

**HUBUNGAN PERUBAHAN KEPERIBADIAN PASIEN STROKE
DENGAN ANSIETAS PADA *CAREGIVER* DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS SIHEPENG MANDAILING
NATAL TAHUN 2021**

SKRIPSI

Oleh :

**Aprilia Megawati Hutabarat
NIM. 17010092**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2021**

**HUBUNGAN PERUBAHAN KEPERIBADIAN PASIEN STROKE
DENGAN ANSIETAS PADA *CAREGIVER* DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS SIHEPENG MANDAILING
NATAL TAHUN 2021**

SKRIPSI

**Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan**

Disusun Oleh :

**Aprilia Megawati Hutabarat
NIM. 17010092**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2021**

HALAMAN PENGESAHAN
(SKRIPSI)

**HUBUNGAN PERUBAHAN KEPRIBADIAN PASIEN STROKE
DENGAN ANSIETAS PADA *CAREGIVER* DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS SIHEPENG MANDAILING
NATAL TAHUN 2021**

Skripsi Ini Telah Diseminarkan Dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji
Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Aifa Royhan
Di Kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, September 2021

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep

Henny Sahriani Siregar, M.Kes

Ketua Program Studi

Keperawatan Program Sarjana

Dekan Fakultas Kesehatan

Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep

Arinil Hidayah, SKM, M.Kes

IDENTITAS PENULIS

Nama : Aprillia Megawati Hutabarat
NIM : 17010092
Tempat/ Tanggal Lahir : Sibaruang/ 27 April 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Desa Sibaruang, Kec. Siabu, Kab. Mandailing
Natal

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 005 Sibaruang : Lulus tahun 2011
2. SMP Negeri 2 Sihepeng : Lulus tahun 2014
3. SMK Negeri 2 Padangsidempuan : Lulus tahun 2017

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyusun skripsi dengan judul “Hubungan Perubahan Keribadian Pasien Stroke Dengan Ansietas Pada *Caregiver* di Wilayah Kerja Puskesmas Sihpeng Mandailing Natal Tahun 2021”, sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan.

Dalam proses penyusunan skripsi ini peneliti banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti mengucapkan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan.
2. Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan sekaligus pembimbing utama yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Henny Sahriani Siregar, M.Kes, selaku pembimbing pendamping yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Ns. Mei Adelina Harahap, M.Kes selaku ketua penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan kritik serta saran yang membangun dalam menyelesaikan skripsi ini.

5. Ns. Nanda Suryani Sagala, M.KM selaku anggota penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan kritik serta saran yang membangun dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Staf dan pegawai Puskesmas Sihepeng yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Sihepeng Mandailing Natal.
7. Bapak/ibu, saudara/i yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
8. Seluruh dosen dan staf Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidempuan.
9. Orang tua saya, kakak, adik dan seluruh keluarga tercinta yang turut membantu atas dukungan, semangat, perhatian, pengertian dan nasehat yang tiada henti dan sangat berarti bagi saya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
10. Sahabat-sahabatku tercinta (yang tidak dapat kusebutkan satu per satu namanya) beserta teman-teman satu bimbingan, atas dukungan, bantuan, dan kesediaan sebagai tempat berkeluh kesah dan berbagi ilmu.
11. Berbagai pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini baik langsung maupun tidak langsung.

Peneliti berharap agar penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, terutama bagi dunia keperawatan. Adapun kritik dan saran yang bersifat membangun sangat peneliti butuhkan dalam rangka perbaikan di masa yang akan datang.

Padangsidempuan, 4 September 2021

Peneliti

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDIMPUAN**

Laporan penelitian, 4 September 2021
Aprilia Megawati Hutabarat

**Hubungan Perubahan Kepribadian Pasien Stroke dengan Ansietas Pada
Caregiver**

Abstrak

Pada umumnya pasien stroke tidak mampu mandiri lagi, dan sebagian besar mengalami kesulitan mengendalikan emosi. Perubahan kepribadian penderita stroke tersebut merupakan salah satu dari keluhan yang sering disampaikan oleh pengasuh atau *caregiver* penderita stroke. Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan perubahan kepribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Sihepeng Mandailing Natal Tahun 2021. Desain penelitian ini adalah deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah *caregiver* penderita stroke yang tercatat di Puskesmas Sihepeng pada tahun 2020 yaitu sebanyak 29 orang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 29 orang. Hasil penelitian melalui uji statistik *Kolmogorov-smirnov* menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan antara hubungan perubahan kepribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Sihepeng Mandailing Natal tahun 2021 dengan nilai *p-value*= 0,023 (<0,05). Hasil penelitian ini merekomendasikan agar *caregiver* mampu memberikan efek positif dalam memberikan asuhan dan mampu menerima dengan baik perubahan kepribadian yang terjadi pada penderita stoke. Semua anggota keluarga lain harus bisa saling memberikan dukungan positif sehingga penderita stroke merasa lebih baik dan *caregiver* tidak merasa cemas.

Kata kunci : Perubahan kepribadian, stroke, ansietas caregiver.
Daftar Pustaka : 77 (2005-2019)

**NURSING PROGRAM OF HEALTH FACULTY
AT AUFA ROYHAN UNIVERSITY IN PADANGSIDIMPUAN**

*Report of the Research, 4th September 2021
Aprilia Megawati Hutabarat*

The Relationship of Personality Changes in Stroke Patients with Anxiety in Caregivers

Abstrak

In general, stroke patients are not able to be independent anymore, and most have difficulty controlling emotions. The change in the personality of stroke patients is one of the complaints that are often conveyed by caregivers or caregivers of stroke patients. di wilayah kerja Puskesmas Sihepeng Mandailing Natal Tahun 2021. The design of this research is descriptive correlation with cross sectional approach. The population in this study were caregivers of stroke sufferers who were recorded at the Sihepeng Health Center in 2020, which were 29 people. The sampling technique in this study was total sampling with a total sample of 29 people. The results of the study through the Kolmogorov-Smirnov statistical test showed that there was a significant influence between the relationship between changes in the personality of stroke patients and anxiety in caregivers di wilayah kerja Puskesmas Sihepeng Mandailing Natal tahun 2021 with $p\text{-value} = 0.023 (<0.05)$. The results of this study recommend that caregivers are able to have a positive effect in providing care and be able to properly accept personality changes that occur in stroke sufferers. All other family members must be able to give each other positive support so that stroke sufferers feel better and caregivers do not feel anxious.

***Keywords : Personality changes, stroke, caregiver anxiety.
Bibliography : 77 (2005-2019)***

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
IDENTITAS PENULIS	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Bagi Responden Penelian	7
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian	7
1.4.3 Bagi Masyarakat	7
1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Stroke	8
2.1.1 Definisi Stroke	8
2.1.2 Klasifikasi Stroke	8
2.1.3 Etiologi Stroke	9
2.1.4 Manifestasi Klinis	10
2.1.5 Penatalaksanaan Stroke	11
2.1.5.1 Penatalaksanaan Umum	11
2.1.5.2 Terapi Farmakologi	12
2.1.5.3 Tindakan Keperawatan	13
2.1.6 Penatalaksanaan Kepribadian Pasien Stroke	13
2.2 Konsep <i>Caregiver</i>	15
2.2.1 Definisi <i>Caregiver</i>	15
2.2.2 <i>Caregiver</i> Penderita Stroke	16
2.2.3 Jenis <i>Caregiver</i>	17
2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Interaksi <i>Caregiver</i>	17

2.2.5	Aspek-aspek <i>Caregiver Burden</i>	18
2.3	Konsep Ansietas	19
2.3.1	Definisi Ansietas.....	19
2.3.2	Penyebab Ansietas	19
2.3.3	Tingkat Ansietas	20
2.3.4	Alat Ukur Ansietas	22
2.4	Ansietas <i>Caregiver</i> Pasien Stroke	24
2.5	Kerangka Konsep	24
2.6	Hipotesis Penelitian.....	25
BAB 3	METODE PENELITIAN	
3.1	Jenis dan Desain Penelitian	26
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	26
3.2.1	Lokasi Penelitian	26
3.2.2	Waktu Penelitian	26
3.3	Populasi dan Sampel.....	27
3.3.1	Populasi Penelitian	27
3.3.2	Sampel Penelitian	27
3.4	Etika Penelitian.....	28
3.4.1	Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	28
3.4.2	Tanpa Nama (<i>Anonymity</i>)	28
3.4.3	Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	28
3.5	Instrumen Penelitian	29
3.6	Prosedur Pengumpulan Data	30
3.7	Defenisi Operasional	31
3.8	Analisa Data	32
3.8.1	Analisa Univariat	32
3.8.2	Analisa Bivariat	32
BAB 4	HASIL PENELITIAN	
4.1	Hasil Penelitian	33
4.2	Analisa Univariat	33
4.2.1	Karakteristik Data Demografi	33
4.2.2	Perubahan Kepribadian Pasien Stroke	35
4.2.3	Tingkat Ansietas <i>Caregiver</i>	36
4.3	Analisa Bivariat	37
BAB 5	PEMBAHASAN	
5.1	Analisa Univariat	38
5.1.1	Karakteristik Responden	38
5.1.1.1	Umur	38
5.1.1.2	Jenis Kelamin	39
5.1.1.3	Pendidikan	39
5.1.1.4	Pekerjaan	40
5.1.1.5	Perubahan Kepribadin Pasien Stroke	41
5.1.1.6	Tingkat Ansietas <i>Caregiver</i>	43
5.2	Analisa Bivariat	44
5.2.1	Hubungan Perubahan Kepribadian Pasien Stroke dengan Ansietas Pada <i>Caregiver</i>	44

BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	
	6.1 Kesimpulan	49
	6.2 Saran	50

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Jadwal Penelitian.....	27
Tabel 3.2 Definisi Operasional	31
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden	34
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Perubahan Kepribadian Pasien Stroke	35
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Ansietas <i>Caregiver</i>	36
Tabel 4.4 Hubungan Perubahan Kepribadian Pasien Stroke dengan Ansietas Pada <i>Caregiver</i>	37

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 3 : Kuesioner Data Demografi
- Lampiran 4 : Kuesioner Tingkat Kecemasan Pada *Caregiver*
- Lampiran 5 : Kuesioner Perubahan Kepribadian Pasien Stroke
- Lampiran 6 : Master Tabel
- Lampiran 7 : Hasil Uji SPSS
- Lampiran 8 : Dokumentasi Kegiatan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker, baik di negara maju maupun negara berkembang. Satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke. Stroke merupakan penyebab utama kecacatan yang dapat dicegah (*American Heart Association, 2014*). Secara global, 15 juta orang terserang stroke setiap tahunnya, satu pertiga meninggal dan sisanya mengalami kecacatan permanen (*Stroke Forum, 2015*).

Menurut *World Health Organization (WHO)*, setiap tahun 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke. Sekitar lima juta menderita kelumpuhan permanen. Di kawasan Asia tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke (*WHO, 2010*). Pada tahun 2012, stroke adalah penyebab kematian pada peringkat tiga secara global. Dari 17,5 juta kematian akibat penyakit kardiovaskular pada tahun 2012, diperkirakan 6,7 juta (38,28 %) disebabkan oleh stroke (*WHO, 2015*).

Di Amerika Serikat, kejadian baru stroke diperkirakan sekitar 400.000 orang pertahun. Data statistik menunjukkan hampir 4 juta orang di Amerika Serikat menderita stroke. Stroke merupakan penyebab kematian ketiga, dan penyebab kecacatan utama pada orang dewasa di Amerika Serikat (*National Stroke Association, 2000 dalam Alrasyid, 2011*).

Menurut Riset Kesehatan Dasar 2013, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 12,1 per 1000 orang. Angka ini meningkat dibandingkan pada tahun 2007 sebesar 8,3 per 1000 orang. Stroke merupakan penyebab kematian utama di

seluruh rumah sakit di Indonesia, yaitu sebesar 14,5%. Jumlah penderita stroke diperkirakan terus meningkat sejalan dengan melonjaknya faktor risiko dan penduduk usia lanjut. Data Riskesdas (2018) prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter penduduk umur ≥ 15 tahun sebanyak 10,9%.

Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0 per mil dan yang berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Jadi, sebanyak 57,9 persen penyakit stroke telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan. Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan tertinggi di Sulawesi Utara (10,8‰), diikuti DI Yogyakarta (10,3‰), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil (Kemenkes RI, 2015).

Medan merupakan salah satu kota di Indonesia yang juga mengalami peningkatan prevalensi penyakit stroke. Pernyataan diatas didukung dengan data survey yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam profil kesehatan Indonesia (2013) menunjukkan di Kota Medan terdapat peningkatan prevalensi penyakit stroke dari 7 per 1000 penduduk pada tahun 2007 menjadi 10 per 1000 penduduk ditahun 2013. Data penderita rawat inap di bangsal neurologi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pringadi Medan Pada Tahun 2010 diperoleh bahwa dari 622 orang yang dirawat 346 orang merupakan pasien stroke (Silaen et al, 2011). Berdasarkan data Riskesdas (2018) prevalensi stroke di Sumatera Utara berdasarkan diagnosis dokter penduduk umur ≥ 15 tahun pada tahun 2013 sebanyak 7,2% dan meningkat pada tahun 2018 menjadi 9,5%.

Berdasarkan Laporan Riskesdas Sumut (2018) prevalensi stroke di Kabupaten Mandailing Natal mencapai 14 per seribu dari jumlah penduduk

Sumatera Utara pada tahun 2018. Penderita stroke yang melakukan pemeriksaan stroke rutin sebanyak 45,10%, kadang-kadang (tidak rutin) sebanyak 23,50%, dan yang tidak melakukan pemeriksaan ulang sebanyak 12,72%.

Perubahan yang sering terjadi pada penderita stroke antara lain kelumpuhan, perubahan mental dapat mempengaruhi pikiran dan dampak emosional, hilangnya sensori akibat ketidakmampuan bicara, kesulitan berjalan, berpakaian, mengendalikan buang air besar dan kecil, mandi, makan, sulit melakukan gerakan sehari-hari, perubahan pribadi berupa halusinasi dan depresi, khususnya bila hanya berbaring di tempat tidur sehingga kebutuhan ADL (*Activity Daily Living*) tidak terpenuhi, keadaan seperti ini secara langsung membuat angka ketergantungan terhadap keluarga akan semakin bertambah (Sylvia, 2009). Keadaan psikologis yang negatif pada penderita stroke tersebut disebabkan karena adanya perubahan pada ADL (*Activity Daily Living*), misalnya dalam urusan rumah tangga, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan mobilisasi, dan kelelahan (Van Den Port, dalam Rohardja, 2012).

Dampak psikologis penderita stroke adalah perubahan mental. Setelah stroke memang dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi intelektual lainnya. Semua hal tersebut dengan sendirinya memengaruhi kondisi psikologis penderita. Marah, sedih, dan tidak berdaya seringkali menurunkan semangat hidupnya sehingga muncul dampak emosional berupa kecemasan yang lebih berbahaya. Pada umumnya pasien stroke tidak mampu mandiri lagi, sebagian besar mengalami kesulitan mengendalikan emosi. Penderita mudah merasa takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan

fisik dan mental yang mereka alami. Keadaan tersebut berupa emosi yang kurang menyenangkan yang dialami oleh pasien stroke karena merasa khawatir berlebihan tentang kemungkinan hal buruk yang akan terjadi (Widarti et al, 2012).

Alliance (2014) mendefinisikan bahwa *family caregiver* adalah kerabat, pasangan, teman atau tetangga yang memiliki hubungan pribadi yang signifikan, dan memberikan bantuan yang luas untuk, orang tua atau orang dewasa dengan kondisi kronis atau tidak menentu. Orang-orang ini mungkin pengasuh primer atau sekunder dan tinggal dengan, atau secara terpisah dari, orang yang menerima perawatan. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, pasien stroke membutuhkan bantuan seorang *caregiver* dalam melakukan aktifitasnya.

Melihat dari banyaknya tugas yang perlu dilakukan oleh *family caregiver* bagi pasien stroke, membuat *family caregiver* terkadang merasa memiliki beban atau *caregiver burden*. Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pierce, dkk yang mengungkap mengenai sisi kehidupan *caregiver* keluarga pasien stroke yang merasa terbebani dan tidak memiliki cukup waktu untuk diri mereka sendiri serta juga mengalami gangguan psikososial. Penelitian lain juga mengungkapkan bahwa *caregiver* seringkali mengalami depresi, ansietas, *fatigue*, isolasi sosial, ketegangan hubungan dan permasalahan finansial terkait dengan peran tersebut (Putri, dkk, 2014).

Perubahan kepribadian merupakan salah satu dari keluhan yang sering disampaikan oleh pengasuh setelah sahabat atau keluarga menderita stroke. Secara keseluruhan masalah klinis perubahan kepribadian pasca stroke sebenarnya telah diterima tanpa adanya perhatian, walaupun berbagai bagian perubahan

kepribadian seperti gangguan emosional, gangguan kognitif dan perubahan perilaku pada “trauma otak” telah dipelajari secara tersendiri. Beberapa studi telah melaporkan tentang perubahan kepribadian dari laporan cross sectional tanpa adanya penilaian kepribadian sebelum stroke (Silaen et al, 2008).

Berdasarkan penelitian Silaen et al (2008) tentang Hubungan antara Kepribadian Pasca-Stroke dengan Ansietas dan Depresi pada Pengasuh menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara perubahan kepribadian dengan depresi dan ansietas pada pengasuh dengan nilai $p < 0,05$. Penelitian lain oleh Nurjannah & Setyopranoto (2018) tentang Determinan Beban Pengasuh Pasien Stroke Pasca Perawatan di Rumah Sakit di RSUD dr. Soerdian Mangun Suwarso, Wonogiri menyatakan bahwa hasil penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat 40,78% *caregiver* yang mengalami *burden*. Pasien yang ketergantungan total (PR 1.86; 95% CI 1.021-3.377), berat (PR 1.77; 95% CI 1.026-3.068), sedang (PR 2.08; 95% CI 1.167-3.710) dan durasi merawat pasien >6jam/hari merupakan faktor yang signifikan memengaruhi *caregiver burden* pada pengasuh utama pasien stroke. *Caregiver burden* dipengaruhi oleh kondisi pasien dan kondisi dalam merawat pasien.

Berdasarkan data pendahuluan yang diperoleh peneliti dari Puskesmas Sihaping Mandailing Natal pada tahun 2017 jumlah penderita stroke tercatat sebanyak 15 orang, tahun 2019 bertambah menjadi 23 orang, dan satu tahun terakhir pada tahun 2020 tercatat sebanyak 29 orang penderita stroke yang semuanya *caregivernya* adalah keluarga pasien sendiri.

Peneliti melakukan survey pendahuluan berupa wawancara kepada 8 orang penderita stroke dan *caregiver*nya, kedelapan pasien stroke tersebut mengatakan merasa cemas dan kadang stress dengan keadaannya saat ini karena tidak mampu memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari secara mandiri. Begitu juga dengan *caregiver* yang kebetulan adalah keluarga dari pasien stroke tersebut. Mereka mengatakan ikhlas membantu dan merawat klien, namun kadang merasa terbebani jika pasien merasa stress dan mengeluh karena penyakitnya dan karena perubahan fisik maupun psikologis, sehingga *caregiver* menjadi cemas dengan keadaan pasien saat ini.

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan antara Perubahan Keribadian Pasien Stroke dengan Ansietas pada *Caregiver* Tahun 2021”.

1.2 Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah dari penelitian ini adalah : apakah ada hubungan perubahan keribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Sihpeng Mandailing Natal Tahun 2021 ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan perubahan kepribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Sihpeng Mandailing Natal Tahun 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.1.1 Mengetahui karakteristik responden

1.3.1.2 Untuk mengidentifikasi perubahan kepribadian pasien stroke

1.3.1.3 Untuk mengidentifikasi ansietas pada *caregiver* pasien stroke.

1.3.1.4 Untuk mengidentifikasi adanya hubungan perubahan kepribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Responden

Memberikan masukan pengetahuan kepada *caregiver* dan pasien stroke tentang adanya perubahan kepribadian yang terjadi pada pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver*nya.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan mampu meningkatkan kualitas serta wawasan tentang kesehatan terutama tentang penyakit stroke bagi tempat penelitian.

1.4.2 Bagi Masyarakat

Masyarakat mampu memahami bahwa perubahan kepribadian pasien stroke memiliki hubungan dengan ansietas *caregiver*.

1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai salah satu dasar dalam pengembangan bagi penelitian selanjutnya tentang penyakit stroke.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke bagian otak. Dua jenis stroke yang utama adalah Iskemik dan Hemoragik. Stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbaran akibat thrombosis (penggumpalan darah yang menyebabkan sumbatan di pembuluh darah) atau embolik (pecahan gumpalan darah/udara/benda asing yang berada dalam pembuluh darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah di otak) (Black & Hawks, 2014).

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal dan/atau global, yang muncul secara mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah ke otak non trauma. Gangguan syaraf tersebut dapat menimbulkan gejala seperti : kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak jelas atau pelo, bicara tidak lancar, perubahan kesadaran, gangguan penglihatan dan lainnya (Risksedas, 2013).

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Stroke dapat dibagi menjadi 2 kategori utama yaitu, stroke iskemik dan stroke hemorrhagic. Kedua kategori ini merupakan suatu kondisi yang berbeda, pada stroke hemorrhagic terdapat timbunan darah di subarahnoid atau intraserebral, sedangkan stroke iskemik terjadi karena kurangnya suplai darah

keotak sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi kurang mencukupi. Klasifikasi stroke menurut Wardhana (2011), antara lain sebagai berikut :

1. Stroke Iskemik

Stroke iskemik merupakan jenis stroke yang paling sering dijumpai. Dari seluruh kasus stroke yang terjadi, sekitar 80% merupakan stroke ischemic. Stroke ischemic disebabkan oleh adanya penyumbatan arteri yang mengalirkan darah menuju otak. Pada umumnya, arteri yang mengalami penyumbatan adalah arteri karotis yang terletak dileher. Arteri ini merupakan arteri utama yang mengalirkan darah ke otak.

2. Stroke Hemorrhagic

Berbeda dengan stroke ischemic, stroke hemorrhagic lebih jarang ditemui. Stroke hemorrhagic hanya terjadi sekitar 20% dari keseluruhan kasus stroke yang ada. Stroke hemorrhagic terjadi karena pecahnya pembuluh darah di otak dan mengenai jaringan disekitarnya atau kata lain terjadinya perdarahan di otak. Pecahnya pembuluh darah di otak ini biasanya dipicu oleh tekanan darah yang terlalu tinggi (hipertensi). Dengan demikian, penderita tekanan darah tinggi berpeluang besar terkena stroke hemorrhagic. Walaupun demikian, stroke hemorrhagic juga dapat terjadi pada bukan penderita hipertensi. Pada kasus tersebut, pecahnya pembuluh darah dikarenakan lonjakan darah secara tiba-tiba, misalnya karena pengaruh makanan atau faktor emosional.

2.1.3 Etiologi Stroke

Menurut Black & Hawks (2014) penyebab stroke antara lain, sebagai berikut :

1. Thrombus.

Penggumpalan mulai terjadi dari adanya kerusakan pada bagian garis edotelial dari pembuluh darah. Aterosklerosis menyebabkan zat lemak bertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah. Plak ini akan terus membesar dan menyebabkan penyempitan (stenosis) pada arteri. Stenosis ini yang menghambat aliran darah yang biasanya lancar pada arteri.

2. Embolisme

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus terbentuk dibagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri.

3. Perdarahan

Perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan oleh adanya ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah yang bisa menyebabkan perdarahan ke jaringan otak. Stroke yang di sebabkan dari perdarahan sering kali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral karena darah yang berada diluar pembuluh darah membuat iritasi pada jaringan.

4. Penyebab Lain

Spasme arteri serebral yang disebabkan oleh infeksi, menurunkan aliran darah ke otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang menyempit. Spasme yang berdurasi pendek, tidak selamanya menyebabkan kerusakan otak yang permanen.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pasien stroke beragam tergantung dari daerah yang terkena dan luasnya kerusakan jaringan serebral. Manifestasi yang umumnya terjadi yaitu kelemahan alat gerak, penurunan kesadaran, gangguan penglihatan, gangguan komunikasi, sakit kepala, dan gangguan keseimbangan. Tanda dan gejala ini biasanya terjadi secara mendadak, fokal, dan mengenai satu sisi (LeMone, 2015).

Tanda dan gejala umum mencakup kebas atau kelemahan pada wajah, lengan, atau kaki (terutama pada satu sisi tubuh); kebingungan/konfusi atau perubahan status mental; sulit berbicara atau memahami pembicaraan; gangguan visual, kehilangan keseimbangan, pusing, kesulitan berjalan, atau sakit kepala berat secara mendadak (Brunner & Suddarth, 2013).

2.1.5 Penatalaksanaan Stroke

2.1.5.1 Penatalaksanaan Umum

Penatalaksanaan umum yaitu berupa tindakan darurat sambil berusaha mencari penyebab dan penatalaksanaan yang sesuai dengan penyebab. Penatalaksanaan umum ini meliputi memperbaiki jalan napas dan mempertahankan ventilasi, menenangkan pasien, menaikkan atau elevasi kepala pasien 30° yang bermanfaat untuk memperbaiki drainase vena, perfusi serebral dan menurunkan tekanan intrakranial, atasi syok, mengontrol tekanan rerata arterial, pengaturan cairan dan elektrolit, monitor tanda-tanda vital, monitor tekanan tinggi intrakranial, dan melakukan pemeriksaan pencitraan menggunakan

Computerized Tomography untuk mendapatkan gambaran lesi dan pilihan pengobatan (Affandi & Reggy, 2016).

Berdasarkan Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) (2011) penatalaksanaan umum lainnya yang dilakukan pada pasien stroke yaitu meliputi pemeriksaan fisik umum, pengendalian kejang, pengendalian suhu tubuh, dan melakukan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu berupa pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan jantung, dan neurologi. Pengendalian kejang pada pasien stroke dilakukan dengan memberikan diazepam dan antikonvulsan profilaksi pada stroke perdarahan intraserebral, dan untuk pengendalian suhu dilakukan pada pasien stroke yang disertai dengan demam. Pemeriksaan penunjang untuk pasien stroke yaitu terdiri dari elektrokardiogram, laboratorium (kimia darah, kadar gula darah, analisis urin, gas darah, dan lain-lain), dan pemeriksaan radiologi seperti foto rontgen dada dan CT Scan.

2.1.5.2 Terapi Farmakologi

Penatalaksanaan farmakologi yang bisa dilakukan untuk pasien stroke yaitu pemberian cairan hipertonis jika terjadi peninggian tekanan intra kranial akut tanpa kerusakan sawar darah otak (*Blood-brain Barrier*), diuretika (*asetazolamid* atau *furosemid*) yang akan menekan produksi cairan serebrospinal, dan steroid (*deksametason*, *prednison*, dan *metilprednisolon*) yang dikatakan dapat mengurangi produksi cairan serebrospinal dan mempunyai efek langsung pada sel endotel (Affandi dan Reggy, 2016).

Pilihan pengobatan stroke dengan menggunakan obat yang biasa direkomendasi untuk penderita stroke iskemik yaitu *tissue plasminogen activator*

(tPA) yang diberikan melalui intravena. Fungsi tPA ini yaitu melarutkan bekuan darah dan meningkatkan aliran darah ke bagian otak yang kekurangan aliran darah (*National Stroke Association, 2016*).

Penatalaksanaan farmakologi lainnya yang dapat digunakan untuk pasien stroke yaitu aspirin. Pemberian aspirin telah menunjukkan dapat menurunkan risiko terjadinya *early recurrent ischemic stroke* (stroke iskemik berulang), tidak adanya risiko utama dari komplikasi hemoragik awal, dan meningkatkan hasil terapi jangka panjang (sampai dengan 6 bulan tindakan lanjutan). Pemberian aspirin harus diberikan paling cepat 24 jam setelah terapi trombolitik. Pasien yang tidak menerima trombolisis, penggunaan aspirin harus dimulai dengan segera dalam 48 jam dari onset gejala (*National Medicines Information Centre, 2011*).

2.1.5.3 Tindakan Keperawatan

Perawat merupakan salah satu dari tim multidisipliner yang mempunyai peran penting dalam tindakan pengobatan pasien stroke ketika dalam masa perawatan pasca stroke. Tujuan dari perawatan pasca stroke sendiri yaitu untuk meningkatkan kemampuan fungsional pasien yang dapat membantu pasien menjadi mandiri secepat mungkin, untuk mencegah terjadinya komplikasi, untuk mencegah terjadinya stroke berulang, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Perawatan pasca stroke berfokus kepada kebutuhan holistik dari pasien dan keluarga yang meliputi perawatan fisik, psikologi, emosional, kognitif, spritual, dan sosial. Perawat berperan memberikan pelayanan keperawatan pasca stroke seperti mengkaji kebutuhan pasien dan keluarga untuk discharge planning; menyediakan informasi dan latihan untuk keluarga terkait perawatan pasien di

rumah seperti manajemen *dysphagia*, manajemen nutrisi, manajemen latihan dan gerak, dan manajemen pengendalian diri, kemudian perawat juga memfasilitasi pasien dan keluarga untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi, dan memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga (Firmawati, 2015).

2.1.6 Perubahan Kepribadian Pasien Stroke

Keadaan psikologis yang negatif pada penderita stroke tersebut disebabkan karena adanya perubahan pada ADL (*Activity Daily Living*), misalnya dalam urusan rumah tangga, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan mobilisasi, dan kelelahan (Van Den Port, dalam Rohardja, Komariah & Adiningsih, 2012). Perubahan yang sering terjadi pada penderita stroke antara lain kelumpuhan, perubahan mental dapat mempengaruhi pikiran dan dampak emosional, hilangnya sensori akibat ketidakmampuan bicara, kesulitan berjalan, berpakaian, mengendalikan buang air besar dan kecil, mandi, makan, sulit melakukan gerakan sehari-hari, perubahan pribadi berupa halusinasi dan depresi, khususnya bila hanya berbaring di tempat tidur sehingga kebutuhan ADL (*Activity Daily Living*) tidak terpenuhi, keadaan seperti ini secara langsung membuat angka ketergantungan terhadap keluarga akan semakin bertambah (Sylvia, 2009 dalam Febria 2019).

Serangan stroke juga dapat menyebabkan berbagai macam gangguan, baik dari ketidakmampuan untuk dapat sembuh total, ringan sampai berat bahkan dapat mengakibatkan meninggal. Salah satu yang paling sering adalah rusaknya pusat gerakan otot-otot di otak, sehingga berbagai otot menjadi lemah atau tidak mampu bergerak. Secara psikologis, penderita pasca stroke mengalami perubahan dan

keterbatasan baik dalam bergerak, berkomunikasi dan berpikir yang nantinya akan sangat mengganggu fungsi peran penderita sehari-hari. Perubahan fisik yang terjadi akibat penyakit ini menimbulkan keluhan-keluhan rasa sakit pada penderitanya seperti sakit kepala, sakit punggung leher, mati rasa ataupun kelumpuhan. Keluhan rasa sakit ini disertai dengan perubahan emosi yang hebat yang diwujudkan sebagai pelampiasan dari rasa sakit yang dideritanya. Oleh karena itu, penderita biasanya menjadi sensitif, cepat marah, sulit mengendalikan emosi dan mudah putus asa (Astuti, 2010).

Emosi adalah salah satu elemen yang sangat berpengaruh dalam sebagian besar tingkah laku manusia dan dalam proses penyesuaian dirinya. Selain itu, emosi mempunyai pengaruh besar terhadap tingkah laku, kepribadian dan kesehatan seseorang. Seorang penderita pascastroke akan mengalami gangguan emosi yang disebabkan dari perubahan fisik yang dialaminya, penderita akan membuat persepsi bahwa dirinya sudah tidak berharga, memalukan, tidak berguna dan menjadi beban bagi keluarga. Perasaan seperti ini muncul karena penderita sadar dengan kondisinya yang sudah mengalami keterbatasan dari fungsi fisiknya. Dalam kondisi seperti inilah penderita merasa dirinya cacat dan menyebabkan citra diri terganggu, merasa tidak mampu, jelek, memalukan dan sebagainya. Sehingga mereka menjadi meledak-ledak dalam mengekspresikan emosinya, terlebih bagi orang-orang yang sebelumnya mempunyai jabatan yang cukup tinggi di dalam karirnya. Sehingga setiap kerabat yang datang membesuk akan disambut dengan tangis. Hal ini dirasakan sebagai rasa kekecewaan atau krisis. Penderita menjadi kehilangan tujuan hidupnya, merasa jauh dengan teman-

temannya dan kehilangan kesehatan fisik secara menyeluruh. Hal inilah yang menimbulkan ketegangan, kecemasan, frustrasi dalam menghadapi hari esok. Semua ini menyebabkan kestabilan emosi mereka menjadi terganggu (Astuti, 2010).

2.2 Konsep Caregiver

2.2.1 Definisi Caregiver

Definisi *caregiver* dalam *Merriam-Webster Dictionary* (2012) adalah orang yang memberikan perawatan langsung pada anak atau orang dewasa yang menderita penyakit kronis. Potter & Perry (2009) menyatakan *caregiver* sebagai seseorang yang memberikan bantuan medis, sosial, ekonomi, atau sumber daya lingkungan kepada seseorang individu yang mengalami ketergantungan baik sebagian atau sepenuhnya karena kondisi sakit yang dihadapi individu tersebut.

Definisi *caregiver* dari literatur bahasa Indonesia, dikemukakan oleh Subroto (2012 dalam Eka, 2017) sebagai : seseorang yang bertugas untuk membantu orang-orang yang ada hambatan untuk melakukan kegiatan fisik sehari-hari baik yang bersifat kegiatan harian personal (*personal activity daily living*) seperti makan, minum, berjalan, atau kegiatan harian yang bersifat instrumental (*instrumental daily living*) seperti memakai pakaian, mandi, menelpon atau belanja. *Caregiver* keluarga (*family caregiver*) didefinisikan sebagai individu yang memberikan asuhan keperawatan berkelanjutan untuk sebagai waktunya secara sungguh-sungguh setiap hari dan dalam waktu periode yang lama, bagi anggota keluarganya yang menderita penyakit kronis (Pfeiffer, dalam Tantono dkk, 2016).

Melihat dari banyaknya tugas-tugas yang perlu dikerjakan oleh *family caregiver*, seringkali menimbulkan perasaan terbebani bagi *caregiver* tersebut yang biasa disebut dengan beban pengasuhan atau *caregiver burden*. *Caregiver burden* adalah perasaan kesulitan dan keadaan yang mengancam kesehatan fisik, mental maupun finansial individu yang berperan sebagai pengasuh bagi lansia, penyandang difabel ataupun orang dengan penyakit kronis.

2.2.2 Caregiver Penderita Stroke

Caregiver penderita stroke adalah seseorang yang memberikan bantuan dan perawatan secara penuh baik yang dilakukan oleh tenaga ahli yang berbadan hukum maupun oleh kerabat terhadap orang yang mengalami penyakit kerusakan atau kematian jaringan otak yang menyebabkan tersumbatnya atau berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak.

2.2.3 Jenis Caregiver

Caregiver terbagi menjadi dua, yaitu formal dan informal. *Caregiver* formal merupakan perawat yang dibayar atau sukarela yang berasal dari sistem pemberian layanan, seperti rumah perawatan kesehatan atau karyawan rumah perawatan (McConnell & Riggs dalam Sheets & Gleason, 2010). *Caregiver* formal juga memberikan jenis perawatan yang tidak diperoleh penderita dari anggota keluarganya, seperti pelayanan secara medis.

Sedangkan *caregiver* informal merupakan *caregiver* yang tidak dibayar atau dilatih oleh badan-badan hukum, seperti pasangan, anak, menantu atau teman dekat bagi seseorang yang memerlukan perawatan (Hung et al, 2012). Koh & McDonald menyatakan bahwa *caregiver* informal merupakan orang yang

menyediakan perawatan dan dukungan bagi kesehatan, finansial, sosial, emosional terhadap individu yang lemah atau menderita penyakit kronis (Lai & Thomson, 2011).

Berdasarkan penjelasan diatas, maka *caregiver* penderita stroke dibagi kedalam dua jenis, yaitu *caregiver* formal merupakan kerabat yang tidak dibayar dan informal merupakan tenaga ahli dan terlatih yang dibayar atau sukarela dalam memberikan perawatan terhadap penderita stroke.

2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Interaksi *Caregiver* dengan Pasien

Menurut Williams (2007) dalam penelitian Fatmadona (2013) proses interaksi *caregiver* dan pasien dipengaruhi oleh faktor:

a) Komitmen

Perawatan anggota keluarga dengan penyakit kronis memerlukan komitmen jangka panjang. Komitmen merupakan penanda suatu hubungan yang erat dengan seseorang, terutama hubungan antara pasien dengan keluarga sebagai *caregiver*. Terdapat 4 dimensi komitmen, yaitu: tanggung jawab, memprioritaskan pasien, memberikan dukungan, keyakinan adanya kasih sayang.

b) Harapan

Harapan berhubungan dengan pandangan pasien dan keluarga di masa mendatang. Harapan terhadap kenyataan perlu dibangun oleh *caregiver* dalam membina hubungan *caregiver* dengan pasien.

c) Penentuan Peran

Dalam merawat pasien dengan penyakit kronis, keluarga akan menghadapi perawatan kompleks pasien yang memerlukan pembagian tanggung

jawab. Dalam hal tersebut *caregiver* memerlukan penentuan peran dalam merawat pasien.

d) Hubungan *Caregiving*

Keberhasilan proses perawatan juga ditentukan dengan hubungan yang terjalin antara keluarga sebagai *caregiver* dengan pasien.

2.2.5 Aspek-Aspek *Caregiver Burden*

Menurut Zarit (Siegert, dkk 2010), aspek-aspek *caregiver burden* antara lain, yaitu:

a) Ketegangan pribadi

Ketegangan pribadi mencerminkan perasaan marah, ketidaknyamanan dan ketegangan yang dialami oleh seorang *caregiver*.

b) Ketegangan peran

Ketegangan peran yaitu mencerminkan perasaan bahwa pasien tergantung pada *caregiver*, kehidupan sosial *caregiver* menjadi terganggu, serta *caregiver* kehilangan kendali untuk hidupnya sendiri karena harus memberikan perawatan.

c) Perasaan bersalah

Perasaan bersalah yang dialami *caregiver* yaitu merasa seharusnya dapat melakukan pekerjaan atau memberikan perawatan lebih baik. Berdasarkan pemaparan diatas, maka dapat diketahui bahwa aspek-aspek dalam *caregiver burden* adalah ketegangan pribadi, ketegangan peran dan perasaan bersalah.

2.3 Konsep Ansietas

2.3.1 Definisi Ansietas

Ansietas merupakan keadaan emosi dan pengalaman subyektif individu. Keduanya adalah energi dan tidak dapat diamati secara langsung. Seorang perawat menilai pasien ansietas berdasarkan perilaku tertentu. Penting untuk diingat bahwa ansietas adalah bagian dari kehidupan sehari-hari. Ansietas adalah dasar kondisi manusia dan memberikan peringatan berharga. Bahkan, kapasitas untuk menjadi ansietas diperlukan untuk bertahan hidup. Selain itu, seseorang dapat tumbuh dari ansietas jika seseorang berhasil berhadapan, berkaitan dengan, dan belajar dari menciptakan pengalaman ansietas (Stuart, 2016).

2.3.2 Penyebab Ansietas

Menurut Stuart (2013) terdapat tiga faktor penyebab terjadinya ansietas, yaitu :

- a) Faktor biologis/ fisiologis, berupa ancaman yang mengancam akan kebutuhan sehari-hari seperti kekurangan makanan, minuman, perlindungan dan keamanan. Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme terjadinya ansietas. Selain itu riwayat keluarga mengalami ansietas memiliki efek sebagai faktor predisposisi ansietas.
- b) Faktor psikososial, yaitu ancaman terhadap konsep diri, kehilangan benda/orang berharga, dan perubahan status sosial/ ekonomi.

- c) Faktor perkembangan, ancaman yang dihadapi sesuai usia perkembangan, yaitu masa bayi, masa remaja dan masa dewasa.

Selain tiga hal di atas, Jiwo (2012) menambahkan bahwa individu yang menderita penyakit kronik seperti stroke, diabetes melitus, kanker, penyakit jantung dapat menyebabkan terjadinya ansietas. Penyakit kronik dapat menimbulkan kekhawatiran akan masa depan, selain itu biaya pengobatan dan perawatan yang dilakukan juga akan menambah beban pikiran.

2.3.3 Tingkat Ansietas

Menurut Halter (2014) ada 4 klasifikasi tingkat ansietas yaitu ansietas ringan, ansietas sedang, ansietas berat, dan panik.

a) Ansietas Ringan

Penyebab dari ansietas ringan biasanya karena pengalaman kehidupan sehari-hari dan memungkinkan individu menjadi lebih fokus pada realitas. Individu akan mengalami ketidaknyamanan, mudah marah, gelisah, atau adanya kebiasaan untuk mengurangi ketegangan (seperti menggigit kuku, menekan jari-jari kaki atau tangan).

b) Ansietas Sedang

Pada ansietas sedang, lapang pandang individu menyempit. Selain itu individu mengalami penurunan pendengaran, penglihatan, kurang menangkap informasi dan menunjukkan kurangnya perhatian pada lingkungan. Terhambatnya kemampuan untuk berpikir jernih, tapi masih ada kemampuan untuk belajar dan memecahkan masalah meskipun tidak optimal. Respons fisiologis yang dialami yaitu jantung berdebar, meningkatnya nadi dan respiratory rate, keringat dingin,

dan gejala somatik ringan (seperti gangguan lambung, sakit kepala, sering berkemih). Terdengar suara sedikit bergetar. Ansietas ringan atau ansietas sedang dapat menjadi sesuatu yang membangun karena kecemasan yang terjadi merupakan sinyal bahwa individu tersebut membutuhkan perhatian atau kehidupan individu tersebut dalam keadaan bahaya.

c) Ansietas Berat

Semakin tinggi level ansietas, maka lapang pandang seseorang akan semakin menurun atau menyempit. Seseorang yang mengalami ansietas berat hanya mampu fokus pada satu hal dan mengalami kesulitan untuk memahami apa yang terjadi. Pada level ini individu tidak memungkinkan untuk belajar dan memecahkan masalah, bahkan bisa jadi individu tersebut linglung dan bingung. Gejala somatik meningkat, gemetar, mengalami hiperventilasi, dan mengalami ketakutan yang besar.

d) Panik

Individu yang mengalami panik sulit untuk memahami kejadian di lingkungan sekitar dan kehilangan rangsangan pada kenyataan. Kebiasaan yang muncul yaitu mondar-mandir, mengamuk, teriak, atau adanya penarikan dari lingkungan sekitar. Adanya halusinasi dan persepsi sensorik yang palsu (melihat seseorang atau objek yang tidak nyata). Tidak terkoordinasinya fisiologis dan adanya gerakan impulsif. Pada tahap panik ini individu dapat mengalami kelelahan.

2.3.4 Alat Ukur Ansietas

Ada beberapa alat ukur ansietas yang digunakan dalam penelitian, yaitu :

a) *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

HARS merupakan salah satu kuesioner yang mengukur skala ansietas yang masih digunakan sampai saat ini. Adapun cara penilaiannya adalah setiap item yang diobservasi diberi 4 tingkat skor, yaitu antara 1 sampai dengan 4, dengan kategori sebagai berikut :

0 = Tidak ada gejala sama sekali

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 dilakukan dengan cara menjumlahkan nilai skor dan 14 item dengan hasil sebagai berikut :

< 14 : Tidak ada kecemasan

14-20 : Kecemasan ringan

21-27 : Kecemasan sedang

28-41 : Kecemasan berat

42-56 : Kecemasan sangat berat (Nursalam, 2013).

b) *Taylor Manifest Anxiety Scale (T-MAS)*

T-MAS merupakan kuesioner yang dirancang untuk mengukur skala ansietas pada individu (*Oxford Index*, 2017). T-MAS terdiri atas 38 pernyataan yang terdiri atas kebiasaan dan emosi yang dialami. Masing-masing item terdiri atas “ya” dan “tidak” (*Psychology tools*, 2017).

c) *Depression, Anxiety Stress Scale (DASS)*

DASS terdiri atas pertanyaan terkait tanda dan gejala depresi, ansietas dan stres. Kuesioner DASS ada dua jenis yaitu DASS 42 dan DASS 21. DASS 42 terdiri atas 42 pertanyaan sedangkan DASS 21 terdiri atas 21 pertanyaan, masing-masing gangguan (depresi, ansietas, dan stres) terdapat 7 pertanyaan. Masing-masing item terdiri atas 0 (tidak terjadi dalam seminggu terakhir) sampai 3 (sering terjadi dalam waktu seminggu terakhir) (Psychology Foundation of Australia, 2014).

d) *Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)*

Kuesioner SAS terdiri atas 20 pernyataan terkait gejala ansietas. Masing-masing pernyataan terdapat 4 penilaian yang terdiri dari 1 (tidak pernah), 2 (jarang), dan 3 (kadang-kadang), dan 4 (sering). Klasifikasi tingkat ansietas berdasarkan skor yang diperoleh yaitu 20-40 (tidak cemas), 41-60 (ansietas ringan), 61-80 (ansietas sedang), dan 81-100 (ansietas berat) (Sarifah, 2013).

e) *Anxiety Visual Analog Scale (Anxiety VAS)*

Suatu alat untuk mengukur tingkat kecemasan dengan menggunakan garis horizontal berupa skala sepanjang 10cm atau 100mm. Penilaiannya yaitu ujung sebelah kiri mengidentifikasikan “tidak ada kecemasan” dan semakin ke arah ujung sebelah kanan kecemasan yang dialami luar biasa (Misgiyanto & Susilawati, 2014).

2.4 Ansietas Caregiver Pasien Stroke

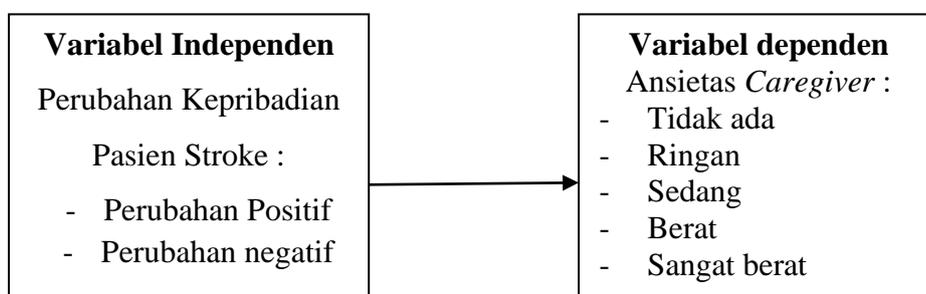
Family caregiver adalah kerabat, pasangan, teman atau tetangga yang memiliki hubungan pribadi yang signifikan, dan memberikan bantuan yang luas

untuk, orang tua atau orang dewasa dengan kondisi kronis atau tidak menentu. Orang-orang ini mungkin pengasuh primer atau sekunder dan tinggal dengan, atau secara terpisah dari, orang yang menerima perawatan. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, pasien stroke membutuhkan bantuan seorang *caregiver* dalam melakukan aktifitasnya.

Melihat dari banyaknya tugas yang perlu dilakukan oleh *family caregiver* bagi pasien stroke, membuat *family caregiver* terkadang merasa memiliki beban atau *caregiver burden*. Pierce, dkk yang mengungkapkan mengenai sisi kehidupan *caregiver* keluarga pasien stroke yang merasa terbebani dan tidak memiliki cukup waktu untuk diri mereka sendiri serta juga mengalami gangguan psikososial. Perubahan kepribadian pasien stroke merupakan salah satu penyebab kecemasan yang sering disampaikan oleh pengasuh setelah sahabat atau keluarga menderita stroke.

2.5 Kerangka Konsep

Kerangka konsep (kerangka berpikir) adalah sesuatu yang abstrak dan akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penelitian dengan teori yang ada (Notoadmojo, 2010).



Skema 1. Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk pertanyaan (Sugiyono, 2013). Hipotesis pada penelitian ini adalah :

H₀ : tidak ada hubungan perubahan keribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Sihepeng Mandailing Natal Tahun 2021.

H_a : terdapat hubungan perubahan keribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Sihepeng Mandailing Natal Tahun 2021.

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Desain penelitian ini adalah deskriptif korelatif yaitu penelitian untuk menelaah hubungan antara dua variabel pada suatu situasi atau sek elompok objek. Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional*, yaitu suatu penelitian untuk mempelajari antara variabel bebas dengan variabel terikat, dengan cara pemberian kuesioner atau pengumpulan data sekaligus pada saat yang sama (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2010).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sihepeng dengan alasan terdapat jumlah sampel yang cukup yaitu penderita stroke yang tercatat berkunjung di Puskesmas Sihepeng setiap tahun jumlahnya semakin bertambah. Pada tahun 2017 jumlah penderita stroke tercatat sebanyak 15 orang, tahun 2019 bertambah menjadi 23 orang, dan satu tahun terakhir pada tahun 2020 tercatat sebanyak 29 orang penderita stroke, serta belum pernah dilakukan penelitian sebelumnya tentang hubungan antara perubahan keribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver* di lokasi tersebut.

3.2.2 Waktu penelitian

Waktu penelitian ini dimulai sejak November 2020 sampai dengan Juni 2021. Adapun jadwal penelitian ini antara lain, sebagai berikut :

Tabel 3.1 Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Nov-Des 2020	Jan- Apr	Mei 2021	Juni 2021	Juli-Agus 2021	Sep 2021
1.	Persiapan/						
2.	Pembuatan proposal						
3.	Ujian proposal						
4.	Pengumpulan data responden penelitian						
5.	Pelaksanaan penelitian						
6.	Penulisan hasil laporan						
7.	Ujian Hasil						

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang di teliti (Notoatmodjo, 2010) populasi dalam penelitian ini adalah *caregiver* penderita stroke yang tercatat di Puskesmas Sihepeng pada tahun 2020 yaitu sebanyak 29 orang.

3.3.2 Sampel penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian dari jumlah populasi yang masuk dengan hitungan rumus yang telah di tentukan dalam pengambilam sampel , tehnik pegambilan sampel adalah cara yang di lakukan peneliti untuk menentukan jumlah sampel yang akan di teliti dari banyaknya jumlah populasi (Notoatmodjo, 2010).

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2011). Alasan pengambilan total sampling karena

jumlah populasi kurang dari 100. Sampel yang diambil untuk penelitian ini yaitu 29 orang.

3.4 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, etika merupakan salah satu hal yang sangat penting untuk di perhatikan. Hal ini di sebabkan karena penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia. Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada Universitas Afa Royhan. Setelah surat izin diperoleh peneliti melakukan observasi kepada responden dengan memperhatikan etika sebagai berikut :

3.4.1 Lembar Persetujuan Responden (*Informed Consent*)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian melalui lembar persetujuan. Sebelum memberikan *Informed Consent*, peneliti menjelaskan terlebih dahulu maksud dan tujuan penelitian serta dampaknya bagi responden. Bagi responden yang bersedia diminta untuk menandatangani lembar persetujuan. Bagi responden yang tidak bersedia, peneliti tidak memaksa dan harus menghormati hak-hak responden.

3.4.2 Tanpa Nama (*Anonymity*)

Peneliti memberikan jaminan terhadap identitas atau nama responden dengan tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Akan tetapi peneliti hanya menuliskan kode atau inisial pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian.

3.4.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah diperoleh dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, dimana hanya kelompok data tertentu saja yang dilaporkan dalam hasil penelitian.

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen atau alat yang akan digunakan untuk melakukan penelitian ini yaitu kuesioner perubahan kepribadian yang diadopsi dari penelitian Stone, et al (2005) yang berjudul “*Personality Change After Stroke: Some Preliminary Observations*” berisi tentang 30 item pernyataan meliputi 18 pernyataan sikap positif, dan 12 item pernyataan sikap negatif. Pernyataan sikap positif yang dijawab ‘ya’ diberi nilai 1 sedangkan ‘tidak’ diberi nilai 0, sedangkan untuk pernyataan sikap negatif adalah kebalikannya yang dijawab ‘ya’ diberi nilai 0 dan yang ‘tidak’ diberi nilai 1. Dengan penentuan panjang kelas (tingkat perubahan kepribadian) berdasarkan rumus statistik, yaitu :

$$P = \frac{\text{Rentang}}{\text{Banyak kelas}}$$

Dimana P merupakan panjang kelas dengan rentang kelas sebesar 30 dan banyak kelas sebanyak 2 kelas yaitu (positif, negatif). Maka didapatkan panjang kelas sebesar 15. Untuk tingkat perubahan kepribadian negatif skornya 0-15, dan untuk perubahan kepribadian positif skornya 16-30.

Instrumen kuesioner tingkat kecemasan *caregiver* yang diukur dengan menggunakan “*Hamilton Rating Scale For Anxiety (HARS)*” yang dikutip dari Nursalam (2013) untuk menilai tingkat ansietas *caregiver* penderita stroke dengan interpretasi skor < 14 : tidak ada kecemasan, 14-20 : kecemasan ringan, 21-27 :

kecemasan sedang, 28-41 : kecemasan berat, 42-56 : kecemasan sangat berat. Tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A) yang sudah dikembangkan oleh kelompok Psikiatri Biologi Jakarta (KPBJ) dalam bentuk *Anxiety Analog Scale* (AAS). Validitas AAS sudah diukur pada tahun 1984 mendapat korelasi yang cukup dengan HRS-A ($r = 0,57 - 0,84$). Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial clinic* yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan *reliable* (Nursalam, 2013).

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Adapun prosedur pengumpulan data yaitu diantaranya sebagai berikut :

1. Mengajukan permohonan kepada Puskesmas Sihepeng.
2. Dilaksanakan pengumpulan data penelitian.

Dalam pengumpulan data kuesioner di berikan kepada responden yang menguji kriteria yang sudah ditentukan.

3. Setelah responden di dapat, di jelaskan terlebih dahulu kepada calon responden tentang tujuan penelitian dan serta menanyakan kesediaan calon responden.
4. Calon responden bersedia untuk diminta menandatangani surat persetujuan atau secara lisan , responden dipersilahkan untuk menjawab pertanyaan yang diberikan peneliti.

5. Responden dapat mengembalikan kuesioner kepada peneliti paling lama 5 hari setelah responden mengisi semua kuesioner maka seluruh data yang terkumpul dikelompokkan kembali oleh peneliti untuk mengidentifikasi hubungan antara perubahan kepribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver*.
6. Setelah data terkumpul semuanya dengan jelas, peneliti melakukan pengolahan data atau analisa data.

3.7 Definisi Operasional

Defenisi Operasional adalah defenisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2013).

Tabel 3.2 Definisi operasional

Variabel penelitian	Definisi operasional	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Independent Perubahan kepribadian pasien stroke	Pernyataan yang berisi tentang perubahan kepribadian pasien stroke yang bersifat positif dan negatif yang akan diisi oleh <i>caregiver</i> . Perubahan kepribadian yang positif adalah sifat atau sikap yang baik, sedangkan perubahan kepribadian negatif adalah sifat atau sikap yang buruk yang setelah menderita stroke.	Kuesioner	Nominal	- Positif - Negatif

Dependen Ansietas <i>caregiver</i>	Pernyataan yang akan diisi oleh pengasuh penderita stroke untuk mengukur tingkat ansietas.	Kuesione r	Ordin al	- < 14 : tidak ada kecemasan - 14-20 : kecemasan ringan - 21-27 : kecemasan sedang - 28-41 : kecemasan berat - 42-56 : kecemasan sangat berat
---	--	---------------	-------------	---

3.8 Analisa Data

3.8.1 Analisa Univariat

Analisa ini dilakukan terhadap variabel dari hasil penelitian, pada umumnya analisa ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Analisa univariat dilakukan untuk memberi gambaran dan penjelasan tentang karekteristik masing-masing variabel yang diteliti.

3.8.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat adalah analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Analisa bivariat menganalisis hubungan antara perubahan keribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver*. Data yang telah didapat dianalisa dengan menggunakan komputer.

Uji statistik yang digunakan adalah uji alternatif *Kolmogorov-smirnov* untuk mengetahui adanya hubungan antara perubahan keribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver*. Dengan nilai $\alpha = 0,05$ akan diuji apakah terdapat hubungan antara variabel independen dan dependen. Apabila hasil uji (*p-value*) <

α maka hasilnya ada hubungan hubungan antara perubahan keribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver*.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1 Hasil Penelitian

Pada bab ini diuraikan hasil penelitian mengenai “Hubungan Perubahan Kepribadian Pasien Stroke dengan Ansietas Pada *Caregiver* di Wilayah Kerja Puskesmas Sihepeng Mandailing Natal Tahun 2021”. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni hingga Juli 2021 terhadap 29 responden.

4.1.1 Puskesmas Sihepeng

Puskesmas Desa Sihepeng dilihat secara geografis letak wilayah kerja Puskesmas Sihepeng berada pada dataran rendah dan sebagian rawa, dengan luas $\pm 345,36$ km² . Secara administratif wilayah kerja Puskesmas Desa Sihepeng terdiri atas 9 Desa dan 1 kelurahan. Setiap tahun jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas Sihepeng semakin bertambah. Pada tahun 2018 jumlah penduduk Desa/Kelurahan di wilayah kerja Puskesmas Sihepeng adalah 21.783 jiwa dengan jumlah laki-laki 10.351 jiwa dan jumlah perempuan 11.432 jiwa (Daulay, 2010).

Puskesmas Desa Sihepeng terletak di Desa Sihepeng Lima, Jalan Medan Padang Kecamatan Siabu Kabupaten Mandailing Natal yang memiliki 2 Puskesmas Pembantu (Pustu), dan 3 Polindes (Daulay, 2010).

Dalam rangka pelaksanaan peraturan daerah Kabupaten Mandailing Natal No. 41 tahun 2007 tentang pembentukan susunan organisasi dan tatakerja, maka Puskesmas Desa Sihepeng Kabupaten Mandailing Natal menetapkan visi “Tercapainya Kecamatan yang Sehat Menuju Terwujudnya Indonesia Sehat” (Daulay, 2010).

4.2 Analisis Univariat

Analisa univariat digunakan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diteliti dalam penelitian yaitu melihat distribusi frekuensi variabel independen dan dependen yang disajikan secara deskriptif dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

4.2.1 Karakteristik Data Demografi

Penelitian ini berdasarkan karakteristik responden usia dan jenis kelamin penderita diabetes mellitus.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	F	%
Umur		
17-25 (Masa remaja akhir)	3	10,3
26-35 (Masa dewasa awal)	4	13,9
36-45 (Masa dewasa akhir)	8	27,6
46-55 (Masa lansia awal)	8	27,6
56-65 (Masa lansia akhir)	3	10,3
>65 (Manula)	3	10,3
Jenis Kelamin		
Laki-laki	9	31,0
Perempuan	20	69,0
Pendidikan		
Tidak tamat SD	3	10,3
SD	8	27,6
SMP	2	6,9
SMA	10	34,5
Perguruan Tinggi	6	20,7
Pekerjaan		
Tidak bekerja	9	31,1
PNS/TNI/POLRI	3	10,3
Wiraswasta	4	13,8
Buruh/tani/nelayan/peternak,dll	13	44,8
Total	29	100%

Berdasarkan tabel 4.1 di atas dapat diperoleh hasil tentang karakteristik responden yang dapat dilibatkan dalam penelitian adalah sebanyak 29 orang. Dari tabel diatas dapat diketahui umur responden mayoritas responden berumur 46-55 tahun sebanyak 8 orang (27,6%) dan yang berumur 36-45 tahun sebanyak 8 orang

(27,6%), kemudian yang berumur 26-35 tahun sebanyak 4 orang (13,9%), yang berumur 17-25 tahun sebanyak 3 orang (10,3%), yang berumur 56-65 tahun sebanyak 3 orang (10,3%), dan yang berumur >65 tahun sebanyak 3 orang (10,3%).

Berdasarkan jenis kelamin, mayoritas responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 20 orang (69,0%), dan minoritas berjenis kelamin laki-laki sebanyak 9 orang (31,0%). Berdasarkan pendidikan, mayoritas responden memiliki pendidikan SMA yaitu sebanyak 10 orang (34,5%), yang memiliki pendidikan SD sebanyak 8 orang (27,6%), yang memiliki pendidikan perguruan tinggi sebanyak 6 orang (20,7), yang memiliki pendidikan tidak tamat SD sebanyak 3 orang (10,3%), dan yang memiliki pendidikan SMP sebanyak 2 orang (6,9%). Berdasarkan pekerjaan, mayoritas responden bekerja sebagai buruh/tani/nelayan/peternak dll yaitu sebanyak 13 orang (44,8%), yang tidak bekerja sebanyak 9 orang (31,1%), yang bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 4 orang (13,8%), dan yang bekerja sebagai PNS/TNI/POLRI sebanyak 3 orang (10,3%).

4.2.2 Perubahan Kepribadian Pasien Stroke

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Perubahan Kepribadian Pasien Stroke

Perubahan Kepribadian Pasien Stroke	F	%
Negatif	10	34,5
Positif	19	65,5
Total	29	100,0 %

Berdasarkan tabel 4.2 di atas dapat diketahui bahwa dari 29 responden, perubahan kepribadian pasien stroke mayoritas mengalami perubahan yang positif

yaitu sebanyak 19 orang (65,5%), dan yang mengalami perubahan negatif sebanyak 10 orang (34,5%).

4.2.3 Tingkat Ansietas *Caregiver*

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Ansietas *Caregiver*

Tingkat Kecemasan <i>Caregiver</i>	F	%
Tidak ada kecemasan	14	48,3
Kecemasan ringan	9	31,0
Kecemasan sedang	6	20,7
Kecemasan berat	0	0,0
Kecemasan sangat berat	0	0,0
Total	29	100,0%

Berdasarkan tabel 4.3 di atas dapat diketahui bahwa dari 29 responden, tingkat kecemasan *caregiver* mayoritas tidak ada kecemasan yaitu sebanyak 14 orang (48,3%), *caregiver* dengan tingkat kecemasan ringan sebanyak 9 orang (31,9%), dan *caregiver* dengan tingkat kecemasan sedang sebanyak 6 orang (20,7%), dan 2 kategori kecemasan lainnya yaitu kecemasan berat dan kecemasan sangat berat tidak ada responden yang mengalami hal berikut yaitu 0 (0,0%).

4.3 Analisa Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen. Uji statistik yang digunakan adalah uji alternatif *Kolmogorov-smirnov* untuk mengetahui adanya hubungan perubahan kepribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver*.

Tabel 4.4 Hubungan Perubahan Kepribadian Pasien Stroke Dengan Ansietas Pada Caregiver

Ansietas Pada Caregiver	Perubahan Kepribadian Pasien Stroke						p-value
	Perubahan Negatif		Perubahan Positif		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Tidak ada kecemasan	1	3,5	13	44,8	14	48,3	0,023
Kecemasan ringan	4	13,8	5	17,2	9	31,0	
Kecemasan sedang	5	17,2	1	3,5	6	20,7	
Kecemasan berat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Kecemasan sangat berat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Total	10	34,5	19	65,5	29	100,0	

*signifikan ($p < 0,05$)

Dari hasil analisa statistik dengan menggunakan uji *Kolmogorov-smirnov*, diperoleh $p\text{-value} = 0,023$ ($< 0,05$), artinya ada hubungan perubahan kepribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Sihpeng Mandailing Natal tahun 2021.

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Analisa Univariat

Pada penelitian ini, peneliti ingin mengetahui apakah ada Hubungan Perubahan Kepribadian Pasien Stroke dengan Ansietas Pada *Caregiver* di Wilayah Kerja Puskesmas Sihpeng Mandailing Natal Tahun 2021.

5.1.1 Karakteristik Responden

5.1.1.1 Umur

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan mayoritas responden berumur 46-55 tahun sebanyak 8 orang (27,6%) dan yang berumur 36-45 tahun sebanyak 8 orang (27,6%), kemudian yang berumur 26-35 tahun sebanyak 4 orang (13,9%), yang berumur 17-25 tahun sebanyak 3 orang (10,3%), yang berumur 56-65 tahun sebanyak 3 orang (10,3%), dan yang berumur >65 tahun sebanyak 3 orang (10,3%).

Menurut Depkes usia tersebut merupakan usia dewasa akhir. Pada usia dewasa masing-masing individu sudah mulai mengabaikan keinginan atau hak-hak pribadinya, kebutuhan atau kepentingan yang utama adalah keluarga sehingga *caregiver* lebih banyak ditemukan diusia ini (Hartati, 2012). Selain itu, *caregiver* yang berusia dewasa dianggap cukup matang dalam pengalaman hidup, bijaksana dalam mengambil keputusan, mampu berpikir rasional, mampu mengendalikan emosi dan semakin toleran terhadap orang lain (Nuraenah, Mustikasari, & Putri, 2014).

Menurut asumsi peneliti usia mayoritas pada penelitian ini adalah usia dewasa karena pada usia dewasa seseorang sudah lebih dianggap mampu dalam merawat anggota keluarga yang sakit, lebih mampu mengendalikan emosi, lebih produktif, dan lebih bijaksana dalam melakukan tindakan.

Hal ini didukung oleh hasil penelitian Putri (2013) yang mengatakan bahwa rata-rata usia *caregiver* yaitu 40,78 tahun, dimana usia tersebut termasuk dalam usia dewasa. Seseorang dapat dikatakan dewasa apabila telah memiliki kekuatan bereproduksi, dan memiliki kesiapan kognitif, afektif, dan psikomotor, serta dapat diharapkan memainkan peranannya bersama dengan individu-individu lain dalam masyarakat.

5.1.1.2 Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin, mayoritas responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 20 orang (69,0%), dan minoritas berjenis kelamin laki-laki sebanyak 9 orang (31,0%).

Di Indonesia peran perempuan adalah mengurus rumah tangga, seperti memasak, mencuci, membersihkan rumah, melayani suami, dan merawat anggota keluarga, sedangkan peran laki-laki adalah mencarinfkah sehingga dalam hal ini perempuan lebih banyak berperan dalam merawat keluarganya yang sakit (Utami, 2013).

Menurut asumsi peneliti perempuan lebih dominan mengurus anggota keluarga yang sakit karena perempuan memiliki kesabaran yang lebih dalam melakukan sesuatu hal dibanding dengan laki-laki, sehingga pasien akan merasa lebih diperhatikan dan merasa nyaman.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hartati (2012) yang mengatakan bahwa mayoritas *caregiver* yang merawat pasien stroke adalah perempuan yaitu sebanyak 79,5%. Hal ini dapat dikarenakan oleh berbagai macam faktor, salah satunya adalah norma dan budaya yang berlaku didalam masyarakat Indonesia.

5.1.1.3 Pendidikan

Berdasarkan pendidikan, mayoritas responden memiliki pendidikan SMA yaitu sebanyak 10 orang (34,5%), yang memiliki pendidikan SD sebanyak 8 orang (27,6%), yang memiliki pendidikan perguruan tinggi sebanyak 6 orang (20,7), yang memiliki pendidikan tidak tamat SD sebanyak 3 orang (10,3%), dan yang memiliki pendidikan SMP sebanyak 2 orang (6,9%).

Tingkat pendidikan menentukan seseorang untuk memiliki pengetahuan yang lebih luas, kemampuan dan keterampilan serta ketika petugas kesehatan menyampaikan pendidikan kesehatan terkait masalah kesehatan pasien, keluarga dapat memahami informasi yang diberikan yang nantinya bermanfaat untuk perawatan (Zahra, 2016). Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula menerima informasi dan pada akhirnya pengetahuan yang dimilikinya semakin banyak. Seseorang dengan pengetahuan yang tinggi cenderung memiliki persepsi positif terkait merawat anggota keluarga yang sakit, berbeda dengan pengetahuan yang rendah *caregiver* akan merasakan distres emosional terkait kurangnya pengetahuan dan ketidakpahaman terkait masalah yang dihadapi (Erwina, Gusty & Monalisa, 2016).

Menurut asumsi peneliti semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuannya akan semakin meningkat dan lebih mampu dalam menggunakan dan memilih fasilitas kesehatan yang tepat dalam mengobati dan merawat pasien stroke sehingga bisa mengurangi beban caregiver karena lebih cepat dan tepat dalam mendapatkan bantuan dari petugas kesehatan.

Penelitian ini didukung oleh penelitian Adianta dan Wardianti (2018) yang menemukan bahwa caregiver dengan tingkat pendidikan SD cenderung mengalami beban berat lebih banyak yaitu sejumlah 28 responden (27,5%), sedangkan pada pendidikan SMA mayoritas mengalami beban sedang yaitu sebanyak 18 responden (17,6%). Hal ini dapat diartikan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi menandakan adanya beban yang semakin ringan. Sebaliknya tingkat pendidikan yang rendah memiliki beban yang lebih tinggi.

5.1.1.4 Pekerjaan

Berdasarkan pekerjaan, mayoritas responden bekerja sebagai buruh/tani yaitu sebanyak 13 orang (44,8%), yang tidak bekerja sebanyak 9 orang (31,1%), yang bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 4 orang (13,8%), dan yang bekerja sebagai PNS/TNI/POLRI sebanyak 3 orang (10,3%).

Pekerjaan merupakan kegiatan yang menyita waktu sehingga pekerjaan mempunyai pengaruh terhadap keluarga dalam memberikan perawatan (Wawan & Dewi, 2011). *Caregiver* yang tidak bekerja cenderung memiliki beban ekonomi yang besar dan merasa kegiatannya dalam merawat pasien terasa membosankan, selain itu *caregiver* yang tidak bekerja akan memiliki kehidupan sosial yang terbatas dan memiliki anggapan peran yang berbeda dalam proses perawatan

sehingga beban yang dirasakan akan meningkat (Aruan & Sari, 2018). Berbeda dengan *caregiver* yang bekerja mereka memiliki kegiatan pengalihan disamping merawat pasien dan tentunya akan mendapatkan penghasilan sehingga akan mengurangi beban ekonomi dalam merawat anggota keluarga stroke.

Menurut asumsi peneliti pekerjaan memberikan dampak bagi *caregiver* dimana semakin banyak dan berat pekerjaannya maka beban *caregiver* akan semakin banyak sehingga kurang fokus dalam merawat penderita stroke, namun jika penderita stroke bisa menunjukkan sikap yang positif maka *caregiver* akan merasa bebannya berkurang dan lebih mengasahi penderita stroke.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri (2013) sebanyak 60,1% *caregiver* berstatus bekerja. Hal ini disebabkan karena *caregiver* mempunyai tanggung jawab untuk membiayai keluarganya khususnya dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan.

5.1.1.5 Perubahan Kepribadian Pasien Stroke

Berdasarkan hasil penelitian kepada 29 responden, perubahan kepribadian pasien stroke mayoritas mengalami perubahan yang positif yaitu sebanyak 19 orang (65,5%). Menurut analisa peneliti, responden mengalami perubahan positif karena adanya penerimaan diri yang baik dari responden dan juga dukungan yang bersifat positif dari *caregiver*.

Hurkock (2010) mengatakan bahwa individu yang menerima dirinya memiliki penilaian yang realistis tentang sumber daya yang dimilikinya, yang dikombinasikan dengan apresiasi atas dirinya secara keseluruhan. Artinya, individu itu memiliki kepastian akan standar dan teguh pada pendirian, serta

mempunyai penilaian yang realistik terhadap keterbatasannya tanpa mecela diri. Orang yang memiliki penerimaan diri yang baik tahu aset yang dimiliki dirinya dan bisa mengatasi cara mengelolanya. Selain itu sikap keluarga yang baik juga memberikan dampak positif pada perubahan kepribadian pasien stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian Abidin (2014) menyatakan bahwa ada hubungan keluarga dengan konsep diri pada pasien stroke. Keluarga pasien dapat meningkatkan dan memaksimalkan dukungannya kepada pasien stroke agar tidak terjadi gangguan konsep diri. Kartini, dkk (2013) menyatakan bahwa dukungan keluarga baik yang konsep dirinya positif sebanyak 30%.

Menurut asumsi peneliti perubahan positif yang terjadi pada penderita stroke disertai dengan motivasi dari semua anggota keluarga sehingga pasien merasa bahwa dirinya masih berarti dan berharga, begitu juga sebaliknya dengan penderita yang mengalami perubahan negatif kemungkinan karena minimnya dukungan dari keluarga.

Selain perubahan positif, dari hasil penelitian ada yang mengalami perubahan negatif sebanyak 10 orang (34,5%). Seseorang yang menderita stroke dapat mengalami gangguan fungsional. Gangguan-gangguan tersebut seperti *paralisis*, kelemahan, kesulitan, berbicara atau memahami, kesulitan menelan, dan hilangnya sebagian penglihatan di salah satu sisi. Kondisi tersebut tentunya akan menjadikan penerimaan diri penderita menjadi rendah. Penderita merasa tidak berharga karena kelemahannya, penderita tidak mampu menyelesaikan masalah sendiri karena kelemahannya, penderita tidak percaya diri menghadapi hidup karena lemah dan membutuhkan bantuan, penderita diselimuti ketakutan akan

sesuatu yang buruk terjadi seperti kelumpuhan total dan kematian, penderita merasa tidak bisa berpendapat karena menganggap dirinya memiliki kekurangan, lebih suka menyendiri karena tidak bisa kemana-mana, malu ketika bertemu dengan orang lain, ataupun merasa kondisinya menghambat dalam bekerja ataupun membantu menafkahi keluarga (Junaidi, 2011).

Hal ini sejalan dengan penelitian Kartini, dkk yang mengemukakan bahwa responden dari pasien stroke mengalami perubahan konsep diri negatif yang lebih besar dibanding konsep diri positif (Kartini dkk, 2013). Selain itu penelitian ini juga sejalan dengan Sawab, dkk yang menyatakan bahwa klien paska stroke merasakan kehilangan kemampuan fungsional karena penyakit yang mengubah citra tubuhnya sehingga membuat klien memiliki harapan yang negatif (Sawab dkk, 2015).

5.1.1.6 Tingkat Ansietas Caregiver

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat dari 29 responden, tingkat kecemasan *caregiver* mayoritas tidak ada kecemasan. yaitu sebanyak 14 orang (48,3%), *caregiver* dengan tingkat kecemasan ringan sebanyak 9 orang (31,9%), dan *caregiver* dengan tingkat kecemasan sedang sebanyak 6 orang (20,7%), dan 2 kategori kecemasan lainnya yaitu kecemasan berat dan kecemasan sangat berat tidak ada responden yang mengalami hal berikut yaitu 0 (0,0%).

Kesiapan *caregiver* dalam melakukan pengasuhan pada pasien stroke sehingga tingkat kecemasan rendah juga dipengaruhi oleh dukungan keluarga maupun dari orang-orang sekitar lainnya. Adanya dukungan orang-orang sekitar menjadikan *caregiver* lebih kuat, sehingga mampu dalam menjalani perannya.

Dukungan sosial dalam keluarga sangat diperlukan oleh *caregiver* agar dapat menjalankan aktivitasnya secara maksimal dengan meminimalisir potensi kecemasan atau stress yang muncul saat perawatan. *Caregiver* yang memiliki dukungan keluarga yang rendah mayoritas mengalami beban yang berat sebanyak 52,0%.

Menurut asumsi peneliti *caregiver* tidak mengalami kecemasan karena mereka sudah sangat siap menerima keadaan penderita stroke dan siap untuk melakukan perawatan yang terbaik, disertai dengan dukungan yang baik dari anggota keluarga lainnya.

Berdasarkan penelitian diatas sejalan dengan penelitian Hagedoorn (2019) dimana menyatakan bahwa pengasuh yang merasa siap untuk pengasuhan setelah anggota keluarga yang sakit keluar dari rumah sakit, ditemukan memiliki efek positif pada pasien dan keluarga. Efek positif tersebut berhubungan dengan berkurangnya rasa sakit, meningkatnya status kesehatan fungsional dan mental pasien. Selain itu, kualitas hidup *caregiver* menjadi lebih baik dan tingkat kecemasan serta beban pengasuh lebih rendah.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Khatimah (2018) yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan beban yang dialami *caregiver*, dan didapatkan nilai $r = -0,33$ menunjukkan hubungan korelasi negatif antara kedua variabel yang menunjukkan semakin tinggi dukungan keluarga yang diterima maka semakin rendah beban yang dirasakan *caregiver* stroke. Sebaliknya semakin rendah dukungan keluarga yang diterima maka semakin tinggi beban yang akan dirasakan.

5.2 Analisa Bivariat

5.2.1 Hubungan Perubahan Kepribadian Pasien Stroke dengan Ansietas Pada *Caregiver*

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh perubahan kepribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver* 29 responden menunjukkan responden dengan *caregiver* dengan tingkat kecemasan tidak ada, didapatkan perubahan negatif sebanyak 1 orang (3,5%) dan yang perubahan positif sebanyak 13 orang (44,8%). *Caregiver* dengan kecemasan ringan didapatkan perubahan kepribadian negatif pasien stroke sebanyak 4 orang (13,8%), dan yang mengalami perubahan positif sebanyak 5 orang (17,2%). *Caregiver* dengan kecemasan sedang didapatkan perubahan kepribadian negatif sebanyak 5 orang (17,2%) dan yang mengalami perubahan positif sebanyak 1 orang (3,5%).

Berdasarkan hasil dari presentasi diatas peneliti memberikan asumsi yaitu perubahan kepribadian pasien stroke mempengaruhi tingkat ansietas *caregiver*, dimana jika perubahan kepribadian pasien stroke cenderung pada hal-hal yang positif maka tingkat kecemasan *caregiver* rendah. Begitupun sebaliknya jika pasien stroke mengalami perubahan kepribadian yang negatif maka beban *caregiver* akan menjadi berat sehingga membuat tingkat ansietas *caregiver* menjadi meningkat.

Pada penderita stroke kebanyakan memang kurang menerima kondisi pada dirinya. Makna penerimaan diri yang dimaksud adalah suatu sikap penerimaan terhadap gambaran mengenai kenyataan diri dengan cara merefleksikan perasaan senang sehubungan dengan keyakinan diri sendiri. Namun, ada juga penderita

stroke yang mengalami perubahan positif karena telah menerima keadaannya. Penerimaan diri diwujudkan dalam bentuk memiliki perasaan sederajat dengan yang lain, percaya pada kemampuan diri, bertanggung jawab, orientasi diri positif, berpendirian, berpendirian, menyadari keterbatasan, menerima sifat kemanusiaan. (Aisyah, 2013).

Perubahan diri menjadi lebih positif karena penerimaan diri adalah sikap yang merupakan rasa puas pada kualitas dan bakat. Pengakuan akan keterbatasan diri ini tidak diikuti dengan perasaan malu ataupun bersalah. Individu ini akan menerima kodrat mereka apa adanya (Stuart, 2013). Dapat dikatakan bahwa perubahan positif pada diri pasien stroke akan membantu individu dalam menyesuaikan diri sehingga sifat-sifat dalam dirinya seimbang dan terintegrasi.

Caregiver penderita stroke adalah seseorang yang memberikan bantuan dan perawatan secara penuh baik yang dilakukan oleh tenaga ahli yang berbadan hukum maupun oleh kerabat terhadap orang yang mengalami penyakit kerusakan atau kematian jaringan otak yang menyebabkan tersumbatnya atau berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak (Fahrunnisa, 2018).

Terdapat dua faktor yang mempengaruhi kecemasan, yaitu faktor eksternal dan internal. Memberi dan lamanya melakukan perawatan Verma dkk (2011), karakteristik pasien seperti kerusakan kognitif, penurunan atau kehilangan fungsional kehidupan sehari-hari, dan perilaku gangguan menjadi beberapa faktor eksternal yang mempengaruhi *caregiver* mengalami kecemasan.

Penelitian juga menunjukkan bahwa kepribadian berhubungan dengan kecemasan (Middeldorp 2006, dalam Fahrunnisa, 2018). Selain kepribadian,

karakteristik *caregiver* menjadi faktor internal yang mempengaruhi kecemasan antara lain seperti jenis kelamin, pendidikan, status ekonomi, kurangnya hubungan dengan pasien, strategi koping, evaluasi diri yang negatif, buruknya keterampilan sosial dan perilaku penghindaran (Hopko dalam Bitsika et al, 2010).

Dari hasil analisa statistik pada penelitian ini, dengan menggunakan uji *Kolmogorov-smirnov*, diperoleh $p\text{-value} = 0,023 (<0,05)$, artinya ada hubungan perubahan kepribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Sihpeng Mandailing Natal tahun 2021.

Penelitian Astuti, et al (2013) tentang hubungan tingkat pengetahuan keluarga dengan tugas kesehatan keluarga dalam merawat lansia penderita diabetes mellitus di puskesmas Temon I Kulon Progo menyatakan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga dengan tugas kesehatan keluarga dalam merawat lansia penderita diabetes mellitus dengan hasil $p\text{ value} = 0,031 < 0,05$ melalui uji *rank spearman*.

Hal ini sejalan dengan penelitian Silaen et al (2008) tentang hubungan antara kepribadian pasca-stroke dengan ansietas dan depresi pada pengasuh menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara perubahan kepribadian dengan depresi dan ansietas pada pengasuh dengan nilai $p < 0,05$. Penelitian lain oleh Nurjannah & Setyopranoto (2018) tentang Determinan Beban Pengasuh Pasien Stroke Pasca Perawatan di Rumah Sakit di RSUD dr. Soerdian Mangun Suwarso, Wonogiri menyatakan bahwa hasil penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat 40,78% *caregiver* yang mengalami *burden*.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian tentang “Hubungan Perubahan Kepribadian Pasien Stroke Dengan Ansietas Pada *Caregiver* Di Wilayah Kerja Puskesmas Sihpeng Mandailing Natal Tahun 2021.” adalah sebagai berikut :

1. Karakteristik responden pada penelitian ini terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Berdasarkan umur responden mayoritas responden berumur 46-55 tahun sebanyak 8 orang (27,6%), jenis kelamin mayoritas perempuan sebanyak 20 orang (69,0%), pendidikan mayoritas SMA yaitu sebanyak 10 orang (34,5%), pekerjaan mayoritas sebagai buruh/tani yaitu sebanyak 13 orang (44,8%).
2. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh, perubahan kepribadian pasien stroke mayoritas mengalami perubahan yang positif yaitu sebanyak 19 orang (65,5%), dan yang mengalami perubahan negatif sebanyak 10 orang (34,5%).
3. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh, tingkat kecemasan *caregiver* mayoritas tidak ada kecemasan yaitu sebanyak 14 orang (48,3%), *caregiver* dengan tingkat kecemasan ringan sebanyak 9 orang (31,9%), dan *caregiver* dengan tingkat kecemasan sedang sebanyak 6 orang (20,7%), dan 2 kategori kecemasan lainnya yaitu kecemasan berat dan kecemasan sangat berat tidak ada responden yang mengalami hal berikut.
4. Berdasarkan hasil penelitian menggunakan uji statistik *Kolmogorov-smirnov* untuk mengetahui adanya hubungan perubahan kepribadian pasien stroke

dengan ansietas pada *caregiver* statistik dengan menggunakan uji *Kolmogorov-smirnov*, diperoleh $p\text{-value} = 0,023 (<0,05)$, artinya ada hubungan perubahan kepribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Sihpeng Mandailing Natal tahun 2021

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas tentang “Hubungan Perubahan Kepribadian Pasien Stroke Dengan Ansietas Pada *Caregiver* Di Wilayah Kerja Puskesmas Sihpeng Mandailing Natal Tahun 2021”, maka peneliti memberikan saran-saran sebagai berikut :

1. Bagi Responden

Diharapkan memberikan masukan pengetahuan kepada *caregiver* penderita stroke bahwa perubahan kepribadian pasien stroke mempengaruhi ansietas pada *caregiver* itu sendiri.

2. Bagi Tempat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan kesadaran dan wawasan bahwa ansietas *caregiver* dipengaruhi oleh perubahan kepribadian pasien stroke.

3. Bagi Masyarakat

Diharapan masyarakat mampu memahami bahwa adanya hubungan perubahan kepribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver*.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan penelitian ini sebagai referensi dan pertimbangan bagi peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian mendalam tentang perubahan kepribadian pasien stroke dengan ansietas pada *caregiver*.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin. (2014). *Peran Perawat Dalam Memenuhi Kebutuhan Nutrisi Pasien Kemoterapi Di Rumah Sakit Umum Daerah Banda Aceh Tahun 2014*. Aceh : Universitas Syiah Kuala.
- Adianta, I. K. A., & Wardianti, G. A. (2018). *Beban Keluarga Pada Penderita Diabetes*. Jurnal Riset Keperawatan.
- Affandi, I.G., dan Reggy, P. (2016). *Pengelolaan Tekanan Tinggi Intrakranial Pada Stroke*. Cermin Dunia Kedokteran-238.
- Aisyah. (2013). *Psychological Well Being Penyandang Gagal Ginjal*. Surabaya: IAIN Sunan Ampel Surabaya.
- Alliance, F.C. (2010). *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*.
- Alrasyid. (2011). *Unit Stroke : Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- American Psychological Association. (2017). *Anxiety*. Diakses pada tanggal 30 Januari 2021 dari www.apa.org/topics/anxiety.
- American Heart Association. (2014). *Heart Disease & Stroke Statistics-2014 Update*. Journal of the American Heart Association Circulation.
- Aruan, T. N. R., & Sari, S. P. (2018). *Gambaran Beban Ibu Sebagai Caregiver Anak Dengan Skizofrenia Di Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa*. Diakses pada tanggal 5 Agustus 2021 dari <http://eprints.undip.ac.id/63015/>.
- Astuti, S.I. (2013). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kestabilan Emosi Pada Penderita Pasca Stroke Di Rsud Unddata*. Universitas Muhammadiyah Surakarta : Fakultas Psikologi.
- Black, J., dan Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Dialih bahasakan oleh Nampira R. Jakarta : Salemba Emban Patria.

- Brunner, dan Suddarth. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Vol.2*. Jakarta : EGC.
- Daulay, N. (2010). *Analisis Kualitas Pelayanan Jasa Kesehatan Pada Puskesmas Desa Sihpeng Kecamatan Siabu Kabupaten Mandailing Natal*. Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam : IAIN Padangsidempuan.
- Eka, M. (2017). *Gambaran Tingkat Caregiver Burden Orang dengan Perubahan Masalah Pada Anggota Self-Help Group Online*. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Erwina, I., Gusty, R. P., & Monalisa. (2016). *Distress Emosional Pada Caregiver Perempuan Dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa*. Ners Jurnal Keperawatan.
- Fahrunnisah. (2018). *Strategi Coping Pada Caregiver Penderita Stroke*. Jurnal Psikologi Integratif.
- Family Caregiver Alliance. (2006). *Caregiver Health*. Diakses pada tanggal 28 Februari 2021 dari <https://www.caregiver.org/caregiver-health>.
- Fatmadona, R. (2013). *Aplikasi Modern Wound Care Pada Perawatan Luka Infeksi Di RS Pemerintah Kota Padang*. NERS Jurnal Keperawatan.
- Febria. (2019). *Dukungan Sosial dengan Kecemasan Pasien Stroke di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi*. Bukittinggi : Ejournal Sumbarprov.
- Firmawati, E. (2015). *Abstract Post Stroke Nursing Care [Abstrak]*. One Day Seminar: Stroke.
- Halter, M.J. (2014). *Varcarolis' Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*. Diakses pada tanggal 28 Februari 2021 dari <http://evolve.elsevier.com/Varcarolis>'.
- Hagedoorn. (2019). *Metode Riset Sosial*. Jakarta : Erlangga.
- Hartati, J. (2012). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Family Caregiver Dalam Merawat Penderita Paska Stroke Di Rumah Tahun 2012*. Jakarta : Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.

- Hung, et al. (2012). *Caregiving In The Illness Contaxt*. Paugale Ac. Millan : The British Library.
- Hurlock, E. B. (2010). *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan Alih Bahasa Istiwidayanti dkk. Edisi Kelima*. Jakarta : Erlangga.
- Hopko & Bitsika. (2010). *How Is Resilience Associated With Anxiety And Depression? Analysis Of Factor Score Interactions Within A Homogeneous Sample. The German Journal Of Psychiatry*. Australia : Brain & Behaviour Research Group, School of Social Sciences.
- Jiwo, T. (2012). *Anxiety (Kecemasan)*. Diakses pada tanggal 12 Februar 20201 dari <http://tirtojiwo.org/wpcontent/uploads/2012/06/kuliah-anxiety>.
- Junaidi. (2011). *Stroke Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta: Andi.
- Kartini, Murtiani, dan Ilyas, M. (2013). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perubahan Konsep Diri Pada Pasien Pasca Stroke Di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan*. Jurnal Kesehatan Ilmiah.
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementrian Kesehatan RI. (2015). *Info Data Pembinaan Kesehatan Olahraga Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2018). *Laporan Provinsi Sumatera Utara Riskesdas 2018*. Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan 2019.
- Khatimah, H. (2018). *Hubungan Antara Dukungan Deluarga Dengan Caregiver Burden Pada Family Caregiver Pasien Stroke*. Yogyakarta : Universitas Islam Indonesia.
- Lai & Thomson. (2011). *Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition From Inpatient Rehabilitation to Home*. The Gerontologist.

- LeMone, P., Burke, K.M., & Bauldoff, G. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (ed 5)*. Jakarta : EGC.
- McConnell & Riggs dalam Sheets & Gleason. (2010). *Additional evidence on equity ownership and corporate value*. Journal Of AS.
- Misgiyanto, & Susilawati. (2014). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Penderita Kanker Serviks Paliatif*. Universitas Diponegoro: Fakultas Kedokteran.
- National Medicines Information Centre. (2011). *The Management of Stroke*. Management of Stroke Bulletin.
- Merriam-Webster. (2011). *Search Engine Definition Merriam-Webster Online Dictionary*. Diakses pada tanggal 9 Februari 2021 dari <http://www.merriam-webster.com/dictionary/search%20engine>.
- National Stroke Association. (2016). *Post-Stroke Conditions*. Diakses tanggal 17 Februari 2021 dari <http://www.stroke.org/we-can-help/survivors/stroke-recovery/post-stroke-conditions>.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nuraenah, Mustikasari, & Putri, S. S. E. (2014). *Hubungan Dukungan Keluarga Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan Di RS Jiwa Islam*. Jurnal Keperawatan Jiwa.
- Nurjannah & Setyopranoto. (2018). *Determinan Beban Pengasuh Pasien Stroke Pasca Perawatan di Rumah Sakit di RSUD dr. Soerdian Mangun Suwarso*. Wonogiri : Jurnal.
- Nursalam. (2013). *Metodologi penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oxford Index. (2017). *To Explore Content From Oxford University Press*. Diakses pada tanggal 23 September 2021 dari <https://academic.oup.com/journals/pages/oxfordindex>.

- PERDOSSI. (2011). *Pedoman Penatalaksanaan Stroke*. Himpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia.
- Potter, Perry (2009). *Fundamental of Nursing: 7th Edition*. Singapura : Mosby Elsevier.
- Psychology Foundation of Australia. (2014). Diakses pada tanggal 27 Februari 2021 dari laman www2.psy.unsw.edu.au/dass.
- Psychological Tools. (2017). *Anxiety*. Diakses pada tanggal 9 Juli 2021 pada laman www.apa.org/topics/anxiety.
- Putri, Y. (2013). *Prediktor Beban Merawat Dan Tingkat Depresi Caregiver Dalam Merawat Lanjut Usia Dengan Demensia Di Masyarakat*. Jurnal Ners, 8(1).
- Putri, D.P., Konginan, A., Mardiana, N. (2014). *Korelasi Social Support Dengan Caregiver burden Pada Istri Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Dr Soetomo Surabaya*. Surabaya : Jurnal Psikiatri.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Rohardija, R., Komariah, M., & Dian, A. (2012). *Konsep Diri Pada Pasien Stroke Ringan di Poliklinik Saraf RSUD Sumedang*. Jurnal Jumantik.
- Sawab, dkk. (2015). *Pengalaman Keputusan Stroke Survivor di Kota Semarang*. Jurnal Ners.
- Sarifah, S. N. (2013). *Gambaran Tingkat Kecemasan Mahasiswa Keperawatan Saat Menghadapi Ujian Skill Lab Di Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah*. UIN Sarif Hidayatullah : Program Studi Ilmu Keperawatan.

- Sheets, C & Gleason, H. (2010). *Caregiver Support in the Veterans Health Administration: Caring for Those Who Care*. Journal of the American Society on Aging.
- Siegert, R.J., Jackson, D.M., Tennant, A., Turner-Stokes, L. (2010). *Factor Analysis and Rasch Analysis of The Zarit Burden Interview for Acquired Brain Injury Carer Research*. Journal of Rehabilitation Medicine.
- Silaen, B.M. (2008). *Majalah Kedokteran Nusantara: Hubungan antara Perubahan Kepribadian Pasca Stroke dengan Ansietas dan Depresi pada Pengasuh*. Medan : FK-USU.
- Silaen, Rambe & Nasution. (2011). *Prevalensi Stroke di Indonesia* . Sumatera Utara : USU.
- Stroke Forum. (2015). *Epidemiology Of Stroke*. Diakses tanggal 21 Februari 2021 dari: <http://www.strokeforum.com/stroke-background/epidemiology.html>.
- Stuart, G. W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart Buku 2 : Edisi Indonesia*. Singapore : Elseiver.
- Stone, et al. (2005). *Personality Change After Stroke : Some Preliminary Observations*. J Neural Neurosurg Psychiatry.
- Subroto. (2012). *Evaluasi Efektivitas Pelaksanaan Kepmenkes RI No.1204/Menkes/SK/10/2004 Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit di RSUD Jayapura*. Yogyakarta : IKM-UGM.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sylvia. (2009). *Faktor Penyebab Stroke*. Diakses pada tanggal 22 Februari 2021 dari <http://www.penyebab-stroke-ringan-dan-komplikasi-stroke.com/>.
- Tantono, S.H., Siregar, IMP, & Hazan, Z. (2016). *Beban Caregiver Lanjut Usia Suatu Survey terhadap Caregiver Lanjut Usia di beberapa Tempat Sekitar Kota Bandung*. Bandung : Majalah Psikiatri XL.

- Utami. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta : Salemba Medika.
- Verma, dkk (2011). *A Important Medicinal Plant: A Review*. Der. Pharmacia Sinica. Journal of Chemistry.
- Wardhana, W.A. (2011). *Strategi Mengatasi & Bangkit Dari Stroke*. Yogyakarta : Penerbit Pustaka Pelajar.
- WHO. (2010). *The World Health Report 2010*.
- WHO. (2015). *World Health Statistic Report 2015*. Geneva: World Health Organization.
- Wawan & Dewi M. (2011). *Teori Dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Manusi* Cetakan II. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Widarti, L., & Krisnawati. (2012). *Home Care Holistic Terhadap Perubahan Kecemasan Dan Depresi Pada Pasien Stroke Iskemik (Home Care Holistic On The Change Of Anxiety And Depression For The Patient With Stroke Ischemic)*. Jurnal Ners.
- William. (2007). *Psychiatric Mental Health Nursing (6th ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Zahra. (2016). *Metakognisi Siswa dalam Pemecahan Masalah*. Yogyakarta: CV Budi Utama.

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth. Responden
di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswi Program Studi Keperawatan Program Sarjana
Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan :

Nama : Aprilia Megawati Hutabarat

NIM : 17010092

Bermaksud akan melaksanakan penelitian tentang **“Hubungan Perubahan Keribadian Pasien Stroke Dengan Ansietas Pada Caregiver di Wilayah Kerja Puskesmas Sihpeng Mandailing Natal Tahun 2021”**. Adapun segala informasi yang saudara/i berikan akan dijamin kerahasiaanya, karena ini saudara/i bebas untuk mencantumkan nama atau tidak. Sehubungan dengan hal tersebut peneliti meminta ketersediaan saudara/i untuk menandatangani kolom di bawah.

Atas ketersediaan dan kerja samanya saya ucapkan teima kasih.

Responden

Peneliti

()

(Aprilia Megawati Hutabarat)

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah saya membaca dan mendengar penjelasan dari Saudari Aprilia Megawati Hutabarat yang akan melaksanakan penelitian dengan judul **“Hubungan Perubahan Keribadian Pasien Stroke Dengan Ansietas Pada Caregiver di Wilayah Kerja Puskesmas Sihepeng Mandailing Natal Tahun 2021”**, maka saya bersedia menjadi reponden penelitian dan berjanji untuk memberikan informasi dengan sebenar-benarnya dan sesuai dengan pengetahuan yang saya miliki.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Padangsidempuan, 2021

Yang memberi pernyataan,

()

KUESIONER

A. Kuesioner Data Demografi

- Inisial : _____
- Usia : _____ tahun
- Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
- Pendidikan : Tidak tamat SD
 Tamat SD
 Tamat SMP
 Tamat SMA
 Tamat Perguruan Tinggi
- Pekerjaan : Tidak bekerja
 IRT
 PNS/TNI/POLRI
 Wiraswasta/Karyawan swasta
 Buruh/tani/nelayan/peternak, dll

KUESIONER TINGKAT KECEMASAN PADA CAREGIVER

Kuesioner tingkat kecemasan *caregiver* pada penelitian ini diukur dengan menggunakan “*Hamilton Rating Scale For Anxiety (HARS)*” yang dikutip dari Nursalam (2013) untuk menilai tingkat ansietas *caregiver* penderita stroke.

Petunjuk Pengisian:

Pada tiap – tiap nomor, berilah tanda “√” pada kotak sebelah kiri sesuai dengan tanda atau gejala yang dirasakan setelah pemberian *discharge planning*. Pilihan boleh satu atau lebih dari satu, sesuai dengan gejala yang dirasakan responden.

Adapun cara penilaiannya adalah setiap item yang diobservasi diberi 4 tingkat skor, yaitu antara 1 sampai dengan 4, dengan kategori sebagai berikut :

- 0 = Tidak ada gejala sama sekali
- 1 = Satu dari gejala yang ada
- 2 = Sedang (separuh dari gejala yang ada)
- 3 = Berat (lebih dari ½ gejala yang ada)
- 4 = Sangat berat (semua gejala ada)

Penentuan derajat kecemasan dilakukan dengan cara menjumlahkan nilai skor dan 14 item dengan hasil sebagai berikut :

- < 14 : Tidak ada kecemasan
- 14-20 : Kecemasan ringan
- 21-27 : Kecemasan sedang
- 28-41 : Kecemasan berat

42-56 : Kecemasan sangat berat (Nursalam, 2013).

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas - Cemas - Firasat Buruk - Takut Akan Pikiran Sendiri - Mudah Tersinggung					
2	Ketegangan - Merasa Tegang - Lesu - Tak Bisa Istirahat Tenang - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah					
3	Ketakutan - Pada Gelap - Pada Orang Asing - Ditinggal Sendiri - Pada Binatang Besar - Pada Keramaian Lalu Lintas - Pada Kerumunan Orang Banyak					
4	Gangguan Tidur - Sukar Masuk Tidur - Terbangun Malam Hari - Tidak Nyenyak - Bangun dengan Lesu - Banyak Mimpi-Mimpi - Mimpi Buruk - Mimpi Menakutkan					
5	Gangguan Kecerdasan - Sukar Konsentrasi - Daya Ingat Buruk					
6	Perasaan Depresi - Hilangnya Minat - Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi - Sedih - Bangun Dini Hari - Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari					

7	<p>Gejala Somatik (Otot)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sakit dan Nyeri di Otot-Otot - Kaku - Kedutan Otot - Gigi Gemerutuk - Suara Tidak Stabil 					
8	<p>Gejala Somatik (Sensorik)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tinitus - Penglihatan Kabur - Muka Merah atau Pucat - Merasa Lemah - Perasaan ditusuk-Tusuk 					
9	<p>Gejala Kardiovaskuler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Takhikardia - Berdebar - Nyeri di Dada - Denyut Nadi Mengeras - Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan - Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap) 					
10	<p>Gejala Respiratori</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada - Perasaan Tercekik - Sering Menarik Napas - Napas Pendek/Sesak 					
11	<p>Gejala Gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sulit Menelan - Perut Melilit - Gangguan Pencernaan - Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan - Perasaan Terbakar di Perut - Rasa Penuh atau Kembang - Mual - Muntah - Buang Air Besar Lembek - Kehilangan Berat Badan - Sukar Buang Air Besar (Konstipasi) 					

12	Gejala Urogenital - Sering Buang Air Kecil - Tidak Dapat Menahan Air Seni - Amenorrhoe - Menorrhagia - Menjadi Dingin (Frigid) - Ejakulasi Praecoeks - Ereksi Hilang - Impotensi					
13	Gejala Otonom - Mulut Kering - Muka Merah - Mudah Berkeringat - Pusing, Sakit Kepala - Bulu-Bulu Berdiri					
14	Tingkah Laku Pada Wawancara - Gelisah - Tidak Tenang - Jari Gemetar - Kerut Kening - Muka Tegang - Tonus Otot Meningkat - Napas Pendek dan Cepat - Muka Merah					

Skor total

=

KUESIONER
PERUBAHAN KEPERIBADIAN PASIEN STROKE

Kuesioner perubahan kepribadian yang berisi tentang 30 item pernyataan yang menunjukkan perubahan positif dan negatif yang diadopsi dari penelitian Stone, et al (2005) yang berjudul “*Personality Change After Stroke: Some Preliminary Observations*”.

Petunjuk Pengisian:

Pada tiap-tiap item berilah tanda “√” pada kotak sebelah kiri, sesuai dengan perubahan pasien yang dirasakan oleh *caregiver*. Perubahan kepribadian dibagi menjadi 2 bagian yaitu positif dan negatif. Perubahan kepribadian positif terdiri dari 18 item dan perubahan kepribadian negatif terdiri dari 12 item. Pernyataan sikap positif yang dijawab ‘ya’ diberi nilai 1 sedangkan ‘tidak’ diberi nilai 0, sedangkan untuk pernyataan sikap negatif adalah kebalikannya yaitu yang mengisi ‘ya’ diberi nilai 0 dan yang ‘tidak’ diberi nilai 1. Dengan interpretasi hasil :

- Total skor 0-15 : Negatif
- Total skor 16-30 : Positif

No.	Karakteristik Perubahan Kepribadian	Ya	Tidak
Perubahan kepribadian “positif”			
1	Sabar		
2	Mampu		
3	Aktif		
4	Terkendali		
5	Mandiri		
6	Penuh semangat		
7	Percaya diri		
8	Mudah bergaul		

9	Stabil		
10	Normal		
11	Antusias		
12	Penuh Harapan		
13	Kooperatif		
14	Peduli		
15	Menarik		
16	Merendah		
17	Ramah		
18	Penampilan rapi		
Perubahan Kepribadian "negatif"			
19	Bosan		
20	Tidak bahagia		
21	Khawatir		
22	Frustrasi		
23	Tidak puas		
24	Pemarah		
25	Keterlaluan		
26	Cepat marah		
27	Agresif		
28	Suka menyendiri		
29	Tak berguna		
30	Tak berharga		

MASTER TABEL

No	Inisial	Umu r	Jenis Kelami n	Pendidika n	Pekerjaa n	Perubahan Kepribadia n (Skor)	Ansietas <i>Caregive</i> <i>r</i> (Skor)
1.	Ny.R	29	2	Perguruan Tinggi	1	20	9
2.	Tn.A	51	1	Tidak tamat SD	4	14	12
3.	Tn.A	21	1	SMA	1	22	5
4.	Ny.R	62	2	Perguruan Tinggi	2	24	8
5.	Ny.D	56	1	SD	4	13	15
6.	Ny.R	29	2	Perguruan Tinggi	3	22	13
7.	Ny.R	52	2	SMA	1	18	13
8.	Ny.N	80	2	Tidak tamat SD	1	20	16
9.	Ny.N	49	2	SD	4	19	14
10.	Ny.I	36	2	Perguruan Tinggi	1	19	15
11.	Ny.N	54	2	SD	1	22	15
12.	Tn.A	23	1	SMA	1	20	18
13.	Ny.M	67	2	Tidak tamat SD	1	15	23
14.	Ny.N	70	2	SD	4	21	21
15.	Ny.I	42	2	SD	4	26	5
16.	Tn.I	42	1	SMA	3	7	20
17.	Ny.C.	40	2	SMA	4	22	10
18.	Tn.R	28	1	SMA	4	23	5
19.	Ny.H	53	2	SD	4	8	23
20.	Ny. A	20	2	SMA	1	25	4
21.	Ny. R	40	2	SD	4	15	15
22.	Tn. R	52	1	Perguruan Tinggi	2	12	22
23.	NY.P	45	2	SMA	4	9	25
24.	Tn. R	38	1	SMA	3	18	12
25.	Ny. L	55	2	SD	4	20	13
26.	Ny. A	49	2	SMP	4	11	19
27.	Tn. A	26	1	SMA	3	23	9
28.	Ny. G	41	2	SMP	4	12	24
29.	Ny. N	57	2	Perguruan Tinggi	2	25	8

Keterangan :

Jenis Kelamin :

- 1 = Laki-laki
- 2 = Perempuan

Pekerjaan :

- 1 = Tidak bekerja
- 2 = PNS/TNI/POLRI
- 3 = Wiraswasta/karyawan swasta
- 4 = Buruh/tani/nelayan/peternak,dll

Perubahan Kepribadian Pasien Stroke :

- 1 = Perubahan Negatif (Skor 0-15)
- 2 = Perubahan Positif (Skor 16-30)

Kecemasan *Caregiver* :

- 1 = Tidak ada kecemasan (Skor <14)
- 2 = Kecemasan ringan (Skor 14-20)
- 3 = Kecemasan sedang (Skor 21-27)
- 4 = Kecemasan berat (Skor 28-41)
- 5 = Kecemasan sangat berat (Skor 42-56)

HASIL UJI SPSS

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 17-25	3	10.3	10.3	10.3
26-35	4	13.9	13.9	24.2
36-45	8	27.6	27.6	51.8
46-55	8	27.6	27.6	79.4
56-65	3	10.3	10.3	89.7
>65	3	10.3	10.3	100.0
Total	29	100.0	100.0	100.0

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	9	31,0	31,0	31,0
perempuan	20	69,0	69,0	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak tamat SD	3	10,3	10,3	10,3
SD	8	27,6	27,6	37,9
SMP	2	6,9	6,9	44,8
SMA	10	34,5	34,5	79,3
Perguruan Tinggi	6	20,7	20,7	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak bekerja	9	31,1	31,1	31,1
PNS/TNI/POLRI	3	10,3	10,3	41,4
Wiraswasta/Karyawan	4	13,8	13,8	55,2
Valid Swasta				
Buruh/tani/nelayan/peternak, dll	13	44,8	44,8	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Perubahan Kepriadian Pasien Stroke

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Negatif	10	34,5	34,5	34,5
Valid Positif	19	65,5	65,5	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Tingkat Ansietas Caregiver

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak ada kecemasan	14	48,3	48,3	48,3
Kecemasan ringan	9	31,0	31,0	79,3
Valid Kecemasan sedang	6	20,7	20,7	100,0
Kecemasan berat	0	0,0	0,0	100,0
Kecemasan sangat berat	0	0,0	0,0	100,0
Total	29	100,0	100,0	100,0

HUBUNGAN PERUBAHAN KEPRIBADIAN PASCA STROKE TERHADAP KECEMASAN CAREGIVER

Perubahan Kepriadian Pasien Stroke * Tingkat Ansietas Caregiver

Crosstabulation

			Tingkat Kecemasan Caregiver					Total
			Tidak ada kecemasan	Kecemasan ringan	Kecemasan sedang	Kecemasan berat	Kecemasan sangat berat	
Perubahan Kepriadian Pasien Stroke	Perubahan Negatif	Count	1	4	5	0	0	10
		Expected	4,8	3,1	2,1	0,0	0,0	10,0
Perubahan Positif	Perubahan Positif	Count	13	5	1	0	0	19
		Expected	9,2	5,9	3,9	0,0	0,0	19,0
Total		Count	14	9	6	0	0	29
		Expected	14,0	9,0	6,0	0,0	0,0	29,0

Uji Kolmogorov-Smirnov

Test Statistics^a

		Tingkat Kecemasan Caregiver
Most Extreme Differences	Absolute	,584
	Positive	,584
	Negative	,000
Kolmogorov-Smirnov Z		1,495
Asymp. Sig. (2-tailed)		,023

a. Grouping Variable: Perubahan Kepriadian Pasien Stroke

DOKUMENTASI KEGIATAN



