

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS
HIDUP PADA PASIEN STROKE ISKEMIK
Studi Observasional Analitik di RSUD K.R.M.T
Wongsonegoro Kota Semarang**

Skripsi

Untuk memenuhi sebagian persyaratan
Mencapai gelar sarjana Kedokteran



Disusun Oleh:

Maulita Fiona

30102000108

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2024**

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS
HIDUP PADA PASIEN STROKE ISKEMIK**

Studi Observasional Analitik di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro

Kota Semarang

Yang dipersiapkan dan disusun oleh

Maulita Fiona

30102000108

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada tanggal 16 Februari 2024
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Tim Penguji

Pembimbing I

Anggota Tim Penguji

dr. Elly Noerhidajati, Sp.KJ

Putri Rokhima Ayuningtyas S.Psi., MHSPY

Pembimbing II

dr. Moch. Soffan, MH

dr. Pasid Harlisa, Sp. KK

Semarang, 20 Februari 2024

Fakultas Kedokteran

Universitas Islam Sultan Agung

Dekan



Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, S.H., Sp.KF.

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **Maulita Fiona**

NIM : **30102000108**

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul

**“HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS
HIDUP PADA PASIEN STROKE ISKEMIK (Studi Observasional Analitik
di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang)”**

Adalah benar hasil karya saya dan penuh kesadaran bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiasi atau mengambil alih seluruh atau sebagian skripsi orang lain tanpa menyebutkan sumbernya. Jika saya terbukti melakukan tindakan plagiasi, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan aturan yang berlaku.

Semarang, 6 Februari 2024

Yang menyatakan,



Maulita Fiona

PRAKATA

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillahirrabbi lalamin, puji syukur kehadiran Allah SWT atas nikmat dan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN STROKE ISKEMIK”**

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan banyak terima kasih kepada :

1. Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, S.H., Sp.KF selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Kepada RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro serta pasien stroke iskemik di RS tersebut yang telah bersedia menjadi responden, peneliti mengucapkan terima kasih karena telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
3. dr. Elly Noerhidajati, Sp.KJ dan dr. Mochammad Soffan, MH selaku dosen pembimbing I dan II yang telah dengan sabar meluangkan waktu, perhatian, pikiran, dan tenaga untuk mengarahkan dan membimbing penulis hingga terselesaikannya skripsi ini.
4. Ibu Putri Rokhima Ayuningtyas S.Psi., MHSPY. dan dr. Pasid Harlisa Sp.KK. selaku dosen penguji yang telah dengan sabar meluangkan waktu dan

pikiran untuk mengarahkan dan membimbing penulis hingga terselesaikannya skripsi ini.

5. Bapak Leo Sujianto, dan pintu surgaku Ibu Suririn. Bapak dan ibu memang tidak menginjak kaki dibangku perkuliahan karena adanya suatu halangan, namun beliau mampu mendidik penulis, memberikan semangat dan motivasi yang tiada henti hingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Terima kasih sebesar-besarnya penulis berikan kepada beliau atas segala bentuk bantuan, semangat, serta doa yang selalu diberikan selama ini.
6. Kakak dan adik saya tercinta, Daril Inda Pratama dan Maulida Rifa Khaira. Terima kasih sudah ikut serta dalam proses penulisan ini, terima kasih atas semangat, doa, dan cinta yang selalu diberikan kepada saya.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan oleh penulis. Akhir kata, semoga skripsi ini bermanfaat dan memberikan wawasan bagi pembaca pada umumnya dan bagi mahasiswa kedokteran pada khususnya.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Semarang, 6 Februari 2024
Penulis,

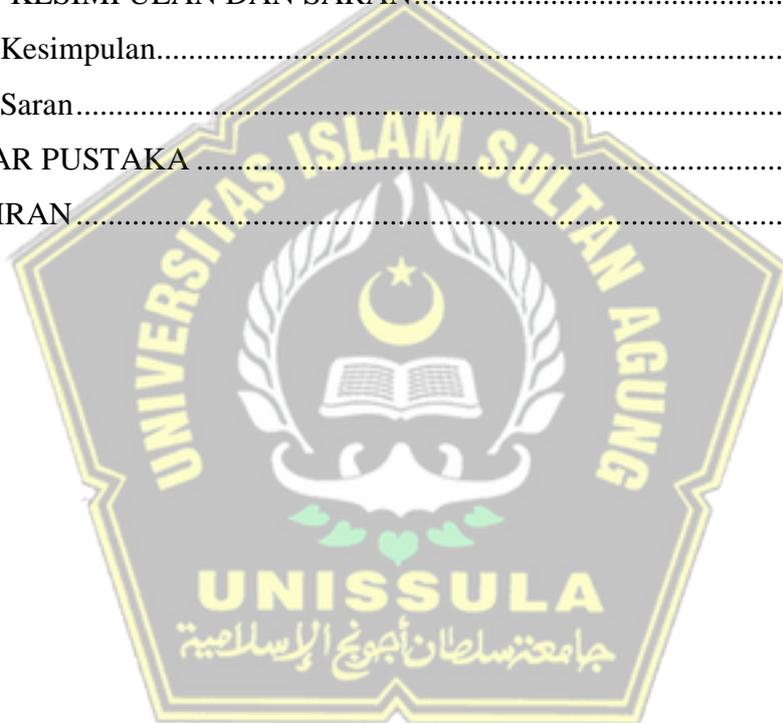
Maulita Fiona

DAFTAR ISI

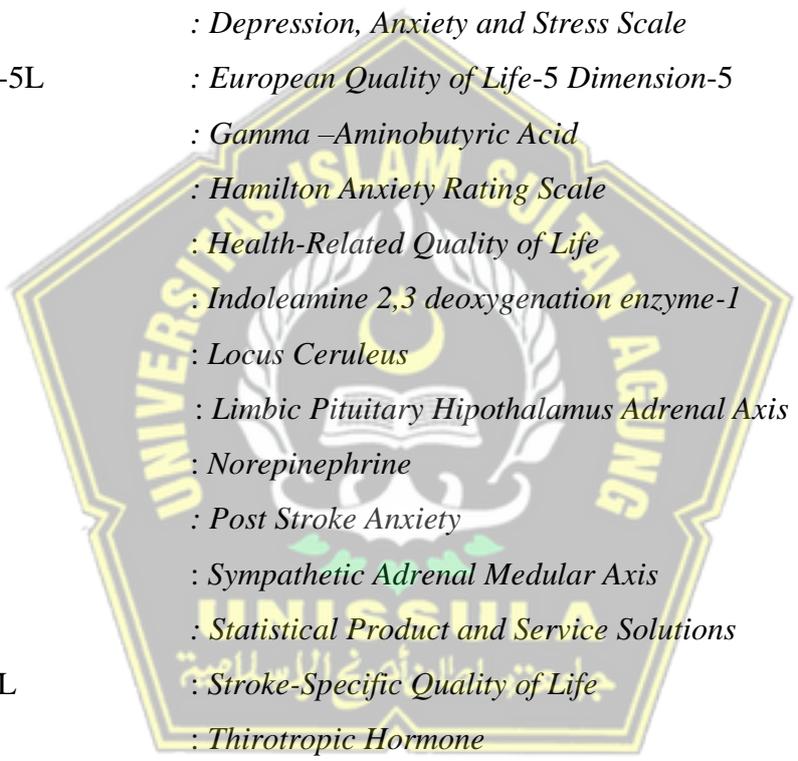
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
PRAKATA.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR SINGKATAN.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
INTISARI.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan Umum.....	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2. Manfaat Praktis.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1. Kualitas Hidup.....	6
2.1.1. Definisi.....	6
2.1.2. Aspek – aspek Kualitas Hidup.....	7
2.1.3. Faktor – faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup.....	8
2.1.4. Definisi Stroke.....	10
2.1.5. Faktor Risiko Stroke.....	11
2.1.6. Pengukuran Kualitas Hidup.....	11
2.2. Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Iskemik.....	13
2.3. Kecemasan.....	15

2.3.1. Definisi	15
2.3.2. Etiologi	16
2.3.3. Patofisiologi Kecemasan	19
2.3.4. Aspek-Aspek Kecemasan	20
2.3.5. Tanda dan Gejala Kecemasan	20
2.3.6. Tingkat Kecemasann	21
2.3.7. Faktor yang Memengaruhi Kecemasan	22
2.3.8. Diagnosis Gangguan Kecemasan Menyeluruh.....	23
2.3.9. Pengukuran Tingkat Kecemasan	24
2.4. Kecemasan Pada Stroke Iskemik	26
2.5. Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Iskemik.....	27
2.6. Kerangka Teori.....	30
2.7. Kerangka Konsep	31
2.8. Hipotesis.....	31
BAB III METODE PENELITIAN.....	32
3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian	32
3.2. Variabel dan Definisi Operasional	32
3.2.1. Variabel	32
3.2.2. Definisi Operasional.....	33
3.3. Populasi dan Sampel	34
3.3.1. Populasi	34
3.3.2. Sampel	35
3.4. Instrumen Penelitian dan Bahan Penelitian.....	37
3.4.1. <i>Informed Consent</i>	37
3.4.2. Kuesioner <i>Stroke-Specific Quality of Life (SS-QOL)</i>	37
3.4.3. Kuesioner <i>Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-42)</i>	38
3.5. Cara Penelitian	40
3.5.1. Perencanaan.....	40
3.5.2. Pelaksanaan	40
3.5.3. Penyelesaian	41

3.6. Alur Penelitian.....	42
3.7. Tempat dan Waktu	43
3.7.1. Tempat Penelitian.....	43
3.7.2. Waktu Penelitian	43
3.8. Analisis Hasil	43
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	44
4.1. Hasil Penelitian	44
4.2. Pembahasan.....	47
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	52
5.1. Kesimpulan.....	52
5.2. Saran.....	53
DAFTAR PUSTAKA	54
LAMPIRAN.....	59



DAFTAR SINGKATAN



5-HT	: <i>5-hydroxytryptamine</i>
ACTH	: <i>Adeno Corticotrophin Hormone</i>
AHA	: <i>American Heart Association</i>
CHWM	: <i>Cerebral Hemisfer White Matter</i>
CRH	: <i>Corticotrophin Releasing Hormone</i>
CVA	: <i>Cerebrovascular Disease Accident</i>
DASS	: <i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i>
EQ-5D-5L	: <i>European Quality of Life-5 Dimension-5</i>
GABA	: <i>Gamma –Aminobutyric Acid</i>
HARS	: <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>
HQL	: <i>Health-Related Quality of Life</i>
IDO-1	: <i>Indoleamine 2,3 deoxygenation enzyme-1</i>
LC	: <i>Locus Ceruleus</i>
LPHA	: <i>Limbic Pituitary Hypothalamus Adrenal Axis</i>
NE	: <i>Norepinephrine</i>
PSA	: <i>Post Stroke Anxiety</i>
SAM	: <i>Sympathetic Adrenal Medular Axis</i>
SPSS	: <i>Statistical Product and Service Solutions</i>
SS-QOL	: <i>Stroke-Specific Quality of Life</i>
TTH	: <i>Thirotropic Hormone</i>
TRH	: <i>Thirotropic Releasing Hormone</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WHOQOL-BREEF	: <i>World Health Organization Quality of Life-BREEF</i>
WSO	: <i>World Stroke Organization</i>

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Kerangka Teori.....	30
Gambar 2.2.	Kerangka Konsep.....	31
Gambar 3.1.	Alur Penelitian	42



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Interpretasi Koefisien Korelasi	43
Tabel 4.1.	Karakteristik Sampel Penelitian.....	44
Tabel 4.2.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan (DASS)	45
Tabel 4.3.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup (SSQOL)	45
Tabel 4.4.	Uji Bivariat antara Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup	46



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Kuesioner Penelitian.....	59
Lampiran 2.	Hasil Analisis SPSS.....	67
Lampiran 3.	<i>Ethical Clearance</i>	71
Lampiran 4.	Surat Ijin Penelitian	73
Lampiran 5.	Proses Penelitian.....	74
Lampiran 6.	Surat Undangan Ujian Hasil Skripsi.....	76



INTISARI

Stroke iskemik ditandai dengan gangguan koordinasi, hemiparesis, hemiplegia, gangguan verbal, dan emosional. Perubahan perilaku serta emosi berupa kecemasan merupakan respon psikologis yang umum dialami oleh pasien stroke. Dampak yang ditimbulkan akibat stroke iskemik berpengaruh pada penurunan kualitas hidup sehingga menyebabkan penderita stroke mengalami kecemasan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik.

Penelitian observasional analitik dilakukan terhadap pasien stroke iskemik periode Desember 2023 – Januari 2024 di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang dengan rancangan penelitian *cross sectional* diperoleh 51 sampel. Penelitian yang dilakukan meliputi tingkat kecemasan dan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik. Data tingkat kecemasan tersebut diperoleh menggunakan kuesioner DASS-42 sedangkan untuk kualitas hidup diperoleh dari kuesioner SS-QOL.

Analisis data menggunakan uji korelasi *Rank Spearman* untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik. Karakteristik pasien berdasarkan usia yaitu lansia awal 46-55 tahun (7,8%), lansia akhir 56-65 tahun (56,9%), dan manula >65 tahun (35,3%) sedangkan berdasarkan jenis kelamin, pasien laki laki (52,9%) dan perempuan (47,1%). Data tersebut diolah di *IBM Statistic SPSS 25* dengan nilai *p-value* 0,006 (<0,05) yang menandakan adanya hubungan bermakna antar kedua variabel. Hasil nilai korelasi *Spearman Test* menunjukkan nilai $r = -0,381$ yang berarti korelasi antara variabel tersebut memiliki kekuatan yang lemah dan arah hubungan mengarah negatif yang berarti semakin tinggi tingkat kecemasan pasien stroke iskemik semakin rendah kualitas hidupnya.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa tingkat kecemasan berhubungan signifikan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik.

Kata kunci: Tingkat Kecemasan, Kualitas Hidup, Stroke Iskemik.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan atau *health-related quality of life* (HQL) terdiri keterbatasan fungsional yang didalamnya terdapat kesejahteraan fisik, mental, dan spiritual (Hidayat, 2019). Kualitas hidup pada pasien stroke akan mengalami penurunan disebabkan karena ketidakmampuan fungsional (Larasati dan Marlina, 2018). Stroke merupakan gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak berlangsung selama 24 jam bahkan lebih yang diakibatkan oleh gangguan serebrovaskular. Berdasarkan pataloginya, stroke diklasifikasikan menjadi iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik ditandai dengan hemiparesis, gangguan koordinasi, disatria, penglihatan, verbal, serta emosional (Mutiarasari, 2019). Stroke hemoragik ditandai hemiparesis, hemiplegia, disatria, muntah proyektil, pusing, hingga penurunan kesadaran (Gunawan, 2021). Dampak yang ditimbulkan akibat stroke iskemik berpengaruh pada penurunan kualitas hidup sehingga menyebabkan penderita stroke mengalami kecemasan (Mustapa, 2022). Penelitian terdahulu di RSUD Kota Jakarta Utara menyebutkan ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik (Kesumawati, 2018).

Menurut *World Health Organization* (WHO) penyakit tidak menular yang tidak terdiagnosis sejak awal dapat menjadi kronis dan dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup penderitanya, salah satunya adalah

stroke. Stroke menjadi penyebab kematian terbanyak ke-3 di dunia dengan presentase 10% setelah penyakit jantung koroner 13% dan kanker 12% (Mutiarasari, 2019). Penderita stroke di Jawa Tengah sendiri memiliki presentase 11,80% (Riskesdas, 2018). Presentase tersebut memiliki prevalensi berdasarkan tiap kabupaten atau kota. Stroke hemoragik di Kota Semarang sebanyak 906 orang sedangkan stroke iskemik sebanyak 988 orang (Dinkes Jateng, 2018). Pasien stroke dengan kualitas hidup yang buruk menurut *World Stroke Organization* (WSO) memiliki prevalensi sekitar 63,5% (WSO, 2022). Penelitian yang dilakukan di Cina terdapat 1.596 per 100.000 penduduk yang menderita stroke iskemik sebesar 77,8%. Presentase tersebut berdasarkan kelompok usia, kelompok usia ≤ 50 tahun memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada kelompok usia ≥ 60 tahun (Kamtchum-Tatuene, 2020). Hal ini serupa dengan data WSO, kualitas hidup pasien stroke iskemik yang buruk pada kelompok usia ≥ 60 tahun dengan presentase sebesar 41% dibandingkan pasien stroke iskemik dengan kelompok usia ≤ 49 tahun sebesar 7% (WSO, 2022). Studi yang telah dilakukan di RSUD Tugurejo Kota Semarang menunjukkan nilai kualitas hidup yang buruk pada pasien stroke iskemik sebesar 52,6% (Bariroh, *et al.*, 2016).

Penelitian di Poliklinik Saraf RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh menunjukkan bahwa pasien stroke iskemik yang mengalami kecemasan sedang hingga berat memiliki kualitas hidup yang buruk sebesar (84,0%) (Ananda dan Darlina, 2017). Kualitas hidup yang buruk berdasarkan jenis

stroknya lebih banyak pada stroke iskemik dengan presentase 52,6% sedangkan stroke hemoragik memiliki presentase 40,9% studi yang dilakukan di RSUD Tugurejo Kota Semarang (Barriroh, *et al.*, 2016). Stroke memberikan pengaruh psikologis seperti kecemasan. Kecemasan merupakan dampak yang ditimbulkan akibat stroke yang dapat memengaruhi kualitas hidup penderita (49%) (Morris *et al.*, 2013).

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang yang dilakukan pada tanggal 22 Juni 2023, ditemukan data keseluruhan total pada pasien stroke iskemik tahun 2020 – 2022 sebanyak 1.386 penderita. Pada tahun 2020 (42 pasien), tahun 2021 (271 pasien), dan tahun 2022 (1.071 pasien). Melihat semakin meningkatnya angka kejadian stroke, dampak yang ditimbulkan, serta belum ada penelitian terdahulu terkait hal tersebut di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang sehingga perlu dilakukannya penelitian tentang “Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Iskemik”.

1.2. Perumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1. Mengetahui tingkat kecemasan pasien stroke iskemik di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

1.3.2.2. Mengetahui kualitas hidup pada pasien stroke iskemik di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Sebagai acuan dalam penelitian yang akan datang mengenai hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik.

1.4.2. Manfaat Praktis

1.4.2.1. Menyediakan informasi kepada periset terkait hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik.

1.4.2.2. Menambah wawasan kepada masyarakat dan bagi dokter terkait hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kualitas Hidup

2.1.1. Definisi

Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL) diartikan sebagai “persepsi individu mengenai posisi dalam kehidupan dimana dalam konteks budaya dan sistem nilai yang menjadi suatu tujuan, harapan serta standar dalam hidup” (WHO, 2018). Kualitas hidup dapat menggambarkan kondisi kesehatan, kesejahteraan hidup, serta kepuasan hidup (Abdu, *et al.*, 2022). Konsep kualitas hidup sangat bermanfaat di bidang pelayanan, khususnya pelayanan di kesehatan karena adanya kesadaran bahwa kesejahteraan hidup sangat penting bagi kehidupan setiap individu (Derivanti, 2017).

Kualitas hidup menjadi pencapaian utama bagi seseorang, termasuk pencapaian dalam memperoleh kondisi tertentu (Bridges, *et al.*, 1997). Terdapat 3 komponen dalam mengukur kualitas hidup seseorang yaitu komponen objektif, subjektif, dan kepentingan (Koot & Wallander, 2014). Komponen objektif berkaitan dengan kehidupan seseorang, komponen subjektif berkaitan bagaimana seseorang melakukan penilaian pada keadaan dan kehidupan mereka, serta komponen kepentingan untuk melihat seberapa penting suatu

aspek dapat berpengaruh pada kehidupan dan kualitas kehidupan tersebut.

Berdasarkan beberapa pengertian tentang kualitas hidup di atas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa kualitas hidup adalah kemampuan suatu individu dalam menikmati dan menghargai kehidupan yang ideal guna mencapai kesejahteraan hidup.

2.1.2. Aspek – aspek Kualitas Hidup

Ada 4 domain yang menjadi parameter dalam melakukan penilaian kualitas hidup seseorang. Empat domain utama tersebut yaitu:

1. Domain kesehatan fisik

Aspek domain kesehatan fisik meliputi kelelahan, rasa nyeri, tidur dan istirahat, aktivitas sehari-hari, serta ketergantungan pada obat serta bantuan medis.

2. Domain kesehatan psikologis

Aspek domain kesehatan psikologis meliputi penampilan tubuh, perasaan positif maupun negatif, harga diri, memori, serta agama atau spiritualitas.

3. Domain hubungan dengan sosial

Aspek domain sosial meliputi hubungan dengan keluarga, diri sendiri atau pribadi, dukungan sosial, dan aktivitas seksual.

4. Domain hubungan dengan lingkungan

Aspek dalam domain hubungan dengan lingkungan meliputi penghasilan, kebebasan, keselamatan dan keamanan fisik, lingkungan rumah, kemudahan dalam memperoleh informasi baru, serta partisipasi dalam memanfaatkan waktu luang (Ekasari, *et al.*, 2018).

2.1.3. Faktor – faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup

Penelitian terdahulu mengatakan bahwa kualitas hidup seseorang dipengaruhi pada keadaan saat ini dan keadaan masa lalu (Brett, *et al.*, 2011). Adapun faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup seseorang yaitu:

1. Jenis kelamin

Secara umum kesejahteraan perempuan didasarkan pada hubungan yang bersifat positif sedangkan laki-laki berdasarkan dari tingkat pendidikan yang ditempuh. Hal ini berpengaruh dalam mendapatkan suatu pekerjaan.

2. Usia

Seseorang yang sudah menginjak usia lanjut cenderung lebih mampu dalam mengevaluasi dirinya untuk menjadi pribadi yang lebih baik, hal tersebut berkaitan dengan adanya pengalaman-pengalaman sebelumnya dibandingkan dengan individu yang relatif muda.

3. Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi juga kualitas hidup seseorang.

4. Pekerjaan

Pekerjaan memengaruhi status seseorang baik dalam aspek ekonomi dan sosial, sebab semakin baik pekerjaan seseorang akan semakin tinggi kualitas hidupnya.

5. Status Pernikahan

Studi terdahulu yang dilakukan di Amerika menyatakan jika seseorang yang telah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan seseorang yang belum menikah, hal ini dikarenakan adanya bentuk dukungan berupa sikap, tindakan, serta penerimaan terhadap penderita yang sakit, serta dapat mengurangi risiko kejadian timbulnya suatu penyakit.

6. Penghasilan

Penghasilan memegang peranan penting dalam segi sosial dan ekonomi, hal tersebut berpengaruh pada gaya hidup yang berkaitan dengan tempat tinggal, kesehatan fisik, serta *life style*. Menurut WHO kesehatan tidak hanya berkaitan mengenai suatu penyakit tetapi meliputi dari segi aspek kesehatan mental, kesehatan fisik dan kesejahteraan sosial (Abdu, *et al.*, 2022; WHO, 2014).

Menurut teori lain faktor yang memengaruhi kualitas hidup terdiri atas:

1. Faktor internal

Berasal dari dalam diri seseorang seperti ciri-ciri pribadi dan keterampilan yang dimiliki memungkinkan seseorang dapat mengambil suatu tindakan ataupun keputusan secara individu.

2. Faktor eksternal

Faktor eksternal dipengaruhi oleh kondisi lingkungan sekitar baik lingkungan keluarga, pertemanan, bahkan lingkungan pekerjaan (Juczynski, 2016).

Berdasarkan pendapat para ahli yang lain (dalam Juczynski, 2016) ada 3 faktor yang memengaruhi kualitas hidup:

1. Faktor fisik

Faktor yang mencakup kesehatan fisik seseorang seperti rasa sakit dan kecacatan, baik cacat ringan maupun berat.

2. Faktor psikologis

Faktor psikologis berhubungan dengan psikis seseorang seperti suasana tingkat kecemasan, suasana hati dan depresi.

3. Faktor sosial

Berhubungan dengan lingkungan sekitar. Tingkat isolasi dari lingkungan serta peran sosial seseorang (Noll, 2012).

2.1.4. Definisi Stroke

Menurut *American Heart Association* (AHA) stroke secara umum adalah sindroma klinis yang ditandai dari adanya disfungsi

serebral fokal maupun global yang berlangsung selama 24 jam hingga lebih (AHA, 2016). Akibat serangan stroke ini dapat menyebabkan seseorang mengalami penurunan fungsi tubuh hingga dapat menyebabkan kematian yang diakibatkan karena perdarahan spontan atau suplai darah yang tidak adekuat di jaringan otak (Gunawan, 2021). Stroke iskemik atau sebelumnya dikenal dengan CVA (*Cerebrovascular Disease Accident*) disebabkan karena penurunan aliran darah di arteri serebri yang disebabkan oleh emboli atau thrombus, biasanya ditandai dengan kehilangan sirkulasi darah secara mendadak ke suatu area otak yang menyebabkan hilangnya fungsi neurologis tersebut (Budianto *et al.*, 2021).

2.1.5. Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi.

Faktor risiko yang dapat dimodifikasi yaitu; hipertensi, diabetes millitus, dislipidemia, gaya hidup, merokok, obesitas, dan penyalahgunaan obat-obatan. Faktor yang tidak dimodifikasi antarlain; umur, jenis kelamin, riwayat keluarga, dan ras (Adnyana, 2020).

2.1.6. Pengukuran Kualitas Hidup

1. *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF adalah suatu instrumen yang dikembangkan oleh WHO. Instrumen tersebut digunakan untuk menilai kualitas hidup secara umum dan menyeluruh terdiri dari 4 domain utama, yaitu kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan social dan hubungan dengan lingkungan. WHOQOL-BREF merupakan pembaharuan dari WHOQOL-100. WHOQOL-100 terdapat 6 domain antarlain kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritualitas. Instrumen WHOQOL-BREF terdiri dari 2 item yakni kualitas hidup secara keseluruhan dan kesehatan umum serta ada 26 pertanyaan dengan 1 item terdiri 24 pertanyaan yang diambil dari instrument WHOQOL-100 (WHO, 2014).

2. *Stroke-Specific Quality of Life (SS-QOL)*

Skala *Stroke-Specific Quality of Life (SS-QOL)* merupakan indikator dalam menilai kualitas hidup pasien pasca stroke (Sari, 2021). Domain pengukuran SS-QOL terdiri dari 49-item dan memiliki 12 domain. Dua belas domain itu antarlain peran keluarga, energi, bahasa, mobilitas, suasana hati, kepribadian, perawatan diri, peran sosial, berpikir, fungsi ekstremitas atas, penglihatan, dan produktivitas. Skor dari masing-masing item pertanyaan direntang 1-5. Selanjutnya dari setiap pertanyaan tersebut dijumlah skornya sehingga mendapatkan skor total. Skor

<154 berarti kualitas hidup buruk sedangkan skor >154 artinya kualitas hidup baik (Williams *et al.*, 1999).

Indikator keberhasilan pengelolaan kualitas hidup yang baik yaitu aktivitas sehari-hari yang tidak terganggu, mampu melakukan komunikasi dengan baik, hubungan antar keluarga dan sosial juga berjalan baik.

Jadi dapat ditarik kesimpulan bahwa peneliti akan melakukan pengukuran kualitas hidup dengan menggunakan skala SS-QOL.

2.2. Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Iskemik

Setiap tahunnya terdapat 15 juta orang menderita stroke diseluruh dunia, dimana 5 juta orang akan cacat permanen dan menjadi beban keluarga (Yeoh *et al.*, 2019). Ketidakmampuan fungsional yang diakibatkan oleh stroke secara langsung maupun tidak langsung akan memengaruhi kualitas hidupnya (Athiutama *et al.*, 2021). Secara umum, stroke ditandai dengan gangguan motorik, kognisi, visual, verbal, emosional, dan mental yang dapat menurunkan kualitas hidup penderita (Athiutama *et al.*, 2021). Kualitas hidup pada pasien stroke iskemik yang baik dapat mempercepat proses penyembuhan sehingga meminimalisir terjadinya kejadian stroke iskemik berulang (Abdu, *et al.*, 2022). Menurut *American Heart Association* (AHA) kondisi pasien stroke yang berbahaya bagi penderita adalah kejadian stroke berulang setelah serangan stroke yang pertama kali dialami (AHA, 2016).

Rerata pasien stroke iskemik lebih banyak ditemukan pada usia >55 tahun (Azzahra & Ronoatmodjo, 2022). Pernyataan diatas sesuai dengan hasil-hasil penelitian yang menyebutkan bahwa prevalensi stroke pada usia lanjut lebih banyak dibandingkan dengan usia muda yaitu sebesar 32,4% (55-64 tahun), 45,3% (65-74 tahun), dan 50,2 % (≥ 75 tahun) (Risksedas, 2018). Stroke mengakibatkan ketidakmampuan fisik, emosi, serta sosial bagi penderita, hal inilah yang berpengaruh besar terhadap kualitas hidup pasien stroke. Secara fisiologis dampak yang ditimbulkan akibat stroke yang paling sering adalah berhubungan dengan faktor usia. Pada usia lanjut pembuluh darah diotak menjadi kurang elastis, serta adanya penumpukan plak-plak pada percabangan pembuluh darah memberikan gambaran bahwa kualitas hidup yang buruk lebih banyak pada kelompok usia >55 tahun (Rismawan *et al.*, 2021).

Selain usia, faktor yang juga berpengaruh terhadap kualitas hidup adalah status pernikahan. Kehadiran pasangan hidup serta dukungan keluarga memengaruhi kualitas hidup pasien stroke. Oleh karena itu dapat menjadikan proses pemulihan stroke lebih cepat dan mengurangi kecacatan serta kecemasan akibat stroke sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup penderitanya (Anggraini, 2018).

Pendidikan juga memegang peranan penting. Pendidikan dapat menentukan kualitas seseorang, semakin tinggi tingkat pendidikan maka dapat dikatakan semakin baik pola pikirnya atau semakin berkualitas seseorang tersebut (Kurnia dan Idris, 2020).

Pekerjaan serta penghasilan saling berhubungan dengan kualitas hidup. Beberapa penelitian melaporkan presentase kualitas hidup yang buruk adalah mereka yang tidak bekerja memiliki presentase 58,5% sedangkan kualitas hidup yang baik adalah pasien yang bekerja 59,6% (Bariroh, *et al.*, 2016).

2.3. Kecemasan

2.3.1. Definisi

Kecemasan adalah kondisi fisik dan psikologis seseorang berupa respon terhadap situasi yang mengancam (Saleh, 2019). Definisi lain mengenai kecemasan adalah perasaan takut dan tidak menentu sebagai sebuah pertanda yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan untuk menghadapi sebuah ancaman (Yusuf, *et al.*, 2015). Kecemasan yang terjadi terus menerus, dengan intensitas yang tinggi dan frekuensi yang sering terjadi sehingga tidak rasional dan mengganggu aktivitas sehari-hari, maka hal tersebut disebut sebagai gangguan kecemasan (Kusuma, 2020).

Kecemasan merupakan respons individu terhadap kondisi yang kurang menyenangkan dan sering dialami oleh seseorang, berupa kekhawatiran yang tidak dapat dihindari dari hal-hal yang berbahaya hingga dapat menimbulkan gejala atau respons pada tubuh (Maramis, 2011). Ketika seseorang mengalami rasa cemas mereka akan merasa takut dan gelisah. Pada saat itu, terjadi

peningkatan aliran darah ke jantung dan otot yang berfungsi sebagai persiapan kita untuk bertindak terhadap hal tersebut. Biasanya disertai dengan gejala berkeringat, detak jantung yang cepat, sesak napas, pusing, serta tremor (*Stroke Association, 2012*).

Setelah seseorang terdiagnosis stroke, penderita akan mengalami perasaan takut dan khawatir. Beberapa hal yang sering dilaporkan terjadi pada pasien stroke meliputi tidak dapat bekerja kembali, merasa malu dalam situasi sosial, terjatuh, tidak yakin untuk sembuh, dan merasa anggota keluarga dapat mengalami peningkatan risiko stroke (*Stroke Association, 2012*).

2.3.2. Etiologi

Teori mengenai penyebab kecemasan berasal dari teori biologi dan ilmu psikologi. Teori psikologis dikelompokkan menjadi 3 kelompok utama yaitu teori psikoanalisis, teori perilaku, dan teori eksistensial (Mirah, 2015; Sadock, *et al.*, 2010).

Menurut teori biologis telah berkembang beberapa faktor yang dapat menimbulkan kecemasan. Faktor biologis tersebut mengarah pada masalah biokimiawi pada otak, yaitu gangguan pada neurotransmitter (Sadock, *et al.*, 2010). Tiga neurotransmitter utama yang akan berikatan dengan gangguan kecemasan yaitu norepinefrin (NE), serotonin, dan *Gamma –Aminobutyric Acid* (GABA) (Kaufman, *et al.*, 2018).

1. Norepinefrin (NE)

Merupakan bentuk respon '*fight or flight*' serta regulasi dari tidur, suasana hati dan tekanan darah. Ketika seseorang mengalami stres akut maka akan terjadi peningkatan pelepasan dari NE, dampak dari pelepasan sistem tersebut yang terdapat pada noradrenergik tidak bekerja dengan efektif. Aktivitas yang ditimbulkan oleh hal tersebut menghasilkan gejala fisik kecemasan berupa berkeringat, berdebar, gemetar dan lain-lain. Pusat dari sistem norepinefrin terletak pada *locus ceruleus* (LC) di pons pars rostralis dan badan selnya menyalurkan aksonnya ke seluruh korteks serebri, sistem limbik, batang otak, dan medulla spinalis.

2. Serotonin

Hormon serotonin berfungsi dalam mengatur suasana hati. Apabila serotonin berada pada tingkat yang rendah dapat memengaruhi suasana hati, gangguan tidur, emosi yang tidak stabil, dan gangguan kognitif serta memori. Badan sel neuron serotoninergik terletak di nukleus raphe di batang otak pars rostralis dan menyalurkan impulsnya ke korteks serebri, sistem limbik (amigdala dan hipokampus), dan hipotalamus.

3. *Gamma-Aminobutyric Acid* (GABA)

Aktivitas neurotransmitter *gamma-aminobutyric* (GABA), mengontrol aktivitas neuron di otak yang bertanggung jawab memproduksi terjadinya kecemasan. GABA menghambat

impuls neuron yang diaktifkan oleh stres dan kecemasan (NE dan serotonin) sehingga akan memberikan respon seperti keadaan relaksasi dan ketenangan. Peranan GABA dalam gangguan kecemasan telah terbukti dengan golongan obat benzodiazepine sebagai salah satu obat yang mengatasi gangguan kecemasan (Kaufman, *et al.*, 2018).

Menurut teori psikoanalisis yang dikemukakan oleh Freud menyatakan bahwa kecemasan adalah suatu sinyal yang diberikan kepada ego untuk menstimulasikan suatu dorongan yang tidak dapat diterima dan menyadarkan ego untuk mengambil tindakan pertahanan terhadap tekanan tersebut (Sadock, *et al.*, 2010). Kecemasan disebabkan oleh *Id* yang tidak terkontrol, ego yang tidak dapat diterima dan super ego yang terganggu. *Id* sebagai stimulus dan impuls primitive sedangkan superego mencerminkan hati nurani yang dikendalikan oleh norma budaya (Mirah, *et al.*, 2015).

Teori perilaku menggambarkan bahwa kecemasan adalah suatu respons yang disebabkan oleh stimulasi dari lingkungan, pola pikir yang salah, dan gangguan emosional. Dalam teori ini, dikatakan bahwa orang yang menderita kecemasan cenderung hiperbola atau melebih-lebihkan suatu kejadian yang dapat mengancam fisik maupun jiwa (Sadock, *et al.*, 2010).

Teori eksistensial artinya setiap orang dapat merasakan kekosongan dalam hidup, akibat kekosongan tersebut menyebabkan

perasaan seseorang menjadi tidak nyaman seperti perasaan cemas. Kecemasan merupakan respon terhadap persepsi kehampaan tersebut (Andri *et al*, 2007 ; Sadock, *et al.*, 2010).

2.3.3. Patofisiologi Kecemasan

Ketika seseorang dalam keadaan stress secara fisiologis akan mengaktifkan kerja dari *Limbic Hypothalamus Pituitary Adrenal Axis* (LHPA) yang kemudian merangsang bagian anterior hipotalamus dan menyebabkan disekresikannya hormon *Corticotrophin Releasing Hormone* (CRH) yang ada di kelenjar hipofisis anterior. Akibat disekresikannya CRH menyebabkan peningkatan dari *Sympathetic Adrenal Medular Axis* (SAM). Selanjutnya, menyebabkan teraktivasinya *Adeno Corticotrophin Hormone* (ACTH) yang menstimulasi produksi dari hormon kortisol di korteks serebri. Hormon kortisol berperan dalam proses umpan balik negatif menghantarkan sinyal ke hipotalamus dan diteruskan ke amigdala untuk memperkuat pengaruh stress terhadap emosi seseorang. Selain itu hormon kortisol juga akan merangsang pelepasan *Thirotropic Releasing Hormone* (TRH) dan akan mengirimkan impuls ke kelenjar hipofisis anterior untuk melepaskan hormon *Thirotropic Hormone* (TTH) yang akan menstimulasi kelenjar tiroid untuk mensekresi hormon tiroksin mengakibatkan perubahan pada tekanan darah, frekuensi nadi, dan peningkatan

kecemasan, serta menyebabkan teraktivasi norepinefrin di *Locus Coeruleus* (LC) (Budianto *et al.*, 2021).

2.3.4. Aspek-Aspek Kecemasan

Kecemasan terbagi dalam 3 aspek yaitu (Nur, *et al.*, 2017) :

1. Aspek Fisik

Aspek fisik seperti pusing, tangan dan kaki berkeringat, rasa mual pada perut, gugup, dan lain-lain.

2. Aspek Emosional

Aspek emosional seperti rasa takut, gelisah, dan panik.

3. Aspek Mental atau Kognitif

Aspek mental seperti gangguan untuk memusatkan perhatian, pikiran dan memori, rasa khawatir, serta bingung.

2.3.5. Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan dibagi menjadi 2 aspek, yaitu aspek psikis dan aspek fisik.

1. Aspek psikis

Gejala psikis yang dapat didefinisikan seperti perasaan khawatir dan cemas.

2. Aspek fisik

Gejala fisik merupakan manifestasi dari keterjagaan yang berlebihan (*hyperarousal syndrome*) berupa jantung berdebar, nafas cepat bahkan sesak, mulut kering, dingin pada tangan dan

kaki, ketegangan otot (daerah pelipis, tengkuk, punggung), jika sudah parah dapat terjadi spasme otot tangan kaki (spasme karpopedal) (Maramis, 2011).

2.3.6. Tingkat Kecemasann

Tingkat kecemasan yang dialami oleh seseorang antarlain (Yusuf, *et al.*, 2015):

1. Kecemasan ringan

Berhubungan dengan kehidupan sehari dan menyebabkan individu menjadi waspada terhadap suatu hal. Tanda dan gejala seperti presepsi dan perhatian menjadi meningkat, waspada. Selain itu perubahan fisiologi yang akan terjadi ditandai oleh sulit tidur, gelisah, dan sensitif terhadap rangsang suara.

2. Kecemasan sedang

Suatu individu akan memusatkan perhatiannya kehal-hal yang mereka anggap penting dan mengesampingkan hal yang tidak dianggap penting sehingga individu mampu memusatkan perhatian mereka lebih selektif dan melakukan sesuatu yang lebih terarah.

3. Kecemasan berat

Suatu individu cenderung memusatkan sesuatu yang terinci dan lebih spesifik, serta tidak berpikir tentang hal yang lain. Hal itu dilakukan untuk mengurangi perasaan tegang mereka. Pada tingkatan ini individu mengalami mual, pusing, sakit kepala,

takikardi, sedangkan emosi mereka akan merasa takut dan semua perhatian akan terfokus hanya pada dirinya saja.

4. Kecemasan panik

Pada tingkat ini seseorang akan kehilangan kendali dan mengalami panik karena mereka merasa sangat takut dan merasa seperti diteror sehingga tidak dapat melakukan sesuatu dengan atau tanpa adanya arahan.

2.3.7. Faktor yang Memengaruhi Kecemasan

Ada beberapa faktor yang memengaruhi kecemasan adalah sebagai berikut:

1. Faktor sosial lingkungan

Faktor ini mencakup kejadian yang telah terjadi dan bersifat mengancam atau traumatis.

2. Faktor biologis

Faktor ini meliputi predisposisi dari genetik, gangguan pada sistem neurotransmitter dan terganggunya jalur otak dalam mengirimkan impuls sinyal bahaya serta menghambat tingkah laku perspektif.

3. Faktor kognitif dan emosional

Faktor ini meliputi konflik psikologi yang belum terselesaikan. Faktor kognitif termasuk perasaan takut yang berlebihan, menyalahkan diri sendiri, sensitivitas kecemasan,

efikasi diri yang rendah, dan misalokasi terhadap sinyal tubuh; dan kurangnya dukungan sosial (Gunawan, 2021).

2.3.8. Diagnosis Gangguan Kecemasan Menyeluruh

1. Penderita merasakan cemas yang berlangsung setiap hari untuk beberapa minggu sampai bulan dan hanya dominan pada keadaan tertentu saja (sifatnya “*free floating*” atau “mengambang”).
2. Gejala-gejala mencakup unsur-unsur berikut:
 - a. Kecemasan
 - b. Ketegangan motorik (gelisah, sakit kepala, gemeteran)
 - c. Aktivitas otonomik yang berlebihan (kepala terasa ringan, berkeringat, jantung berdebar-debar, sesak nafas, keluhan lambung, pusing kepala, mulut kering)
3. Pada anak-anak sering terlihat untuk ditenangkan (*reassurance*) serta keluhan-keluhan somatik yang berulang.
4. Gejala-gejala lain yang bersifat sementara (beberapa hari), khususnya depresi, tidak dapat menggantikan diagnosis utama kecemasan menyeluruh selama tidak memenuhi kriteria dari episode depresif, gangguan ansietas fobik, gangguan panik atau gangguan obsesif-kompulsif (Saleh, 2019).

2.3.9. Pengukuran Tingkat Kecemasan

1. *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

HARS merupakan salah satu skala pertama yang dikembangkan untuk mengukur gejala kecemasan. Skala ini terdiri dari 14 item dengan 4 pilihan jawaban yang disesuaikan dengan gejala pasiendan dapat mengukur dari kecemasan psikis (agitasi mental dan tekanan psikologis) dan kecemasan somatik (keluhan fisik yang berhubungan dengan kecemasan). Penilaian kecemasan diukur dengan cara memberikan nilai sebagai berikut (Hamilton, 1959):

0= tidak ada

1= ringan

3= berat

4= sangat berat

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlahkan nilai skor dan item 1 – 14 dengan hasil:

Skor <14 = tidak cemas

Skor 14 – 20= cemas ringan

Skor 21 – 27 = cemas sedang

Skor 28 – 41= cemas berat

Skor 42 – 56= cemas sangat berat

2. *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-42)*

DASS merupakan alat ukur yang digunakan untuk membedakan antara kecemasan dan depresi. Selain itu, dapat juga mengukur kondisi stress yang bukan ciri dari kecemasan atau depresi seperti, ketegangan pikiran serta kegelisahan (Lovibond & Lovibond, 1995). DASS dikelompokkan menjadi 3 komponen yaitu DASS-D mengukur gejala pada depresi, DASS-A mengukur gejala pada ansietas, dan skala DASS-S mengukur gejala stres atau tegang. Masing-masing dari skor DASS memiliki 14 item dan total pertanyaan terdiri 42 (Lovibond & Lovibond, 1995).

Penentuan skoring tingkat kecemasan berdasarkan masing-masing DASS antarlain:

a. DASS-D:

Normal= 0-9

Ringan= 10-13

Sedang= 14-20

Berat= 21-27

Sangat berat= >28

b. DASS-A:

Normal= 0-7

Ringan= 8-9

Sedang= 10-14

Berat= 15-19

Sangat Berat= >20

c. DASS-S:

Normal= 0-14

Ringan= 15-18

Sedang= 19-25

Berat= 26-33

Sangat berat= >34

Berdasarkan penjelasan mengenai pengukuran tingkat kecemasan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa dalam mengukur kecemasan pada pasien stroke menggunakan instrumen *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-42).

2.4. Kecemasan Pada Stroke Iskemik

Pada umumnya pasien stroke tidak mampu mandiri lagi dan sebagian besar mengalami kesulitan dalam mengendalikan emosi (Setiawati, 2018). Penderita mudah merasa takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan mental yang mereka alami (Widarti *et al.*, 2014). Kecemasan pada pasien stroke iskemik lebih sering terjadi pada lansia dibandingkan usia muda (Kusumawati, 2018). Penyebabnya oleh karena penurunan kemampuan fungsi tubuh mereka untuk beradaptasi dengan kondisi fisik yang sudah lemah, stress lingkungan, penurunan daya ingat, penurunan fungsi panca indra yang akhirnya menyebabkan lansia harus bergantung kepada orang lain untuk memenuhi segala aspek kehidupannya. Akibat

keterbatasan dalam pemenuhan kebutuhan penderitanya sehingga dapat memicu kecemasan pada pasien stroke (Khairunnisa, *et al.*, 2022).

Kecemasan pada pasien stroke lebih sering dialami oleh laki-laki yang telah menikah atau berkeluarga dibandingkan dengan perempuan (Rismawan, *et al.*, 2021). Ketika seorang laki-laki telah terdiagnosis stroke menyebabkan segala aspek kehidupannya sedikit demi sedikit akan mengalami perubahan. Oleh karena adanya keterbatasan aktivitas sehari-hari yang menyebabkan penderita tidak dapat bekerja secara maksimal dalam memenuhi kebutuhan keluarganya (Ananda & Darlina, 2017). Apabila hal tersebut tidak segera diatasi dapat memengaruhi kondisi mental pasien seperti kecemasan. Status pernikahan bukan merupakan faktor risiko dari stroke, tetapi status pernikahan merupakan salah satu bentuk dukungan sosial terhadap pasangan (Kusumawati, 2018).

2.5. Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Iskemik

Pasien stroke dengan kualitas hidup yang buruk lebih banyak diderita pada pasien yang berusia >55 tahun dibandingkan usia <55 tahun. Hal ini diakibatkan oleh karena pasien berusia >55 tahun akan mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan serta kemampuan sebagai bentuk upaya perawatan diri (Kurnia dan Idris, 2020). Akibat terjadinya serangan pada serebrovaskuler menyebabkan kecacatan fungsional dan penurunan kualitas hidup yang berpengaruh pada domain fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, serta domain hubungan dengan lingkungan (Hohls *et al.*,

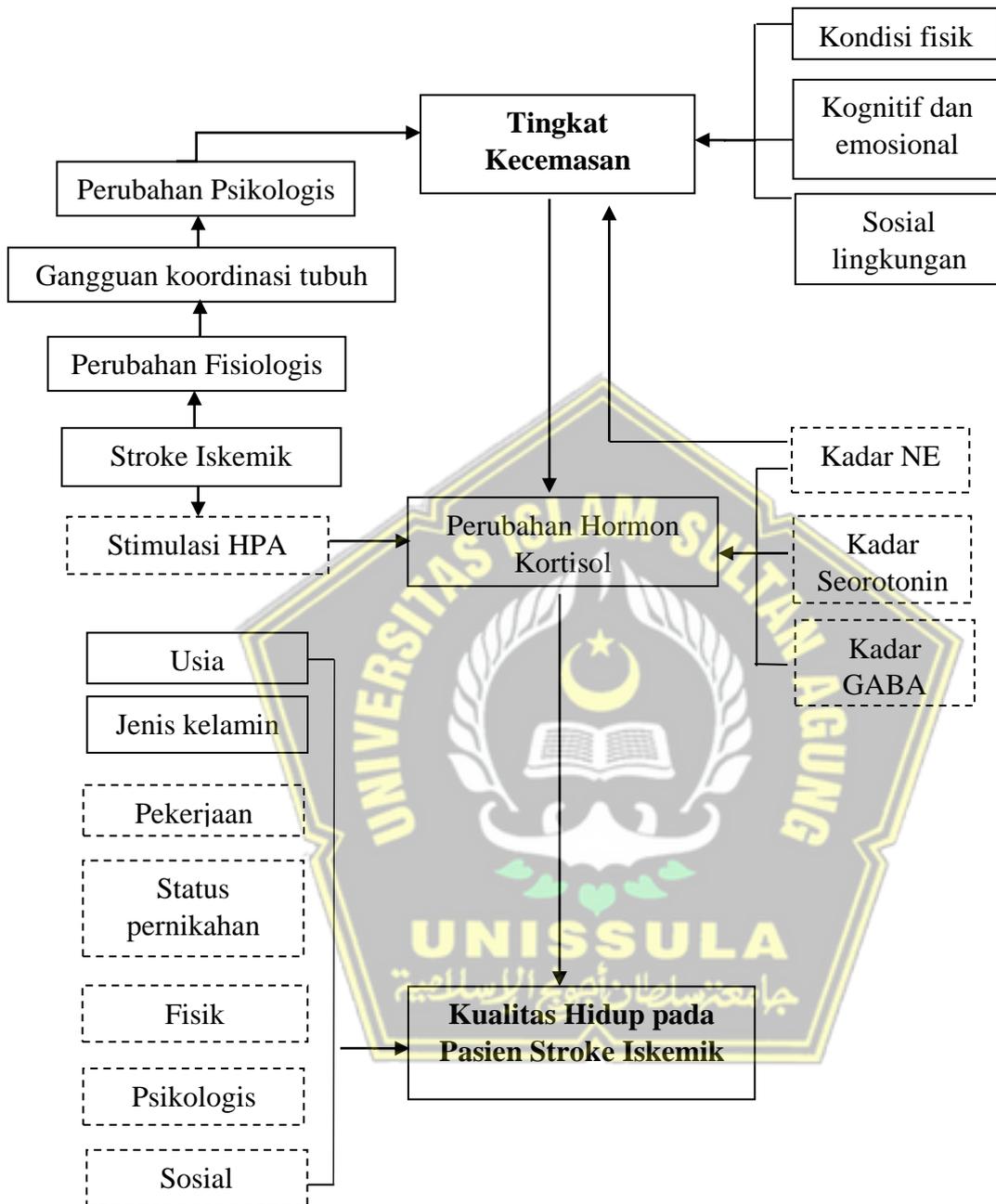
2021). Di Indonesia stroke menyumbang angka kematian sebanyak 51%. Kematian akibat stroke diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta pada tahun 2030 (Risksedas, 2018). Penelitian yang dilakukan pada semua orang berusia >15 tahun di Provinsi DIY menerangkan bahwa usia ≥ 55 tahun memiliki peluang 3,23 kali lebih besar menderita stroke iskemik dibandingkan usia <55 tahun (Azzahra dan Ronoatmodjo, 2022). Melihat kondisi tersebut menyebabkan pasien stroke mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitasnya (Lubis, 2019). Hal tersebut didukung penelitian terdahulu bahwa pasien yang menderita stroke iskemik akan mengalami kualitas hidup yang buruk sebanyak 63,5% (Marbun, *et al.*, 2016). Faktor-faktor yang dapat memicu kejadian stroke iskemik seperti faktor kondisi kesehatan (hipertensi, penyakit jantung dan lain-lain) dan faktor perilaku (aktivitas fisik dan pola makan) (Azzahra dan Ronoatmodjo, 2022).

Kejadian stroke iskemik pada laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan apabila dilihat berdasarkan usia. Pasien stroke iskemik lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Penelitian yang dilakukan oleh (Kesuma, *et al.*, 2019) menyebutkan bahwa laki-laki rentan untuk terjadi stroke iskemik sedangkan perempuan lebih cenderung terkena stroke hemoragik dan risiko kematiannya 2 kali lebih banyak daripada laki-laki. Hal ini dikarenakan faktor risiko yang dapat dimodifikasi pada stroke iskemik adalah hipertensi, kolesterol, dan merokok. Penelitian menunjukkan bahwa perempuan mengalami neuroprotektif sebelum menopause berkaitan dengan hormon estrogen sehingga risiko stroke

iskemik lebih rendah pada rerata usia 40-75 tahun. Akan tetapi, usia >75 tahun perempuan mengalami risiko lebih besar sekitar 50% mengalami stroke daripada laki-laki (Samai dan Martin-Schild, 2015). Pasien pasca stroke akan mengalami gangguan psikologis, ini terjadi karena ketidakmampuan melakukan berbagai aktivitas seperti biasa sehingga emosi pada pasien tidak stabil (Athiutama *et al.*, 2021). Kondisi psikologis yang juga umum dialami pasien stroke iskemik berupa emosi yang tidak stabil, frustrasi, dan stress (Arif, 2020). Kecemasan yang terjadi pada pasien stroke disebabkan dampak stroke iskemik seperti hemiplegia, hemiparesis, defisit fungsi kognitif, defisit bahasa, gangguan koordinasi tubuh, serta perubahan emosi dan mental (Mutiarasari, 2019). Jika masalah psikologis tidak segera ditangani dapat menyebabkan kecemasan yang berat, depresi, dan kecacatan sosial (Khairunnisa, *et al.*, 2022).

Bukti yang konsisten ditunjukkan dengan banyaknya bentuk dari stres psikologis yang akan meningkatkan sintesis dan pelepasan hormon kortisol. Kortisol berfungsi untuk mobilisasi dan pengisian kembali simpanan energi serta peningkatan gairah, kewaspadaan, perhatian terfokus, dan pembentukan memori; penghambatan pertumbuhan dan sistem reproduksi; dan menahan respon imun. Metabolisme kortisol yang tidak terkontrol akan menimbulkan efek samping serius seperti hipertensi, osteoporosis, imunosupresi, resistensi insulin, dislipidemia, akhirnya aterosklerosis, dan penyakit kardiovaskular (Gunawan, 2021).

2.6. Kerangka Teori



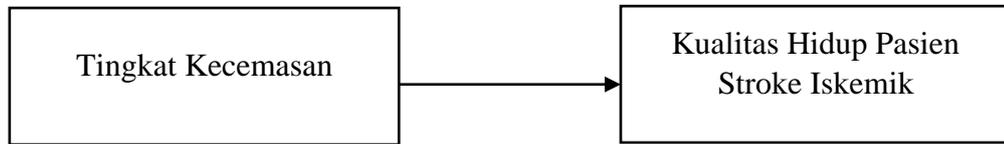
Keterangan:

: Diteliti

: Tidak diteliti

Gambar 2.1. Kerangka Teori

2.7. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

2.8. Hipotesis

Terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah studi observasional analitik dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Observasional karena peneliti hanya mengamati pada tiap sampel tanpa melakukan intervensi terhadap sampel. Dikatakan analitik karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan sebab akibat antar variabel. Rancangan penelitian *cross sectional* artinya seluruh data yang diteliti dilakukan dan diukur dalam satu waktu yang sama.

3.2. Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1. Variabel

3.2.1.1. Variabel Bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah tingkat kecemasan.

3.2.1.2. Variabel Terikat

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup pada pasien stroke iskemik.

3.2.2. Definisi Operasional

3.2.2.1. Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan suatu penilaian terhadap kesejahteraan hidup yang dapat dinilai meliputi kesehatan fisik, psikologi atau mental, peran sosial dan lingkungan, perawatan diri, dan keterbatasan fisik. *Stroke-Specific Quality of Life (SS-QOL)* adalah kuesioner yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pada pasien stroke, terdiri dari 49-item dan memiliki 12 domain. Skor dari masing-masing pertanyaan direntang 1-5. Skor kualitas hidup didapatkan dari menjumlahkan seluruh skor tiap pertanyaan. Penentuan nilai kualitas hidup diinterpretasikan sebagai berikut:

1. Skor <154 = kualitas hidup buruk
2. Skor >154 = kualitas hidup baik

Skala data: ordinal

3.2.2.2. Tingkat Kecemasan

Kecemasan adalah kondisi dimana seseorang merasakan takut, khawatir pada situasi tertentu yang dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman. Tingkat kecemasan pada pasien stroke dinilai dengan skor *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-42)*. DASS dikelompokkan menjadi 3 komponen yaitu DASS-D mengukur gejala pada

depresi, DASS-A mengukur gejala pada ansietas atau kecemasan, dan DASS-S mengukur gejala stres atau tegang. Pada penelitian ini hanya mengukur gejala kecemasan saja sehingga menggunakan DASS-A. Masing-masing dari skor DASS memiliki 14 item dan total pertanyaan terdiri 42 butir. Interpretasi tingkat kecemasan DASS-A antara lain:

1. Skor 0-7= normal
2. Skor 8-9= ringan
3. Skor 10-14= sedang
4. Skor 15-19= berat
5. Skor >20= sangat berat

Skala data: ordinal

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

3.3.1.1. Populasi Target

Populasi target peneliti adalah pasien stroke iskemik yang dirawat jalan di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

3.3.1.2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau penelitian ini adalah pasien stroke iskemik yang dirawat jalan di RSUD K.R.M.T

Wongsonegoro Kota Semarang periode Desember tahun 2023 - Januari 2024.

3.3.2. Sampel

Sampel penelitian ini adalah bagian dari populasi target yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

3.3.2.1. Kriteria Inklusi

- a. Semua pasien stroke iskemik yang dirawat jalan dengan usia 55-70 tahun di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.
- b. Bersedia mengikuti penelitian dan menandatangani surat persetujuan.
- c. Mampu membaca dan menulis.
- d. Dapat berkomunikasi dengan baik.
- e. Tidak sedang rawat inap.

3.3.2.2. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran.
- b. Pasien yang mengalami afasia sensorik dan motorik.
- c. Memiliki riwayat gangguan kecemasan yang disertai surat keterangan psikiater atau dokter spesialis kesehatan jiwa.
- d. Memiliki riwayat menggunakan obat psikiatri dan NAPZA (narkotika, psikotropika, dan zat adiktif).

3.3.2.3. Besar Sampel

Penentuan jumlah besar sampel dapat menggunakan rumus besar sampel uji hipotesis analitik korelatif (Dahlan, 2010):

$$N = \left\{ \frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0,5 \ln[(1+r)/(1-r)]} \right\}^2 + 3$$

Keterangan rumus:

N = jumlah sampel

α = deviat baku α (tingkat kesalahan tipe I) = 5%, $Z\alpha = 1,64$

β = deviat baku β (tingkat kesalahan tipe II) = 20%, $Z\beta = 1,28$

r = estimasi nilai r (korelasi) yang dianggap bermakna = 0,4

$$N = \left\{ \frac{(1,64 + 1,28)^2}{0,5 \ln[(1 + 0,4)/(1 - 0,4)]} \right\}^2 + 3$$

$$N = 50,51$$

$$N \approx 51$$

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan rumus besar sampel diatas dapat disimpulkan bahwa besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 51 orang.

3.3.2.4. Teknik *Sampling*

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *non probability sampling* dan dilakukan secara *consecutive sampling* sesuai dengan kriteria jumlah sampel yang dibutuhkan.

3.4. Instrumen Penelitian dan Bahan Penelitian

3.4.1. *Informed Consent*

Informed consent adalah suatu bentuk tindakan yang menyatakan bahwa partisipan bersedia menjadi subjek dalam penelitian. Pada lembar *informed consent*, semua informasi dan data yang diberikan oleh partisipan akan dirahasiakan sehingga partisipan tidak merasa dirugikan.

3.4.2. Kuesioner *Stroke-Specific Quality of Life (SS-QOL)*

Stroke-Specific Quality of Life (SS-QOL) merupakan alat ukur yang digunakan untuk mengetahui kualitas hidup pasien stroke (Riani dan Kristyawati, 2019). Dalam kuesioner tersebut terdapat 12 domain dan terdiri dari 49 item. Domain tersebut antara lain; perawatan diri, mobilitas, fungsi ekstremitas, bahasa, penglihatan, pekerjaan, peran keluarga, peran sosial, kepribadian, suasana hati, dan energi (Williams *et al.*, 1999).

Kuesioner SS-QOL terdiri dari 49 pertanyaan dengan 5 pilihan jawaban, penilaian kualitas hidup dengan cara memberikan nilai dengan kategori sebagai berikut:

1 = sangat setuju; sangat membantu; butuh bantuan total

2 = cukup setuju; memerlukan banyak bantuan; banyak masalah

3 = tidak setuju; memerlukan beberapa bantuan; beberapa masalah

4 = cukup tidak setuju; memerlukan sedikit bantuan; sedikit kesulitan

5= sangat tidak setuju; tidak perlu bantuan; tidak ada masalah sama sekali

Penentuan derajat kualitas hidup dengan cara menjumlahkan nilai skor dan item 1 – 49 dengan hasil:

Skor <154 = kualitas hidup buruk

Skor >154 = kualitas hidup baik

Peneliti juga tidak perlu melakukan pengujian reliabilitas ulang kuesioner *SS-QOL (Stoke-Specific Quality of Life)* karena kuesioner ini sudah memiliki nilai realibilitas yang tinggi (*Cronbach's α* berkisar antara 0,79 - 0,93). Kuesioner *SS-QOL* memiliki keandalan sangat baik dengan nilai (*Cronbach's α* = 0,94) (Pedersen *et al.*, 2018).

3.4.3. Kuesioner *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-42)*

Instrumen yang digunakan pada variabel kecemasan pada pasien stroke adalah kuesioner *Depression Anxiety Stres Scale 42 (DASS 42)*. DASS terdiri dari masing-masing pertanyaan dalam 1 kuesioner. Pertanyaan untuk dimensi depresi adalah 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42. Pertanyaan untuk dimensi ansietas adalah 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41. Pertanyaan untuk skala dimensi stress adalah 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39 (Lovibond & Lovibond, 1995). Kuesioner DASS dalam penelitian ini hanya menggunakan pertanyaan dimensi

kecemasan, sementara dimensi pertanyaan depresi dan stres tidak diikuti dalam penelitian.

Penilaian kecemasan dengan cara memberikan nilai dengan kategori sebagai berikut:

- 0 = Tidak sesuai dengan saya sama sekali, atau tidak pernah
- 1 = Sesuai dengan saya sampai level tertentu, atau kadang-kadang
- 2 = Sesuai dengan saya sampai batas yang dapat disetujui, atau lumayan sering
- 3 = Sangat sesuai dengan saya, atau sering sekali

Penentuan derajat kecemasan dengan menjumlah skor dari pertanyaan dimensi kecemasan dengan hasil:

- Skor 0 – 7 = normal
- Skor 8 – 9 = ringan
- Skor 10 – 14 = sedang
- Skor 15 – 19 = berat
- Skor >20 = sangat berat

Kuesioner *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-42) mempunyai validitas dan realibilitas yang cukup tinggi untuk digunakan dalam pengukuran tingkat kecemasan dengan validitas dimensi depresi (0,872), dimensi kecemasan (0,782), dimensi stress (0,791) sedangkan untuk nilai reliabilitas pada depresi (0,872), kecemasan (0,806), dan stress (0,816) yang berarti pengukuran tingkat kecemasan pada pasien stroke dengan menggunakan

kuesioner DASS-42 akan didapatkan hasil valid dan *reliable* (Marsidi, 2021).

3.5. Cara Penelitian

3.5.1. Perencanaan

1. Melakukan identifikasi dan membuat rumusan masalah.
2. Melakukan studi pendahuluan rekam medis di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.
3. Menyusun rumusan suatu hipotesis.
4. Menyajikan proposal penelitian.
5. Mengurus *ethical clereance*.
6. Mengurus dan menyerahkan izin penelitian kepada instansi terkait yang berwenang.

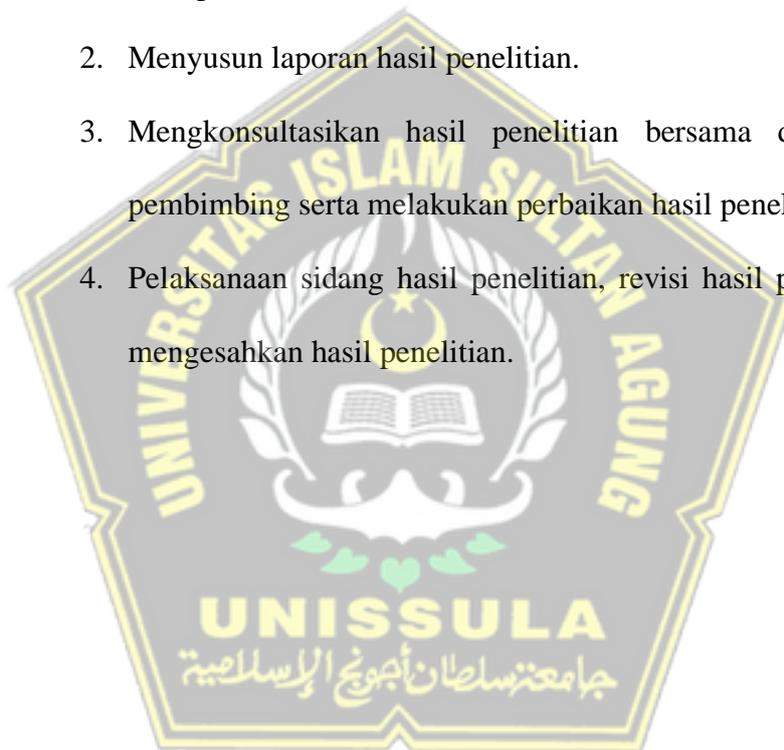
3.5.2. Pelaksanaan

1. Peneliti datang ke bagian rekam medis RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang untuk melihat nomor rekam medis pasien stroke iskemik.
2. Nomor rekam medis yang telah diperoleh kemudian dilakukan seleksi menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi kemudian mengambil sampel menggunakan *non probability sampling* dengan *consecutive sampling*.
3. Setelah mendapat sampel yang terpilih kemudian peneliti membagikan kuesioner kepada sampel tersebut.

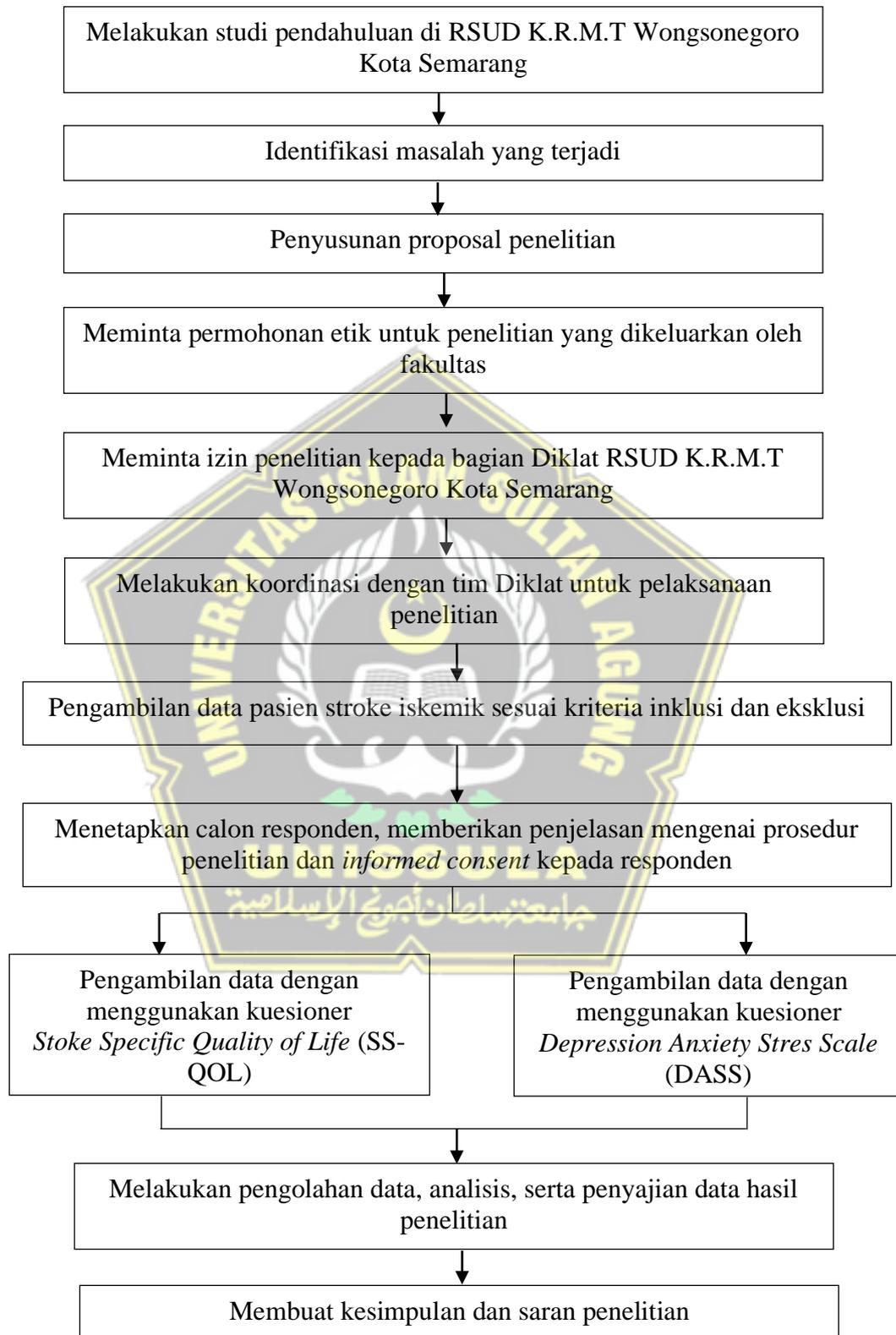
4. Data mentah diinput menggunakan *Microsoft Excel* kemudian dianalisis menggunakan SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*) for windows.

3.5.3. Penyelesaian

1. Peneliti melakukan pengolahan data dan menginterpretasikan hasil penelitian.
2. Menyusun laporan hasil penelitian.
3. Mengkonsultasikan hasil penelitian bersama dengan dosen pembimbing serta melakukan perbaikan hasil penelitian.
4. Pelaksanaan sidang hasil penelitian, revisi hasil penelitian, dan mengesahkan hasil penelitian.



3.6. Alur Penelitian



Gambar 3.1. Alur Penelitian

3.7. Tempat dan Waktu

3.7.1. Tempat Penelitian

Penelitian akan dilakukan di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

3.7.2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Desember 2023 hingga Januari 2024.

3.8. Analisis Hasil

Analisis hasil dari data penelitian ini menggunakan analisis bivariat dengan cara mengujinya menggunakan metode uji korelasi *spearman* untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Analisis *spearman* digunakan karena skala data dalam penelitian ini berupa skala data kategorik yaitu skala ordinal untuk variabel bebas dan skala ordinal untuk variabel tergantung. Analisis dari data penelitian ini menggunakan aplikasi SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*). Hipotesis penelitian diterima apabila nilai $p < 0,05$ yang menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan. Keeratan hubungan ditandai dengan koefisien korelasi sebagai berikut:

Tabel 3.1. Interpretasi Koefisien Korelasi

Interval Koefisien	Tingkat Hubungan
0,00 – 0,199	Sangat Lemah
0,20 – 0,399	Lemah
0,40 – 0,599	Sedang
0,60 – 0,799	Kuat
0,80 – 1,000	Sangat Kuat

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Responden dalam penelitian ini merupakan pasien dengan stroke iskemik di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang periode Desember 2023 – Januari 2024 dengan jumlah sampel sebanyak 51 pasien, dan telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun deskripsi karakteristik pasien sebagai berikut:

Tabel 4.1. Karakteristik Sampel Penelitian

Karakteristik	Jumlah (n=51)	Presentase (100%)
Usia		
46-55 Tahun	4	7,8
56-65 Tahun	29	56,9
>65 tahun	18	35,3
Jenis kelamin		
Laki-laki	27	52,9
Perempuan	24	47,1

Pada tabel 4.1 diatas menunjukkan pasien stroke iskemik yang menjadi responden didominasi pada kelompok umur lansia akhir 56-65 tahun berjumlah 29 pasien (56,9%) sedangkan kelompok umur manula > 65 tahun berjumlah 18 pasien (35,3%) dan kelompok umur lansia awal 46-55 tahun (7,8%). Berdasarkan jenis kelamin, pasien berjenis kelamin laki-laki memiliki jumlah terbanyak sebesar 27 pasien (52,9%) dan jenis kelamin perempuan sebanyak 24 pasien (47,1%).

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan (DASS)

Tingkat Kecemasan	Jumlah (n=51)	Presentase (100%)
Normal	0	0
Ringan	5	9,8
Sedang	13	25,5
Berat	17	33,3
Sangat Berat	16	31,4

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa tingkat kecemasan pada pasien stroke iskemik terbanyak ialah derajat berat dengan jumlah 17 pasien (33,3%) sedangkan derajat sangat berat berjumlah 16 pasien (31,4%), derajat sedang berjumlah 13 pasien (25,5%), derajat ringan berjumlah 5 pasien (9,8%), dan tidak ada pasien dengan tingkat kecemasan dengan derajat normal.

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup (SSQOL)

Kualitas Hidup	Jumlah (n=51)	Presentase (100%)
Kualitas Hidup baik	23	45,1
Kualitas Hidup Buruk	28	54,9

Dari tabel 4.3 data tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pasien dengan stroke iskemik memiliki kualitas hidup buruk sebesar 28 pasien (54,9%) dan pasien dengan kualitas hidup baik sebesar 23 pasien (45,1%).

Hasil analisis bivariat terhadap hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik di RSUD K.M.R.T Wongsonegoro Kota Semarang sebagai berikut:

Tabel 4.4. Uji Bivariat antara Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup

Tingkat Kecemasan (DASS)	Kualitas Hidup (SSQOL)				Total		<i>p</i>	<i>r</i>
	Baik		Buruk		<i>n</i>	<i>%</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>				
Normal	0	0	0	0	0	0	0,006	-0,381
Ringan	5	9,8	0	0	5	9,8		
Sedang	7	13,7	6	11,8	13	25,5		
Berat	7	13,7	10	19,6	17	33,3		
Sangat Berat	4	7,8	12	23,5	16	31,4		
Total	23	45,1	28	54,9	51	100		

Dari tabel 4.4 didapatkan data bahwa pasien dengan kualitas hidup baik terbanyak pada tingkat kecemasan sedang dan berat sejumlah 7 pasien (13,7%), derajat ringan sebanyak 5 pasien (9,8%), dan derajat sangat berat terendah dengan jumlah 4 pasien (7,8%). Pasien dengan kualitas hidup buruk terbanyak pada tingkat kecemasan sangat berat sejumlah 12 pasien (23,5%), derajat berat sejumlah 10 pasien (19,6%), derajat sedang sejumlah 6 pasien (11,8). Berdasarkan data tersebut tidak terdapat pasien dengan tingkat kecemasan ringan dan dengan kualitas hidup yang buruk.

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa hasil korelasi antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup mendapatkan nilai *p* value = 0,006 (<0,05) menandakan adanya hubungan yang bermakna antara kedua variabel. Hasil nilai koefisien korelasi *Spearman Test* menunjukkan nilai *r* = -0,381 yang berarti korelasi antara variabel tersebut memiliki kekuatan yang lemah. Arah hubungan mengarah negatif yang berarti semakin tinggi

tingkat kecemasan pada pasien stroke iskemik maka akan semakin rendah kualitas hidup pasien.

4.2. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan jumlah responden adalah 51 pasien dengan penyakit stroke iskemik. Sebagian besar pasien merupakan kelompok usia lansia awal dengan usia 56-65 tahun sebanyak 29 pasien (56,9%) dan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 27 pasien (52,9%). Penelitian ini sejalan dengan Nadhifah dan Sjarqiah, (2022) yang menunjukkan distribusi kejadian stroke iskemik pada lansia lebih banyak pada laki-laki sebesar 55,5% dibandingkan perempuan sebanyak 44,2%. Hal ini dipengaruhi oleh adanya peran estrogen sebagai pencegahan plak aterosklerosis seluruh pembuluh darah serebral. Perempuan memiliki proteksi terhadap kejadian penyakit stroke dengan angka kejadian yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki namun pada keadaan premenopause dan menopause kadar produksi estrogen mulai menurun (Xie *et al.*, 2022). Penelitian serupa oleh Oktarina *et al.*, (2021) menjelaskan bahwa jenis kelamin laki-laki memiliki prevalensi stroke iskemik yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan dikarenakan adanya faktor risiko pada laki-laki seperti merokok dan konsumsi alkohol yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan.

Berdasarkan hasil penelitian ini sebagian besar pasien stroke iskemik mengalami tingkat kecemasan berat sebanyak 17 pasien (33,3%), tingkat kecemasan sangat berat sebanyak 16 pasien (31,4%), tingkat kecemasan

sedang sebanyak 13 pasien (25,5%). Penelitian ini sejalan dengan Liu *et al.*, (2018) yang menjelaskan *post stroke anxiety* (PSA) atau kecemasan pascastroke memiliki prevalensi sebesar 24,1% atau seperempat dari total penderita stroke sebanyak 203 pasien. Gejala kecemasan sering terjadi pada pasien setelah mengalami stroke. Hal ini dikarenakan terjadi defisit neurologis secara tiba-tiba yang mengakibatkan keadaan stres atau kecemasan terhadap pasien, serta lokasi lesi seperti lobus frontal dan *cerebral hemisfer white matter* (CHWM) akan mengakibatkan kondisi *poststroke anxiety* (PSA) yang lebih dini atau fase akut (Li *et al.*, 2019).

Pada penelitian ini didapatkan bahwa pasien dengan tingkat kecemasan berat memiliki angka kejadian kualitas hidup buruk yang tertinggi sebanyak 17 pasien (33,3%), tingkat kecemasan sangat berat sebanyak 16 pasien (31,4%), tingkat kecemasan sedang sebanyak 13 pasien (25,5%), dan tingkat kecemasan ringan sebanyak 5 pasien (9,8%). Hal ini menunjukkan bahwa semakin rendah tingkat kecemasan maka semakin sedikit angka kejadian kualitas hidup yang buruk. Penelitian ini sejalan dengan Kapoor *et al.*, (2019) pasien dengan stroke iskemik memiliki risiko yang lebih tinggi mengalami kecemasan yang berakibat terhadap penurunan kualitas hidup berdasarkan hasil kuesioner *European Quality of Life-5 Dimension-5* (EQ-5D-5L), terutama pada pasien dengan gangguan defisit neurologi yang lebih berat sehingga akan berdampak terhadap kegiatan sosial serta aktivitas sehari-harinya. Penelitian serupa oleh Li *et al.*, (2019) menunjukkan tingkat keparahan kecemasan memengaruhi kualitas hidup

pasien stroke iskemik yang disebabkan oleh keadaan cemas akan mengurangi energi fisik, mental, motivasi dan aktivitas yang kemudian berbanding terbalik dengan kualitas hidup pasien. Kualitas hidup pasien stroke iskemik yang buruk dikaitkan dengan tingkat kecacatan fisik, kecemasan dan depresi yang semakin berat.

Adanya stroke iskemik akan menyebabkan terjadi proses inflamasi yang terjadi pada otak, sitokin proinflamasi akan diregulasi dan menginfiltrasi sel sistem imun yang memainkan peran kompleks terhadap patofisiologi stroke iskemik (Zhou, Ma and Wang, 2020). Beberapa penelitian telah memimplikasi secara klinis sitkoin proinflamasi pada stroke iskemik memiliki pengaruh terhadap gangguan kognisi salah satunya ialah kecemasan. Penelitian oleh Li *et al.*, (2022) menunjukkan bahwa TNF- α dan IL-6 memiliki korelasi yang tinggi terhadap gangguan kognisi. Hal ini didasari karena TNF- α dan IL-6 akan melintasi sawar darah otak yang akan mengaktifkan jalur komunikasi antara sistem saraf pusat dan perifer (Kohler *et al.*, 2016). Oleh karena itu, konsentrasi TNF- α dan IL-6 yang tinggi menjadi faktor penting dalam perkembangan gangguan kognisi. Adanya sitokin proinflamasi yang tinggi dapat memengaruhi enzim *indoleamine 2,3 deoxygenation enzyme-1* (IDO-1), kemudian memengaruhi 5 *hydroxytryptamine* (5-HT) merupakan neurotransmitter yang berperan penting terhadap kecemasan sehingga akan meningkatkan kejadian kecemasan pada pasien dengan stroke iskemik (Cheng *et al.*, 2021).

Faktor-faktor lain yang dapat berpengaruh pada tingkat kecemasan dan kualitas hidup ialah tingkat pendidikan, status pekerjaan, lama stroke, status pernikahan dan dukungan keluarga. Tingkat pendidikan menurut penelitian (Astrid, *et al.*, 2021) menunjukkan jika pasien pasca stroke yang memiliki latar belakang pendidikan yang lebih tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih rendah sehingga tidak ada hubungan yang bermakna. Menurut hasil penelitian oleh (Rachman, 2017) melalui wawancara pada pasien stroke, mereka hanya memikirkan dan mempertimbangkan bagaimana pulih dari stroke dan ikut berpartisipasi dalam suatu kegiatan yang akan meningkatkan kualitas hidup mereka sedangkan untuk status pekerjaan menurut (Astrid, *et al.*, 2021) berdasarkan hasil wawancara ada hubungan yang kuat antara status pekerjaan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

Kendala fisik dan ketidakmampuan secara emosional untuk memenuhi kebutuhan keluarga menimbulkan keputusan, akibatnya seseorang yang tidak dapat kembali bekerja berisiko memiliki kualitas hidup yang buruk. Lamanya waktu stroke berdampak pada kemampuan mereka untuk melakukan berbagai aktivitas dan perawatan secara mandiri. Semakin lama seseorang mengalami stroke maka mereka semakin mampu untuk beradaptasi serta menerima kenyataan terhadap dirinya, hal tersebut dikarenakan keterbatasan yang mereka miliki akan membuat mereka belajar melakukan kegiatan sehari-hari yang dapat menjadikan lebih mandiri dalam menjalani kehidupannya (Abdu *et al.*, 2022).

Dukungan keluarga serta status pernikahan memiliki keterkaitan dalam meningkatkan kualitas hidup mereka. Menurut penelitian (Rachman, 2017) bahwa mereka yang telah menikah memiliki kualitas hidup yang baik dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki hubungan atau tidak berpasangan, karena dukungan yang diberikan oleh pasangan diperlukan selama masa pemulihan maupun penyembuhan. Bentuk dukungan yang baik dapat diberikan kepada pasien dimulai dari hal kecil seperti mengingatkan rutin minum obat, rutin kontrol ke dokter atau konsultasi serta rutin menjalani fisioterapi. Anggota keluarga merupakan peran penting dalam proses pemulihan dan penyembuhan, bentuk dukungan dapat berupa dukungan emosional yang membuat pasien merasa berharga. Hal tersebut membuat pasien semangat untuk melewati fase rehabilitasi yang dapat mengurangi kecemasan dan berpengaruh pada kualitas hidup mereka menjadi lebih baik (Abdu *et al.*, 2022).

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini memiliki banyak keterbatasan. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* sehingga belum cukup kuat untuk menjelaskan keterkaitan antar faktor risiko yang berpengaruh terhadap tingkat kecemasan dengan kualitas hidup dan hubungan antar kedua variabel. Penelitian ini juga belum menilai faktor risiko seperti faktor psikologis, fisik, dan sosial termasuk stressor, pekerjaan, usia produktif, letak lesi, defisit neurologis, dan faktor dukungan keluarga yang berpengaruh terhadap kualitas hidup penderitanya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

- 5.1.1.** Adanya hubungan yang bermakna antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup dengan nilai $p = 0,006$ ($p < 0,05$) pada pada pasien stroke iskemik di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Hubungan keeratan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang menunjukkan nilai $r = -0,381$ yang berarti memiliki hubungan lemah dengan arah korelasi negatif artinya semakin tinggi tingkat kecemasan pasien stroke iskemik maka semakin rendah kualitas hidupnya.
- 5.1.2.** Tingkat kecemasan pada pasien stroke iskemik di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang secara urut dari yang terbanyak hingga terendah sebagai berikut; tingkat kecemasan berat dengan jumlah 17 pasien (33,3%), tingkat kecemasan sangat berat berjumlah 16 pasien (31,4%), tingkat kecemasan sedang berjumlah 13 pasien (25,5%), tingkat kecemasan ringan berjumlah 5 pasien (9,8%).
- 5.1.3.** Kualitas hidup pada pasien stroke iskemik di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang sebgaian besar menunjukkan kualitas hidup buruk dengan jumlah 28 pasien (54,9%) dibandingkan dengan kualitas hidup baik dengan jumlah 23 pasien (45,1%).

5.2. Saran

- 5.2.1. Bagi peneliti selanjutnya, perlu dilakukan lebih lanjut penelitian tersebut dengan menggunakan desain penelitian *cohort* sehingga peneliti dapat menjelaskan keterkaitan antar faktor risiko yang berpengaruh terhadap tingkat kecemasan dengan kualitas hidup dan hubungan antar kedua variabel tersebut.
- 5.2.2. Untuk peneliti selanjutnya dapat melakukan analisis faktor lain seperti faktor fisik (penyakit yang diderita sebelumnya), psikologis (perasaan takut, stres, serta cemas sebelumnya), dan sosial (berhubungan dengan lingkungan disekitar serta peran sosial).
- 5.2.3. Untuk peneliti selanjutnya perlu adanya penilaian secara spesifik terhadap stressor pekerjaan, lama menderita stroke iskemik, usia produktif, lokasi lesi, defisit neurologis, status pernikahan serta dukungan keluarga.
- 5.2.4. Pentingnya edukasi kepada keluarga juga perlu dilakukan mengingat keluarga merupakan pilar utama dalam fase pemulihan serta penyembuhan pada pasien stroke iskemik.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdu, S., Satti, Y. C., Payung, F. & Soputan, H. A., 2022. Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Keperawatan Florence Nightiangle (JKFN)*, Volume 5.
- Adnyana, I. M. O., 2020. Stroke Iskemik Dan Patofisiologi Sampai Kematian Sel (Nekrosis Dan Apoptosis) Dan Astrosit Sebagai Target Neuroprotekt. PT. Intisari Sains Medis.
- American Heart Association (AHA), 2016. Heart Disease And Stroke Statistic.
- Ananda, Z. And Darlina, D. (2017) Kecemasan Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke, *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 2, Pp. 1–10.
- Andri, A. And Purnamawati, Y. D. (2007) Anxiety Theory Based On Classic Psychoanalytic And Types Of Defense Mechanism To Anxiety, *Journal Of The Indonesian Medical Association*, 57(7), Pp. 233–238.
- Athiutama, A. et al. (2021) Karakteristik Dan Hubungannya Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke, *Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa*, 3(1), Pp. 13–20. Doi: P-ISSN 2715-6443 E-ISSN 2721-9429.
- Azzahra, V. And Ronoatmodjo, S. (2022) Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Pada Penduduk Usia > 15 Tahun Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (Analisis Riskesdas 2018), *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 6(2).
- Anggraeny, 2013. Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kemampuan Fungsional Pada Pasien Stroke. *Kesehatan Bakti Tunas Husada*, Volume 12.
- Anggraini, R. D., 2018. Hubungan Status Bekerja Dengan Kualitas Hidup Lansia Sebagai Kepala Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sembayat Gresik, Surabaya: Universitas Airlangga.
- Bariroh, U., Setyawan, H. & Sakundarno, M., 2016. Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Volume 4.
- Budianto, P. Et Al. (2021) *Stroke Iskemik Akut : Dasar Dan Klinis*, Univerisitas Sebelas Maret. Edited By P. Budianto. Solo: www.unspress.uns.ac.id.
- Boehme, A. K., Esenwa, C. & Elkind, M. S., 2017. Stroke Risk Factors, Genetics, And Prevention. *Circulation Research*, 120(3), Pp. 472-495.

- Brett, C. E. Et Al., 2011. Psychosocial Factors And Health As Determinants Of Quality Of Life In Community-Dwelling Older Adults. *Qual Life Res.*
- Bridges, K., Huxley, D. P., Mohamad, H. & Oliver, J., 1997. *Quality Of Life And Mental Health Services.* 1 Ed. London: Routledge.
- C., A. & W., 2014. Pathophysiological Relationships Between Heart Failure An Depression And Anxiety. S.L.:S.N.
- Chun, H.-Y. Y., Whiteley, W. N., Dennis, M. S. & Mead, G. E., 2018. Anxiety After Stroke. *American Heart Association*, 43,49(3).
- Dahlan, S. (2010) Besar Sampel Dan Cara Pengambilan Sampel Dalam Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan., 5, 1-2., *Jurnal Psikologi Udayana.* Jakarta: Salemba Medika.
- Derivanti, A. D. & Wulandari, M. P., 2017. Study Of The Effect Of Family Communication And Therapeutic. *Wacana*, Volume 20, No.2.
- Frühwald, S., Löffler, H., Eher, R., Saletu, B., & Baumhackl, U, 2001. Relationship Between Depression, Anxiety And Quality Of Life: A Study Of Stroke Patients Compared To Chronic Low Back Pain And Myocardial Ischemia Patients.
- Gibson, 2013. Cerebral Ischemic Stroke: Is Gender Important?. *Cerebral Blood Flow & Metabolism.*
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J., 2015. *Health Promotion: Planning And Strategies.* 3 Ed. Singapore: British Library Cataloguing.
- Gunawan, A., 2021. Pengaruh Murottal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Stroke Infark Akut. Fakultas Kedokteran Unissula [Http://Repository.Unissula.Ac.Id/25399/](http://Repository.Unissula.Ac.Id/25399/)
- Hamilton M. (1959). The Assessment Of Anxiety States By Rating. *The British Journal Of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Kahirunnisa Siti, Et. Al, 2022. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kecemasan. Volume 10.
- Kamtchum-Tatuene, J. & J. G. C., 2020. Blood Biomarkers For Stroke Differentiation. *Neuromolecular Med*, Volume 147, Pp. 79-111.
- Kaufman, D. M., Milstein, M. J. & Geyer, H. L., 2018. *Kaufman's Clinical Neurology For Psychiatrists.* Eight Edition. New York: Elsevier.

- Khairunnisa, S., Elita, V. & B., 2022. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kecemasan Pada Pasien Stroke.
- Khumsaen, N., Aup-Por, W. & Thammachak, P., 2012. Factors Influencing Quality Of Life Among People Living With HIV (PLWH) In Suphanburi Province, Thailand. *Journal Of The Association Of Nurse In AIDS Care*, 23(1), Pp. 63-72.
- Kim, J. S., 2016. Post-Stroke Mood And Emotional Disturbances: Pharmacological Therapy Based On Mechanisms. *Journal Of Stroke*.
- Kurnia, E. And Idris, D. N. T. (2020) Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca, *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 6(2), Pp. 146–151. Doi: 10.32660/Jpk.V6i2.496.
- Kustiawan, R. & Hasriani, R., 2014. Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke Iskemik Di Rumah Sakit Umum Tasikmalaya. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada*, Volume 12.
- Kusuma, 2020. *Nursing Bachelor And Ners Profession Study Program Faculty Of Health Science*.
- Kusumawati, F., 2018. Hubungan Antara Karakteristik, Tingkat Kecemasandan Ketergantungan Dengan Penerimaan Diri Pasien Keterbatasan Gerak Akibat Stroke Di RSUDkoja Jakarta Utara.
- Koot, H. & Wallander, J., 2014. *Quality Of Life In Child And Adolescent Illness*. 1 Ed. London: Routledge.
- Lovibond, S. & Lovibond, P., 1995. *Manual For The Depression Anxiety Stress Scales*. (Second Edition) Sydney: Psychology Foundation. Australian Centre For Posttraumatic Mental Health.
- Mahmodi, M., Safari, A., Vossoughi, M. & Ghaem, H., 2015. Stroke Specific Quality Of Life Questionnaire : Test Of Reliability And Validity Of The Persian Version. *Iranian Journal Of Neurology*, 14(2), Pp. 94-100.
- Marbun, A. S., Juanita And Ariani, Y. (2016) Hubungan Antara Stres Dan Gaya Hidup Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke', *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 3(2355), Pp. 1–10.
- Maramis, Rusdi. 2011. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III)*. Jakarta: FK Unika Atmajaya
- Maslim, Rusdi. 2013. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III Dan DSM-V*. Ed 2. Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atmajaya. Jakarta: PT Nuh Jaya.

- Miners, A. et al., 2014. Health-Related Quality-Of-Life Of People With HIV In The Era Of Combination Antiretroviral Treatment: A Cross-Sectional Comparison With The General Population. *The Lancet HIV*, 1(1).
- Mirah, I. G. A. A., Laksmidewi, A. P. And Ariani, N. K. P. (2015) Gambaran Tingkat Ansietas Penderita Stroke Di Ruang Nagasari Dan Mawar RSUP Sanglah Denpasar, Divisi Neuropsikiatri, SMF Neurologi FK UNUD. Universitas Udayana.
- Morris, W. D. D., 2013. Predicting Health Related Quality Of Life 6 Month After Stroke: The Role Of Anxiety And Upper Lim Dysfunction. *Informa Health Care*.
- Mustapa, A. R., 2022. Gambaran Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. Aloi Saboe Kota Gorontalo.
- Myers, D. G. & Diener, E., 1995. Who Is Happy? *Psychological Science*, Volume 6, No.1.
- Nursalam, 2017. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Selemba Medika.
- O'Connor, R., 1993. *Issues In The Measurement Of Health-Related Quality Of Life*. Australia: Senior Research Associate.
- Othandinar, K., Alfarabi, M. & Maharani, V., 2019. Faktor Risiko Pasien Stroke Iskemik Dan Hemoragik. *Majalah Kedokteran UKI*, Volume XXXV.
- Patu, Y. M., Wuysang, A. D. & N. M., 2018. Hubungan Letak Lesi Hemisfer Serebral Dan Derajat Klinis Kecemasan Pada Penderita Stroke Iskemik. Volume 36.
- Pedersen, S. G. Et Al. (2018) Validity, Reliability And Norwegian Adaptation Of The Stroke-Specific Quality Of Life (SS-QOL) Scale, *SAGE Open Medicine*, 6, Pp. 1–10. Doi: 10.1177/2050312117752031.
- Purwanto, T., 2015. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Riani, S. And Kristyawati, S. . (2019) Pengaruh Emotional Freedom Technique Terhadap Quality Of Life Pasien Stroke, *Community Of Publishing In Nursing (COPING)*, 7(3), Pp. 159–164. Doi: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/coping/article/view/55800>.
- Riskesdas, 2018. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- S., Sadock, B. J. & Sadock, V. A., 2010. *Buku Ajar Psikiatri Klinis Kaplan & Sadock Edisi 2*. S.L.:S.N.

- Saleh, U., 2017. *Anxiety Disorder (Memahami Gangguan Kecemasan: Jenis-Jenis, Gejala, Perspektif Teoritis Dan Penanganan)*, Makassar: Universitas Hasanuddin: Fakultas Kedokteran.
- Sari, F. A., 2021. *Literatur Review: Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke*.
- Stroke Association., 2012. *Emotional Changes After Stroke*.
https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Life-After-Stroke/LTAS_Emotional-Changes-After-Stroke.pdf
- Widarti, L. Et Al. (2014) *Respons Psikologis (Kecemasan Dan Depresi) Dan Respons Biologis (Cortisol, Ifn- Γ Dan Tnf- A) Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Pendekatan Model*, *Jurnal Ners*, 7(1), Pp. 1–12. Doi: <https://E-Journal.Unair.Ac.Id/Jners/Article/Download/3993/2702>.
- Williams, L. S. Et Al. (1999) *Development Of A Stroke-Specific Quality Of Life Scale*, *Stroke*, 30(7), Pp. 1362–1369. Doi: 10.1161/01.STR.30.7.1362.
- World Health Organization (WHO), 2013. *Measuring Quality Of Life. Programme On Mental Health WHOQOL. User Manual*.<http://Www.Who.Int>. Diakses Pada Tanggal 10 April 2023
- World Health Organization (WHO), 2014. *Global Update On The Health Sector Response To HIV 2014*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), 2016. *Projections Of Mortality And Causes Of Death 2015 And 2030*.
- World Health Organization (WHO), 2020. *The State Of Food Security And Nutrition In The World 2020*. Rome, Italy: WHO.
- World Stroke Organization (WSO), 2022. *Global Stroke Fact Sheet*. Pp 1-14
- Yeoh, Y. S. Et Al. (2019) ‘*Health-Related Quality Of Life Loss Associated With First-Time Stroke*’, *Plos One*, 3(1), Pp. 1–13. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211493>.
- Yusuf, A., PK, R. F. & Nihayati, H. E., 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. 1 Ed. Jakarta Selatan: Salemba Medika.