

**SKRIPSI**

**GAMBARAN DISTRES PSIKOLOGIS PADA PASIEN STROKE  
DI STROKE CENTER RSKD DADI PROVINSI SULAWESI SELATAN**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi*

*Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan*



**OLEH :**

**NUR MUTMAINNAH**

**R011201104**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**2024**

**HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI**  
**GAMBARAN DISTRES PSIKOLOGIS PADA PASIEN STROKE DI STROKE**  
**CENTER RSKD DADI PROVINSI SULAWESI SELATAN**



Oleh:

**NUR MUTMAINNAH**

**R011201104**

Disetujui untuk diseminarkan oleh:

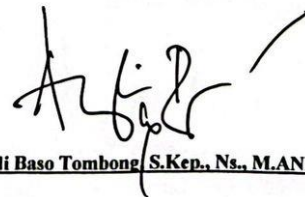
Dosen Pembimbing:

Pembimbing I



**Dr. Rosvidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. KMB**

Pembimbing II



**Andi Baso Tombong, S.Kep., Ns., M.ANP**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**GAMBARAN DISTRES PSIKOLOGIS PADA PASIEN STROKE DI  
STROKE CENTER RSKD DADI PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

Hari/Tanggal : Kamis, 06 Juni 2024

Waktu : 10.00 WITA – Selesai

Tempat : Ruang GPM Fakultas Keperawatan

Disusun Oleh:

**Nur Mutmainnah**

**R011201104**

Dan yang bersangkutan dinyatakan

**LULUS**

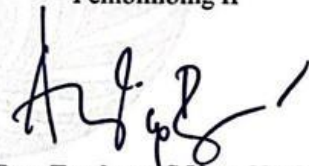
Dosen Pembimbing

Pembimbing I



**Dr. Rosvidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. KMB**  
NIP 198503042010122003

Pembimbing II



**Andi Baso Tombong, S.Kep., Ns., M.ANP**  
NIP 198612202011011007

Mengetahui,

Ketua Program Studi  
Ilmu Keperawatan,



**Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Si**  
NIP 197606182002122002

## **PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nur Mutmainnah

NIM : R011201014

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi sesuai aturan yang berlaku atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 14 Mei 2024

Yang membuat pernyataan



Nur Mutmainnah

## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum warahmatllahi wabarakatuh*

Puji syukur kehadiran Allah *Subhanahu wa Ta'ala* yang telah melimpahkan rahmat, karunia, serta nikmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Gambaran Distres Psikologis pada Pasien Stroke di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan”.

Selama penyusunan skripsi ini, tidak lepas dari bantuan oleh banyak pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada orang tua tercinta Penulis, yaitu Manggu'rangi dan Hawati, S.Pd, nenek tercinta saya, serta kakak-kakak saya Nur Miftahul Jannah, S.Pd, dan dr. Muhammad Ikhsan yang senantiasa tulus memberikan motivasi, do'a, keikhlasan, dan kesabaran yang tak henti-hentinya mengalir untuk penulis dan mendukung penulis baik dengan moral maupun materil selama penyusunan skripsi ini. Dengan segala kemurahan hati, penulis menganturkan banyak terimakasih kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
2. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Si selaku Ketua Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. KMB selaku dosen pembimbing pertama yang sabar dan memberikan arahan-arahan serta masukan dalam penyempurnaan penyusunan skripsi ini.

4. Andi Baso Tombong, S.Kep., Ns., M.ANP selaku pembimbing kedua yang selalu sabar dan memberikan arahan-arahan serta masukan dalam penyempurnaan penyusunan skripsi ini.
5. Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes selaku dosen penguji pertama yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini.
6. Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC., MN selaku dosen penguji kedua yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan arahan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini.
7. Kepada Mona, Zahrah, Wafiq, Nisa, dan juga terkhusus kepada pemilik NIM 6020012008, terima kasih telah membantu dan membersamai penulis hingga bisa mencapai ke titik ini.
8. Seluruh responden dan pihak-pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, terima kasih telah membantu saya dalam penyusunan skripsi ini.

Terima kasih atas bantuan dan arahan yang telah diberikan, Semoga Allah SWT membalas segala bantuan, dukungan, dan doa yang telah kalian berikan kepada saya dengan kebaikan yang berlimpah. Penulis menyadari penyusunan skripsi ini jauh dari kata sempurna, oleh karenanya atas kesalahan dan kekurangan dalam penulisan skripsi ini, Penulis memohon maaf dan bersedia menerima kritikan yang membangun.

Makassar, 08 Desember 2023

Penulis

## ABSTRAK

Nur Mutmainnah. R011201104. **GAMBARAN DISTRES PSIKOLOGIS PADA PASIEN STROKE DI STROKE CENTER RSKD DADI PROVINSI SULAWESI SELATAN.** Dibimbing oleh Rosyidah Arafat dan Andi Baso Tombong.

**Latar Belakang:** Gangguan kesehatan yang dialami pasien stroke bukan hanya mengganggu aspek fisik tetapi psikologisnya. Dampak psikologis penderita stroke adalah perubahan mental. Keadaan tersebut mengakibatkan penderita stroke merasa sebagai individu yang tidak berguna dalam melakukan berbagai aktivitas yang berisiko terhadap kualitas hidup, dan dapat menimbulkan tekanan psikologis seperti, stres, cemas, dan depresi.

**Tujuan penelitian:** Diketahui gambaran distres psikologis pasien stroke di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode deskriptif yang dilakukan terhadap 122 responden (purposive sampling) dari 169 populasi pasien stroke di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Perilaku Distres Psikologis diukur menggunakan kuesioner *General Health Questionnaire* (GHQ)-28.

**Hasil:** Dari 122 responden, teridentifikasi sebanyak 82 orang (67,2%) menunjukkan tingkat distres psikologis yang rendah. Sementara itu, 40 orang (32,8%) menunjukkan tingkat distress psikologis yang tinggi. Selain itu, diperoleh juga nilai *p-value* pada lama stroke (0,035) lebih kecil dari nilai taraf signifikansi (0,05). Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara kelompok responden dengan distres psikologis yang rendah dan kelompok responden dengan distres psikologis yang tinggi berdasarkan lama stroke responden.

**Kesimpulan dan Saran:** Dari 122 responden, terdapat 82 pasien stroke yang mengalami distres psikologis yang rendah di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Hal ini diharapkan mampu memberikan informasi bagi institusi pendidikan tentang gambaran distres psikologis pada pasien stroke, dan diharapkan juga dapat dilakukan pengembangan penelitian mengenai studi kuantitatif hubungan antara lama menderita stroke dengan distres psikologis pada pasien stroke di Kota Makassar.

**Kata kunci:** distres psikologis, pasien stroke

## ABSTRACT

Nur Mutmainnah. R011201104. **DESCRIPTION OF PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN STROKE PATIENTS AT THE STROKE CENTER RSKD DADI SOUTH SULAWESI PROVINCE.** Guided by Rosyidah Arafat and Andi Baso Tombong.

**Background:** Health problems experienced by stroke patients not only interfere with physical aspects but psychologically. The psychological impact of stroke patients is mental change. This situation results in stroke patients feeling as individuals who are useless in carrying out various activities that are at risk to quality of life, and can cause psychological distress such as stress, anxiety, and depression.

**Aim:** The psychological distress of stroke patients at the Stroke Center of Dadi General Hospital, South Sulawesi Province is known.

**Methods:** This study is a quantitative study with descriptive methods conducted on 122 respondents (purposive sampling) from 169 stroke patients in the Stroke Center of Dadi Hospital, South Sulawesi Province. Psychological Distress Behavior was measured using the General Health Questionnaire (GHQ)-28 questionnaire.

**Results:** Of the 122 respondents, 82 people (67.2%) showed low levels of psychological distress. Meanwhile, 40 people (32.8%) showed a high level of psychological distress. In addition, the p-value of stroke duration (0.035) is smaller than the significance level (0.05). Therefore, it can be concluded that there is a strong relationship between the group of respondents with low psychological distress and the group of respondents with high psychological distress based on the length of the respondent's stroke.

**Conclusion and Suggestion :** Of the 122 respondents, there were 82 stroke patients who experienced low psychological distress at the Stroke Center of Dadi General Hospital, South Sulawesi Province. This is expected to be able to provide information for educational institutions about the description of psychological distress in stroke patients, and it is also hoped that research development can be carried out regarding quantitative studies of the relationship between the length of time suffering from stroke and psychological distress in stroke patients in Makassar City.

**Keywords:** Psychological Distress, Patients Stroke



## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A.Latar Belakang Masalah.....	1
B.Rumusan masalah.....	5
C.Tujuan penelitian.....	6
D.Kesesuaian Penelitian dengan Roadmap Prodi .....	6
E. Manfaat penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A.Tinjauan tentang Stroke .....	8
B. Tinjauan tentang distres psikologis .....	17
BAB III KERANGKA KONSEP.....	28
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN .....	29
A.Rancangan Penelitian .....	29
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	29
C.Populasi dan Sampel .....	29
D.Variabel Penelitian .....	32
E. Instrumen Penelitian.....	34
F. Manajemen Data .....	37
G.Alur Penelitian .....	40
H.Etika Penelitian .....	41

BAB V HASIL PENELITIAN.....	44
A. Karakteristik pasien stroke di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan .....	45
B. Gambaran distres psikologis pada pasien stroke di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.....	47
C. Distres psikologis berdasarkan dengan karakteristik pasien stroke di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan .....	47
BAB VI PEMBAHASAN.....	50
A.Pembahasan Temuan.....	50
B.Implikasi dalam Praktik Keperawatan .....	66
C.Keterbatasan Penelitian .....	66
BAB VII PENUTUP .....	67
A.Kesimpulan .....	67
B.Saran.....	68
DAFTAR PUSTAKA .....	70
LAMPIRAN.....	79

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 1. Kerangka Konsep.....	28
Bagan 2. Alur Penelitian .....	39

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Defenisi Operasional.....	31
Tabel 2. Aspek/Dimensi <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ).....	38
Tabel 3. Distribusi frekuensi karakteristik pasien stroke.....	47
Tabel 4. Distribusi frekuensi distres psikologis.....	49
Tabel 5. Distribusi frekuensi distres psikologis berdasarkan dengan karakteristik pasien stroke.....	49

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian.....	51
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden .....	53
Lampiran 3. Lembar Instrumen Penelitian.....	54
Lampiran 4. Lembar Surat Persetujuan Penelitian.....	93
Lampiran 5. Lembar Surat Pengantar Izin Penelitian.....	94
Lampiran 6. Lembar Surat Etik Penelitian.....	95
Lampiran 7. Master Tabel.....	96
Lampiran 8. Hasil Uji SPSS.....	113
Lampiran 9. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	121

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Stroke adalah penyakit yang menempati peringkat kedua dalam hal jumlah kematian setelah penyakit jantung dan menjadi penyebab ketiga utama disabilitas di seluruh dunia (Kemenkes, 2019). Menurut *World Stroke Organization* pada tahun 2022, secara global, lebih dari 12,2 juta individu, atau satu dari empat orang di atas usia 25 tahun, berisiko mengalami stroke, yang setara dengan lebih dari 101 juta orang saat ini. Di antara mereka, lebih dari 7,6 juta kasus stroke iskemik baru, terjadi setiap tahun. Lebih dari 28% dari semua kasus stroke merupakan perdarahan intraserebral, dan terdapat 1,2 juta kasus perdarahan subarachnoid. Di Amerika Serikat, sekitar 795.000 orang mengalami stroke baru atau mengalami stroke berulang, dengan 610.000 di antaranya mengalami stroke pertama kali, sementara 185.000 mengalami stroke berulang.

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2018), ditemukan bahwa prevalensi ketergantungan total mencapai 13,9%, dengan stroke berat mencapai 9,4%, stroke sedang sebesar 7,1%, dan stroke ringan mencapai 33,3%. Di Indonesia, tiga provinsi dengan prevalensi stroke tertinggi (per 1.000 individu) adalah Kalimantan Timur (14,7%), DIY (14,6%), sementara provinsi dengan prevalensi terendah adalah Papua sebesar 4,1%. Kelompok umur dengan insiden stroke tertinggi adalah mereka yang berusia 75 tahun ke atas, mencapai 50,2%, sementara

kelompok usia 15 hingga 24 tahun memiliki insiden terendah, yaitu 0,6%. Prevalensi stroke pada pria dan wanita hampir sama, masing-masing sekitar 11% dan 10%.

Gejala stroke dapat bervariasi, mencakup aspek fisik, psikologis, dan perilaku. Gejala fisik yang paling umum adalah kelemahan atau bahkan kelumpuhan pada anggota tubuh, hilangnya sensasi di wajah, bibir yang tidak simetris, kesulitan berbicara (afasia) atau bicara tersendat, kesulitan menelan, penurunan kesadaran, nyeri kepala (vertigo), mual dan muntah, serta hilangnya penglihatan pada satu sisi atau mungkin menyebabkan kebutaan (Sari et al., 2018).

Stroke menyebabkan kelumpuhan sebelah bagian tubuh (hemiplegia). Kelumpuhan sebelah bagian tubuh kanan atau kiri, tergantung dari kerusakan otak. Bila kerusakan terjadi pada bagian bawah otak besar (cerebrum), penderita sulit menggerakkan tangan dan kakinya. Bila terjadi pada otak kecil (cerebellum), kemampuan untuk mengkoordinasikan gerakan tubuhnya akan berkurang. Kondisi demikian membuat pasien stroke mengalami kesulitan melaksanakan kegiatan sehari-hari. Pasien stroke mungkin kehilangan kemampuan indera merasakan (sensorik) yaitu rangsang sentuh atau jarak. Cacat sensorik dapat mengganggu kemampuan pasien mengenal benda yang sedang dipegangnya. Kehilangan kendali pada kandung kemih merupakan gejala yang biasanya muncul setelah stroke, dan seringkali menurunkan kemampuan saraf sensorik dan motorik (Widarti et al., 2012).

Gangguan kesehatan yang dialami pasien stroke bukan hanya mengganggu aspek fisik tetapi psikologisnya. Keadaan tersebut mengakibatkan penderita stroke merasa sebagai individu yang tidak berguna dalam melakukan berbagai aktivitas yang berisiko terhadap kualitas hidup, dan dapat menimbulkan tekanan psikologis seperti stres, cemas, hilangnya tujuan hidup, dan gangguan bersosialisasi (Hastuti, 2014).

Dampak psikologis penderita stroke adalah perubahan mental. Setelah stroke memang dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi intelektual lainnya. Semua hal tersebut dengan sendirinya memengaruhi kondisi psikologis penderita. Marah, sedih, dan tidak berdaya seringkali menurunkan semangat hidupnya sehingga muncul dampak emosional berupa kecemasan yang lebih berbahaya. Pada umumnya pasien stroke tidak mampu mandiri lagi, sebagian besar mengalami kesulitan mengendalikan emosi. Penderita mudah merasa takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan mental yang mereka alami. Keadaan tersebut berupa emosi yang kurang menyenangkan yang dialami oleh pasien stroke karena merasa khawatir berlebihan tentang kemungkinan hal buruk yang akan terjadi. Hal ini didukung oleh teori Spielberger, Liebert, dan Morris dalam (Elliot, 1999); Jeslid dalam Hunsley (1985); Gonzales, Tayler, dan Anton dalam Guyton (1999). Mereka telah mengadakan percobaan untuk mengukur kecemasan yang dialami individu selanjutnya kecemasan tersebut didefinisikan



sebagai konsep yang terdiri dari dua dimensi utama, yaitu kekhawatiran dan emosionalitas (Hawari, 2008). Gangguan emosional dan perubahan kepribadian tersebut bisa juga disebabkan oleh pengaruh kerusakan otak secara fisik. Penderitaan yang sangat umum pada pasien stroke adalah depresi. Tanda depresi klinis antara lain: sulit tidur, kehilangan nafsu makan atau ingin makan terus, lesu, menarik diri dari pergaulan, mudah tersinggung, cepat letih, membenci diri sendiri, dan berfikir untuk bunuh diri. Depresi seperti ini dapat menghalangi penyembuhan/rehabilitasi, bahkan dapat mengarah kepada kematian akibat bunuh diri. Depresi pascastroke, selayaknya ditangani seperti depresi lain yaitu dengan obat antidepresan dan konseling psikologis (Sustrani, et al., 2004).

Sekitar sepertiga dari para pasien melaporkan gejala depresi, dan sekitar 20% melaporkan kecemasan dalam beberapa bulan pertama setelah kejadian stroke (Kirkevold, et al., 2018). Bahkan, depresi bisa hadir bertahun-tahun setelah stroke terjadi. Stroke dapat menimbulkan kelemahan, gangguan keseimbangan, gangguan berbicara atau berkomunikasi, gangguan menelan dan gangguan memori yang berdampak pada kemampuannya dalam melakukan kegiatan kesehariannya. Ketergantungan individu dengan stroke terhadap orang lain dalam melakukan aktifitas sehari-hari berdampak terhadap kondisi psikologis pasien stroke. Berdasarkan data awal yang di ambil oleh peneliti, didapatkan sebanyak 169 pasien yang sedang menjalani rawat jalan pada Oktober 2023 di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

Oleh karena itu, peneliti tertarik meneliti hal terkait “Gambaran Distres Psikologis pada Pasien Stroke di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan”.

## **B. Rumusan masalah**

Stroke adalah penyakit yang menempati peringkat kedua dalam hal jumlah kematian setelah penyakit jantung dan menjadi penyebab ketiga utama disabilitas di seluruh dunia (Kemenkes, 2019). Gangguan kesehatan yang dialami pasien stroke bukan hanya mengganggu aspek fisik tetapi psikologisnya juga. Keadaan tersebut mengakibatkan penderita stroke merasa sebagai individu yang tidak berguna dalam melakukan berbagai aktivitas yang berisiko terhadap kualitas hidup, dan dapat menimbulkan tekanan psikologis seperti stres, cemas, hilangnya tujuan hidup, dan gangguan bersosialisasi (Hastuti, 2014).

Stroke dapat menimbulkan kelemahan, gangguan keseimbangan, gangguan berbicara atau berkomunikasi, gangguan menelan dan gangguan memori yang berdampak pada kemampuannya dalam melakukan kegiatan kesehariannya. Ketergantungan individu dengan stroke terhadap orang lain dalam melakukan aktifitas sehari-hari berdampak terhadap kondisi psikologis pasien stroke. Berdasarkan uraian di atas maka dapat dirumuskan masalah bagaimana gambaran distres psikologis pada pasien stroke di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan?.

### **C. Tujuan penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Diketuainya gambaran distres psikologis pada pasien stroke di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

#### 2. Tujuan Khusus

a. Diketuainya karakteristik pasien stroke di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

b. Diketuainya gambaran distres psikologis pada pasien stroke di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

c. Diketuainya distres psikologis berdasarkan dengan karakteristik pasien stroke di Stroke Center RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

### **D. Kesesuaian Penelitian dengan Roadmap Prodi**

Penelitian ini mengacuh pada pendekatan antar individu yang merupakan upaya promotif dan preventif sesuai dengan tujuan dari penelitian ini serta sejalan dengan *roadmap* penelitian studi ilmu keperawatan pada domain 2 yaitu optimalisasi pengembangan insani melalui pendekatan dan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat serta domain 3 yaitu peningkatan kualitas pelayanan dan pendidikan keperawatan yang unggul.

## **E. Manfaat penelitian**

### 1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan khususnya bagi ilmu keperawatan mengenai distres psikologis pada pasien stroke.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi Peneliti

Diharapkan penelitian ini akan menambah pengetahuan dan wawasan serta mampu menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama pendidikan dalam praktek dunia nyata.

#### b. Bagi Perawat

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan dalam menambah pengetahuan ilmu keperawatan terutama mengenai distres psikologis pada pasien stroke.

#### c. Untuk Institusi, Profesi Keperawatan, dan tempat penelitian

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat memberi gambaran atau informasi bagi instansi, rumah sakit tentang distres psikologis pasien stroke.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan tentang Stroke**

##### **1. Definisi Stroke**

Prevalensi stroke di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang (Kemenkes RI, 2018). Stroke merupakan penyakit yang disebabkan karena adanya penyempitan pada pembuluh darah di otak sehingga aliran darah dan oksigen ke otak terhambat bahkan terhenti. Penyumbatan tersebut dapat membuat sistem syaraf yang terhenti suplai darah dan oksigennya rusak bahkan mati sehingga organ tubuh yang terkait dengan sistem syaraf tersebut akan sulit bahkan tidak bisa di gerakan (Kemenkes, 2022).

Menurut *World Stroke Organization* (2022) secara global, lebih dari 12,2 juta atau satu dari empat orang di atas usia 25 akan mengalami stroke atau lebih dari 101 juta orang yang hidup saat ini, lebih dari 7,6 juta atau 62% stroke iskemik baru setiap tahun. Lebih dari 28% dari semua kejadian stroke adalah perdarahan intraserebral, 1,2 juta perdarahan subarachnoid. Sekitar 795.000 orang di Amerika Serikat menderita stroke baru atau berulang. Sekitar 610.000 di antaranya adalah stroke pertama kali, sementara 185.000 adalah stroke berulang. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2018), diketahui prevalensi ketergantungan total sebesar 13,9%, stroke berat 9,4 %, stroke sedang 7,1% dan stroke

ringan 33,3%. 3 provinsi dengan prevalensi stroke (permil) tertinggi di Indonesia provinsi Maluku 14,7%, Sulawesi Utara 12% dan terendah provinsi Papua sebesar 4,1 %. Kelompok umur dengan kejadian stroke tertinggi adalah 75 tahun ke atas (50,2%), sedangkan kelompok umur dengan kejadian terendah adalah 15 sampai 24 tahun (0,6%). Pria dan wanita memiliki tingkat prevalensi stroke yang sama, masing-masing 11% dan 10% (10,95).

Beberapa studi terkait menunjukkan bahwa stroke merupakan disfungsi otak fokal atau global pada 24 jam atau lebih yang muncul dan berkembang pesat secara tiba-tiba sehingga dapat terjadi disabilitas maupun kematian akibat perdarahan spontan ataupun suplai darah yang menurun ke otak (Budianto et al., 2020; Utomo, 2022). Berdasarkan studi Campbell et al., tahun 2019, stroke merupakan penyakit utama dengan dampak kematian dan kecacatan di dunia yang terbagi menjadi stroke iskemik dan stroke hemoragik.

## 2. Manifestasi Klinis Stroke

Gejala pada stroke hemoragik yaitu mual, muntah, nyeri kepala, dan penurunan kesadaran yang terjadi akibat efek *space-occupying lesion* yang akut dari stroke hemoragik. Gejala stroke lainnya berupa hemiparesis, hemianesthesia (mati rasa/kesemutan di satu sisi tubuh), afasia (gangguan dalam berkomunikasi), hemianopsia homonim (kehilangan visual di sisi mata tergantung dari bagian otak yang mengalami kerusakan), dan intensi hemispasial (Campbell et al., 2019).

### 3. Klasifikasi Stroke

- a. Stroke Iskemik (Stroke Sumbatan), Stroke yang paling sering terjadi
  - 1) Stroke Emboli: Bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang terangkut menuju otak
  - 2) Stroke Trombotik: Bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak (Kemenkes, 2019).
- b. Stroke Hemoragik (Stroke Berdarah)
  - 1) Perdarahan Intracerebral: Pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan yang menyebabkan sel-sel otak mati sehingga berdampak pada kerja otak berhenti. Penyebab tersering adalah hipertensi.
  - 2) Perdarahan Subarachnoid: Pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah bocor di antara otak dan tulang tengkorak. Penyebabnya bisa berbeda-beda, tetapi biasanya karena pecahnya aneurisma (Kemenkes, 2019).

### 4. Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko terjadinya stroke dapat dikelompokkan menjadi 2, yaitu: faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi, seperti usia, jenis kelamin, ras, genetika, dan riwayat TIA (*Transient Ischemic Attack*), dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi, seperti hipertensi, merupakan dua jenis faktor risiko stroke iskemik. Hiperkolesterolemia, diabetes, merokok, obesitas, penyakit jantung, konsumsi alkohol berlebihan, aterosklerosis,

penyalahgunaan obat, dan gangguan pernapasan saat tidur adalah contoh hiperkolesterolemia (Tamburian, 2020).

Berdasarkan analisa faktor resiko kejadian jenis stroke, faktor utama penyebab stroke adalah hipertensi, selain itu juga faktor resiko lainnya yang paling umum adalah usia, jenis kelamin, merokok, diabetes melitus dan dislipidemia sehingga mengakibatkan stroke iskemik dan stroke hemoragik, berdasarkan hal tersebut sehingga perlunya memberikan pengetahuan mengenai faktor stroke untuk meningkatkan kesadaran mengenai faktor risiko stroke, sehingga dapat menurunkan angka kejadian stroke (Shravani et al., 2015).

#### 5. Patofisiologi Stroke

Stroke iskemik disebabkan oleh oklusi arteri di otak, yang dapat disebabkan trombosis maupun emboli. Trombosis merupakan obstruksi aliran darah akibat penyempitan lumen pembuluh darah atau sumbatan. Penyebab tersering adalah aterosklerosis. Gejala biasanya memberat secara bertahap. Emboli disebabkan oleh sumbatan pembuluh darah dari tempat yang lebih proksimal. Emboli bukan biasanya bersumber dari jantung atau arteri besar, seperti aorta, a. karotis, atau a. vertebralis. Gejalanya biasanya langsung memberat atau hanya sesaat untuk kemudian menghilang lagi seketika saat emboli terlepas ke arah distal, seperti pada TIA (Arifputera et al, 2014).

Stroke hemoragik disebabkan oleh ruptur arteri, baik intraserebral maupun subarakhnoid. Perdarahan intraserebral merupakan penyebab



tersering, dimana dinding pembuluh darah kecil yang sudah rusak akibat hipertensi kronik sobek. Hematoma yang terbentuk akan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Perdarahan subaraknoid disebabkan oleh pecahnya aneurisma atau malformasi arteri vena yang perdarahannya masuk ke rongga subaraknoid, sehingga menyebabkan cairan serebrospinal (CSS) terisi oleh darah. Darah di dalam CSS akan menyebabkan vasospasme sehingga menimbulkan gejala sakit kepala hebat yang mendadak (Arifputera et al, 2014).

## 6. Penatalaksanaan Stroke

Stroke merupakan sebuah kegawatdaruratan. Tujuan tata laksana adalah memastikan kestabilan pasien dan mencegah/membatasi kematian neuron. Tata laksana stroke dibagi menjadi tata laksana umum dan khusus. Tata laksana umum dibagi menjadi tata laksana di ruang gawat darurat dan ruang rawat sedangkan tata laksana khusus bergantung pada jenis stroke (iskemik atau perdarahan). Berikut Tatalaksana pasien Stroke menurut Arifputera, et al pada tahun 2014 :

### a. Tata Laksana Umum

Tata Laksana Umum di Ruang Gawat Darurat:

- 1) Stabilisasi jalan napas dan pernapasan. Oksigen diberikan apabila saturasi  $<95\%$ . Intubasi endotrakeal dilakukan pada pasien yang mengalami hipoksia, syok, dan berisiko mengalami aspirasi.

- 2) Stabilisasi hemodinamik dengan cara:
  - a) Cairan kristaloid dan koloid intravena. Hindari cairan hipotonik.
  - b) Pemasangan kateter vena sentral, dengan target 5-12 cmH<sub>2</sub>O.
  - c) Optimalisasi tekanan darah. Target tekanan darah sistol berkisar 140 mmHg.
- 3) Pemeriksaan awal fisis umum.
- 4) Pengendalian peningkatan tekanan intrakranial (TIK).
- 5) Penanganan transformasi hemoragik
- 6) Pengendalian kejang.

Bila kejang berikan diazepam 5-20 mg bolus lambat intravena diikuti oleh fenitoin dengan dosis 15-20 mg/kg bolus dengan kecepatan maksimum 50 mg/menit. Pasien perlu dirawat di ICU jika terdapat kejang.

- 7) Pengendalian suhu tubuh.

Tata Laksana Umum di Ruang Rawat:

- 1) Jaga euvolemi dengan pemberian cairan isotonis. Kebutuhan cairan total 30 ml/KgBB/hari:
- 2) Jaga keseimbangan elektrolit (Na, K, Ca, Mg). Usahakan nilai normal tercapai:
- 3) Koreksi asidosis dan alkalosis yang mungkin terjadi;
- 4) Nutrisi enteral paling lambat diberikan dalam 48 jam. Apabila terdapat gangguan menelan dan penurunan kesadaran, makanan

diberikan melalui selang NGT. Kebutuhan kalori 25-30 kkal/KgBB/hari;

- 5) Mobilisasi dan cegah komplikasi subakut (aspirasi, malnutrisi, pneumonia, trombosis vena dalam, emboli paru, dekubitus, komplikasi ortopedi, dan kontraktur). Pada pasien yang berisiko mengalami trombosis vena dalam berikan heparin subkutan 2x5000 IU/hari;
- 6) Antibiotik atas indikasi dan sesuaikan dengan pola kuman
- 7) Analgetik, antiemetik, dan antagonis H<sub>2</sub> diberikan apabila terdapat indikasi;
- 8) Pemasangan kateter urin, sebaiknya dilakukan intermiten;
- 9) Hati-hati dalam suction, menggerakkan, dan memandikan pasien karena dapat memengaruhi TIK.

b. Tata Laksana Khusus

Stroke Iskemik

- 1) Tata laksana hipertensi: lihat penatalaksanaan tekanan darah;
- 2) Tata laksana hipoglikemia dan hiperglikemia: lihat penatalaksanaan gula darah;
- 3) Trombolisis pada stroke akut

*Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rTPA)* dengan dosis 0,9 mg/KgBB (maksimal 90 mg) direkomendasikan pada pasien dengan presentasi stroke antara 3 - 4,5 jam. Kontraindikasi rTPA: pasien berusia > 80 tahun, konsumsi antikoagulan oral

(berapapun nilai INR), pasien dengan bukti jejas iskemik lebih dari 1/3 area arteri serebri media, dan pasien dengan riwayat stroke dan diabetes melitus.

4) Antiplatelet

Aspirin dengan dosis awal 325 mg dalam 24-48 jam setelah awitan stroke. Pada pasien yang alergi terhadap aspirin atau telah mengkonsumsi aspirin secara teratur, berikan klopidothromboplatelet 75 mg/hari.

5) Obat neuroprotektor

Sampai saat ini belum menunjukkan hasil yang efektif. Akan tetapi, citicolin sampai saat ini masih memberikan manfaat pada stroke akut. Dosis awal 2x1000 mg intravena selama 3 hari dilanjutkan 2x1000 mg PO selama 3 minggu.

Perdarahan Intracerebral

1) Diagnosis dan penilaian gawat darurat

- a) CT scan dan MRI untuk membedakan stroke iskemik dengan perdarahan.
- b) Apabila dicurigai terdapat lesi struktural seperti malformasi vaskular dan tumor dapat dilakukan pemeriksaan angiografi CT, venografi CT, CT dengan kontras, atau MRI dengan kontras, MRA, dan MRV.

- 2) Tata laksana medis perdarahan intrakranial, meliputi:
  - a) Penggantian faktor koagulasi dan trombosit jika pasien mengalami defisiensi. Apabila terdapat gangguan koagulasi dapat diberikan: Vit K 10 mg intravena pada pasien dengan INR meningkat, dan Plasma segar beku (fresh frozen plasma) 2-6 satuan
  - b) Pencegahan tromboemboli vena dengan stoking elastis
  - c) Heparin subkutan dapat diberikan apabila perdarahan telah berhenti (harus terdokumentasi) sebagai pencegahan tromboemboli vena.
- 3) Kontrol tekanan darah dan kadar glukosa darah.
- 4) Pemberian antiepilepsi jika terdapat kejang.
- 5) Prosedur/operasi

Indikasi operasi evakuasi bekuan darah secepatnya:

- a) Perdarahan serebelum dengan perburukan neurologis
- b) Adanya kompresi batang otak
- c) Hidrosefalus akibat obstruksi ventrikel

Pada pasien dengan bekuan darah di lobus dengan jumlah >30 ml dan terdapat di 1 cm dari permukaan dapat dikerjakan kraniotomi standar untuk mengevakuasi perdarahan intrakranial supratentorial.

## **B. Tinjauan tentang distres psikologis**

### **1. Definisi Distres Psikologis**

Distres psikologis merupakan ketidakmampuan untuk mengatasi stresor secara efektif serta gejala emosional oleh adanya paparan peristiwa stress yang mengancam kesehatan fisik atau mental (Horwitz, 2007).

Distres psikologis merupakan suatu keadaan emosi seseorang yang tidak menyenangkan dan biasanya ditunjukkan dengan suatu gejala depresi (misalnya: sedih, kurang harapan, kehilangan minat), gejala stres, dan gejala kecemasan (Mirowsky & Ross, 2003). Didukung oleh Drapeau et al., (2012) bahwa definisi distres psikologis yaitu keadaan ketidaknyamanan emosional yang dapat ditandai dengan gejala depresi dan kecemasan. Menurut Muzni & Wicaksono, (2015) distres psikologis juga dapat didefinisikan sebagai gangguan atau ketegangan yang tidak nyaman dapat berasal dari faktor internal. Terjadinya distres psikologis yang berkepanjangan tanpa adanya suatu perbaikan dapat memengaruhi individu dalam menjalani kehidupannya (Saputra, 2019). Distres psikologis juga dapat diartikan sebagai stres yang bersifat buruk dimana stres tersebut dapat merusak dan merugikan individu yang mengalaminya, misalnya menjadi lebih malas dalam melakukan aktivitas atau lebih memilih untuk meninggalkan tugas yang dianggapnya menjadi penyebab stres tersebut (Andarini & Fatma, 2013).

Distres psikologis mengacu pada hubungan individu dengan lingkungan dimana individu tersebut menilai sendiri keadaannya kedalam

tuntutan kondisi yang melebihi sumber daya yang telah tersedia (Lazarus, 1993) . Terdapat 4 jenis distres psikologis yaitu hal-hal yang menakutkan, hal-hal yang mengkhawatirkan, kehilangan yang membuat sedih, serta ketidakpastian yang membuat tidak tenang (Islamia et al., 2019).

Mirowsky & Ross (2003) menjelaskan bahwa distres merupakan sebuah kondisi subjektif yang tidak menyenangkan. Distres psikologi terdiri dari dua bentuk utama, yakni depresi dan kecemasan. Depresi sendiri dapat dijelaskan sebagai keadaan emosional yang lazimnya ditandai dengan perasaan sedih yang berlebihan, perasaan bersalah dan tidak berarti, keinginan dan perilaku menarik diri dari hubungan interaksi sosial, kehilangan nafsu makan, nafsu seksual, dan gairah dalam aktivitas yang biasa dikerjakan serta mengalami kesulitan untuk tidur (Davison, Neale & Kring, 2006).

Berdasarkan pengertian yang telah diuraikan dari beberapa ahli diatas maka dapat disimpulkan bahwa distres psikologis merupakan suatu kondisi individu yang berada pada tekanan psikologis sehingga menyebabkan ketidaknyamanan secara emosional, stres yang bersifat negatif dan merugikan, serta hal tersebut dapat memengaruhi individu dalam menjalani kehidupannya.

## 2. Distres psikologis pada pasien stroke

Aspek Distres Psikologis Sarafino dan Smith (2012) membagi aspek stres menjadi dua, yaitu:

- a. Aspek Biologis dari stres yaitu berupa gejala fisik. Gejala fisik dari stres yang dialami individu antara lain sakit kepala, gangguan tidur, gangguan pencernaan, gangguan makan, gangguan kulit, dan produksi keringat yang berlebihan. Disamping itu gejala fisik lainnya juga ditandai dengan adanya otot-otot tegang, pernafasan dan jantung tidak teratur, gugup, cemas, gelisah, perubahan nafsu makan, maag, dan lain sebagainya (Wilkinson, 2002).
- b. Aspek Psikologis dari stres yaitu berupa gejala psikis. Gejala psikis dari stres antara lain:
  - 1) Gejala Kognisi. Kondisi stres dapat mengganggu proses pikir individu.
  - 2) Gejala Emosi. Kondisi stres dapat mengganggu kestabilan emosi individu.
  - 3) Gejala Tingkah Laku. Kondisi stres dapat mempengaruhi tingkah laku sehari-hari yang cenderung negatif sehingga menimbulkan masalah dalam hubungan interpersonal.

Sejalan dengan Sarafino dan Smith (2012) yang menjelaskan dua aspek dari stres yakni aspek biologis dan psikologis dimana aspek psikologis memuat gejala kognisi, gejala emosi, dan gejala tingkah laku,



Crider (1983) membagi aspek distres psikologis menjadi tiga bentuk, yaitu:

- a. Disrupsi emosional, yang ditandai dengan adanya perasaan bersalah, khawatir, marah, tegang, dan tertekan.
- b. Disrupsi kognitif, seperti gangguan kognitif yang timbul akibat reaksi seseorang terhadap stres. Gejala yang muncul ditandai dengan gangguan fungsi konsentrasi, ingatan, imajinasi mental, dan gangguan berpikir.
- c. Disrupsi fisiologis, yaitu reaksi yang menyebabkan terganggunya normalitas dari aktivitas fisiologis.

Pendapat yang dikemukakan oleh Mirowsky & Ross (2003), didapati beberapa kondisi yang memengaruhi distres psikologis yaitu status sosial ekonomi, status pernikahan, gender, kejadian tidak menyenangkan, usia, dukungan sosial, dan tuntutan peran.

Menurut Mirowsky & Ross (2003), terdapat bentuk utama dari distress psikologis yaitu:

- a. Depresi

Depresi merupakan suatu perasaan sedih yang dirasakan seseorang secara mendalam serta diikuti dengan perasaan menyalahkan diri sendiri, seperti tidak bersemangat, tidak memiliki harapan, kesulitan tidur, merasa tidak berguna, menangis, dan merasa tidak mampu untuk memulai sesuatu (Nevid et al., 2005).

Hasil penelitian yang dilakukan Wirda Faswita (2020) menunjukkan hasil tingkat depresi pada 52 responden pasien stroke menunjukkan 75,0 % pasien stroke mengalami depresi dan 25% pasien stroke tidak mengalami depresi. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sit et al., (2007) dari hasil penelitiannya di Hongkong ditemukan 69 % pasien mengalami depresi dan 48 % mengalami depresi setelah enam bulan terkena serangan stroke. Menurut Caeiro (2006), depresi hampir diderita oleh setengah pasien stroke yang berhubungan dengan gangguan emosional namun tidak ada kaitannya dengan tipe stroke, lokasi dan keparahannya.

Jeong,et, al (2014) juga melakukan penelitian di Korea dari 120 pasien stroke ditemukan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian depresi pada pasien stroke adalah kurangnya perawatan pertama saat rehabilitasi pasien stroke (12,5%), selanjutnya yaitu gangguan fungsi kognitif (10,1%) dan keterbatasan gangguan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) (6,5%). Pemulihan akibat serangan stroke membutuhkan waktu yang lama, pada satu hingga tiga bulan pertama pasca serangan stroke, penderita disarankan melakukan kontrol rutin pada tenaga medis untuk memonitor perbaikan ataupun perburukan yang dapat terjadi akibat stroke (Mandic & Rancic, 2011).

Gangguan depresi merupakan gangguan emosional yang paling sering dihubungkan dengan penyakit serebrovaskuler, sekitar 25-50% pasien stroke mengalami depresi setelah serangan stroke

(Andri & Susanto, 2008). Depresi pada pasien stroke memiliki prevalensi yang tinggi. Gejala ini dapat terjadi kapan saja setelah kejadian stroke dengan angka prevalensi bervariasi antara 20 – 50%. Depresi pasca stroke memiliki efek yang buruk terhadap pasien jika dihubungkan dengan masalah keberhasilan fungsi tubuh penderita dan masalah biaya. Depresi pasien stroke dilaporkan memiliki efek yang buruk pula terhadap fungsi afek, perbaikan kognitif, penarikan diri setelah serangan dan peningkatan angka kematian (Meifi & Agus, 2009).

b. Stres

Stres merupakan suatu respon tubuh terhadap perubahan, ancaman, atau tekanan yang datang baik dari internal maupun eksternal, kemudian tubuh mencoba untuk kembali dalam keadaan normal serta melindungi diri dari potensi bahaya. Stres juga didefinisikan sebagai suatu keadaan ketidakseimbangan antara tuntutan dan kemampuan yang dirasakan untuk memenuhi tuntutan tersebut. Stres dibedakan menjadi stress yang menyenangkan atau disebut dengan eustress, dan stres yang tidak menyenangkan atau kesusahan. Setiap perubahan membawa kita baik ke arah positif maupun negatif, membutuhkan tanggapan dari tubuh kita untuk beradaptasi dan membawa kita ke keadaan yang relatif damai (Selye, 1957).

Menurut Hawari (2001) terdapat enam tahapan stres yaitu: stres tahap pertama ditandai dengan perasaan nafsu yang bekerja dengan sangat berat dan berlebihan serta penglihatan menjadi tajam. Stres tahap kedua ditandai dengan keluhan serta ketidaknyamanan fisik seperti perut terasa tidak nyaman dan jantung mulai berdebar. Stres tahap ketiga ditandai dengan ketidaknyamanan fisik seperti tegangnya otot, insomnia, serta mudah jatuh pingsan. Stres tahap empat yaitu stres yang ditandai dengan badan terasa semakin lemas serta mulai timbul adanya kecemasan ataupun ketakutan. Stres tahap lima dapat dilihat adanya kelelahan fisik serta mental, dan gangguan pencernaan. Stres tahap keenam adalah tahapan stres yang paling berat yaitu ditandai dengan jantung yang berdebar sangat keras sampai terasa sesak nafas, keluar keringat dingin, serta pingsan.

c. Kecemasan

Kecemasan merupakan keadaan emosional individu dengan ciri keterangsangan secara fisiologis serta perasaan yang cenderung kurang menyenangkan dan perasaan aprehensif jika sesuatu yang buruk dapat terjadi dikemudian hari (Nevid et al., 2005). Kecemasan ditandai dengan perasaan gelisah, tegang, mudah marah, khawatir, serta ketakutan (Wafiq, 2019). Aspek yang dapat memengaruhi distress psikologis yaitu kecemasan, stres, depresi, aspek biologis, serta aspek psikologis.

Hasil penelitian yang dilakukan Wirda Faswita (2020) menunjukkan bahwa tingkat kecemasan pada 52 responden pasien stroke menunjukkan 33 responden (63,5%) mengalami kecemasan berat, 12 responden (23,1%) mengalami kecemasan sedang dan 7 responden (13,5%) mengalami kecemasan ringan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Bedi dan Singh (2014) di Mumbai dari 30 pasien stroke yaitu 27 % pasien mengalami kecemasan ringan, 40 % kecemasan sedang dan 40 % mengalami kecemasan yang mengarah ke tingkat yang berat. Menurut Wylerr, et al (2001) kecemasan ini terjadi karena akibat rendahnya kepercayaan diri dalam kemampuan coping dari penyakit yang diderita pasien stroke (Bedi dan Singh, 2014). Tingkat keterbatasan dari pasien stroke menurut Thomas dan Lincoln (2007) menunjukkan hubungan signifikan terhadap kejadian distress emosional yang bisa berakibat terhadap kejadian kecemasan.

Penelitian lain di New Zealand dari 73 pasien stroke, angka kejadian kecemasan sedang ditemukan pada 6,8% dari pasien stroke, sedangkan sisanya 5,5% mengalami kecemasan yang berat (Suzanne & Collo, 2007). Menurut Bedi dan Singh (2014) menyatakan bahwa kecemasan merupakan masalah psikologis yang alamiah dialami oleh pasien stroke dimulai dari penolakan dari ketidakmampuan fisik diikuti oleh kemarahan atau frustrasi kemudian kecemasan.

Seringkali stroke diikuti oleh gangguan psikologis yang menyebabkan terjadinya kecemasan yang terjadi karena dua faktor. Faktor yang pertama adalah pada penderita stroke terjadi sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan jalur komunikasi ke daerah otak tersebut menjadi terhambat dan gangguan fungsi perasaan sehingga gangguan suasana perasaan dan tingkah laku (Lumbantobing, 2010). Selain itu, gangguan psikologis pada pasien stroke juga disebabkan karena adanya ketidakmampuan pasien dalam melakukan sesuatu yang biasanya dikerjakan sebelum terkena stroke. Hal ini terkadang menyebabkan pasien mengalami kecemasan karena banyaknya keterbatasan yang ada dalam diri pasien akibat penyakitnya (Keliat, 2008). Kondisi kecemasan ini apabila tidak teratasi dengan baik akan menyebabkan terjadinya depresi dan pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya gangguan jiwa berat (Suliswati, 2005). Penelitian yang dilakukan oleh Bergersen (2010) di Norwegia yang meneliti tentang kecemasan dan depresi 2 sampai 5 tahun pasca stroke menemukan bahwa dengan menggunakan *The Hospital and Depression Scale* (HADS) mengidentifikasi 36% mengalami kecemasan dan 28% mengalami depresi.

Kondisi fisik pasien paska stroke dapat berbentuk seperti kelemahan tubuh, gangguan bicara, gangguan menelan dan kelemahan lain yang tampak dominan. Pasien stroke juga cenderung hanya memikirkan ancaman serta efek negatif yang ditimbulkan oleh

penyakitnya. Hal ini berdampak negatif terhadap psikologinya sehingga dapat menimbulkan kecemasan. Kecemasan berat yang dialami pasien dapat mengganggu kemampuan pasien untuk mencapai yang diinginkan (Afrina, 2013).

Distress psikologis merupakan keadaan emosi yang tidak menyenangkan, biasanya ditandai dengan gejala kecemasan, seperti kurang istirahat, tegang, dan depresi. Skala pengukuran *General Health Questionnaire (GHQ)-28* yang di modifikasi dari Firda Jessica (2020) dengan dimensi somatisasi, kecemasan dan insomnia, disfungsi sosial serta depresi berat.

Aspek/Dimensi Variabel:

- 1) Somatisasi, merupakan keluhan yang bersifat berulang dan banyak membutuhkan perhatian medis. Somatisasi itu sendiri dapat ditandai dengan perasaan tidak enak badan, lelah, sakit, pusing, sesak napas, ada tekanan di kepala, demam, dan kedinginan.
- 2) Kecemasan dan Insomnia, kecemasan merupakan perasaan subjektif individu dalam mengalami ketakutan dan kekhawatiran yang tidak menyenangkan (Jessica, 2019). Kecemasan dapat ditandai dengan perasaan tertekan, gelisah, mudah marah, takut atau panik tanpa alasan yang jelas, memiliki banyak beban, gugup dan tegang setiap saat, sedangkan insomnia ditandai dengan

kekurangan tidur atau kesulitan untuk tidur (Goldberg & Hillier, 1979).

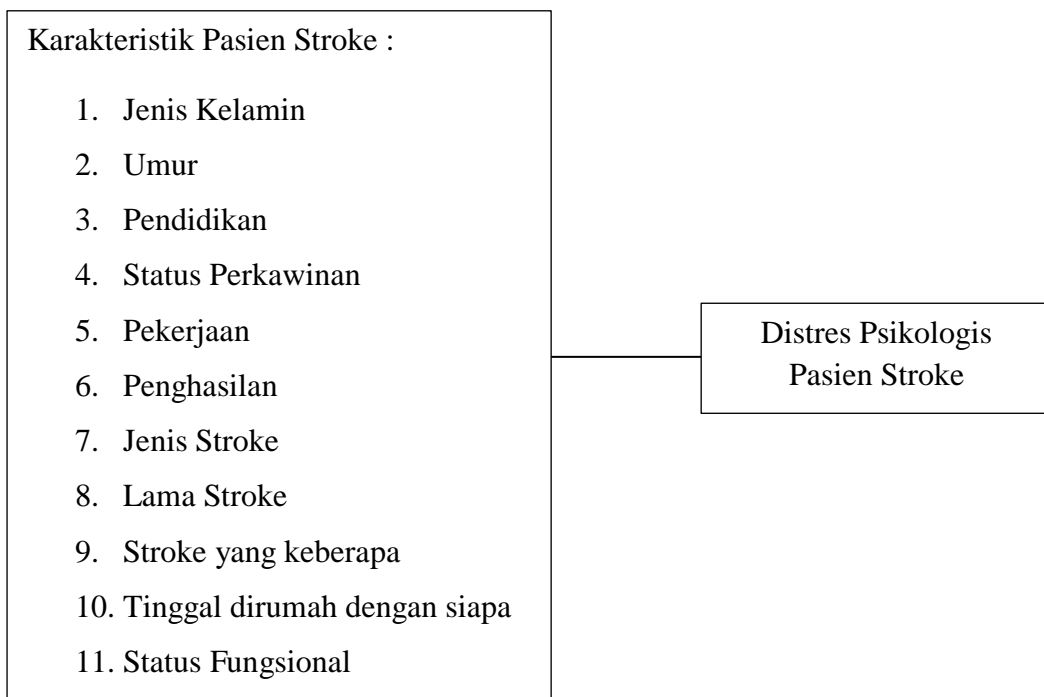
- 3) Disfungsi sosial, merupakan kondisi individu yang tidak mampu melaksanakan perannya sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya. Disfungsi sosial ini dapat ditandai dengan kondisi individu yang tidak dapat melakukan segala sesuatu dengan baik, tidak merasa puas dalam melaksanakan tugas, merasa tidak mempunyai peranan yang berguna, tidak dapat membuat keputusan, serta tidak dapat menikmati aktivitas sehari-hari.
- 4) Depresi berat, merupakan kondisi emosional yang berdampak negatif terhadap pikiran, tindakan, dan perasaan individu. Depresi berat dapat ditandai dengan perasaan tidak dapat melakukan apapun, tidak berguna, hidup yang sia-sia, tidak layak menjalani hidup, dan pikiran untuk bunuh diri.



### BAB III

#### KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep merupakan kerangka korelasi yang akan diukur atau diobservasi di antara konsep-konsep berdasarkan penelitian yang akan dilaksanakan (Anggreni, 2022). Adapun kerangka konsep dari penelitian ini adalah sebagai berikut:



Bagan 1. Kerangka Konsep

Keterangan:



: Variabel yang diteliti