



SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT STRESS DAN FUNGSI KOGNITIF
DENGAN KEMANDIRIAN DALAM MELAKUKAN *ACTIVITY
OF DAILY LIVING* PADA PASIEN PASCA STROKE
DI STROKE CENTER RSKD PROVINSI
SULAWESI SELATAN**

PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL

OLEH:

CHRISTINE PATANDUK

C1514201008

DEBBY NATALIA

C1514201012

**PROGRAM SARJANA KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR**

2019



SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT STRESS DAN FUNGSI KOGNITIF
DENGAN KEMANDIRIAN DALAM MELAKUKAN *ACTIVITY
OF DAILY LIVING* PADA PASIEN PASCA STROKE
DI STROKE CENTER RSKD PROVINSI
SULAWESI SELATAN**

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Pada Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar

OLEH:

CHRISTINE PATANDUK

C1514201008

DEBBY NATALIA

C1514201012

**PROGRAM SARJANA KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR**

2019

PERNYATAAN ORSINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Christine Patanduk

NIM : C1514201008

Nama : Debby Natalia

NIM : C1514201012

Mengatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami dan bukan merupakan duplikat ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar- benarnya.

Makassar, Maret 2019

Christine Patanduk

Debby Natalia

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT STRESS DAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN
KEMANDIRIAN DALAM MELAKUKAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING*
PADA PASIEN PASCA STROKE DI STROKE CENTRE RSKD
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

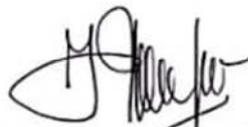
Diajukan oleh:

CHRISTINE PATANDUK (C1514201008)

DEBBY NATALIA (C1514201012)

Disetujui Oleh:

Pembimbing



(Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.Sc)

NIDN. 0912106501

**Wakil Ketua I
Bidang Akademik**



(Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.Sc)

NIDN. 0912106501

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT STRESS DAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN
KEMANDIRIAN DALAM MELAKUKAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING*
PADA PASIEN PASCA STROKE DI STROKE CENTRE RSKD
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Christine Patanduk (C1514201008)

Debby Natalia (C1514201012)

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc

Telah Diuji dan Dipertahankan Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal

30 Maret 2019

Susunan Dewan Penguji

Penguji I


(Mery Sambo, Ns.,M.Kep)

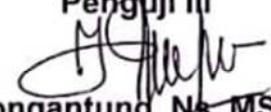
NIDN: 0930058102

Penguji II


(Hasrat Jaya Ziliwu, Ns.,M.Kep)

NIP: 19750913 200604 1 007

Penguji III


(Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc)

NIDN: 0912106501

Makassar, 30 Maret 2019

Program Studi S1 Keperawatan dan Ners

Ketua STIK Stella Maris Makassar


(Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN

Yang Bertanda Tangan Di Bawah Ini:

Nama : CHRISTINE PATANDUK

NIM : C1514201008

Nama : DEBBY NATALIA

NIM : C1514201012

Menyatakan menyetujui dan memberi kewenangan kepada STIK Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih-media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, Maret 2019

Christine Patanduk

Debby Natalia

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya dengan judul “Hubungan Tingkat Stress dan Fungsi Kognitif Dengan Kemandirian Dalam Melakukan *Activity Of Daily Living* Pada Pasien Pasca Stroke di Stroke Centre RSKD Prov. Sulawesi Selatan”, guna memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini dimana hal ini dapat disebabkan karena keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Selama penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan sampai akhirnya menyelesaikan skripsi ini dan telah memberikan bimbingan selama proses perkuliahan.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc, selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik, juga selaku pembimbing yang telah banyak memberikan masukan selama penyusunan skripsi di STIK Stella Maris Makassar.
3. Rosdewi, S.Kep.,Ns.,MSN, selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.

4. Frater Blasius Perang, CMM.SS.Ma.Psy, selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. Fransiska Anita E.R.S, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar
6. Mery Sambo, Ns.,M.Kep dan Hasrat Jaya Ziliwu, Ns.,M.Kep selaku penguji yang telah memberikan arahan dan masukan selama ujian berlangsung.
7. Para dosen dan staf pengajar yang telah membantu penulis menyelesaikan studi di STIK Stella Maris Makassar.
8. dr. Arman Bausat, Sp.B.,SpIT (K) Spine, selaku Direktur Stroke Center RSKD Provinsi Sulawesi Selatan yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian.
9. Teristimewa kepada orang-orang tercinta khususnya kedua orang tua kami, orang tua dari Christine Patanduk (Bapak Daniel Buntu dan Ibu Debora Sanda Lembang), serta orang tua dari Debby Natalia (Bapak Mesak Duma dan Ibu Rosalina), dan kepada sanak saudara dan keluarga yang telah memberikan dukungan moril dan materil serta dukungan melalui doa.
10. Pasien dan keluarga yang telah berpartisipasi menjadi responden untuk membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi.
11. Seluruh mahasiswa STIK Stella Maris Makassar angkatan 2015 khususnya kelas IV.A, terima kasih buat dukungan dan kebersamaannya selama pendidikan berlangsung sampai saat ini.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, Maret 2019

Penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN TINGKAT STRESS DAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN KEMANDIRIAN DALAM MELAKUKAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* PADA PASIEN PASCA STROKE DI STROKE CENTER RSKD PROVINSI SULAWESI SELATAN (Dibimbing oleh Henny Pongantung)

Christine Patanduk dan Debby Natalia

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS
(XVII + 46 Halaman + 7 Tabel + 9 Lampiran)**

Pasien pasca stroke pada umumnya akan mengalami kelemahan. Kelemahan yang dialami akan mengakibatkan keterbatasan atau kehilangan kemampuan, dan kemudian menyebabkan stress. Stress inilah yang membuat penderita menjadi tidak bersemangat dalam melakukan aktivitas secara mandiri. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat stress dan fungsi kognitif dengan kemandirian dalam melakukan ADL pada pasien pasca stroke. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan menggunakan desain *Cross-Sectional study*. Penelitian ini dilaksanakan pada Januari-Februari 2019 pada 60 responden. Pengambilan sampel secara *non-probability sampling* dengan teknik *consecutive sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan lembar observasi untuk mengukur tingkat stress, fungsi kognitif, dan kemandirian ADL pasien pasca stroke. Analisa data menggunakan uji *Chi Square* dengan uji alternative *Kolmogorov Smirnov*, yang menunjukkan *p* value < nilai α ($0,007 < 0,05$) yang berarti terdapat hubungan bermakna antara tingkat stress dengan kemandirian ADL pasien pasca stroke, dan *p* value < nilai α ($0,014 < 0,05$) yang berarti terdapat hubungan bermakna antara fungsi kognitif dengan kemandirian ADL pasien pasca stroke. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat stress dapat menurunkan kemandirian dalam melakukan ADL pada pasien pasca stroke di Stroke Center RSKD Prov. Sulsel, dan fungsi kognitif dapat meningkatkan kemandirian dalam melakukan ADL pada pasien pasca stroke di Stroke Center RSKD Prov. Sulsel.

Kata kunci : Tingkat Stress, Fungsi Kognitif, Kemandirian ADL

Kepustakaan : 10 Buku + 21 Website (2004-2018)

ABSTRACT

CORRELATION BETWEEN STRESS LEVEL AND COGNITIVE FUNCTION WITH THE INDEPENDENCE OF ACTIVITY OF DAILY LIVING IN POST STROKE PATIENTS AT THE STROKE CENTER RSKD IN SOUTH SULAWESI

(Supervised by Henny Pongantung)

Christine Patanduk and Debby Natalia

BACHELOR PROGRAM OF NURSING OF STIK STELLA MARIS

(XVII + 46 Page + 7 Table + 9 Appendix)

Generally, post stroke patients will experience weakness. Weaknesses that experienced will impact in limitations or loss of the ability, and then cause stress. Stress is what makes patients become less enthusiastic in doing activities independently. This study aims to determine the correlation between stress level and cognitive function with the independence of activity of daily living in post stroke patients. This type of research was quantitative research, using the Cross Sectional Study design. This research was conducted in January-February 2019 for 60 respondents. The study was the non-probability with consecutive technique sampling. Data collection used questionnaires and observation sheets to measure stress levels, cognitive function, and independence of activity of daily living patients after stroke. Data analysis using Chi Square test with alternative Correction Correction, which showed p value $< \alpha$ ($0,007 < 0,05$) meant that there was a significant correlation between stress level with the independence of activity of daily living to the post stroke patients, and p value $< \alpha$ ($0,014 < 0,05$) meant that there was a significant correlation between cognitive function with the independence of activity of daily living post stroke patients. The results showed that stress level can reduce independence in doing ADL in post-stroke patients at the Stroke Center RSKD Prov. Sulsel, and cognitive function can increase independence in doing ADL in post stroke at the Stroke Center RSKD Prov. Sulsel.

Keywords: Stress Level, Cognitive Function, Dependency ADL

Literature: 10 Book + 21 Website (2004-2018)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian.....	4
1. Tujuan umum.....	4
2. Tujuan khusus.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan Umum Stroke.....	6
1. Pengertian stroke.....	6
2. Faktor resiko stroke.....	6

3. Dampak stroke.....	8
B. Tinjauan Umum Tentang Kemandirian Dalam Melakukan <i>Activity Of Daily Living</i> Pada Pasien Pasca Stroke.....	9
1. Kemandirian.....	9
2. <i>Activity Of Daily Living</i> (ADL).....	10
3. Cara menilai kemandirian.....	11
C. Tinjauan Umum Tentang Tingkat Stress Pada Pasien Pasca Stroke.....	12
1. Defenisi stress.....	12
2. Fase-fase stress.....	13
3. Stress pada pasien pasca stroke.....	14
4. Alat ukur tingkat stress.....	15
D. Tinjauan Umum Tentang Fungsi Kognitif Pada Pasien Pasca Stroke.....	15
1. Defenisi fungsi kognitif.....	15
2. Macam-macam fungsi kognitif.....	16
3. Fungsi kognitif pada pasien pasca stroke.....	17
4. Alat menilai fungsi kognitif.....	18
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN....	21
A. Kerangka Konseptual.....	21
B. Hipotesis Statistik.....	22
C. Defenisi Operasional.....	22
BAB IV METODE PENELITIAN.....	25
A. Jenis Penelitian.....	25
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	25
C. Populasi dan sampel.....	25
1. Populasi.....	25
2. Sampel.....	26
D. Instrument Penelitian.....	26
E. Pengumpulan Data.....	28

F. Pengolahan dan Penyajian Data.....	29
G. Analisa Data.....	30
1. Analisis univariat.....	30
2. Analisis bivariat.....	30
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	32
A. Hasil Penelitian.....	32
1. Pengantar.....	32
2. Gambaran umum lokasi penelitian.....	32
3. Karakteristik responden.....	34
4. Hasil analisa variabel penelitian.....	35
B. Pembahasan.....	40
BAB VI PENUTUP.....	45
A. Kesimpulan.....	45
B. Saran.....	45

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Table 3.1 Defenisi Operasional Variabel Penelitian.....	22
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir dan Jenis Stroke di RSKD Prov. Sulsel.....	34
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Stress di RSKD Prov. Sulsel.....	35
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Fungsi Kognitif di RSKD Prov. Sulsel.....	36
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kemandirian di RSKD Prov. Sulsel.....	37
Tabel 5.5 Analisis Hubungan Tingkat Stress Dengan Tingkat Kemandirian Dalam Melakukan Activity Of Daily Living Pada Pasien Pasca Stroke di Stroke Center RSKD Prov. Sulsel.....	38
Tabel 5.6 Analisis Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Tingkat Kemandirian Dalam Melakukan Activity Of Daily Living Pada Pasien Pasca Stroke Di Stroke Center RSKD Prov. Sulsel.....	39

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konseptual.....	21

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Surat Izin Penelitian
- Lampiran 5 : Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian
- Lampiran 6 : Lembar Konsul
- Lampiran 7 : Kuesioner
- Lampiran 8 : Master Tabel
- Lampiran 9 : Hasil Analisis

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

ADL	= <i>Activity of Daily Living</i>
RISKESDAS	= Riset Kesehatan Dasar
LDL	= <i>Low Density Lipoprotein</i>
HDL	= <i>High Density Lipoprotein</i>
SPSS	= <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
Dkk	= Dan kawan-kawan
MAO	= <i>Monoamin-Oksidase</i>
DASS	= <i>Depression Anxiety Stress Scales</i>
MoCA-Inda	= <i>Montreal Cognitive Assessment Indonesia</i>
<	= Kurang dari
>	= Lebih dari
%	= Persen
H ₀	= Hipotesis Nol (praduga tidak ada)
H _a	= Hipotesis alternatif
α	= Alpha
p	= Value

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada mulanya penyakit stroke lebih banyak menyerang kelompok usia lanjut, namun saat ini sering dijumpai kaum muda yang terkena serangan stroke. Hal tersebut dikarenakan kelalaian dalam menjaga kesehatan fisik, misalnya tekanan darah, kadar gula dalam darah, kandungan lemak dalam darah, dan hal-hal lainnya yang berkaitan dengan kerja jantung. (Wardhana, 2011)

Stroke dapat terjadi jika aliran darah ke otak terganggu dan mengakibatkan pasokan darah ke otak berkurang atau bahkan berhenti sama sekali. Ketika pasokan darah ke otak berkurang maka akan terjadi kerusakan sebagian otak. Kerusakan otak ini dapat menimbulkan gejala kelumpuhan atau kelemahan pada sisi tubuh secara tiba-tiba. (Dharma, 2018)

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. 1 dari 10 kematian disebabkan oleh stroke (*American Heart Association*, 2014). Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (2014) setiap tahunnya terdapat 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke, 6,7 juta orang diantaranya meninggal. Di Indonesia sendiri data prevalensi stroke menunjukkan kenaikan dari 7% per 1000 penduduk pada tahun 2013 menjadi 10,9% per 1000 penduduk pada tahun 2018. Provinsi yang memiliki penderita stroke tertinggi yaitu Kalimantan Timur dengan jumlah 14,7% per 1000 penduduk, sedangkan Sulawesi Selatan menempati urutan ke 18 provinsi dengan penderita stroke terbanyak di Indonesia (Riskesdas, 2018).

Dampak yang ditimbulkan serangan stroke adalah hilangnya fungsi kontrol otak yang mengakibatkan kelumpuhan pada bagian tubuh tertentu. Kondisi tersebut juga mempengaruhi psikologis penderita dikarenakan ketidaksiapan mental penderita stroke dalam menerima keterbatasan fisik yang dialaminya sehingga mengakibatkan penderita mudah marah dan stress (Wardhana, 2011). Stress yang tidak bisa diatasi akan berlanjut menjadi depresi. Stress dan depresi tersebut dapat mengurangi kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari (*Activity of Daily Living/ADL*) (Lingga, 2013).

Activity of Daily Living (ADL) adalah aktivitas dasar yang diperlukan bagi seseorang untuk dapat hidup dalam komunitas. Aktivitas dasar yang dimaksudkan yaitu makan, berpakaian, mandi, transfer, toileting, dan mobilitas. Seseorang yang tidak dapat melakukan satu atau lebih dari aktivitas tersebut, akan membutuhkan bantuan setiap hari dari orang lain untuk hidup di masyarakat (Schulz, 2006).

Amalia (2017) mengatakan dalam penelitiannya, penderita stroke yang mengalami masalah psikososial atau depresi menjadi kurang bersemangat dalam beraktivitas, termasuk mengikuti latihan untuk meningkatkan kemandiriannya. Demikian juga pada penderita yang mengalami gangguan kognitif, seperti atensi, gangguan orientasi, dan gangguan memori. Masalah-masalah tersebut dapat menghambat peningkatan kemandirian dibandingkan dengan yang tidak mengalami gangguan kognitif. Penelitian lain juga dilakukan oleh Wondergem, dkk (2016), mengatakan bahwa penurunan ADL pasien stroke berhubungan dengan keadaan yang kurang aktif dan memiliki gangguan fungsi kognitif, serta depresi. Faktor lainnya yang berhubungan dengan kemandirian ADL pasca stroke adalah dukungan keluarga. Bagi penderita stroke, dalam upaya mempertahankan kesehatan,

keluarga bertindak sebagai support system. Keputusan yang dibuat anggota keluarga dan dukungan untuk mengikuti terapi akan mempengaruhi kecepatan pasien pasca stroke untuk mencapai kemandirian. Kemandirian akan lebih cepat muncul apabila anggota keluarga cepat memutuskan kapan dilakukan rehabilitasi. Semakin cepat latihan, maka akan semakin cepat pula penyesuaian terhadap kemandirian (Kurnia, 2015).

Berdasarkan kasus diatas, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan tingkat stress dan fungsi kognitif dengan kemandirian dalam melakukan *Activity of Daily Living (ADL)* pada pasien pasca stroke.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data terakhir yang diperoleh dari Riskesdas (2013), didapatkan bahwa terjadi peningkatan angka kejadian stroke di Indonesia, yaitu dari 7% per 1000 penduduk pada tahun 2013 menjadi 10,9% per 1000 penduduk pada tahun 2018, dan Sulawesi Selatan menempati urutan ke 18 provinsi dengan penderita stroke terbanyak di Indonesia. Menurut Wardhana (2011), penderita stroke pada umumnya mengalami kelemahan otot dan ketidakmampuan untuk bergerak sebagai dampak dari serangan stroke. Keterbatasan tersebut yang nantinya akan menghambat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, sehingga penderita menjadi sangat bergantung pada orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari (*Activity of Daily Living*). Berdasarkan beberapa hasil penelitian, diketahui bahwa terdapat sejumlah faktor yang dapat meningkatkan atau menghambat kemandirian ADL penderita stroke, seperti dukungan keluarga, psikososial, fungsi kognitif, tingkat stress, dan lain-lain.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan tingkat stress dan fungsi kognitif dengan kemandirian *activity of daily living* pasca stroke dan membuat rumusan penelitian “Adakah hubungan antara tingkat stress dan fungsi kognitif dengan kemandirian dalam melakukan *Activity of Daily Living* pada pasien pasca stroke”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengidentifikasi hubungan antara tingkat stress dan fungsi kognitif dengan kemandirian dalam melakukan *Activity of Daily Living* pada pasien pasca stroke.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi tingkat stress
- b. Mengidentifikasi fungsi kognitif
- c. Mengidentifikasi kemandirian dalam melakukan *Activity of Daily Living*
- d. Menganalisis hubungan tingkat stress dengan kemandirian pasien dalam melakukan *Activity Of Daily Living*
- e. Menganalisis hubungan fungsi kognitif dengan kemandirian dalam melakukan *Activity of Daily Living* pada pasien pasca stroke.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat:

1. Bagi pasien

Pasien dapat mengetahui faktor yang dapat meningkatkan dan menghambat kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari pasca stroke.

2. Bagi peneliti

Menambah wawasan atau pengetahuan serta pengembangan diri dalam bidang penelitian dan memperdalam pengetahuan peneliti tentang faktor yang berhubungan dengan kemandirian melakukan ADL pasca stroke.

3. Bagi Stroke Centre RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

Sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan kebijakan-kebijakan atau aturan yang berkaitan dengan kemandirian melakukan ADL pada pasien pasca stroke.

4. Bagi institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi dosen dan mahasiswa sebagai informasi tambahan dalam proses perkuliahan dan sekaligus sebagai acuan atau referensi untuk penelitian berikutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Pengertian stroke

Menurut Muttaqin (2012), stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian.

Stroke adalah sindrom klinis yang awalnya timbul mendadak, progresif cepat, berupa defisit neurologis vokal, dan atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik (Rendy & Margareth, 2012)

Jadi dapat disimpulkan bahwa stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan karena berhentinya suplai darah ke otak. Gejala dari gangguan fungsi saraf tersebut antara lain penurunan kesadaran, kelumpuhan anggota badan, pelo, dan lain-lain.

2. Faktor resiko stroke

Adapun beberapa faktor resiko stroke adalah sebagai berikut:

a. Hipertensi

Tekanan darah tinggi adalah faktor resiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Menurut penelitian medis diketahui bahwa penderita hipertensi mempunyai faktor resiko stroke empat hingga

enam kali lipat dibandingkan dengan mereka yang mempunyai tekanan darah normal. (Waluyo, 2009)

b. Obesitas

Pada orang obesitas biasanya kadar LDL (*Low-Density Lipoprotein*) lebih tinggi dibanding kadar HDL (*High-Density Lipoprotein*). Kelebihan lemak jahat di dalam tubuh dapat menempel pada dinding pembuluh darah. Dalam jumlah yang besar dapat menyumbat pembuluh darah. Sumbatan pada pembuluh darah di otak menyebabkan kerusakan jaringan otak sehingga menimbulkan gejala stroke. (Waluyo, 2009)

c. Merokok

Merokok membuat darah menjadi kental karena merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) semakin banyak sehingga aliran darah menjadi tidak lancar dan memicu serangan stroke. Merokok merupakan penyebab nyata serangan stroke yang lebih banyak dialami kelompok dewasa muda. Serangan stroke pada perokok berakibat lebih parah (seperti serangan stroke berulang) karena dinding bagian dalam pada sistem pembuluh darah otak menjadi rentan disebabkan racun rokok. (Waluyo, 2009)

d. Diabetes melitus

Mempunyai resiko mengalami stroke. Pembuluh darah pada penderita diabetes umumnya lebih kaku dan tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak. (Wardhana, 2011)

e. Penyakit kardiovaskuler

Penyakit jantung seperti jantung koroner dan infark miokard menjadi faktor terbesar terjadinya stroke. Jantung

merupakan pusat aliran di tubuh. Jika pusat pengaturan darah mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah ke otak. (Wardhana, 2011)

3. Dampak stroke

Adapun dampak stroke yang pada umumnya terjadi menurut Mutaqqin (2012) adalah sebagai berikut:

a. Sendi kaku dan otot mengerut

Penderita stroke yang tidak menggerakkan bagian tubuh tertentu atau tidak mengikuti fisioterapi dengan baik, akan mudah mengalami kekakuan sendi dan pengerutan otot. Bila hal ini terjadi, maka akan terasa nyeri jika bagian tubuh digerakkan atau ketika berdiri.

b. Kelumpuhan

Kelumpuhan bagian tubuh yang hanya sebelah adalah cacat yang paling umum menimpa penderita stroke yang diakibatkan kerusakan otak bagian kiri atau kanan. Bila kerusakan terdapat pada otak kiri, maka cacat akan terjadi pada tangan atau kaki kanan. Semua kelumpuhan yang diakibatkan serangann stroke, pada umumnya sulit disembuhkan atau dikembalikan seperti semula sebelum terjadi serangan.

c. Stress dan depresi

Stress adalah respons tubuh terhadap beban psikis yang menimpa diri penderita stroke. Penderita stroke setelah menjalani perawatan di rumah sakit dan pada saat pulang tidak menyadari akan cacat akibat serangan stroke yang pda umumnya sulit disembuhkan. Ada kemungkinan penderita stroke tidak siap mental untuk menerima

kenyataan adanya cacat yang bisa menyebabkan penderita stroke menjadi stress.

B. Tinjauan Umum Tentang Kemandirian Dalam Melakukan *Activity Of Daily Living* Pada Pasien Pasca Stroke

1. Kemandirian

Menurut Husein (2013) yang dikutip oleh Inayah (2017), kemandirian merupakan sikap individu yang diperoleh secara kumulatif dalam perkembangan dimana individu akan terus belajar bersikap mandiri dalam menghadapi situasi di lingkungan, sehingga individu mampu berpikir dan bertindak sendiri. Sedangkan menurut Maryam (2008) kemandirian merupakan seseorang yang tanpa pengawasan, pengarahan, dan bantuan dari orang lain.

Menurut Karunia (2015), pasca serangan stroke tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain menjadi semakin meningkat, sehingga orang tidak mandiri dalam melakukan aktivitas kemandirian sehari-hari.

Menurut Sari (2014), dalam kondisi pasien yang menderita stroke tentunya dapat mempengaruhi segala aktivitasnya terutama dalam pemenuhan ADL. Penurunan gerak dan fungsi tubuh berdampak terhadap kemampuan beradaptasi dengan lingkungan aktivitasnya. Hal ini perlu ditekankan kemandirian pada pasien stroke dalam pemenuhan aktivitas fisik (ADL) agar pasien stroke tetap mandiri. Memberikan latihan-latihan fisik memberikan motivasi dan penyuluhan tentang stroke perlu dilakukan agar pasien stroke tetap termotivasi untuk beraktivitas sehingga tidak memperburuk kondisi pasien stroke.

2. *Activity of Daily Living* (ADL)

a. Defenisi *Activity of Daily Living*

Menurut Koziar dkk (2010) yang dikutip oleh Jalil dkk (2018), aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activity Daily Living*) adalah fungsi dan aktivitas individu yang normalnya dilakukan tanpa bantuan orang lain. Aktivitas sehari-hari berhubungan erat dengan kebutuhan dasar manusia yang merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Hidayat, 2007).

b. Macam-macam *Activity of Daily Living*

- 1) *Activites of Daily Living* dasar, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan dan minum, toileting, mandi, dan berhias.
- 2) *Activities of Daily Living* instrumental, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas.
- 3) *Activities of Daily Living* vokasional, yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
- 4) *Activities of Daily Living* nonvokasional, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobby, dan mengisi waktu luang.

3. Cara menilai kemandirian

Pengkajian ADL penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan atau besarnya bantuan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari. Pengukuran kemandirian ADL akan lebih mudah dinilai dan dievaluasi secara kuantitatif dengan sistem

skr yang sudah banyak dikemukakan oleh berbagai penulis ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan, minum, toileting, mandi, dan berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini.

Berikut ini beberapa instrumen yang dapat digunakan sebagai alat ukur kemandirian ADL menurut Saryono (2011) :

a. Katz Indeks

Katz Indeks merupakan suatu instrument pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan pasien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat.

b. Skala keterbatasan aktivitas dari Universitas Groningen

Skala keterbatasan aktivitas Groningen atau *Groningen Activity Restriction Scale* merupakan suatu instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur disabilitas fungsional lansia. Instrumen penelitian ini dapat digunakan untuk memonitor pasien dan mengidentifikasi intervensi yang potensial untuk kesembuhan pasien. Instrumen ini ditulis oleh Groningen yang berasal dari Belanda.

c. Barthel Indeks

Barthel Indeks merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan. Barthel Indeks karena pelaksanaannya mudah, cepat (dalam waktu kurang dari 10 menit), dari pengamatan langsung atau

dari catatan medik penderita, lingkungannya cukup mewakili ADL dasar dan mobilitas ADL dasar.

Berdasarkan penjelasan beberapa alat ukur diatas, peneliti menggunakan Barthel Indeks untuk menilai tingkat kemandirian ADL pada pasien pasca stroke.

C. Tinjauan Umum Tentang Tingkat Stress Pada Pasien Pasca Stroke

1. Defenisi stress

Menurut Lazarus dan Folkmen yang dikutip oleh Fahrunnisa dan Solichach (2017) stress merupakan keadaan di mana individu berinteraksi dengan lingkungan yang menyebabkan individu tersebut melihat ketidaksesuaian antara situasi fisik maupun psikologis dengan sumber daya yang dimilikinya baik yang merupakan sumber biologis, psikologis, maupun sistem sosial.

Weinberg dan Gould (2003) mendefinisikan stress sebagai ketidak seimbangan antara tuntutan (fisik dan psikis) dan kemampuan memenuhinya. Gagal dalam memenuhi kebutuhan tersebut akan berdampak krusial.

Stress merupakan tanggapan seseorang baik secara fisik maupun secara mental terhadap suatu perubahan di lingkungannya yang dirasakan mengganggu dan mengakibatkan dirinya terancam. (Anoraga, dalam Anggreini 2003)

Berdasarkan beberapa definisi stress di atas maka peneliti menarik kesimpulan bahwa stress adalah suatu tekanan yang dialami individu melebihi batas kemampuannya baik fisik maupun psikis sehingga mengakibatkan individu tersebut mengalami depresi.

2. Fase-fase stress

Menurut Selye yang dikutip oleh Lianasari (2013), terdapat 3 tingkatan stress, yaitu:

a. Fase 1: *Alarm reaction*.

Pada tahap ini tubuh menunjukkan karakteristik perubahan-perubahan dari ekposour pertama stressor. Dalam waktu yang sama, resistensi tubuh berkurang namun setelah dihadapi, perubahan-perubahan tadi akan kembali ke semula (titik keseimbangannya). Bila stressor cukup kuat (seperti kebakaran hebat, temperatur yang ekstrim), kematian yang terjadi.

b. Fase 2: *Stage of resistance*

Resistensi terjadi jika ekposour stressor yang terus terjadi kompatibel dengan adaptasi. Signal-signal karakteristik *alarm reaction* tubuh secara virtual hilang, dan resistensi meningkat di atas tingkat normalnya.

c. Fase 3: *Stage of Exhaustion*

Menghadapi stressor yang sama secara terus menerus, di mana tubuh telah berhasil menyesuaikan diri, pada akhirnya akan membuat energi adaptasi kelelahan (*exhausted*). Signal-signal *alarm reaction* muncul kembali, namun saat ini mereka tidak dapat dikembalikan seperti semula (ke titik keseimbangannya), sehingga individu mengalami *serious illness* yang bisa membawa pada kematian.

3. Stress pada pasien pasca stroke

Menurut Wardhana (2011), penderita stroke yang belum siap secara mental untuk menerima keadaannya dapat mengalami stress bahkan depresi. Faktor yang dapat menyebabkan stress (stressor) dapat timbul dari tubuh atau

lingkungan dan dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan. Stress ini dapat mengganggu konsentrasi, dan mengurangi motivasi dalam beraktivitas. Oleh karena itu, pasien pasca stroke perlu mendapat perhatian lebih agar pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari. (Gabriela dan Handayani, 2012)

Adapun tanda-tanda stress pada pasien pasca stroke antara lain:

- a. Ekspresi wajah tampak tegang, dahi berkerut, tidak santai, bicara berat dan sulit untuk senyum atau tertawa.
- b. Murung dan cemberut
- c. Gangguan tidur
- d. Semangat menurun

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Gabriela dan Handayani (2012), dari 90 responden terdapat 30 reseponden stress ringan, 28 responden stress sedang, 13 reseponden stress berat, 0 reseponden stress sangat berat. Jadi dapat disimpulkan bahwa dari 90 responden pasien pasca stroke tersebut 71 di antaranya mengalami stress dan sisanya 19 responden tidak mengalami stress.

4. Alat ukur tingkat stres

- a. DASS 42 (Depression Anxiety Stress Scale)

Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42) atau diringkaskan sebagai *Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS 21)* oleh Lovibond 1995. DASS adalah seperangkat skala subjektif yang dirancang untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan, dan stres. Kuesioner ini merupakan instrument yang telah baku dan tidak perlu diuji validitasnya lagi. DASS 42 terdiri dari 42

pernyataan dan terbagi menjadi 14 pernyataan terkait stress, 14 pernyataan terkait ansietas, dan 14 pernyataan terkait depresi.

D. Tinjauan Umum Tentang Fungsi Kognitif Pada Pasien Pasca Stroke

1. Definisi Kognitif

Fungsi kognitif merupakan aktivitas mental secara sadar seperti berpikir, mengingat, belajar dan menggunakan bahasa. Fungsi kognitif juga merupakan kemampuan atensi, memori, pertimbangan, pemecahan masalah, serta kemampuan eksekutif seperti merencanakan, menilai, mengawasi dan melakukan evaluasi. (Murtiyani, Hartono, dkk., 2017)

Menurut Santoso, Hanna dan Ismail (2009), fungsi kognitif ialah proses mental dalam memperoleh pengetahuan atau kemampuan kecerdasan yang meliputi cara berpikir, daya ingat, pengertian, perencanaan, dan pelaksanaan.

Menurut Murtiyani, Hartono, Suidah dan Pangertika (2017), salah satu akibat dari stroke adalah gangguan fungsi kognitif. Insiden gangguan fungsi kognitif meningkat tiga kali lipat setelah stroke dan biasanya melibatkan kemampuan visuospasial, memori, orientasi bahasa, perhatian, dan fungsi eksekutif.

2. Macam-macam fungsi kognitif

Menurut Murtiyani, Hartono, dkk., (2017) fungsi kognitif terbagi atas:

- a. Fungsi yang terdistribusi, yang tidak terlokalisasi pada regio otak tertentu, namun membutuhkan aksi dari berbagai bagian pada kedua sisi otak, seperti:

1) Atensi dan konsentrasi

Pemeliharaan atensi normal tergantung dari dasar anatomis yang sama dengan kesadaran, yaitu sistem aktivasi retikular yang berproyeksi ke *talamus* dan kemudian ke *korteks serebri* secara difus.

2) Memori

Memori dibagi menjadi beberapa komponen:

a) Memori implisit

Respon motorik yang dipelajari yang tidak berhubungan dengan akses kesadaran, misalnya mengendarai mobil dan keterampilan motorik kompleks lainnya.

b) Memori eksplisit

Berhubungan dengan akses kesadaran, yang kemudian disubklasifikasikan lagi menjadi (1) Memori *episodik*, misalnya menceritakan kembali detail autobiografi dan kejadian pengalaman lainnya yang berhubungan dengan waktu tertentu; (2) Memori *semantik*, penyimpanan pengetahuan dunia secara umum.

3) Fungsi eksekutif yang lebih tinggi

Fungsi eksekutif sulit untuk didefinisikan dengan tepat, tetapi meliputi kemampuan untuk membuat rencana, beradaptasi, menangani konsep abstrak dan menyelesaikan masalah digabung dengan aspek perilaku sosial dan kepribadian, misalnya inisiatif, motivasi dan inhibisi.

- b. Fungsi yang terlokalisasi, yang tergantung dari struktur dan fungsi normal dari satu area atau tertentu pada satu *hemisfer*. Dominasi *hemisfer*, pada kebanyakan individu, *hemisfer serebri* kiri merupakan *hemisfer* yang dominan

untuk fungsi bahasa. Bahkan mayoritas orang kidal juga memiliki *hemisfer* kiri yang dominan.

1) Fungsi *hemisfer* dominan

Afasia atau *disfasia* adalah kerusakan fungsi berbahasa akibat kerusakan otak. Hal ini meliputi bahasa yang lisan dan tulisan (membaca dan menulis), yang mungkin saja mengalami kerusakan selektif (*aleksia/disleksia* dan *agrafia/disgrafia*).

2) Fungsi *hemisfer* non-dominan

Jika sebagian besar fungsi bahasa terletak pada *hemisfer* dominan, maka *hemisfer* nondominan sebagian besar, walaupun tidak semuanya, bertanggung jawab untuk keterampilan *visuospasial*.

3. Fungsi kognitif pada pasien pasca stroke

Gangguan fungsi kognitif merupakan gangguan fungsi luhur otak berupa orientasi, perhatian, konsentrasi, daya ingat dan bahasa serta fungsi intelektual yang diperlihatkan dengan adanya gangguan dalam berhitung, bahasa, daya ingat semantic (kata-kata) dan pemecahan masalah. Gangguan fungsi kognitif erat kaitannya dengan fungsi otak karena kemampuan untuk berpikir akan dipengaruhi oleh otak (Hasra, 2013).

Penurunan fungsi kognitif akan menyebabkan gangguan pada sistem saraf pusat, yaitu pengurangan massa otak dan pengurangan aliran darah otak. Selanjutnya akan menyebabkan *atrofi* berproliferasi sehingga *neurotransmitter* (*dopamin* dan *serotonin*) akan berubah. Perubahan pada *neurotransmitter* ini akan meningkatkan aktivitas enzim *monoaminoksidase* (MAO) (Pranarka, 2006). Hal inilah yang akan mengakibatkan *Activity of Daily Living* mengalami gangguan.

4. Alat menilai fungsi kognitif

a. *Mini Mental State Examination* (MMSE)

Instrumen penilaian status mental mini/*mini mental state examination* (MMSE) atau *Folstein tes kuesioner* singkat 30 point, digunakan untuk mengetahui adanya kerusakan kognitif. Tes ini biasa digunakan untuk melakukan pengobatan pada screening demensia. Selain itu juga digunakan untuk memperkirakan tingkat keparahan kerusakan kognitif di suatu titik waktu dan mengikuti bagian perubahan kognitif dalam individu selama beberapa waktu, sehingga merupakan cara yang efektif untuk mengetahui respon individu terhadap perawatan yang di berikan (Saryono, 2010).

b. *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)

Pengkajian ini bertujuan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan matematis. (Rakhmawati, 2017)

c. *Cognitive Performance Scale* (CPS)

Pemeriksaan *Cognitive Performance Scale* ini pertama kali diperkenalkan oleh Morris pada tahun 1994 dengan 5 bentuk pengukuran. Dimana bentuk-bentuk pengukuran tersebut meliputi status koma (*comatose status*), kemampuan dalam membuat keputusan (*decision making*), kemampuan memori (*short-term memory*), tingkat pengertian (*making self understood*) dan makan (*eating*). Tiap kategori dibagi menjadi 7 grup, dimana pada skala nol (0) dinyatakan *intact* sampai skala enam (6) di nyatakan sebagai gangguan fungsi kognitif yang sangat berat (*very severe impairment*). Penelitian yang ada menunjukkan bahwa *CPS* memberikan

penilaian fungsi kognitif yang akurat dan penuh arti pada populasi dalam suatu institusi.

d. *General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG)*

Pemeriksaan *General Practitioner Assessment of Cognition* merupakan salah satu bentuk dari *Cambridge Cognition (CAMCOG)*. Pemeriksaan CAMCOG merupakan bagian tersendiri untuk [emeriksaan fungsi kognitif dari *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMDEX)*. CAMCOG merupakan instrumen yang terstandarisasi yang digunakan untuk menilai tingkat demensia dan untuk menilai tingkat gangguan kognitif. Pengukuran ini menilai orientasi, bahasa, memori, atensi, kemampuan berpikir abstrak, persepsi dan kalkulasi.

e. *Montreal Cognitive Assesment-Versi Indonesia (MoCA-Ina)*

Kelebihan dari pemeriksaan MoCA-Ina adalah waktu pemeriksaan yang lebih singkat serta merupakan instrumen pengukuran fungsi kognitif yang lebih sensitif di banding *Mini Mental State Examinatmaupion (MMSE)*. Dari beberapa alat ukur yang dapat digunakan, peneliti menggunakan MoCA-Ina karena menurut hasil penelitian Nazem, dkk. (2009), lebih dari setengah subjek yang normal pada MMSE memiliki gangguan kognitif pada skor MoCA-Ina.

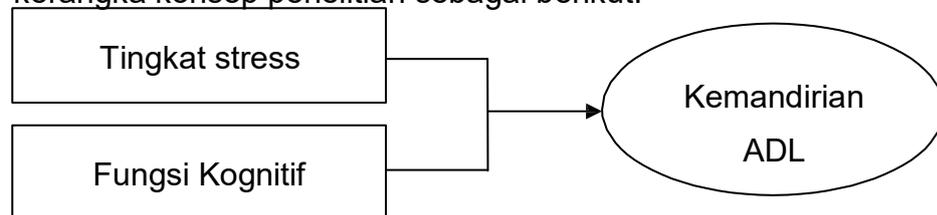
BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Berdasarkan tinjauan pustaka, stroke merupakan kelainan fungsi otak yang disebabkan karena berhentinya suplai darah ke otak. Ketika pasokan darah ke otak berkurang maka akan terjadi kerusakan sebagian daerah otak. Dampak yang ditimbulkan serangan stroke adalah hilangnya fungsi kontrol otak yang mengakibatkan kelumpuhan atau kelemahan pada bagian tubuh tertentu. Sehingga penderita akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti makan dan minum, mandi, berpakaian, berjalan, dan sebagainya.

Berdasarkan penjelasan diatas maka peneliti membuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



Gambar 3.1 Bagan kerangka konseptual

Keterangan:



: Variabel Independen



: Variabel Dependen



: Variabel yang diteliti

B. Hipotesis Statistik

Berdasarkan kerangka konsep diatas maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian yaitu sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara tingkat stress dengan kemandirian ADL pada pasien pasca stroke di Stroke Centre RSKD Provinsi Sulawesi Selatan
2. Ada hubungan antara fungsi kognitif dengan kemandirian ADL pada pasien pasca stroke di Stroke Centre RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

C. Defenisi Operasional

Tabel 3.1 Defenisi Operasional Variabel Penelitian

1. Variabel independen: Tingkat stress

Defenisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
Kemampuan responden secara emosional dalam menghadapi beban atau tekanan berupa fisik, psikologis, maupun sosial.	<ul style="list-style-type: none"> - Mudah marah atau tersinggung - Sulit bersikap santai - Sulit tidur - Kesabaran berkurang - Melamun - Sulit tersenyum atau tertawa - Gairah hidup menurun 	Kuesioner (DASS 42)	Ordinal	<p>Normal: Jika total skor 0-14</p> <p>Ringan: Jika total skor 15-18</p> <p>Sedang: Jika total skor 19-25</p> <p>Berat: Jika total Skor 26-33</p> <p>Sangat berat: Jika total skor >34</p>

2. Variabel Independen: Fungsi Kognitif

Defenisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
Kemampuan responden untuk belajar, menerima dan mengelola informasi dari lingkungan sekitar.	<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mengenali bentuk atau penamaan - Kemampuan menyimpan informasi - Kemampuan untuk fokus - Kemampuan berkomunikasi - Kemampuan untuk fokus - Kemampuan mengulang kembali informasi - Fungsi orientasi 	Observasi (MoCA- Ina)	Ordinal	<p>Normal: Jika total skor 26-30</p> <p>Tidak normal: Jika total skor 0-25</p>

3. Variabel Dependen: Kemandirian ADL

Defenisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
Kemampuan responden untuk melakukan aktivitas sehari-hari.	Kemampuan melakukan kegiatan seperti: makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, buang air besar, buang air kecil, penggunaan toilet, transfer, mobilitas, naik turun tangga.	Kuesioner (Barthel Indeks)	Ordinal	<p>Mandiri: Jika total skor 20</p> <p>Ketergantungan ringan: Jika total skor 12-19</p> <p>Ketergantungan sedang: Jika total skor 9-11</p> <p>Ketergantungan berat: Jika total skor 5-8</p> <p>Ketergantungan total: Jika total skor 0-4</p>

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah non eksperimental dengan desain penelitian yang digunakan adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional* yang bertujuan untuk mengukur dan mengamati data antar variabel pada waktu yang bersamaan, dengan maksud untuk melihat hubungan antara tingkat stress dan fungsi kognitif dengan kemandirian dalam melakukan ADL pada pasien pasca stroke.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di Stroke Centre RSKD Provinsi Sulawesi Selatan. Peneliti memilih tempat ini karena banyak terdapat pasien stroke dan lokasinya mudah dijangkau oleh peneliti.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 7 Januari - 28 Februari 2019.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien pasca stroke di Stroke Centre RSKD Provinsi Sulawesi Selatan. Populasi dalam penelitian ini yaitu jumlah pasien stroke pada tahun 2018 yaitu sebanyak 311 orang.

2. Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik *non-probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling*, yaitu suatu metode pengumpulan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dalam populasi dan memenuhi kriteria pemilihan dalam kurun waktu tertentu (7 Januari-28 Februari 2019), sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi (60 sampel). Adapun kriteria yang dimaksud adalah sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi:

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau yang layak diteliti, antara lain:

- 1) Pasien pasca stroke yang menjalani perawatan di Stroke Centre RSKD Prov. Sulawesi Selatan
- 2) Pasien composmentis

b. Kriteria eksklusi:

Kriteria eksklusi adalah karakteristik sampel yang tidak dapat dimasukkan atau tidak layak diteliti, antara lain:

- 1) Pasien pasca stroke yang mengalami *Aphasia*
- 2) Pasien pasca stroke yang tidak bersedia menjadi responden

D. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini meliputi lembar observasi:

1. Untuk mengukur tingkat stress pasien pasca stroke

Variabel tingkat stress diukur menggunakan kuesioner berdasarkan skala *DASS 42 (Depression Anxiety Stress Scale)* yang dipelopori oleh Lovibond (1995) dan dimodifikasi oleh Yulianti (2004), Sriati (2008), dan Chomaria (2009). *DASS*

adalah seperangkat skala subjektif yang dirancang untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan, dan stres. Kuesioner ini merupakan instrument yang telah baku dan tidak perlu diuji validitasnya lagi. DASS 42 terdiri dari 42 pernyataan dan terbagi menjadi 14 pernyataan terkait stress, 14 pernyataan terkait ansietas, dan 14 pernyataan terkait depresi. Kuesioner DASS 42 berbentuk skala Likert dengan bentuk jawaban tidak pernah, kadang-kadang, sering, selalu. Untuk jawaban tidak pernah diberi nilai 0, jawaban kadang-kadang diberi nilai 1, jawaban sering diberi nilai 2, dan jawaban selalu diberi nilai 3. Hasil ukur pada stress dinilai berdasarkan: Normal = 0-14, Ringan = 15-18, Sedang 19-25, Berat = 26-33, Sangat Berat = >34.

2. Untuk mengukur fungsi kognitif pasien pasca stroke

Variabel fungsi kognitif di ukur menggunakan *Montreal Cognitive Assessment-Versi Indonesia (MoCA-Ina)*. Panentu dan Irfan M (2013) dalam jurnalnya melakukan uji validitas dan reliabilitas butir pemeriksaan dengan MoCA-Ina. Uji korelasi person digunakan dalam menguji validitas MoCA-Ina dan didapatkan nilai $r = 0,529$ dan $p = 0,046$. Pengujian reliabilitas menggunakan uji korelasi person dan didapatkan nilai $r = 0,963$ dan $p = 0,000$. Dengan demikian MoCA-Ina dinyatakan valid dan reliabel untuk digunakan dalam pemeriksaan fungsi kognitif pada pasien pasca stroke. MoCa-Ina terdiri dari 30 poin yang akan diujikan dengan menilai beberapa domain kognitif, yaitu fungsi eksekutif, visuospasial, bahasa, delayed recall, atensi, abstraksi, dan orientasi. Skor maksimal yang dihasilkan adalah 30, untuk total skor ≥ 26 adalah normal (tidak ada gangguan).

3. Untuk mengukur tingkat kemandirian ADL pasien pasca stroke

Variabel tingkat kemandirian diukur menggunakan *Barthel Indeks* (Saryono, 2010). Barthel Indeks adalah skala ordinal yang digunakan untuk mengukur kinerja dalam aktivitas sehari-hari (ADL). Skala ini diperkenalkan pada tahun 1965, dan menghasilkan skor 0-20. Meskipun versi asli ini masih banyak digunakan, namun pada tahun 1979 Granger dkk memodifikasi atau memasukkan 0-10 poin untuk setiap variabel, dan perbaikan lebih lanjut diperkenalkan pada tahun 1989. Skala pengukuran menggunakan skala ordinal yang terdiri dari 10 item aktivitas yang masing-masing diberi nilai tergantung kemandirian responden dan mempunyai skor tertinggi 20 dan terendah 0 yang dibagi menjadi 5 kategori, yaitu ketergantungan total jika skor 0-4, ketergantungan berat jika skor 5-8, ketergantungan sedang jika skor 9-11, ketergantungan ringan jika skor 12-19 dan mandiri jika skor 20.

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini data dikumpulkan melalui beberapa prosedur, yaitu diperlukan adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris Makassar atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada institusi tempat penelitian dalam hal ini Stroke Centre RSKD Prov. Sul-Sel.

Setelah mendapat persetujuan, barulah dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut:

1. Informed consent

Merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi, disertai jadwal penelitian, dan menjelaskan manfaat penelitian agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian. Jika responden bersedia, maka responden diminta untuk menandatangani

lembar persetujuan. Namun jika responden menolak, maka peneliti tidak akan memaksakan dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. Anonymity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden, tetapi lembaran tersebut diberikan inisial atau kode.

3. Confidentiality

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam bentuk file dan hanya diakses oleh peneliti dan pembimbing, dan akan dihilangkan pada akhir penelitian.

Data-data yang dikumpulkan berupa:

a. Data primer

Data primer pada penelitian ini adalah data yang didapat langsung dari responden yang menjadi sampel penelitian melalui observasi.

b. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari data rekam medik Stroke Centre RSKD Prov. Sulawesi Selatan.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Data yang telah terkumpul akan diolah dan dianalisa dengan menggunakan program komputer. Adapun langkah-langkah pengolahan data meliputi:

1. *Editing*

Proses ini akan dilakukan setelah data terkumpul, dan kemudian dilakukan pengecekan terhadap kelengkapan data

sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian, maka dapat dilengkapi dengan segera oleh peneliti.

2. *Coding*

Dalam tahap ini peneliti akan memberi kode pada data yang didapat untuk memudahkan pengolahan data.

3. *Entry Data*

Dalam tahap ini data dimasukkan ke dalam komputer menggunakan aplikasi komputer.

4. *Tabulating*

Setelah data terkumpul dan tersusun, data akan dikelompokkan dan dimasukkan dalam suatu tabel sesuai dengan kriterianya kemudian dianalisa/ditabulasi secara statistik menggunakan dalam program *SPSS (Statistic Product and Service Solution)*

G. Analisa Data

Data yang terkumpul akan dianalisis secara analitik dan diinterpretasi dengan menggunakan metode komputer program SPSS versi 16 windows.

1. Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentasi dari tiap-tiap kelompok yang diteliti, yaitu masing-masing variabel independen dan variabel dependen.

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen (tingkat stres dan fungsi kognitif) dan variabel dependen (kemandirian ADL) dengan menggunakan uji statistik *non-parametrik chi square* dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha=0,05$). Interpretasi berdasarkan nilai p value:

- a. Apabila nilai $p < \alpha$, artinya adanya hubungan antara tingkat stress dan fungsi kognitif dengan kemandirian ADL pasca stroke.
- b. Apabila nilai $p \geq \alpha$, artinya tidak ada hubungan antara tingkat stress dan fungsi kognitif dengan kemandirian ADL pasca stroke.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan, yang dimulai dari tanggal 7 Januari – 28 Februari 2019 selama 40 hari. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *Non-Probability sampling* dengan menggunakan pendekatan *consecutive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 60 responden.

Pengumpulan data ini menggunakan kuesioner sebagai alat ukurnya dengan pendekatan *cross sectional* dimana pengukuran dan pengamatan variable independen dan variable dependen dilakukan pada saat yang bersamaan atau hanya satu kali pada saat tertentu terhadap 60 responden yang memenuhi kriteria penelitian.

Untuk pengolahan data menggunakan program SPSS. Data yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis dengan menggunakan uji *Chi-square*.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Stroke Center RSKD Provinsi Sulawesi Selatan yang beralamat di jalan Lanto Dg. Pasewang No. 34, Maricaya, Kec. Makassar, Kota Makassar. Pada tahun 1920, pemerintah Hindia Belanda mendirikan sebuah *verpleegtehuiz voor krankzinnigen* (Rumah Perawatan Sakit Jiwa) di kampong Dadi (sebuah tempat pemerahan susu) di Makassar, diatas tanah seluas 53,295 m² didukung bukti kepemilikan dengan sertifikat Hak Pakai Nomor 89.

Pada tahun 2001 rumah sakit ini diserahkan menjadi otonomi daerah dan secara resmi Rumah Sakit Jiwa berubah menjadi Badan Pengelola Rumah Sakit (BPRS) DADI Provinsi Sulawesi Selatan sesuai Peraturan Daerah Provinsi.

Karena suatu tim menilai bahwa daerah Sulawesi Selatan banyak terdapat penderita stroke yang tidak tertampung, maka pada tahun 2007 diresmikan Stroke Center didalam RS Jiwa Dadi. Kemudian di tahun 2008 berdasarkan Perda Provinsi Sulawesi Selatan No. 9 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Daerah, Lembaga Teknis dan Lembaga lain Provinsi Sulawesi Selatan secara resmi BPRS Dadi Provinsi Sulawesi Selatan menjadi Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) DADI Provinsi Sulawesi Selatan.

RSKD Provinsi Sulawesi Selatan memiliki visi dan misi tersendiri. Adapun visi dan misi RSKD Provinsi Sulawesi Selatan sebagai berikut:

1) Visi

Rumah Sakit Khusus Daerah DADI Provinsi Sulawesi Selatan sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan Jiwa, NAPZA dan Stroke yang holistic dan terpercaya di Kawasan Indonesia Timur dalam mendukung akselerasi kesejahteraan di Sulawesi Selatan tahun 2018

2) Misi

- a) Menerapkan diferensiasi layanan kesehatan Jiwa, NAPZA dan komorbiditas dengan pendekatan mediko dan psikososial serta pelayanan stroke
- b) Mengembangkan layanan kesehatan secara professional melalui pendekatan promotif, preventif, kuaratif, dan rehabilitative baik kepada pasien maupun keluarganya serta berorientasi kepuasan pelanggan

- c) Memperkuat kelembagaan melalui optimalisasi fasilitas dan SDM kesehatan yang kapabel dan berkomitmen
- d) Mengembangkan infrastruktur pelayanan kesehatan Jiwa, NAPZA dan Stroke
- e) Menciptakan tata kelola RSKD yang baik dan bersih

3. Karakteristik Responden

Table 5.1
Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir dan Jenis Stroke di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

Karakteristik Responden	f	%
Umur		
35-44	1	1.7
45-54	24	40.0
55-64	24	40.0
65-74	11	18.3
Jenis Kelamin		
Laki-laki	36	60.0
Perempuan	24	40.0
Pendidikan Terakhir		
TS	5	8.3
SD	18	30.0
SMP	9	15.0
SMA	19	31.7
PT	9	15.0
Jenis Stroke		
NHS	52	86.7
HS	8	13.3

Sumber data primer, 2019

Berdasarkan tabel 5.1 diperoleh data dari 60 responden, jumlah terbanyak berada pada responden dengan kelompok

usia 45-54 tahun yaitu 24 orang (40.0%), usia 55-64 sebanyak 24 orang (40.0%) dan jumlah usia responden terkecil berada pada kelompok usia 35-44 (1.7).

Pada jenis kelamin jumlah terbanyak berada pada responden laki-laki yaitu 36 orang (60.0%) dan jumlah responden terkecil ada pada jenis kelamin perempuan 24 (40.0%).

Pada pendidikan terakhir jumlah terbanyak berada pada responden dengan kelompok pendidikan yaitu 19 orang (31.%) dan jumlah responden terkecil ada pada kelompok pendidikan TS 5 orang (8.3%)

Pada jenis stroke jumlah terbanyak berada pada responden dengan jenis stroke NHS yaitu 52 orang (86.7%) dan jumlah responden terkecil ada pada jenis stroke HS 8 (13.3%).

4. Hasil Analisa Variabel yang Diteliti

a. Analisa Univariat

1) Tingkat Stress

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Stress di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

Tingkat Stress	f	%
Normal	34	56.7
Ringan	13	21.7
Sedang	13	21.7
Berat	0	0.0
Sangat Berat	0	0.0
Total	60	100.0

Sumber data primer, 2019

Berdasarkan tabel 5.2 diperoleh data dari 60 responden, jumlah terbanyak berada pada responden dengan tingkat

stress normal yaitu 34 orang (56.7%) dan jumlah terkecil/tidak ada pasien yang mengalami berada pada tingkat stress berat dan sangat berat (0.0%).

2) Fungsi Kognitif

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Fungsi Kognitif di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

Fungsi Kognitif	f	%
Normal	27	45.0
Tidak Normal	33	55.0
Total	60	100.0

Sumber data primer, 2019

Berdasarkan tabel 5.3 diperoleh data dari 60 responden, jumlah terbanyak berada pada responden dengan gangguan fungsi kognitif yaitu 33 orang (55.0%) dan jumlah terkecil berada pada fungsi kognitif yang normal yaitu 27 orang (45.0%).

3) Tingkat Kemandirian

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat
Kemandirian di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

Kemandirian	f	%
Mandiri	31	51.7
Ketergantungan ringan	19	31.7
Ketergantungan sedang	7	11.7
Ketergantungan berat	3	5.0
Ketergantungan total	0	0.0
Total	60	100.0

Sumber data primer, 2019

Berdasarkan tabel 5.4 diperoleh data dari 60 responden, jumlah terbanyak berada pada responden dengan tingkat mandiri yaitu 31 orang (51.7%) dan jumlah terkecil/tidak ada pasien yang mengalami berada pada tingkat ketergantungan total yaitu (0.0%).

b. Analisa Bivariat

Tabel 5.5
Hubungan Tingkat Stress dengan Tingkat
Kemandirian dalam Melakukan *Activity of Daily*
***Living* pada Pasien Pasca Stroke di Stroke Centre**
RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

		Tingkat Kemandirian										P
		Ketergantungan								Total		
		Mandiri		Ringan		Sedang		Berat		f	%	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Tingkat Stress	Normal	24	40.0	8	13.3	2	3.3	0	0.0	34	56.7	0.007
	Ringan+Sedang	7	11.7	11	18.3	5	8.3	3	5.0	26	43.3	
	Total	31	51.7	19	31.7	7	11.7	3	5.0	60	100.0	

Sumber data primer, 2019

Berdasarkan hasil penelitian tingkat stress yang berhubungan dengan kemandirian dalam melakukan ADL pada pasien pasca stroke di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.5 dari 60 responden di dapatkan data terbanyak berada pada responden yang memiliki tingkat stress normal dengan tingkat mandiri 24 orang (40.0%), sedangkan jumlah terkecil berada pada responden yang tidak mengalami stress dengan tingkat mandiri sedang 2 orang (3.3%).

Setelah data dikumpulkan dan dilakukan uji statistic *Chi-Square* dengan tabel 3x4 didapatkan 8 sel dengan nilai Expected count <5 sehingga dilakukan penggabungan sel menjadi 2x4 dimana criteria ringan+sedang pada variable tingka stress digabungkan. Setelah dilakukan penggabungan

sel yang kemudian dilakukan uji *Alternative Kolmogorov Smirnov*, diperoleh nilai $p=0.007$ dimana nilai $\alpha=0.05$. Hal ini menunjukkan $p<\alpha$ artinya hipotesis alternative (H_a) diterima dan hipotesis nol (H_0) ditolak. Dengan demikian berarti ada hubungan tingkat stress dengan kemandirian dalam melakukan ADL pada pasien pasca stroke di Stroke Center RSKD Prov. Sul-sel.

Tabel 5.6
Hubungan Fungsi Kognitif dengan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Activity of Daily Living* pada Pasien Pasca Stroke di Stroke Center RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

		Tingkat Kemandirian								Total	<i>p</i>
		Ketergantungan									
		Mandiri		Ringan		Sedang		Berat			
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Fungsi Kognitif	Normal	20	33.3	7	11.7	0	0.0	0	0.0	27	45.0
	Tidak Normal	11	18.3	12	20.0	7	11.7	3	5.0	33	55.0
Total		31	51.7	19	31.7	7	11.7	3	5.0	60	100.0

Sumber data primer, 2019

Berdasarkan hasil penelitian fungsi kognitif yang berhubungan dengan kemandirian dalam melakukan ADL pada pasien pasca stroke di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.6 dari 60 responden di dapatkan data terbanyak berada pada responden yang memiliki tidak gangguan fungsi kognitif dengan tingkat kemandirian mandiri yaitu 20 orang (33.3%),

sedangkan jumlah terkecil berada pada responden yang mengalami gangguan fungsi kognitif dengan tingkat ketergantungan berat yaitu 3 orang (5.0%).

Setelah data dikumpulkan dan dilakukan uji statistic *Chi-Square* dengan tabel 2x4 didapatkan 4 sel dengan nilai Expected count <5 sehingga dilakukan uji *Alternative Kolmogorov Smirnov* diperoleh nilai $p=0.014$ dimana nilai $\alpha=0.05$. Hal ini menunjukkan $p<\alpha$ artinya hipotesis alternative (H_a) diterima dan hipotesis nol (H_0) ditolak. Dengan demikian berarti ada hubungan fungsi kognitif dengan kemandirian dalam melakukan ADL pada pasien pasca stroke di Stroke Center RSKD Prov. Sul-sel.

B. Pembahasan

1. Hubungan Tingkat Stress dengan Kemandirian dalam melakukan ADL pada pasien stroke

Dari hasil penelitian ini didapatkan hasil bahwa ada hubungan antara tingkat stress dengan kemandirian dalam melakukan ADL pada pasien pasca stroke di Stroke Center RSKD Prov. Sul-Sel. Hal ini dapat dilihat dari uji *alternative Kolmogorov Smirnov* diperoleh p value 0.007 dimana nilai $\alpha=0.05$ sehingga $p<\alpha$. Hasil ini didukung oleh data frekuensi bahwa pasien yang memiliki tingkat stress normal dengan tingkat kemandirian mandiri sebanyak 24 orang (40.0%). Dan responden yang memiliki tingkat stress normal dengan tingkat kemandirian ketergantungan sedang sebanyak 2 orang (3.3%).

Penderita stroke pada umumnya mengalami kelemahan otot dan ketidakmampuan untuk bergerak sebagai dampak dari serangan stroke. Keterbatasan itulah yang nantinya dapat mengakibatkan penderita mudah marah, stress, dan mengurangi semangat penderita dalam melakukan aktivitas.

Stress merupakan suatu kondisi ketegangan yang mempengaruhi emosi, proses berpikir dan kondisi seseorang. Hal ini terjadi karena pasien stroke menjadikan masalah kesehatan atau perubahan kondisi fisik mereka sebagai suatu tekanan dalam hidup dan demikian mengganggu kondisi psikologis mereka, bahkan mengganggu tingkat kemandirian dalam beraktivitas (Herdiyani, 2013). Hal ini disebabkan karena kondisi kesehatan mereka baik fisik maupun psikis yang kadang-kadang sakit atau mengalami gangguan, sehingga aktivitas sehari-hari tidak semuanya dapat dilakukan sendiri. Pada beberapa kegiatan mereka memerlukan bantuan orang lain, misalnya mengerjakan pekerjaan yang berat atau mengambil keputusan (Tarwoto, 2006).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Amalia (2017) yang menemukan bahwa ada pengaruh masalah psikososial atau stress terhadap kemandirian dalam melakukan ADL. Pasien yang mengalami stress menjadi kurang bersemangat dalam beraktivitas, dan mengikuti latihan untuk meningkatkan kemandiriannya. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nugroho, dkk (2016), yang menemukan bahwa sebagian besar pasien yang mengalami stress, memiliki tingkat ketergantungan penuh.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Annis, dkk (2014), yang menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara stress dengan tingkat kemandirian ADL pada pasien pasca stroke di Wilayah kerja Puskesmas Tembilahan Hulu tahun 2013, dengan nilai *p value* = 0,014. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Nanda (2009) yang mengatakan bahwa gejala yang akan ditimbulkan pada pasien stroke yang mengalami stress, yaitu merasa lelah, menurunnya aktivitas,

tidak mampu membuat keputusan, serta tidak memiliki kemauan untuk ADL.

Pada tabel 5.5 didapatkan ada 10 responden yang memiliki tingkat stress normal namun tidak mandiri, dalam hal ini memiliki tingkat kemandirian ketergantungan ringan dan sedang. Menurut asumsi peneliti, 10 responden tersebut merupakan pasien pasca stroke yang memiliki keterbatasan atau kelemahan dalam melakukan aktivitas dan belum menjalani proses pengobatan yang maksimal. Sehingga walaupun berada di kategori tingkat stress normal tetapi responden belum dapat melakukan aktivitas secara mandiri.

Pada tabel 5.5 didapatkan ada 7 responden yang memiliki tingkat stress ringan dan sedang dengan tingkat kemandirian mandiri. Menurut asumsi peneliti, hal ini dikarenakan responden tersebut merupakan pasien pasca stroke yang telah mengalami pemulihan dari proses pengobatan yang dijalani. Sebagian besar dari 7 responden ini juga berada pada tingkat stress ringan, sehingga tidak memiliki pengaruh yang besar pada kemandirian responden dalam melakukan aktivitas.

Berdasarkan pembahasan diatas peneliti menarik kesimpulan bahwa pasien yang mengalami stress akibat penyakitnya akan berpengaruh pada kemandiriannya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Stress yang dialami tersebut dapat mempengaruhi psikologis pasien dan akhirnya pasien menjadi tidak bersemangat dalam beraktivitas, sehingga bergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari. Oleh sebab itu, ketika tingkat stress pada pasien pasca stroke meningkat, maka kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari akan menurun.

2. Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian dalam melakukan ADL pada pasien stroke

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat stress dengan kemandirian dalam melakukan ADL pada pasien pasca stroke di Stroke Center RSKD Prov. Sul-Sel. Hal ini dapat dilihat dari uji *alternative Kolmogorov Smirnov*, diperoleh p value 0.014 dimana nilai $\alpha=0.05$ sehingga $p<\alpha$. Hasil ini didukung oleh data frekuensi bahwa pasien yang tidak mengalami gangguan fungsi kognitif dan tingkat kemandirian mandiri sebanyak 20 responden. Dapat juga dilihat bahwa lebih sedikit pasien dengan gangguan fungsi kognitif dan tingkat kemandirian ketergantungan berat yaitu 3 orang (5.0%).

Gangguan fungsi kognitif merupakan gangguan fungsi luhur otak berupa orientasi, perhatian, konsentrasi, daya ingat dan bahasa serta fungsi intelektual yang diperlihatkan dengan adanya gangguan dalam berhitung, bahasa, daya ingat semantic (kata-kata) dan pemecahan masalah. Gangguan fungsi kognitif erat kaitannya dengan fungsi otak karena kemampuan untuk berpikiran dipengaruhi oleh otak (Hasra, 2013).

Gangguan pada system saraf pusat, yaitu pengurangan massa otak dan pengurangan aliran darah otak. Selanjutnya akan menyebabkan *atrofi* berploriferasi sehingga *neurotransmitter* (*dopamine* dan *serotonin*) akan berubah. Perubahan pada *neurotransmitter* ini akan meningkatkan aktivitas enzim *monoaminoksidase* (MAO). Hal ini yang akan mengakibatkan gangguan fungsi kognitif sehingga mempengaruhi kemandirian seseorang dalam melakukan *Activity of Daily Living* mengalami gangguan (Pranarka, 2006).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zinn, dkk (2004), di Amerika yang mengatakan

bahwa fungsi kognitif mempengaruhi kemandirian pasien stroke dalam beraktivitas. Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Oros, dkk (2015) di *Hospital Of Psychiatry and Neurology Oradea, Romania* tidak sejalan dimana tidak terdapat hubungan fungsi kognitif terhadap kemandirian. Dimana ketergantungan setelah stroke lebih dipengaruhi oleh gejala fisik stroke dari pada gangguan kognitif. Sehingga perubahan fisik lebih mempengaruhi kemandirian disbanding penurunan fungsi kognitif yang mempengaruhi kemandirian.

Trihayati (2016) dalam penelitiannya mengatakan bahwa ada hubungan antara fungsi kognitif dengan tingkat kemandirian aktivitas sehari-hari pada pasien pasca stroke dengan hasil $p=0,02$. Semakin tinggi fungsi kognitif maka semakin tinggi pula tingkat kemandirian dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dan dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari.

Penelitian yang dilakukan oleh Salsabila (2016), mengatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan tingkat kemandirian ADL ($p=0,008$), dan bahwa penurunan fungsi kognitif merupakan penyebab terbesar ketidakmampuan melakukan ADL dan ketergantungan pada orang lain. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marlina, dkk (2017) yang mengatakan bahwa fungsi kognitif dengan tingkat kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari mempunyai hubungan ($p=0,018$). Gangguan fungsi kognitif yang berat akan mengakibatkan tingkat kemandirian pasien pasca stroke masuk kategori berat,

dan jika mengalami gangguan fungsi kognitif ringan maka tingkat kemandirian menjadi ringan.

Menurut Kristiyawati (2012) bahwa pada pasien stroke akan mengalami gangguan fungsi kognitif dimana akan berdampak juga pada kemandirian dalam menyelesaikan aktivitas makan, mandi/hygiene, berpakaian/berdandan, atau eliminasi untuk diri sendiri. Dan dalam Budi (2018) mengatakan bahwa, lama stroke mempengaruhi seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-harinya. Dimana pasien yang baru terkena stroke belum bisa menerima keadaan atau belum beradaptasi dengan perubahan kondisi tubuh yang di alaminya, sehingga akan berdampak pada kemampuannya dalam melakukan aktivitas. Sedangkan untuk pasien yang kurang lebih 2 tahun akan lebih mandiri karena pasien sudah bisa menerima keadaannya dan sudah pada tahap pemulihan, sehingga pasien sudah tidak bergantung lagi pada orang lain. Meskipun ada pasien mengalami gangguan fungsi kognitif dan masih dapat mandiri. Menurut Maryam,dkk (2008) mengatakan bahwa, lansia adalah proses alami yang tidak dapat dihindari. Semakin bertambahnya usia, fungsi kognitif mengalami penurunan.

Pada tabel 5.6 didapatkan ada 7 responden yang memiliki fungsi kognitif normal namun memiliki tingkat kemandirian ketergantungan ringan. Menurut asumsi peneliti, hal tersebut dikarenakan gangguan neurovaskuler yang disebabkan oleh penyakit stroke sehingga fisik 7 responden tersebut tidak berfungsi dengan normal. Oleh karena itu responden tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Pada tabel 5.6 didapatkan ada 11 responden yang mengalami gangguan kognitif tetapi mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Menurut asumsi peneliti,

gangguan fungsi kognitif yang dialami 11 responden tersebut dikarenakan faktor lama stroke, pendidikan dan usia. Lama stroke mempengaruhi kemampuan seseorang dalam beraktivitas. Pendidikan yang rendah atau <12 tahun dapat mempengaruhi fungsi kognitif seseorang. Begitu juga dengan faktor usia, dimana semakin lanjut usia seseorang, fungsi kognitifnya pun akan mengalami penurunan. Oleh karena faktor itu, maka gangguan fungsi kognitif responden tersebut kurang mempengaruhi tingkat kemandirian mereka dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Berdasarkan hal tersebut peneliti berasumsi bahwa pasien yang mengalami gangguan fungsi kognitif akan mempengaruhi kemandiriannya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini menunjukkan bahwa fungsi kognitif merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari selain faktor kesehatan fisiologis, umur, fungsi psikososial dan tingkat stress. Semakin berat gangguan fungsi kognitif, maka semakin rendah tingkat kemandirian pasien pasca stroke dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari pada pasien pasca stroke berdampak pada sifat ketergantungan pada orang lain.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terhadap 60 responden pada tanggal 7 Januari 2019 s/d 28 Februari 2019, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Tingkat Stress pada pasien pasca stroke di Stroke Center RSKD Prov. Sulsel sebagian besar menunjukkan tingkat stress yang normal.
2. Sebagian besar pasien pasca stroke di Stroke Center RSKD Prov. Sulsel mempunyai gangguan pada fungsi kognitif.
3. Sebagian besar pasien pasca stroke di Stroke Center RSKD Prov. Sulsel dapat melakukan *Activity of Daily Living* secara mandiri.
4. Ada hubungan antara tingkat stress dengan tingkat kemandirian dalam melakukan *Activity of Daily Living* pada pasien stroke di Stroke Center RSKD Provinsi Sulawesi Selatan
5. Ada hubungan antara fungsi kognitif dengan tingkat kemandirian dalam melakukan *Activity of Daily Living* pada pasien stroke di Stroke Center RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, analisis data, kesimpulan di atas, maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien dan keluarga pasien pasca stroke

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi sumber pengetahuan dan informasi bagi keluarga bahwa tingkat

stress dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari pada pasien stroke dan disarankan kepada keluarga supaya ikut berperan dalam memberikan motivasi, edukasi dan tetap memperhatikan keadaan pasien sehingga pasien mempunyai keinginan sembuh. Pasien juga perlu meningkatkan keyakinan dengan memotivasi diri sendiri untuk pulih dari penyakitnya agar dapat melakukan aktivitas sehari-harinya dengan sendiri.

2. Bagi RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

Diharapkan hasil penelitian yang diperoleh dapat menjadi bahan informasi bagi RSKD Provinsi Sul-Sel untuk lebih meningkatkan kualitas pelayan melalui *health education* bagi pasien dan keluarga mengenai stroke, pengobatan, dan perawatan pasien pasca stroke, sehingga pasien memiliki kesadaran dan motivasi untuk dapat melakukan aktivitasnya sehari-harinya secara mandiri.

3. Bagi Perawat

Diharapkan perawat lebih aktif memberikan informasi langsung kepada keluarga atau memotivasi keluarga untuk berperan aktif dalam membantu pasien pasca stroke dalam melakukan ADL. Informasi tersebut dapat diberikan dengan melakukan penyuluhan kepada seluruh keluarga yang datang menemani pasien secara langsung.

4. Bagi Institusi Pendidikan (STIK Stella Maris Makassar)

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan sumber informasi baik bagi mahasiswa/i keperawatan dan sebagai bahan masukan untuk pengembangan ilmu pengetahuan, bahan bacaan dan dijadikan dokumentasi ilmiah serta dapat saling berbagi pengetahuan dan pengalaman dalam peningkatan mutu pelayanan keperawatan profesional. Dan diharapkan kedepannya

dapat lebih meningkatkan pendidikan keperawatan khususnya dibidang Neurologi.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan acuan untuk melakukan penelitian selanjutnya, dan perlu adanya penelitian lebih mendalam mengenai faktor-faktor lain yang berhubungan dengan tingkat kemandirian selain tingkat stress dan fungsi kognitif sehingga pasien pasca stroke dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa bergantung pada orang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association. (2014). *Let's talk about complication after stroke*. <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke>
Diakses pada tanggal 15 September 2018.
- Aini, D.N., Arifianto., Auliazardhi, Y. (2017). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemandirian Activity of Daily Living (ADL) pada Pasien Post Stroke di Rehabilitasi Medik RSUD Tugurejo Semarang*. <http://stikeswh.ac.id:8082/journal/index.php/jners/article>
Diakses pada tanggal 3 November 2018
- Amalia, D.R. (2017). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian dalam Melakukan Activity of Daily Living (ADL) Pasien Post Stroke di RSI Sultan Agung Semarang*. <http://repository.unissula.ac.id/7254/>
Diakses pada tanggal 12 September 2018
- Dharma, K.K. (2018). *Pemberdayaan Keluarga untuk Mengoptimalkan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke*. Yogyakarta: Deepublish
- Dau D.O. (2013). Skala Barthel Atau Barthel Indeks ADL <https://www.scribd.com/doc/138832898/> Diakses pada tanggal 6 Oktober 2018
- Damanik, E.D. The Measurement of Reliability, Validity, Items Analysis and Normative Data of DASS. <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>
Diakses pada tanggal 14 Oktober 2018
- Fahrunnisa., Solichach, M. (2017). *Strategi Coping Pada Caregiver Penderita Stroke*. <https://www.google.co.id/url?sa=t&source=web&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi8q6Shxl>
Diakses pada tanggal 8 Desember 2018
- Gabriela, A. (2012). *Stress Pada Kejadian Stroke*. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi8q6Shxl> Diakses pada tanggal 8 Desember 2018
- Hasra, I.W.P.L., Munayang, H., Kandou, L.F.J. (2013). *Prevalensi Gangguan Fungsi Kognitif dan Depresi pada Pasien Stroke RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manado* <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi8q6Shxl>
Diakses pada tanggal 30 November 2018

- Inayah, V.N. (2017). *Gambaran tentang Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari di Ponbindu Desa Kab. Cirebon. Sindang Jawa*
<https://www.google.co.id/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://repository.uinjkt.ac.id> Diakses pada tanggal 5 Desember 2018
- Junaidi, I. (2011). *Stroke Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta: ANDI
- Kannabiran, B., Cathrine, S., Nagarani, R., Senthil, R.K., Sahayarah, S.M. (2016). *A Study on Efficacy of Bobath Technique and Motor Relearning Programme on Functional Activities in Hemiplegic Patients. International Journal of Neurorehabilitation.*
<https://www.omicsonline.org/peer-reviewed/> Diunduh tanggal 3 November 2018
- Kurnia, E (2015). *Hubungan Antara Dukungan keluarga dengan Kemandirian Activity of Daily Living Pasca Stroke.* <https://ejournal.unair.ac.id/JBE/article/viewFile/2147/2462>. Diakses pada tanggal 8 September 2018
- Lingga, L. (2013). *All About Stroke: Hidup Sebelum dan Pasca stroke*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo
- Murtiyani, N., Hartono, A., Suidah, H., Pangertika, N.P. (2017). *Fungsi Kognitif dengan Activity of Daily Living (ADL) pada Lansia.*
<https://www.google.co.id/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://ejurnal>
Diakses pada tanggal 5 Desember 2018
- Mutaqqin, A. (2012). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nugroho, dkk. (2016). Hubungan Stress dan Indeks Barthel Pasien Stroke Hemoragik Akut di Bangsal Saraf RSUD Arifin Achmad Prov. Riau.
<https://jom.unri.ac.id/index.php/COMFDOK/article/view/8218> Diakses pada tanggal 17 Maret 2019
- Nursalam. (2009). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Panentu, D., Irfan, M. (2013). *Uji Validitas dan Reliabilitas Butir Pemeriksaan Dengan Montreal Cognitive Assessment Versi Indonesia (MoCA-Ina) Pada Insan Pasca Stroke Fase Recovery.*
<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=178343&val>
Diakses pada tanggal 13 Oktober 2018
- Rakhmawati, D. (2017). Hubungan Gangguan penglihatan dengan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari pada lansia.

<https://www.google.co.id/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://repositary.ump.ac.id/4599> Diakses pada tanggal 10 Desember 2018

Rendy, M.C., Margareth, T.H. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika

Riskesdas. (2018). *Hasil Utama Riskesdas*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI. www.depkes.go.id/pdf.php?id=18032100001. Diakses pada tanggal 1 November 2018

Santoso, H., Ismail, A. (2009). *Memahami Krisis Lanjut Usia: uraian medis dan pedagogis-pastoral*. Jakarta: PT BPK Gunung Mulia

Sari, R.K. (2014). *Kemandirian Pemenuhan Kebutuhan Activity of Daily Living (ADL) pada Penderita Stroke di Poli Syaraf Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo*. <https://www.google.co.id/url?sa=t&source=web&rct=j&url> Diakses pada tanggal 5 Desember 2018

Saryono. (2010). *Kumpulan Instrumen Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Maulanski. (2016) *Definisi Stroke Menurut Para Ahli-Variabel Psikologi*. <https://psikologihore.com/definisi-stress-menurut-para-ahli/>

Oros, dkk (2016). *The Impact of Cognitive Impairment After Stroke On Activities Of Daily Living*. Diakses pada tanggal 17 Maret 2019

Waluyo, S. (2009). *100 Questions & Answers Stroke*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo

Whardana, A. (2011). *Strategi Mengatasi & Bangkit dari Stroke*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Wondergem, R., Pisters, M.F., Wouters, E.J., dkk (2016). *The course of Activities in Daily Living: Who is At Risk for Decline After First Ever Stroke?. Cerebrovascular Diseases*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/27750246/> Diakses tanggal 10 September 2018

Zinn, dkk (2004). *The Effect of Post Stroke Cognitive Impairment On Rehabilitation Process and Functional Outcome*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/15241754/> Diakses pada tanggal 17 Maret 2019

JADWAL KEGIATAN

No	Uraian Kegiatan	2018																2019															
		September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan judul																																
2	ACC judul																																
3	Menyusun proposal																																
4	Ujian proposal																																
5	Perbaikan proposal																																
6	Pelaksanaan penelitian																																
7	Pengelolaan dan analisa data																																
8	Menyusun laporan hasil penelitian																																
9	Ujian hasil																																
10	Perbaikan Skripsi																																
11	Pengumpulan																																

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth

Bapak/Ibu Calon Responden

Di-

Tempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama : Christine Patanduk
NIM : C1514201008
2. Nama : Debby Natalia
NIM : C1514201012

Adalah mahasiswa program S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang akan mengadakan penelitian tentang "Hubungan Tingkat Stress Dan Fungsi Kognitif Dengan Kemandirian Dalam Melakukan *Activity Of Daily Living* Pada Pasien Pasca Stroke di Stroke Center RSKD Prov. Sulsel".

Kami sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini demi kelancaran penelitian. Kami menjamin kerahasiaan dari segala bentuk informasi yang Bapak/Ibu berikan dan apabila ada hal-hal yang masih ingin ditanyakan, kami memberikan kesempatan sebesar-besarnya untuk meminta penjelasan dari peneliti.

Atas perhatian dan kesediaanya kami ucapkan terima kasih.

Peneliti

Christine Patanduk

Debby Natalia

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (Inisial) :

Jenis kelamin :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari penelitian. Saya bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Tingkat Stress Dan Fungsi Kognitif Dengan Kemandirian Dalam Melakukan *Activity Of Daily Living* Pada Pasien Pasca Stroke di Stroke Center RSKD Prov. Sulsel” yang dilaksanakan oleh Christine Patanduk dan Debby Natalia dengan mengisi kuesioner yang diberikan.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya serta berguna untuk perkembangan ilmu keperawatan.

Makassar,

2019

Tanda tangan responden

LEMBAR KUESIONER

A. Identitas Responden

Nama (Inisial) :
Umur :
Jenis kelamin :
Pendidikan terakhir :
Jenis Stroke :

B. Kuesioner *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*

Berilah tanda () pada kolom jawaban yang sesuai dengan kejadian atau perasaan yang dialami saat ini. Jawaban anda berdasarkan kejadian atau perasaan yang dialami saat ini. Keterangan:

SL : Selalu
SR : Sering
KK : Kadang-kadang
TP : Tidak pernah

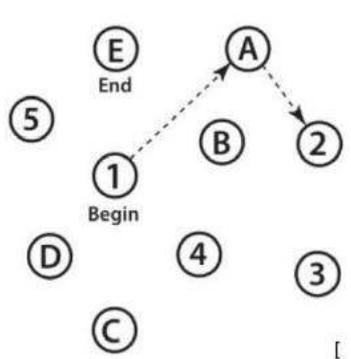
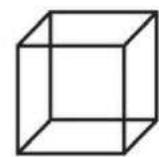
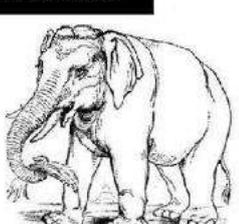
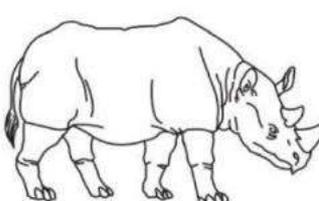
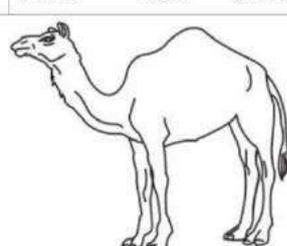
No.	Pernyataan	TP	KK	SR	SL
1	Saya merasa bahwa diri saya menjadi marah karena hal-hal sepele.				
2	Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap suatu situasi.				
3	Saya merasa sulit untuk bersantai.				
4	Saya menemukan diri saya mudah merasa kesal.				
5	Saya merasa telah menghabiskan banyak energi untuk merasa cemas.				
6	Saya menemukan diri saya menjadi tidak sabar ketika mengalami penundaan (misalnya: kemacetan lalu lintas, menunggu sesuatu).				

7	Saya merasa bahwa saya mudah tersinggung.				
8	Saya merasa sulit untuk beristirahat.				
9	Saya merasa bahwa saya sangat mudah marah.				
10	Saya merasa sulit untuk tenang setelah sesuatu membuat saya kesal.				
11	Saya sulit untuk sabar dalam menghadapi gangguan terhadap hal yang sedang saya lakukan.				
12	Saya sedang merasa gelisah.				
13	Saya tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi saya untuk menyelesaikan hal yang sedang saya lakukan.				
14	Saya menemukan diri saya mudah gelisah.				

C. Kuesioner Montreal Cognitive Assesment-Versi Indonesia (MoCA-Ina)

MONTREAL COGNITIVE ASSESMENT-Versi Indonesia (MoCA-Ina)

Tgl Lahir:
Tgl Pemeriksaan:

VISUOSPASIAL/EKSEKUTIF							POIN				
 <p style="text-align: center;">[]</p>	salin gambar		Gambar jam (11 lebih 10 menit) (3 poin)								
			[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	..../5			
PENAMAAN											
<p style="text-align: center;">[ ]</p>	<p style="text-align: center;">[ ]</p>	<p style="text-align: center;">[ ]</p>						..../3		
MEMORI	Baca kata berikut dan minta subjek mengulangnya. lakukan 2 kali, meski berhasil pada percobaan ke-1. lakukan recall setelah 5 menit	wajah	Sutera	Masjid	anggrek	merah					
	ke-1										
	ke-2										
ATENSI	Baca daftar angka (1 angka/detik)	Subjek harus mengulangi dari awal		[]	2	1	8	5	4		
		Subjek harus mengulangi dari belakang		[]	7	4	2				
		..../2								
	Baca daftar huruf. subjek harus mengetuk dengan tangannya setiap kali huruf A muncul. poin nol jika ≥ 2 kesalahan	[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAM OFAAB									
		..../1								
	Pengurangan berurutan dengan angka 7. Mulai dari 100	[]	93	[]	86	[]	79	[]	72	[]	65
	4,5 hasil benar: 3 poin, 2 atau 3 benar: 2 poin; 1 benar: 1 poin, 0 benar: 0 poin/3									
BAHASA	Ulangi: Wati membantu saya menyapu lantai hari ini.	[]									
	Tikus bersembunyi di bawah dipan ketika kucing datang.	[ ]						..../2		
	Sebutkan sebanyak mungkin kata yang dimulai dengan huruf S	[] (N ≥ 11 kata)						..../1		
ABSTRAKSI	Kemiripan antara, contoh pisang - jeruk = buah	[]	kereta - sepeda	[]	jam tangan - penggaris				..../2	
DELAYED RECALL	Harus mengingat kata	wajah	Sutera	Masjid	anggrek	merah					
	TANPA PETUNJUK	[]	[]	[]	[]	[]					
Opsional	petunjuk kategori						poin untuk recall tanpa petunjuk				
	petunjuk pilihan ganda										
		..../5								
ORIENTASI	[] Tanggal	[] Bulan	[] Tahun	[] Hari	[] Tempat	[] Kota					
		..../6								
		Normal ≥ 26 / 30			Total			..../30		
Dilakukan oleh.....		Tambahkan 1 poin jika pend. ≤12 tahun									

D. Kuesioner *Barthel Indeks*

Berilah tanda ceklist () pada salah satu jawaban sesuai kemampuan yang anda bisa lakukan.

1. Makan

- Tidak dapat
- Perlu bantuan untuk memotong, dll.
- Mandiri

2. Mandi

- Tergantung orang lain
- Mandiri

3. Merawat Diri (mencuci muka, menyisir, gosok gigi)

- Perlu bantuan
- Mandiri

4. Berpakaian

- Tergantung pada orang lain
- Sebagian dibantu
- Mandiri

5. Buang Air Kecil

- Tidak bisa mengontrol (pakai kateter)
- Kadang-kadang tidak terkontrol (1x/24jam)
- Terkontrol penuh (>7 hari)

6. Buang Air Besar

- Inkontinensia (perlu enema)
- Kadang-kadang teratur 1x seminggu
- Terkontrol penuh

7. Penggunaan Toilet

- Tergantung orang lain
- Perlu bantuan tetapi dapat melakukan beberapa hal sendiri
- Mandiri

8. Transfer (Berpindah)

- Tidak mampu
- Banyak dibantu (2 orang)
- Butuh sedikit bantuan (1 orang)
- Mandiri

9. Mobilisasi (Pergerakan)

- Tidak mampu/tidak bergerak
- Mandiri dengan kursi roda
- Berjalan dengan bantuan

10. Naik turun tangga

- Tidak mampu
- Perlu bantuan
- Mandiri

Skor total: ...

Mandiri	: 20
Ketergantungan ringan	: 12-19
Ketergantungan sedang	: 9-11
Ketergantungan berat	: 5-8
Ketergantungan total	: 0-4

No	Inisial	Umur	Kode	JK	Kode	Pendidikan	Kode	JS	Kode	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	Total	Kode
1	A	65	4	P	2	SD	2	NHS	1	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	6	1
2	F	45	2	L	1	SMP	3	NHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	12	1
3	M	47	2	L	1	SD	2	NHS	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	1
4	T	53	2	L	1	SMA	4	NHS	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	1
5	C	66	4	P	2	SMK	5	NHS	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	0	1	2	21	3
6	J	46	2	L	1	SMA	4	NHS	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
7	M	68	4	L	1	SMP	3	NHS	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5	1
8	J	45	2	P	2	SD	2	HS	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	18	2
9	Y	73	4	L	1	SMP	3	NHS	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0	13	1
10	D	49	2	P	2	S1	7	NHS	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	1
11	R	38	1	L	1	SD	2	HS	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
12	H	48	2	P	2	SMA	4	NHS	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	18	2
13	H	63	3	L	1	SD	2	NHS	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	25	3
14	R	50	2	L	1	DIII	6	NHS	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11	1
15	A	65	4	L	1	S1	7	NHS	1	1	1	0	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	15	2
16	S	47	2	L	1	TS	1	NHS	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	9	1
17	P	53	2	L	1	SMA	4	NHS	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	12	1
18	A	58	3	P	2	SMA	4	NHS	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1
19	K	50	2	L	1	SMK	5	NHS	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	7	1
20	S	51	2	P	2	SD	2	NHS	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	5	1
21	A	59	3	L	1	SMA	4	NHS	1	2	1	2	2	1	3	2	2	3	2	2	1	1	1	25	3
22	E	61	3	L	1	SMP	3	HS	2	1	1	1	2	0	2	1	2	1	1	1	1	2	1	17	2
23	D	70	4	L	1	S1	7	NHS	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	9	1
24	M	68	4	L	1	TS	1	NHS	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	20	3
25	A	55	3	L	1	SD	2	NHS	1	2	1	1	2	3	2	2	1	2	1	2	1	2	1	23	3
26	Y	66	4	L	1	DIII	6	NHS	1	1	0	2	1	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	10	1
27	A	50	2	L	1	TS	1	NHS	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	16	2
28	L	58	3	L	1	SD	2	NHS	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	25	3
29	A	64	3	L	1	SMP	3	NHS	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	9	1
30	R	65	4	L	1	SMA	4	NHS	1	1	0	2	1	0	2	1	2	1	0	1	0	0	0	11	1
31	M	53	2	L	1	SD	2	NHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
32	M	57	3	L	1	S1	7	NHS	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	21	3
33	G	49	2	L	1	SMA	4	NHS	1	1	1	2	1	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	15	2
34	E	50	2	L	1	SMA	4	NHS	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	20	3
35	D	51	2	L	1	SMA	4	NHS	1	1	0	1	1	1	2	1	2	1	0	1	1	0	1	13	1
36	L	60	3	L	1	SD	2	NHS	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	0	1	19	3
37	M	55	3	L	1	SMA	4	NHS	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	17	2
38	R	53	2	P	2	SMA	4	NHS	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	8	1
39	H	62	3	P	2	SD	2	NHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	16	2
40	K	51	2	P	2	SD	2	NHS	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	11	1
41	P	60	3	P	2	SMK	5	NHS	1	1	1	1	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1	1	12	1
42	K	62	3	L	1	DIII	6	HS	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	17	2
43	G	64	3	P	2	SMP	3	NHS	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	25	3

44	Y	50	2	P	2	SD	2	HS	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	24	3	
45	R	58	3	P	2	SMP	3	NHS	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	7	1
46	N	53	2	P	2	SMP	3	HS	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	10	1
47	S	48	2	L	1	SD	2	NHS	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	10	1
48	M	60	3	L	1	SMP	3	NHS	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	1
49	J	57	3	P	2	SD	2	NHS	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	7	1
50	T	47	2	P	2	DIII	6	NHS	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	8	1
51	S	58	3	P	2	SMA	4	NHS	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	17	2
52	W	69	4	P	2	SD	2	NHS	1	1	0	1	1	0	2	0	2	1	1	1	0	1	0	11	1
53	G	59	3	P	2	SMA	4	HS	2	1	1	3	1	1	2	1	3	1	1	1	2	1	2	21	3
54	M	60	3	P	2	TS	1	HS	2	1	0	2	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	1	12	1
55	A	57	3	P	2	TS	1	NHS	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1
56	W	57	3	P	2	SD	2	NHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
57	I	52	2	L	1	DIII	6	NHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	1
58	P	59	3	L	1	SMA	4	NHS	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	20	3
59	Z	60	3	P	2	SMA	4	NHS	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
60	W	65	4	L	1	SD	2	NHS	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	16	2

0	2	0	0	0	0	1	1	0	4	9	2	1	0	0	1	2	2	1	2	1	0	10	3
3	3	2	1	2	2	0	2	5	6	27	1	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	1
3	2	0	1	1	0	1	1	0	6	16	2	1	0	0	1	1	1	1	2	2	1	10	3
4	3	2	1	1	2	1	2	5	6	28	1	1	1	0	1	2	2	1	2	2	1	13	2
0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	6	2	1	1	0	1	2	2	2	2	2	1	14	2
4	3	2	1	2	2	0	1	4	6	26	1	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	1
5	3	2	1	3	2	0	2	4	6	28	1	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	1
4	3	2	1	3	2	1	2	3	6	27	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2	2	19	2
4	3	2	1	2	2	0	1	4	6	26	1	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	1
2	3	0	1	1	1	0	1	0	4	13	2	1	0	1	1	2	1	2	3	2	1	14	2
0	2	2	1	0	1	0	0	0	5	12	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	1
3	1	1	1	0	1	0	0	0	6	14	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	1
4	3	2	1	2	2	0	1	4	6	26	1	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	1
4	3	2	1	3	2	0	2	5	5	27	1	2	0	1	2	2	2	2	3	3	2	19	2
4	3	2	1	3	2	0	2	3	6	26	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2	1	18	2
4	3	2	1	3	2	0	2	5	6	28	1	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	1
4	3	2	1	2	2	1	1	3	6	26	1	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	1

Lampiran Umur

Statistics

umur

N	Valid	60
	Missing	0

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
▪ 35-44	1	1.7	1.7	1.7
▪ 45-54	24	40.0	40.0	41.7
Valid ▪ 55-64	24	40.0	40.0	81.7
▪ 65-74	11	18.3	18.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Lampiran Jenis Kelamin

Statistics

jenis kelamin

N	Valid	60
	Missing	0

jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
	laki-laki	36	60.0	60.0
Valid	Perempuan	24	40.0	100.0
	Total	60	100.0	

Lampiran Pendidikan

Statistics

pendidikan

N	Valid	60
	Missing	0

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
.	tidak sekolah	5	8.3	8.3	8.3
.	SD	18	30.0	30.0	38.3
.	SMP	9	15.0	15.0	53.3
.	SMA	16	26.7	26.7	80.0
Valid	SMK	3	5.0	5.0	85.0
.	DIII	5	8.3	8.3	93.3
.	S1	4	6.7	6.7	100.0
.	Total	60	100.0	100.0	

Lampiran Jenis Stroke

Statistics

jenis stroke

N	Valid	60
	Missing	0

jenis stroke

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NHS	52	86.7	86.7	86.7
Valid HS	8	13.3	13.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Lampiran Tingkat Stress

Statistics

Tingkat Stress

N	Valid	60
	Missing	0

Tingkat Stress

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
• Normal	34	56.7	56.7	56.7
• ringan	13	21.7	21.7	78.3
• sedang	13	21.7	21.7	100.0
• Total	60	100.0	100.0	

Lampiran Fungsi Kognitif

Statistics

fungsi kognitif

N	Valid	60
	Missing	0

fungsi kognitif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Normal	27	45.0	45.0	45.0
Valid tidak normal	33	55.0	55.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Lampiran Kemandirian

Statistics

kemandirian

N	Valid	60
	Missing	0

Kemandirian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
• mandiri	31	51.7	51.7	51.7
• ringan	19	31.7	31.7	83.3
Valid • sedang	7	11.7	11.7	95.0
• berat	3	5.0	5.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

LAMPIRAN HASIL UJI STATISTIK

TINGKAT STRESS TERHADAP KEMANDIRIAN

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat_stress * Kemandirian	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%

Tingkat_stress * Kemandirian Crosstabulation

		Kemandirian				Total
		Mandiri	Ketergantungan ringan	Ketergantungan sedang	ketergantungan berat	
Normal	Count	24	8	2	0	34
	% within Tingkat_stress	70.6%	23.5%	5.9%	0.0%	100.0%
	% within Kemandirian	77.4%	42.1%	28.6%	0.0%	56.7%
	% of Total	40.0%	13.3%	3.3%	0.0%	56.7%
Ringan	Count	5	5	2	1	13
	% within Tingkat_stress	38.5%	38.5%	15.4%	7.7%	100.0%
	% within Kemandirian	16.1%	26.3%	28.6%	33.3%	21.7%
	% of Total	8.3%	8.3%	3.3%	1.7%	21.7%
Sedang	Count	2	6	3	2	13
	% within Tingkat_stress	15.4%	46.2%	23.1%	15.4%	100.0%
	% within Kemandirian	6.5%	31.6%	42.9%	66.7%	21.7%
	% of Total	3.3%	10.0%	5.0%	3.3%	21.7%

	Count	31	19	7	3	60
Total	% within Tingkat_stress	51.7%	31.7%	11.7%	5.0%	100.0%
	% within Kemandirian	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	51.7%	31.7%	11.7%	5.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.141 ^a	6	.019
Likelihood Ratio	16.711	6	.010
Linear-by-Linear Association	14.296	1	.000
N of Valid Cases	60		

a. 8 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .65.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.492	.100	4.307	.000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.492	.106	4.303	.000 ^c
N of Valid Cases	60			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat_stress2 * Kemandirian	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%

Tingkat_stress2 * Kemandirian Crosstabulation

		Kemandirian				Total	
		Mandiri	Ketergantungan ringan	Ketergantungan sedang	ketergantungan berat		
Tingkat Stress2	Normal	Count	24	8	2	0	34
		% within Tingkat_stress2	70.6%	23.5%	5.9%	0.0%	100.0%
		% within Kemandirian	77.4%	42.1%	28.6%	0.0%	56.7%
		% of Total	40.0%	13.3%	3.3%	0.0%	56.7%
Tingkat Stress2	Ringan+sedang	Count	7	11	5	3	26
		% within Tingkat_stress2	26.9%	42.3%	19.2%	11.5%	100.0%
		% within Kemandirian	22.6%	57.9%	71.4%	100.0%	43.3%
		% of Total	11.7%	18.3%	8.3%	5.0%	43.3%
Total		Count	31	19	7	3	60
		% within Tingkat_stress2	51.7%	31.7%	11.7%	5.0%	100.0%
		% within Kemandirian	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	51.7%	31.7%	11.7%	5.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13.251 ^a	3	.004
Likelihood Ratio	14.750	3	.002
Linear-by-Linear Association	12.502	1	.000
N of Valid Cases	60		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.30.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.460	.098	3.949	.000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.463	.110	3.977	.000 ^c
N of Valid Cases	60			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Frequencies

	Tingkat_stress2	N
Kemandirian	Normal	34
	Ringan+sedang	26
	Total	60

Test Statistics^a

		Kemandirian
Most Extreme Differences	Absolute	.437
	Positive	.437
	Negative	.000
Kolmogorov-Smirnov Z		1.676
Asymp. Sig. (2-tailed)		.007

a. Grouping Variable: Tingkat_stress2

FUNGSI KOGNITIF TERHADAP KEMANDIRIAN

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Fungsi_Kognitif * Kemandirian	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%

Fungsi_Kognitif * Kemandirian Crosstabulation

		Kemandirian				Total
		Mandiri	ketergantungan ringan	ketergantungan sedang	ketergantungan berat	
Fungsi Kognitif normal	Count	20	7	0	0	27
	% within Fungsi_Kognitif	74.1%	25.9%	0.0%	0.0%	100.0%
	% within Kemandirian	64.5%	36.8%	0.0%	0.0%	45.0%
	% of Total	33.3%	11.7%	0.0%	0.0%	45.0%
Fungsi Kognitif tidak normal	Count	11	12	7	3	33
	% within Fungsi_Kognitif	33.3%	36.4%	21.2%	9.1%	100.0%
	% within Kemandirian	35.5%	63.2%	100.0%	100.0%	55.0%
	% of Total	18.3%	20.0%	11.7%	5.0%	55.0%
Total	Count	31	19	7	3	60
	% within Fungsi_Kognitif	51.7%	31.7%	11.7%	5.0%	100.0%
	% within Kemandirian	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	51.7%	31.7%	11.7%	5.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13.463 ^a	3	.004
Likelihood Ratio	17.244	3	.001
Linear-by-Linear Association	12.615	1	.000
N of Valid Cases	60		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.35.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.462	.082	3.972	.000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.460	.101	3.946	.000 ^c
N of Valid Cases	60			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Frequencies

	Fungsi_Kognitif	N
Kemandirian	normal	27
	tidak normal	33
	Total	60

Test Statistics^a

		Kemandirian
Most Extreme Differences	Absolute	.407
	Positive	.000
	Negative	-.407
Kolmogorov-Smirnov Z		1.570
Asymp. Sig. (2-tailed)		.014

a. Grouping Variable: Fungsi_Kognitif

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : 1. Christine Patanduk (C1514201008)

2. Debby Natalia (C1514201012)

Judul : "Hubungan Tingkat Stress dan Fungsi Kognitif Dengan
Kemandirian Dalam Melakukan *Activity Of Daily Living*
Pada Pasien Pasien Pasca Stroke Di Stroke Center
RSKD Prov. Sulawesi Selatan"

Dosen Pembimbing : Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc

No.	Hari/Tanggal	Judul	TTD Pembimbing
1	Selasa, 11 September 2018	Pengajuan judul	f
2	Sabtu, 15 September 2018	Pengajuan Bab I	f
3	Kamis, 20 September 2018	Revisi ke-1 Bab I: Perbanyak hasil penelitian sebelumnya.	f
4	Rabu, 26 September 2018	Revisi ke-2 Bab I: Perbaiki tujuan penelitian, rumusan masalah	f
5	Selasa, 9 Oktober 2018	Revisi ke-3 Bab I: - Sistematika penulisan latar belakang.	f

		Pengajuan Bab II	
6	Jumat, 12 Oktober 2018	Revisi ke-1 BAB II: - Sistematika penulisan	d
7	Sabtu, 13 Oktober 2018	ACC Bab I & II dengan perbaikan: - Penambahan teori dan faktor-faktor yang mempengaruhi ADL.	f
8	Rabu, 31 Oktober 2018	Pengajuan Bab III & IV	f
9	Sabtu, 3 November 2018	Revisi ke-1 Bab III & IV: - Perbaikan kerangka konseptual - Defenisi operasional	f
10	Rabu, 7 November 2018	Revisi ke-2 Bab III & IV: - Perbaikan kriteria inklusi dan eksklusi	d
11	Senin, 18 Maret 2019	Pengajuan Bab V & VI	
12	Rabu, 20 Maret 2019	Revisi ke-1 Bab V & VI: - Perbaikan cara pembuatan tabel - Sistematika penulisan pembahasan	d
13	Kamis, 21 Maret 2019	Revisi ke-2 Bab V & VI: - Tambahkan penelitian sebelumnya dalam pembahasan & asumsi peneliti	f
14	Jumat, 22 Maret 2019	ACC Bab V & VI	f



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS**

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM III, S1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No.19 Telp. (0411) 854808 Fax.(0411) 870642 Makassar
Website : www.stikstellamaris.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : 763 / STIK-SM / S1.369 / XII / 2018
Perihal : **Permohonan Izin Penelitian Mahasiswa
Program S-1 Keperawatan**

Kepada,
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Cq. Bidang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan
Di
Tempat

Dengan Hormat,
Melalui Surat ini kami menyampaikan bahwa sehubungan dengan Tugas Akhir Skripsi untuk Mahasiswa/i S1 Keperawatan Tingkat Akhir STIK Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2018/2019, maka dengan ini kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk dapat kiranya memberikan rekomendasi kepada mahasiswa/i kami berikut ini:

1. Nama : **Christine Patanduk**
NIM : **C1514201008**
2. Nama : **Debby Natalia**
NIM : **C1514201012**

Judul : *Hubungan tingkat stress dan fungsi kognitif dengan kemandirian dalam melakukan Activity of Daily Living pada pasien pasca stroke di Stroke Centre RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.*

Waktu Penelitian : Januari 2019

Untuk melaksanakan Penelitian Skripsi, sehubungan dengan hal tersebut, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami.

Demikian permohonan ini, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih

Makassar, 12 Desember 2018

Ketua,

Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes.
NIDN. 0928027101



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 9474/S.01/PTSP/2018
 Lampiran : -
 Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
 Direktur Stroke Center RSKD Prov. Suisel

di-
Tempat

Berdasarkan surat Ketua STIK Stella Maris Makassar Nomor : 763/STIK-SM/S1.369/XII/2018 tanggal 12 Desember 2018 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : CHRISTINE PATANDUK/ DEBBY NATALIA
 Nomor Pokok : C1514201008/C1514201012
 Program Studi : Keperawatan
 Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)
 Alamat : Jl. Maipa No. 19, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :
" HUBUNGAN TINGKAT STRESS DAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN KEMANDIRIAN DALAM MELAKUKAN ACTIVITY OF DAILY LIVING PADA PASIEN PASCA STROKE DI STROKE CENTRE RSKD PROVINSI SULAWESI SELATAN "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. *07 Januari s/d 28 Februari 2019*

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
 Pada tanggal : 12 Desember 2018

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
 KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU
 PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
 Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu

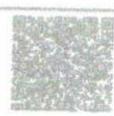

A. M. YAMIN, SE., MS.
 Pangkat : Pembina Utama Madya
 Nip. 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth
 1. Ketua STIK Stella Maris Makassar di Makassar.
 2. Penitnggal

SIMAP PTSP 13-12-2018



Jl. Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
 Website : <http://simap.sulselprov.go.id> Email : ptsp@sulselprov.go.id
 Makassar 90222





**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DADI**

Jl: Lanto Dg. Pasewang No. 34 Telepon: (0411) 873120

Fax: (0411) 872167 E-mail: rsdadiss@plasa.com

M a k a s s a r 90131

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070 / *2391* / II / 2019

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan menerangkan bahwa :

Nama : **CHRISTINE PATANDUK & DEBBY NATALIA**
Nomor Pokok : C1514201008 / C1514201012
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Lembaga : Mahasiswa (S1)
Alamat : Jl. Maipa No. 19 Makassar

Benar telah melakukan penelitian yang berlangsung sejak Tanggal 07 Januari 2019 sampai dengan 28 Februari 2019 di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan dengan judul penelitian yaitu :

**“HUBUNGAN TINGKAT STRESS DAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN
KEMANDIRIAN DALAM MELAKUKAN ACTIVITY OF DAILY LIVING PADA
PASIEN PASCA STROKE DI STROKE CENTER RUMAH SAKIT KHUSUS
DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN “**

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 25 Februari 2019

Atas nama direktur

Kordikat Non-Medis



Kamaluddin Palinrungi S.Kep, Ns, M.Kep

p : 19751107 199803 1 005