



SERTIFIKAT

Diberikan Kepada :

Dr.Tjipto Susana, Psikolog
Atas Kontribusinya Sebagai
Penulis

Buku Penatalaksanaan Psikologi Medis

ISBN : 978-623-236-183-6 (no. jil. lengkap)

ISBN : 978-623-236-184-3 (jil.1)

Dengan Judul : Gangguan Tic (Tic Disorder) Pada Pasien Pasca-Stroke

18 September 2021

Dra. Dian Kristyawati, M.Si., Psikolog
Ketua KOPPSI

PENATALAKSANAAN PSIKOLOGI MEDIS

PENATALAKSANAAN PSIKOLOGI MEDIS

Jilid 1

EDITOR :

**Prof. Dr. Juke Roosjati Siregar, M.Pd., Psikolog | dr. Monika Diaz Kristyaninda
Dian Kristyawati Habsara, Dra. M.Si., Psikolog | Widya Risnawaty, M.Psi., Psikolog
Denrich Suryadi, M.Psi., Psikolog | Phebe Illenia Suryadinata, M.Psi., Psikolog**



PUSTAKA PELAJAR

PENATALAKSANAAN PSIKOLOGI MEDIS

JILID 1

Hak cipta dilindungi Undang-undang. Tidak ada bagian dari buku ini yang dapat dicetak ulang atau direproduksi atau digunakan dalam bentuk apapun atau dengan cara elektronik, mekanis, atau lainnya, yang saat ini diketahui atau setelahnya diciptakan termasuk memfotokopi dan merekam, atau menyimpan atau mengambil informasi apapun.

Cetakan Pertama • **Agustus 2021**

Senior Editor • **Prof. Dr. Juke Roosjati Siregar, M.Pd., Psikolog**

Editor • **Dian Kristyawati Habsara, Dra. M.Si., Psikolog**

Widya Risnawaty, M.Psi., Psikolog

Denrich Suryadi, M.Psi., Psikolog

Phebe Illenia Suryadinata, M.Psi., Psikolog

dr. Monika Diaz Kristyaninda

Perwajahan Buku • **Jendro**

Sampul Depan • **Riyanto**

Pracetak • **Riyanto**

Diterbitkan oleh

PUSTAKA PELAJAR

Celeban Timur UH III/548 Yogyakarta 55167

Telp. [0274] 381542 Faks. [0274] 383083

E-mail: pustakapelajar@yahoo.com

Website: pustakapelajar.co.id

ISBN: **978-623-236-183-6 (no. jil. lengkap)**
978-623-236-184-3 (jil. 1)

PENATALAKSANAAN PSIKOLOGI MEDIS

JILID 1

Hak cipta dilindungi Undang-undang. Tidak ada bagian dari buku ini yang dapat dicetak ulang atau direproduksi atau digunakan dalam bentuk apapun atau dengan cara elektronik, mekanis, atau lainnya, yang saat ini diketahui atau setelahnya diciptakan termasuk memfotokopi dan merekam, atau menyimpan atau mengambil informasi apapun.

Cetakan Pertama • **Agustus 2021**

Senior Editor • **Prof. Dr. Juke Roosjati Siregar, M.Pd., Psikolog**

Editor • **Dian Kristyawati Habsara, Dra. M.Si., Psikolog**

Widya Risnawaty, M.Psi., Psikolog

Denrich Suryadi, M.Psi., Psikolog

Phebe Illenia Suryadinata, M.Psi., Psikolog

dr. Monika Diaz Kristyaninda

Perwajahan Buku • **Jendro**

Sampul Depan • **Riyanto**

Pracetak • **Riyanto**

Diterbitkan oleh

PUSTAKA PELAJAR

Celeban Timur UH III/548 Yogyakarta 55167

Telp. [0274] 381542 Faks. [0274] 383083

E-mail: pustakapelajar@yahoo.com

Website: pustakapelajar.co.id

ISBN: **978-623-236-183-6 (no. jil. lengkap)**
978-623-236-184-3 (jil. 1)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, di tengah pandemi Covid-19 dan di tengah kesibukan para psikolog klinis bertugas sebagai tenaga kesehatan, semangat untuk menyusun buku Penatalaksanaan Psikologi Medis ini tidak surut. Didukung oleh para Psikolog klinis dari seluruh wilayah Indonesia yang berperan sebagai kontributor, maka buku Penatalaksanaan Psikologi Medis ini dapat terwujud.

Seperti kita ketahui bahwa seorang yang sakit fisik juga akan terganggu keadaan psikologisnya, karena adanya hubungan resiprokal antara aspek fisik dan mental. Untuk itu disamping perawatan medis seorang pasien diperlukan pendampingan psikolog klinis dalam membantu pemulihan kesehatan fisik dan mentalnya, apalagi jika mengingat kondisi fisik seseorang yang mengalami sakit, rentan menimbulkan gangguan psikologis sehingga akan mempengaruhi kesembuhan, menghambat proses pengobatan, mengganggu kegiatan sehari-hari dan kualitas hidup kurang optimal

Penerapan psikologi pada setting praktik medis, diharapkan dapat membantu mengatasi gangguan psikologis yang muncul menyertai diagnosa medis, membantu penerimaan pasien akan penyakitnya dan mempersiapkan diri pasien dalam menghadapi tindakan medis, serta meningkatkan kerja sama antara pasien, dokter dan tim tenaga kesehatan lain selama proses pengobatan.

Buku ini merupakan kumpulan tatalaksana diagnosa gangguan psikologis yang muncul menyertai diagnosis medis. Sistematika penyusunan masing-masing diagnosa menggunakan bahasa yang mudah dipahami, praktis dan berisi tahap-tahap intervensi pada setiap gangguan psikologis yang menyertai diagnosis medis, sehingga buku ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi pada penanganan kasus keseharian praktik layanan psikologi para rekan sejawat di fasilitas pelayanan kesehatan.

Buku Penatalaksanaan Psikologi Medis edisi pertama ini terdiri dari 2 jilid yang berisi 17 bab, disusun berdasarkan pengelompokan masing-masing topik diagnosis Medis. Sebagai upaya peningkatan kualitas buku ini, kami membuka kesempatan bagi para pembaca, terutama rekan sejawat, untuk memberikan masukan berupa tulisan yang dapat dikirimkan melalui surel ke : penulisbukupsi@gmail.com.

Terwujudnya buku ini tidak lepas dari kemauan dan komitmen dari para penulis sebanyak 86 orang juga para guru dan sejawat yang terlibat. Meskipun tidak mudah

menyusun buku di tengah kesibukan para penulis bekerja dan berpraktek, namun karena keinginan untuk memberikan sumbangsih pada dunia psikologi, khususnya praktik layanan psikologi di fasilitas pelayanan kesehatan, maka semangat untuk menyelesaikan buku ini tetap menyala. Untuk itu, editor mengucapkan terimakasih tak terhingga kepada para sejawat yang telah bersedia menjadi kontributor dan teristimewa kepada guru kami sang *ghost editor* yang sudah bersedia membaca dan memberikan masukan secara detil pada buku ini, juga kepada ibu Naftalia Kusumawardhani, S.Psi, M.Si, Psikolog, serta berbagai pihak yang telah membantu hingga buku ini dapat diterbitkan. Akhir kata, kami mengucapkan selamat membaca, selamat belajar dan selamat menjalin kerjasama dengan tenaga kesehatan yang bertugas di ranah layanan kesehatan. Semoga buku ini bermanfaat.

Surakarta, Agustus 2021

Ketua Editor,

Dian Kristyawati Habsara Dra, M.Si, Psikolog

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR_____v

DAFTAR ISI_____vii

BAB I

GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA CEREBRAL PALSY_____1

- 1.1 Gangguan Perkembangan Koordinasi (*Developmental Coordination Disorder*)
Pada *Cerebral Palsy*
Delfian Tri Bandoro, M. Psi., Psikolog_____3
- 1.2 Disabilitas Intelektual (*Intellectual Disability*) Pada *Cerebral Palsy*
Widya Risnawaty, M.Psi., Psikolog_____12
- 1.3 Keterlambatan Perkembangan Global (*Global Developmental Delay*)
Pada *Cerebral Palsy*
Margaretha Lina Wahyu Wulansari, S.Psi, M.Psi., Psikolog_____20
- 1.4 Gangguan Bahasa (*Language Disorder*) Pada *Cerebral Palsy*
Noverita Siboro, S.Psi., M.Psi., Psikolog_____28

BAB II

GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA DOWN SYNDROM_____37

- 2.1 Keterlambatan Perkembangan Global (*Global Developmental Delay*) Pada *Down Syndrome*
Eviani Zuhrida, S.Psi.,M.Psi.,Psikolog_____39
- 2.2 Disabilitas Intelektual (*Intellectual Disability*) Pada Anak Dengan *Down Syndrom*
Utami Trie Wahyuni, S.Psi, M.Psi, Psikolog_____49
- 2.3 Gangguan Disleksia (*Dyslexia Disorder*) Pada Anak Dengan *Down Syndrome*
Arum Widinugraheni,M.Psi.,Psikolog_____60
- 2.4 Gangguan Tics (*Tics Disorder*) Pada *Down Syndrom*
Etik Dwi Wulandari, M.Psi., Psikolog_____66

BAB III

GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA EPILEPSI_____75

- 3.1 Disabilitas Intelektual (*Intellectual Disability*) Pada Anak Dengan Epilepsi
Ratna Wilis, S.Psi,Psikolog_____77

- 3.2 Gangguan Kecemasan Sosial (*Social Anxiety Disorder*) Pada Epilepsi
Giyati, S.Psi., M.Psi., Psikolog_____87
- 3.3 Gangguan Belajar Spesifik (*Spesific Learning Disorder*) Pada Epilepsi
Gusti Noor Ermawati, S.Psi, Psikolog_____97
- 3.4 Insomnia Pada Epilepsi
Feriliana, S.Psi., Psikolog_____106
- 3.5 Gangguan Delusi (*Delusional Disorder*) Pada Epilepsi
Murtiningtyas, S.Psi., M.Psi., Psikolog_____115
- 3.6 Gangguan Psikotik Singkat (*Brief Psychotic Disorder*) Pada Epilepsi
Anrilia Ema M. Ningdyah, Ph.D., Psikolog_____123

BAB IV

GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA PASCA STROKE_____133

- 4.1 Gangguan Depresi Major-Single Episode (*Major Depressive Disorder-Single Episode*) Pada Pasca Stroke
Ellyne Rizky, S.Psi., Psikolog_____135
- 4.2 Gangguan Demensia (*Dementia Disorder*) Pada Pasien Pasca Stroke
Noor Aidha, S.Psi., Psikolog_____145
- 4.3 Gangguan Gerakan Stereotip (*Stereotypic Movement Disorder*) Pada Pasien Stroke
Ismi Niara Bina, S.Psi., M.Psi., Psikolog_____153
- 4.4 Gangguan Tic (*Tic Disorder*) Pada Pasien Pasca-Stroke
Dr.Tjipto Susana, Psikolog_____162
- 4.5 Gangguan Kecemasan Menyeluruh (*Generealized Aanxiety Disorder*) Pada Pasca Stroke
Ratna Kurniasari, M.Psi.,Psikolog_____173
- 4.6 Gangguan Penyesuaian (*Adjustment Disorder*)Pada Pasien Stroke
Agustina Dwi Rahmawati, S.Psi., M.Psi., Psikolog_____183

BAB V

GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA KASUS ORTOPEDI_____189

- 5.1 Gangguan Stres Pasca Trauma (*Posttraumatic Stress Disorder*) Pada *Multiple Fracture* Pasca Kecelakaan Lalu Lintas
Arif Budi Setiawan, S. Psi., M. Psi., Psikolog_____191

- 5.2 Gangguan Kecemasan Akibat Kondisi Medis Lain (*Anxiety Disorder Due To Another Medical Condition*) Pada Pasien Osteosarcoma
Rina Jayanti, M Psi Psikolog _____201
- 5.3 Gangguan Stress Pascatrauma (*Posttraumatic Stress Disorder*)
Pada *Brachial Plexus Injury*
Ariestya Magdalena Njotomulio, S.Psi., M.Psi., Psikolog_____208
- 5.4 Gangguan Depresi Major-Single Episode (*Major Depressive Disorder-Single Episode*)
Pada *Spinal Cord Injury*
Ahyani Radhiani Fitri, M.A., Psikolog_____216
- 5.5 Gangguan Kecemasan Sosial (*Social Anxiety Disorder*) Pada Skoliosis
Fitria Maharani Harsono Putri, M.Psi., Psikolog_____226
- 5.6 Gangguan Kecemasan Menyeluruh (*General Anxiety Disorder /Gad*)
Pada Pasien Osteoporosis
Meutia Naully, M.Si., Psikolog_____236
- 5.7 Gangguan Kecemasan Menyeluruh (*Generalized Anxiety Disorder*)
Pada Spondilitis Tuberkulosis
Ilmiyati Zain, S.Psi, M.A., Psikolog_____247

BAB VI

GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA KANKER_____257

- 6.1 Gangguan Kecemasan Perpisahan (*Separation Anxiety Disorder*)
Pada Anak Dengan Leukimia
Sayuri Asnani S.Psi, M. Psi, Psikolog_____259
- 6.2 Depresi Dan Kecemasan Pada Pasien Kanker Payudara
Cindy Dwi Utami, M.Psi., Psikolog_____268
- 6.3 Gangguan Depresi Major-Single Episode (*Major Depressive Disorder-Single Episode*)
Pada Kanker Cervix
Aulia Untari Intan Wulandari, S.Psi.M.Psi.,Psikolog_____278
- 6.4 Gangguan Depresi Mayor – Episode Tunggal Pada Pasien Endometriosis
Prisilia Trusdy Pattiata S.Psi., M.Psi., Psikolog_____286
- 6.5 Depresi Dan Kecemasan Pada Kanker Limfoma
Dila Oktaputrining Catur Susandi, S.Psi, M.Psi, Psikolog_____293
- 6.6 Gangguan Makan Menghindar (*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*)
Pada Pasien Kanker

Desi Wahyu Susilowati, M.Psi., Psikolog _____ 300

BAB VII

GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA AUTOIMUN _____ 307

- 7.1 Gangguan Dismorfik Tubuh (*Body Dysmorphic Disorder*) Pada Pasien Dengan Vitiligo
Denrich Suryadi, S.Psi., M.Psi., Psikolog _____ 309
- 7.2 Gangguan Kecemasan Karena Kondisi Medis (*Anxiety Disorder Due To Another Medical Condition*) Pada Gangguan Tiroid
Elvi Andriani Yusuf Dra. M.Si, Psikolog _____ 317
- 7.3 Gangguan Hipersomnia (*Hypersomnolence Disorder*) Pada Multiple Sclerosis
Irene Prakikih Suharsisti, S.Psi, M.Psi, Psikolog _____ 325
- 7.4 Gangguan Penyesuaian (*Adjustment Disorder*) Pada Psoriasis
Novita Pratiwi, S.Psi., M.Psi., Psikolog _____ 330
- 7.5 Gangguan *Trichotillomania* (*Hair-Pulling Disorder*) Pada Alopesia Areata
Dody Leyno Amperawan, M.Si., Psikolog _____ 338
- 7.6 Gangguan Kecemasan Sosial (*Social Anxiety Disorder*) Pada Systemic Lupus Erythematosus (Lupus)
Dra. Darjanti Kalpita Rahajuningrum, Psikolog _____ 347
- 7.7 Gangguan Depresi Major-Single Episode (*Major Depressive Disorder-Single Episode*) Pada Rheumatoid Arthristis
Dini Fidianti Devi, S.Psi., M.Psi., Psikolog _____ 355
- 7.8 Gangguan *Anorexia Nervosa* Pada *Hyperthiroid*
Dody Leyno Amperawan, M.Si., Psikolog _____ 365
- 7.9 Gangguan Kecemasan Penyakit (*Illness Anxiety Disorder*) Pada Systemic Lupus Erythematosus (Sle)
Martiani, S. Psi., M. Psi., Psikolog _____ 375

BAB VIII

GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA PENYAKIT PARU _____ 385

- 8.1 Gangguan Depresi Karena Kondisi Medis (*Depressive Disorder Due To Another Medical Condition*) Pada Tuberculosis Multidrug Resistant (Tb MDR)
Dini Latifatun Nafi'ati, M.Psi, Psikolog _____ 387
- 8.2 Gangguan Penyesuaian (*Adjustment Disorder*) Pada Pasien Dengan Pneumonia

- Bania Maulina, M.Psi., Psikolog_____396
- 8.3 Gangguan Depresi Mayor Single-Episode (*Major Depressive Single Episode*) Pada Pasien Kanker Paru
Wulida Azmiyya El Rifqiya, S.Psi, M.Psi, Psikolog_____403
- 8.4 Gangguan Depresi Mayor-Periode Tunggal Pada Penderita Asma
Dra. Sugiarti, M.Kes, Psikolog_____412

BAB IX

GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA PENYAKIT DALAM_____423

- 9.1 Gangguan Stres Akut (*Acute Stress Disorder*) Pada Pasien Dengan Hipertensi
Sofia Nurkemala, S.Psi., M.Psi., Psikolog_____425
- 9.2 Gangguan Stres Akut (*Acute Stress Disorder*) Pada Hepatitis Kronis
Teti Pujiati., Dra. Psikolog_____434
- 9.3 Gangguan Penyesuaian (*Adjustment Disorder*) Pada Gastritis (Gastroenterologi)
Lisfarika Napitupulu M.Psi., Psikolog_____442
- 9.4 Gangguan Bulimia Nervosa (*Bulimia Nervosa*) Pada Gangguan Gastritis
Ratna Sari, S.Psi., M.Psi., Psikolog_____449
- 9.5 Gangguan Kecemasan Menyeluruh (*Generalized Anxiety Disorder*) Pada Pasien Gagal Ginjal
Ch. Widayanti, M.Si., M.Psi., Psikolog_____458
- 9.6 Dysthymia : Gangguan Depresi Persisten (*Persistent Depressive Disorder*) pada Diabetes Melitus
Andry Putra Pratama, S.Psi., M.Psi., Psikolog_____467
- 9.7 Gangguan Gejala Somatik (*Somatic Symptom Disorder*) Pada Pasien Ibs (*Irritable Bowel Syndrom*)
Henni Budiastuti, M.Psi., Psikolog_____476

KONTRIBUTOR_____485

4.4 GANGGUAN TIC (*TIC DISORDER*) PADA PASIEN PASCA-STROKE

Dr. Tjipto Susana, Psikolog

1. Pendahuluan

Gangguan tic atau gerakan pasca-stroke tidak sering atau tidak biasa terjadi, tetapi merupakan bagian penting dari gangguan gerakan sekunder akibat stroke (Choi, 2016; Kwon, 2016). Dalam banyak literatur, gangguan tic pasca-stroke ini lebih sering disebut sebagai gerakan tak terkendali yang bersifat tidak normal (*abnormal involuntary movements/AIM*) (Béjot., dkk., 2012). Gangguan gerakan pasca-stroke ini dapat diakibatkan oleh aneka sub tipe stroke dan aneka tingkatan otak dari sirkuit gerak (Kwon, 2016). Lamanya waktu yang berkaitan dengan perkembangan gangguan gerak ini tidak mudah diramalkan, tergantung dari tipe gangguan gerakanya, dan dapat muncul dalam aneka gerakan atau dalam gerakan yang sama (Béjot., dkk., 2012).

Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak berkurang akibat penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Sel-sel otak yang tidak mendapatkan pasokan oksigen dan nutrisi akan mati. Matinya sel otak menyebabkan bagian tubuh yang dikendalikan oleh area otak yang rusak tidak dapat berfungsi dengan baik. Penanganan yang cepat dapat meminimalkan tingkat kerusakan pada otak dan kemungkinan munculnya komplikasi.

Dalam sistem ekstrapiramidal, penderita stroke yang mengalami kerusakan utama pada ganglia basal dan thalamus cenderung mengalami gangguan gerakan pasca-stroke (Alarcón., dkk., 2004; Béjot., dkk., 2012). Kerusakan pada are kortikal pada umumnya berkaitan dengan gangguan gerakan pasca-stroke, yang meliputi area sistem gerakan kortikal, gerakan utama, gerakan tambahan, dan pragerakan. Korteks parietal juga berkaitan dengan gangguan gerakan pasca-stroke.

Beberapa laporan kasus mendeskripsikan beberapa gangguan gerakan yang berkaitan dengan stroke antara lain stroke pada lobus parietal menyebabkan gangguan gerakan di wajah, mulut, tubuh, tangan atau kaki (*chorea-ballism*) (Mizushima., dkk., 1997); kontraksi otot pada bagian tubuh tertentu (*focal dystonia*) (Burguera, Bataller, & Valero, 2001; Ghika, Ghika-Schmid, & Bogousslasvsky, 1998), mengangkat tangan sebagai

akibat distorsi skema tubuh atau gerakan cepat pada tangan (*athetosis*) (Gondim, Oliveira, & Cruz-Flores, 2005).

Stroke lobus frontalis berkaitan dengan *asterixis* (*negative myoclonus*), yaitu gerakan cepat yang tidak terkendali (Kim, 2001), sindrom gerakan kaki dan jari (Oh., dkk, 2009); gemetar baik saat diam maupun bergerak (Kim, 2001). *Secondary restless legs syndrome* (RLS) atau gerakan kaki dan tangan yang tidak terkendali disertai kegelisahan yang terjadi sesudah stroke menunjukkan adanya kerusakan pada area temporo-occipital cortical after stroke has been, seperti halnya pada stroke yang memengaruhi ganglia basal, thalamus, kapsula dalam, dan pons.

Stroke iskemik yang disebabkan oleh penyakit pada pembuluh darah halus berkaitan dengan gangguan gerakan pasca stroke, demikian halnya pada stroke kardio (penyumbatan pembuluh darah jantung) dan stroke akibat penyumbatan pembuluh darah (atherosclerotic). Stroke hemoragik (pecahnya pembuluh darah) lebih sering menyebabkan gangguan gerakan pasca-stroke dibandingkan stroke iskemik.

Gejala stroke dapat berbeda pada tiap penderitanya, tetapi gejala yang paling sering dijumpai adalah salah satu atau kedua lengan terasa lemah hingga tidak bisa digerakkan, kesulitan berbicara, salah satu sisi wajah terlihat menurun. Selain itu, pasien stroke juga bisa mengalami gejala lain seperti kesemutan kesulitan mengenal wajah (*prosopagnosia*).

Campuran gejala gerakan merupakan salah satu karakteristik dari gangguan gerakan sekunder pasca-stroke biasanya berkaitan dengan kerusakan bagian otak yang cukup luas. Gangguan gerakan baik yang bersifat akut maupun tertunda dapat terjadi pada 1-4% pasien stroke (Choi, 2016). Di antara 2.900 pasien stroke akut di *The Lausanne Stroke Registry*, hanya ditemukan 29 kasus gangguan gerakan hiperkinetik (1%), hanya 3 yang berkaitan dengan *cerebral stroke* (Ghika-Schmid., dkk., 1997). Di pusat stroke yang lain, diidentifikasi 56 gangguan akut atau tertunda (sampai 1 tahun setelah stroke) dari 1.500 pasien (3,7%) (Alarcón., dkk., 2004). Meskipun gangguan gerak pasca stroke ini jarang terjadi, tetapi memengaruhi kualitas hidup penderitanya, oleh karena itu penting untuk mengetahui kondisi klinis, perjalanan perkembangan gangguan gerakan, gejala, dan strategi pengelolaan yang tepat sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien yang mengalaminya.

2. Gangguan Tic pada Pasien Pasca-Stroke

Gangguan tic pasca-stroke adalah gerakan terjadi secara singkat dan tiba-tiba, berulang, dapat bersifat sementara, permanen, dan tertunda pada fase akut (saat serangan stroke) atau sebagai sindrom yang tertunda yang munculnya beberapa bulan atau beberapa tahun setelah serangan stroke (Alarcón., dkk., 2004; Mehanna & Jankovic, 2013). Pada pasien pasca stroke, gangguan tic ini dapat berupa gemetar, kontraksi otot yang menyebabkan gerakan berulang atau gerakan memutar (*dystonia*); gerakan cepat pada kaki dan/atau tangan (*athetosis*), gerakan di wajah, mulut, tubuh, tangan atau kaki (*chorea-ballism*); kedutan; bicara kacau, kehilangan keseimbangan (ataksia); dan Parkinson (Alarcón., dkk., 2004; Ghika-Schmid., dkk., 2007; Handley., dkk., 2009; Lee., dkk., 2009; Lee, Lyoo, & Chung, 2015) .

3. Dinamika Psikologis

Berikut ini dinamika psikologis yang dialami oleh pasien pasca stroke (yang tidak mengalami gangguan psikologis akibat lesi otak) yang mengalami gangguan gerak. Secara umum gangguan psikologis yang dialami berupa depresi atau kecemasan yang mirip dengan gangguan depresi atau kecemasan akibat kondisi medis. Dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (DSM V), gangguan depresi ini masuk dalam kategori gangguan depresi yang berkaitan dengan kondisi medis (293.83: F06.31, F06.32, F06.34) dan kecemasannya masuk dalam kategori gangguan kecemasan yang berkaitan dengan kondisi medis (293.84: F06.4). Berdasarkan DSM V dan studi pustaka yang dilakukan oleh Kneebone dan Lincoln (2012) dapat disimpulkan dinamika psikologis sebagai berikut:

Aspek	Uraian
Kognitif	Pada umumnya pasien gangguan gerak pasca stroke dapat menunjukkan gejala gangguan perhatian, konsentrasi, memori, bahasa, visuospatial, fungsi eksekutif dan praksis; bisa kehilangan kesadaran (<i>anosognosia</i>); demensia; punya pandangan yang negatif tentang dirinya, turunnya kepercayaan diri, dan pada kasus tertentu ada ide untuk bunuh diri.
Afektif	Pasien gangguan gerak pasca stroke dapat mengalami masalah emosi seperti depresi, apatis, kehilangan minat pada hampir semua kegiatan, perasaan tertekan, kecemasan, serangan panik, reaksi kastrofistik (reaksi emosi sangat intens pada ketidakmampuan melakukan pekerjaan akibat stroke, kemarahan, agresi, dan frustrasi. Pada beberapa pasien dapat mengalami gejala stress pasca trauma dan ketakutan terjatuh. Dua puluh sampai tiga puluh persen pasien dapat mengalami ekspresi emosi yang

	tidak tepat dan tidak dikehendaki seperti tertawa atau menangis yang tidak terkendali.
Psikososial	Secara psikososial, gangguan gerak pasca stroke mempengaruhi fungsi sehari-hari, ketidakmampuan bekerja, dan berkurangnya kualitas relasi dengan orang lain.

4. Tatalaksana Psikologis

4A. Asesmen dan Penegakan Diagnosa

Pelaksanaan asesmen psikologi terhadap gangguan gerak pada pasien pasca stroke diasesmen terutama menggunakan pengamatan dan wawancara biasanya digunakan sebagai pelengkap.

Observasi:

Fungsi psikologis pada pasien yang mengalami gangguan gerak pasca stroke pada aspek kognitif, memori, konsentrasi, orientasi, emosi, cara bicara, komunikasi verbal, melekat pada aneka lesi otak yang terjadi saat stroke. Penjelasan fungsi psikologis akibat stroke dapat dibaca pada literatur tentang stroke karena artikel ini berfokus pada gangguan gerakan pasca stroke. Penjelasan fungsi psikologis akibat stroke akan terlalu ekstensif untuk dijelaskan pada artikel ini. Pada umumnya pengamatan untuk gangguan gerakan pasca stroke dilakukan pada perilaku atau gerakan yang tidak wajar atau tidak normal. Penjelasan gerakan tidak wajar pada artikel ini dapat dilihat pada sub bab penegakan diagnosis.

Wawancara :

- 1) Autoanamnesa dilakukan berkaitan tentang apakah pasien pernah mengalami stroke dan kapan mulai mengalami gerakan yang tidak wajar.
- 2) Alloanamnesa dilakukan pada perawat utama pasien penderita stroke untuk menggali informasi tentang pengalaman stroke dan gerakan tidak wajar pasien.

Untuk penegakan diagnosis sampai saat ini belum ada penegakan diagnosis yang sudah mapan untuk gangguan gerak pasca stroke. Gangguan gerak dapat dikategorikan sebagai gangguan gerak pasca stroke apabila gangguan gerak ini terjadi setelah seseorang mengalami serangan stroke baik yang disebabkan oleh penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Gangguan gerak ini dapat bersifat segera (akut) dan tertunda (sampai 1 tahun setelah serangan stroke). Tinjauan

pustaka yang dilakukan oleh Gupta dan Pandey (2018), menunjukkan bahwa gangguan gerak pasca stroke dapat terjadi dalam berbagai bentuk, yaitu:

a) **Distonia**

Distonia adalah gangguan gerak yang ditandai oleh kontraksi otot yang terus-menerus dan bertahan lama atau berjeda yang mengakibatkan postur, gerakan, dan pengulangan gerakan yang tidak wajar. Gerakan distonia biasanya berpola, memutar dan mungkin berupa tremor (bergetar). Distonia sering dipicu atau diperburuk oleh tindakan yang terjadi begitu saja dan berkaitan dengan pengaktifan otot yang berlebihan. Distonia berkaitan dengan lesi otak di bagian putamen, kaudatus, palidum, kapsula dalam, thalamus, otak tengah, dan korteks (Choi, 2016). Distonia primer biasanya berkaitan dengan disfungsi ganglia basal dan hendaya pada integrasi sensorimotor, meskipun laporan baru-baru ini menunjukkan bahwa *cerebellum* mungkin juga berperan dalam *pathogenesis* distonia (Choi, 2018).

b) **Hemiataksia**

Hemiataksia ditandai oleh lengan yang tidak terkoordinasi dengan dismetria (telunjuk berhenti sebelum sampai hidung, kemudian pasien akan melanjutkan untuk menunjuk hidung dengan gerakan perlahan dan tidak stabil atau dengan sangat cepat serta kuat), hipermetria (melebihi jangkauan objek yang dituju), tremor (bergetar), dan tidak dapat melakukan secara cepat.

c) **Chorea**

Chorea adalah gerakan tidak diinginkan, tidak teratur, tidak bertujuan, tidak berirama, dan tidak berpola yang berganti-ganti secara acak dari bagian tubuh satu ke bagian tubuh lainnya.

d) **Tremor**

Tremor adalah gerakan bagian tubuh yang berirama, teratur, bergetar dalam bentuk gelombang sinus. Istilah "*rubral*" (nucleus merah pada otak tengah) atau "otak tengah" digunakan untuk menggambarkan tremor yang saat kondisi seseorang sedang tidak beraktivitas (istirahat) yang akan semakin parah ketika melakukan gerakan yang disengaja (bertujuan) (Sinisscalchi dkk., 2012).

Choi (2016) menuliskan ada beberapa jenis tremor. *Cerebellar outflow tremor*, ditandai dengan berirama yang diakibatkan oleh kontraksi otot agonis dan

antagonis yang tidak diinginkan bisa secara serentak maupun bergantian. Tremor ini diklasifikasikan sebagai tremor dalam kondisi seseorang sedang tidak melakukan tindakan atau saat melakukan tindakan. Tremor saat melakukan tindakan sapat dikategorikan postural, isometric, atau kinetik. Tremor saat melakukan gerakan bertujuan merupakan tremor kinetik dan biasanya amplitudo getaran semakin meningkat ketika mendekati objek yang dituju. *Cerebellar tremor* pada umumnya terjadi di lengan atau kaki dan didominasi oleh tremor ketika melakukan gerakan bertujuan dengan frekuensi getaran kurang dari 5 Hz. *Holme's tremor* merupakan tremor yang jarang terjadi yang ditandai oleh kombinasi tremor saat seseorang tidak aktif dan saat melakukan gerakan bertujuan/disengaja pada lengan atau tangan. Istilah tremor otak tengah atau Holmes's tremor digunakan untuk menggambarkan tremor saat seseorang sedang tidak melakukan kegiatan yang akan semakin parah ketika seseorang berupaya mempertahankan posisi badan dan paling parah saat melakukan tindakan disengaja. Frekuensi getaran kurang lebih 4,5 Hz atau kurang dan tidak teratur. Pada umumnya terjadi pada lengan dan tangan yang disertai dismetria (ketidakmampuan memperkirakan jarak) dan disdiakokinesia (ketidak mampuan bergerak cepat atau mengubah gerakan) pada kedua sisi tubuh. Biasanya terjadi karena ada lesi di batang otak. Satu dari tiga pasien yang mengalami tremor jenis ini setelah stroke, mengalami lesi pada *superior cerebellar peduncle*, otak tengah, *tegmentum*, dan *posterior thalamus*. *Holme's tremor* pada umumnya terjadi 1 hingga 24 bulan pasca stroke. *Palatal tremor* berupa gerakan yang lambat dari langit-langit lunak dan kadang-kadang dari otot-otot lain di *pharynx*, *larynx*, wajah bawah, dan badan. Frekuensi getaran *palatal tremor* biasanya antara 1 – 3 Hz. Ada 2 jenis *palatal tremor* yaitu esensial dan simtomatik. Penyebab esensial tremor tidak dapat dipastikan secara jelas (terjadi pada 25 % pasien stroke). Simtomatik tremor pada umumnya terjadi karena lesi di batang otak atau *cerebellum*.

e) Parkinson vaskuler

Parkinson vaskuler adalah suatu kondisi yang ditandai dengan lemahnya dan lambatnya gerakan yang disertai kekakuan umum dari tipe non-piramidal yang terjadi bersama-sama dengan fitur tertentu yang memungkinkan perbedaan klinis, meliputi tidak berhentinya tremor dan munculnya dimensi dan tanda-tanda piramidal yang menunjukkan adanya etiologi stroke.

f) *Asteriksis*

Asteriksis adalah tipe mioklonus negatif yang ditandai dengan hentakan tiba-tiba dan singkat, kontraksi otot yang singkat pada otot tubuh yang aktif. Studi pemetaan saraf menunjukkan bahwa tremor ini disebabkan oleh lesi pada *thalamus*, *lobus frontalis*, otak tengah, *cerebellum*, dan *lenticulocapsular* (Choi, 2016).

g) *Athetosis*

Athetosis adalah gerakan lambat, menggeliat, dan terus-menerus terutama pada tangan dan kaki.

h) *Myoclonus* (kedutan)

Kedutan yang tiba-tiba, singkat, dan seperti gerakan saat kaget yang disebabkan oleh kontraksi otot singkat (*myoclonus* positif) atau hambatan kontraksi (*myoclonus* negatif atau *asteriksis*). Kedutan biasanya berlangsung antara 10 – 50 milidetik dan jarang lebih dari 100 milidetik (Sinisscalchi dkk., 2012).

i) *Ballism*

Ballism terdiri dari gerakan tidak dikehendaki yang berulang tetapi konstan dengan amplitude besar pada lengan dan paha.

j) *Jerky dystonic unsteady hand*

Gangguan gerak ini merupakan sindrom hiperkinetik yang terutama terjadi pada *dystonia*, *myoclonus*, tremor atau gerakan *choreoathetotic* tetapi selalu terjadinya selalu kompleks.

k) *Pseudochoreoathetosis*

Gangguan gerak ini ditandai dengan gerakan jari seperti bermain piano dan diatribusikan kehilangan kesadaran gerakan yang parah.

l) *Myorhythmia*

Myorhythmia terdiri dari kontraksi cepat dan berulang yang melibatkan satu otot atau sekelompok otot. Tidak seperti tremor, gangguan gerak ini tidak teratur dan lebih lambat, berkisar antara 1 – 3 Hz.

m) *Clonic perseveration*.

Clonic perseveration adalah tindakan berulang yang tidak tepat, kadang-kadang bertujuan, tanpa kehadiran stimulus yang sedang berlangsung; ketidakmampuan untuk mengubah respon terhadap stimulus baru.

n) *Stereotypy*

Stereotypies gerakan yang tidak bertujuan, tertahan, dan terkoordinasi yang berulang terus menerus dan sama persis. Lesi pada lobus frontalis dan ganglia basal berperan pada munculnya gangguan ini (choi, 2916).

o) *Akathisia*

Akathisia merujuk pada kegelisahan yang akan berkurang jika melakukan gerakan.

p) *Paroxysmal kinesigenic dystonic choreoathetosis*

Gangguan gerakan ini ditandai dengan serangan chorea, athetosis atau dystonia yang dipicu oleh gerakan mendadak atau terkejut yang berlangsung kurang dari 5 menit, biasanya hanya beberapa detik dan tidak berkaitan dengan hendaya kesadaran. Kondisi normal terjadi diantara serangan.

q) *Restless leg syndrome (RLS)*

Restless leg syndrome ditandai dengan sensasi tidak nyaman paha dan kaki, yang terjadi terutama pada malam hari saat berada di tempat tidur. Gerakan ini muncul saat tubuh tidak melakukan kegiatan dan akan berkurang sementara jika paha dan kaki digerakkan dan memaksa seseorang untuk selalu menggerakkan paha dan kaki untuk mengurangi rasa tidak nyaman. RLS terjadi karena ada lesi pada aneka struktur seperti ganglia basal dan/atau *corona radiata*, *pons*, *thalamus*, kapsula dalam, dan jarang pada korteks cerebral.

4B. Intervensi Psikologis

Gangguan gerak pasca stroke dapat diintervensi melalui farmakoterapi, pembedahan, terapi gerak (fisioterapi), dan psikoterapis:

- a) *Tritmen farmakologi*: Obat anti-dopamin yang menghambat reseptor D1 dan D2 merupakan pilihan pertama untuk mengobati gangguan gerakan di wajah, mulut, tubuh, tangan dan/atau kaki (tipe koreik) (Kwon, 2016).
- b) *Operasi atau pembedahan*: Apabila gangguan tic pasca-stroke tidak dapat diobati menggunakan farmakoterapi, maka pilihan lain adalah pembedahan atau operasi. Gangguan tic yang disebabkan oleh berkurangnya volume aliran darah pada asteri dapat diperbaiki melalui operasi perbaikan arteri untuk melancarkan aliran darah. Stimulasi korteks gerakan kronis juga dapat membantu menghilangkan gangguan tic pasca-stroke.

- c) Terapi fisik dan rehabilitasi: Fisioterapi akan sangat membantu pasien dengan gangguan gerakan hipokinetik maupun hiperkinetik, seperti gejala parkinson dan dystonia yang berkaitan dengan kelainan bentuk tubuh atau masalah keseimbangan.
- d) Beberapa intervensi psikologis untuk masalah psikologis yang menyertai pasien tic pasca stroke berdasarkan kajian pustaka yang dilakukan Kneebone dan Lincoln (2012):

- 1) Intervensi untuk gangguan depresi. Beberapa studi yang masih sangat terbatas menunjukkan manfaat dari terapi kognitif perilaku dan konseling. Berikut ini merupakan contoh terapi kognitif perilaku pada pasien pasca stroke berdasarkan penelitian Rizky, Utomo, dan Prathama (2015):

Sesi	Uraian
1	<i>Pemberian pengetahuan.</i> Pada sesi pertama pasien diberi pengetahuan mengenai keterkaitan pikiran, perasaan, perilaku dan fisiologis.
2	<i>Identifikasi pikiran negatif otomatis.</i> Pada sesi kedua pasien diajarkan untuk mengidentifikasi pikiran negatif yang muncul secara otomatis dan spontan.
3	<i>Identifikasi keyakinan mendasar.</i> Pada sesi ketiga pasien diajarkan untuk mengidentifikasi keyakinan mendasar yang memunculkan pikiran negatif otomatis.
4	<i>Mengenali perasaan.</i> Pada sesi keempat pasien diajarkan untuk mengenali perasaan yang berkaitan dengan pikiran dan perilaku.
5	<i>Menentukan perilaku yang ingin dicapai.</i> Pada sesi kelima pasien diajak mengidentifikasi perilaku yang ingin dan dapat dicapai.
6	<i>Latihan relaksasi.</i> Pada sesi keenam pasien diberi latihan relaksasi yang bertujuan untuk memberikan bekal ketrampilan relaksasi ketika mengatasi berbagai situasi sulit akibat stroke.

- 2) Intervensi untuk gangguan kecemasan. Terapi kognitif perilaku terbukti sangat efektif untuk mengatasi gangguan kecemasan pada individu lansia dan dewasa, tetapi untuk penderita stroke masih perlu diteliti lebih lanjut. Demikian halnya untuk latihan relaksasi dan pendekatan psikodinamik. Berikut ini terapi kognitif perilaku untuk kecemasan pada pasien pasca stroke berdasarkan penelitian Prasetyaningrum dan kawan-kawan (2012):

Sesi	Uraian
1-2	<i>Latihan relaksasi via letting go.</i> Memberikan ketrampilan relaksasi kepada pasien supaya mampu menerapkannya pada situasi yang membuatnya cemas sehingga subjek mampu merasakan rileks dan nyaman,
3-5	<i>Restrukturisasi kognitif.</i> Membantu pasien untuk melawan dan mengubah pola pikir negatif dan irrasionalnya menjadi pola pikir yang lebih positif, rasional, dan sehat
6-7	<i>Eksposur.</i> Membantu pasien supaya tidak cemas ketika berhadapan dengan situasi yang mengancam.

- 3) Pencegahan masalah emosi pasca stroke. Teknik wawancara motivasional dan terapi pemecahan masalah dapat digunakan untuk mencegah berkembangnya masalah emosi pasca stroke. Sementara itu intervensi psikologi lain seperti pengelolaan distress, dukungan kelompok, terapi musik juga efektif, tetapi bukti empirisnya masih terbatas.
- 4) Intervensi untuk gangguan kognitif. Rehabilitasi kognitif dapat mengurangi beberapa gangguan kognitif pasca stroke seperti gangguan perhatian visual, tetapi kurang efektif untuk mengatasi gangguan memori, perhatian, atau apraksia pasca stroke.

Referensi

- Alarcón, F., Zijlmans, J.C., Dueñas, G., & Cevallos, N. (2004). Post-Stroke Movement Disorders: Report of 56 Patients. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 75, pp. 1568-1574.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Béjot, Y., Giroud, M., Moreau, T., & Benatru, I. (2012). Clinical Spectrum of Movement Disorders After Stroke in Childhood and Adulthood. *European Neurology*, 68 (1), pp. 59-64.
- Burguera, J.A., Bataller, L., & Valero, C. (2001). Action Hand Dystonia After Cortical Parietal Infarction. *Movement Disorders*, 16, pp. 1183-1185.
- Choi, S.M. (2016). Movement Disorders Following Cerebrovascular Lesions in Cerebellar Circuits. *Journal of Movement Disorders*, 9 (2), pp. 80-88.
- Ghika-Schmid, F., Ghika, J., Regli, F., & Bogousslavsky, J. (2009). Hyperkinetic Movement Disorders During and After Acute Stroke: The Lausanne Stroke Registry. *Journal of Neurology Science*, 146, pp. 109-116.
- Ghika, J., Ghika-Schmid, F., & Bogousslavsky, J. (1998). Parietal Motor Syndrome: A Clinical Description in 32 Patients in The Acute Phase of Pure Parietal Strokes Studied Prospectively. *Clinical Neurology Neurosurgery*, 100, pp. 271-282.
- Gondim, F.A., Oliveira, G.R., & Cruz-Flores, S. (2005). Position-Dependent Levitation of The Dominant Arm After Left Parietal Stroke: An Unreported Feature of Posterior Alien Limb Syndrome? *Movement Disorders*, 20, pp. 632-633.

- Gupta, N. & Pandey, S. (2018). Post-Thalamic Stroke Movement Disorders: A Systematic Review. *Eur Neurol*, 79, pp. 303-314.
- Handley, A., Medcalf, P., Hellier, K., & Dutta, D. (2009) Movement Disorders After Stroke. *Age Ageing* 2, 38, pp. 260-266.
- Kim, J.S. (2001). Involuntary Movements After Anterior Cerebral Artery Territory Infarction. *Stroke*, 32, pp. 258-261.
- Kneebone, I.I. & Lincoln, N.B. (2012). Psychological Problems After Stroke and Their Management: State of Knowledge. *Neuroscience & Medicine*, 3, pp. 83-89.
- Kwon, D.Y. (2016). Movement Disorders Following Cerebrovascular Lesions: Etiology, Treatment Options and Prognosis. *Journal of Movement Disorders*, 9(2), pp. 63-70.
- Lee, M.S., Lyoo, C.H., & Chung, T.S. (2015). Parkinsonism and Dementia Associated with Giant Virchow-Robin Spaces. *Journal of Movement Disorders*, 8, pp. 106-107.
- Lee, S.J., Kim, J.S., Song, I.U., An, J.Y., Kim, Y.I., & Lee, K.S. (2009). Post Stroke Restless Legs Syndrome and Lesion Location: Anatomical Considerations. *Movement Disorders*, 24, pp. 77-84.
- Mehanna, R. & Jankovic, J. (2013). Movement Disorders in Cerebrovascular Disease. *Lancet Neurology*, 12, pp. 597-608.
- Mizushima, N., Park-Matsumoto, Y.C., Amakawa, T., & Hayashi, H. (1997). A Case of Hemichorea-Hemiballism Associated with Parietal Lobe Infarction. *European Neurology*, 37, pp. 65-66.
- Oh, S.M., Yoon, W.T., Kim, J.Y., Shin, H.Y., & Lee, W.Y. (2009). Painless Legs and Moving Toes as An Initial Presentation of Ischemic Stroke. *Journal of Movement Disorders*, 2, pp. 40-42.
- Prasetyaningrum, S., Fasikhah, S.S., & Karmiyati, D. (2012). Terapi Kognitif Perilaku untuk Mereduksi Tingkat Kecemasan pada Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Intervensi Psikologi*, 4(1), pp. 113-137.
- Rizky, N., Utomo, A.B., & Prathama, A.G. (2015). Pengaruh Cognitive Behavior Therapy (CBT) untuk Menurunkan Simptom Depresi Pada Pasien Pasca Stroke. *Pustaka Unpad*, pp. 1-14.
- Sinisscalchi, A., Gallelli, L., Labate, A., Malferrari, G., Palleria, C., & De Sarro, G. (2012). Post-Stroke Movement Disorders: Clinical Manifestations and Pharmacological Management. *Current Neuropharmacology*, 10, pp. 254-262.