

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Kesejahteraan Psikologis**

##### **2.1.1. Definisi Kesejahteraan Psikologis**

Ryff (Ryff, C. D., & Keyes, 1995) menyampaikan bahwa kesejahteraan psikologis individu merupakan kepuasan hidup, kebahagiaan, dan pemenuhan fungsi hidup yang sudah optimal. Kesejahteraan psikologis timbul dari perilaku dan pemikiran yang positif selama menjalani hidup. Pemenuhan kriteria fungsi psikologi positif seperti penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, penguasaan lingkungan, kemandirian, pengembangan kepribadian, dan tujuan hidup. Selain melakukan perilaku positif tersebut, individu juga harus bisa menyeimbangkan suasana hati maupun emosi yang positif dan negatif secara baik agar tidak ada yang mendominasi satu sama lain. Definisi yang lain dijelaskan oleh Wells (Wells, 2010) yang menyatakan bahwa kesejahteraan psikologis merupakan ketahanan fisik maupun psikologis seseorang dalam menghadapi tekanan yang berulang demi tercapainya kesejahteraan dalam dirinya. Pendapat ini mengartikan bahwa kesejahteraan psikologis dapat terwujud ketika individu dapat bertahan secara fisik maupun psikologis dari keadaan yang menekan dirinya secara berulang, karena ketika individu tidak dapat bertahan dengan tekanan berulang tersebut, individu akan rentan dan justru akan menjadi sosok yang tidak bisa menerima kehidupannya.

Berdasarkan uraian dari para ahli, maka disimpulkan bahwa kesejahteraan psikologis adalah penggambaran kebahagiaan dan kesehatan psikologis individu berdasarkan pemenuhan kriteria fungsi psikologi positif. Pemenuhan kriteria fungsi psikologi positif penting dilakukan karena pada penelitian ini peneliti melihat cara subjek penderita stroke dalam memenuhi kriteria tercapainya kesejahteraan psikologis dan melihat apakah penderita stroke sudah dapat merasakan kebahagiaan meskipun dengan penyakit yang dideritanya.

### 2.1.2. Aspek Kesejahteraan Psikologis

Enam dimensi *well-being* yang merupakan intisari dari teori-teori *positive functioning psychology* yang dirumuskan oleh Ryff juga dalam jurnal ilmiah berjudul "*Happiness Is Everything, or Is It? Explorations On The Meaning of Psychological Well-Being*" (Ryff, 1989) mengembangkan kesejahteraan psikologis menjadi 6 (enam) dimensi dan akan dijabarkan sebagai berikut :

1. Penerimaan Diri (*Self Acceptance*)

Penerimaan diri menunjukkan bahwa individu dengan tingkat kesejahteraan psikologis yang baik akan memiliki penerimaan yang positif pada hal positif dan hal negatif yang dimilikinya sekarang serta menerima konsekuensi masa lalu yang berdampak pada kehidupannya saat ini.

2. Kemandirian (*Autonomy*)

Individu dengan tingkat kesejahteraan psikologis yang baik pasti akan menjadi individu yang mandiri, sehingga dapat menjalani hidupnya

dengan tenang tanpa harus menggantungkan segala sesuatunya secara berlebihan terhadap keberadaan orang lain.

3. Pengembangan Kepribadian (*Personal Growth*)

Pengembangan kepribadian adalah perasaan mampu dalam melalui tahap-tahap perkembangan, terbuka pada pengalaman baru, menyadari potensi atau kemampuan yang ada pada dirinya, serta melakukan perbaikan dalam hidupnya setiap waktu agar dapat menjadi individu yang lebih baik dari sebelumnya.

4. Tujuan Hidup (*Purpose In Life*)

Individu dengan kesejahteraan psikologis yang baik meyakini bahwa hidup ini memiliki tujuan dan makna sehingga hidupnya dapat lebih terarah dan individu tersebut selalu berusaha untuk menggapai tujuan hidup yang ingin dicapainya.

5. Penguasaan Lingkungan (*Environmental Mastery*)

Penguasaan lingkungan adalah kemampuan individu dalam mengontrol dan mengefektifkan lingkungan tempat tinggalnya agar sesuai dengan kebutuhan dan nilai yang dibutuhkan dan dijalankan oleh individu itu sendiri.

6. Hubungan Positif dengan Orang Lain (*Positive Relation with Others*)

Hubungan positif dengan orang lain menunjukkan bahwa individu yang memiliki kesejahteraan psikologis baik akan memiliki hubungan yang baik dengan orang-orang di sekitarnya. Tidak menutup dan menarik diri dari lingkungan, serta mau berbaur dan berperan dalam lingkungan sosialnya.

Berdasarkan aspek-aspek tersebut, dapat disimpulkan bahwa untuk mencapai tingkatan kesejahteraan psikologis yang baik dibutuhkan beberapa perilaku positif. Menerima diri, berhubungan baik dengan orang lain, bersikap mandiri, memiliki tujuan hidup, mengembangkan kepribadian, serta menguasai lingkungan di sekitarnya. Saat individu belum dapat memenuhi beberapa aspek tersebut, bisa jadi tingkat kesejahteraan psikologis belum sebaik individu yang melakukan aspek-aspek tersebut.

Aspek yang lain dikemukakan oleh Ryan dan Deci (2001) bahwa aspek kesejahteraan psikologis terdiri dari :

- a. Otonomi (*Autonomy*). Adanya fluktuasi harian pada kepuasan dari otonomi dan kompetensi selama 2 minggu, ada perbedaan level otonom dan kompetensi seseorang yang memprediksi.
- b. Kompetensi (*Competence*). Kompetensi seseorang dilihat bersamaan dengan otonomi, bahwa ada perbedaan yang memprediksi kebahagiaan dan kekuatan.
- c. Hubungan (*Relatedness*). Hubungan yang positif ditemukan menjadi salah satu hal yang sangat kuat berhubungan dengan pengalaman emosi yang positif.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa aspek dari kesejahteraan psikologis yaitu self acceptance, hubungan positif dengan orang lain, otonomi, penguasaan lingkungan, tujuan hidup, dan pertumbuhan pribadi.

### 2.1.3. Faktor Yang Mempengaruhi Kesejahteraan Psikologis

Menurut Ryff (Ryff, C. D., & Keyes, 1995) kesejahteraan psikologis dipengaruhi oleh beberapa faktor:

1. Usia, usia dapat mempengaruhi dimensi-dimensi kesejahteraan psikologis.
2. Jenis kelamin, perbedaan jenis kelamin merupakan salah satu yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis seseorang. Wanita cenderung memiliki kesejahteraan psikologis yang lebih baik daripada laki-laki.
3. Kelas sosial dan latar belakang budaya, kelas sosial di sini yaitu dukungan informatif dengan dukungan emosional yang baik.
4. Penguasaan lingkungan dan otonomi, otonomi atau pengaturan terhadap diri sendiri merupakan penentuan nasib sendiri, kemandirian, dan pengaturan perilaku dari dalam diri.
5. Tujuan hidup dan pertumbuhan pribadi, tujuan hidup merupakan tujuan dan makna hidup seseorang dengan memiliki berbagai tujuan yang berarti dalam kehidupan,
6. Penerimaan diri, Dimensi ini merupakan mencakup penerimaan diri individu pada masa kini dan masa lalu.
7. Hubungan yang positif dengan orang lain. Dimensi yang memiliki definisi untuk mencintai orang lain ini dipandang sebagai hal yang penting pada kondisi mental seseorang yang sehat.

Menurut Feldman dan Papalia (Werdyaningrum, 2013) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis diantaranya adalah:

### 1. Usia

Semakin dewasa usia seseorang, maka semakin memungkinkan pula orang tersebut dapat memiliki tingkat kesejahteraan psikologis yang baik, karena pada usia seseorang tersebut, kesehatan mental yang dimiliki lebih positif dan sudah memiliki orientasi hidup yang lebih baik dan jelas.

### 2. Jenis Kelamin

Menurut penelitian yang sudah dilakukan oleh Ryff sebelumnya, individu dengan jenis kelamin perempuan cenderung memiliki konsep kesejahteraan psikologis yang lebih baik daripada laki-laki. Kecenderungan tersebut dikarenakan kemampuan perempuan yang lebih baik dalam menjalin hubungan dan komunikasi dengan orang lain.

### 3. Status Sosial Ekonomi

Faktor ini lebih cenderung ke arah tujuan hidup dan penerimaan diri. Seseorang yang memiliki status ekonomi rendah cenderung akan menutup diri dari tujuan hidup karena merasa tujuan hidup itu tidak terlalu penting. Akan tetapi, bukan berarti seseorang dengan status sosial tinggi tidak memiliki kecenderungan untuk stres. Semua kembali pada masing-masing individu dalam memandang dan menjalani hidup berdasarkan status sosial ekonomi.

### 4. Religiusitas

Penelitian yang dilakukan oleh Amawidyati dan Utami (2007) menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat religiusitas, maka

semakin tinggi pula kesejahteraan psikologis seseorang tersebut. Hal ini dikarenakan ketika individu dapat meningkatkan pengetahuan dan pengalaman dalam beragamnya, seseorang akan lebih tenang dalam menjalani hidup karena sudah menyerahkan hidupnya pada Tuhan.

## 5. Tingkat Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka tingkat kesejahteraan psikologis seseorang tersebut akan lebih baik karena akan lebih mudah mencari solusi dalam penyelesaian masalah yang sedang dihadapi, sehingga kecenderungan stres dapat berkurang. Selain itu, tujuan hidup lebih jelas dan seseorang memiliki usaha yang dilakukan untuk pencapaian tujuan hidup tersebut.

Berdasarkan faktor-faktor yang sudah disebutkan, tinggi rendahnya kesejahteraan psikologis dapat dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, religiositas, dan tingkat pendidikan yang dimiliki oleh seseorang tersebut. Faktor-faktor ini akan mempengaruhi kesejahteraan psikologis sesuai dengan orang itu sendiri. Semua akan berpengaruh baik sesuai dengan perlakuan dan cara pandang seseorang dalam menjalani dan memandang kehidupannya.

## 2.2. Stroke

### 2.2.1. Definisi Stroke

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah pada otak yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala-gejala yang sesuai dengan daerah otak

yang terganggu. Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang serius karena ditandai dengan tingginya morbiditas dan mortalitasnya. Selain itu, terlihat akan adanya kecenderungan peningkatan pada insidennya (Bustan, 2007)). Menurut WHO, stroke adalah manifestasi klinis dari gangguan fungsi daripada otak, baik fokal maupun menyeluruh (global) yang berlangsung dengan cepat, dengan gejala-gejala yang berlangsung selama lebih dari 24 jam atau bisa menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain dari gangguan vaskular (Aliah, 2012).

Pasien harus menghadapi berbagai perubahan yang terjadi akibat kondisi sakit dan pengobatan yang dilaksanakan secara rutin dan terus-menerus. Penderita umumnya akan mengalami perubahan perilaku dan emosional, setiap orang mempunyai reaksi yang berbeda-beda terhadap kondisi yang mereka alami. Kondisi penyakit yang berat, terutama yang dapat mengancam kehidupan, dapat menimbulkan perubahan perilaku yang lebih luas, syok, penolakan, marah, stres, depresi. Hal tersebut merupakan respon psikologis yang dapat mengganggu (Potter, 2005).

Penelitian yang dilakukan oleh Masyithah (Masyithah, 2012) menunjukkan bahwa rata-rata penderita stroke tidak bisa menerima keadaannya. Penelitian oleh Herawati (Herawati, 2014) secara kualitatif juga menunjukkan bahwa penderita stroke mengalami konflik emosional akibat penurunan fungsi dan perubahan tubuh, bahkan penderita dapat berisiko melakukan perilaku maladaptif. Menurut Kustiawan (Kustiawan, 2013) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pasien stroke mengalami tingkat kecemasan yang bervariasi, sebanyak 71,8% pasien mengalami

kecemasan sedang, 17,9% mengalami kecemasan berat, hanya 10,3% yang mengalami kecemasan ringan.

Berdasarkan uraian diatas, stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah pada otak yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala-gejala yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu.

### 2.2.2. Macam-Macam Stroke

Terdapat dua macam jenis stroke (Kemkes RI, 2018), diantaranya adalah:

#### a. **Stroke Iskemik (Stroke Sumbatan)**, *Stroke yang paling sering terjadi*

1. **Stroke Emboli** : Bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang terangkut menuju otak
2. **Stroke Trombotik** : Bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak

#### b. **Stroke Hemoragik (Stroke Berdarah)**

1. **Perdarahan *Intraserebral*** : Pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan yang menyebabkan sel-sel otak mati sehingga berdampak pada kerja otak berhenti. Penyebab tersering adalah *Hipertensi*
2. **Perdarahan *Subarachnoid*** : Pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah bocor di antara otak dan tulang tengkorak. Penyebabnya bisa berbeda-beda, tetapi biasanya karena pecahnya aneurisma

**c. Stroke Ringan atau *Transient Ischemic Attack (TIA)***

*Transient Ischemic Attack (TIA)*, kadang-kadang dikenal sebagai ministroke atau stroke ringan adalah periode gejala sementara yang mirip dengan stroke. TIA tidak menyebabkan kerusakan permanen. Saat ini banyak anak muda mengalami serangan stroke ringan. Penyebab stroke ringan di usia muda maupun tua karena adanya penurunan sementara suplai darah ke bagian otak, yang dapat berlangsung hanya selama lima menit. Seperti stroke iskemik, TIA terjadi ketika gumpalan atau puing-puing mengurangi atau menghalangi aliran darah ke bagian dari sistem saraf. Walaupun termasuk kondisi ringan, Sahabat MIKA tetap memerlukan perawatan darurat sekalipun gejalanya sudah membaik. Jika Anda pernah mengalami stroke ringan maka kemungkinan mengalami penyumbatan sebagian atau penyempitan arteri yang menuju ke otak, yang akan meningkatkan risiko Anda mengalami stroke parah di kemudian hari (Mitra Keluarga, 2022).

Untuk penggunaan klinis yang lebih praktis lagi adalah klasifikasi dari NewYork Neurological Institute, dimana stroke menurut mekanisme terjadinya dibagi dalam dua bagian besar, yaitu (Caplan, 2010):

1. Stroke Iskemik (85%) yang berdasarkan penyebabnya terdiri dari :
  - a. Trombosis (75 – 80%)
  - b. Emboli (15 -20%)
  - c. Lain-lain (5%) : vaskulitis, koagulopati, hipoperfusi.

2. Stroke Hemoragik (10 – 15%) yang terdiri dari :
  - a. Perdarahan Intracerebral (PIS)
  - b. Perdarahan subaraknoidal (PSA)

Berdasarkan uraian tersebut, stroke ada beberapa macam yaitu stroke iskemik (penyumbatan) dan stroke hemoragik (pendarahan).

### 2.2.3. Faktor-faktor Penyebab Stroke

Terdapat beberapa faktor risiko penyakit stroke (Mitra Keluarga, 2022), diantaranya:

1. Usia. Penyakit ini sering menyerang seseorang yang berusia di atas 60 tahun. Meski begitu, stroke juga dapat mengenai orang dengan usia muda. Sekitar 28% penderita stroke menyerang orang yang berusia di bawah 65 tahun.
2. Jenis Kelamin pria lebih banyak dibanding wanita. Wanita lebih berisiko untuk stroke perdarahan dibanding pria.
3. Penyakit jantung. Beberapa obat-obatan yang dipakai untuk terapi penyakit jantung dapat meningkatkan risiko untuk stroke perdarahan.
4. Hipertensi. Sekitar 70% penderita stroke disebabkan oleh hipertensi.
5. Merokok dengan jumlah 1 pak per hari mempunyai risiko untuk stroke hingga 2-2,5 kali dibanding dengan orang bukan perokok.
6. Diabetes atau kencing manis
7. Obesitas dapat meningkatkan resiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lainnya yang ikut menyertainya.

8. Penyalahgunaan obat, terutama kokain dan *methamphetamine*, merupakan faktor risiko yang kuat untuk stroke terutama pada usia muda. Begitu pula steroid yang digunakan untuk *body building* juga dapat meningkatkan stroke.
9. Genetik.
10. Faktor emosi dan mental seperti stress yang berat mempunyai risiko lebih tinggi untuk timbul stroke.
11. Kondisi fisik dan medis lainnya seperti *sleep apnoea*.

Dari uraian diatas, faktor usia dan hipertensi merupakan faktor yang paling mempengaruhi pada penyakit stroke. Yaitu paling banyak terdapat pada usia yang lebih dari 60 tahun. Meskipun ada kemungkinan juga bisa dibawahnya.

#### **2.2.4. Pathofisiologi Penyakit Stroke**

Patofisiologi stroke dapat dibedakan atas beberapa bagian, yaitu (Aliah, 2012):

##### **a. Patofisiologi stroke iskemik**

Stroke iskemik terjadi oleh karena adanya perubahan aliran darah di otak, dimana terjadi penurunan aliran darah secara signifikan. Ada beberapa faktor yang memengaruhi aliran darah di otak, antara lain :

1. Keadaan pembuluh darah, dapat menyempit akibat aterosklerosis atau tersumbat oleh trombus atau embolus.
2. Keadaan darah : viskositas darah yang meningkat dan hematokrit yang meningkat menyebabkan aliran darah ke otak lebih lambat, anemia yang berat menyebabkan oksigenasi otak menurun.

3. Tekanan darah sistemik memegang peranan terhadap tekanan perfusi otak.
4. Kelainan jantung : menyebabkan menurunnya curah jantung serta lepasnya embolus yang menimbulkan iskemia otak.

Sebagai akibat dari menurunnya aliran darah ke sebagian otak tertentu, maka akan terjadi serangkaian proses patologik pada daerah iskemik. Perubahan ini dimulai ditingkat seluler, berupa perubahan fungsi dan struktur sel yang diikuti dengan kerusakan pada fungsi utama serta integritas fisik dari susunan sel, selanjutnya akan berakhir dengan kematian neuron (Misbach, 2010).

b. Patofisiologi stroke hemoragik

Gambaran patologis pada otak menunjukkan ekstrasvasi darah karena robeknya pembuluh darah otak diikuti pembentukan edema dalam jaringan otak disekitar hematoma. Akibatnya terjadi diskontinuitas jaringan dan kompresi oleh hematoma dan edema pada struktur sekitar (termasuk pembuluh darah otak) dan menyempitkannya, sehingga terjadi pula iskemi pada jaringan yang dilayaninya. Gejala klinis yang timbul bersumber dari destruksi jaringan otak, kompresi pembuluh darah otak dan akibat kompresi pada jaringan otak lainnya (Aliah, 2012).

Pada tahap ini terjadi pecah pembuluh darah serta darah mengucur deras keluar dari dalam pembuluh darah. Penyebab pecahnya pembuluh darah ini disebabkan oleh :

1. Karena tekanan darah yang terlalu tinggi sehingga dinding pembuluh darah tidak bisa menahannya
2. Karena aktifitas yang terlalu berat sehingga tekanan darah di otak menjadi meningkat dan akhirnya dinding pembuluh darah yang telah rapuh tidak bisa menahannya
3. Kombinasi dari keduanya.

Gejala yang dirasakan oleh penderitanya hanyalah rasa pusing biasa dan merasa kepalanya sangat berat saja dan kadang tidak menimbulkan gejala sama sekali. Lama-kelamaan akhirnya darah yang mengisi otak ini semakin banyak. Sebagai akibat dengan adanya cairan baru di dalam kepala, maka volume cairan di dalam darah secara langsung akan meningkat begitu pula tekanan di dalam otak. Bagaimana gejala pada pasien? Pada tahap ini, pasien bisa saja merasakan sakit kepala hebat, disertai muntah terus menerus dan kepala serasa berputar. Pada tahap ini biasanya pasien dan keluarga akan segera mencari pertolongan.

Akhirnya darah yang masih saja mengalir itu mulai menekan bagian-bagian otak, dan gejala yang ditimbulkan tergantung dari tempat perdarahan tersebut. Jika yang tertekan oleh otak adalah area motorik otak kanan, maka pasien akan menderita kelumpuhan tangan dan kaki sebelah kiri, begitu pula sebaliknya, jika bagian otak yang tertekan adalah area motorik otak kiri, maka pasien akan menderita kelumpuhan tangan dan kaki sebelah kanan. Jika perdarahan tersebut terjadi di dekat pusat kesadaran maka pasien tersebut dapat mengalami penurunan

kesadaran. Tahap yang paling akhir jika perdarahan tidak atau gagal ditangani, maka darah akan semakin banyak dan akibatnya bisa menekan pusat kesadaran dan pusat pernafasan sehingga pasien mengalami henti nafas, dan jika ini terjadi, maka kemungkinan terburuk adalah kematian bagi penderita tersebut.

Dari keterangan diatas dapat disimpulkan bahwa dari dua macam stroke mempunyai kesamaan yaitu sama-sama menyerang pada otak manusia.

#### **2.2.5. Gejala penderita stroke**

Menurut Aliah (Aliah, 2012) gejala klinis yang timbul akibat gangguan peredaran darah otak bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokalisasinya. Gejala klinis dari stroke dibedakan menjadi:

##### **a. Gejala Stroke iskemik**

Gejala utama stroke iskemik akibat trombosis serebri adalah timbulnya defisit neurologik secara mendadak, didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun. Biasanya terjadi pada usia diatas 50 tahun. Pada punksi lumbal, *liquor cerebrospinalis* jernih, tekanan normal, dan eritrosit kurang dari 500. Pemeriksaan CT Scan dapat dilihat adanya daerah hipodens yang menunjukkan infark/iskemik dan edema. Pada stroke iskemik akibat emboli serebri, biasanya didapatkan pada usia yang lebih muda, gejala timbul mendadak dan pada waktu aktif. Bila embolus cukup besar dapat mengakibatkan penurunan kesadaran. Pada

pungsi lumbal, *liquor serebrospinalis* normal.

Perdarahan otak dilayani oleh 2 sistem yaitu sistem karotis dan sistem vertebrobasiler. Gangguan pada sistim karotis menyebabkan (Mangunsong, M & Hadinoto, 2010):

1. Gangguan penglihatan, seperti :*amaurosis fugax*,  
*hemianopsihomonim*.
  2. Gangguan bicara, seperti :*disfasia*, *afasia*.
  3. Gangguan motorik, seperti :*hemiplegi*, *hemiparesis kontralateral*.
  4. Gangguan sensorik, seperti :*hemihipestesia*
  5. Gangguan pada sistem *vertebrobasilar* menyebabkan :
  6. Gangguan penglihatan, seperti : pandangan kabur, buta.
  7. Gangguan nervus kranialis bila mengenai batang otak.
  8. Gangguan motorik, seperti: *hemiparesis kontralateral*.
  9. Gangguan koordinasi.
  10. Gangguan sensorik, seperti: *hemianestesia kontralateral*.
  11. Gangguan kesadaran.
  12. Kombinasi.
- b. Gejala stroke hemoragik
1. Stroke hemoragik dengan perdarahan intra serebral (PIS)

Gejala prodromal biasanya tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan timbul seringkali pada siang hari, sewaktu bekerja atau ketika sedang emosi. Gejala yang timbul biasanya berupa nyeri kepala yang hebat sekali disertai mual dan muntah, hemiparesis/hemiplegi. Kesadaran biasanya menurun dan

cepat masuk koma (65% terjadi kurang dari setengah jam, 23% terjadi antara setengah sampai 2 jam dan 12% terjadi setelah 2 jam).

## 2. Stroke hemoragik dengan perdarahan subaraknoidal (PSA)

Gejala prodromal : nyeri kepala hebat (10%), 90% tanpa keluhan sakit kepala. Kesadaran sering terganggu serta dijumpai tanda rangsang meningeal. Gejala neurologik fokal bergantung pada lokasi.

Dari keterangan tersebut dapat disimpulkan bahwa dari kedua jenis stroke mempunyai perbedaan gejala yang spesifik terutama pada tingkat kesadaran.

### 2.2.6. Diagnosis stroke

Diagnosis stroke didasarkan pada hasil penemuan klinis, pemeriksaan tambahan dan laboratorium (Aliah, 2012). Diagnosis klinis dapat ditetapkan dari anamnesa dan pemeriksaan fisik neurologis dimana didapatkan gejala-gejala yang sesuai dengan waktu perjalanan penyakitnya. Serta tanda-tanda yang sesuai dengan daerah pendarahan pembuluh darah otak tertentu (Mangunsong, M & Hadinoto, 2010).

Pada stroke iskemik, dari anamnesa di dapat keluhan dan gejala neurologis mendadak, tanpa adanya trauma kepala serta adanya faktor resiko stroke. Pada pemeriksaan fisik dijumpai adanya defisit neurologis fokal, ditemukan penyakit sebagai faktor resiko seperti hipertensi, kelainan jantung dan lain-lain. Pemeriksaan tambahan berupa *Computerized Tomography (CT scan)*, *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*, angiografi, dan pemeriksaan likuor *serebrospinalis* dapat

membantu membedakan infark dan perdarahan otak. Pemeriksaan laboratorium, *Electrocardiografi* dan lain-lain dapat digunakan untuk menemukan faktor resiko (Aliah dkk, 2012). Pada stroke hemoragik, diagnosa ditegakkan juga didasarkan atas gejala dan tanda-tanda klinis serta hasil pemeriksaan tambahan, dimana hasil CT scan adalah paling terpercaya (Aliah dkk, 2012).

#### **2.2.7. Penatalaksanaan stroke**

Seseorang yang baru saja mengalami stroke sebaiknya segera mungkin dibawa ke rumah sakit agar dapat diberikan penanganan yang optimal. Penelitian yang dilakukan oleh Lumbantobing (Lumbantobing, 2010) diperoleh kesimpulan bahwa semakin cepat pertolongan diberikan, semakin baik hasil yang dicapai. Menurut Misbach (Misbach, 2010) prognosis penderita sangat tergantung terutama kepada kecepatan pertolongan saat *therapeutic window* yang relatif sangat pendek ( $\pm 3$  jam). Oleh karena itu pertolongan terpadu dan rasional secara cepat, tepat dan cermat akan menurunkan mortalitas dan morbiditas sehingga akan meningkatkan kualitas hidup penderita.

Adapun tujuan terapi pada fase akut adalah (Lumbantobing, 2010):

- a. Melakukan upaya agar cacat dapat diatasi
- b. Mencegah agar stroke tidak berlanjut atau berulang
- c. Mencegah terjadinya komplikasi
- d. Membantu pemulihan penderita, misalnya melalui obat-obatan, terapi fisik dan psikis
- e. Mencari dan mengobati penyakit lain yang dapat memengaruhi

perjalanan stroke

f. Mencegah terjadinya kematian

Aliah dkk, (2012) menyebutkan bahwa penatalaksanaan stroke terdiri dari beberapa macam tergantung jenisnya, antara lain:

1. Penatalaksanaan pada penderita stroke iskemik, dapat dibedakan pada fase akut dan fase pasca akut.

a. Pada fase akut, sasaran pengobatan adalah untuk menyelamatkan neuron yang menderita jangan sampai mati dan agar proses patologik lainnya yang menyertaitidak mengganggu fungsi otak. Tindakan dan obat yang diberikan harus menjamin perfusi darah ke otak tetap cukup. Memantau jalan nafas, fungsi pernafasan dan sirkulasi serta penggunaan obat untuk memulihkan aliran darah dan metabolisme otak yang menderita. Menurut Lumbantobing (2010), tujuan terapi medik pada stroke iskemik adalah agar reaksi lanjutan yang terjadi setelah otak mengalami iskemi seperti edema (sembab) disebagian otak, perubahan vaskularisasi dan perubahan *neurotransmitter* jangan sampai merugikan penderita. Diupayakan agar aliran darah didaerah yang iskemik dapat dipulihkan, demikian juga metabolismenya

b. Pada fase pasca akut, sasaran pengobatan dititik beratkan pada tindakan rehabilitasi penderita dengan fisioterapi, terapi wicara dan psikoterapi serta pencegahan terulangnya stroke dengan jalan mengobati dan menghindari faktor resiko stroke.

## 2. Penatalaksanaan pada penderita stroke hemoragik

Aliah dkk, (2012) karena biasanya penderita berada dalam keadaan koma, maka pengobatan dibagi dalam pengobatan umum dan pengobatan spesifik.

- a. Pengobatan umum adalah dengan memperhatikan jalan nafas dan pernafasan, menjaga tekanan darah, mencegah terjadinya edema otak, memperhatikan balans cairan serta memperhatikan fungsi ginjal dan pencernaan.
- b. Pengobatan spesifik adalah dengan pengobatan kausal yaitu pengobatan terhadap perdarahan di otak dengan tujuan hemostasis, misalnya dengan menggunakan asam traneksamat. Untuk stroke hemoragik dengan perdarahan *subaraknoidal*, setelah lewat masa akut, dianjurkan angiografi untuk mencari lesi sumber perdarahan. Bila ditemukan maka bisa dilakukan operasi bedah saraf.

Berdasarkan uraian diatas, maka penatalaksanaan stroke dibedakan berdasarkan jenis stroke yang diderita serta dibagi menjadi fase akut dan fase pasca akut.

### 2.2.8. Pencegahan stroke

Upaya untuk menghindari stroke dimulai dengan memperbaiki gaya hidup serta mengendalikan faktor resiko, sehingga dapat mengurangi peluang terkena penyakit stroke. Berikut upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya stroke.

- a. Mengontrol berat badan dan kolesterol. Makanan yang banyak mengandung kolesterol dapat menyebabkan kolesterol menumpuk di

dinding pembuluh darah yang disebut *arteriosklerosis*.

- b. Diet rendah lemak dan garam. Faktor resiko utama stroke adalah hipertensi dan *hiperkolesterol*. Oleh karena itu diet rendah lemak dan garam dapat mengurangi resiko kolesterol.
- c. Mengendalikan faktor resiko penyakit. Pengendalian resiko penyakit seperti hipertensi, diabetes dan kolesterol. Hipertensi dan jantung koroner merupakan resiko utama stroke. Penyakit diabetes juga meningkatkan 1,5-4 kali resiko stroke.
- d. Berolahraga dan aktivitas fisik. Olahraga dapat membantu mengurangi berat badan, mengendalikan kolesterol dan menurunkan tekanan darah yang menjadi faktor stroke.
- e. Tidak merokok. Nikotin dalam rokok menyebabkan elastisitas pembuluh darah berkurang sehingga meningkatkan pengerasan pembuluh darah arteri dan pembekuan darah yang memicu penyakit jantung dan stroke.
- f. Tidak minum alkohol. Alkohol dapat menaikkan tekanan darah dan memperlemah jantung, mengentalkan darah, dan menyebabkan kejang arteri.
- g. Berhenti memakai obat-obatan terlarang. Pemakai obat-obat terlarang seperti heroin, kokain dan amfetamin meningkatkan resiko stroke tujuh kali dibandingkan narkoba lainnya.

Dari keterangan diatas dapat disimpulkan bahwa untuk mencegah terjadinya penyakit stroke bisa kita mulai dari diri sendiri dan sedini mungkin supaya tidak terjadi hal yang buruk dikemudian hari.

### 2.2.9. Faktor-faktor resiko pada stroke

Faktor resiko stroke adalah faktor yang dapat menyebabkan orang lebih rentan atau mudah mengalami stroke, baik stroke iskemik maupun hemoragik. Pengenalan faktor-faktor resiko ini sangat penting, karena banyak pasien mempunyai faktor resiko lebih dari satu faktor atau bahkan kadang-kadang faktor resiko ini diabaikan (Aliah dkk, 2012). Pembagian faktor resiko stroke terdiri dari:

#### A. Faktor resiko stroke yang tidak dapat di hindarkan atau tidak dapat diubah (*non modifiable*), yaitu :

- 1) Usia. Usia merupakan salah satu faktor resiko stroke terpenting. Pada studi Framingham menunjukkan bahwa insiden rates stroke pada 10.000 penduduk kelompok usia 45-55 tahun 22%, 55-64 tahun 32% dan 65-74 tahun sebanyak 83% (Caplan, 2010). Terdapat penambahan eksponensial pada insidensi stroke dengan pertambahan usia, dimana stroke iskemik terbanyak timbul pada usia diatas 65 tahun (Caplan, 2010; Rowland, 2010). Saat ini stroke juga mulai mengancam usia-usia produktif dikarenakan perubahan pola hidup tidak sehat seperti banyak mengkonsumsi makanan siap saji yang sarat kolesterol, merokok, minuman keras, kurangnya berolahraga dan stres (Medicastore, 2012).
- 2) Faktor keturunan. Riwayat stroke pada salah seorang anggota keluarga lapis pertama merupakan faktor resiko stroke yang menentukan (Aliah & Widjaja, 2010).
- 3) Jenis kelamin. Beberapa penulis menyatakan bahwa insiden stroke

pada lelaki lebih tinggi dari pada wanita. Namun usia harapan hidup rata-rata pada perempuan umumnya lebih panjang, sehingga didapati insidensi penderita stroke pada usia lanjut lebih banyak terjadi pada wanita (Aliah & Widjaja, 2010).

- 4) Ras. Di Amerika Serikat, berbagai laporan epidemiologi menunjukkan adanya perbedaan yang berarti dalam hal angka stroke atas dasar ras, dimana orang-orang Afrika Amerika lebih banyak menderita stroke dibandingkan penduduk kulit putih (Caplan, 2010).

Dari uraian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa faktor usialah yang menjadi faktor utama penyebab penyakit stroke.

**B. Faktor resiko stroke yang dapat dihindarkan atau diubah (Modifiable), antara lain:**

- 1) Hipertensi. Peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik merupakan faktor resiko stroke yang paling utama, baik stroke iskemik maupun stroke hemoragik, dimana kurang lebih 70% penderita stroke adalah pengidap hipertensi. Konsensus Nasional Pengelolaan Stroke di Indonesia menegaskan bahwa pengendalian hipertensi merupakan salah satu upaya pencegahan stroke baik primer maupun sekunder (Aliah & Widjaja, 2010).
- 2) Penyakit jantung. Faktor resiko major dari penyakit jantung antara lain adalah Fibrilasi Atrial (AF), infark jantung atrial, stenosis mitral, trombus pada ventrikel kiri, katup jantung prostetik, kardiomiopati, endokarditis infeksi. Fibrilasi atrial menahun

didapati pada 7-30% penderita stroke berusia lebih 60 tahun (Aliah & Widjaja, 2010).

- 3) Dislipidemia. Kelainan lipid serum berupa peninggian kolesterol total, *Low DensityLipoprotein* (LDL), Trigliserida, dan penurunan *High DensityLipoprotein* (HDL) dianggap sebagai faktor yang amat penting dalam patofisiologi aterosklerosis dan stroke (Junaidi, 2010; Aliah dan Widjaja, 2010). Kadar kolesterol total > 220 mg/dl meningkatkan resiko stroke antara 1,31 – 2,9 kali (Junaidi, 2011).
- 4) Diabetes Melitus (DM). DM dapat menyebabkan stroke iskemik karena terbentuknya plak aterosklerotik pada dinding pembuluh darah yang disebabkan gangguan metabolisme glukosa sistemik (Junaidi, 2010). Penyakit DM memberi resiko relatif bagi terjadinya stroke sebesar 1,5 - 3 kali, tergantung pada tipe dan beratnya diabetes (Aliah & Widjaja, 2010).
- 5) Merokok. Kebiasaan merokok menyebabkan kemungkinan untuk menderita stroke lebih besar, resiko meningkat sesuai dengan beratnya kebiasaan merokok (Junaidi, 2011).
- 6) Aktifitas fisik. Melakukan aktivitas fisik yang mempunyai nilai aerobik (jalan cepat, bersepeda, berenang dan lain-lain) secara teratur minimal 3 kali seminggu untuk dewasa, tiap kali 20-30 menit akan dapat menurunkan tekanan darah, memperbaiki kontrol diabetes, memperbaiki kebiasaan makan dan menurunkan berat badan (Kelompok Studi Serebrovaskuler, 2010).

- 7) Minum Alkohol. Konsumsi alkohol mempunyai efek ganda atas resiko stroke, yang menguntungkan dan yang merugikan. Apabila minum sedikit alkohol (kurang dari 40 ml perhari) secara merata setiap hari akan mengurangi kejadian stroke iskemik dengan jalan meningkatkan kadar HDL dalam darah. Tetapi bila minum banyak alkohol yaitu lebih dari 60 ml perhari akan menambah resiko stroke (Junaidi, 2010). Terdapat bukti-bukti bahwa alkohol adalah faktor resiko stroke, baik stroke iskemik maupun stroke hemoragik. Peminum alkohol berat adalah penyandang faktor resiko yang independen bagi semua jenis stroke (Aliah dan Widjaja, 2010).
- 8) Obesitas. Obesitas atau kegemukan adalah ketidakseimbangan jumlah makanan yang masuk dibanding dengan pengeluaran energi oleh tubuh. Obesitas sering dikaitkan dengan banyaknya lemak dalam tubuh (Yayasan Jantung Indonesia, 2008). Salah satu cara yang paling sering dipakai di klinik dan di lapangan dalam menentukan obesitas adalah dengan mengukur Index Massa Tubuh (IMT) atau *Body Mass Index* (BMI) yaitu berat badan (dalam kilogram) dibagi dengan kuadrat tinggi badan (dalam meter). Dikatakan obesitas apabila  $IMT > 30 \text{ kg/m}^2$  (Sanif, 2012). IMT dianggap ideal bila hasilnya berkisar antara  $18,5 - < 25$ . Makin jauh menyimpang dari batas atas ideal (25), semakin beresiko menderita kelainan dan berbagai penyakit akibat kegemukan, termasuk stroke (Yatim, 2010).
- 9) Pola makan. Pola makan dapat memengaruhi resiko stroke melalui

efeknya pada tekanan darah, kadar kolesterol serum, gula darah, berat badan dan sebagai prekursor aterosklerosis lainnya.

10) Riwayat stroke dan TIA. Riwayat stroke dan TIA adalah faktor resiko yang penting bagi stroke, makin sering terjadi TIA, makin tinggi resiko untuk stroke. Adanya riwayat stroke lebih besar resikonya dari pada TIA untuk terjadinya stroke berikutnya (Aliah dan Wijdaja, 2010).

11) Penyakit infeksi. Infeksi yang melibatkan otak adalah faktor resiko stroke iskemik yang penting termasuk TBC, cacangan, malaria, sifilis dan leptospirosis (Junaidi, 2011).

Keterangan diatas bisa disimpulkan bahwa terdapat banyak faktor resiko yang bisa kita kendalikan atau kita hindari guna menjaga kesehatan supaya lebih stabil.

### **2.3. Dinamika Kesejahteraan Psikologis Pada Pasien Penderita Stroke Di Klinik Ar-Rohman**

Kesejahteraan psikologis adalah adanya keterikatan untuk dapat berhubungan dengan orang lain secara positif, memahami diri pribadi, otonomi, memahami tujuan hidup dan makna kehidupan. Setiap kehidupan tentu beragam keadaan seseorang dari aspek lingkungannya, kesehatan maupun aspek yang lain. Hal ini berkaitan karena masing-masing orang memiliki karakteristik yang berbeda. Tidak lepas dari jalan kehidupan pasien penderita stroke di Klinik Ar-Rohman yang masing-masing pasien mempunyai pemicu sakit yang berbeda-beda sehingga menimbulkan keberagaman untuk mencapai kesejahteraan psikologis. Kebanyakan pasien

mengalami stres yang berkepanjangan dan pola makan yang sembarangan sehingga mengakibatkan satu atau lebih organ tubuh yang terkena dampaknya. Demikian para tenaga kesehatan mempunyai peran penting untuk memberikan motivasi serta dorongan untuk lebih semangat dalam menjalani pengobatan dan agar tidak larut menyesali kesalahan-kesalahan yang dulu. Untuk meningkatkan semangat untuk sembuh, tenaga kesehatan harus mengetahui masing-masing karakter pasiennya. Begitu pula tenaga kesehatan akan lebih mudah memahami langkah apa yang harus diambil ketika memberi semangat dan motivasi kepada pasien.

#### **2.4. Pertanyaan Penelitian**

- 2.4.1.** Bagaimana gambaran secara umum kesejahteraan psikologis pasien penderita stroke yang menjalani pengobatan di Klinik Ar-Rohman?

