

Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial

SLOW STROKE BACK MASSAGE (SSBM) DAN KECEMASAN PASIEN STROKE

¹Amila, ²Evarina Sembiring

¹ Program Studi Ners, Universitas Sari Mutiara Indonesia

² Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Sari Mutiara Indonesia

email : mila_difa@yahoo.co.id

Abstrak

Ansietas dan depresi merupakan gangguan psikologis yang sering dialami pasien stroke fase akut yang dapat disebabkan oleh gangguan serebral atau merupakan reaksi psikologis. Salah satu intervensi keperawatan untuk menurunkan kecemasan adalah slow stroke back massage (SSBM). SSBM bermanfaat meningkatkan level dari serotonin, mengurangi efek psikis dari stres dan mengurangi resiko seperti hipertensi. Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh slow stroke back massage terhadap kecemasan pasien stroke. Desain penelitian adalah quasi experiment dengan pendekatan control group pre test post test pada 29 responden yang terbagi menjadi 15 orang kelompok kontrol dan 14 orang kelompok intervensi yang didapatkan melalui consecutive sampling. Kelompok intervensi diberikan slow stroke back massage setiap hari 10 menit selama 3 hari dan terapi anti hipertensi, sedangkan kelompok kontrol mendapat terapi anti hipertensi. Instrumen penelitian untuk menilai kecemasan menggunakan STAI. Hasil uji statistik Mann Whitneymenunjukkan tidak ada pengaruh SSBM terhadap kecemasan pasien stroke di RSUD Dr. Pirngadi Medan ($p>0.05$). Disarankan untuk melakukan penelitian lanjutan dengan membandingkan SSBM dan *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) terhadap kecemasan pasien stroke.

Kata kunci : *Slow stroke back massage, kecemasan, stroke*

1. PENDAHULUAN

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (defisit neurologik) akibat terhambatnya aliran darah ke otak secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, karena adanya perdarahan ataupun sumbatan pada bagian otak yang dapat menyebabkan kematian. Stroke umumnya dikenal dua macam yaitu stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak sedangkan stroke non hemoragik atau iskemik merupakan stroke yang terjadi jika aliran darah ke otak terhambat atau tersumbat (Junaidi, 2011).

Menurut *American Heart Association* (2010), stroke menyumbang sekitar satu dari setiap 18 kematian di Amerika Serikat pada tahun 2006. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013,

prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan adalah 12,1% (2013) sedang pada tahun 2018 prevalensi stroke berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan sebesar 10,9%, namun meningkat dibandingkan pada tahun 2007 yakni 8,3%. Berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan prevalensi stroke di Sumatera Utara didapatkan sebesar 6,6% tahun 2013 meningkat menjadi 9,7% tahun 2018. Selain itu diperkirakan sekitar 500.000 penduduk terkena stroke setiap tahunnya. Dari angka tersebut, 25% atau 125.000 orang diantaranya meninggal, dan sisanya cacat ringan hampir setiap hari (Pdpersi, 2010).

Stroke menyebabkan gangguan motorik, gangguan komunikasi verbal, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan gangguan psikologis serta disfungsi kandung kemih. Stroke dapat

Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial

menyisakan kelumpuhan, terutama pada sisi yang terkena, timbul nyeri, sublukasi pada bahu, pola jalan yang salah dan masih banyak kondisi yang perlu dievaluasi oleh perawat (Smeltzer & Bare, 2013). Orang yang telah mengalami serangan stroke lebih mudah terkena serangan ulang stroke dan dampaknya lebih parah dari serangan pertama dimana angka kematian dan kecacatan lebih tinggi (Amila, Sinaga, & Sembiring, 2019). Kondisi ini dapat menimbulkan terjadi stres bahkan depresi setelah terjadinya stroke, sehingga membutuhkan perawatan yang lama.

Pasien yang membutuhkan perawatan yang lama dapat mengalami berbagai respon psikologis. Pasien stroke memiliki perasaan negatif tentang diri mereka, penurunan aktivitas sosial, dan gangguan psikologis (Ellis & Horn, 2000). Selama dirawat di rumah sakit, pasien stroke mengalami stress atau gangguan psikologis dengan berbagai tingkatan. Keadaan ini dapat terjadi akibat gangguan aliran darah yang menurunkan sintesis monoamin sehingga menurunkan serotonin yang merupakan neurotransmitter untuk mempertahankan keadaan emosi tetap stabil (Cass, 2008).

Penurunan serotonin menyebabkan gangguan suasana hati, tidur dan nafsu makan (Schub & Caple, 2010). Gangguan suasana hati dimanifestasikan dengan marah, frustrasi, putus asa dan sering menyebabkan depresi (Green & King, 2007). Stres psikologis merupakan pengalaman yang sangat individual yang berkontribusi terhadap penyakit (Welch, 2008).

Insiden gangguan psikologis pada pasien stroke belum banyak dilaporkan. Ansietas dan depresi merupakan gangguan psikologis yang sering dialami pasien stroke fase akut yang dapat disebabkan oleh gangguan serebral atau merupakan reaksi psikologis. Dari 169 pasien stroke iskemik yang telah dirawat selama 3-7 hari, 26,4% pasien dilaporkan mengalami ansietas, 14,0% mengalami depresi dan

7,9% mengalami ansietas dan depresi. Kondisi kehidupan, skor MMSE <26 dan BI <90 memiliki hubungan yang signifikan dengan ansietas (Fure, Wyller, Engedal, & Thommessen, 2006).

Ketika pasien mengalami penyakit yang serius dapat menimbulkan berbagai reaksi psikologis seperti marah, ansietas atau berduka. Kondisi ini membutuhkan terapi psikologis dari tim yang memberikan perawatan pada pasien stroke. Bukan hanya psikolog yang memberikan terapi psikologis pada pasien, tetapi seluruh profesi yang terlibat dalam perawatan pasien stroke. Terapi psikologis dapat berupa edukasi, informasi, dukungan dan advokasi (Gurr, 2009). Jika reaksi ini berkepanjangan akan menghambat proses rehabilitasi (Gurr, 2009).

Salah satu terapi non farmakologis yang dapat digunakan untuk mengurangi gejala ansietas adalah terapi *massage* (Reif, Field, Krasnegor, Theakston, Hossain, Burman, 2000).

Massase merupakan salah satu terapi komplementer dalam praktik keperawatan (Mok & Woo, 2004). *Back massage* merupakan jenis *massage* yang sering dilakukan oleh perawat (Ollney, 2007). Salah satu jenis massase adalah *slow stroke back massage (SSBM)*. SSBM dalam praktik keperawatan berbeda dengan *massage* yang dilakukan pada terapi komplementer. SSBM merupakan jenis *Swedish massage* yang dikenal sebagai *effleurage* dengan menggunakan tekanan yang lemah dan agak lama (Harris & Richards, 2010).

Tujuan massase adalah menimbulkan relaksasi otot, merangsang peredaran darah dan drainase limfatik (Ollney, 2007), menurunkan nyeri, ansietas dan ketegangan (Bauer et al., 2010). Meskipun massase merupakan suatu intervensi keperawatan tradisional yang sudah dikenal cukup lama, namun terapi *massage* belum dilaksanakan di ruangan. Jenis *massage* yang aman digunakan dengan kontraindikasi yang sangat minim adalah

Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial

slow-stroke back massage (Harris & Richards, 2010).

Massasedapat menyebabkan relaksasi akibat stimulasi taktil jaringan tubuh yang menimbulkan respon neurohormonal kompleks di *hypothalamic-pituitary axis* (HPA) melalui lintasan sistem saraf pusat. Stimulasi didistribusikan melalui korteks, midbrain dan diinterpretasikan dengan respon relaksasi. Interpretasi positif stimulasi taktil dengan *slow-stroke back massage* meningkatkan sekresi kortikotropin dari HPA. Kortikotropin akan menurunkan sekresi hormon adrenokortikotropik dan kortisol sehingga terjadi relaksasi (Harris, 2009).

Stimulasi sensorik berulang saat massage akan merubah sirkuit neuron yang dapat mempengaruhi aktivitas sistem saraf otonom seperti tekanan darah. Selain mempengaruhi stimulasi sensorik, massasedapat mempengaruhi mekanisme psikologis seperti emosi dan respon perasaan selama massasediatu oleh sistem limbik yang memiliki koneksi yang dekat dengan sirkuit saraf otonom dan mengurangi aktivitas simpatis (Aourell, Skoog, Carleson, 2005).

Massase sama efektif dengan *progressive muscle relaxation* (PMR) dalam menurunkan ansietas pada hipertensi. Penelitian ini dilakukan terhadap 30 responden dengan rerata usia 51.6 tahun dan mendapatkan pengobatan yang bermacam-macam berupa *beta blocker*, *calcium channel blocker*, antikoagulan dan *ACE inhibitor*. Kedua kelompok melaporkan adanya penurunan ansietas, namun penurunan tingkat depresi hanya dilaporkan pada pasien yang mendapatkan terapi massase. (Reif, Field, Krasnegor, Theakston, Hossain, & Burman, 2000). Mekanisme *slow stroke back massage* yaitu meningkatkan relaksasi dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis sehingga terjadi vasodilatasi diameter arteriol (Cassar, 2004).

SSBM digambarkan oleh Elizabeth (1966, dalam Mok & Woo, 2004) merupakan tekanan ritme lambat dengan menggunakan tangan. Efektifitas massasedapat menyebabkan relaksasi yang dapat dinilai dengan tanda-tanda vital, perasaan yang dilaporkan oleh pasien ataupun menggunakan instrumen (Mok & Woo, 2004).

Indikator relaksasi sebagai tujuan dari *slow stroke back massage* adalah tekanan darah, denyut nadi, temperatur tangan dan respon verbal. Sedangkan indikator psikologis *slow-stroke back massage* adalah 20 pertanyaan menggunakan *Spielberger Self-Evaluation Questionnaire* (STAI) (Harris & Richards, 2010).

Hasil penelitian yang dilakukan Mok & Woo (2004) yang meneliti tentang pengaruh *slow-stroke back massage* (SSBM) terhadap ansietas dan nyeri bahu pada pasien stroke, dilaporkan bahwa SSBM 10 menit selama 3 hari berturut-turut dapat menurunkan persepsi nyeri dan ansietas.

Fenomena yang ditemukan dilapangan bahwa pada umumnya pasien stroke yang dirawat jarang melakukan latihan relaksasi. Perawat lebih berfokus kepada terapi farmakologi serta nonfarmakologi lainnya. Berdasarkan pengamatan peneliti di RSUD Dr. Pirngadi, SSBM belum pernah dilakukan oleh perawat sebagai terapi untuk menurunkan kecemasan pada pasien paska stroke, padahal SSBM adalah tindakan yang dapat dilakukan perawat dan SSBM merupakan salah satu tindakan yang telah diakui sebagai salah satu tindakan keperawatan dalam *Nursing Intervention Classification* (Dochtermen & Bulechek, 2004). Selain itu SSBM mudah dipelajari dapat diberikan oleh perawat dengan latihan rutin, cepat, biaya murah dan efektif untuk mengatasi berbagai gejala fisiologik dan psikologi.

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi pengaruh SSBM terhadap kecemasan pasien stroke di RSUD Dr. Pirngadi Medan.

Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial

2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

Black and Hawks (2009), mendefinisikan bahwa stroke adalah suatu kondisi yang digunakan untuk menjelaskan perubahan neurologik yang disebabkan oleh gangguan dalam sirkulasi darah ke bagian otak. Stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke iskemik dan hemoragik.

Berbagai faktor risiko terjadinya stroke seperti hipertensi, diabetes mellitus, kenaikan kadar kolesterol, merokok, pemakaian alcohol, penyakit jantung, diet dan nutrisi, aktivitas fisik, kegemukan dan *drug abuse*, usia, jenis kelamin, ras dan factor keturunan (Mackay & Mansyah 2004 dalam Lawrence, 2009); Iskandar, 2003; Lewis et al, 2007; Black & Hawks, 2009).

Dampak yang terjadi pada pasien stroke, seperti kehilangan motorik, gangguan komunikasi, persepsi, gangguan hubungan visual – spasial, kehilangan sensori, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik dan disfungsi kandung kemih (Smeltzer & Bare, 2002). Kondisi ini dapat menimbulkan terjadi stres bahkan depresi setelah terjadinya stroke, sehingga membutuhkan perawatan yang lama.

2.2 Kecemasan pada Stroke

Ansietas merupakan perasaan was-was atau khawatir atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman (*Community Mental Health Nursing*, 2006).

Ansietas dan depresi merupakan gangguan psikologis yang sering dialami pasien stroke fase akut yang dapat disebabkan oleh gangguan serebral atau merupakan reaksi psikologis. Selama dirawat di rumah sakit, pasien stroke mengalami stres atau gangguan psikologis dengan berbagai tingkatan. Keadaan ini dapat terjadi akibat gangguan aliran darah yang menurunkan sintesis monoamin sehingga menurunkan serotonin yang merupakan neurotransmitter untuk

mempertahankan keadaan emosi tetap stabil (Cass, 2008). Penurunan serotonin menyebabkan gangguan suasana hati, tidur dan nafsu makan (Schub & Caple, 2010). Gangguan suasana hati dimanifestasikan dengan marah, frustrasi, putus asa dan sering menyebabkan depresi (Green & King, 2007). Stres psikologis merupakan pengalaman yang sangat individual yang berkontribusi terhadap penyakit (Welch, 2008).

Dari 169 pasien stroke iskemik yang telah dirawat selama 3-7 hari, 26.4% pasien dilaporkan mengalami ansietas, 14.0% mengalami depresi dan 7.9% mengalami ansietas dan depresi. Kondisi kehidupan, skor MMSE <26 dan BI <90 memiliki hubungan yang signifikan dengan ansietas (Fure, Wyller, Engedal, & Thommessen, 2006).

2.3 Fisiologi Massase terhadap Kecemasan

Massasedapat menyebabkan relaksasi akibat stimulasi taktil jaringan tubuh yang menimbulkan respon neurohormonal kompleks di *hypothalamic-pituitary axis* (HPA) melalui lintasan sistem saraf pusat. Stimulasi didistribusikan melalui korteks, midbrain dan diinterpretasikan dengan respon relaksasi. Interpretasi positif stimulasi taktil dengan *slow-stroke back massage* meningkatkan sekresi kortikotropin dari HPA. Kortikotropin akan menurunkan sekresi hormon adrenokortikotropik dan kortisol sehingga terjadi relaksasi (Harris, 2009).

Stimulasi sensorik berulang saat massage akan merubah sirkuit neuron yang dapat mempengaruhi aktivitas sistem saraf otonom seperti tekanan darah. Selain mempengaruhi stimulasi sensorik, massasedapat mempengaruhi mekanisme psikologis seperti emosi dan respon perasaan selama massasediatu oleh sistem limbik yang memiliki koneksi yang dekat dengan sirkuit saraf otonom dan

Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial

mengurangi aktivitas simpatis (Aourell, Skoog, Carleson, 2005).

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *quasi eksperimental* dengan pendekatan *control group pre testpost test design* dengan jumlah sampel 15 kontrol dan 14 intervensi yang ditetapkan dengan *conseutive sampling*. Kelompok intervensi diberikan *slow stroke back massage* dan terapi antihipertensi, sedangkan kelompok kontrol mendapat terapi antihipertensi.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah : stroke iskemik dan stroke hemoragik, kesadaran komposmentis dan bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah : mengalami peningkatan tekanan intrakranial (adanya muntah proyektil, pusing, tekanan darah tidak stabil, penurunan kesadaran), perburukan kondisi, pasien mengalami gangguan penyakit kulit atau penyakit keganasan pada tulang belakang, luka/cedera tulang belakang dan gangguan kognitif berat.

Instrumen untuk mengukur kecemasan menggunakan STAI (*State Treat Anxiety Inventory*) yang terdiri dari 20 item dan telah dikembangkan oleh Spielbedger et al. Skor STAI berada pada rentang 20 – 80, bila lebih tinggi menunjukkan kecemasan yang lebih tinggi (Tilton, 2008). STAI merupakan kuesioner yang valid dan reliabel dan telah digunakan oleh beberapa peneliti untuk mengukur kecemasan.

SSBM digambarkan oleh Elizabeth (1966 dalam Mok & Woo, 2004) menggunakan teknik *effleurage* yang merupakan tekanan ritme lambat dengan menggunakan tangan. Prosedur SSBM adalah: pasien dalam posisi duduk, atau membungkuk dengan menggunakan bantal, atau tidur dengan posisi *prone*; letakkan kedua tangan di atas bahu, tempatkan ibu jari di bawah dasar tengkorak, buat gerakan sirkuler di leher bagian atas; tempatkan 1 tangan di dasar

tengkorak, tekan lembut ke bawah pada tulang belakang mencapai pinggang diikuti oleh tangan yang kedua dan tangan pertama kembali ke dasar tengkorak; tempatkan tangan di sisi leher di bawah telinga, tekan lembut ke bawah dan ibu jari melewati bahu; tempatkan kedua ibu jari di sisi tulang belakang dimulai dari bahu dan gerakkan ibu jari ke bawah sampai pinggang. Ulangi beberapa kali; terakhir letakkan telapak tangan disisi leher tekan lembut kebawah ke arah bahu, kemudian di bagian belakang dekat tulang belakang, lakukan beberapa kali. Kelompok intervensi diberikan kombinasi SSBM dan terapi antihipertensi. Pelaksanaan SSBM dilakukan selama 3 hari berturut – turut dalam waktu 10 menit pada jam 18.00 untuk mecegah efek obat antihipertensi. SSBM dilakukan 1 kali sehari. Peneliti melakukan pengukuran kecemasan responden menggunakan kuesioner STAI. Data ini digunakan sebagai *pretest*. Evaluasi pada kelompok intervensi dilakukan 5 menit setelah terapi masase dilakukan. Setelah massase diberikan selama 3 hari, dilakukan pengukuran kecemasan responden. Data ini digunakan sebagai *posttest*

Pada kelompok kontrol hanya diberikan terapi antihipertensi. Peneliti melakukan pengukuran kecemasan responden. Data ini digunakan sebagai *pretest*. Pada kelompok kontrol tidak diberikan SSBM. Setelah 3 hari, dilakukan pengukuran kembali kecemasan responden. Data ini sebagai *posttest*. Pada hari ke 3 pasien juga diberikan terapi massase untuk memberikan keadilan pada kelompok kontrol.

Pelaksanaan penelitian dilakukan setelah mendapat izin penelitian tertulis dari Kepala bidang diklat RSUD Pirngadi Medan. Penelitian dilakukan dengan menekankan masalah etika dengan memperhatikan aspek–aspek *self determination, privacy and anonymity, benefience, malefience, justice*.

Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial

Analisa data yang digunakan adalah uji *Mann Whitney* untuk mengetahui perbedaan kecemasan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi karena data tidak berdistribusi normal.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil analisis tabel 1 didapatkan data seluruh responden memiliki stroke iskemik yaitu 29 orang (100%). Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin sebagian besar responden memiliki jenis kelamin laki-laki yaitu 23 orang (79.31%). Berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar responden memiliki pendidikan SMA yaitu 19 orang (65.52%). Berdasarkan frekuensi serangan stroke, menunjukkan bahwa dari 29 orang responden, sebagian besar responden mengalami serangan stroke pertama yaitu 24 orang (82.76%).

Berdasarkan hasil analisis tabel 2 didapatkan rata-rata usia kelompok kontrol adalah 54,07 (SD = 11,87) dengan usia terendah adalah 34 tahun dan usia tertinggi

adalah 72 tahun. Rata-rata usia kelompok intervensi adalah 55,71 (SD = 9,659) dengan usia terendah adalah 41 tahun dan usia tertinggi adalah 75 tahun. Rata-rata tingkat kecemasan kelompok kontrol adalah 53,33 (SD = 5,273) dengan tingkat kecemasan terendah adalah 48 dan tertinggi adalah 65. Rata-rata tingkat kecemasan kelompok intervensi adalah 57,86 (SD = 8,734) dengan tingkat kecemasan terendah adalah 48 dan tertinggi 76.

Berdasarkan hasil analisis tabel 3 didapatkan rata-rata tingkat kecemasan sebelum intervensi pada kelompok kontrol adalah 55,27 (SD = 6,442) dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol adalah 53,33 (SD = 5,273). Rata-rata tingkat kecemasan sebelum intervensi pada kelompok intervensi adalah 58 (SD = 7,686) dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi adalah 57,86 (SD = 8,734). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada pengaruh kecemasan sebelum dan sesudah intervensi selama 3 hari, baik pada kelompok kontrol maupun intervensi.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Stroke, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Jumlah Serangan Stroke di RSUD Dr. Pirngadi Medan

Variabel	Kontrol (n=15)		Intervensi (n=14)		Total	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Jenis Stroke						
Iskemik	15	100	14	100	29	100
Total						
Jenis Kelamin						
Laki-laki	12	80.0	11	78.6	23	79.31
Perempuan	3	20.0	3	21.4	6	20.69
Total						
Tingkat Pendidikan						
SD	-	-	1	7.1	1	3.45
SMP	4	26.7	1	7.1	5	17.24
SMA	9	60.0	10	71.4	19	65.52
PT	2	13.3	2	14.3	4	13.79
Total						
Jumlah Serangan Stroke						
Serangan Pertama	12	80.0	12	85.7	24	82.76
Serangan Kedua dan Seterusnya	3	20.0	2	14.3	5	17.24

Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial

Total	15	100	14	100	29	100
-------	----	-----	----	-----	----	-----

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Tingkat Kecemasan Pasien Stroke di RSUD Dr. Pingadi Medan (n= 29)

Variabel	N	Mean	SD	Min.	Mak.	95% CI
Umur						
Kontrol	15	54,07	11,871	34	72	47,49 – 60,64
Intervensi	14	55,71	9,659	41	75	50,14 – 61,29
Tingkat Kecemasan						
Kontrol	15	53,33	5,273	48	65	50,41 – 56,25
Intervensi	14	57,86	8,734	48	76	52,81 – 62,90

Tabel 3. Hasil Analisis Perbandingan Tingkat Kecemasan Sebelum dan Sesudah diberikan SSBM Antara Kelompok Kontrol dan Intervensi Pada Pasien Stroke

Variabel	N	Mean	SD	SE	p value
Kontrol					
Tingkat Kecemasan Sebelum Intervensi	15	55,27	6,442	1,663	0,074
Tingkat Kecemasan Sesudah Intervensi	15	53,33	5,273	1,362	
Intervensi					
Tingkat Kecemasan Sebelum Intervensi	14	58,00	7,686	2,054	0,894
Tingkat Kecemasan Sesudah Intervensi	14	57,86	8,734	2,334	

3.2 Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada pengaruh kecemasan sebelum dan sesudah intervensi selama 3 hari, baik pada kelompok kontrol maupun intervensi.

Masih meningkatnya kecemasan pada pasien stroke dapat disebabkan karena pasien hipertensi merupakan faktor utama stroke (Misbach, 2011, Black & Hawks, 2009). Menurut Pinto & Caple, (2010), bahwa sekitar 70% pasien stroke mengalami peningkatan tekanan darah.

Dari 169 pasien stroke iskemik yang telah dirawat selama 3-7 hari, 26.4% pasien dilaporkan mengalami ansietas, 14.0% mengalami depresi dan 7.9% mengalami ansietas dan depresi. Kondisi kehidupan, skor MMSE <26 dan BI <90 memiliki hubungan yang signifikan dengan ansietas (Fure, Wyller, Engedal, & Thommessen, 2006).

Hasil observasi didapatkan pasien suka melamun, kadang-kadang menangis, merasa tidak berdaya dan tidak berguna

dengan penyakitnya. Kortisol dan katekolamin merupakan hormon yang dilepaskan sebagai respon stress yang berhubungan dengan ansietas dan memiliki korelasi positif dengan tekanan darah.

Meskipun pasien mengalami peningkatan kecemasan, namun skor ansietas tidak ada yang melebihi 80. Skor STAI berada pada rentang 20 – 80, bila lebih tinggi menunjukkan kecemasan yang lebih tinggi (Tilton, 2008). Kondisi kehidupan, fungsi kognitif dan ketidakmampuan fungsional mempunyai hubungan yang signifikan dengan ansietas (Fure, Wyller, Engedal & Thommessen, 2006).

Walaupun secara statistik tidak ada hubungan signifikan antara SSBM dengan kecemasan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, namun responden melaporkan lebih rileks setelah dilakukan *back massage*. *Back massage* merupakan tindakan non invasif yang efektif untuk

Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial

meningkatkan relaksasi dan komunikasi dengan pasien (Fraser & Kerr, 1993).

Menurut Kaplan dan Saddock (1998) serta Tarwoto dan Wartonah (2003) faktor yang mempengaruhi ansietas adalah potensi stressor, maturitas, status pendidikan, keadaan fisik, tipe kepribadian, lingkungan atau situasi, umur dan jenis kelamin.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan tidak ada pengaruh SSBM dengan kecemasan pasien stroke di Ruang Neurologi RSUD Dr. Pirngadi Medan. Perlu dilakukan penelitian selanjutnya dengan jumlah sampel yang lebih besar dan membandingkan efektifitas SSBM dengan *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) dalam menurunkan kecemasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amila, A., Sinaga, J., & Sembiring, E. (2019). Pencegahan Stroke Berulang Melalui Pemberdayaan Keluarga Dan Modifikasi Gaya Hidup. *Jurnal Abdimas*, 22(2), 143-150.
- Aourell, M., Skoog, M., Carleson, J. (2005). Effects of Swedish massage on blood pressure. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11, 242-246.
- Bauer, B. A., Cutshall, S. M., Wentworth, L. J., Engen, D., Messner, P., Wood, C. M., et al. (2010). Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension after cardiac surgery: A randomized study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16, 70-75.
- Davis, G. (2006). Blood pressure: anatomy and physiology in relation to drug therapies. *Nurse Prescribing*, 4 (9), 358-364.
- Fraser J & Kerr J. (1993). Psychophysiological effects of back massage on elderly institutionalized patients. *Journal of Advanced Nursing* 18, 238-245.
- Fure, B., Wyller, T. B., Engedal, K., & Thommessen, B. (2006). Emosional symptoms in acute ischemic stroke. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21, 382-387.
- Harris, M. (2009). The effects of slow-stroke back massage on the sleep of persons with dementia in the nursing home: A pilot study. *Dissertation*, UMI Microform 3357546.
- Harris, M., & Richards, K. C. (2010). The physiological and psychological effect of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 917-926.
- Holland, B., Marie, E., & Pokorny. (2001). *Slow stroke back massage: its effect on patients in a rehabilitation setting*. Rehabilitation Nursing. Volume 26. Issue 5 182-186.
- Iskandar, J. (2011). Stroke waspadai ancamannya. *Yogyakarta: Cv andi offset*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013. *Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Diakses dari: <https://www.kemkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Hasil Utama Laporan Riskesdas 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diakses dari: <https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-riskesdas-2018.pdf>
- Lewis., Heitkemper., Dirksen., Camera., & Bucher. (2011). *Medical surgical nursing*. (8th ed.). St.Louis : Missouri.Mosby-Year Book, Incorporation.
- Meek, S. S. (1993). Effects of slow stroke back massage on relaxation in hospice

Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial

- clients. *Journal of Nursing Scholarship*, 25 (1), 17-21.
- Muttaqin, A. (2009). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi*. Jakarta : Salemba Medika.
- Mok, E., & Wo, C. P. (2004). The effects of slow-stroke back massage on anxiety and soulder pain in elderly stroke patients. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 10, 209-216.
- Olney, CM. (2007). Back massage: Long term effects and dosage determination for persons with pre-hypertension and hypertension. *Theses and Dissertations*, Paper 2307.
- Pdpersi (2010). *Stroke peringkat pertama penyebab Kematian di Indonesia*. http://www.pdpersi.co.id/?show=detail_news&kode=5621&tbl=cakrawaladipe roleh tanggal 20 Mei 2013.
- Pinto, S., & Caple, C. (2010). *Stroke : risk and protective factors*. Glendale, California : Information System.
- Reif, M. H., Field, T., Krasnegor, J., Theakston, H., Hossain, Z., & Burman, I. (2000). High blood pressure and associated symptoms were reduced by massage therapy. *Journal of body work and movement therapies*, 4 (1), 31-38.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8 Volume 2. Jakarta : EGC
- Soertidewi & Jannis. (2011). *Unit stroke. Manajemen stroke secara komprehensif*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Welch, R. (2008). Considering the psychological effects of stroke. *British Journal of Healthcare Assistants*, 02 (07), 335-338.