pada akhirnya kegagalan fungsi imun. Peristiwa trauma mungkin merusak hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA) aksis dan sistem saraf simpatis (SNS), merangsang tingkat stres yang lebih tinggi dan sakit yang mengancam nyawa termasuk penyakit stroke. Secara spesifik, peristiwa trauma kehidupan memicu sistem respons inflamasi, jadi mereaksi lebih cepat stress kehidupan berikutnya dan meningkatkan inflamasi sebuah peran etiologi dalam banyak penyakit kronis termasuk penderita pasca stroke. Menghafal Al Quran menjadikan jiwa tenang, sehingga akan berpengaruh pada fungsi limbik dalam otak manusia.

Sistem limbik merupakan bagian otak yang berkaitan dengan emosi dan instink. Dalam struktur hirarki otak sistem limbik berada di tengah, antara diensefalon (batang otak) dengan cerebrum. Sistem limbik mempunyai fungsi pengendali emosi, perilaku instinktif, *drives*, motivasi dan perasaan. Baik korteks cerebri maupun sistem limbik, keduanya mempunyai akses ke area motorik batang otak, sehingga memungkinkan manusia belajar beradaptasi dan mengontrol perilaku instinktif mereka. Hipotalamus Pituitari pituitari atau hipofisis, dan kelenjar adrenal (korteks adrenal).

Berdasarkan pendekatan *psychoneuroimmunology* dapat dijelaskan bahwa keadaan Adrenal (HPA Aksis) adalah poros yang merupakan jalur antara hipotalamus, kelenjar stres atau depresi yang dialami penderita stroke akan memodulasi sistem imun melalui jalur jalur HPA (*Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical*) axis dan sistem limbik (yang mengatur emosi dan *learning proses*). Kondisi stres tersebut akan menstimulasi *hypothalamus* untuk melepaskan neuropeptida yang akan mengaktifasi ANS (*Autonomic Nerve System*) dan *hypofise* untuk mengeluarkan *kortikosteroid* dan

katekolamin yang merupakan hormon-hormon yang bereaksi terhadap kondisi stres.

HPA aksis memegang peranan penting dalam beradaptasi terhadap stres baik stres eksternal maupun internal. Ketika berespon terhadap ketakutan, marah, cemas, dan hal-hal yang tidak menyenangkan, bahkan juga terhadap harapan, dapat menyebabkan peningkatan aktivitas HPA Aksis. Stres dapat memicu aktivasi HPA aksis. Aktivasi HPA aksis dapat meningkatkan sekresi hormon kortisol yang diproduksi oleh korteks adrenal, dengan kata lain stres dapat meningkatkan produksi hormon kortisol oleh korteks adrenal (Boonen *et al.*, 2013).



Gambar 2.6 Mekanisme Pengaturan Sekresi Kortisol.

Sumber: Guyton, Textbook of Medical Physiology, Philadelphia W.B. Sanders Co. (1996)

Otak manusia akan merespon stresor psikososial melalui jalur HPA aksis (Boyle, 1998). Stres yang dialami penderita stroke dapat menyebabkan aktivasi HPA aksis sehingga memicu sekresi hormon kortisol (Adwin, 2007). Nevid *et al.* (2003) mengatakan bahwa stres mempunyai efek

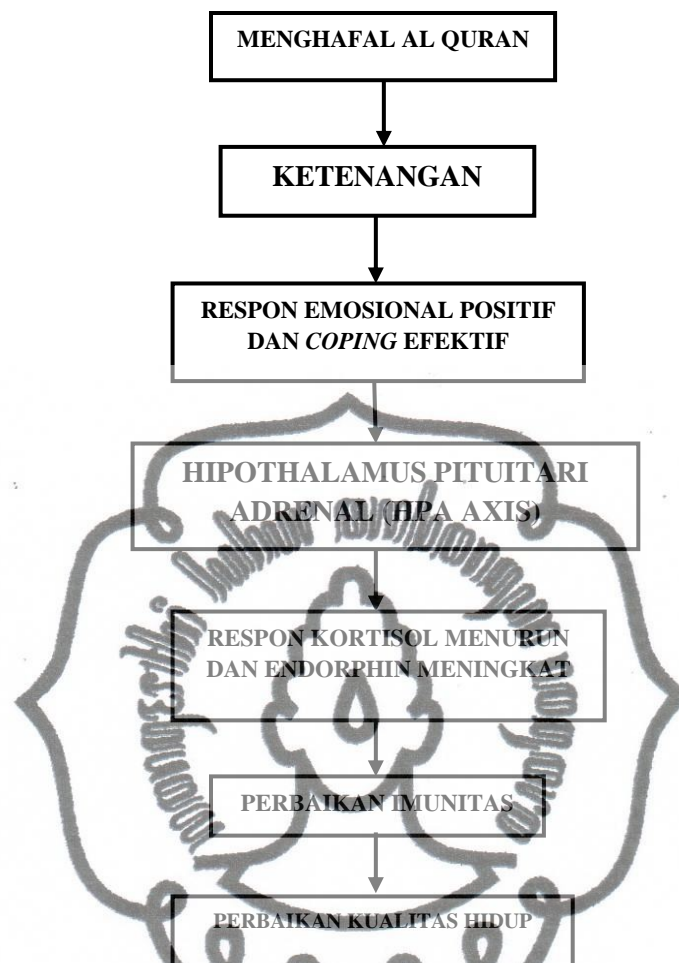
domino dalam sistem endokrin yaitu sebuah sistem tubuh yang berupa kelenjar yang memproduksi dan melepaskan sekresi yang disebut dengan hormon langsung ke kelenjar darah atau kelenjar lain seperti kelenjar ludah yang memproduksi air liur.

Sholeh (2012) mengatakan bahwa stres dapat meningkatkan produksi hormon kortisol. Semakin tinggi stres yang dialami oleh individu, maka semakin tinggi pula sekresi hormon kortisol. Perubahan fisiologis termasuk sekresi hormon kortisol terjadi akibat aktivasi dua sistem neuendokrin yang dikendalikan oleh hipotalamus yaitu sistem simpatik dan kortek adrenal (Atkinson *et al.*, 2010). Hipotalamus mengantarkan impuls saraf ke nukleus-nukleus di batang otak yang dapat mengendalikan fungsi saraf otonomik. Cabang simpatis dari sistem saraf otonomik menstimulasi medula adrenal untuk melepaskan hormon *epineprin* (adrenal) dan *nonepineprin* di dalam pembuluh darah. Fungsi kedua dari hipotalamus adalah mengirim sinyal ke kelenjar hipofisis untuk menskresikan hormon *adrenokortikotropik (ACTH)*. *ACTH* menstimulasikan korteks adrenal yang menyebabkan pelepasan sejumlah hormon, termasuk di dalamnya hormon kortisol (Aghamohamadi *et al.*, 2014).

Boonen *et al.* (2013) dalam penelitiannya mengatakan bahwa hormon glukokortikoid (kortisol) berfungsi untuk melawan efek kerusakan jaringan akibat adanya stress, baik stress fisik maupun stress mental (neurogenik). Efek glukokortikoid diantaranya adalah: (a) Menurunkan pemakaian glukosa oleh sel, (b) Merangsang proses glukoneogenesis di hati, (c) Meningkatkan konsentrasi glukosa darah dan diabetes adrenal, (d) Meningkatkan asam amino darah, (e) Meningkatkan protein hati dan plasma protein.

Sekresi kortisol hampir seluruhnya diatur oleh hormon adrenokortikotropin (ACTH) yang disekresi oleh kelenjar hipofisis anterior, sementara ACTH diatur oleh *corticotropic releasing factor (CRF)* dari hipotalamus. Kortisol mempunyai efek umpan balik negatif yang sifatnya langsung terhadap hipotalamus untuk menurunkan CRF, dan

kelenjar hipofisis anterior untuk menurunkan ACTH. Namun jika stressor terus-menerus ada, maka mekanisme umpan balik ini tidak akan mampu lagi menekan sekresi CRF maupun ACTH sehingga aktivitas pada HPA Aksis ini akan meningkat terus. Bila peningkatan aktivitas ini terus terjadi sehingga produksi kortisol terus meningkat, dapat merusak sel-sel neuron di hipotalamus sehingga terjadi atrofi hipotalamus, dan akibatnya bisa muncul gangguan kognitif, seperti pada penderita depresi. Dan bahkan kortisol yang meningkat terus diduga kuat dapat mempengaruhi kekebalan tubuh dengan menurunkan respon *T-cell* (Aghamohamadi *et al.*, 2014; Boonen *et al.*, 2013). Penurunan sel *T-helper* menyebabkan demam, sebaliknya penurunan sel-B dalam memproduksi *antibody*. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa apabila sekresi kortisol menurun, produksi respon imunologik meningkat (Abbaj *et al.*, 1994). Berikut ini menggambarkan rangkaian proses menghafal Al Quran terhadap perbaikan sistim imun:



Gambar 2.7 Mekanisme Psikoneuroimunologi Menghafal Al Quran
Sumber: Sholeh, 2013.

Menghafal Al Quran yang dilakukan berulang-ulang, kontinyu dan ikhlas dapat menumbuhkan respon emosional berupa persepsi dan motivasi positif dan mengefektifkan *coping* (pengendalian emosi), serta dapat beradaptasi terhadap pola perubahan irama sirkadian. Dengan demikian, menghafal Al Quran selain bernilai ibadah juga syarat dengan muatan psikologis yang dapat mempengaruhi kontrol kognisi dengan cara memperbaiki persepsi dan motivasi positif, serta *coping* (pengendalian emosi) yang efektif. Dan sebagaimana diketahui, emosional positif dapat menghindarkan reaksi stres.

Nevid *et al.* (2003) dalam bukunya menyatakan bahwa *coping stress* adalah menghadapi masalah dan kemampuan mengatasi stress. Dadang

Hawari (2013) seorang pakar kedokteran jiwa dalam bukunya menyatakan bahwa *coping stress* merupakan pemulihan kembali dari pengaruh pengalaman stress atau reaksi fisik dan psikis, yang berupa perasaan tidak enak, tidak nyaman atau tertekan yang sedang dihadapi. Jadi *coping* merupakan suatu usaha dalam bentuk apapun yang dilakukan oleh seseorang dalam menghadapi dan menanggulangi suatu permasalahan dengan tujuan kesejahteraan dan rasa aman yang diinginkan, atau setidaknya berusaha untuk melakukan sesuatu dengan tujuan agar dapat beradaptasi diri dengan permasalahan tersebut sehingga dapat mengurangi atau meminimalisir kejadian atau keadaan yang penuh tekanan tersebut.

9. Neurolinguistik

Neurolinguistik adalah salah satu bidang kajian interdisipliner dalam ilmu linguistik dan ilmu kedokteran yang mengkaji hubungan antara otak manusia dengan bahasa (wikipedia). Neurolinguistik merupakan kajian yang berupaya memahami kerja otak untuk memproses kegiatan berbahasa sebagaimana psikolinguistik, hanya saja fokusnya berbeda. Jika psikolinguistik fokus pada perolehan bahasa serta mencoba memahami perspektif proses komprehensif dan/atau produksi bahasa yang terjadi di otak manusia, sedang neurolistik berfokus pada upaya untuk membuat suatu model neural program yang merupakan rekonstruksi kerja otak dalam memproses kegiatan bicara, mendengar, membaca, menulis dan berbahasa isyarat. Neurolinguistik lebih berkecimpung dalam memahami kesulitan berbahasa atau gangguan berbahasa, yang mencakup kegiatan berbicara, mendengar, membaca, menulis dan berbahasa isyarat yang mengganggu kemampuan berkomunikasi.

Neurolinguistik adalah satu sains baru sebagai kerjasama diantara neurologi yaitu ilmu kedokteran yang mengkaji system syaraf dan penyakit-penyakitnya, sedang linguistik adalah ilmu yang mengkaji bahasa secara alamiah. Kerjasama ini muncul karena ternyata penyakit bertutur adalah termasuk bidang kajian neurologi dan juga linguistik. Jadi neurolinguistik,

sebagai sains baru, mengkaji struktur dalam bahasa dan ucapan dan mekanisme sereberum (struktur otak) yang mendasarinya (Simanjuntak, 1990).

Kushartanti *et al.* (2007) menyatakan kajian neurolinguistik juga merupakan kajian yang berupaya memahami kerja otak untuk memproses kegiatan berbahasa sebagaimana psikolinguistik hanya saja fokusnya berbeda. Jika psikolinguistik fokus pada pemerolehan bahasa anak serta mencoba memahami perspektif proses komprehensi dan/atau produksi bahasa yang terjadi di otak manusia, sedang neurolinguistik berfokus pada upaya untuk membuat sebuah model neural program yang merupakan rekonstruksi kerja otak dalam memproses kegiatan bicara, mendengar, membaca, menulis, dan berbahasa isyarat. Neurolinguistik lebih berkecimpung dalam memahami kesulitan berbahasa atau gangguan berbahasa, yang mencakup kegiatan berbicara, mendengar, membaca, menulis, dan berbahasa isyarat yang mengganggu kemampuan berkomunikasi. Termasuk dalamnya gangguan berbahasa karena bisu dan tuli sejak lahir.

Para ahli neurolinguistik seperti Wernicke, Broca, Chomsky dan lain sebagainya percaya bahwa pusat bahasa manusia terletak di hemisfer kiri. Hal ini didasarkan oleh penelitian yang pernah dilakukan oleh Wernicke dan Broca pada tahun 1800-an yang menemukan lesi (kerusakan) pada bagian otak sebelah kiri (bagian lobus frontal dan temporal) pada pasiennya masing-masing. Hasil otopsi itu hingga kini kita kenal dengan penyakit bernama afasia Broca dan afasia Wernicke (Sastra, 2007).

Simanjuntak (1990) mengelaborasi dua teori tentang bahasa dan otak yang diambil dari dua tokoh utama bidang psikolinguistik dan neurolinguistik. Teori yang pertama adalah dari Wernicke yang terungkap pada akhir abad ke-19. Teori Wernicke telah terbukti sebagai satu teori yang paling baik yang telah berhasil menerangkan hakikat pusat bahasa di belahan kiri otak (N. Geschwind *et al.*, 1981).

10. Stroke

a. Pengertian Stroke

Menurut WHO, stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan oleh yang lain (*cit.* Iskandar, 2009). Sedang menurut Wilson *et al.* (2002) stroke atau *Cerebro Vascular Accident* (CVA) merupakan gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah menuju otak.

Secara medis stroke adalah sindrome klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa gangguan neurologis fokal maupun global yang berlangsung 24 jam atau lebih yang dapat menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan gangguan peredaran darah otak non traumatik, kebanyakan (80 %) disebabkan oleh *infark* otak baik karena emboli, *aterotrombotik* atau *lakuner* (oklusi arteri perforans kecil), pendarahan *intracerebral* (15 %), dan pendarahan *subarachnoid* (5 %), serta penyebab lain yang menimbulkan *infark* atau pendarahan (Bethesda Stroke Center, 2012).

Kemudian menurut Forum Studi Bobath (2009) stroke adalah gangguan potensial yang fatal pada suplai darah bagian otak. Tidak ada satupun bagian tubuh manusia yang dapat bertahan bila terdapat gangguan suplai darah dalam waktu relatif lama sebab darah sangat dibutuhkan dalam kehidupan terutama oksigen. Penyempitan atau pecahnya pembuluh darah yang menyebabkan pasokan darah ke otak. Berdasarkan definisi-definisi stroke yang tersebut di atas disimpulkan bahwa stroke merupakan gangguan fungsi otak yang menyebabkan terjadinya gangguan neurologik akibat suplai darah ke otak tidak terpenuhi. Hal ini mengakibatkan kebutuhan oksigen dan nutrisi lainnya tidak terpenuhi dalam otak.

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik maupun stroke hemoragik/perdarahan. Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerosis (penumpukan kolesterol pada dinding

pembuluh darah) atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Hampir sebagian besar pasien atau sebesar 83% mengalami stroke iskemik (Yastroki, 2007). Stroke hemoragik adalah jika suatu pembuluh darah di otak pecah sehingga timbul iskemia di otak dan hipoksia disebelah hilir (Elizabeth, 2000). Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa stroke hemoragik adalah keadaan penyakit yang diakibatkan oleh karena adanya gangguan pada pembuluh darah serebral yang diakibatkan adanya perdarahan serebral dapat menimbulkan kematian.

Stroke merupakan penyakit yang menyebabkan disabilitas pada penderitanya (Donnell *et al.*, 2011; Edmans, 2010). Salah satu gangguan yang terjadi pada penderita stroke adalah gangguan kognitif. Beberapa penelitian menjelaskan lokasi lesi yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan kognitif pada pasien pasca stroke adalah: (1) *paramedian thalamus* yang menyebabkan gangguan memori, pemrosesan keruangan, kepribadian dan bahasa, (2) *inferomedial temporal cortex* yang menyebabkan gangguan memori verbal dan visual verbal, (3) *dominant angular gyrus* yang menyebabkan gangguan memori, bahasa dan afek, (4) *parieto-temporal association cortex di teritori arteri cerebral tengah* yang menyebabkan gangguan atensi dan perilaku abnormal, (5) *lobus frontalis* yang menyebabkan deficit memori dan inisiatif (Stein, 2009).

b. Etiologi stroke

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan stroke diantaranya sebagai berikut (Black & Hawks, 2009) :

- 1) Trombosis (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher). Trombus dimulai bersamaan dengan kerusakan dinding pembuluh darah endotel. Aterosklerosis adalah pencetus utamanya. Trombus dapat terjadi di mana saja di sepanjang arteri karotis dan cabang-

cabangnya. Trombosis merupakan penyebab stroke yang paling utama, kurang lebih sekitar 60% dari kejadian stroke.

- 2) Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian organ tubuh yang lain). Mayoritas emboli berasal dari lapisan endokardium jantung, dimana plak keluar dari endokardium dan masuk ke sirkulasi. Embolisme serebral merupakan penyebab kedua stroke, kurang lebih sekitar 24% dari kejadian stroke.
- 3) Hemoragik serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Hipertensi adalah penyebab utama perdarahan intraserebral. Prognosis pasien dengan perdarahan intraserebral buruk, 50% kematian terjadi dalam 48 jam pertama. Tingkat kematian akibat perdarahan intraserebral berkisar antara 40% - 80%.
- 4) Penyebab lain contohnya spasme arteri serebral karena iritasi, mengurangi perfusi ke area otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang mengalami konstiksi tersebut; status hiperkoagulasi dapat mengakibatkan terjadinya trombosis dan stroke iskemik, kompresi pembuluh darah serebral yang diakibatkan dari tumor, bekuan darah yang besar ukurannya, atau abses otak, tapi penyebab ini umumnya jarang terjadi.

c. Klasifikasi stroke

Stroke dapat dibagi dalam 2 (dua) kelompok besar yaitu :

1) Stroke iskemik

Sekitar 80 - 85 persen stroke adalah stroke iskemik, yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di salah satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Berdasarkan penyebabnya menurut Hickey (1997) terdapat lima subtype dasar pada stroke iskemik yaitu:

a) Stroke lakunar

Infark lakunar terjadi karena penyakit arteri kecil hipertensi dan menyebabkan sindrom *commit to user* stroke yang biasanya muncul dalam

beberapa jam atau kadang-kadang lebih lama dengan angka kejadiannya sekitar 25%. Infark lakunar merupakan infark yang terjadi pasca oklusi aterotrombotik. Trombosis yang terjadi dalam pembuluh ini menyebabkan daerah infark yang kecil dan lunak yang disebut dengan lakuna. Perubahan yang terjadi pada pembuluh-pembuluh ini disebabkan oleh disfungsi endotel karena penyakit hipertensi persisten.

b) Trombosis arteri besar atau penyakit aterosklerotik

Stroke jenis ini berkaitan dengan lesi aterosklerotik yang menyebabkan penyempitan atau stenosis di arteria karotis interna dengan angka kejadiannya sekitar 20%. Trombosis pembuluh darah otak cenderung memiliki awitan yang bertahap, bahkan berkembang dalam beberapa hari dan dikenal dengan istilah *stroke in evolution*. Pelannya aliran darah pada arteri yang mengalami trombosis parsial mengakibatkan defisit perfusi dan menyebabkan reduksi mendadak curah jantung atau tekanan darah sistemik.

c) Stroke emboli kardiogenik

Stroke yang terjadi akibat embolus dapat menimbulkan defisit neurologik mendadak dengan efek maksimum sejak awitan penyakit dengan angka kejadiannya sekitar 20%. Biasanya serangan terjadi saat penderita beraktivitas. Trombus embolik ini sering tersangkut di pembuluh darah yang mengalami stenosis. Penyebab terseringnya adalah atrium fibrilasi.

d) Stroke kriptogenik

Sebagian pasien mengalami oklusi mendadak pembuluh intrakranium besar tanpa penyebab yang jelas dengan angka kejadiannya sekitar 30%. Kelainan ini disebut stroke kriptogenik karena sumbernya tersembunyi.

e) Stroke karena penyebab lain

Beberapa penyebab lain stroke yang lebih jarang dengan angka kejadiannya sekitar 5% adalah displasia fibromuskular dan arteritis

temporalis. Displasia fibromuskular terjadi di arteria servikalis. Pada pemeriksaan dopler, tampak banyak lesi seperti sosis di arteri, dengan penyempitan stenotik berselang-seling dengan bagian-bagian yang mengalami dilatasi. Arteritis temporalis terutama menyerang lanjut usia dimana arteri karotis eksterna dan terutama arteria temporalis mengalami peradangan granulomatosa dengan sel-sel raksasa.

2) Stroke hemoragik

Terjadi sekitar 15% – 20% dari semua jenis stroke, dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Tipe-tipe perdarahan yang mendasari stroke hemoragik adalah :

a) Perdarahan intraserebral

Perdarahan intraserebral paling sering terjadi akibat cedera vaskular yang dipicu oleh hipertensi dan ruptur salah satu dari banyak arteri yang menembus ke dalam jaringan otak. Perdarahan menyebabkan elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar menekan neuron-neuron di daerah yang terkena dan sekitarnya. Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60cc maka risiko kematian sebesar 71% – 93%. Sedangkan bila volume perdarahan antara 30cc – 60cc, kemungkinan kematian sebesar 75% dan apabila perdarahan hanya 5cc namun terletak di pons, maka akibatnya sangat fatal (Misbach, 1999).

b) Perdarahan subaraknoid

Perdarahan subaraknoid relatif kecil jumlahnya kurang dari 0,01% dari populasi USA, sedangkan di ASEAN 4% hospital based dan di Indonesia 4,2% hospital based (Misbach, 1999). Gejala perdarahan yang timbul sangat khas disertai dengan keluhan nyeri kepala hebat

pada saat onset penyakit. Stroke jenis ini dapat menyebabkan kematian pada 12,5% kasus (Kassel *et al.*, 1990 *cit.* Misbach, 1999).

d. Faktor terjadinya stroke

Penggolongan faktor risiko stroke didasarkan pada dapat atau tidaknya risiko tersebut ditanggulangi atau diubah.

- 1) Faktor risiko yang tidak dapat diubah oleh Roger, V. *et al.* (2017) dalam “*Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association*”.

a) Usia

Kemunduran sistem pembuluh darah meningkat seiring dengan bertambahnya usia hingga makin bertambah usia makin tinggi kemungkinan mendapat stroke. Dalam statistik, faktor ini menjadi 2 kali lipat pasca usia ≥ 55 tahun.

b) Jenis kelamin

Stroke diketahui lebih banyak diderita laki-laki dibanding perempuan. Kecuali umur 35–44 tahun dan diatas 85 tahun, lebih banyak diderita perempuan. Hal ini diperkirakan karena pemakaian obat kontrasepsi oral dan usia harapan hidup perempuan yang lebih tinggi dibanding laki-laki. Perempuan Indonesia mempunyai usia harapan hidup tiga sampai empat tahun lebih tinggi dari usia harapan hidup laki-laki.

Rata-rata penduduk Afrika-Amerika dan Hispanic-Amerika berpotensi stroke lebih tinggi dibanding Eropa-Amerika. Pada penelitian penyakit arteriosklerosis terlihat bahwa penduduk kulit hitam mendapat serangan stroke 38% lebih tinggi dibanding kulit putih.

c) Faktor keturunan

Adanya riwayat stroke pada orang tua, meningkatkan faktor risiko terjadinya stroke. Hal ini diperkirakan melalui beberapa mekanisme antara lain faktor genetik, faktor kultur atau lingkungan dan *life style* (gaya hidup), interaksi antara faktor genetik dan lingkungan.

2) Faktor risiko yang dapat diubah

Stroke pada prinsipnya dapat dicegah. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa 50% kematian akibat stroke pada pasien yang berusia di bawah 70 tahun dapat dicegah dengan menerapkan pengetahuan yang ada (Black & Hawks, 2009).

a) Hipertensi

Makin tinggi tekanan darah, makin tinggi kemungkinan terjadinya stroke, baik perdarahan maupun iskemik. Faktor risiko stroke terbanyak adalah hipertensi dengan 71% dari 3723 kasus (Misbach, 1999). Pengendalian tekanan darah dapat mengurangi 38% insiden stroke (Black & Hawks, 2009).

b) Merokok

Merokok merupakan masalah kesehatan yang utama di banyak negara berkembang termasuk Indonesia. Rokok mengandung lebih dari 4000 jenis bahan kimia yang di antaranya bersifat karsinogenik atau mempengaruhi sistem vaskular. Penelitian menunjukkan bahwa merokok merupakan faktor risiko terjadinya stroke, terutama dalam kombinasi dengan faktor risiko yang lain misalnya pada kombinasi merokok dan minuman alkohol. Hal ini juga ditunjukkan pada perokok pasif. Merokok meningkatkan terjadinya trombus, karena terjadinya arterosklerosis. Merokok berkontribusi 12%-14% kematian akibat stroke (*America Heart Association/-America Stroke Association (AHA/ASA)*, 2010). Menurut WHO dalam *World Health Statistik* (2007), total jumlah kematian akibat tembakau (merokok) diproyeksikan naik dari 5,4 juta pada tahun 2005 menjadi 6,4 juta pada tahun 2015 dan 8,3 juta pada tahun 2030.

c) Diabetes melitus (DM)

DM merupakan penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Faktor risiko stroke akibat DM sebanyak

17,3% (Misbach, 1999). Pasien DM cenderung menderita arterosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan kadar kolesterol. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi diabetes termasuk stroke (AHA/ASA, 2010).

d) Kelainan jantung

Kelainan jantung merupakan sumber emboli untuk terjadinya stroke. Yang tersering adalah atrium fibrilasi. Setiap tahun, 4% dari pasien atrium fibrilasi mengalami stroke (AHA/ASA, 2010).

e) Dislipidemia

Meningkatnya kadar kolesterol total dan Low Density Lipoprotein (LDL) berkaitan erat dengan terjadinya aterosklerosis. Kolesterol LDL yang tinggi merupakan risiko terjadinya stroke iskemik. Kejadian stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol total di atas 240 mg/dL. Setiap kenaikan kadar kolesterol total 38,7 mg/dl, meningkatkan risiko stroke sebanyak 25% (AHA/ASA, 2010).

f) Latihan fisik

Pasien stroke direkomendasikan melakukan latihan fisik (olah raga) secara teratur 3–7 hari per minggu dengan durasi 20–60 menit per hari (AHA/ASA, 2010). Latihan fisik secara teratur membantu mengurangi timbulnya penyakit jantung dan stroke. Ketidakaktifan, kegemukan atau keduanya berisiko meningkatkan tekanan darah, kolesterol darah, diabetes, penyakit jantung dan stroke (AHA/ASA, 2010).

g) Kegemukan

Kegemukan biasanya berhubungan dengan pola makan, DM tipe 2 disebabkan peningkatan kadar kolesterol dan peningkatan tekanan darah. Penghitungan kegemukan berdasarkan BMI (*Body Mass Index*) yaitu underweight < 18,5, normal 18,5–24,9, overweight 25–29,9, obesitas I 30–34,9, obesitas II 35–39,9 dan extreme obesity > 40. Central obesitas/gemuk perut dihitung jika lingkar

pinggang (*waist circumference*) pada laki-laki > 102 cm dan perempuan > 88 cm (NHLBI, 2007).

h) Pola diet

Aspek diet yang dihubungkan dengan risiko terjadinya stroke adalah intake sodium yang tinggi dan nutrisi tinggi lemak. Efek potensial sodium dan lemak terhadap kejadian stroke dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah (AHA/ASA, 2010).

i) Konsumsi alkohol

Konsumsi alkohol berlebihan merupakan faktor utama terjadinya hipertensi dan penyakit yang berhubungan dengan hipertensi adalah stroke (AHA/ASA, 2010). Penelitian yang dilakukan di Cina pada 1991 dan dilakukan *follow up* tahun 1999 dan 2000 menunjukkan pemakaian alkohol yang berlebihan (lebih dari 1750 mL per minggu) secara signifikan meningkatkan insiden stroke sebesar 22% dan risiko kematian 30% lebih tinggi dari non pemakai alkohol (Bazzano, 2000).

j) Drug abuse/narkoba

Pemakaian obat-obatan seperti cocain, amphetamine, heroin dan sebagainya meningkatkan terjadinya stroke. Obat-obat ini dapat mempengaruhi tekanan darah secara tiba-tiba dan menyebabkan terjadinya emboli (AHA/ASA, 2010).

k) Pemakaian obat kontrasepsi oral

Risiko stroke meningkat jika memakai obat kontrasepsi oral dengan dosis tinggi. Umumnya risiko stroke terjadi jika pemakaian ini dikombinasi dengan adanya usia lebih dari 35 tahun, perokok, hipertensi dan diabetes (Black & Hawks, 2009).

l) Gangguan pola tidur

Gangguan pola tidur ini dikenal dengan istilah *sleep disordered breathing* (SDB). Penelitian membuktikan bahwa tidur mendengkur meningkatkan terjadinya stroke. Pola tidur mendengkur sering disertai apnea (henti nafas), tidak hanya

berpotensi menyebabkan stroke tapi juga gangguan jantung. Hal ini disebabkan penurunan aliran darah ke otak. SDB lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan dengan perbandingan 2:1, dan terjadi mulai usia pertengahan (AHA/ASA, 2010).

m) Kenaikan lipoprotein (a)/ Lp (a)

Lipid protein kompleks yang meningkat merupakan risiko terjadinya penyakit jantung dan stroke. Lp (a) merupakan partikel dari LDL dan peningkatannya akan meningkatkan terjadinya trombotik dengan mekanisme menghambat plasminogen aktivator. Dibanding dengan faktor risiko stroke yang lain (hipertensi, hiperkolesterolemia, hipertrigliserid, penyakit jantung, DM) (AHA/ASA, 2010).

e. Afasia

1) Pengertian afasia

AHCPR *post stroke rehabilitation guideline*. Agency for Health Care Policy and Research (2013), mendefinisikan afasia sebagai hilangnya kemampuan untuk berkomunikasi dengan lisan, isyarat, maupun tulis atau ketidakmampuan untuk memahami komunikasi tersebut dan hilangnya kemampuan berbahasa (Gresham *et al.*, 1995).

Darley (1982) mengemukakan bahwa afasia biasanya melukiskan suatu kerusakan atau pelemahan bahasa akibat terjadinya cedera otak pada area dominan bahasa *cerebral hemisphere*. Afasia dapat terjadi mengikuti *stroke* dan *traumatic brain injury*, dapat pula dihubungkan dengan penyakit yang dapat mempengaruhi unsur dan fungsi otak (Nadeau *et al.*, 2000).

Definisi lain mengungkapkan afasia dicirikan sebagai permasalahan bahasa dan *cognitive communication* yang berhubungan dengan kerusakan otak lainnya seperti *dementia* dan *traumatic brain injury* (Orange & Kertesz, 1998). Bagaimanapun, penjelasan terhadap afasia bukan sederhana semata-mata sebagai kekacauan berbahasa, melainkan sebagai *commit to user* kesatuan kelainan klinis yang kompleks (Wade *et*

al., 1986).

Secara klinis Kertezs (1979) menguraikan afasia sebagai bagian dari *neurology* di mana gangguan terjadi pada pusat bahasa ditandai oleh paraphasias, kesukaran menemukan kata-kata, pemahaman yang berbeda dan berubah lemah. Disamping itu berkaitan pula dengan gangguan membaca dan menulis yang lazim seperti *dysarthria*, konstruksi non verbal, kesulitan menyelesaikan masalah serta kelemahan dalam memberi dan merespon melalui isyarat (*impairment of gesture*) (Pedersen *et al.*, 2004).

2) Jenis Afasia

Afasia dibagi menjadi tiga yaitu afasia sensorik, motorik dan global (Caplan, 1987; Salter *et al.*, 2006; Pedersen *et al.*, 2004).

- 1) Afasia sensorik, yaitu jika penderita sering menyebutkan kata/kalimat yang tidak sesuai dan tidak bermakna. Penderita kesulitan dalam pemahaman (komprehensif). Hal ini ditandai dengan bahasa yang lancar tapi tidak sesuai (nyambung) dengan pertanyaan, panjang kalimat normal, artikulasi baik.
- 2) Afasia motorik, yaitu jika penderita dapat mengerti instruksi, tapi sulit mengungkapkannya dalam kata atau membentuk kalimat secara lengkap. Hal ini dapat ditandai dengan bicara lisan tidak lancar, terputus-putus dan sering ucapannya tidak dimengerti orang lain. Apabila bertutur kalimatnya pendek-pendek dan monoton.
- 3) Afasia global, yaitu jika penderita mengalami afasia sensorik ataupun motorik. Hal ini ditandai dengan tidak adanya lagi bahasa spontan atau berkurang sama sekali dan menjadi beberapa patah kata yang diucapkan secara stereotip (itu-itu saja, berulang), pemahaman menghilang atau sangat terbatas. Membaca dan menulis juga terganggu berat.

Dari berbagai jenis afasia tersebut, afasia motorik/broca menjadi bahan penelitian dalam disertasi ini. Afasia motorik/broca ditandai oleh gangguan atau hilangnya kemampuan

untuk menyatakan pikiran-pikiran yang dapat dimengerti dalam bentuk bicara dan menulis (McNeil *et al.*, 2001). Afasia motorik/broca atau afasia ekspresif timbul akibat gangguan pada pembuluh darah *Karotis interna*, yaitu cabangnya yang menuju otak bagian tengah (*arteri serebri media*) tepatnya pada cabang akhir (*arteri presentalis*), afasia motorik/broca ini disertai kelemahan lengan lebih berat daripada tungkai. *Arteri serebri media* merupakan cabang *arteri karotis interna* yang paling besar (Salter *et al.*, 2006; Pedersen *et al.*, 2004).

Salter *et al.* (2006) menyatakan bahwa afasia motorik/broca memiliki ciri bicara spontan pasien ialah lambat, tidak lancar atau terbata-bata, monoton dan kalimat pendek-pendek. Penyimakan bahasa baik, pengulangan kalimat buruk dan penyebutan nama benda buruk. Pasien sulit menemukan kata dan bicara tersendat-sendat dengan kalimat yang tidak lengkap. Orang yang mengidap afasia broca tidak menghadapi masalah dalam hal memahami orang lain. Pada umumnya gangguan menulis setara dengan gangguan berbicara, meniru ucapan terganggu, sedangkan pengertian bahasa lisan dan tulis lebih baik (Laska *et al.*, 2001).

Afasia broca lazim disebut afasia ekspresif atau afasia motorik. Para ahli menggolongkan afasia broca ke dalam afasia tidak lancar atau *afasia nonfluent* (Salter *et al.*, 2006). Hal ini disebabkan, afasia broca memiliki karakteristik berbicara tidak lancar. Ini ditandai dengan cara berbicara yang sulit, sehingga kata-kata yang dikeluarkan sedikit. Penderita tidak dapat mengatur sistem vokal untuk menghasilkan kata-kata. Penderita stroke yang mengalami afasia broca secara otomatis mengalami gangguan dalam memahami suatu bahasa atau kemampuan bahasanya mendadak hilang. Berdasarkan ciri-ciri inilah maka penelitian dilakukan sesuai dengan keadaan informan, yaitu afasia broca (Pedersen *et al.*, 2004).

11. Dukungan Keluarga (*Social Support*)

Dukungan sosial adalah persepsi dan aktualitas yang diperhatikan, memiliki bantuan yang tersedia dari orang lain, dan yang paling populer, bahwa seseorang adalah bagian dari jejaring sosial (*social network*) yang mendukung. Sumber daya pendukung ini dapat berupa emosi (misal, pengasuhan), informasi (misal, saran), atau pertemanan (misal, rasa memiliki); berwujud/*tangible* (misal, bantuan keuangan) atau tidak berwujud/*intangible* (misal, saran pribadi).

Dukungan sosial dapat diukur sebagai persepsi bahwa seseorang memiliki bantuan yang tersedia, bantuan yang diterima aktual, atau sejauh mana seseorang terintegrasi dalam jejaring sosial (Wills, 1985). Dukungan dapat datang dari pelbagai sumber, seperti keluarga, teman, tetangga, rekan kerja, organisasi, bahkan hewan peliharaan, dan lain-lain. Dukungan sosial yang disediakan pemerintah dapat disebut sebagai bantuan publik.

Dukungan sosial dipelajari di berbagai disiplin ilmu termasuk psikologi, kedokteran, sosiologi, keperawatan, kesehatan masyarakat, pendidikan, rehabilitasi, dan pekerjaan sosial. Dukungan sosial dikaitkan dengan banyak manfaat untuk kesehatan fisik dan mental, tetapi dukungan sosial (misal, bergosip tentang teman) tidak bermanfaat.

Teori dan model dukungan sosial sebagai studi akademis intensif pada 1980-an dan 1990-an (Racino, 2006), dan terkait dengan pengembangan model pengasuhan dan pembayaran (*caregiving and payment model*), dan sistem pengiriman masyarakat (*community delivery system*) (O'Connor, 1995). Dua model utama diusulkan untuk menggambarkan hubungan antara dukungan sosial dan kesehatan: hipotesis penyangga (*buffering*) dan hipotesis efek langsung. Perbedaan gender dan budaya dalam dukungan sosial juga telah ditemukan (Harry *et al.*, 1999).

Pemberdayaan penderita stroke harus melibatkan beberapa unsur, yang terpenting adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga (*social support*) merupakan faktor yang sangat penting. Keluargalah yang

berperan untuk mengetahui kemajuan dan perbaikan kondisi penderita stroke (Wills, 1985). Keluarga juga yang bisa menghambat perkembangan kemajuan penderita stroke. Selain itu lingkungan keluarga merupakan lingkungan yang cocok dan kondusif untuk menstimulasi kemampuan fungsional komunikasi pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik. Keluarga diharapkan mampu memengaruhi pemulihan fungsional komunikasi, kemandirian dan kualitas hidup pada penderita pasca stroke (Sit *et al.*, 2004). Dukungan keluarga yang kuat dapat menjadi strategi penting dalam meningkatkan kualitas hidup dan mencegah kekambuhan berulang pada penderita stroke (Huang *et al.*, 2010; Hughes *et al.*, 2004). Menurut House sebagaimana dikutip oleh Smet (1994), ada empat jenis dukungan keluarga yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasional.

1) Dukungan emosional (*emotional support*)

Dukungan emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian orang-orang yang bersangkutan. Dukungan emosional merupakan ekspresi dari afeksi, kepercayaan, perhatian, dan perasaan didengarkan. Kesediaan untuk mendengarkan keluhan seseorang akan memberikan dampak positif sebagai sarana pelepasan emosi, mengurangi kecemasan, membuat individu merasa nyaman, tenteram, diperhatikan, serta dicintai saat menghadapi berbagai tekanan dalam hidup mereka. Dukungan emosional ini diberikan keluarga kepada anggota keluarga lainnya dengan menjadi tempat bersandar. Keluarga juga menunjukkan empati dan perhatian dengan turut serta dalam membantu memberikan informasi yang dibutuhkan, dan memberikan dorongan bagi anggota keluarga yang membutuhkan. Dukungan ini meliputi ungkapan empati, kepedulian, cinta dan perhatian terhadap seseorang untuk membantu memecahkan masalah yang dihadapi (Smet, 1994). Pada saat stress, orang akan menderita secara emosional dan dapat mengalami depresi, kesedihan, ataupun

kecemasan. Pada saat seperti ini, teman atau keluarga dapat memberikan dukungan emosional dengan meyakinkan orang tersebut bahwa dia adalah orang yang berharga yang sangat diperhatikan oleh lingkungannya. Kehangatan dan kepedulian yang diberikan oleh keluarga dengan tulus hati, akan memungkinkan orang yang mengalami stres, menghadapinya lebih tenang (Taylor, 1995). Dukungan emosi adalah dukungan yang dapat membuat seseorang merasa nyaman, tenang, rasa memiliki dan dicintai saat stres (Sarafino, 2004). Wortman *et al.* (1999) menyebutkan bahwa berusaha menghibur anggota keluarga yang sedang berduka atau mengalami kesesahan juga merupakan salah satu bentuk dukungan emosional.

2) Dukungan penghargaan (*support appraisal*)

Dukungan penghargaan yang umumnya diberikan melalui ungkapan penghormatan (penghargaan) akan hal-hal yang positif yang dimiliki seseorang, dukungan untuk maju atau persetujuan atas gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain, orang-orang yang kurang mampu atau yang lebih buruk keadaannya (menambah penghargaan diri) (Smet, 1994). Adanya penghargaan diri dihubungkan dengan keberhasilan seseorang saat menghadapi keadaan tertentu, misalnya saat dimana harus mengambil keputusan, reaksi ketika menerima bantuan dan *coping* pada saat terjadi peristiwa buruk dalam hidupnya. Kemungkinan yang penting dari mekanisme ini adalah perasaan diterima dan dihargai oleh orang lain (Wills, 1985).

3) Dukungan instrumental (*instrumental support*)

Dukungan instrumental meliputi penyediaan dukungan material seperti pelayanan, bantuan finansial atau barang, menyediakan obat-obat yang dibutuhkan (Taylor, 1995). Hubungan antara dukungan instrumental dan kesehatan dapat diterangkan dengan jelas melalui satu pengertian yaitu seseorang mempunyai kebutuhan instrumental tertentu dan orang lain dapat menolongnya untuk memenuhi

kebutuhan tersebut (Wills, 1985).

4) Dukungan informasi (*informational support*)

Dukungan informasi ini mencakup pemberian nasihat, petunjuk, saran, ide-ide atau informasi lain yang dibutuhkan oleh seseorang (Smet, 1994). Keluarga atau teman dapat memberikan dukungan informatif dengan memberikan saran tentang apa yang harus dilakukan untuk menghadapi masalah.

12. Terapi Al Quran

a. Menghafal Al Quran

Menghafal adalah proses mengingat informasi yang telah lalu dan dijadikan sebuah informasi baru. Winkel mengemukakan pendapatnya bahwa: “mengingat adalah suatu aktifitas kognitif, orang menyadari bahwa pengetahuan berasal dari informasi atau kesan-kesan yang diperoleh dari masa lampau” (Winkel, 2009). Hal tersebut senada dengan pendapat Joyce, Weil, & Chaloun., (2009) bahwa kapasitas dalam memperoleh informasi mendukung secara lebih bermakna yang artinya mendapatkan kembali dengan baik hasil pembelajaran yang telah lalu.

Al Quran adalah kitab suci umat muslim di seluruh penjuru dunia yang dapat memberikan ketenangan jiwa sehingga bermanfaat untuk menurunkan stres. Hal ini telah dibuktikan oleh penelitian di bidang kedokteran. Salah satu penelitian tersebut adalah penelitian yang telah dilakukan di negara Timur Tengah dalam bidang kedokteran Islam. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa Al Quran memiliki pengaruh dalam ketenangan jiwa sebesar 97% dan penyembuhan penyakit yang lebih cepat, dan juga memberikan kepuasan pasien yang menjalani terapi dengan kombinasi mendengarkan murottal Al Quran (Bechir Frih *et al.*, 2016).

Penelitian Sooki *et al.* (2011) menunjukkan bahwa mendengarkan dan membaca Al Quran memberikan pengaruh yang baik terhadap kesehatan mental dalam menurunkan tingkat stress, depresi dan

kecemasan seseorang. Hasil penelitian ini juga bisa menjelaskan bahwa program membaca Al Quran mampu meningkatkan 29,6 % kesehatan mental pada orang lanjut usia. Hasil penelitian Ahmed *et al.* (2016) menunjukkan bahwa mendengarkan murottal Al Quran menurunkan tingkat rasa sakit dan kecemasan setelah operasi caesar (CS) sekaligus meningkatkan tingkat kepuasan ibu. Jadi peneliti merekomendasikannya bahwa mendengar murottal Al Quran sebagai teknik penanganan nyeri dan kecemasan non-farmakologis, serta memperbaiki parameter lain termasuk hasil neonatal. Ini bisa menjadi isu penting terapi analgesik komplementer & alternatif bagi wanita Muslim yang menjalani operasi caesar (CS). Hasil penelitian Bechir *et al.* (2015) juga menunjukkan bahwa mendengarkan pembacaan murottal Al Quran dalam kombinasi dengan latihan ketahanan tubuh interdialitik menyebabkan peningkatan kondisi fisik dan kualitas hidup serta pengurangan kecemasan yang besar di antara pasien yang menjalani hemodialisis.

Hasil penelitian Safri *et al.* (2014) menyatakan bahwa stimulasi dengan memperdengarkan murottal Al Quran mempunyai pengaruh positif dalam meningkatkan kesadaran pasien stroke hemoragik, sehingga direkomendasikan untuk diperdengarkan pada pasien stroke hemoragik yang mengalami penurunan kesadaran. Mohamed, Nelson *et al.* (2015) menyatakan bahwa membaca Al Quran dan berdoa selain bermanfaat untuk meningkatkan spiritual pada pasien stroke juga memiliki manfaat kognitif dan rehabilitasi, serta menjadi sumber dukungan psikologis untuk pasien stroke dan keluarganya. Pendekatan psikoreligius dengan menggunakan benda-benda yang dianggap suci oleh individu menunjukkan hasil yang signifikan untuk mengurangi stres (Miller *et al.*, 2011).

Penelitian Heidari Mohammad *et al.* (2015) menyimpulkan bahwa mendengarkan murottal Al Quran lebih efektif dalam mengurangi stres daripada mendengarkan musik, mendengarkan murottal Al Quran sebelum prosedur apapun sangat dianjurkan pada pasien kelainan jiwa.

Hasil penelitian Nasiri *et al.* (2015) juga menyimpulkan bahwa

berzikir sangat efektif untuk mengurangi kecemasan pada pasien setelah operasi *coronary artery bypass graft (CABG)* di kalangan Muslim Syiah. Hasil penelitian Azis *et al.* (2015) menyimpulkan bahwa pemberian terapi murotal Al Quran dapat menurunkan intensitas nyeri dan meningkatkan kadar β - Endorphin. Zahra Najafi *et al.* (2014) menyimpulkan hasil penelitiannya dengan judul “*Effect of recitation of Quran on the anxiety of patients with myocardial infarction*” bahwa tingkat kecemasan pada pasien dengan infark miokard dapat diturunkan dengan cara mendengarkan murottal Al Quran.

Allah SWT telah memudahkan Al Quran bagi semua orang dari berbagai suku, bangsa, negara dan dari semua kalangan. Al Quran diturunkan untuk seluruh manusia di muka bumi, bukan hanya untuk suku bangsa tertentu. Bahasa Al Quran dipermudah baik bagi orang Arab maupun ‘ajam (non Arab), sehingga persoalan bahasa bukan alasan untuk tidak menghafal Al Quran (Al Makhtum *et al.*, 2016). Seperti firman Allah SWT dalam surat Al Qomar ayat 22:

وَلَقَدْ يَسَّرْنَا الْقُرْآنَ لِلذِّكْرِ فَهَلْ مِنْ مُدَكِّرٍ

“Dan Sesungguhnya telah Kami mudahkan Al Quran untuk pelajaran, maka adakah orang yang mengambil pelajaran?” (QS Al Qomar [54]:22). Menghafal Al Quran adalah sebuah proses memasukkan informasi ayat-ayat Al Quran ke dalam memori jangka pendek (*encoding*), kemudian bacaan tersebut diulang beberapa kali. Menurut teori *Law of Exercise*, praktik yang berulang akan meningkatkan kekuatan koneksi antara situasi yang merespon dengan stimulus dan koneksi akan melemah jika praktik tidak dilakukan (Olson & Hergenhahn, 2009). Perilaku menghafal Al Quran adalah perilaku menghafal kata-kata berbahasa Arab secara verbal. Alfano & Cimino (2008) menjelaskan bahwa materi verbal banyak berpengaruh terhadap hemisfer kiri otak. Ayat Al Quran ditulis dalam bahasa Arab yang ditulis dari kanan ke kiri kertas sehingga otak

yang aktif dari aktifitas membaca Al Quran adalah otak kiri. Salah satu fungsi otak kiri adalah mengatur emosi positif (Alfano & Cimino, 2008). Selain itu, pernafasan lambat saat membaca ayat Al Quran mempengaruhi otak yang berdampak pada emosi, kognisi dan kesadaran (Sofro, 2013). Berdasarkan penjelasan di atas, perilaku menghafal Al Quran diharapkan akan meningkatkan kualitas memori dan perbaikan komunikasi penderita pasca stroke dengan gangguan afasia motorik karena kerusakan pada hemisfer otak kiri.

Islam memberikan perhatian yang besar terhadap umatnya untuk membaca Al Quran, sehingga dengan membaca Al Quran umat Islam tidak ada yang menjadi masyarakat jahiliyah modern yaitu masyarakat yang buta Al Quran. Al Quran juga menyebutkan orang yang selalu membaca Al Quran mereka mengharapkan perniagaan yang tidak pernah rugi dan selalu beruntung, sebagaimana firman Allah dalam surat Fathir ayat 29 di bawah ini:

إِنَّ الَّذِينَ يَتْلُونَ كِتَابَ اللَّهِ وَأَقَامُوا الصَّلَاةَ وَأَنفَقُوا مِمَّا رَزَقْنَاهُمْ سِرًّا وَعَلَانِيَةً يَرْجُونَ تِجَارَةً لَّن تَبُورَ

“Sesungguhnya orang-orang yang selalu membaca kitab Allah dan mendirikan shalat dan menafkahkan sebahagian dari rezki yang Kami anugerahkan kepada mereka dengan diam-diam dan terang-terangan, mereka itu mengharapkan perniagaan yang tidak akan merugi” (QS Faathir [35]:29).

Dalam mendalami Islam tentunya harus memahami Al Quran sebagai dasar pertamanya, melalui membacanya. Melalui aktivitas membaca yang dimulai dengan membaca huruf per huruf, ayat per ayat, yang kemudian dikembangkan dengan memahami maknanya, maka seseorang dapat memetik petunjuk yang tersimpan di dalamnya, sehingga mampu mengaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari.

Berkaitan dengan media terapi, Al Quran dapat digunakan sebagai terapi karena Al Quran lebih relevan sebagai media terapi karena bisa memfasilitasi teori transpersonal, kognitif, dan humanistik-eksistensial dibanding media lain seperti sholat atau puasa. Al Quran sebagai as-syifa mempunyai kekuatan untuk menangani dan menyembuhkan tekanan jiwa (Mulyadi *et al.*, 2012; Dezutter *et al.*, 2006).

Al Quran juga memiliki banyak aspek keistimewaan dan kemukjizatan psikologis. Hal ini karena setiap ayat dalam Al Quran mengandung penyembuhan (*syifa*), bersifat kuratif, dan menekankan munculnya emosi positif (Sadeghi, 2011; Nasrollahi, 2010; Koenig *et al.*, 2001). Selain itu susunan ayat dan gelombang suara Al Quran sesuai dengan gelombang getaran sel dan otak manusia. Sehingga diyakini Al Quran sebagai satu-satunya kitab suci yang memiliki energi daya gugah dan gubah yang luar biasa, serta semacam pengaruh yang dapat melemahkan dan menguatkan jiwa dan fisik seseorang (Al Kaheel, 2012; Kuhsari, 2011; Sholeh & Musbikin, 2005).

Menurut Ash Shabuny (2000) dan Kimiaee *et al.* (2012) seseorang akan mendapatkan manfaat terapeutik dari Al Quran jika Al Quran tersebut: (a) dipelajari dan diajarkan, (b) dibaca, (c) dihafal dan menjaga hafalan, (d) menyelami kandungannya, (e) menegakkan hukum-hukum yang terkandung di dalamnya. Sebagaimana Sholeh (2005) juga menyatakan bahwa terapeutik Al Quran diperoleh dari memahami makna ayat-ayatnya melalui tafsir dan takwil (hikmah). Menurut Rajaei (2010) point penting dalam penerapan keyakinan agama pada terapi adalah *insight* yaitu pengetahuan dan pemahaman terhadap agama itu sendiri. Oleh karena itu psikoterapi yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan tehnik pemaknaan ayat-ayat Al Quran berdasarkan tafsir dan asbabun nuzul sekaligus menggunakan teknik menghafal ayat Al Quran, dimana pemaknaan ayat untuk melakukan rekonstruksi kognitif dan mendapatkan insight, sedangkan hafalan ayat untuk mencapai tingkat tumakninah.

Membaca (*Tilawah*) Al Quran besar arti dan manfaatnya untuk aspek spiritualitas seorang muslim, karena Al Quran adalah wahyu Allah yang berfungsi sebagai pedoman, petunjuk, penjelasan, obat (*syifa'*), rahmat dan pegangan yang kukuh bagi kehidupan manusia. Agar dapat diperoleh arti dan manfaatnya, maka orang dalam membaca Al Quran dianjurkan untuk menjaga adab lahir dan amalan batinnya. Orang diminta untuk tenang (*al-sukun*), suci dari hadast dan najis, khusyu', tawadu, dan berusaha melantunkan dengan suara yang baik (*tartil*). Dalam menjaga adab batinnya, orang diminta untuk memahami nilai-nilai dan kandungan dalam Al Quran, keagungan Allah, menghadirkan hati, dan meninggalkan bisikan jiwa. Al Quran merupakan penyembuh dan rahmad bagi orang-orang yang beriman, sesuai surat Al Isra' ayat 82 dan surat Yunus ayat 57 di bawah ini:

وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ

إِلَّا خَسَارًا ﴿٨٢﴾

“Dan Kami turunkan dari Al Quran suatu yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang-orang yang beriman dan Al Quran itu tidaklah menambah kepada orang-orang yang zalim selain kerugian.” (QS Al Isra' [17]:82).

يَأْتِيهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُمْ مَوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ

وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ ﴿٥٧﴾

“Hai manusia, Sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman.” (QS

Yunus [10]:57)

قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ ءَامَنُوا هُدًى وَشِفَاءٌ ۖ

Katakanlah: "Al Quran itu adalah petunjuk dan penyembuh bagi orang-orang mukmin". (QS Fushshilat [41]:44)

Berkaitan dengan membaca Al Quran, maka sebenarnya perlu diketahui makna dan manfaatnya yang terkandung di dalamnya. Manfaat yang langsung bisa dirasakan adalah mampu memberikan ketenangan dan ketentraman bagi orang yang membaca Al Quran karena dalam setiap isi bacaan Al Quran memiliki nilai spiritual yang tinggi yaitu dimensi *dzikrullah* (mengingat Allah), dimensi itu merupakan ruang kontrol agar orang menjadi tenang. Sebagaimana diterangkan dalam Al Quran surat Ar Ra'd ayat 28 di bawah ini:

الَّذِينَ ءَامَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ ۝

“(Yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka manjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingati Allah-lah hati menjadi tenteram.” (QS Ar Ra’ad [13]:28).

Al Quran juga menyebutkan orang yang selalu ingat kepada Allah, dzikir kepada Allah, maka Allah akan menambah kekuatan diatas kekuatannya. Para mufasirin mengartikan kuat di sini identik dengan sehat. Jadi orang yang selalu ingat berdzikir atau ingat kepada Allah akan sehat jasmani maupun rohaninya. Seperti diterangkan dalam Firman Allah dalam Al Quran surat Huud ayat 52 di bawah ini:

وَيَقَوْمِ اسْتَغْفِرُوا رَبَّكُمْ ثُمَّ تُوبُوا إِلَيْهِ يُرْسِلِ السَّمَاءَ عَلَيْكُمْ مِدْرَارًا

وَيَزِدَّكُمْ قُوَّةً إِلَىٰ قُوَّتِكُمْ وَلَا تَتَوَلَّوْا مُجْرِمِينَ ۝

commit to user

“Dan (dia berkata): "Hai kaumku, mohonlah ampun kepada Tuhanmu

lalu bertobatlah kepada-Nya, niscaya Dia menurunkan hujan yang sangat deras atasmu, dan Dia akan menambahkan kekuatan kepada kekuatanmu, dan janganlah kamu berpaling dengan berbuat dosa."(QS Huud [11]:52).

Menurut Al kaheel (2010) dari berbagai macam pengobatan yang paling baik adalah Al Quran. Al Quran memiliki semua jenis program dan data yang diperlukan untuk mengobati beragam sel yang terganggu, bahkan pada jenis penyakit yang sulit untuk disembuhkan bagi kalangan medis. Pengobatan dalam islam sebenarnya sudah ada sejak 40-247 Hijriyah atau 661-861 sesudah masehi sebelum kemunculan Ibnu sina. Salah satu metode penyembuhan Al Quran adalah dengan mendengarkan bacaan Al Quran (murottal). Mendengarkan murottal dapat mempengaruhi kecerdasan intelektual (IQ), kecerdasan emosi (EQ) dan kecerdasan spiritual seseorang (SQ).

b. Tafsir Al Quran Surat Thaha Ayat 25-28

1) Pendapat Ibnu Katsir dalam Kitab Tafsirnya

قَالَ رَبِّ أَسْرَحْ لِي صَدْرِي

“Berkata Musa: "Ya Tuhanku, lapangkanlah untukku dadaku” (QS Thaha [20]:25).

Ya Rabbi, lapangkanlah dadaku agar akau menyadari apa yang terkandung dalam wahyu-Mu dan berani berbicara kepada Fir'aun, karena sesungguhnya Engkau telah membebaniku dengan perkara besar yang tidak dapat dipikul kecuali orang yang berhati baja dan berlapang dada. Engkau telah mengutusku kepada raja terbesar di muka bumi, raja yang paling sombong dan kafir, paling banyak bala tentaranya, paling makmur kerajaannya dan paling ingkar. Sehingga keingkarannya sampai kepada tidak mengakui ada Tuhan selain dia.

Ringkasnya adalah jadikanlah aku (Nabi Musa) berhati baja sehingga tidak takut kepada selain Engkau ketika menyampaikan risalah-

Mu, dan jadikanlah Engkau penolongku. Jika tidak, maka aku akan tidak mempunyai kekuatan untuk itu.

وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي ﴿٢٦﴾

“Dan mudahkanlah untukku urusanku” (QS Thaha [20]:26).

Berilah aku kemudahan dalam menyampaikan risalah dan melaksanakan ketaatan yang Engkau bebaskan kepadaku. Dan berilah aku kekuatan yang cukup untuk menyebarkan agama-Mu dan memperbaiki keadaan makhluk.

وَأَحْلِلْ عُقْدَةَ مِنِّ لِسَانِي ﴿٢٧﴾

“Dan lepaskanlah kekakuan dari lidahku” (QS Thaha [20]:27).

Lancarkanlah lisanku dalam berbicara agar mereka memahami perkataanku ketika menyampaikan risalah. Doa itu disampaikan karena pada lisannya terdapat ganjalan yang menghalanginya untuk berbicara banyak. Diriwayatkan, bahwa pada lisan Husain ra. Terdapat ganjalan. Nabi SAW bersabda, bahwa ganjalan itu adalah warisan dari pamannya, Musa. Oleh karena saling tolong dalam menyebarkan agama disertai dengan kecintaan yang tulus merupakan pengorbanan yang agung bagi Alloh, maka Musa memohon pertolongan itu :

يَفْقَهُوا قَوْلِي ﴿٢٨﴾

“Supaya mereka mengerti perkataanku” (QS Thaha [20]:28).

Jadikanlah bagiku seorang penolong dari ahli baitku, Harun, saudaraku, agar dia bersama-sama denganku memikul beban risalah dan menjadi pembantuku dalam menghadapi berbagai kesusahan. Tatkala Allah memberikan wahyu kepada Nabi Musa ‘Alaihis Salam, memberikan kabar padanya serta menunjukkan bukti-bukti yang nyata,

kemudian Musa diutus kepada Fir'aun (Raja Mesir), Allah Ta'ala berfirman,

أَذْهَبْ إِلَىٰ فِرْعَوْنَ إِنَّهُ طَغَىٰ ﴿٢٤﴾

“Pergilah kepada Fir'aun; Sesungguhnya ia telah melampaui batas” (QS Thaha [20]:24).

Fir'aun sungguh telah melampaui batas dalam kekafiran, berbuat kerusakan, ia benar-benar telah menunjukkan kesombongan yang nyata di muka bumi, dan ia pun menindas orang-orang yang lemah. Sampai-sampai ia mengklaim rububiyah ilahiyah (bahwa dirinya adalah Rabb dan pantas untuk disembah). Sungguh ia benar-benar melampaui batas, inilah sebab kebinasaannya. Namun karena rahmat, hikmah dan keadilan Allah, Dia tidak mengadzab Fir'aun melainkan setelah diberikan hujjah dengan diutusnya para Rasul. Maka dari sinilah Musa tahu bahwa beliau diutus dengan membawa tugas yang berat. Musa diutus kepada seorang pembangkang, yang tidak ada satu orang Mesir pun yang dapat menentangnya. Musa 'Alaihis Salam sendiri mengalami rintangan sebagaimana yang lainnya ketika ingin mendakwahi Fir'aun, yaitu hendak dibunuh. Musa tetap menjalankan misi yang dititahkan untuknya dari Rabbnya. Ia tetap menjalani misi dari Rabbnya dengan penuh lapang dada. Musa senantiasa memohon pertolongan Allah dan meminta dimudahkan berbagai macam sebab. Beliau pun mengucapkan do'a di atas.

2) Pendapat Syaikh As Sa'di Rahimahullah dalam Kitab Tafsirnya

قَالَ رَبِّ أَسْرَحْ لِي صَدْرِي ﴿٢٥﴾

“Ya Rabbku, lapangkanlah untukku dadaku” (QS Thaha [20]:25).

Maksudnya adalah lapangkanlah, janganlah perkataan dan perbuatanku ini menyakiti dan janganlah hatiku ini terkotori dengan yang demikian, dan jangan pula hatiku ini dipersempit. Karena jika hati telah sem-

pit, maka orang yang memiliki hati tersebut sulit memberikan hidayah (petunjuk ilmu) pada orang yang didakwahi dan sulit menerima hidayah.

وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي

“Dan mudahkanlah untukku urusanku” (QS Thaha [20]:26).

Maksudnya adalah mudahkanlah setiap urusan dan setiap jalan yang ditempuh untuk mengharap ridho-Mu, mudahkanlah segala kesulitan yang ada di hadapanku. Di antara dimudahkan suatu urusan yaitu seseorang yang memohon diberikan berbagai kemudahan dari berbagai pintu, ia dimudahkan untuk berbicara dengan setiap orang dengan tepat, dan ia mendakwahi seseorang melalui jalan yang membuat orang lain mudah menerima.

وَأَحْلَلْ عُقْدَةً مِّن لِّسَانِي يَفْقَهُوا قَوْلِي

“Dan lepaskanlah kekakuan dari lidahku, supaya mereka mengerti perkataanku” (QS Thaha [20]:27-28).

Dahulu Nabi Musa ‘Alaihissalam memiliki kekurangan, yaitu rasa kaku dalam lisannya. Hal ini membuat orang lain sulit memahami yang beliau ucapkan, demikianlah dikatakan oleh para pakar tafsir. Sebagaimana Allah Ta’ala berfirman,

وَإِخِي هَارُونُ هُوَ أَفْصَحُ مِنِّي لِسَانًا

“Dan saudaraku Harun, dia lebih fasih lidahnya daripadaku” (QS Al Qashshash [28]:34).

Nabi Musa meminta pada Allah agar dilepaskan dari kekakuan lidahnya sehingga orang bisa memahami apa yang diucapkan oleh Musa. Akhirnya tercapailah maksud yang beliau minta. Al-Hasan Al-Basri mengatakan: “Yakni, pelepasan satu kekakuan saja, seandainya Musa meminta lebih dari itu, pasti Allah akan memberinya.” Ibnu Abbas me-

ngatakan: “Musa pernah mengadukan kepada Rabbnya tentang apa yang ditakutkan dari pembunuhan pengikut Fir’aun dan kekakuan lidahnya, karena pada lidahnya terdapat kekakuan yang menghalanginya dari banyak bicara. Lalu nabi Musa meminta Rabbnya agar dibantu oleh saudaranya, Harun, yang akan menjadi pendukung baginya dan menyampaikan kata-kata darinya, yang mana lidahnya sendiri tidak begitu lancar berbicara. Maka Allah Ta’ala pun mengabulkan permintaannya, lalu dia melepaskan kekakuan lidahnya, sehingga bicaranya lancar.

c. Patofisiologi Murottal Al Quran

1) Pengaruh Menghafal Al Quran terhadap Sel

Tubuh manusia diciptakan Alloh SWT dari unsur air dan terbentuk dari sel-sel. Setiap sel bekerja sesuai dengan peran dan fungsinya (Sherwood, 2001; Ignatavicius & Workman, 2006), sehingga tubuh memiliki keseimbangan yang baik. Kerusakan salah satu sel tubuh akan menyebabkan ketidakseimbangan bagi individu atau menimbulkan sakit (Ma’mun, 2011; AlKahel, 2011). Elzaky (2011); Izzat & Arif (2011) menyatakan bahwa sel tubuh pada manusia sangat dipengaruhi oleh berbagai hal antara lain: gelombang cahaya, gelombang radio, dan gelombang suara. Secara prinsip getaran sel mengikuti irama dan bentuk tertentu yang dipengaruhi oleh sumber suara. Suara yang masuk ketelinga akan mempengaruhi sel-sel tubuh secara kontinu. Bagian sel tubuh yang sakit, kemudian diperdengarkan bacaan Al Quran, akan memengaruhi gelombang dalam tubuh dengan cara merespon suara dengan getaran-getaran sinyalnya dikirimkan ke sistem saraf pusat (AlKahel, 2011). Hal ini didukung Qadri (2003) bahwa pergerakan sel yang sakit dengan adanya gelombang suara yang masuk turut memperbaiki sel tubuh dengan cara suara akan berinteraksi dengan tubuh sehingga menimbulkan keteraturan. Hal ini diperkuat oleh penelitian Emoto (2011) dari Jepang, bahwa 70% bagian tubuh manusia adalah air dan medan elektromagnetis dan perubahannya dipengaruhi oleh suara. Suara atau bacaan Al Quran berpengaruh

besar terhadap partikel-partikel air didalam tubuh sehingga menjadi lebih baik dan meningkatkan kesembuhan.

2) Pengaruh Al Quran terhadap Imunitas.

Hasil penelitian yang telah dilakukan Dr. Al Qadhi, direktur utama *Islamic Medicine Institute for Education and Research* di Florida, Amerika Serikat, tentang pengaruh mendengarkan ayat suci Al Quran pada manusia terhadap perspektif fisiologis dan psikologis. Berhasil membuktikan hanya dengan mendengarkan bacaan ayat-ayat Al Quran dapat merasakan perubahan fisiologis dan psikologis yang sangat besar. Dari hasil penelitian tersebut menunjukkan 97%, bahwa mendengarkan ayat suci Al Quran memiliki pengaruh mendatangkan ketenangan dan menurunkan ketegangan urat syaraf reflektif (Remolda, 2009; Sadeghi, 2011). Murottal merupakan rekaman suara Al Quran yang dilagukan oleh seorang Qori' (pembaca Al Quran) (Purna, 2006).

Lantunan Al Quran secara fisik mengandung unsur suara manusia, suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik (Heru, 2008; Nasrollahi, 2010). Terapi murotal menggunakan *tape recorder*, pita kaset bacaan Al Quran dan *ear phone* yang terdiri dari suratan pendek pada juz 30 yang lebih mudah dihafal dan familiar dalam pendengaran orang, diperdengarkan selama 15 menit sejalan dengan penelitian Cooke, Chaboyer dan Hiratos (2005) memberikan dampak psiko-

logis ke arah positif, hal ini dikarenakan ketika murotal diperdengarkan dan sampai ke otak, maka murotal ini akan diterjemahkan oleh otak.

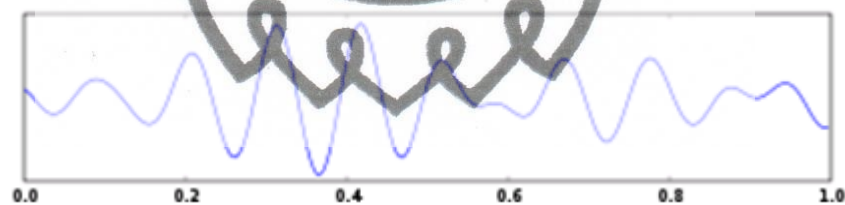
Gelombang alpha (8–12 Hz) adalah gelombang otak (*brainwave*) yang terjadi pada saat seseorang yang mengalami relaksasi atau mulai istirahat dengan tanda-tanda mata mulai menutup atau mulai mengantuk. Seseorang menghasilkan gelombang alpha setiap akan tidur, tepatnya masa peralihan antara sadar dan tidak sadar. Fenomena gelombang alpha banyak dimanfaatkan oleh para pakar hypnosis untuk mulai memberikan sugesti kepada pasiennya. Orang yang memulai meditasi (meditasi ringan) juga menghasilkan gelombang alpha. Frekwensi alpha, merupakan frekwensi pengendali, penghubung pikiran sadar dan bawah sadar. Alpha adalah pikiran yang paling cocok untuk pemrograman bawah sadar. Seseorang yang sedang rileks, melamun atau berkhayal gelombang otaknya berada dalam frekuensi ini. Kondisi ini merupakan pintu masuk atau keluarnya potensi dari alam bawah sadar.

Anak-anak balita selalu berada dalam kondisi alpha. Itu sebabnya mereka mampu menyerap informasi secara cepat. Dalam kondisi gelombang ini, otak memproduksi hormon serotonin dan endorfin yang menyebabkan seseorang merasa tenang, nyaman dan bahagia (Tumiran *et al.*, 2015; Sadeghi, 2011). Orang yang mendengarkan murottal Al Quran setelah diperiksa dengan EEG menghasilkan gelombang alpha yang maksimal. Gelombang alpha akan membuat imunitas meningkat, pembuluh darah terbuka lebar, detak jantung menjadi stabil, dan kapasitas indra kita meningkat (Zulkurnaini *et al.*, 2012).

Gelombang otak alpha adalah jenis gelombang yang frekuensinya sedikit lebih lambat dibandingkan gelombang otak beta. Alpha berhubungan dengan kondisi pikiran yang rileks dan santai (Fathilkamal *et al.*, 2001; Zulkurnaini *et al.*, 2012). Dalam kondisi alpha, pikiran dapat melihat gambaran mental secara sangat jelas dan dapat merasakan sensasi dengan lima indra dan apa yang terjadi atau dilihat dalam pikiran. Gelombang otak Alpha adalah *commit to user* pintu gerbang bawah sadar. Manfaat

gelombang otak alpha yang utama dan paling penting adalah sebagai gerbang bawah sadar, karena merupakan jembatan penghubung antara pikiran sadar dan bawah sadar. Alpha memungkinkan kita untuk menyadari keberadaan mimpi dan keadaan meditasi terdalam yang kita capai. Tanpa alpha, kita tidak akan dapat mengingat mimpi dan meditasi yang sangat dalam saat kita terbangun atau selesai bermeditasi (Yunus, 2015).

Gelombang ini terjadi saat santai membaca buku, memerhatikan lukisan indah, melihat ikan-ikan di dalam akuarium, atau bermain dengan binatang peliharaan. Kondisi ini dikenal sebagai kondisi hipnosis ringan. Banyak percakapan atau komunikasi yang efektif terjadi ketika teman bicaranya berada dalam kondisi ini (Setiawan *et al.*, 2015). Hormon ini membuat imun tubuh meningkat, pembuluh darah terbuka lebar, detak jantung menjadi stabil, dan kapasitas indra kita meningkat (Sentanu, 2007). Otak alpha ini kecerdasannya melebihi otak sadar beta karena perhatiannya ditujukan lebih fokus pada satu perhatian sehingga bisa memahami objek dengan lebih tepat (Yuwono, 2010).



Gambar 2.8 Gelombang Alpha, Sumber: (Haryanto, 2011)

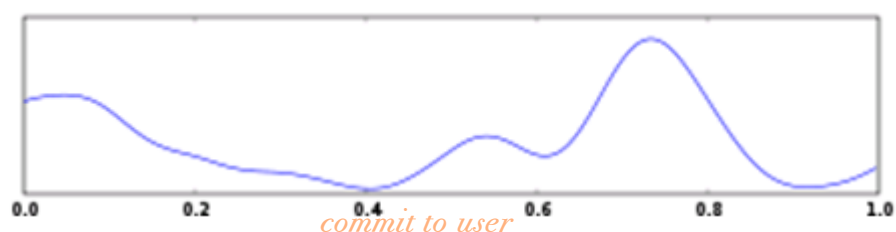
3) Pengaruh Al Quran terhadap Penyembuhan

Hasil penelitian Abdurrochman (2008) bahwa stimulan Al Quran dapat dijadikan sebagai terapi relaksasi bahkan lebih baik dibandingkan dengan stimulan terapi musik, karena stimulan Al Quran dapat memunculkan gelombang delta sebesar 63,11% dari terapi musik. Kenaikan gelombang delta juga mencapai persentasi tertinggi sebesar 1.057%. Stimulan Al Quran ini sering memunculkan gelombang delta di daerah frontal dan sentral baik di sebelah kanan maupun di sebelah kiri otak. Hal ini terjadi dikarenakan frekuensi gelombang bacaan Al Quran

memiliki kemampuan untuk memprogram ulang sel-sel otak, meningkatkan kemampuan serta menyeimbangkannya.

Gelombang delta adalah gelombang otak yang paling lambat dan yang paling rendah pada otak manusia. Pada saat kita tertidur lelap (*deep sleep*), otak hanya menghasilkan gelombang delta agar dapat istirahat dan memulihkan kondisi fisik (Fathilkamal *et al.*, 2001; Zulkurnaini *et al.*, 2012). Pada orang tertentu, saat dalam kondisi sadar, gelombang delta dapat muncul bersama dengan gelombang lainnya. Dalam keadaan itu, delta bertindak sebagai "radar" yang mendasari kerja intuisi, empati, dan tindakan yang bersifat insting. Gelombang delta sering tampak dalam diri orang yang profesinya bertujuan membantu orang lain, orang-orang yang perlu memahami kondisi mental, psikologis, atau emosi orang lain. Orang yang berprofesi sebagai "penyembuh" dan orang yang sangat mengerti orang lain biasanya mempunyai gelombang delta dalam kadar yang tinggi (Solihudin, 2010). Pada fase delta, terjadi proses penyembuhan diri secara alamiah seperti perbaikan kerusakan jaringan dengan aktif menumbuhkan sel-sel baru/terjadi regenerasi sel.

Otak balik sadar ini mempunyai tingkat kecerdasan tertinggi karena bisa memahami latar belakang di balik objek permasalahan yang diamati lebih daripada hanya mengerti gejala dan penyebabnya. Secara fisik, otak balik sadar ini terletak di bagian otak inti yang disebut medulla oblongata. Ada juga yang mengatakan terletak di lobus temporalis yang berfungsi sebagai *God Spot*, yaitu pada bagian spiritual roh kita yang dapat terhubung dengan Tuhan. Otak balik sadar delta ini mulai berfungsi sejak janin dalam kandungan usia 100 hari. Saat itu, roh mulai ditiupkan Tuhan ke dalam janin di rahim ibu (Yunus, 2014).



Gambar 2.9 Gelombang Delta ,Sumber: (Haryanto, 2011)

Gelombang delta merupakan gelombang otak yang paling lambat, yaitu memiliki frekuensi sekitar 0,1-4 Hz. Delta merupakan frekuensi dan pikiran semi sadar. Otak dapat menghasilkan gelombang delta pada saat tidur lelap, yang bertujuan untuk memulihkan kondisi fisik. Gelombang delta adalah gelombang otak (*Brainwave*) yang memiliki amplitudo yang besar dan frekuensi yang rendah, yaitu dibawah 4 Hz. Otak seseorang menghasilkan gelombang ini ketika tertidur lelap, tanpa mimpi (*deep sleep*). Fase delta adalah fase istirahat bagi tubuh dan pikiran. Tubuh akan melakukan proses penyembuhan diri, memperbaiki kerusakan jaringan, dan aktif memproduksi sel-sel baru saat tertidur lelap.

13. Tingkat Kemandirian

a. Pengertian Kemandirian

Menurut Steinberg *et al.* (2002) kemandirian adalah kemampuan individu untuk bertindak laku secara seorang diri. Steinberg *et al.* (2006) juga menjelaskan bahwa kemandirian adalah kemampuan untuk mengatur perilaku sendiri untuk memilih dan memutuskan sendiri serta mampu melakukannya tanpa tergantung pada orang lain.

Pendapat lain dikemukakan oleh Lerner (2001) yang menyatakan bahwa kemandirian merupakan kemampuan seseorang untuk tidak tergantung pada orang lain serta bertanggung jawab atas apa yang dilakukan. Menurut Avolio *et al.* (2004) yang mengatakan kemandirian sebagai perilaku yang aktivitasnya diarahkan pada diri sendiri, tidak mengharapkan pengarahan dari orang lain dan mencoba menyelesaikan masalahnya sendiri tanpa meminta bantuan dari orang lain.

Zulfajri *et al.* (2009) mengatakan kemandirian adalah kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepeentingannya sendiri tanpa bergantung dengan orang lain. Sedangkan Abraham (1994) mengungkapkan kemandirian adalah salah satu karakteristik yang

dimiliki oleh orang-orang yang mampu mengaktualisasikan diri dan didorong oleh motivasi untuk berkembang sebagai kepuasan utama.

Menurut Ryan *et al.* (2001) kemandirian diartikan sebagai kemampuan untuk mengatur tingkah laku, menyeleksi, dan membimbing keputusan atau tindakan seseorang tanpa pengawasan. Maryam (2008) mengatakan kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif.

Mu'tadin (2002) kemandirian mengandung pengertian suatu keadaan dimana seseorang yang memiliki keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi, memiliki kepercayaan diri dalam mengerjakan tugas-tugasnya, bertanggung jawab terhadap apa yang dilakukan. Mu'tadin (2002) juga menambahkan bahwa kemandirian merupakan suatu sikap dimana individu akan terus belajar untuk bersikap mandiri dalam menghadapi berbagai situasi dilingkungan sehingga individu pada akhirnya akan mampu berpikir dan bertindak sendiri.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa kemandirian menurut Steinberg adalah kemampuan individu untuk bersikap dan berperilaku sendiri untuk memilih dan memutuskan sendiri serta mampu melakukannya tanpa tergantung pada orang lain.

b. Dimensi kemandirian

Steinberg *et al.* (2002) membagi kemandirian dalam tiga dimensi, yaitu:

1) Kemandirian perilaku (*behavioral autonomy*)

Kemandirian perilaku mencakup kemampuan untuk meminta pendapat orang lain jika diperlukan, menimbang berbagai pilihan yang ada dan pada akhirnya mampu membuat keputusan dengan mandiri dan dapat mempertanggungjawabkannya. Dalam dimensi ini terdapat beberapa indikator. Pertama, *changes in decision-making* (perubahan dalam kemampuan mengambil keputusan), yang meliputi dalam menyadari konsekuensi yang muncul pada pengambilan keputusan, dan menghargai serta berhati-hati terhadap saran yang diterima. Kedua, *changes in susceptibility* (perubahan kerentanan), perubahan dalam pe-

nyesuaian terhadap kerentanan pengaruh-pengaruh dari luar yang berupa menghabiskan waktu di luar keluarga dan mampu mempertimbangkan berbagai alternatif dari tindakan. Ketiga, *changes in feelings of self reliance* (perubahan dalam perasaan percaya diri), perubahan dalam rasa percaya diri serta mampu mengekspresikan tindakannya.

2) Kemandirian emosi (*emotional autonomy*)

Kemandirian emosi didefinisikan sebagai sebuah aspek dari kemandirian yang menyatakan perubahan hubungan individual dengan orang terdekat. Seperti hubungan emosional dengan keluarganya. Dalam dimensi ini terdapat beberapa indikator. Pertama, *de-idealized* (tidak diidealkan), mampu memandang orang terdekat sebagaimana adanya, maksudnya tidak memandang sebagai orang yang sempurna dalam melakukan kesalahan. Kedua, *seeing parent as people* (menghormati orang lain), mampu memandang orang terdekat seperti orang lainnya yang dapat menempatkan posisi sesuai dengan situasi dan kondisi. Ketiga, *non dependency* (tidak tergantung orang lain), mampu lebih bersandar pada kemampuan dirinya sendiri, daripada membutuhkan bantuan orang terdekatnya, tetapi tidak sepenuhnya lepas dari pengaruh orang terdekatnya. Keeempat, *individuated*, mampu dan memiliki kelebihan secara pribadi untuk mengatasi masalah dalam hubungannya dengan orang terdekat ataupun keluarganya. Lansia percaya bahwa ada sesuatu tentang lansia yang tidak diketahui oleh keluarganya.

3) Kemandirian nilai (*value autonomy*)

Kemandirian nilai merupakan kemampuan seseorang untuk mengambil keputusan sendiri dan lebih berpegang pada prinsip yang dimiliki. Dengan kata lain, menggambarkan kemampuan untuk bertahan pada tekanan apakah akan mengikuti permintaan orang lain yang dalam arti memiliki prinsip tentang benar atau salah, tentang apa yang penting dan tidak penting. Kemandirian memiliki beberapa indikator. Pertama, *moral development* (perkembangan moral), bagaimana bertindak dalam suatu situasi, bila dikaitkan dengan perilaku menolong, indivi-

du bersedia menolong sesama. Kedua, *political thinking* (pemikiran politik), mampu berpikir lebih abstrak, misalnya bila ditanya apa tujuan hukum mungkin akan dijawab untuk memberi kenyamanan, menuntun orang sehingga tidak sebatas untuk membuat orang tidak mencuri. Ketiga, *religious belief* (keyakinan agama), seperti moral dan kepercayaan prinsip menjadi lebih baik, kepercayaan lebih berorientasi pada spiritual dan bukan hanya mengamati pada kebiasaan agama. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa dimensi kemandirian adalah kemandirian perilaku (*behavioral autonomy*), kemandirian emosi (*emotional autonomy*) dan kemandirian nilai (*value autonomy*). Aktivitas hidup sehari-hari (*Activities of Daily Living* = ADL) merupakan salah satu parameter fungsional dalam menilai *outcome stroke*. Para penderita yang selamat dari serangan stroke mengalami *impairment* yang akan mengganggu dalam kegiatan aktivitas hidup sehari-hari mereka (Nakao S. *et al.*, 2010).

Ada beberapa instrumen yang dipakai untuk menilai ADL, diantaranya: *indeks Barthel*, *Katz index of ADL* dan *Kenny Self-Care Evaluation*. Yang paling sering digunakan adalah *Indeks Barthel*. Jenis aktivitas kehidupan sehari-hari yang dinilai dalam skala *Indeks Barthel* terdiri dari 10 item meliputi fungsi *bowel*, *bladder*, perawatan diri, penggunaan toilet, makan, transfer, mobilitas, berpakaian, naik tangga, dan mandi. Indeks Barthel mula-mula dipublikasikan oleh Barthel dan Mahoney pada tahun 1965. Skala ini juga dapat digunakan untuk penyakit kronik lain yang mengalami disabilitas seperti paska stroke (Stein *et al.*, 2009). Penggunaan indeks Barthel sangat mudah yaitu dengan cara anamnesis dan observasi, dan dapat dilakukan oleh perawat, fisioterapis dan dokter dalam waktu yang relatif singkat. Reabilitasnya tinggi yaitu lebih dari 0,95 dan telah digunakan secara luas di USA, Inggris dan Jepang (Godefroy *et al.*, 1999).

14. Kualitas Hidup

a. Pengertian Kualitas Hidup

Menurut WHO (1996) kualitas hidup atau *Quality of Life* adalah persepsi individual tentang posisi di masyarakat dalam konteks nilai dan budaya terkait adat setempat dan berhubungan dengan keinginan dan harapan yang merupakan pandangan multidimensi, yang tidak terbatas hanya dari fisik melainkan juga dari aspek psikologis. Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* group, didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan menjadi perhatian seseorang.

Hal ini sejalan dengan pendapat Gill & Feinstein (1994), yang mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan, dalam hubungannya dengan sistem budaya dan nilai setempat dan berhubungan dengan cita-cita, pengharapan, dan pandangan-pandangannya, yang merupakan pengukuran multidimensi, tidak terbatas hanya pada efek fisik maupun pengobatan psikologis.

Pengertian kualitas hidup masih menjadi suatu permasalahan, sampai saat ini belum ada suatu pengertian yang dapat diterima secara universal untuk menilai kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup merupakan suatu ide yang abstrak yang tidak terkait oleh tempat atau waktu, bersifat situasional dan meliputi berbagai konsep yang saling tumpang tindih (Kingham & Gamlin, 2004). Sedangkan Farquahar (1995) menjelaskan bahwa kualitas hidup merupakan suatu model konseptual, yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif seseorang dengan berbagai macam istilah terhadap dimensi kehidupan. Dengan demikian pengertian kualitas hidup ini akan berbeda bagi orang sakit dan orang sehat.

Kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap kemampuan, keterbatasan, gejala, dan kondisi psikososial hidupnya untuk berfungsi dan menjalankan bermacam-macam perannya secara memuaskan (Donner,

Karone, & Bertoliti, 1997). Sedangkan, Molken, *et al.* (1995) mengungkapkan bahwa kualitas hidup merupakan konsep yang meliputi fisik dan psikologis secara keseluruhan dalam menilai persoalan sosial dan kehidupan. Lebih lanjut, Polonsky (2000) mengatakan bahwa untuk mengetahui bagaimana kualitas hidup seseorang maka dapat diukur dengan mempertimbangkan penilaian akan kepuasan seseorang terhadap status fisik, psikologis, sosial, lingkungan, dan spiritual.

Kualitas hidup dapat berarti kehidupan yang baik dan kehidupan yang baik berarti mempunyai hidup dengan kualitas yang tinggi (Ventegodt, 2003). Kualitas hidup merupakan konsep yang meliputi fisik dan psikologis secara keseluruhan dalam menilai persoalan sosial dan kehidupan (Molken *et al.*, 1995). Sedangkan menurut Donner *et al.* (1997) kualitas hidup secara umum adalah keadaan individu dalam lingkup kemampuan, keterbatasan, gejala dan sifat psikososial untuk berfungsi dan menjalankan bermacam-macam perannya secara memuaskan.

Definisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain.

Menurut Schipper yang dikutip oleh Ware (1992) mengemukakan kualitas hidup sebagai kemampuan fungsional akibat penyakit dan pengobatan yang diberikan menurut pandangan atau perasaan pasien. Menurut Donald yang dikutip oleh De Haan *et al.* (1995) kualitas hidup berbeda dengan status fungsional, dalam hal kualitas hidup mencakup evaluasi subyektif tentang dampak dari penyakit dan pengobatannya dalam hubungannya dengan tujuan, nilai dan harapan seseorang, sedangkan status fungsional memberikan suatu penilaian obyektif dari kemampuan fisik dan emosional pasien.

b. Ruang Lingkup Kualitas Hidup

Secara umum terdapat 6 bidang (domains) yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh WHO (*World Health Organization, 2004*), bidang tersebut adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial, lingkungan dan spritual, agama serta keyakinan personal, sedangkan secara rinci bidang-bidang yang termasuk kualitas hidup adalah sebagai berikut:

- 1) Kesehatan fisik (*physical health*): kesehatan umum, nyeri, energi dan vitalitas, aktivitas seksual, tidur dan istirahat.
- 2) Kesehatan psikologis (*psychological health*): gambaran diri (*body image*) dan penampilan, perasaan negatif, perasaan positif, konsep diri, cara berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
- 3) Tingkat ketergantungan (*level of independence*): pergerakan, aktivitas sehari-hari, ketergantungan terhadap substansi obat dan bantuan medis, kemampuan bekerja.
- 4) Hubungan sosial (*social relationship*): hubungan sosial, dukungan sosial, aktivitas seksual.
- 5) Lingkungan (*environment*): sumber finansial, kebebasan, keselamatan dan kemampuan, perawatan kesehatan dan sosial: kemudahan akses dan kualitas, lingkungan kesehatan, kesempatan untuk mendapatkan informasi dan ketrampilan, partisipasi dalam masyarakat dan kesempatan rekreasi dan waktu luang, lingkungan fisik (polusi, bising, lalu lintas dan cuaca), transportasi.
- 6) Spritual, agama dan keyakinan: spritual, agama dan keyakinan personal.

c. Pengukuran Kualitas Hidup

Ada banyak instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup. Untuk menetapkan kualitas hidup penderita stroke kita harus memilih instrumen yang sesuai. Usulan yang dikemukakan Almborg (2010) diantaranya adalah menjelaskan hubungan antara konsep kualitas hidup pada penderita pasca stroke dalam penelitiannya yang berjudul *“Discharge after stroke-importan factor for health. Realeted Quality of*

Life". Penelitian *outcome* penderita stroke memerlukan skala kualitas hidup yang spesifik yang memfokuskan pada masalah spesifik penderita stroke. Instrumen harus dapat membedakan efek akibat stroke dengan akibat bertambahnya umur pada penderita stroke untuk menghindari pengaruh efek gangguan somatik dalam pengukuran emosional (Sohlberg *et al.*, 2001). Salah satu instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien pasca stroke adalah dengan EuroQoL, yang juga digunakan dalam penelitian ini.

1) Pengukuran kualitas hidup dengan WHOQoL-BREF

Menurut WHOQoL-BREF terdapat empat dimensi mengenai kualitas hidup yang meliputi (Lopez & Snyder, 2003):

a) Dimensi kesehatan fisik, yaitu kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja. Hal ini terkait dengan *private self consciousness* (kesadaran diri pribadi) yaitu mengarahkan tingkah laku ke perilaku *covert* (tersembunyi), dimana individu lain tidak dapat melihat apa yang dirasakan dan dipikirkan individu secara subjektif.

b) Dimensi kesehatan psikologis, yaitu terkait dengan keadaan mental individu.

Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Kesejahteraan psikologis mencakup *bodily image* dan *appearance* (kepribadian dan penampilan diri),

perasaan positif, perasaan negatif, *self esteem* (harga diri), keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, penampilan dan gambaran jasmani. Apabila dihubungkan dengan *private self consciousness* (kesadaran diri pribadi), adalah individu merasakan sesuatu apa yang ada dalam dirinya tanpa ada orang lain mengetahuinya, misalnya memikirkan apa yang kurang dalam dirinya.

- c) Dimensi hubungan sosial, yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial; aktivitas seksual. Hubungan sosial terkait akan *public self consciousness* (kesadaran diri publik), yaitu bagaimana individu dapat berkomunikasi dengan orang lain.
- d) Dimensi lingkungan, yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber *financial* (keuangan), kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun ketrampilan; partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim; serta transportasi. Berfokus pada *public self consciousness* (kesadaran diri publik), dimana individu memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

2) Pengukuran kualitas hidup pasien pasca stroke dengan EuroQoL.

Banyak penelitian yang dilakukan untuk menilai efek terapi pada *outcome* penderita stroke hanya menggunakan pengukuran derajat *impairment* (dengan skala neurologis seperti skor Orgogozo, skala Kanadian, Skala Mathew) dan derajat disabilitas (misalnya dengan indeks Barthel). Akan tetapi pengukuran dengan kedua instrumen tersebut tidak menilai kesulitan seperti masalah psikologis dan fungsi sosial yang seringkali menjadi problem utama pada penderita pasca stroke. Oleh karena itu untuk menilai *outcome* yang terbaik adalah dengan menilai kualitas hidup. Ada banyak instrumen yang dapat digunakan untuk kualitas hidup. Diantaranya adalah EuroQoL. EuroQoL adalah suatu instrumen untuk menilai kualitas hidup yang menggambarkan profil status kesehatan secara sederhana dalam lima dimensi meliputi mobilitas, perawatan diri, fungsi sosial, nyeri dan psikologis.

Pengukuran dengan EuroQoL untuk menilai kualitas hidup mempunyai relevansi yang tinggi pada pasien stroke. Pertanyaan-pertanyaannya singkat dan cukup sederhana sehingga kebanyakan penderita stroke dapat mengisinya sendiri tanpa bantuan, meskipun mengalami defisit kognitif, motorik dan sensorik. Jika dibandingkan dengan SF 36, proporsi pasien yang dapat melengkapi sendiri pertanyaan-pertanyaan lebih tinggi pada EuroQoL.

4) *The Medical Outcome Study (MOS). Item SF-36 Health Survey*

SF-36 adalah instrumen survei kesehatan yang singkat dengan 36 pertanyaan. Untuk mencapai beberapa tujuan SF-36 digunakan sejak tahun 1970 oleh Ware & Sherbourne dan distandarkan pada tahun 1990. SF-36 terdiri dari 2 domain yaitu domain fisik dan mental. Setiap domain terdiri dari 4 sub area. Setiap sub area terdiri dari beberapa pertanyaan. Sub area pada domain fisik terdiri (a) *physical function* (10 pertanyaan tentang semua aktivitas fisik termasuk mandi dan berpakaian), (b) *role physical* (4 pertanyaan tentang pekerjaan dan aktivitas sehari-hari), (c) *bodily pain* (2 pertanyaan tentang rasa sakit yang dirasakan), dan (d)

general health (5 pertanyaan tentang kesehatan individu). Sedangkan sub area pada domain mental terdiri dari (e) *mental health* (5 pertanyaan tentang perasaan seperti depresi, senang), (f) *role emotional* (3 pertanyaan tentang masalah pekerjaan yang berdampak pada status emosi), (g) *social function* (3 pertanyaan tentang aktivitas sosial yang berkaitan tentang masalah fisik dan emosi), dan (h) *vitality* (4 pertanyaan tentang vitalitas yang dirasakan oleh pasien). Uji reliabilitas untuk skor fisik dan mental adalah 0,80 dan r tabel = 0,40 (Ware, 2000).

d. Kualiatas hidup penderita stroke

Kualitas hidup merupakan pengalaman subjektif akan dipengaruhi oleh kemampuan individu dalam memahami hidupnya. Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penderita pasca serangan stroke. Faktor fisik, dan fungsional sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita stroke. Ahlsio *et al.* (2008) menemukan bahwa pada penderita pasca serangan stroke dengan keterbatasan gerak mempunyai kualitas hidup lebih rendah dari pada tanpa keterbatasan gerak. Ditemukan pula bahwa penderita dengan keterbatasan fisik pasca serangan stroke mengalami gangguan psikologis diantaranya depresi dan stres.

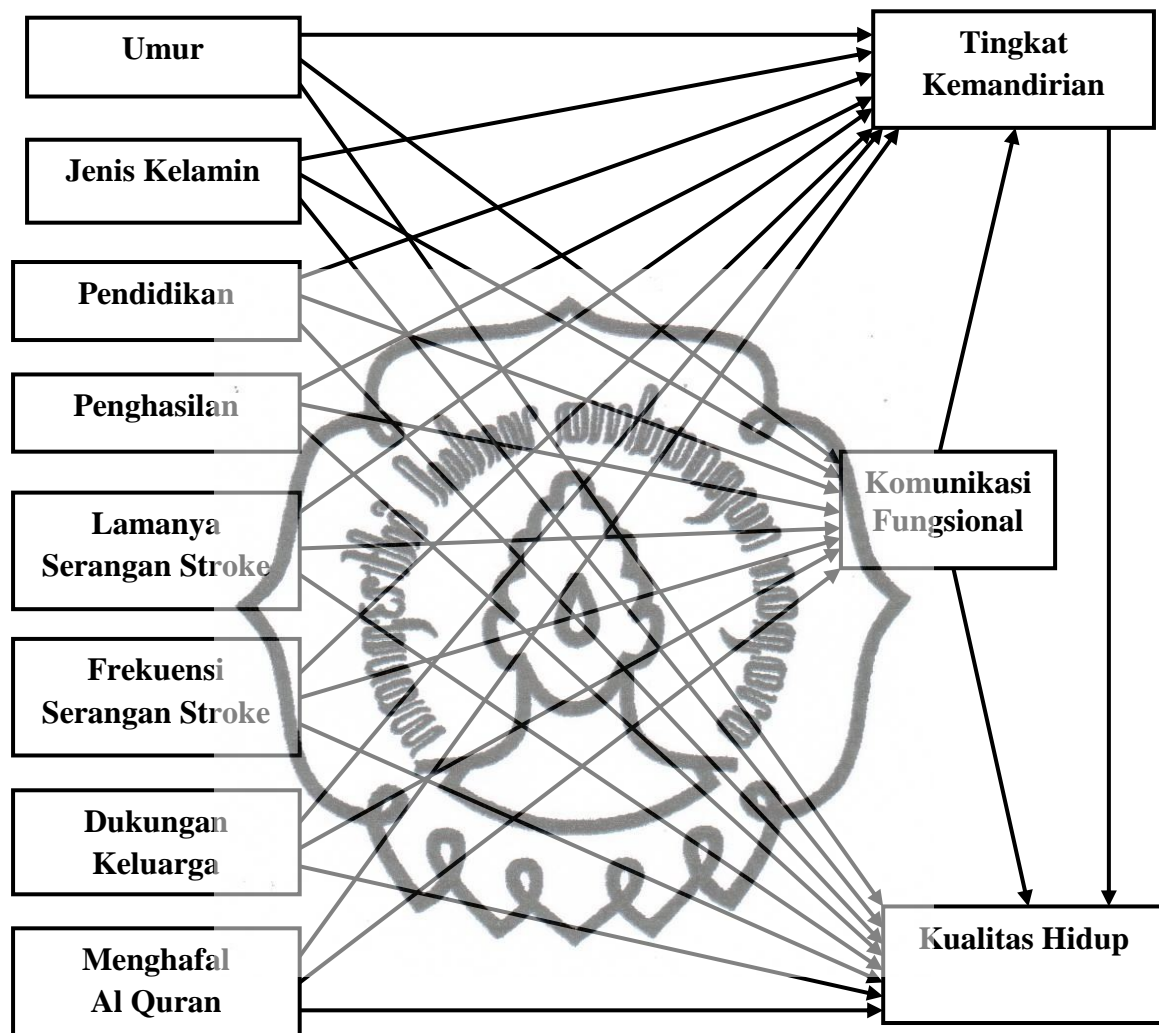
Marcel *et al.* (2008) menemukan bahwa masalah psikologis sangat mempengaruhi kualitas hidup penderita pasca serangan stroke. Masalah psikologis yang dirasakan oleh kebanyakan penderita pasca serangan stroke adalah depresi, kecemasan dan kelelahan psikologis atau ketidakberdayaan. Dalam hal ini ditemukan pula bahwa ada perbedaan kualitas hidup penderita laki-laki dengan wanita. Persepsi tentang kualitas hidup dan kondisi psikologis penderita pasca serangan stroke sangat mempengaruhi keberhasilan dari program rehabilitasi pasca stroke. Pemahaman dan pengkajian kualitas hidup diharapkan dapat menentukan perencanaan dan program antisipasi sehingga proses rehabilitasi pasca stroke dapat berhasil dengan baik (Hickey, 1997).

Forsberg dan Blomstrand (2004) menemukan bahwa penderita pasca serangan stroke yang diberikan intervensi keperawatan untuk meningkatkan

kesejahteraan psikologis, memiliki kualitas hidup yang lebih baik dari pada yang tanpa intervensi keperawatan. Ditemukan pula bahwa mekanisme koping pasien yang diberi intervensi keperawatan tersebut meningkat, sehingga masalah psikologis juga menurun. Bays dan Cathy (2001) menemukan bahwa kualitas hidup penderita pasca serangan stroke dipengaruhi oleh kerusakan psikologis, parahnya kerusakan fisik, tingkat keparahan afasia yang dialami penderita, reaksi yang tidak adekuat terhadap penyakitnya, pesimis dan ketidakmampuan untuk kembali bekerja. Dua puluh persen sampai tujuh puluh persen dari kualitas hidup penderita dipengaruhi oleh adanya depresi (gangguan psikologis), kemampuan komunikasi fungsional dan hubungan sosial dengan sekitarnya.

B. Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir memuat teori, dalil atau konsep-konsep yang akan dijadikan dasar dalam penelitian. Uraian kerangka berpikir menjelaskan pengaruh dan keterkaitan antara variabel penelitian (Murti, 2018). Kerangka berpikir penelitian ini dapat dilihat pada Gambar 2.10 berikut ini:



Gambar 2.10 Kerangka Berpikir Penelitian

C. Hipotesis

1. Diduga variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, penghasilan, frekuensi stroke, lamanya stroke, menghafal Al Quran dan dukungan keluarga berpengaruh secara positif terhadap komunikasi fungsional baik secara parsial maupun gabungan pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.
2. Diduga variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, penghasilan, frekuensi stroke, lamanya stroke, menghafal Al Quran, dukungan keluarga berpengaruh secara positif terhadap kemandirian baik secara parsial maupun

gabungan pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.

3. Diduga variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, penghasilan, frekuensi stroke, lamanya stroke, menghafal Al Quran dan dukungan keluarga berpengaruh secara positif terhadap kualitas hidup baik secara parsial maupun gabungan pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.
4. Diduga variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, penghasilan, frekuensi stroke, lamanya stroke, menghafal Al Quran dan dukungan keluarga berpengaruh secara positif terhadap kualitas hidup melalui komunikasi fungsional pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.
5. Diduga variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, penghasilan, frekuensi stroke, lamanya stroke, menghafal Al Quran dan dukungan keluarga berpengaruh secara positif terhadap kualitas hidup melalui kemandirian pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.
6. Diduga variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, penghasilan, frekuensi stroke, lamanya stroke, menghafal Al Quran, dukungan keluarga, komunikasi fungsional dan kemandirian berpengaruh secara positif terhadap kualitas hidup baik secara parsial dan gabungan pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.
7. Diduga menghafal Al Quran mempunyai pengaruh paling besar terhadap kualitas hidup tanpa harus melalui komunikasi fungsional dan kemandirian pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.