



# **HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE DI SEMARANG**

## **SKRIPSI**

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

**Oleh:**

**Nur Hidayah**

**NIM: 30902400262**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2025**



**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE DI SEMARANG**

**SKRIPSI**

**Oleh:**

**Nur Hidayah**

**NIM: 30902400262**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2025**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi dengan judul “ Hubungan antara Tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke di Semarang” Saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 26 Agustus 2025

Mengetahui,  
Wakil Dekan I

  
Dr. Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep.Mat  
NUPTK. 9941753654230092

Direktori,

  
Nur Hidayah  
NIM. 30902400262

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**Skripsi Berjudul:**

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS  
HIDUP PASIEN STROKE DI SEMARANG**

Dipersiapkan dan Disusun oleh

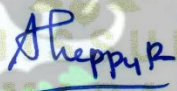
**Nama : Nur Hidayah**

**NIM : 30902400262**

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing,

Tanggal : 13 Agustus 2025

  
**Dr. Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J**

**NUPTK. 0146755656230133**

جامعته سلطان أبوبوع الإسلامية

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi Berjudul :

### **HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE DI SEMARANG**

Dipersiapkan dan Disusun oleh

**Nama : Nur Hidayah**

**NIM : 30902400262**

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 19 Agustus 2025  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

**Ns. Wigyo Susanto, M.Kep**  
**NUPTK. 6061761662130163**

Penguji II,

**Dr. Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J**  
**NUPTK. 0146755656230133**

Mengetahui,

**Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan**

**Dr. Iwan Ardian, SKM., S.Kep., M.Kep**  
**NUPTK. 1154752653130093**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
Skripsi, Agustus 2025**

**ABSTRAK**

Nur Hidayah

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS  
HIDUP PASIEN STROKE DI SEMARANG**

xiv + 68 halaman + 8 tabel + 2 gambar + 7 lampiran

**Latar Belakang:** Stroke merupakan salah satu penyebab utama kecacatan dan menurunkan kualitas hidup penderitanya. Selain gangguan fisik, pasien stroke sering mengalami kecemasan yang dapat memengaruhi proses pemulihan dan kualitas hidup secara keseluruhan.

**Metode:** Desain penelitian menggunakan pendekatan deskriptif korelasi dengan metode cross sectional. Populasi adalah pasien stroke yang menjalani perawatan/rehabilitasi di fasilitas kesehatan (jumlah sesuai populasi yang diteliti). Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling (atau metode yang dipilih peneliti). Instrumen yang digunakan adalah kuesioner kecemasan \ dan kuesioner kualitas hidup. Data dianalisis menggunakan uji statistik *Poined Biserial Corelation*

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien stroke mengalami kecemasan pada tingkat sedang, dan sebagian besar memiliki kualitas hidup rendah. Hasil uji somers'd menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke ( $p < 0,05$ ).

**Simpulan:** Terdapat hubungan bermakna antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke. Semakin tinggi tingkat kecemasan, semakin rendah kualitas hidup pasien stroke. Tenaga kesehatan diharapkan dapat memberikan intervensi psikologis selain terapi fisik untuk meningkatkan kualitas hidup pasien stroke.

**Kata kunci** : Kecemasan, Kualitas hidup, Pasien stroke

**Daftar Pustaka** : 26 (1998 – 2023)



**NURSING SCIENCE STUDY PROGRAM  
FACULTY OF NURSING SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY OF  
SEMARANG**

**Thesis, August 2025**

**ABSTRACT**

Nur Hidayah

**THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF ANXIETY AND  
QUALITY OF LIFE OF STROKE PATIENTS IN SEMARANG**

xvi + 93 pages + 7 tables + 2 pictures + 7 appendices

**Background:** Stroke is a leading cause of disability and reduces the quality of life of sufferers. In addition to physical impairment, stroke patients often experience anxiety, which can impact the recovery process and overall quality of life.

**Method:** The research design used a descriptive correlation approach with a cross-sectional method. The population was stroke patients undergoing treatment/rehabilitation at health facilities (the number corresponds to the population studied). The sampling technique used total sampling (or a method chosen by the researcher). The instruments used were an anxiety questionnaire and a quality of life questionnaire. Data were analyzed using the *Poined Biserial Corelation* statistical test.

**Results:** The results of the study showed that most stroke patients experienced moderate levels of anxiety, and most had a low quality of life. The results of the Somers'd test showed a significant relationship between anxiety and the quality of life of stroke patients ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** There is a significant relationship between anxiety levels and quality of life in stroke patients. The higher the anxiety level, the lower the quality of life. Healthcare professionals are expected to provide psychological interventions in addition to physical therapy to improve the quality of life in stroke patients.

**Keywords** : Anxiety, Quality of life, Stroke patients

**Bibliography** : 26 (1998 – 2023)

## KATA PENGANTAR



Segala Puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas Rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di Semarang”**.

Penyusunan skripsi ini adalah sebagai salah satu syarat untuk mencapai derajat Strata 1 (S1) pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Penyelesaian skripsi ini tidak terlepas dari bantuan, dorongan, bimbingan dan juga saran dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep., Sp.KMB, selaku Kaprodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Dr. Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing I yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam membimbing serta memberikan semangat dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ns. Wigyo Susanto M.kep, selaku dosen pembimbing II yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam membimbing serta memberikan semangat dalam penyusunan skripsi ini.



6. Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.
7. Kedua orang tua saya, suami saya, serta putra saya yang senantiasa mendoakan, memotivasi, memberikan dukungan, semangat serta nasehat.
8. Teman-teman seperjuangan FIK UNISSULA angkatan 2024 prodi S1 Keperawatan yang selalu mendukung dan memberikan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis tuliskan satu persatu, atas bantuan dan kerjasama yang diberikan dalam skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan, sehingga sangat membutuhkan saran dan kritik demi kesempurnaannya. Penulis berharap skripsi ini nantinya dapat bermanfaat bagi banyak pihak. Penulis

Semarang, 5 Agustus 2025

Penulis



Nur Hidayah

## DAFTAR ISI

|                                             | Halaman |
|---------------------------------------------|---------|
| HALAMAN JUDUL .....                         | i       |
| SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....    |         |
| <b>Error! Bookmark not defined.</b>         |         |
| HALAMAN PERSETUJUAN .....                   |         |
| <b>Error! Bookmark not defined.</b>         |         |
| HALAMAN PENGESAHAN .....                    |         |
| <b>Error! Bookmark not defined.</b>         |         |
| ABSTRAK .....                               | v       |
| ABSTRACT .....                              | vi      |
| KATA PENGANTAR.....                         | vii     |
| DAFTAR ISI .....                            | ix      |
| DAFTAR TABEL .....                          | xii     |
| DAFTAR GAMBAR .....                         | xiii    |
| DAFTAR LAMPIRAN .....                       | xiv     |
| BAB I PENDAHULUAN .....                     | 1       |
| A. Latar Belakang Masalah.....              | 1       |
| B. Rumusan Masalah.....                     | 8       |
| C. Tujuan Penelitian .....                  | 9       |
| D. Manfaat Penelitian .....                 | 9       |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....                | 10      |
| A. Kecemasan.....                           | 10      |
| 1. Definisi .....                           | 10      |
| 2. Aspek-Aspek Kecemasan .....              | 11      |
| 3. Tanda dan Gejala Kecemasan .....         | 11      |
| 4. Tingkat Kecemasan .....                  | 12      |
| 5. Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan ..... | 13      |

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6. Pengukuran Tingkat Kecemasan .....                                           | 14 |
| 7. Kecemasan pada Pasien Stroke.....                                            | 18 |
| 8. Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kualitas Hidup<br>Pada Pasien Stroke ..... | 19 |
| B. Kualitas Hidup .....                                                         | 21 |
| 1. Definisi .....                                                               | 21 |
| 2. Aspek-Aspek Kualitas Hidup .....                                             | 22 |
| 3. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup .....                        | 23 |
| 4. Pengukuran Kualitas Hidup .....                                              | 25 |
| C. Stroke .....                                                                 | 27 |
| 1. Definisi Stroke .....                                                        | 27 |
| 2. Faktor Resiko Stroke .....                                                   | 27 |
| 3. Tanda dan Gejala stroke .....                                                | 28 |
| 4. Penyebab Stroke.....                                                         | 29 |
| D. Kerangka Teori.....                                                          | 30 |
| E. Hipotesis .....                                                              | 30 |
| BAB III METODE PENELITIAN .....                                                 | 31 |
| A. Kerangka Konsep.....                                                         | 31 |
| B. Variabel Penelitian .....                                                    | 31 |
| 1. Variabel Independent .....                                                   | 32 |
| 2. Variabel dependent .....                                                     | 32 |
| C. Jenis dan Desain Penelitian .....                                            | 32 |
| D. Populasi dan Sampel Penelitian .....                                         | 32 |
| 1. Populasi .....                                                               | 32 |
| 2. Sampel .....                                                                 | 33 |
| 3. Sampling.....                                                                | 34 |
| E. Tempat dan Waktu Penelitian .....                                            | 34 |

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| 1. Tempat penelitian .....                     | 34 |
| 2. Waktu penelitian.....                       | 34 |
| F. Definisi Operasional.....                   | 34 |
| G. Instrumen/Alat Pengumpulan Data .....       | 35 |
| H. Metode Pengumpulan Data .....               | 37 |
| I. Analisis Data.....                          | 39 |
| 1. Analisis Univariat.....                     | 39 |
| 2. Analisis Bivariat.....                      | 39 |
| J. Etika Penelitian .....                      | 40 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA ..... | 42 |
| A. Analisa Univariat .....                     | 42 |
| 1. Karakteristik Responden.....                | 42 |
| a. Jenis Kelamin .....                         | 42 |
| b. Pekerjaan .....                             | 43 |
| c. Pendidikan.....                             | 43 |
| d. Status Perkawinan.....                      | 44 |
| e. Asuransi.....                               | 44 |
| f. Penghasilan.....                            | 45 |
| B. Analisis Bivariat.....                      | 47 |
| BAB V PEMBAHASAN.....                          | 49 |
| BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....              | 67 |
| A. Kesimpulan.....                             | 67 |
| B. Saran.....                                  | 67 |
| DAFTAR PUSTAKA.....                            | 69 |
| LAMPIRAN                                       |    |



## DAFTAR TABEL

|                                                                                                       | Halaman                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel .....                                                        | 35                           |
| Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin .....               | 42                           |
| Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan Pekerjaan .....                   | Error! Bookmark not defined. |
| Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan .....                  | 43                           |
| Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan Status Perkawinan .....           | 44                           |
| Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Status Kepemilikan Asuransi ..... | 44                           |
| Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan Penghasilan .....                 | 45                           |
| Tabel 4. 7. Hasil SPSS Somers'd .....                                                                 | Error! Bookmark not defined. |





## DAFTAR GAMBAR

|                                  | Halaman |
|----------------------------------|---------|
| Gambar 2.1. Kerangka Teori ..... | 30      |
| Gambar 3.1. Kerangka konsep..... | 31      |



## DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

- Lampiran 1. Surat ijin survei pendahuluan
- Lampiran 2. Surat balasan permohonan ijin penelitian
- Lampiran 3. Surat keterangan layak etik
- Lampiran 4. Inform Consent
- Lampiran 5. Data Demografi
- Lampiran 6. Kuesioner Kecemasan
- Lampiran 7. Kuesioner Kualitas Hidup



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

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

Kecemasan merupakan kondisi psikologi seseorang mengalami rasa cemas berlebihan secara konstan dan sulit dikendalikan, sehingga berdampak buruk terhadap kehidupan, rasa cemas timbul pada saat kejadian yang menimbulkan rasa tidak nyaman, sulit konsentrasi dan sulit rileks. Kecemasan adalah ketegangan, rasa tidak aman dan kekhawatiran yang timbul karena dirasakan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan tetapi sumbernya sebagian besar tidak diketahui dan berasal dari dalam (Kemenkes, 2018). Kecemasan menurut *World Health Organization* (WHO) disebabkan oleh faktor terbesar karena adanya paksaan yang belum pernah terjadi sebelumnya, kesepian hingga menimbulkan ketakutan juga salah satu faktor penyebab kecemasan.

Direktur Jendral *World Health Organization* (WHO) Tedros Adhanim Ghebreyesus mengatakan dan mendesak kepada negara-negara di dunia untuk segera mengatasi kondisi permasalahan kesehatan kecemasan dengan memperbaiki sistem pelayanan kesehatan mental, karena investasi untuk kesehatan mental adalah investasi untuk kehidupan dan masa depan yang lebih baik untuk semua. Direktur Jendral *World Health Organization* (WHO) juga menekankan kepada dunia agar bersama-sama untuk mengubah sikap tindakan dan pendekatan untuk mempromosikan serta melindungi orang dengan gangguan kesehatan mental salah satunya masalah kecemasan (Kemenkes, 2022).

Kecemasan menurut data *World Health Organization* (WHO) menembus lebih dari 2.000.000.000 orang di seluruh dunia atau 3,6% dari populasi menderita kecemasan dan di bulan Maret 2022 pada Foxnews dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus sebagai Direktur Jenderal *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa kecemasan di dunia meningkat 25% dari 90 negara di dunia (Ghebreyesus, 2022). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa kondisi kecemasan pada akhir tahun 2021 di Indonesia meningkat 6,8% dari tahun sebelumnya, berdasarkan data Kemenkes sepanjang tahun 2020 masyarakat Indonesia sebanyak 18.373 jiwa mengalami gangguan kecemasan lebih dari 23.000 mengalami depresi dan sebanyak 1.193 jiwa melakukan percobaan bunuh diri (Delianna, 2021).

*World Health Organization* (WHO) mendefinisikan gangguan kecemasan adalah gangguan kesehatan mental dengan prevalensi yang tinggi dan memberikan ancaman terhadap kesehatan (Oktavia et al., 2022). Data WHO yang dirilis pada tahun 2019 menunjukkan bahwa sekitar 301 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan kecemasan dengan sekitar 58 juta anak-anak dan remaja (Yusrani et al., 2023).

Terdapat penelitian mengenai diagnosa tingkat kecemasan yang menggunakan data mining. Setelah penggunaan Random Forest pada pemrosesan data yang diperoleh dari kuesioner, didapatkan akurasi prediksi yang dihasilkan adalah 93,33% (Sawangarreerak & Thanathamthee, 2020). Selanjutnya terdapat juga penelitian lain yang menganalisis kesehatan mental menggunakan algoritma

Support Vector Machine, Multilayer Perceptron, dan Random Forest yang menghasilkan nilai akurasi algoritma Random Forest mencapai 98,13% (Mohamed et al., 2023). Oleh karena itu, perlu dibuat model dan klasifikasi tingkat gangguan kecemasan dengan menggunakan data mining untuk menentukan tingkat gangguan kecemasan. Kemudian model tersebut dapat dikonstruksi dengan menerapkan metode Random Forest dan menggunakan teknik 10-fold cross validation untuk melakukan validasi yang mempertimbangkan accuracy, sensitivity, dan specificity sebagai parameter evaluasi.

Pada tahun 2019, terdapat kurang lebih sekitar 301 orang di dunia mengalami gangguan kecemasan, sehingga membuat masalah kecemasan menjadi masalah yang umum, meskipun tersedia pengobatan yang sangat efektif untuk gangguan kecemasan, hanya sekitar (27,6%) seperempat orang yang membutuhkan pengobatan dan mendapat pengobatan. Ada pun hambatan dalam mengakses layanan kesehatan hal tersebut dikarenakan kurangnya kesadaran bahwa ini merupakan kondisi kesehatan yang dapat dipantau dengan memerhatikan beberapa aspek seperti, kurangnya investasi dalam layanan kesehatan mental, kekurangan penyediaan layanan kesehatan mental yang terlatih, dan stigma sosial. Menjadi penyebab tingginya penderita gangguan mental. Prevalensi gangguan mental di Indonesia pada tahun 2022 sebanyak 75,5% dengan gangguan kecemasan, peningkatan ini mengalami kenaikan dibandingkan dengan tahun sebelumnya sebanyak 68,8%, sedangkan jumlah pasien dengan kecemasan terdapat sekitar 1.730 orang yang terdiri atas orang tanpa gejala (OTG), orang dengan pemantauan (ODP), dan pasien dalam

pengawasan(PDP) (Pemprov DKI Jakarta,2021). Pada studi yang dilakukan di RSUD Tugurejo Semarang, prevalensi kualitas hidup yang buruk akibat stroke, termasuk kecemasan, adalah 49%. Selain itu, penelitian lain menunjukkan bahwa 25% penyintas stroke mengalami kecemasan.

Untuk membantu pasien yang mengalami kecemasan, berbagai pendekatan dan intervensi dapat dianjurkan untuk mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Salah satu pendekatan utama adalah terapi kognitif perilaku (CBT). CBT telah terbukti sangat efektif dalam mengatasi berbagai gangguan kecemasan dengan membantu pasien mengenali dan mengubah pola pikir negatif serta perilaku yang memicu ansietas. Penelitian oleh Hofmann et al. (2022) dalam *Journal of Clinical Psychology* menunjukkan bahwa CBT secara signifikan mengurangi gejala kecemasan pada berbagai populasi pasien, termasuk mereka yang mengalami gangguan kecemasan umum (GAD), fobia sosial, dan gangguan panik. CBT biasanya melibatkan sesi konseling individual atau kelompok di mana pasien bekerja dengan terapi untuk mengembangkan strategi koping yang efektif (Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A.,2022). Meskipun kecemasan umumnya dianggap sebagai kondisi negatif, dalam dosis kecil dan terkendali, kecemasan dapat memberikan beberapa dampak positif yang signifikan. Salah satu dampak positif utama dari kecemasan adalah peningkatan kewaspadaan dan kesiagaan. Kecemasan dapat memicu respons “Fight Or Flight” tubuh, yang dapat meningkatkan konsentrasi, kecepatan reaksi, dan kemampuan untuk mengatasi situasi berbahaya atau mendesak.

Penelitian oleh Saviola et al. (2021) dalam Journal of Cognitive Neuroscience menunjukkan bahwa kecemasan dapat meningkatkan aktivitas di area otak yang terkait dengan perhatian dan pemrosesan informasi, yang dapat membantu individu dalam situasi yang memerlukan kewaspadaan tinggi (Saviola, F., Pappaianni, E., Monti, A., Grecucci, A., Jovicich, J., & De Pisapia, N., 2021).

Penelitian Siti Khairunnisa, Veny Elita, dan Bayhakki Bayhakki (2022) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara usia, jenis kelamin, dan kualitas tidur dengan kecemasan pada pasien pasca stroke.

Kualitas hidup yang berkaitan dengan Kesehatan atau *health-related quality of life (HQL)* terdiri dari 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 24jam atau lebih yang diakibatkan oleh gangguan *cerebrovascular*.

Penelitian Andini Juniarti, Kgs. M. Faizal, dan Rizky Meilando (2023) menunjukkan bahwa manajemen self-care stroke, termasuk kepatuhan berobat, nutrisi, dan dukungan keluarga, dapat meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke.

Berdasarkan pataloginya stroke ada 2 klasifikasi yaitu iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik ditandai dengan hemiparesis, gangguan koordinasi, disatria, penglihatan kabur, verbal, serta emosional (Mutiiarasari, 2019).



Sedangkan stroke hemoragik ditandai dengan hemiparesis, hemiplegia, disatria, muntah proyektil, pusing hingga penurunan kesadaran (Gunawan, 2021). Dampak yang ditimbulkan akibat stroke berpengaruh terhadap penurunan kualitas hidup sehingga menyebabkan penderita stroke mengalami kecemasan (Mustapa, 2022). Peneliti terdahulu di RSUD Kota Jakarta Utara menyebutkan ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke (Kesumawati, 2018).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fiona, Maulita (2024) dengan judul *“Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Iskemik* studi 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. 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 menunjukan 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.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan jumlah penderita stroke pada tahun 2013 hingga 2018 di Indonesia cukup tinggi dan cenderung meningkat setiap tahunnya dimana persentase pada tahun 2013 adalah sebesar 7% menjadi 10,9% pada tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Data prevalensi stroke di Jawa Tengah pada tahun 2018 yaitu 11,80 % dengan jumlah penderita sebanyak 96.794 (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018). Data dari Riskesdas Provinsi Jawa tengah tahun 2018 penderita stroke di kota Semarang sebesar 66,27 %.

Stroke dapat menimbulkan beberapa dampak dalam kehidupan pasien, baik secara fisik, pekerjaan, ekonomi, maupun psikososial. Dampak yang sering ditimbulkan pada segi psikososial akibat terjadinya stroke pada pasien adalah depresi yang diakibatkan oleh gangguan berkomunikasi, hilangnya indera perasa, kelumpuhan separuh badan, kelumpuhan separuh wajah, kelemahan yang semuanya terjadi secara mendadak. Menurut Esparago dkk yang membuat sebuah review tentang stroke menunjukkan bahwa dari 3 pasien pasca stroke, 1 dipastikan mengalami depresi (Espárrago Llorca et al, 2015). Penelitian lain oleh 2 Schottke di Jerman pada tahun 2015 yang melibatkan 289 pasien stroke, sebagian besar pasien post stroke mengalami depresi akibat keadaannya (Schöttke & Giabbiconi, 2015) Oleh sebab itu, untuk mencegah terjadinya depresi post stroke secara berulang kita dapat melakukan intervensi sedini mungkin sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien stroke, meningkatkan fase pemulihan dan menurunkan angka kejadian stroke berulang.

Menurut data Gumilan, sekitar 15 - 25% pasien stroke yang ada dalam masyarakat menderita depresi, baik mayor maupun minor. Data di Amerika mengatakan bahwa sekitar 10-27% dari 600.000 penderita stroke didiagnosis menderita depresi berat dalam waktu setahun sejak awal mengalami stroke. Selain itu, 15-40% mengalami gejala depresi dalam dua bulan pertama setelah stroke. Menurut perhimpunan Dokter Spesialis Jiwa Indonesia menyatakan bahwa insiden depresi post stroke berkisar 11-68% pada 3-6 bulan post stroke dan tetap tinggi sampai 1-3 tahun kemudian. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Asean Neurologic Association (ASNA) mengenai survey mortalitas dan komorbiditasnya di Indonesia didapatkan hasil penderita laki-laki lebih banyak dari perempuan dan profil usia dibawah 45 tahun cukup banyak yaitu 11,8%, usia 45-64 tahun berjumlah 54,2%, dan diatas usia 65 tahun 33,5%.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan penjelasan yang disampaikan pada latar belakang permasalahan di atas, rumusan masalah yang muncul adalah: " hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke di ruang darul muqomah rsi sultan agung semarang".

Hingga kini, prevalensi stroke menunjukkan cukup tinggi dan cenderung terus meningkat setiap tahunnya. Seiring dengan hal tersebut, dampak yang seringkali ditimbulkan oleh kejadian stroke adalah depresi dimana seringkali pasien stroke merasa cemas, rendah diri dan tidak berguna karena ketidakberdayaan mereka akibat dampak yang ditimbulkan terhadap kualitas hidupnya.

### C. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Mengetahui Hubungan Tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke di Semarang.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden melalui usia, jenis kelamin, dan riwayat penyakit dahulu.
- b. Mengetahui Tingkat kecemasan pasien stroke/ responden.
- c. Mengetahui kualitas hidup pasien stroke/responden.
- d. Menganalisa hubungan antara tingkat kecemasan dg kualitas hidup pada pasien stroke.

### D. Manfaat Penelitian

#### 1. Manfaat Teoritis

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

#### 2. Manfaat Praktis

- a. Menyediakan informasi kepada periset terkait hubungan Tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke.
- b. Menambah wawasan kepada masyarakat dan bagi Perawat terkait hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kecemasan**

##### **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. Aspek-Aspek Kecemasan

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

### a. Aspek Fisik

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

### b. Aspek Emosional

Aspek emosional seperti rasa takut, gelisah, dan panik.

### c. Aspek Mental atau Kognitif

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

## 3. Tanda dan Gejala Kecemasan

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

### a. Aspek psikis

Gejala psikis yang dapat didefinisikan seperti perasaan khawatir dan cemas.

### b. Aspek fisik

Gejala fisik merupakan manifestasi dari keterjagaan yang berlebihan (*hyperarousal syndrome*) berupa jantung berdebar, nafas cepat



batuk an 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).

#### 4. Tingkat Kecemasan

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

##### a. Kecemasan ringan

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

##### b. Kecemasan sedang

Suatu individu akan memusatkan perhatiannya ke hal-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.

##### c. 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.



d. 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.

## 5. Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Ada beberapa faktor yang memengaruhi kecemasan adalah sebagai berikut:

a. Faktor sosial lingkungan

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

b. 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.

c. Faktor Behavioral

Faktor ini terdiri dari pemasangan stimulasi yang sebelumnya netral dan stimulasi yang aversif. Kelekaan terhadap kecemasan yang dikarenakan individu menghindari stimulasi fobik atau melakukan ritual kompulsif serta kesempatan yang kurang terhadap pemenuhan karena menghindari situasi atau objek yang ditakuti.

d. 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).

## 6. Pengukuran Tingkat Kecemasan

### a. *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptoms pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 symptoms yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (*No Present*) sampai dengan 4 (*severe*).

Skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) yang dikutip (Abdullah & Ikraman, 2022) penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

- 1) *Prasangka tidak baik*: gampang tersinggung, rasa cemas, takut pada suatu yang dipikirkan.
- 2) *Gelisah*: merasa tegang, gemetar, lesu, dan mudah terganggu.

- 3) *Ketakutan*: takut terhadap gelap, jika sendirian, takut pada binatang besar, dan terhadap orang tidak dikenal.
- 4) *Gangguan pola tidur*: sulit memulai tidur, terjaga pada malam hari, tidur tidak lelap dan mimpi buruk.
- 5) *Gangguan kecerdasan*: daya ingat menurun, pelupa dan sulit fokus.
- 6) *Perasaan depresi*: hilangnya kemauan, kesenangan pada hobi berkurang, sedih, perasaan tidak menyenangkan setiap saat.
- 7) *Gejala somatik*: rasa ngilu pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, kedutan otot, dan ketidak stabilan suara.
- 8) *Gejala sensorik*: seperti tertusuk-tusuk, mata kabur, merasa lemah, muka memerah dan pucat.
- 9) *Gejala kardiovaskuler*: takikardi, nyeri di dada, denyut nadi semakin cepat dan detak jantung hilang sesaat.
- 10) *Gejala pernapasan*: perasaan tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan nafas terasa berat.
- 11) *Gejala gastrointestinal*: susah menelan, berat badan turun, mual, muntah, perasaan panas di perut ,nyeri lambung sebelum dan sesudah makan,.
- 12) *Gejala urogenital*: Tidak dapat menahan kencing, kencing terus-menerus, ereksi lemah atau impotensi, aminorea
- 13) *Gejala vegetatif*: kering pada bibir, mudah berkeriat, muka memerah, bulu kuduk berdiri, nyeri pada kepala.

14) *Perilaku sewaktu wawancara*: gelisah, tremor, muka tegang, mengkerutkan dahi atau kening, tonus otot meningkat, napas pendek dan cepat.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori :

0 = sama sekali tidak ada gejala

1 = Satu dari gejala yang ada

2 = Sedang/ separuh dari gejala yang ada

3 = berat/lebih dari  $\frac{1}{2}$  gejala yang ada

4 = sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1- 14 dengan hasil :

1) Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.

2) Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.

3) Skur 15 – 27 = kecemasan sedang.

4) Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

**b. *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 antara lain:

1) DASS-D:

|              |         |
|--------------|---------|
| Normal       | = 0-9   |
| Ringan       | = 10-13 |
| Sedang       | = 14-20 |
| Berat        | = 21-27 |
| Sangat berat | = >28   |

2) DASS-A:

|              |         |
|--------------|---------|
| Normal       | = 0-7   |
| Ringan       | = 8-9   |
| Sedang       | = 10-14 |
| Berat        | = 15-19 |
| Sangat Berat | = >20   |

3) 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).

## **7. Kecemasan pada Pasien Stroke**

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 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).

#### **8. Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke**

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 menyumbangkan angka kematiannya sebanyak 51%. Kematian akibat stroke diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta pada tahun 2030 (Riskesdas, 2018). Penelitian yang dilakukan pada semua orang berusia > 15 tahun di provinsi DIY menerangkan bahwa usia  $\geq 55$  tahun memiliki peluang 3,23 kali lebih besar menderita stroke dibandingkan usia < 55 tahun (Azzahra dan Ronoatmojjo, 2022). Melihat kondisi tersebut menyebabkan pasien stroke mengalami keterbatasan

dalam melakukan aktivitasnya (Lubis, 2019). Hal tersebut di dukung penelitian terdahulu bahwa pasien stroke akan mengalami kualitas hidup yang buruk sebanyak 63,5% (Marbun, et al., 2016).

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 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 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, immunosupresi, resistensi insulin, dislipidemia, akhirnya aterosklerosis, dan penyakit kardiovaskular (Gunawan, 2021).

## B. Kualitas Hidup

### 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 bidang kesehatan karena adanya kesadaran bahwa kesejahteraan hidup sangat penting bagi kehidupan setiap individu (Derivanti,2017).

Menurut World Health Organization Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang posisi mereka merasa berada dan hubungannya terhadap tujuan hidup, harapan, standar, dan perhatian. Masalah yang mencakup kualitas hidup sangat luas dan kompleks termasuk masalah kesehatan fisik, psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial dan lingkungan dimana mereka berada (World Health Organization, 2012)

Kualitas hidup adalah bagaimana seseorang membuat penilaian positif atau negatif dari pengalaman-pengalaman hidupnya secara keseluruhan. Kualitas hidup merupakan penilaian individu mengenai posisi seseorang dalam kehidupan dengan melihat seberapa besar kemampuannya dalam melakukan kegiatan sehari-hari dan dapat di nilai dari berbagai dimensi yaitu fisik, psikologi, sosial dan lingkungan (Silfiyani, 2020)

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. Aspek-Aspek Kualitas Hidup

Menurut BrQ (Brace uestionnaire) aspek kualitas hidup pengguna brace mengacu pada 5 aspek, yaitu :(Deceunick et al., 2017)

### a. Psikologis (pshycology)

Aspek psikologis meliputi, citra tubuh dan penampilan, perasaan positif, perasaan negatif, harga diri, berfikir, belajar, memori dan konsentrasi, serta spiritualitas

### b. Motorik (motoric)

Aspek motorik meliputi, perilaku gerakan yang dilakukan oleh tubuh manusia seperti berjalan, berlari dll.

### c. Sekolah(school)

Aspek sekolah meliputi, hubungan dengan teman-temannya

### d. Nyeri (pain)

Aspek nyeri meliputi rasa sakit dan ketidaknyamanan yang dirasakan

### e. Sosialisasi (social)

Aspek sosial meliputi, pribadi, dukungan sosial dan aktivitas seksual.

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

a. Domain kesehatan fisik

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

b. Domain kesehatan psikologis

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

c. Domain kesehatan psikologis

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

d. Domain hubungan dengan sosial

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

e. 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).

### 3. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada manusia menurut WHO (dikutip dalam Ramadhanty, 2019):

a. Kesehatan Fisik

Faktor ini meliputi energi dan tingkat kelelahan, rasa sakit dan perasaan tidak nyaman serta terkait waktu tidur dan istirahat.

b. Kesehatan Psikologi

Faktor ini meliputi body image dan penampilan, perasaan negatif dan positif, harga diri individu, serta kemampuan mengingat dan konsentrasi.

c. Tingkat kemandirian

Faktor ini meliputi mobilitas, aktifitas sehari-hari dan kapasitas kerja individu.

d. Hubungan sosial

Faktor ini meliputi hubungan secara personal, social support, dan aktifitas seksual.

e. Lingkungan

Faktor ini terkait dengan kepemilikan harta, keamanan di tempat tinggal, kepedulian sosial, kualitas pelayanan dan kemudahan akses kesehatan, kesempatan untuk mendapatkan informasi.

f. Spiritualitas

Faktor ini meliputi kepercayaan individu terkait agama.

Menurut teori lain faktor yang memengaruhi kualitas hidup terdiri atas:

a. 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.



b. 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:

a. Faktor fisik

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

b. Faktor psikologis

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

c. Faktor sosial

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

#### 4. Pengukuran Kualitas Hidup

a. *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 sosial 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 WHQOL-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).

b. *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  $\leq 154$  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.

## C. Stroke

### 1. Definisi Stroke

Definisi menurut *WHO*, Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular.

Menurut American Heart Association (AHA) stroke secara umum adalah sindroma klinis yang ditandai dari adanya disfungsi serebral fokal maupun global yang berlangsung selama 24jam 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).

### 2. Faktor Resiko Stroke

Serangan stroke memang sering terjadi mendadak. Namun proses yang mendasarinya sering kali merupakan akumulasi dari faktor resiko stroke yang terjadi bertahun tahun. Semakin banyak faktor resiko stroke semakin besar kemungkinan seseorang terserang stroke. Kita mengenal ada dua kelompok faktor resiko stroke yaitu faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi.

Faktor resiko yang dapat dimodifikasi yaitu; hipertensi, diabetes miletus, dislipidemia, gaya hidup, merokok, obesitas, dan penyalahgunaan

obat-obatan. Sedangkan faktor yang tidak dapat dimodifikasi antara lain; umur, jenis kelamin, riwayat keluarga, dan ras (Adnyana, 2020).

### 3. Tanda dan Gejala stroke

FAST merupakan metode yang dapat digunakan untuk mengenali tanda dan gejala stroke dengan mudah. Adapun definisi FAST sendiri antara lain:

#### a. *Face* (Wajah)

Gejala stroke dapat ditandai dengan adanya wajah terkulai atau mati rasa. Hal ini bisa diamati saat seseorang tersenyum, terdapat senyum yang tidak simetris.

#### b. *Arms* (Lengan)

Kelemahan lengan atau anggota gerak yang dapat terjadi pada satu lengan maupun keduanya.

#### c. *Speech* (Bicara)

Kesulitan Bicara, bicara pelo, bicara tidak jelas, atau bahkan tidak mampu berbicara sama sekali.

#### d. *Time* (Waktu)

Apabila terdapat salah satu gejala atau lebih, segera hubungi rumah sakit (ASA, 2023)

Gejala stroke yang lain yaitu:

- 1) Kelemahan anggota gerak atas, bawah, ataupun wajah terutama pada sebelah sisi tubuh (hemiparese)
- 2) Kesulitan berbicara atau bingung dalam memahami pembicaraan

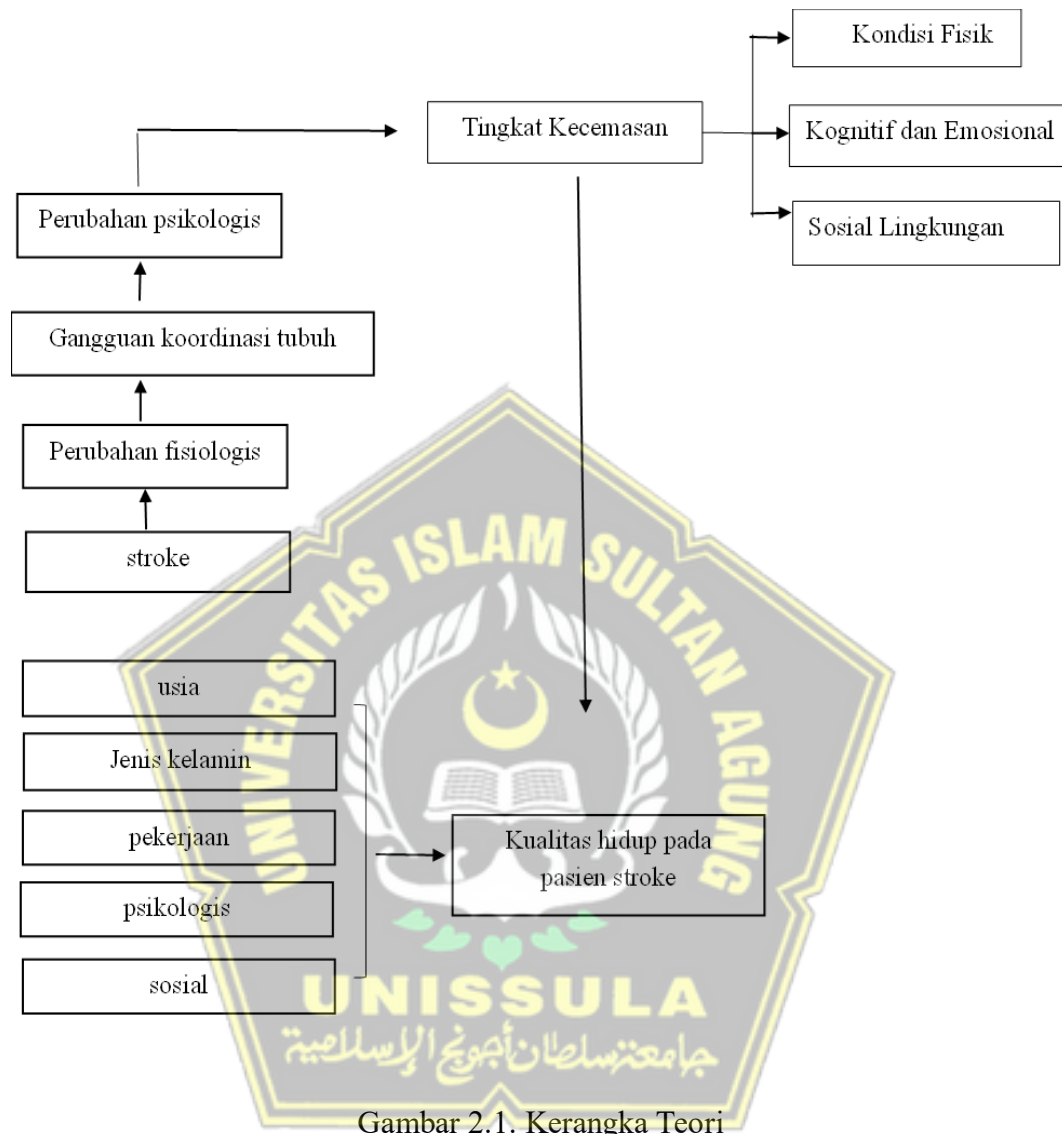
- 3) Gangguan dalam penglihatan pada salah satu atau kedua mata
- 4) Pusing, gangguan berjalan dan hilang keseimbangan atau koordinasi
- 5) Nyeri kepala berat tanpa diketahui penyebabnya (ASA,2023)

#### 4. Penyebab Stroke

Berikut adalah beberapa penyebab yang bisa mengakibatkan seseorang terkena penyakit stroke:

- a. Tekanan darah yang tidak bisa dikontrol
- b. Gula darah yang tinggi
- c. Merokok
- d. Memiliki kadar kolesterol tinggi
- e. Stress
- f. Konsumsi alkohol
- g. Memiliki penyakit jantung
- h. Konsumsi makanan tidak sehat
- i. Konsumsi garam dengan berlebihan
- j. Mengalami obesitas
- k. Jarang berolahraga

#### D. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

#### E. Hipotesis

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



### BAB III

#### METODE PENELITIAN

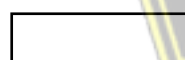
##### A. Kerangka Konsep

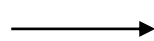
Kerangka konsep (*conceptual framework*) adalah model pendahuluan dari sebuah masalah penelitian dan merupakan refleksi dari sebuah hubungan variabel-variabel yang akan diteliti (Hidayat, 2021). Kerangka konsep dapat membantu untuk menghubungkan hasil temuan dengan teori (Jumrah, 2021). Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini digambarkan dalam bentuk skema yang terdiri dari variabel independent dan variabel dependen, yaitu sebagai berikut:



Gambar 3.1. Kerangka konsep

Keterangan:

 : Variable Yang Diteliti

 : Ada Hubungan

##### B. Variabel Penelitian

Variabel adalah suatu sifat atau atribut atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2018). Variabel penelitian ini terdiri dari:

### 1. Variabel Independent

Variabel *independent* bisa disebut juga variabel bebas ialah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2020). Variabel independen dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan pasien. Tingkat kecemasan diukur menggunakan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A).

### 2. Variabel dependent

Variabel *dependent* atau variabel terikat Adalah variabel yang nilainya ditentukan variabel lain (Nursalam, 2020). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien stroke. Kualitas hidup diukur menggunakan kuesioner *Stroke-Specific Quality of Life Scale* (SS-QOL).

## C. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain studi observasional analitik dengan pendekatan cross-sectional. Desain ini dipilih karena memungkinkan peneliti untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan dan kualitas hidup pasien stroke pada satu titik waktu tertentu (Fiona Maulita, 2024).

## D. Populasi dan Sampel Penelitian

### 1. Populasi

Populasi adalah seluruh objek atau subjek penelitian dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2021). Populasi dalam

penelitian ini adalah pasien stroke yang dirawat di Ruang Darul Muqomah RS Islam Sultan Agung Semarang pada bulan Januari- Maret 2025 yang berjumlah 98 orang.

## 2. Sampel

Sampel diambil menggunakan teknik purposive sampling, dengan kriteria inklusi pasien stroke yang berusia 35-60 tahun dan memiliki kemampuan kognitif yang cukup untuk mengisi kuesioner. Sampel penelitian ini adalah bagian dari populasi target yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

### a. Kriteria Inklusi

- 1) Semua pasien stroke yang dirawat inap dengan usia 35-60 tahun di Ruang Darul Muqomah RSI Sultan Agung Semarang.
- 2) Bersedia mengikuti penelitian dan menandatangani surat persetujuan.
- 3) Mampu membaca dan menulis.
- 4) Serangan stroke ke 1-2
- 5) Dapat berkomunikasi dengan baik.

### b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien yang mengalami penurunan kesadaran.
- 2) Pasien yang mengalami afasia sensorik dan motorik.
- 3) Pasien stroke serangan ke 3 atau lebih

### 3. Sampling

Jumlah sampel pada penelitian ini yaitu 98 responden. Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu dengan metode *Total sampling*, yaitu peneliti mengambil sampel yang memenuhi kriteria penelitian, baik kriteria inklusi ataupun eklusi, seluruh sampel penelitian yang memenuhi syarat dapat dijadikan sampel (Hidayat, 2021).

#### E. Tempat dan Waktu Penelitian

##### 1. Tempat penelitian

Peneliti melakukan penelitian dari Ruang Darul Muqomah Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

##### 2. Waktu penelitian

Peneliti menetapkan waktu penelitian pada bulan Mei – Juli 2025.

#### F. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian. Sementara cara pengukuran merupakan cara yaitu variabel dapat diukur dan ditentukan karakteristiknya (Hidayat, 2019). Adapun definisi operasional dalam penelitian ini adalah:

Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel

| Variabel                                      | Definisi operasional                                                                                                                                                                           | Alat ukur                                                                                                                                                                                                                              | Hasil ukur                                                                                                                                              | Skala ukur |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Variabel independen: Tingkat Kecemasan</b> | kondisi dimana seseorang merasakan takut, khawatir pada situasi tertentu yang dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman                                                                          | Hamilton Rating scale Anxiety).<br>0: Tidak ada keluhan<br>1: satu keluhan<br>2: keluhan separuh dari gejala<br>3: keluhan lebih dari separuh dari gejala<br>4: keluhan seluruh dari gejala yang ada                                   | Skor <14 = tidak cemas<br>Skor 14 – 20 = cemas ringan<br>Skor 21 – 27 = cemas sedang<br>Skor 28 – 41 = cemas berat<br>Skor 42 – 56 = cemas sangat berat | Ordinal    |
| <b>Variabel dependent: Kualitas hidup</b>     | Merupakan suatu penilaian terhadap kesejahteraan hidup yang dapat dinilai meliputi kesehatan fisik, psikologi atau mental, peran sosial dan lingkungan, perawatan diri, dan keterbatasan fisik | Kuesioner SSQOL (Stroke Specific Quality Of Life) yang terdiri dari 49 pertanyaan dengan 5 pilihan jawaban:<br>1. Sangat setuju<br>2. Cukup setuju<br>3. Kadang setuju kadang tidak<br>4. Cukup tidak setuju<br>5. Sangat tidak setuju | 1. Skor ≤154 = kualitas hidup buruk<br>2. Skor >154 = kualitas hidup baik                                                                               | Ordinal    |

## G. Instrumen/Alat Pengumpulan Data

### 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.

### 2. Kuesioner *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 pasien dan 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

### 3. 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  $\leq 154$  = 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  $\alpha$*  berkisar antara 0,79 - 0,93). Kuesioner SS-QOL memiliki keandalan sangat baik dengan nilai (*Cronbach's  $\alpha$*  = 0,94) (Pedersen *et al.*, 2018).

## H. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data merupakan suatu pendekatan kepada subjek dan pengumpulan karakteristik subjek yang dilakukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013). Metode yang dilakukan untuk pengumpulan data penelitian ini yaitu:



1. Peneliti mengurus surat permohonan untuk melaksanakan penelitian ke bagian administrasi di Program Studi S1 Keperawatan Lintas Jalur Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Peneliti mendapatkan surat ijin dari bagian administrasi Program Studi S1 Keperawatan Lintas Jalur Unissula, selanjutnya peneliti menyerahkan surat ijin penelitian tersebut dan meminta persetujuan dari Direktur RSI Sultan Agung Semarang untuk melakukan penelitian.
3. Peneliti mendapat pengesahan dan persetujuan dari Direktur Pendidikan RSI Sultan Agung Semarang untuk melakukan penelitian.
4. Peneliti selanjutnya memberikan tembusan ke unit Darul Muqomah dan melakukan koordinasi kepada penanggungjawab ruangan terkait yang ditunjuk dalam surat pengantar ijin penelitian dalam upaya pengambilan data.
5. Peneliti meminta ijin dan membuat kesepakatan kepada responden untuk dijadikan sampel dengan memberikan penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan. Selanjutnya responden diminta untuk menandatangani informed consent apabila bersedia.
6. Peneliti memberikan lembar kuesioner pada responden yang memenuhi kriteria, untuk diisi responden dengan panduan peneliti atau melakukan pendampingan. Bagi responden yang tidak mengerti mengenai pertanyaan yang diberikan maka peneliti akan membacakan pertanyaan kuesioner tersebut serta menjelaskan maksud dari pertanyaan yang ada.
7. Peneliti menilai hasil dari kuisisioner yang sudah terkumpul, kemudian di cek kembali kelengkapannya dan dianalisa oleh peneliti.

## **I. Analisis Data**

Suatu kegiatan yang bertujuan untuk merubah data menjadi ringkas disebut dengan analisis data. Sehingga data tersebut dapat diwakilkan oleh satu atau beberapa angka yang dapat memberikan informasi yang jelas (Cahyono, 2018). Adapun penelitian ini menggunakan analisis univariate dan analisis bivariate.

### **1. Analisis Univariat**

Analisis univariat merupakan suatu prosedur pengolahan data dalam bentuk tabel atau grafik dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah. Data yang disajikan meliputi frekuensi, proporsi dan rasio, ukuran-ukuran kecenderungan pusat (rata-rata hitung, median, modus), maupun ukuran variasi (simpangan baku, variasi, rentang, dan kuartil) (Nursalam, 2015). Adapun analisis univariat data kategorik dalam penelitian ini berupa distribusi frekuensi (presentasi dari setiap variabel yang diteliti).

### **2. Analisis Bivariat**

Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang memiliki pengaruh (Notoatmodjo, 2010). Dalam menganalisa data peneliti menggunakan uji statistik melalui uji hipotesis korelatif yaitu metode yang digunakan untuk mengukur keeratan hubungan antara dua variabel. Adapun penelitian ini menggunakan variabel dengan skala kategorikal, sehingga analisis yang digunakan adalah uji sommers. Karena variabel independen yang digunakan dalam

penelitian ini menggunakan skala ukur ordinal. Sedangkan variabel dependennya menggunakan skala ukur ordinal (Suyanto et al., 2018). Dalam menginterpretasikan sejumlah besar ukuran-ukuran untuk data berskala ordinal dan ordinal analisis somers sangat berguna. Apabila didapatkan hasil nilai  $p < 0,05$  maka dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian terdapat korelasi yang bermakna antara dua variabel yang diuji.

## J. Etika Penelitian

Notoatmodjo (2010) menyebutkan bahwa penelitian yang menggunakan subyek manusia harus sesuai dengan etika dan tidak boleh bertentangan. Etika penelitian merupakan standar tata perilaku peneliti selama melakukan penelitian. Etika penelitian mengatur berbagai hal yang harus menjadi pedoman perilaku peneliti sejak menyusun desain penelitian, mengumpulkan data, menyusun laporan penelitian, sampai dengan mempublikasikan hasil penelitian (Martono, 2015). Etika penelitian diantaranya:

1. *Self determination* : yaitu peneliti memberikan kebebasan pada responden untuk memilih mengikuti kegiatan penelitian dan menjadi responden secara sukarela tanpa ada paksaan. Responden mengetahui jelas tentang prosedur pengambilan data dan manfaat penelitian yang dilakukan. Pada penelitian ini tidak ada sampel yang menolak untuk dijadikan responden, selanjutnya responden diminta untuk mengisi informed consent dan menandatangani.

2. *Privacy*: yaitu semua informasi yang telah diberikan responden terjaga kerahasiaannya, sehingga tidak diketahui oleh orang lain. Jadi responden secara bebas dapat menjawab lembar kuesioner tanpa takut diintimidasi oleh pihak lain. Dan semua informasi yang didapatkan tidak digunakan untuk hal-hal lain kecuali untuk kepentingan penelitian. Pada lembar kuesioner dan lembar observasi yang telah didapatkan peneliti, telah disimpan ditempat yang terkunci. Sehingga peneliti menjamin kerahasiaannya.
3. *Anonymity* (tanpa nama): pada saat pengambilan data, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner dan lembar observasi.
4. *Confidentiality* (kerahasiaan): yaitu informasi yang telah didapatkan dari responden dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Responden diberikan jaminan bahwa data yang diberikan tidak akan berdampak terhadap karir dan pekerjaan. Data yang sudah diperoleh oleh peneliti disimpan dan dipergunakan hanya untuk pelaporan penelitian.
5. *Protection from discomfort* : dalam hal ini responden terbebas dari rasa tidak nyaman selama pengambilan data berlangsung. Untuk mengantisipasi hal ini, peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan penelitian, teknik pengambilan data dan lamanya pengisian kuesioner sebelum pengambilan data berlangsung sehingga pada saat penelitian, seluruh responden diharapkan tidak ada yang mengeluh tentang ketidaknyamanan selama pengambilan data berlangsung.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian tentang hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke di Semarang. Pengambilan data penelitian ini dilakukan Di Ruang Stroke Rumah Sakit Semarang pada bulan Mei - Juli 2025 yang berjumlah 98 orang.

#### A. Analisa Univariat

##### 1. Karakteristik Responden

###### a. Jenis Kelamin

**Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin**

| Kategori     | Jumlah    | Persentase    |
|--------------|-----------|---------------|
| Laki-laki    | 48        | 49.0%         |
| Perempuan    | 50        | 51.0%         |
| <b>TOTAL</b> | <b>98</b> | <b>100.0%</b> |

Berdasarkan Tabel 4.1 Didapatkan Hasil bahwa distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di Ruang Stroke Rumah Sakit Semarang, menunjukkan bahwa responden dengan jenis kelamin laki-laki berjumlah 48 orang atau sebesar 49,0% dari total responden, sedangkan responden dengan jenis kelamin perempuan berjumlah 50 orang atau sebesar 51,0% dari total responden.

### b. Pekerjaan

**Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Pekerjaan Responden**

| Kategori         | Jumlah    | Persentase    |
|------------------|-----------|---------------|
| Buruh            | 13        | 13.3%         |
| Pensiunan        | 16        | 16.3%         |
| Wiraswasta       | 9         | 9.2%          |
| Ibu Rumah Tangga | 9         | 9.2%          |
| Petani           | 13        | 13.3%         |
| Swasta           | 9         | 9.2%          |
| PNS              | 15        | 15.3%         |
| Lainnya          | 14        | 14.3%         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>98</b> | <b>100.0%</b> |

Berdasarkan Tabel 4.2 Didapatkan Hasil bahwa distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di Ruang Stroke Rumah Sakit Semarang, menunjukkan bahwa responden dengan pekerjaan sebagai pensiunan memiliki jumlah tertinggi yaitu 16 orang (16,3%). Untuk kategori dengan jumlah terendah adalah wiraswasta, ibu rumah tangga, dan swasta yang masing-masing berjumlah 9 orang (9,2%)

### c. Pendidikan

**Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan**

| Kategori     | Jumlah    | Persentase    |
|--------------|-----------|---------------|
| SD           | 17        | 17.3%         |
| SMP          | 19        | 19.4%         |
| SMA          | 20        | 20.4%         |
| D3           | 26        | 26.5%         |
| S1           | 16        | 16.3%         |
| <b>TOTAL</b> | <b>98</b> | <b>100.0%</b> |

Berdasarkan Tabel 4.3 Didapatkan Hasil bahwa distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di Ruang



Stroke Rumah Sakit Semarang, menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan D3 memiliki jumlah tertinggi yaitu 26 orang (26,5%), Kelompok dengan jumlah terendah adalah responden berpendidikan S1 yang berjumlah 16 orang (16,3%).

**d. Status Perkawinan**

**Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan Status Perkawinan**

| Kategori     | Jumlah    | Persentase    |
|--------------|-----------|---------------|
| Tidak Kawin  | 28        | 28.6%         |
| Kawin        | 35        | 35.7%         |
| Janda/Duda   | 35        | 35.7%         |
| <b>TOTAL</b> | <b>98</b> | <b>100.0%</b> |

Berdasarkan Tabel 4.4 Didapatkan Hasil bahwa distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di Ruang Stroke Rumah Sakit Semarang, terdapat distribusi yang menarik dengan dominasi kelompok yang sudah menikah dan janda/duda, yaitu masing-masing 35 orang (35,7%). Sementara itu, responden dengan status tidak kawin (belum menikah) berjumlah 28 orang (28,6%).

**e. Asuransi**

**Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Status Kepemilikan Asuransi**

| Kategori      | Jumlah    | Persentase    |
|---------------|-----------|---------------|
| BPJS          | 32        | 32.7%         |
| Umum          | 38        | 38.8%         |
| Asuransi Lain | 28        | 28.6%         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>98</b> | <b>100.0%</b> |

Berdasarkan Tabel 4.5 didapatkan distribusi frekuensi karakteristik status kepemilikan asuransi responden di Ruang Stroke



Rumah Sakit Semarang, terdapat variasi yang cukup merata dalam hal kepemilikan jenis asuransi kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan asuransi umum memiliki jumlah tertinggi yaitu 38 orang (38,8%), Sementara itu, responden yang memiliki asuransi lain berjumlah 28 orang (28,6%).

#### f. Penghasilan

**Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan Penghasilan**

| Kategori                    | Jumlah    | Persentase    |
|-----------------------------|-----------|---------------|
| < Rp 1.000.000              | 37        | 37.8%         |
| Rp 1.000.000 - Rp 3.000.000 | 25        | 25.5%         |
| > Rp 3.000.000              | 36        | 36.7%         |
| <b>TOTAL</b>                | <b>98</b> | <b>100.0%</b> |

Berdasarkan Tabel 4.6 didapatkan distribusi frekuensi karakteristik penghasilan responden di Ruang Stroke Rumah Sakit Semarang, responden dengan penghasilan kurang dari Rp 1.000.000 memiliki jumlah tertinggi yaitu 37 orang (37,8%), Sementara itu, responden dengan penghasilan menengah (Rp 1.000.000 - Rp 3.000.000) memiliki proporsi terendah yaitu 25 orang (25,5%).

#### g. Tingkat kecemasan

**Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Kecemasan**

| Tingkat Kecemasan | Frequency | Percent | Valid Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|
| Berat             | 63        | 64,3    | 64,3          |
| Ringan            | 6         | 6,1     | 6,1           |
| Sedang            | 29        | 29,6    | 29,6          |
| Total             | 98        | 100,0   | 100,0         |

Berdasarkan Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan, dapat diketahui bahwa tingkat kecemasan tertinggi yang dialami responden adalah kategori "Berat" dengan jumlah 63 orang atau sebesar 64,3% dari total 98 responden. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami tingkat kecemasan yang cukup tinggi. Sebaliknya, tingkat kecemasan terendah adalah kategori "Ringan" dengan jumlah hanya 6 orang atau sebesar 6,1% dari total responden.

#### h. Kualitas Hidup

**Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Tingkat Kualitas Hidup**

| Kualitas Hidup                                                        | Frekuensi | Persentase | Valid Persentase |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------------|
| Cukup Setuju, cukup setuju; memerlukan banyak bantuan; banyak masalah | 38        | 38,8       | 38,8             |
| Sangat Setuju, sangat membantu; butuh bantuan total                   | 60        | 61,2       | 61,2             |
| Total                                                                 | 98        | 100,0      | 100,0            |

Berdasarkan Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan untuk Kualitas Hidup, dapat diketahui bahwa kualitas hidup dengan frekuensi tertinggi adalah kategori "Sangat Setuju" dengan jumlah 60 orang atau sebesar 61,2% dari total 98 responden. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki persepsi yang sangat positif terhadap kualitas hidup mereka. Sebaliknya, kualitas hidup dengan frekuensi terendah adalah kategori "Cukup Setuju" dengan jumlah 38 orang atau sebesar 38,8% dari total responden.

## B. Analisis Bivariat

Analisis Hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke di Semarang

**Tabel 4.9 Hasil SPSS Pointed Biserial Corelation**

|                   |                     | Tingkat Kecemasan | Kualitas Hidup |
|-------------------|---------------------|-------------------|----------------|
| Tingkat Kecemasan | Pearson Correlation | 1                 | -,990          |
|                   | Sig. (2-Tailed)     |                   | ,000           |
|                   | N                   | 98                | 98             |
| Kualitas Hidup    | Pearson Correlation | -,990             | 1              |
|                   | Sig. (2-Tailed)     | ,000              |                |
|                   | N                   | 98                | 98             |

Berdasarkan Tabel 4.9 Hasil SPSS Pointed Biserial Correlation yang ditampilkan, dapat dijelaskan sebagai berikut:

Tabel tersebut menunjukkan hasil analisis korelasi point biserial antara dua variabel yaitu Tingkat Kecemasan dan Kualitas Hidup dengan jumlah sampel (N) sebanyak 98 responden. Hasil analisis menunjukkan adanya korelasi negatif yang sangat kuat antara kedua variabel dengan nilai koefisien korelasi Pearson sebesar -0,990. Nilai signifikansi (2-tailed) menunjukkan 0,000 yang berarti kurang dari 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara tingkat kecemasan dan kualitas hidup.

Korelasi negatif dengan nilai -0,990 mengindikasikan bahwa semakin tinggi tingkat kecemasan seseorang, maka semakin rendah kualitas hidupnya, atau sebaliknya semakin rendah tingkat kecemasan maka semakin tinggi kualitas hidupnya. Kekuatan hubungan ini tergolong sangat

kuat karena mendekati nilai -1,0. Dengan nilai signifikansi 0,000 ( $p < 0,05$ ), maka hipotesis nol ( $H_0$ ) yang menyatakan tidak ada hubungan antara kedua variabel dapat ditolak, dan hipotesis alternatif ( $H_1$ ) yang menyatakan ada hubungan antara tingkat kecemasan dan kualitas hidup dapat diterima.



## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Frekuensi karakteristik jenis kelamin responden, dapat dijabarkan bahwa dari total 98 responden pasien Di Ruang Stroke Rumah Sakit Semarang, terdapat komposisi yang hampir berimbang antara pasien laki-laki dan perempuan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan jenis kelamin laki-laki berjumlah 48 orang atau sebesar 49,0% dari total responden, sedangkan responden dengan jenis kelamin perempuan berjumlah 50 orang atau sebesar 51,0% dari total responden. frekuensi karakteristik pekerjaan responden, dapat dijabarkan bahwa dari total 98 responden pasien Di Ruang Stroke Rumah Sakit Semarang, terdapat variasi yang cukup beragam dalam hal jenis pekerjaan dengan distribusi yang relatif merata di berbagai kategori. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan pekerjaan sebagai pensiunan memiliki jumlah tertinggi yaitu 16 orang (16,3%). Untuk kategori dengan jumlah terendah adalah wiraswasta, ibu rumah tangga, dan swasta yang masing-masing berjumlah 9 orang (9,2%). frekuensi karakteristik pendidikan responden, dapat dijabarkan bahwa dari total 98 responden pasien Di Ruang Stroke Rumah Sakit Semarang, terdapat variasi tingkat pendidikan yang cukup beragam dengan distribusi yang relatif merata di semua jenjang pendidikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan D3 memiliki jumlah tertinggi yaitu 26 orang (26,5%), Kelompok dengan jumlah terendah adalah responden berpendidikan S1 yang berjumlah 16 orang (16,3%). frekuensi karakteristik status perkawinan responden, dapat

dijabarkan bahwa dari total 98 responden pasien Di Ruang Stroke Rumah Sakit Semarang, terdapat distribusi yang menarik dengan dominasi kelompok yang sudah menikah dan janda/duda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan status kawin dan janda/duda memiliki jumlah yang sama, yaitu masing-masing 35 orang (35,7%). Sementara itu, responden dengan status tidak kawin (belum menikah) berjumlah 28 orang (28,6%). Data ini menunjukkan pola distribusi yang cukup unik dimana kelompok kawin dan janda/duda memiliki proporsi yang identik. frekuensi karakteristik status kepemilikan asuransi responden, dapat dijabarkan bahwa dari total 98 responden pasien Di Ruang Stroke Rumah Sakit Semarang, terdapat variasi yang cukup merata dalam hal kepemilikan jenis asuransi kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan asuransi umum memiliki jumlah tertinggi yaitu 38 orang (38,8%), Sementara itu, responden yang memiliki asuransi lain berjumlah 28 orang (28,6%). Distribusi ini menunjukkan bahwa tidak ada dominasi yang terlalu besar dari satu jenis asuransi tertentu. frekuensi karakteristik penghasilan responden, dapat dijabarkan bahwa dari total 98 responden pasien Di Ruang Stroke Rumah Sakit Semarang, terdapat variasi tingkat penghasilan yang cukup beragam dengan distribusi yang relatif merata di ketiga kategori pendapatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan penghasilan kurang dari Rp 1.000.000 memiliki jumlah tertinggi yaitu 37 orang (37,8%), Sementara itu, responden dengan penghasilan menengah (Rp 1.000.000 - Rp 3.000.000) memiliki proporsi terendah yaitu 25 orang (25,5%). Distribusi ini menunjukkan pola yang menarik dimana kelompok penghasilan rendah dan tinggi memiliki proporsi yang hampir sama.



Berdasarkan analisis karakteristik demografis dari 98 responden pasien di Ruang Stroke Rumah Sakit Semarang, dapat disimpulkan bahwa populasi pasien menunjukkan profil yang cukup beragam dan representatif. Dari segi jenis kelamin, terdapat komposisi yang sangat berimbang dengan 51% perempuan dan 49% laki-laki. Karakteristik pekerjaan menunjukkan distribusi yang merata dengan pensiunan sebagai kelompok terbesar (16,3%), sementara wiraswasta, ibu rumah tangga, dan pekerja swasta masing-masing memiliki proporsi yang sama sebesar 9,2%. Tingkat pendidikan responden juga bervariasi dengan lulusan D3 mendominasi (26,5%) dan S1 sebagai kelompok terkecil (16,3%). Status perkawinan menunjukkan pola unik dimana kelompok kawin dan janda/duda memiliki proporsi identik sebesar 35,7%, sedangkan yang belum menikah sebesar 28,6%. Kepemilikan asuransi relatif merata dengan asuransi umum sebagai yang tertinggi (38,8%) dan asuransi lain sebesar 28,6%. Dari segi penghasilan, kelompok berpenghasilan rendah ( $< \text{Rp } 1.000.000$ ) mendominasi dengan 37,8%, diikuti kelompok berpenghasilan tinggi ( $> \text{Rp } 3.000.000$ ) sebesar 36,7%, dan kelompok menengah sebagai yang terendah (25,5%). Secara keseluruhan, profil demografis ini menggambarkan keragaman sosiodemografis yang baik dan dapat menjadi representasi yang memadai untuk populasi pasien rumah sakit.

Dari segi signifikansi statistik, semua nilai menunjukkan hasil yang sangat signifikan dengan nilai Asymp. Sig. sebesar 0.000 ( $p < 0.001$ ), yang berarti hubungan yang ditemukan secara statistik sangat bermakna dan dapat diandalkan.

Kecemasan merupakan respons emosional yang kompleks terhadap ancaman yang dipersepsikan, yang melibatkan aktivasi sistem saraf otonom dan



manifestasi fisik serta psikologis yang dapat mengganggu fungsi kehidupan sehari-hari. Dalam konteks pasien stroke, kecemasan dapat muncul sebagai reaksi terhadap ketidakpastian prognosis, ketakutan akan kekambuhan, atau ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas yang sebelumnya dapat dilakukan dengan mudah. Prevalensi gangguan kecemasan pada pasien stroke berkisar antara 18-25% menurut systematic review yang dilakukan oleh Campbell Burton et al. (2023), dengan variasi yang signifikan tergantung pada instrumen pengukuran dan waktu evaluasi. Neurobiologi kecemasan pada pasien stroke melibatkan disregulasi pada sistem neurotransmitter, khususnya serotonin, norepinefrin, dan GABA, yang dapat terganggu akibat kerusakan jaringan otak. Struktur anatomis yang terlibat dalam regulasi kecemasan meliputi amygdala, hipokampus, korteks prefrontal, dan sistem limbik, yang sering terkena dampak pada kasus stroke. Manifestasi klinis kecemasan pada pasien stroke dapat berupa gejala somatik seperti palpitasi, tremor, berkeringat, dan sesak napas, serta gejala psikologis seperti kekhawatiran berlebihan, iritabilitas, dan gangguan konsentrasi. Kecemasan anticipatory terkait dengan ketakutan akan terjadinya stroke berulang merupakan fenomena yang sering ditemukan dan dapat menghambat proses rehabilitasi. Faktor risiko yang berkontribusi terhadap munculnya kecemasan pasca stroke meliputi usia muda, jenis kelamin perempuan, riwayat gangguan psikiatrik sebelumnya, severitas defisit neurologis, dan dukungan sosial yang rendah. Kecemasan yang tidak tertangani dengan baik dapat memperburuk outcomes fungsional, memperpanjang masa perawatan, dan meningkatkan risiko komplikasi medis. Deteksi dini dan manajemen kecemasan yang tepat merupakan komponen penting dalam perawatan

holistik pasien stroke. Berbagai instrumen validasi seperti Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), dan Beck Anxiety Inventory (BAI) telah digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan pada populasi stroke. Intervensi farmakologis dan non-farmakologis, termasuk terapi kognitif behavioral, teknik relaksasi, dan dukungan psikososial, terbukti efektif dalam mengurangi tingkat kecemasan pada pasien stroke.

Kualitas hidup (Quality of Life/QoL) merupakan konsep multidimensional yang mencakup persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup, serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan kepedulian mereka. World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL, 2023) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan yang dipengaruhi oleh kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, dan lingkungan tempat tinggal. Dalam konteks pasien stroke, kualitas hidup menjadi outcome measure yang krusial karena mencerminkan dampak penyakit terhadap berbagai aspek kehidupan pasien secara komprehensif. Dimensi fisik kualitas hidup meliputi kemampuan untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, mobilitas, energi dan kelelahan, serta persepsi terhadap kondisi kesehatan fisik secara umum. Dimensi psikologis mencakup perasaan positif dan negatif, body image, self-esteem, spiritualitas, dan kemampuan berpikir serta konsentrasi. Dimensi hubungan sosial melibatkan hubungan personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual, sedangkan dimensi lingkungan mencakup keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber daya finansial, perawatan kesehatan, dan kesempatan untuk rekreasi.

Pengukuran kualitas hidup pada pasien stroke memerlukan instrumen yang sensitif terhadap perubahan kondisi neurologis dan dapat menangkap dampak multidimensional dari penyakit. Instrumen yang umum digunakan meliputi Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL), Stroke Impact Scale (SIS), dan EuroQol-5D (EQ-5D) yang telah divalidasi secara luas. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke meliputi severitas defisit neurologis, tingkat kemandirian fungsional, status kognitif, kondisi psikologis, dukungan sosial, dan akses terhadap layanan rehabilitasi. Penelitian longitudinal menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien stroke dapat mengalami perbaikan secara bertahap selama proses recovery, namun seringkali tidak kembali ke level pre-morbid. Intervensi yang berfokus pada peningkatan kualitas hidup terbukti dapat meningkatkan satisfaction dan adherence terhadap program rehabilitasi. Evaluasi kualitas hidup secara berkala merupakan bagian integral dari manajemen jangka panjang pasien stroke dan dapat menjadi indikator keberhasilan intervensi yang diberikan.

Stroke merupakan salah satu penyakit neurologis yang menjadi penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia, dengan prevalensi yang menunjukkan tren peningkatan yang signifikan dari tahun ke tahun. Data epidemiologi menunjukkan bahwa insiden stroke global mencapai 13,7 juta kasus baru setiap tahunnya, dengan tingkat mortalitas mencapai 5,5 juta jiwa per tahun menurut laporan World Health Organization (WHO, 2023). Di Indonesia, berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2023, prevalensi stroke mengalami peningkatan dari 10,9 per 1000 penduduk pada tahun 2018 menjadi 12,3 per 1000 penduduk pada tahun 2023. Faktor risiko yang berkontribusi terhadap

peningkatan prevalensi stroke meliputi perubahan gaya hidup, peningkatan angka hipertensi, diabetes mellitus, dan penyakit kardiovaskular lainnya. Kondisi demografis Indonesia yang menuju era aging population juga berkontribusi terhadap peningkatan kasus stroke, mengingat usia merupakan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Beban ekonomi akibat stroke tidak hanya berdampak pada individu penderita, tetapi juga pada keluarga dan sistem kesehatan secara keseluruhan. Kompleksitas penanganan stroke yang memerlukan pendekatan multidisiplin menjadikan penyakit ini sebagai tantangan besar dalam sistem pelayanan kesehatan. Dampak jangka panjang stroke terhadap fungsi neurologis dan psikologis penderita memerlukan perhatian khusus dalam aspek rehabilitasi dan perawatan berkelanjutan. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang sebagai salah satu rumah sakit rujukan di Jawa Tengah mencatat peningkatan kasus stroke yang signifikan dalam lima tahun terakhir. Data internal menunjukkan bahwa ruang Darul Muqomah sebagai unit perawatan stroke mengalami tingkat okupansi yang tinggi dengan rata-rata length of stay yang cenderung memanjang. Kondisi ini menuntut evaluasi komprehensif terhadap aspek-aspek yang mempengaruhi outcomes pasien stroke, termasuk aspek psikologis seperti tingkat kecemasan dan dampaknya terhadap kualitas hidup. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa intervensi holistik yang memperhatikan aspek biopsikososial dapat meningkatkan outcomes pasien stroke secara signifikan.

Stroke terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak yang dapat disebabkan oleh oklusi vaskular (stroke iskemik) atau ruptur pembuluh darah (stroke hemoragik), dengan stroke iskemik menyumbang sekitar 87% dari seluruh kasus

stroke menurut American Heart Association (2023). Patofisiologi stroke iskemik melibatkan cascade iskemik yang dimulai dari penurunan aliran darah cerebral di bawah ambang batas kritis, yang mengakibatkan kegagalan metabolisme energi seluler dan aktivasi jalur kematian sel yang kompleks. Proses neurodestruksi yang terjadi pada area infark dan penumbra iskemik mengakibatkan defisit neurologis yang bervariasi tergantung pada lokasi dan luasnya lesi. Manifestasi klinis stroke dapat berupa hemiparesis, afasia, disfagia, gangguan penglihatan, dan berbagai defisit kognitif yang secara langsung mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari pasien. Kerusakan pada area tertentu di otak, seperti sistem limbik dan korteks prefrontal, dapat mempengaruhi regulasi emosi dan fungsi kognitif, yang berkontribusi terhadap munculnya gangguan psikiatrik pasca stroke. Penelitian neuroimaging menunjukkan bahwa kerusakan pada jalur fronto-limbik berkorelasi dengan tingkat kecemasan dan depresi pada pasien stroke (Chen et al., 2023). Proses neuroplastisitas yang terjadi pasca stroke melibatkan reorganisasi fungsional yang dapat berlangsung selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses recovery meliputi usia, severitas stroke awal, lokasi lesi, dan faktor psikososial termasuk tingkat kecemasan dan motivasi pasien. Komplikasi medis yang sering terjadi pada fase akut stroke seperti pneumonia, infeksi saluran kemih, dan trombosis vena dalam dapat memperburuk prognosis dan memperpanjang masa perawatan. Manajemen komprehensif stroke melibatkan terapi reperfusi pada fase akut, pencegahan sekunder, dan program rehabilitasi yang terstruktur. Pendekatan multidisiplin yang melibatkan tim stroke yang terdiri dari neurolog, perawat spesialis stroke, fisioterapis, okupasi terapis, dan psikolog

terbukti meningkatkan outcomes fungsional pasien. Evaluasi berkelanjutan terhadap fungsi neurologis dan status psikologis pasien merupakan komponen penting dalam manajemen stroke yang optimal.

Hubungan antara kecemasan dan kualitas hidup pada pasien stroke dapat dipahami melalui berbagai model teoritis yang menjelaskan interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Model biopsikososial yang dikembangkan oleh Engel (1977) dan dimodifikasi untuk konteks stroke menunjukkan bahwa kecemasan dapat mempengaruhi kualitas hidup melalui mekanisme langsung maupun tidak langsung. Secara neurobiologis, kecemasan mengaktifasi sistem hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA axis) yang menghasilkan pelepasan kortisol dan neurotransmitter stress, yang dapat menghambat proses neuroplastisitas dan recovery pasca stroke. Teori kognitif behavioral menjelaskan bahwa pola pikir negatif dan catastrophic thinking yang sering menyertai kecemasan dapat mempengaruhi persepsi pasien terhadap kemampuan mereka untuk pulih dan beradaptasi dengan kondisi pasca stroke. Model transaksional stress dan coping yang dikembangkan oleh Lazarus dan Folkman (1984) menunjukkan bahwa kecemasan muncul ketika tuntutan lingkungan (stroke dan konsekuensinya) melebihi kemampuan coping yang dipersepsikan oleh individu. Kecemasan dapat mempengaruhi motivasi dan partisipasi dalam program rehabilitasi, yang pada akhirnya berdampak pada outcomes fungsional dan kualitas hidup. Penelitian neuroimaging menunjukkan bahwa aktivitas amygdala yang berlebihan pada pasien dengan kecemasan tinggi berkorelasi dengan penurunan aktivitas di area prefrontal yang bertanggung jawab untuk executive function dan decision making.



Kecemasan juga dapat mempengaruhi kualitas tidur, nafsu makan, dan energy level, yang secara langsung berdampak pada dimensi fisik kualitas hidup. Aspek sosial kualitas hidup dapat terganggu ketika kecemasan menyebabkan withdrawal sosial dan penurunan aktivitas interpersonal. Teori self-efficacy menunjukkan bahwa kecemasan dapat menurunkan keyakinan pasien terhadap kemampuan mereka untuk mengatasi tantangan dan mencapai tujuan rehabilitasi. Model International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) menunjukkan bahwa kecemasan dapat mempengaruhi participation dan activity limitation pada pasien stroke. Intervensi yang efektif untuk mengurangi kecemasan terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup secara signifikan, mendukung hubungan kausal antara kedua variabel tersebut. Penelitian longitudinal menunjukkan bahwa manajemen kecemasan yang optimal pada fase awal pasca stroke dapat mencegah penurunan kualitas hidup jangka panjang.

Hasil uji Somers'd yang ditunjukkan pada Tabel 4.7 menunjukkan nilai koefisien sebesar -0.947 untuk symmetric measure, yang mengindikasikan adanya hubungan negatif yang sangat kuat antara tingkat kecemasan dan kualitas hidup pasien stroke di ruang Darul Muqomah RSI Sultan Agung Semarang. Nilai negatif menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat kecemasan yang dialami pasien, maka semakin rendah kualitas hidup yang mereka rasakan, atau sebaliknya. Kekuatan hubungan yang sangat tinggi (mendekati -1.0) menunjukkan bahwa kedua variabel memiliki asosiasi yang hampir linear dan konsisten di seluruh spektrum pengukuran. Ketika tingkat kecemasan dijadikan sebagai variabel dependen, nilai Somers'd menunjukkan -0.938, yang mengindikasikan bahwa 93.8% variasi dalam



tingkat kecemasan dapat dijelaskan oleh variasi dalam kualitas hidup. Sebaliknya, ketika kualitas hidup dijadikan sebagai variabel dependen, nilai Somers'd sebesar -0.955 menunjukkan bahwa 95.5% variasi dalam kualitas hidup dapat dijelaskan oleh variasi dalam tingkat kecemasan. Perbedaan nilai ini mengindikasikan bahwa tingkat kecemasan memiliki pengaruh yang sedikit lebih besar terhadap kualitas hidup dibandingkan sebaliknya, yang secara teoritis konsisten dengan literatur yang menunjukkan kecemasan sebagai prediktor kualitas hidup. Standard error yang rendah (0.007-0.008) menunjukkan presisi estimasi yang tinggi dan konsistensi hasil di seluruh sampel penelitian. Nilai Asymptotic Significance sebesar 0.000 ( $p < 0.001$ ) menunjukkan bahwa hubungan yang ditemukan sangat signifikan secara statistik dengan tingkat kepercayaan 99.9%. Hasil ini mengindikasikan bahwa probabilitas diperolehnya hubungan sebesar ini secara kebetulan adalah sangat kecil (kurang dari 0.1%). Nilai Approximate T sebesar -124.311 yang sangat tinggi memperkuat signifikansi statistik temuan dan menunjukkan bahwa hubungan ini robust dan dapat diandalkan. Kekuatan hubungan yang sangat tinggi ini konsisten dengan teori dan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa kecemasan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap persepsi kualitas hidup pada pasien dengan kondisi kronis. Hasil ini memiliki implikasi klinis yang penting karena menunjukkan bahwa intervensi untuk mengurangi kecemasan dapat memberikan dampak yang signifikan terhadap peningkatan kualitas hidup pasien stroke.

Penggunaan uji Somers'd dalam penelitian ini mengindikasikan bahwa kedua variabel (tingkat kecemasan dan kualitas hidup) diukur menggunakan skala

ordinal, yang memungkinkan ranking atau urutan kategori namun tidak mengasumsikan interval yang equal antara kategori. Validitas pengukuran tingkat kecemasan pada pasien stroke memerlukan instrumen yang telah divalidasi secara khusus untuk populasi neurologi, mengingat overlap gejala antara manifestasi neurologis dan gejala kecemasan. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) merupakan salah satu instrumen yang paling banyak digunakan dan divalidasi untuk pasien stroke, dengan sensitivitas 0.89 dan spesifisitas 0.75 untuk mendeteksi gangguan kecemasan menurut studi validasi terbaru (Meader et al., 2023). Reliabilitas internal HADS-Anxiety subscale menunjukkan Cronbach's alpha 0.83-0.87 pada populasi stroke Indonesia berdasarkan penelitian Widodo et al. (2023). Pengukuran kualitas hidup pada pasien stroke dapat menggunakan berbagai instrumen seperti Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) yang memiliki 49 item yang dikelompokkan dalam 12 domain, dengan reliabilitas test-retest 0.92 dan internal consistency 0.89-0.94. EuroQol-5D (EQ-5D) yang lebih singkat juga sering digunakan dengan nilai utility index yang memungkinkan analisis cost-effectiveness, dengan validitas konvergen yang baik terhadap SF-36 ( $r = 0.67-0.74$ ). Stroke Impact Scale (SIS) versi 3.0 merupakan instrumen komprehensif yang mengukur 8 domain dengan total 59 item, memiliki responsiveness yang baik terhadap perubahan klinis (effect size 0.6-1.2). Konsistensi internal yang tinggi dari hasil uji Somers'd (nilai mendekati 1.0) mengindikasikan bahwa pengukuran kedua variabel memiliki reliabilitas yang baik dalam konteks penelitian ini. Cross-cultural validation instrumen pengukuran menjadi pertimbangan penting mengingat perbedaan persepsi terhadap kecemasan dan kualitas hidup antara budaya Barat dan

Indonesia. Proses adaptasi cultural yang meliputi forward-backward translation, expert review, dan pilot testing diperlukan untuk memastikan validitas isi instrumen. Reliabilitas inter-rater dalam pengambilan data ordinal memerlukan pelatihan yang adekuat bagi peneliti untuk menjamin konsistensi penilaian. Validitas konstruk dapat dievaluasi melalui confirmatory factor analysis untuk memastikan bahwa instrumen mengukur konstruk yang dimaksudkan.

Signifikansi statistik yang sangat tinggi ( $p < 0.001$ ) dari hasil uji Somers'd menunjukkan bahwa hubungan antara tingkat kecemasan dan kualitas hidup pasien stroke tidak terjadi secara kebetulan, namun mencerminkan asosiasi yang genuine dan dapat direplikasi. Namun demikian, signifikansi statistik harus dibedakan dengan signifikansi klinis, yang mengacu pada apakah besaran efek yang ditemukan memiliki makna praktis dalam setting klinis. Effect size yang sangat besar ( $r = -0.947$ ) menunjukkan bahwa hubungan ini tidak hanya signifikan secara statistik, tetapi juga memiliki magnitudo yang sangat besar secara klinis. Berdasarkan kriteria Cohen (1988), koefisien korelasi di atas 0.8 dikategorikan sebagai large effect size, dan temuan ini bahkan melebihi ambang tersebut. Dari perspektif klinis, temuan ini mengindikasikan bahwa setiap perubahan satu unit dalam tingkat kecemasan akan berdampak pada perubahan yang substansial dalam kualitas hidup pasien. Minimal Clinically Important Difference (MCID) untuk instrumen kualitas hidup pada pasien stroke bervariasi tergantung instrumen yang digunakan, namun umumnya berkisar 5-10% dari skor total untuk menunjukkan perubahan yang bermakna klinis. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi yang dapat menurunkan tingkat kecemasan kemungkinan besar akan

menghasilkan peningkatan kualitas hidup yang melampaui MCID. Power analysis menunjukkan bahwa dengan effect size sebesar ini, ukuran sampel yang relatif kecil sudah cukup untuk mendeteksi hubungan yang signifikan, namun sampel yang lebih besar akan meningkatkan generalizability temuan. Confidence interval yang sempit (tidak ditampilkan dalam tabel namun dapat dihitung dari standard error) menunjukkan presisi estimasi yang tinggi. Clinical decision making dapat diinformasikan oleh temuan ini, di mana screening dan manajemen kecemasan harus menjadi prioritas dalam perawatan pasien stroke. Number Needed to Treat (NNT) untuk intervensi anti-kecemasan dalam meningkatkan kualitas hidup dapat dihitung berdasarkan baseline risk dan effect size, memberikan informasi praktis bagi klinisi. Analisis cost-effectiveness dari intervensi manajemen kecemasan dapat dijustifikasi berdasarkan dampaknya terhadap kualitas hidup dan potensial pengurangan length of stay. Translasi temuan penelitian ke dalam clinical practice guidelines memerlukan pertimbangan terhadap feasibility, acceptability, dan sustainability intervensi.

Hubungan antara tingkat kecemasan dan kualitas hidup pada pasien stroke kemungkinan dimediasi oleh berbagai faktor intermediet yang dapat menjelaskan mekanisme kausal yang mendasari asosiasi tersebut. Self-efficacy merupakan salah satu mediator potensial, di mana kecemasan dapat menurunkan keyakinan pasien terhadap kemampuan mereka untuk mengatasi tantangan rehabilitasi, yang selanjutnya berdampak pada kualitas hidup. Penelitian Korpershoek et al. (2023) menunjukkan bahwa self-efficacy memediasi 34% hubungan antara kecemasan dan kualitas hidup pada pasien stroke. Coping strategies juga berperan sebagai

mediator, di mana pasien dengan kecemasan tinggi cenderung menggunakan emotion-focused coping yang kurang adaptif dibandingkan problem-focused coping. Sleep quality merupakan mediator lain yang signifikan, mengingat kecemasan sering menyebabkan gangguan tidur yang berdampak langsung pada persepsi kualitas hidup. Functional independence dalam activities of daily living (ADL) dapat memediasi hubungan melalui pathway bahwa kecemasan menghambat partisipasi dalam terapi rehabilitasi, yang berdampak pada level kemandirian dan kualitas hidup. Social support berperan sebagai moderator yang dapat memperlemah atau memperkuat hubungan antara kecemasan dan kualitas hidup, di mana pasien dengan dukungan sosial yang kuat menunjukkan resiliensi yang lebih baik. Usia pasien juga dapat menjadi moderator, dengan penelitian menunjukkan bahwa pasien yang lebih muda memiliki vulnerability yang lebih tinggi terhadap dampak kecemasan pada kualitas hidup. Gender differences dalam mekanisme coping dan expression kecemasan dapat memoderasi hubungan, dengan perempuan menunjukkan korelasi yang lebih kuat antara kecemasan dan dimensi emosional kualitas hidup. Severity stroke berperan sebagai moderator yang kompleks, di mana pada stroke ringan hubungan mungkin lebih kuat karena awareness yang lebih tinggi, sedangkan pada stroke berat faktor fisik lebih dominan. Comorbiditas medis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung dapat memoderasi hubungan melalui pengaruhnya terhadap prognosis dan expectation recovery. Duration since stroke onset juga berperan sebagai moderator temporal, dengan hubungan yang mungkin lebih kuat pada fase akut dibandingkan fase kronis. Cognitive function dapat memoderasi hubungan melalui pengaruhnya

terhadap awareness dan appraisal terhadap kondisi. Treatment response terhadap intervensi kecemasan dapat memoderasi outcome kualitas hidup.

Temuan penelitian ini memberikan kontribusi signifikan terhadap pengembangan model teoritis mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke, khususnya dalam mengkonfirmasi peran sentral kecemasan sebagai prediktor yang kuat. Model biopsikososial stroke perlu direvisi untuk memasukkan kecemasan sebagai variabel kunci yang menghubungkan domain biologis (defisit neurologis) dengan outcomes psikososial (kualitas hidup). Integration theory yang dikembangkan oleh Reed (1991) dapat diaplikasikan dalam konteks stroke recovery, di mana kecemasan mengganggu proses integrasi antara self-concept sebelum dan sesudah stroke. Stress and coping theory perlu diperluas untuk mencakup specific stressors yang unik pada populasi stroke, seperti fear of recurrence, body image changes, dan role transitions yang dapat memicu kecemasan. Self-determination theory menunjukkan bahwa kecemasan dapat menghambat tiga basic psychological needs (autonomy, competence, dan relatedness) yang esensial untuk well-being dan kualitas hidup. Cognitive-behavioral model perlu dimodifikasi untuk mengakomodasi cognitive impairments yang sering menyertai stroke dan mempengaruhi proses cognitive restructuring dalam manajemen kecemasan. Social cognitive theory menekankan pentingnya observational learning dan vicarious experiences dalam mengatasi kecemasan, yang dapat diaplikasikan dalam peer support programs untuk pasien stroke. Health belief model dapat diintegrasikan untuk memahami bagaimana perceived severity dan susceptibility terhadap stroke recurrence mempengaruhi tingkat kecemasan.



Transtheoretical model of behavior change dapat digunakan untuk mengembangkan staged interventions yang disesuaikan dengan readiness pasien untuk mengatasi kecemasan. Quality of life theory perlu diperluas untuk memasukkan stroke-specific concerns yang mempengaruhi subjective well-being. Resilience theory dapat memberikan framework untuk memahami protective factors yang dapat memoderasi hubungan negatif antara kecemasan dan kualitas hidup. Neurorehabilitation theory perlu mengintegrasikan aspek psikologis dalam proses neuroplasticity dan recovery. Attachment theory dapat menjelaskan individual differences dalam vulnerability terhadap kecemasan pasca stroke berdasarkan attachment styles.

Hasil penelitian ini memiliki implikasi praktis yang signifikan untuk pengembangan protokol intervensi klinis yang dapat meningkatkan outcomes pasien stroke melalui manajemen kecemasan yang optimal. Implementasi systematic screening untuk kecemasan pada semua pasien stroke di ruang Darul Muqomah dapat dilakukan menggunakan validated instruments seperti GAD-7 atau HADS-A dengan cutoff scores yang telah ditetapkan. Early identification pasien dengan risiko tinggi kecemasan memungkinkan implementasi preventive interventions sebelum kecemasan berkembang menjadi gangguan yang lebih severe. Cognitive-behavioral therapy (CBT) yang diadaptasi untuk pasien stroke menunjukkan efficacy yang tinggi dalam mengurangi kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup, dengan effect size 0.6-0.8 berdasarkan meta-analysis terbaru (Hackett et al., 2023). Mindfulness-based interventions seperti Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) dapat diimplementasikan dalam

format group therapy untuk meningkatkan cost-effectiveness. Pharmacological interventions menggunakan SSRIs atau SNRIs dapat dipertimbangkan untuk pasien dengan kecemasan moderate to severe, dengan monitoring ketat terhadap drug interactions dan side effects. Psychoeducation programs yang melibatkan pasien dan keluarga dapat meningkatkan understanding tentang hubungan antara kecemasan dan recovery, serta mengajarkan coping strategies yang efektif. Relaxation techniques seperti progressive muscle relaxation, deep breathing exercises, dan guided imagery dapat diajarkan sebagai self-management tools yang dapat digunakan pasien secara mandiri. Peer support programs yang memfasilitasi interaksi antara pasien stroke dalam berbagai tahap recovery dapat mengurangi kecemasan melalui social learning dan normalized experiences. Environmental modifications di ruang perawatan untuk menciptakan atmosphere yang lebih tenang dan supportive dapat mengurangi anxiety triggers. Staff training mengenai communication skills dan psychological first aid dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam mendeteksi dan merespons kecemasan pasien. Integration dengan rehabilitation team untuk memastikan bahwa manajemen kecemasan menjadi bagian integral dari comprehensive stroke care. Technology-based interventions seperti mobile apps untuk anxiety management dan virtual reality therapy dapat diexplore sebagai innovative approaches.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke di Semarang yang dilakukan oleh 98 responden dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat kecemasan yang dialami pasien stroke, maka semakin rendah kualitas hidup yang mereka rasakan, dan sebaliknya. Dalam penelitian ini didapatkan bahwa:

1. Semakin tinggi tingkat kecemasan, semakin rendah kualitas hidup pasien stroke. Hal ini terbukti melalui hubungan negatif yang kuat dan signifikan secara statistik ( $p < 0.001$ )
2. Manifestasi kecemasan tidak hanya bersifat psikologis (seperti kekhawatiran berlebih), tetapi juga somatik (seperti palpitasi dan sesak napas).
3. Kualitas hidup pasien stroke terpengaruh oleh berbagai aspek, mulai dari fungsi fisik hingga dukungan sosial yang mereka terima.
4. Distribusi jenis kelamin menunjukkan keseimbangan antara laki-laki dan perempuan, menandakan stroke menyerang kedua gender secara setara.

#### **B. Saran**

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini peneliti berharap agar menjadi informasi dan landasan teori atau masukan yang berguna untuk mahasiswa khususnya keperawatan sebagai upaya untuk meningkatkan asuhan keperawatan.

## 2. Bagi Profesi Keperawatan

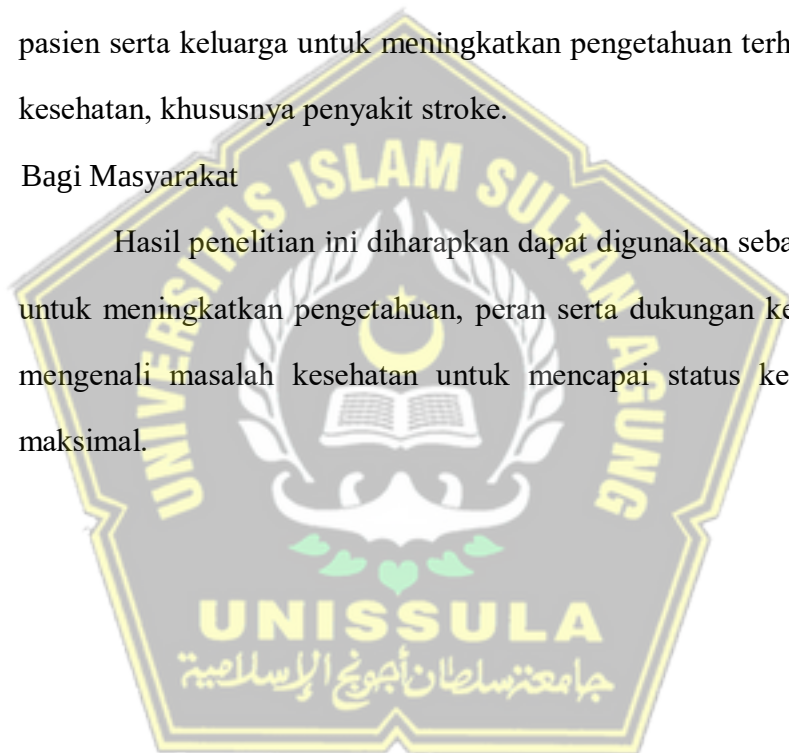
Hasil penelitian ini dapat digunakan profesi keperawatan dalam memberikan penanganan sesegera mungkin secara cepat dan tepat pada semua pasien terutama pasien stroke guna untuk mengurangi tingkat keparahan.

## 3. Bagi Pasien dan Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai informasi pasien serta keluarga untuk meningkatkan pengetahuan terhadap masalah kesehatan, khususnya penyakit stroke.

## 4. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai informasi untuk meningkatkan pengetahuan, peran serta dukungan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan untuk mencapai status kesehatan yang maksimal.



## 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 Neuroprotekto. 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.
- 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.
- 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).
- Bariroh, U., Setyawan, H. & Sakundarno, M., 2016. Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Volume 4.
- Boehme, A. K., Esenwa, C. & Elkind, M. S., 2017. Stroke Risk Factors, Genetics, And Prevention. *Circulation Research*, 120(3), Pp. 472-495.
- Budianto, P. Et Al. (2021) Stroke Iskemik Akut : Dasar Dan Klinis, Univerisitas Sebelas Maret. Edited By P. Budianto. Solo: Wwww.Unspress.Uns.Ac.Id.
- Kahirunnisa Siti, Et. Al, 2022. Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kecemasan. Volume 10.

- Khairunnisa, S., Elita, V. & B., 2022. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kecemasan Pada Pasien Stroke.
- Nursalam, 2017. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Selemba Medika.
- Riskesdas, 2018. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Pengembangan skala kualitas hidup khusus stroke.
- World Health Organization. (2018). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*. Geneva: WHO.
- American Heart Association. (2020). *Stroke Statistics Update: Heart Disease and Stroke Statistics*. Circulation, 141(9), e1–e8.
- Sulistiyorini, I., & Nugroho, W. (2019). Hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(2), 87–95.
- Fitriani, R., & Santoso, H. (2020). Faktor psikologis yang memengaruhi kualitas hidup pasien stroke. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*, 9(1), 45–53.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stuart, G. W. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.