



SKRIPSI

ANALISA FAKTOR DETERMINAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

PENELITIAN- NON EKSPERIMENTAL

OLEH :

ELSA DAWA SUMBUNG

(CX1714201127)

ELSA DWININGSIH BAGUS

(CX1714201128)

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2019



SKRIPSI

**ANALISA FAKTOR DETERMINAN KUALITAS HIDUP
PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

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

OLEH :

ELSA DAWA SUMBUNG

(CX1714201127)

ELSA DWININGSIH BAGUS

(CX1714201128)

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2019**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Elsa Dawa Sumbung (cx1714201127)

: Elsa Dwiningsih Bagus (cx1714201128)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa sripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri, dan bukan merupakan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dan hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 30 April 2019

Yang Menyatakan

Elsa Dawa Sumbung

Elsa Dwiningsih Bagus

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**ANALISA FAKTOR DITERMINAN KUALITAS HIDUP
PADA PASIEN PASCA STROKE DIRUMAH
SAKIT STELLA MARIS**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

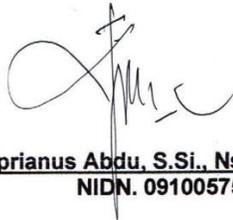
Elsa Dawa Sumbang (CX1714201127)

Elsa Dwiningsih Bagus (CX1714201128)

Disetujui Oleh:

Pembimbing

**Wakil Ketua I
Bidang Akademik**



(Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes)
NIDN. 0910057502



(Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.Sc.)
NIDN. 0912106501

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**ANALISA FAKTOR DETERMINAN KUALITAS HIDUP PADA
PASIEN PASCA STROKE DIRUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Elsa Dawa Sumbung (CX1714201127)

Elsa Dwiningsih Bagus (CX1714201128)

Telah dibimbing dan disetujui oleh :



(Siprianus Abdu, S.St., Ns., M.Kes)
NIDN. 0928027101

Susunan Dewan Penguji

Penguji I



(Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes)
NIDN. 09131098201

Penguji II



(Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN)
NIDN. 0913058903

Makassar, 30 Maret 2019
Program Sarjana Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar



(Siprianus Abdu, S.St., Ns., M.Kes)
NIDN. 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Elsa Dawa Sumbung (CX1714201127)
: Elsa Dwiningsih Bagus (CX1714201128)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih-mediaformatkan, merawat dan mempublikasikan sripsi ini untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 30 Maret 2019

Yang menyatakan

Elsa Dawa Sumbung

Elsa Dwiningsih Bagus

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan judul “Analisa Faktor Diterminan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Mkassar” tepat pada waktunya.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini dikarenakan keterbatasan manusiawi yang penulis miliki baik dari segi pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh sebab itu, penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan penulisan Skripsi ini dikemudian hari.

Penulis menyadari begitu banyak pihak yang terlibat dalam membantu kelancaran proses penyusunan dan penyelesaian karya tulis ini. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis dengan tulus ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes. Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar sekaligus pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing, dan mengarahkan dalam penyelesaian dalam karya tulis ini. Terima kasih untuk segala masukan, ilmu, serta kritik yang membangun dan memotivasi serta semangat yang telah diberikan.
2. Henny Pongantung, NS., MSN., DN.Sc. selaku Wakil ketua 1 bidang akademik STIK Stella Maris.
3. Fr. Blasius Perang, CMM. SS. Ma.Psy, selaku Wakil Ketua bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
4. Fransiska Anita, Ns.,Sp.Kep.MB. Selaku ketua prodi S1 Keperawatan.
5. Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes dan Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN, sebagai Dewan penguji. Terima kasih atas masukan dan kritikan yang membangun, tanpa masukan dari ibu mungkin kami tidak akan benar-benar menguasai penelitian ini.

6. Semua dosen dan staf pangajar STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis selama menjalankan masa pendidikan.
7. Kepala Rumah Sakit Stella Maris beserta stafnya yang telah memberikan kami kesempatan untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Stella Maris.
8. Teristimewa bagi kedua orang tua, saudara-saudari dan semua kerabat yang telah banyak memberikan doa dan dukungannya kepada kami baik secara moral ataupun materil sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
9. Teman seperjuangan kami teman sekelas dan teman seangkatan, walaupun sama-sama berjuang dan sibuk namun tetap saling memberi semangat dalam proses penyelesaian skripsi.
10. Kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Akhir kata, penulis dengan tangan terbuka menerima saran dan kritik yang membangun demi perbaikan selanjutnya. Semoga dapat bermanfaat khususnya bagi penulis, umumnya bagi kita semua, Terimakasih .

Makassar, 30 Maret 2019

Penulis

ABSTRAK

ANALISA FAKTOR DETERMINAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

(dibimbing oleh Siprianus Abdu)

**ELSA DAWA SUMBUNG
ELSA DWININGSIH BAGUS**

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN STIK STELLA MARIS

xvii + 66 halaman + 30 daftar pustaka + 15 tabel + 11 lampiran

Stroke pada seseorang dapat menimbulkan gangguan neurologi dan menyebabkan kecacatan permanen pada alat gerak berupa kelumpuhan sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Jenis penelitian adalah kuantitatif dengan menggunakan *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional study*. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *Non-pribability sampling* dengan pendekatan *accidental sampling*, jumlah sampel 47 responden dan pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner. Analisis uji statistik yang digunakan yaitu Uji *Chi-Square*. pengolahan data dilakukan dengan menggunakan *software computer SPSS for windows* versi 21. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,000$ dan $\alpha=0,05$. Maka $p<\alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa dari 5 faktor yang diteliti oleh peneliti, ada 2 faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup yaitu status pernikahan dan dukungan keluarga dengan nilai ($p:0,000$). Sedangkan faktor yang tidak berhubungan dengan kualitas hidup yaitu umur ($p:0,454$), pendidikan ($p:0,055$), dan kategorik klinis ($p:0,343$). Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan semangat dan dukungan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Kata kunci : Stroke, Faktor-faktor yang berhubungan, dan Kualitas hidup

Pustaka : 2004-2018

ABSTRACT
DETERMINANT FACTOR ANALYSIS OF LIFE QUALITY
POST-STROKE PATIENTS AT STELLA MARIS HOSPITAL
MAKASSAR
(Advised by Siprianus Abdu)

ELSA DAWA SUMBUNG
ELSA DWININGSIH BAGUS
BACHELOR PROGRAM OF NURSING OF STIK STELLA MARIS
xvii + 67 pages + 30 bibliography + 15 tables + 11 attachments

Stroke in a person can cause neurological disorders and permanent disability such of paralysis and it affect the quality life of post-stroke patients. This study aimed to identify relating factors to the life quality of post- stroke patients at Stella Maris Hospital Makassar. This research types was quantitative using observational analytic with across sectional study approach. The sampling technique used the non-probability sampling method with an accident sampling approach, the number of samples were 47 respondents and data collection used the questionnaires. Analysis of the statistical test used was the Chi-square test. Data management was done using computers software SPSS for 21 windows version. The result of statistical test obtained a value $p=0,000$ and $\alpha=0,05$. Then $p<\alpha$ so it can be concluded that from the 5 factor examined by the researches, there were 2 factors related to quality of life, marital status and family support with a value ($p: 0,000$). Whereas factors not related to quality of life were namely age ($p: 0.454$), education ($p: 0.055$), clinical categorization ($p:0,343$). The results of the study were expected to provide motivation and support to improve the quality of life to the post-stroke patient at Stella Maris Hospital Makassar.

Keywords. : Stroke, related factors, and quality of life
references : 2004-2018

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	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	4
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian	5
1. Bagi Pasien	6
2. Bagi Peneliti	6
3. Bagi Pelayanan Kesehatan	6
4. Bagi Institusi Pendidikan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Tinjauan Umum Tentang Stroke	7

1. Pengertian Stroke	7
2. Klasifikasi Stroke	8
3. Faktor Penyebab Stroke	9
4. Gejala Stroke	11
5. Dampak Stroke.....	13
B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup	14
1. Pengertian Kualitas Hidup	14
2. Ruang Lingkup Kualitas Hidup	14
3. kualitas Hidup Terkait Kesehatan	15
4. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup	18
5. Pengukuran Kualitas Hidup	19
C. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke	21
1. Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke	21
2. Faktor-faktor Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke	24
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	30
A. Kerangka Konseptual	30
B. Hipotesis Penelitian	31
C. Definisi Operasional	32
BAB IV METODE PENELITIAN	34
A. Jenis Penelitian	34
B. Tempat dan Waktu Penelitian	34
C. Populasi dan Sampel	34
D. Instrumen Penelitian	35
E. Pengumpulan Data	37
F. Pengolahan dan Penyajian Data	38
G. Analisa Data	39

1. Analisa Univariat	39
2. Analisa Bivariat	40
3. Analisa Multivariat	40
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	42
A. Hasil Penelitian	42
B. Pembahasan	51
C. Keterbatasan dan Keunggulan Peneliti	64
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	65
A. Kesimpulan	65
B. Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional	32
Tabel 4.1	Instrument Penelitian	36
Tabel 5.1	Karakteristik Responden	43
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur	44
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan	44
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Pernikahan	45
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga	45
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Klinis	46
Tabel 5.7	Analisa Hubungan Umur dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca stroke.....	47
Tabel 5.8	Analisa Hubungan Pendidikan dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke.....	48
Tabel 5.9	Analisa Hubungan Status Pernikahan dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke	49
Tabel 5.10	Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke	50
Tabel 5.11	Analisa Hubungan Kategori Klinis dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 1 Model <i>Health Related Quality Of Life</i> (HRQOL)	16
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	32

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Jadwal Kegiatan
Lampiran 2	: Kuesioner Surat Ijin Pengambilan Data Awal
Lampiran 3	: Surat Ijin Penelitian
Lampiran 4	: Lembar Konsultasi
Lampiran 5	: Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian
Lampiran 6	: Lembar Persetujuan Responden
Lampiran 7	: Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 8	: Lembar Instrument Penelitian : Kuesioner
Lampiran 9	: Master Tabel
Lampiran 10	: Tabel Distribusi Frekuensi
Lampiran 11	: Hasil Analisa <i>Chi Square</i>

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

WHO	: <i>World Health Organization</i>
RS	: Rumah Sakit
A	: Alfa
p	: Nilai signifikan
<	: Kurang dari
\geq	: Lebih dari
‰	: Per seribuh
&	: Dan
TIA	: Transient Ischemic Attack
RIND	: Reversible Ischmic Nuerologic Defisit
SIE	: Stroke In Evolution
NINDS	: <i>National Institute of Neurological Disorders and Stroke</i>
CPS	: <i>central pain syndrome</i>
HRQOL	: <i>Health Related Quality Of Life</i>
WHOQoL	: <i>Word Health Organisation Quality of Life</i>
Anonimity	: Tanpa nama
Bivariat	: Analisa yang dilakukan pada kedua variabel
Coding	: Pembersihan kode
Confidentially	: Kerahasiaan
Dependen	: Variabel terkait
Editing	: Pemeriksaan data
Entry data	: Masukkan data
Independen	: Variabel bebas
Informend consent	: Lembar persetujuan
SPSS	: Statistical product and service solutions
Univariat	: Analisis yang dilakukan pada masing-masing variabel

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan pembangunan kesehatan ke arah yang lebih baik merupakan inti kesejahteraan manusia yang mampu meningkatkan angka harapan hidup guna mencapai keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Namun, seiring peningkatan harapan hidup tersebut ternyata menimbulkan transisi epidemiologi yang menimbulkan peningkatan kasus pada penyakit degeneratif (Kemenkes RI, 2013, dikutip dalam Hafdia dkk, 2018).

Berdasarkan laporan WHO (*World Health Organization 2016*) secara global, penyakit degeneratif penyebab kematian yang diperkirakan mengalami peningkatan terus menerus yakni stroke dan menjadi urutan kedua tertinggi setelah penyakit jantung. Angka kematian akibat stroke diestimasikan sebesar iskemik atau penyumbatan pembuluh dan stroke hemoragik atau pembuluh darah di otak pecah, sekitar 85% dari semua penderita stroke bersifat iskemik dan 15% hemoragik (Dikutip dalam Hafdia dkk, 2018).

Stroke merupakan penyakit maut, yang setiap tahunnya belasan juta orang di dunia terkena stroke dan 5 juta di antaranya meninggal karena stroke. Angka ini diperkirakan akan semakin meningkat, di Indonesia diperkirakan 500 ribu penduduk terkena stroke setiap tahunnya dan sekitar 25‰ diantaranya dan sisanya mengalami kecacatan baik ringan ataupun berat (Sari *et al.*, 2015). Prevalensi stroke berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala tertinggi terdapat disulawesi selatan (17,9‰). Di Yogyakarta (16,9‰). Sulawesi tengah (16,6‰), diikuti jawa timur sebesar 16 ‰ per mil, dan Sulawesi barat (15,5‰) (Riskesdas, 2013).

Angka kejadian stroke Indonesia berdasarkan diagnosis dokter meningkat dari tahun 2013 sebesar 7‰, menjadi 10,9‰. Prevalensi stroke tertinggi terdapat di Kalimantan Timur sebesar 14,7‰, sedangkan terendah terdapat di Papua 4,1‰ (Rikesdes, 2018).

Data prevalensi stroke RS Stella Maris Makassar pada tahun 2016 mencapai 134 (3,4%) dari total 3.903 pasien, pada tahun 2017 mencapai 138 (2,9%) dari 4.795 pasien, sedangkan data terbaru pada tahun 2018 sampai bulan Oktober yaitu 67 (3,7%) dari 1.831 pasien (Rekam Medik Rumah Sakit Stella Maris).

Berdasarkan jumlah kunjungan pasien ke ruang fisioterapi rawat jalan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, pada bulan oktober 2018, terdapat 115 orang, dimana laki-laki berjumlah 70 orang dan perempuan berjumlah 45 orang. Dalam 1 minggu 2 kali kunjungan dilakukan secara teratur, serta terdapat 38 orang yang hemiparese dan 20 orang yang hemiplegia.

Stroke juga merupakan penyebab utama gangguan fungsional. Dimana 20% penderita yang bertahan hidup masih membutuhkan perawatan di institusi kesehatan setelah 3 bulan dan 15-30% penderitanya mengalami cacat permanen. Di Indonesia 55-60% orang dengan gejala stroke menderita cacat ringan sampai berat, 25% meninggal dunia, dan 10-15% penderita selamat. Akibat gangguan fungsional ini menyebabkan penderita stroke kehilangan produktifitasnya dan harus mengeluarkan biaya yang besar untuk perawatan rehabilitasi.

Terjadinya stroke pada seseorang dapat menyebabkan kecacatan permanen pada alat gerak berupa kelumpuhan. Perubahan fisik yang sering dialami pasien adalah kelumpuhan sebagian alat gerak, kehilangan kemampuan menelan, gangguan kognitif, gangguan mental, dan gangguan psikologis. Hal ini berdampak pada kualitas hidup seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti makan, berpakaian, mandi,

bekerja, dan bersosialisasi dengan orang lain. Ketidakmampuan ini dapat dialami oleh pasien pasca stroke mulai dari tiga bulan sampai satu tahun atau lebih, sehingga hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke (Ulfa Bariroh, 2016).

Kualitas hidup merupakan salah satu hal yang penting untuk diperhatikan. Menurut konstitusi WHO tahun 1948, kesehatan meliputi kesehatan fisik, mental, serta sosial secara keseluruhan. Pengukuran kesehatan serta perawatan kesehatan tidak hanya ditunjuk oleh perubahan frekuensi dan beratnya penyakit, melainkan juga harus meliputi kenyamanan hidup yang dapat dinilai melalui peningkatan kualitas hidup (Pangkahila, 2007). Kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan yang dilihat dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan hal-hal lain yang menjadi perhatian individu (Ulfa Bariroh, 2016).

Pada dasarnya terdapat 3 hal yang berperan menentukan kualitas hidup yaitu mobilitas, rasa nyeri dan kejiwaan, depresi atau ansietas. Ketiga faktor tersebut dapat diukur secara objektif dan dinyatakan sebagai status kesehatan. Berdasarkan penelitian lain yang dilakukan Chicago faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke adalah umur, tingkat pendidikan, status pernikahan, dukungan keluarga, dan kategorik klinis (Ulfa Bariroh, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Robiyatul Adawiyah dan I Made Kariasa (2014) pada 49 pasien pasca stroke tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin, usia, status perkawinan, status pekerjaan, *support system* keluarga dengan empat domain kualitas hidup dan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan domain lingkungan dan terdapat hubungan

yang signifikan antara kategorik klinik dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

Berdasarkan data-data yang diuraikan di atas dan melihat semakin meningkatnya angka kejadian stroke dan dampak yang ditimbulkan oleh stroke yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Faktor determinan kualitas hidup pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

B. Rumusan Masalah

Stroke dapat mempengaruhi kehidupan pasien dalam berbagai aspek seperti : fisik, emosional, psikologis, kongnitif, dan sosial. Gangguan pada masalah aspek tersebut akan mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke. Sehingga rumusan permasalahan pada penelitian ini yaitu :

1. Apakah ada hubungan antara umur dengan kualitas hidup pasien pasca stroke ?
2. Apakah ada hubungan antara status pendidikan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke ?
3. Apakah ada hubungan antara status pernikahan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke ?
4. Apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke ?
5. Apakah ada hubungan antara kategorik klinis dengan kualitas hidup pasien pasca stroke ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan faktor determinan kualitas hidup pada pasien pasca stroke.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi umur, status pendidikan, status pernikahan, dukungan keluarga, kategorik klinis dan kualitas hidup.
- b. Menganalisis hubungan antara umur dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
- c. Menganalisis hubungan antara status pendidikan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
- d. Menganalisis hubungan status pernikahan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
- e. Menganalisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
- f. Menganalisis hubungan kategorik klinis dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
- g. Menganalisis faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien pasca storke.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian yang akan dilakukan pada akhirnya akan memberikan manfaat terutama di dunia keperawatan, adapun manfaat dilakukan penelitian ini antara lain sebagai berikut :

1. Bagi pasien penderita stroke.

Sebagai alat untuk memfasilitasi pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan pasien stroke untuk melakukan perawatan mandiri sehingga lebih meningkatkan status kesehatannya.

2. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan menjadi wadah bagi peneliti untuk memperkaya diri dengan mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah didapatkan, serta menambah pengetahuan peneliti terkait kualitas hidup penderita stroke.

3. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi institusi pelayanan kesehatan dalam menentukan kebijakan khususnya dalam hal peningkatan kualitas hidup penderita stroke.

4. Bagi institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan bisa dijadikan sebagai salah satu sumber pustaka dalam penelitian-penelitian selanjutnya dan sebagai suatu petunjuk dan tambahan pengetahuan yang bermanfaat bagi pembaca selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Pengertian stroke

Stroke atau cedera serebrovaskular (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smltzer C. Suzanne, 2013).

Stroke adalah salah satu sindrom neurologi yang dapat menimbulkan kecacatan dalam kehidupan manusia (Jusuf Misbach, 2011).

Stroke adalah keadaan yang terjadi saat otak rusak akibat aliran darah terganggu. Hal ini terjadi karena penyumbatan arteri oleh gumpalan darah karena adanya gumpalan kolesterol dan hemoragik atau perdarahan di dalam otak serta permukaan otak.

Stroke adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat oleh adanya sumbatan (*ischemic stroke*) atau perdarahan (*haemorrhagic stroke*).

Dari beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan stroke adalah gangguan fungsi otak karena penyumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah menuju ke otak. Hal ini menyebabkan pasokan darah dan oksigen menuju ke otak menjadi berkurang.

2. Klasifikasi stroke

Menurut Widyo (2014) dalam Creamona, (2017) berdasarkan penyebabnya, stroke terbagi menjadi dua yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke non hemoragik atau stroke iskemik adalah stroke yang terjadi karena sumbatan pembuluh darah otak. Dapat berupa iskemik atau emboli dan thrombosis serebra. Menurut perjalanan penyakitnya, stroke iskemik dibedakan menjadi :

a. *Transient Ischemic Attack* (TIA)

Gangguan neurologi lokal yang terjadi selama beberapa menit sampai jam saja. Gejala yang muncul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

b. *Reversible Ischmic Nuerologic Defisit* (RIND)

Terjadi lebih lama dari TIA, gejala hilang lebih dari 24 jam tetapi tidak lebih dari 1 minggu.

c. *Stroke In Evolution* (SIE)

Perkembangan stroke perlahan-lahan sampai alur munculnya gejala makin lama semakin buruk, proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.

d. *Complete Stroke*

Gangguan neurologis yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan namanya, stroke komplit dapat diwakili oleh seragan TIA berulang.

Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena tumpukan kolestrol pada dinding pembuluh darah ke otak. Stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak dan dapat dibedakan menjadi dua yaitu :

1) Stroke Hemoragik

Terjadi perdarahan cerebral dan mungkin juga perdarahan subarachnoid yang di sebabkan pecahnya pembuluh darah

otak. Umumnya terjadi pada saat melakukan aktivitas, namun juga dapat terjadi pada saat istirahat. Kesadaran umumnya menurun dan penyebab yang paling banyak adalah akibat hipertensi yang tidak terkontrol.

2) Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia, emboli, spasme ataupun thrombus pembuluh darah otak, umumnya terjadi setelah beristirahat cukup lama atau bangun tidur. Tidak terjadi perdarahan, kesadaran umumnya baik dan terjadi proses edema otak oleh karena hipoksia jaringan otak.

3. Faktor-faktor Penyebab Stroke

Harsono (2008), membagi faktor resiko yang dapat di temui pada klien dengan stroke yaitu :

a. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi

1) Usia

Faktor lanjut usia menjadi faktor resiko. Organ manusia mengalami kemunduran sejalan dengan makin bertambahnya usia seseorang. Setelah usia 55 tahun resiko stroke iskemi meningkat dua kali lipat tiap 10 tahun.

2) Jenis kelamin

Laki-laki beresiko terkena stroke iskemik, sedangkan wanita cenderung terkena stroke perdarahan subarakhnoid. Stroke pada wanita diduga akibat pemakaian obat kontrasepsi oral. Angka kematian stroke pada wanita dua kali lebih tinggi dari laki-laki.

3) Riwayat keluarga/herediter

Riwayat stroke dalam keluarga, terutama jika dua atau lebih anggota keluarga pernah mengalami stroke pada usia kurang dari 60 tahun, akan meningkatkan resiko stroke.

b. Faktor yang dapat dimodifikasi

1) Hipertensi

Merupakan faktor gangguan pembuluh darah otak (GPDO) yang potensial. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah maka timbullah perdarahan otak, dan apabila pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian (perdossi, 2008).

2) Diabetes Mellitus

Pengaturan utama kadar glukosa dalam darah ialah insulin, hormon yang dibentuk dan disekresi oleh sel beta di pankreas. Hiperglikemia dapat terjadi karena kekurangan insulin atau oleh faktor-faktor yang menghambat kerja insulin. Ketidakseimbangan mengakibatkan gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lipid. Diabetes mellitus mempercepat terjadinya aterosklerosis. DM mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar. Menebalkan dinding pembuluh darah otak akan menyempitkan diameter pembuluh darah tadi dan penyempitan tersebut kemudian akan mengganggu kelancaran aliran darah ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel-sel otak (Harsono, 2008).

3) Hiperurismia

Merupakan suatu faktor penting yaitu akan meningkatkan agregasi dan perlekatan platelet sehingga mempermudah terjadinya aterosklerosis dan trombogenesis.

4) Alkohol

Konsumsi alkohol mempunyai efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma,

peningkatan plasma homosistein, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan resiko stroke.

5) Penyakit jantung

Penyakit jantung rematik, penyakit jantung koroner dengan infark otot jantung, dan gangguan irama denyut jantung merupakan faktor resiko gangguan pembuluh darah otak yang cukup potensial. Faktor resiko ini pada umumnya akan menimbulkan hambatan/sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel/jaringan yang telah mati ke dalam aliran darah. Peristiwa ini disebut emboli. Apabila penyakit jantung yang ada diberi obat anti penggumpalan darah dengan dosis yang tak terkontrol dan/atau maka dapat muncul komplikasi yang serius, ialah perdarahan otak.

6) Rokok

Rokok adalah determinan independen yang menyebabkan penebalan pembuluh darah arteri karotis, yang disebabkan oleh meningkatnya koagulabilitas, viskositas darah, kadar fibrinogen, platelet agregasi dan meningkatkan tekanan darah (Harsono, 2008).

4. Gejala Stroke

Gejala stroke dapat dibedakan atas gejala/tanda akibat lesi dan gejala/tanda yang diakibatkan oleh komplikasinya. Gejala akibat lesi bisa sangat jelas dan mudah untuk didiagnosis akan tetapi dapat sedemikian tidak jelas sehingga diperlukan kesadaran dengan keluhan lemah separuh badan pada saat bangun tidur atau sedang bekerja akan tetapi tidak jarang pasien datang dalam keadaan koma sehingga memerlukan penyingkiran diagnosa banding sebelum mengarah ke stroke. Secara umum gejala tergantung pada besar dan letak lesi di otak yang menyebabkan gejala dan tanda organ yang dipersarafi oleh

bagian tersebut. Jenis patologi (hemoragik atau non hemoragik) secara umum tidak menyebabkan perbedaan dari tampilan gejala, kecuali bahwa pada jenis hemoragik sering kali ditandai dengan nyeri kepala hebat terutama terjadi saat bekerja (Simangunsong, 2011) dalam (Cremona, 2017).

Gejala dan tanda stroke sangat bervariasi, tergantung otak mana yang terkena. Namun, sering umum dapat dikemukakan tanda dan gejala yang sering dijumpai, antara lain :

- a. Timbul rasa kesemutan pada seisi dada, terasa seperti terbakar atau terkena cabai.
- b. Lemas, atau kelumpuhan pada seisi badan, sebelah kanan atau kiri saja.
- c. Mulut, lidah mencong bila diluruskan. Mudah diamati jika sedang berkumur, tidak sempurna atau air muncrat dari mulut.
- d. Gangguan menelan, atau bila minum sering tersedak.
- e. Gangguan bicara berupa pelo atau aksentuasi kata-kata sulit dimengerti (afasia) bahkan bicara tidak lancar atau hanya sepele-patah.
- f. Tidak mampu membaca dan menulis. Kadang-kadang diawali dengan perubahan tulisan dimana tulisan menjadi jelek.
- g. Berjalan menjadi sulit, langkahnya kecil-kecil.
- h. Kurang mampu memahami pembicaraan orang lain
- i. Kemampuan intelektual menurun drastis, bahkan tidak mampu berhitung dan menjadi pelupa.
- j. Fungsi indera terganggu sehingga bisa terjadi gangguan penglihatan berupa sebagian lapangan pandangan tidak terlihat atau gelap dan pendengaran berkurang.
- k. Gangguan pada suasana emosi, menjadi lebih mudah menangis atau tertawa.

- l. Kelopak mata sulit dibuka atau dalam keadaan terkatup.
- m. Gerakan badan tidak terkoordinasi sehingga jika berjalan sempoyongan atau kehilangan koordinasi pada seisiadan. Gangguan kesadaran seperti pingsan bahkan sampai koma. (Anies, 2006) dalam (Creamona, 2017).

5. Dampak Stroke

Stroke merupakan penyakit yang menyerang sistem saraf pusat, namun efek yang dihasilkan dapat berpengaruh pada seluruh tubuh. Menurut *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS, 2003) dalam (Yani, 2010) efek yang mungkin terjadi dapat berupa:

a. Paralisis

Biasanya terjadi unilateral (hemiplegia) dan paralisis terjadi kontralateral dari lesi di hemisfer otak. Paralisis dapat menyebabkan kesulitan dalam aktivitas sehari-hari seperti berjalan, berpakaian, makan, atau menggunakan kamar mandi. Beberapa pasien stroke juga mengalami kesulitan saat menelan (disfagia).

b. Defisit Fungsi Kognitif

Stroke dapat menimbulkan permasalahan dalam proses berfikir pemusatan perhatian, proses pembelajaran, pembuatan keputusan, maupun daya ingat. Defisit fungsi kognitif yang parah menimbulkan keadaan yang disebut apraksia dan agnosia.

c. Defisit Bahasa

Pasien stroke sering mengalami kesulitan dalam memahami (afasia) atau menyusun perkataan (disartria). Hal ini disebabkan kerusakan regio temporal kiri atau lobus parietal otak.

d. Defisit Emosional

Pasien stroke dapat mengalami kesulitan dalam mengontrol emosi mereka. Depresi sering terjadi pada pasien stroke. Depresi

post stroke dapat menghalangi pemulihan dan rehabilitasi stroke bahkan dapat mengarah pada percobaan bunuh diri.

e. Rasa Sakit

Rasa sakit, sensasi aneh, dan rasa kebas pada pasien stroke mungkin disebabkan banyak faktor meliputi kerusakan region sensorik otak, sendi yang kaku, atau tungkai yang lumpuh. Tipe sakit yang tidak biasa pada stroke disebut *central stroke pain* atau *central pain syndrome* (CPS). CPS disebabkan oleh kerusakan pada area di thalamus. Rasa sakit tersebut merupakan campuran dari rasa panas, dingin, terbakar, perih, mati rasa, dan rasa tertusuk. Rasa sakit tersebut terasa lebih parah di ekstremitas dan semakin parah dengan perubahan gerak dan temperatur terutama dingin.

B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup

1. Pengertian Kualitas Hidup

- a. Kualitas hidup menurut WHOQOL Group didefinisikan sebagai persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup orang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya (Salim, dkk., 2007 dalam Hardianti, 2014).
- b. Kualitas hidup merupakan terbebas dari nyeri, mampu untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan berjuang untuk hidup (Wig, 2006 dalam Kariasa, 2009).
- c. Kualitas hidup adalah perasaan individu tentang kesehatan dan kesejahteraannya dalam area yang luas meliputi fungsi fisik, fungsi psikologis dan fungsi sosial (Polonsky, 2000 dalam Yusra, 2011).

2. Ruang Lingkup Kualitas Hidup

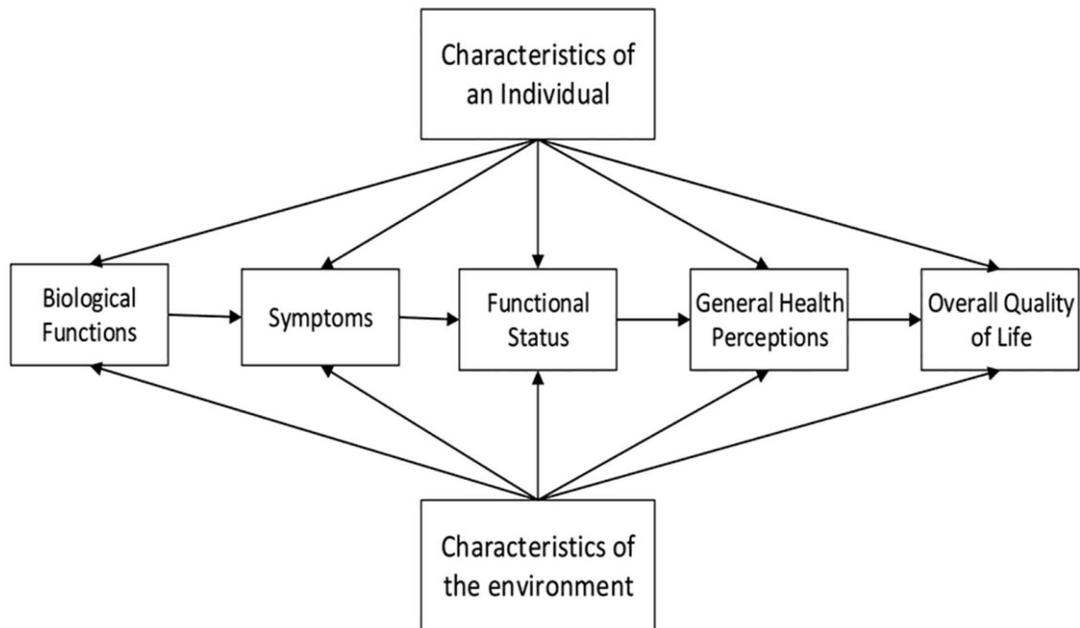
Menurut Herman (1993) dalam (Silitonga, 2007), secara umum terdapat lima bidang (domain) yang dipakai untuk mengukur kualitas

hidup berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh WHO, bidang tersebut adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologik, kelulasaan aktivitas, hubungan sosial dan lingkungan, sedangkan secara rinci bidang-bidang yang termasuk kualitas hidup antara lain :

- a. Kesehatan fisik (*physical health*) yang meliputi kesehatan umum, nyeri, energi dan vitalitas, aktivitas seksual, tidur dan istirahat.
- b. Kesehatan psikologis (*psychological health*) yang meliputi cara berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
- c. Tingkat aktivitas (*level of independence*) yang meliputi mobilitas, aktivitas sehari-hari, komunikasi dan kemampuan kerja.
- d. Hubungan sosial (*social relationship*) yang meliputi hubungan sosial dan dukungan sosial.
- e. Lingkungan (*environment*) yang meliputi keamanan, lingkungan rumah dan kepuasan kerja

3. Kualitas Hidup Dalam Terkait Kesehatan

Model konsep kualitas hidup yang digunakan dalam dunia kesehatan adalah Model *Health Related Quality Of Life* (HRQOL) yang dikemukakan oleh Wilson dan Cleary (1995) adalah bagian dari kualitas hidup yang mempresentasikan perasaan, sikap atau kemampuan untuk mencapai kepuasan dalam domain kehidupan sebagai kepentingan personal yang terganggu akibat proses penyakit atau defisit fungsi kesehatan. Model ini menjelaskan adanya 5 determinan kualitas hidup seseorang (dalam Dharma, 2011).



Gambar 2.1 Model *Health Related Quality Of Life* (HRQOL)
(Wilson dan Cleary, 1995)

Berikut ini penjelasan dari setiap komponen model HRQOL
(Wilson dan Cleary, 1995) :

a. Faktor Biologi/Fisiologi

Faktor biologi/fisiologi merujuk pada perubahan fungsi sel organ, jaringan dan sistem organ. Faktor ini dikaji melalui pemeriksaan diagnostik dapat berupa pemeriksaan laboratorium misalnya pemeriksaan sel darah atau hormon, pemeriksaan fungsi tubuh misalnya EKG. Pemeriksaan ini dapat dilakukan untuk menentukan perubahan biologi dan fisiologi yang berpotensi mempengaruhi HRQOL.

b. Status gejala

Gejala adalah keluhan subjektif yang dirasakan oleh pasien terkait dengan kondisi kesehatannya. Gejala menyangkut perubahan fisik dan psikologis sehingga individu dikatakan abnormal. Perawat sering melakukan pengkajian untuk mengetahui gejala

yang dialami oleh pasien. Gejala terjadi akibat adanya hubungan atau pengaruh dari variabel biologi/fisiologi, banyak yang tidak diketahui mengenai hubungan antara faktor biologis/fisiologi yang menentukan gejala yang dialami oleh individu. Misalnya, faktor budaya dan demografi akan mempengaruhi bagaimana respon individu terhadap kesehatan.

c. Status fungsional

Status fungsional dapat didefinisikan sebagai kemampuan untuk melakukan tugas spesifik. Status gejala adalah suatu determinan penting dari status fungsional. Kemampuan individu dalam melaksanakan tugas spesifik dipengaruhi oleh gejala yang dialaminya. Semakin berat suatu gejala maka akan semakin berkurang kemampuan individu. Banyak individu yang tidak menunjukkan gejala namun mengalami perubahan fungsional.

d. Persepsi kesehatan general

Persepsi kesehatan general ini menggambarkan suatu integrasi dan ekspresi subjektif terhadap faktor gejala yang dialami dan status fungsional. Persepsi kesehatan general ini merupakan indikator penting dan perilaku sehat dan outcome sehingga mempengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan.

e. Kualitas Kehidupan Secara Keseluruhan

Kualitas hidup secara keseluruhan merujuk pada kesejahteraan individu secara objektif. Kualitas hidup secara keseluruhan juga terkait dengan bagaimana bahagia atau puasnya individu secara umum dengan kehidupan.

f. Karakteristik Individu dan Lingkungan

Karakteristik individu dan lingkungan berpengaruh terhadap semua komponen dari model HRQOL, tetapi pengaruh paling

besar adalah terhadap persepsi kesehatan general dan kualitas hidup seluruhnya.

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Nofitri (2009) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup antara lain :

a. Jenis Kelamin

Secara umum kesejahteraan laki-laki dan perempuan tidak jauh beda namun perempuan lebih banyak terkait dengan aspek hubungan yang bersifat positif sedangkan kesejahteraan tinggi pada pria terkait dengan aspek pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik.

b. Usia

Individu dewasa mengekspresikan kesejahteraan lebih tinggi pada usia dewasa madya. Pada responden berusia tua menemukan adanya kontribusi dari faktor usia terhadap kualitas hidup subjektif individu yang disebabkan karena individu pada masa tua sudah melewati masa untuk melakukan perubahan dalam hidupnya sehingga mereka cenderung mengevaluasi hidupnya dengan positif dibandingkan saat masa mudanya.

c. Pendidikan

Kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.

d. Pekerjaan

Kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja, dan penduduk yang tidak mampu bekerja.

5. Pengukuran Kualitas Hidup

Menurut Ware dan Sherbourne (1992) dalam Rahmi (2011) kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik.

Model yang digunakan dalam mengembangkan instrumen *Stroke Spesific Quality of Life* adalah *Model Health Related Quality Of Life* (HRQOL) dari Wilson dan Cleary (1995) yang merupakan salah satu teori *middle range* dalam struktur ilmu keperawatan yang terdiri dari 5 dimensi antara lain :

a. Dimensi fisik

Ekspresi subjektif individu terhadap gejala fisik yang dialami dan kemampuannya melakukan aktivitas fisik setelah menderita stroke. Indikator dari dimensi fisik adalah sebagai berikut :

- 1) Dimensi Fisik : gejala yang berhubungan dengan gejala fisik dan kemampuan melakukan mobilitas fisik setelah menderita stroke.
- 2) Energi : kemampuan melakukan aktivitas fisik yang berhubungan dengan tingkat kecukupan energi yang dimiliki setelah menderita stroke.
- 3) Penglihatan : kemampuan melakukan aktivitas fisik yang menggunakan fungsi penglihatan setelah menderita stroke.
- 4) Bahasa : kemampuan berkomunikasi secara verbal (berbicara) setelah menderita stroke.
- 5) Perawatan diri : kemampuan melakukan perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian, ke toilet (buang air besar dan buang air kecil), setelah menderita stroke.
- 6) Motorik halus : kemampuan melakukan berbagai aktivitas fisik yang menggunakan motorik halus seperti mengancing baju, mengencangkan celana, mengetik setelah menderita stroke.

- 7) Produktivitas : ekspresi subjektif individu terhadap kemampuan melakukan dan mengakhiri pekerjaannya setelah menderita stroke.

b. Dimensi psikologis

Ekspresi subjektif terhadap perubahan psikologis yang dialami dan kemampuannya melakukan aktivitas berhubungan dengan perubahan psikologis setelah menderita stroke. Indikator dari dimensi psikologis adalah sebagai berikut :

- 1) Mood (suasana hati) : perubahan mood yang dialaminya sehingga mempengaruhi kemampuan dalam melakukan kegiatan/pekerjaan setelah menderita stroke.
- 2) Kepribadian : ekspresi subjektif individu terhadap kepribadiannya seperti mudah marah, emosi, setelah menderita stroke.
- 3) Konsentrasi : kemampuan berkonsentrasi terhadap suatu permasalahan setelah menderita stroke.
- 4) Memori : kemampuan mengingat sesuatu setelah menderita stroke.

c. Dimensi Sosial

Ekspresi subjektif individu terhadap hubungannya dengan teman, keluarga, tetangga dan masyarakat disekitarnya serta kemampuan untuk melakukan kegiatan yang bersifat menyenangkan (rekreasi) setelah menderita stroke. Indikator dari dimensi sosial adalah sebagai berikut :

- 1) Hubungan sosial dengan teman dan kerabat : hubungan sosial dengan teman dan kerabat setelah menderita stroke.
- 2) Kegiatan kemasyarakatan : kemampuan mengikuti berbagai kegiatan kemasyarakatan setelah menderita stroke.

- 3) Rekreasi : kemampuan melakukan kegiatan yang bersifat menyenangkan setelah menderita stroke.

d. Dimensi Peran

Ekspresi subjektif individu terhadap perubahan perannya dalam keluarga, misalnya sebagai orang tua atau sebagai pekerja/pencari nafka bagi keluarga setelah menderita stroke. Indikator dari dimensi peran adalah peran dalam keluarga dimana akan adanya perubahan peran dalam keluarga.

e. Dimensi spritual

Ekspresi subjektif individu terhadap gambaran pencapaian spritualnya yaitu penerimaan diri dan kualitas ibadah setelah menderita stroke. Indikator dari spritual adalah sebagai berikut :

- 1) Penerimaan diri

Penerimaan terhadap semua kondisi atau gejala yang dialami setelah menderita stroke.

- 2) Kualitas ibadah

Pencapaian ibadah yang dilakukan setelah menderita stroke.

C. Tinjauan Umum Kualitas hidup pasien pasca stroke

1. Kualitas hidup pasien pasca stroke

Kesehatan merupakan salah satu bagian yang penting dalam menentukan kualitas hidup di samping nilai budaya, pekerjaan, sosial ekonomi, maupun spritual. Kualitas hidup terkait kesehatan dapat dipandang secara subjektif berdasarkan perspektif pasien dan konstruksi multidimensional dari aspek fisik, psikologis, sosial dan lingkungan. Manifestasi klinis dan stadium stroke seringkali berhubungan dengan kualitas hidup pasien stroke. Stadium pasca stroke merupakan stadium yang paling sulit dilalui oleh pasien stroke

karena pasien mengalami kecacatan yang berdampak pada kualitas hidupnya (Julianti, 2015) dalam (Ulfa Bariroh, 2016).

Pada penelitian ini penulis menggunakan *World Health Organisation Quality of Life (WHOQoL) BREF* sebagai dimensi kualitas hidup pasien stroke. WHOQoL adalah pemahaman dan pemikiran seseorang mengenai keadaan dirinya dalam kehidupan yang dipandang dari aspek budaya, norma dan nilai yang berkaitan dengan tujuan, harapan dan standar dalam hidupnya (*World Health Organization, 1996*). Kuesioner WHOQoL BREF ini mengkaji kualitas hidup secara mendasar dan dapat digunakan pada pasien pasca stroke. Instrumen ini lebih praktis digunakan untuk mengukur kualitas hidup di lapangan. Selain itu, sebagai bentuk pendek dari kuesioner WHOQoL 100, dimasukkan dalam WHOQOL BREF sebanyak 1 item pernyataan sehingga akan diperoleh penilaian yang lebih luas dan komperhensif. WHOQOL BREF ini juga telah tersedia dalam berbagai bahasa, salah satunya Bahasa Indonesia. Komponen dari WHOQoL BREF meliputi empat aspek dibawah ini.

a. Kesehatan fisik

Kualitas hidup pada pasien stroke secara fisik sangat berkaitan dengan kategori klinis dan pekerjaan penyakit yang dideritanya. Beberapa studi menunjukkan bahwa stroke berulang memiliki pengaruh kuat terhadap rendahnya kualitas hidup yang dirasakan. Kategori klinis stroke juga diketahui memiliki hubungan dengan rendahnya kualitas hidup pasien pasca stroke. Di lain pihak, perjalanan penyakit stroke khususnya stroke berulang dapat pulih dengan sempurna. Namun pada beberapa kasus, dapat terjadi kecacatan ringan hingga berat. Pengobatan yang dilakukan dan perjalanan penyakit yang diderita dapat meningkatkan

ketergantungan pasien pasca stroke akan pelayanan kesehatan (Yeni, 2013).

b. Psikologis

Penatalaksanaan penyakit mengakibatkan pasien pasca stroke secara psikologis lebih mudah marah, putus asa ketika berpikir tentang komplikasi jangka panjang dan memiliki perasaan negatif akan penyakitnya. Selain itu, berbagai komplikasi yang mungkin terjadi pada pasien pasca stroke akan mempengaruhi tampilan dan gambaran jasmaninya. Berbagai studi tentang penyakit stroke, depresi, dan kualitas hidup menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada kelompok stroke ditemukan lebih tinggi dari pada kelompok non stroke dan pada pasien pasca stroke dengan depresi diketahui memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien stroke tanpa depresi (Kariasa, 2009).

c. Hubungan sosial

Permasalahan fisik dan psikologis yang dialami oleh pasien pasca stroke dapat mempengaruhi sosialnya. Ketika pasien didiagnosa mengalami stroke, mereka harus berupaya untuk beradaptasi dengan penyakitnya dan melakukan perubahan gaya hidup serta melaksanakan pengelolaan stroke secara komprehensif. Hubungan sosial yang buruk dapat membuat orang terdekat pasien tidak ikut berpartisipasi dalam pengelolaan penyakitnya sehingga pasien akan merasa sendiri, merasa berbeda dengan orang lain dan kondisi yang lebih buruk dapat menyebabkan kerusakan dalam interaksi sosial (Kariasa, 2009).

d. Lingkungan

Pasien pasca stroke yang dirawat di rumah dapat mengalami gangguan dalam pergerakan sehingga perlu diperhatikan aspek lingkungan seperti keamanan dan keselamatan fisik, kondisi

lingkungan yang nyaman, akses menuju pelayanan kesehatan termasuk ketersediaan transportasi untuk menunjang mobilisasi pasien. Selain itu, keterbatasan fisik maupun dampak sosial yang terjadi dapat mempengaruhi keikutsertaan pasien dalam kegiatan rekreasi dan kesempatan untuk memperoleh informasi baru, baik yang diperoleh dari interaksi dengan orang lain maupun melalui media cetak dan elektronik. Pada pasien pasca stroke, pengelolaan penyakit yang dilakukan secara berkelanjutan, menyebabkan peningkatan kebutuhan keuangan pasien. Ketersediaan sumber daya ekonomi dan penggunaan sumber daya tersebut untuk memenuhi kebutuhan hidup dapat menentukan kualitas hidup pasien pasca stroke (Kariasa, 2009).

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke

a. Usia

Pasien pasca stroke yang berusia muda cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada pasien lansia (diatas 55) (Ulfa Bariroh, 2016). Menurut Prlic *et al* (2012), pasien lansia memiliki tingkat yang lebih rendah dalam fungsi fisik dan sosial daripada pasien yang lebih muda sehingga kualitas hidupnya pun lebih rendah. Menurut Sustrani (2011) usia yang lebih muda mempunyai sikap yang lebih positif dalam pandangan hidupnya dibandingkan pasien stroke lansia.

b. Pendidikan

Pendidikan adalah pembelajaran pengetahuan, keterampilan, dan kebiasaan sekelompok orang yang diturunkan dari satu generasi kegenerasi berikutnya melalui pengajaran, pelatihan, atau penelitian. Pendidikan umumnya dibagi menjadi beberapa kategori

tingkatan diantaranya : Tidak sekolah, SD, SMP, SMA, dan Perguruan Tinggi (Wikipedia, 2018).

Tingkat pendidikan pasien dapat mempengaruhi pengetahuan pasien. Pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki pemikiran dan pengetahuan yang lebih luas sehingga memungkinkan pasien untuk mengelola stress, mempunyai kepercayaan diri lebih tinggi dan lebih mudah memahami serta menaati saran dari petugas kesehatan (Ulfa Bariroh, 2016). Setiap pengalaman yang memiliki efek formatif pada cara orang berfikir, merasa, atau tindakan dapat dianggap pendidikan.

c. Status pernikahan

Salah satu *support system* yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien adalah pasangan. Pasien yang tidak memiliki pasangan atau ditinggalkan oleh pasangan cenderung memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan pasien yang memiliki pasangan. Status pernikahan adalah salah satu dukungan bagi pasien, maka dari itu keberadaan pasangan pasien sangat berarti untuk membantu pasien dalam melakukan kegiatan yang bersifat positif. Pendampingan dan dukungan yang diberikan oleh pasangan dapat membantu pasien lebih optimis dan bersemangat dalam menjalani hidupnya. Hal ini tentu mempengaruhi kualitas hidup pasien (Ulfa Bariroh, 2016).

Menurut pendapat peneliti, kehadiran pasangan hidup sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke dengan kehadiran pasangan yang selalu mendukung membuat pemulihan pasca stroke cepat dan mengurangi kecacatan dan kecemasan akibat stroke sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

d. Dukungan keluarga

Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke adalah dukungan keluarga. Pasien pasca stroke yang memiliki keluarga yang dapat mendukung dirinya untuk merubah perilaku kesehatannya kearah yang lebih baik, cenderung dapat meningkatkan kualitas hidupnya dibandingkan dengan pasien yang kurang memiliki dukungan dari keluarganya. Banyak keluarga yang melalaikan peran dan fungsi keluarga bagi anggota keluarganya yang sakit karena mereka beranggapan bahwa pasien telah sembuh sepulang dari rumah sakit. Sebenarnya saat masa rehabilitasi pasien lebih banyak membutuhkan dukungan dari keluarga untuk benar-benar pulih dari penyakitnya (Yeni, 2013). Penelitian yang dilakukan Oktaviani tentang dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien pasca stroke di Surakarta mendapatkan hasil bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Semakin besar dukungan keluarga maka semakin tinggi kualitas hidup pasien (Octaviani, 2017). Keluarga memiliki bentuk dukungan keluarga (Friedman,2010) yaitu :

1) Dukungan informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk didalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran atau umpan balik tentang apa yang dilakukan seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan meyerakan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stresor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dengan dukungan keluarga dengan menyediakan *feed back*. Pada

dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi, sehingga diharapkan bantuan informasi yang di sediakan keluarga dapat digunakan oleh individu dalam mengatasi persoalan-persoalan yang dihadapi.

2) Dukungan pengharapan

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi serta strategi koping yang dapat digunakan untuk menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka. Terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif. Selain itu, dalam dukungan penilaian keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan dan menengahi pemecahan masalah serta sebagai sumber dan validator identitas keluarga, diantaranya adalah memberikan *support*, penghargaan dan perhatian.

3) Dukungan instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmani seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk didalamnya bantuan langsung

seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit atau mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

4) Dukungan emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk beristirahat dan juga menenangkan pikiran. Setiap orang pasti membuntukan bantuan dari keluarga. Individu yang menghadapi persoalan atau masalah akan merasa terbantu kalau ada keluarga yang mau mendengarkan dan memperhatikan masalah yang sedang dihadapi.

e. Kategori klinis

Kategori klinis pada pasien pasca stroke merupakan penilaian durasi penyakit stroke yang dibagi menjadi dua kategori yaitu sub akut dan kronik (pasca stroke). Stroke akut berlangsung lebih dari 24 jam selama 1 sampai 3 minggu dari waktu terjadinya serangan. Sedangkan fase kronik berlangsung setelah terjadinya fase akut yang dapat menyebabkan kecacatan fisik (Hernawati, 2009). Menurut penelitian Lombu, pasien dengan kategori klinis kronik

(pasca stroke) memiliki kualitas hidup dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan pasien dengan kategori sub akut. Hal ini terjadi karena adanya proses penyembuhan fungsi sensori dan motoris pasien yang mendekati sempurna pada fase pasca stroke (Lombu, 2015).

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

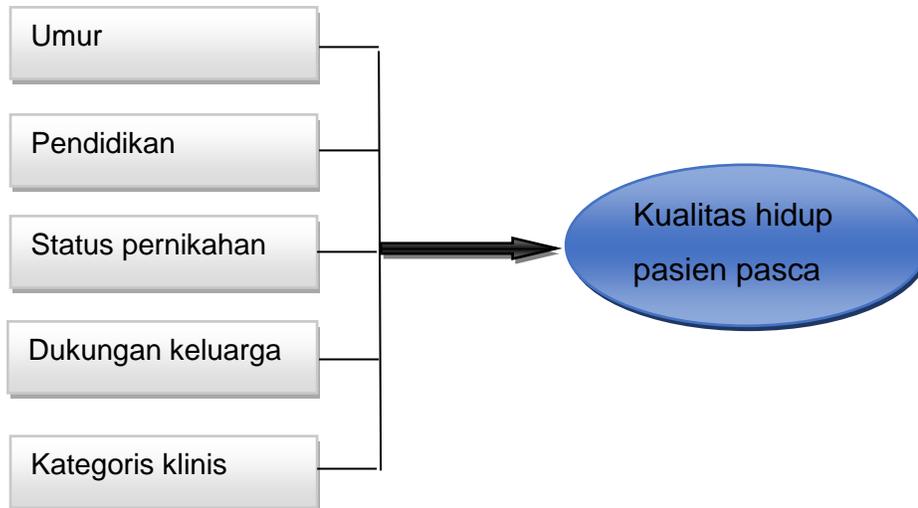
A. Kerangka Konseptual

Stroke dapat mempengaruhi kehidupan dalam berbagai aspek (fisik, emosional, psikologis, kognitif dan sosial). Tingkat kecacatan fisik dan mental pada pasien pasca stroke dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Seiring angka kematian akibat stroke yang semakin menurun, banyak pasien yang harus hidup dengan berbagai keterbatasan dan gangguan kecacatan jangka panjang disebabkan oleh stroke merupakan masalah umum terjadi di semua Negara dan kejadiannya meningkat secara signifikan. Tingginya angka kecacatan akibat stroke disebabkan oleh gangguan pada jaringan serebral. Akibatnya pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari, gangguan mental emosional, dan penurunan produktivitas sehingga kondisi tersebut berdampak terhadap kualitas hidup.

Adapun ditemukan beberapa faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke yaitu umur, tingkat pendidikan, status pernikahan, dukungan keluarga, dan kategorik klinis. (Hafdia dkk, 2018).

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka peneliti membuat kerangka konsep penelitian yang digambarkan dalam bentuk skema sebagai berikut.

Skema kerangka konsep



Gambar 3.1
Kerangka konseptual

Keterangan :



: variabel independen



: penghubung antara variabel



: variabel dependen

B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tinjauan pustaka dan kerangka konsep maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

1. Ada hubungan antara umur dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
2. Ada hubungan antara status pendidikan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
3. Ada hubungan antara status pernikahan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
4. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
5. Ada hubungan antara jenis stroke dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

C. Defenisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Cara ukur	Skala Ukur	Skor
1	Independen 1. Umur	Lama waktu orang hidup mulai dari lahir sampai saat sekarang.	Tanggal lahir dan tanggal pelaksanaan penelitian	Kuesioner	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Dewasa/muda • Lansia (diatas 55 tahun)
	2. Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir yang dilalui oleh responden sampai tamat	Ijazah terakhir	Kuesioner	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • PT • SMA • SMP • SD
	3. Status pernikahan	Status perkawinan responden seperti : belum	<ul style="list-style-type: none"> • Belum menika • Sudah 	Kuesioner	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sudah menikah • Janda/duda

	4. Dukungan keluarga	menikah, janda, duda Perhatian yang diberikan keluarga dalam bentuk informasi, emosional dan instrumental	menika • Janda/duda • Dukungan informasi • Dukungan pengharapan • Dukungan emosiona • Dukungan instrumenta l	Kuesioner	Ordinal	•Belum menikah Baik : jika total skor jawaban responden 37-54 Kurang baik: jika total jawaban responden 18-36
	5. Kategori klinis	Penilaian durasi penyakit stroke	• Sub akut • Kronik	Observasi dokumen	Nominal	•Akut (1-3 minggu) •Kronik (>3 minggu)
2	Dependen Kualitas hidup	Persepsi individu yang ditinjau berdasarkan dimensi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan	1. Fisik 2. Psikologis 3. Sosial 4. Peran 5. Spiritual	Kuesioner	Ordinal	Baik: jika total skor jawaban reponden 109-180 Kurang baik : jika total skor jawaban responden 36-108

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu jenis penelitian dimana pengukuran data variabel independen dan variabel dependen dilakukan pada saat bersamaan yang bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup meliputi usia, status pendidikan, status pernikahan, dukungan keluarga, dan kategorik klinis pada pasien pasca stroke Rumah Sakit Stella Maris Makassar .

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Tempat penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Alasan peneliti mengambil lokasi ini karena ditemukan permasalahan pasien pasca stroke mengalami penurunan kualitas hidup dan juga lokasinya mudah dijangkau oleh peneliti karena berdekatan dengan tempat perkuliahan dan tempat tinggal peneliti.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 24 Januari – 23 Februari 2019.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Penelitian ini menggunakan populasi terjangkau yaitu dengan memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien pasca stroke yang menjalani rehabilitasi di unit Fisioterapi dan Perawatan Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian anggota populasi yang dipilih dengan menggunakan prosedur tertentu sehingga diharapkan dapat mewakili populasi. Jumlah sampel yang di ambil sebanyak 47 orang.

Pada penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel yaitu *Non Probability Sampling* dengan menggunakan pendekatan *accidental sampling* yaitu teknik pengambilan sampel secara kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan/insidental bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel dengan mengacu pada kriteria sampel sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel.

Kriteria Inklusi dari penelitian ini adalah:

- 1) Bersedia untuk menjadi responden
- 2) Bisa membaca dan menulis

b. Kriteria Ekslusi

Kriteria eklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak respentatif dan tidak memenuhi syarat untuk di teliti,dengan alasan hambatan etis, menolak jadi responden atau keadaan tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian. Kriteria eklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Mengalami afasia global
- 2) Mengalami deficit lapang pandang

D. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner untuk mengetahui faktor determinan kualitas hidup pasien pasca stroke. Kuesioner ini dibuat oleh peneliti kemudian dibagikan kepada masing-

masing responden. Kemudian responden diminta kesediannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan cara mengisi lembar kuesioner penelitian. Kuesioner ini terdiri dari 3 bagian yaitu bagian pertama adalah biodata responden yang meliputi nama (inisial), umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status perkawinan, dan lama menderita stroke. Bagian kedua mengukur variabel dukungan keluarga adalah kuesioner. Kuesioner ini terdiri dari 18 pertanyaan dengan skala ordinal yang terdiri dari 3 pilihan jawaban dengan skor sering diberi nilai 3, kadang-kadang diberi nilai 2, tidak pernah diberi nilai 1. Bagian ketiga, kuesioner variabel dependen mengenai kualitas hidup dari pasien pasca stroke dengan menggunakan kuesioner SSQOL (*Stroke Spesific Quality Of Life*) yang terdiri dari 36 pertanyaan dengan skala ordinal yang terdiri dari 5 pilihan jawaban untuk setiap pertanyaan yang berfokus pada status atau situasi yang dialami individu, dengan skor 1 masalah dirasakan sangat berat, skor 2 masalah dirasakan berat, skor 3 masalah dirasakan cukup, skor 4 masalah dirasakan ringan, skor 5 tidak ada masalah. Skala respon kapasitas perasaan, situasi atau tingkah laku, dengan skor 1 bantuan total, skor 2 lebih banyak dibantu, skor 3 sebagian dibantu, skor 4 sedikit dibantu, skor 5 tidak memerlukan bantuan. Sementara skala respon frekuensi mengacu pada frekuensi atau kecepatan dari situasi atau tingkah laku individu, dengan skor 5 selalu, skor 4 sering, skor 3 kadang-kadang, skor 2 jarang, skor 1 tidak pernah. Kedua skor tersebut menggunakan skala pengukuran *likert*.

Tabel 4.1

NO	DIMENSI	PERNYATAAN
1.	Fisik	Indikator mobilitas fisik (1, 2, 3, 4), Indikator energi (5, 6), Indikator penglihatan (7, 8), Indikator bahasa (9, 10), Indikator perawatan diri (11, 12, 13, 14), Indikator motorik

		halus (15, 16, 17), Indikator produktivitas (18, 19).
2.	Psikologik	Indikator mood (suasana hati) (20,21,22), Indikator kepribadian (23,24), Indikator konsentrasi (25), Indikator memori (26).
3.	Sosial	Indikator hubungan sosial dengan teman dan kerabat (27, 28), Indikator kegiatan masyarakat (29), Indikator rekreasi (30, 32)
4.	Peran	Peran dalam keluarga (33)
5	Spiritual	Indikator penerimaan diri (34, 35), Indikator kualitas ibadah (36)

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini data dikumpulkan melalui beberapa prosedur. Adapun prosedur yang dilakukan dalam pengumpulan data, yaitu perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris Makassar atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian diadakan yaitu di Ruang Fisioterapi dan Perawatan Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Setelah mendapat persetujuan, barulah peneliti akan melakukan penelitian. Langkah pertama adalah responden diberi informasi tentang penelitian yang meliputi tujuan, efek, dan dampak yang ditimbulkan dari penelitian. Setelah responden paham dan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian barulah dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut :

1. *Informed consent*

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai jadwal penelitian dan

manfaat penelitian. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak akan memaksakan dan menghormati hak-hak responden.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembar tersebut diberi inisial atau kode.

3. *Confidentially*

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai data penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam disk dan hanya bisa diakses oleh peneliti dan pembimbing.

Data-Data yang dikumpulkan berupa:

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diambil secara langsung dari objek yang akan diteliti. Aplikasinya dalam penelitian ini adalah melalui penyebaran kuesioner kepada responden yang menjadi sampel penelitian.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh melalui informasi yang diberikan oleh petugas fisioterapi, identitas responden, data rekam medik, dan dengan cara menelaah literature serta data yang didapatkan dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar seperti, prevalensi penyakit stroke.

F. Pengelolaan dan Penyajian Data

Analisa data merupakan bagian dari suatu penelitian, dimana tujuan dari analisa data ini adalah agar diperoleh suatu kesimpulan masalah yang diteliti. Data yang telah terkumpul akan diolah dan dianalisa dengan menggunakan program komputer.

Adapun langkah-langkah pengolahan data menurut Hidayat (2009) meliputi :

1. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Editing dilakukan setelah data terkumpul dan dilakukan dengan memeriksa kelengkapan data, memeriksa kesinambungan data, dan keseragaman data. Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan atau meneliti satu persatu setiap jawaban yang telah diisi oleh responden guna mengoreksi kekeliruan.

2. Pemberian Kode (*Coding*)

Dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan data yaitu memberikan simbol dari setiap kuesioner yang telah diisi oleh responden.

3. Entry data

Dilakukan dengan memasukkan data kedalam komputer dengan menggunakan aplikasi komputer.

4. Menyusun Data (*Tabulating*)

Kegiatan tabulasi data adalah menyusun dan mengorganisir data sedemikian rupa, sehingga dengan mudah untuk dilakukan penjumlahan.

G. Analisa data

Data yang terkumpul akan dianalisa secara analitik dan diinterpretasikan dengan menggunakan uji statistik yaitu dengan menggunakan metode komputer program SPSS versi 20 windows.

1. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan terhadap setiap variabel dari hasil penelitian. Analisa ini menghasilkan distribusi dan presentasi dari setiap variabel yang diteliti.

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel independen (umur, status pendidikan, status pernikahan, dukungan keluarga, komorbiditas, kategorik klinis) dan variabel dependen (kualitas hidup). Uji statistik Chi Square. Dengan tingkat kemaknaan $\alpha=0,05$ menggunakan program SPSS versi 20,0, dengan interpretasi sebagai berikut:

- a. Apabila nilai $p < \alpha$, artinya ada hubungan antara umur, status pendidikan, status pernikahan, dukungan keluarga, komorbiditas, kategorik klinis dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
- b. Apabila nilai $p \geq \alpha$, artinya tidak ada hubungan antara umur, status pendidikan, status pernikahan, dukungan keluarga, komorbiditas, kategorik klinis dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel-variabel bebas dengan variabel terikat dan variabel bebas mana yang paling besar hubungannya terhadap variabel terikat. Analisis multivariat dilakukan dengan cara menghubungkan beberapa variabel bebas satu variabel terikat secara bersamaan. Melalui analisis multivariat akan diketahui variabel independen yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen (kualitas hidup).

Analisis regresi logistik untuk menjelaskan hubungan variabel bebas dan variabel terikat, prosedur yang dilakukan terhadap uji regresi logistik dan apabila masing-masing variabel bebas dengan hasil menunjukkan nilai $p < 0,25$ maka variabel tersebut dapat dilanjutkan dalam model multivariat. Analisis multivariat dilakukan untuk mendapatkan model terbaik. Semua kandidat dimasukkan bersama-sama untuk mempertimbangkan menjadi model dengan hasil yang menunjukkan nilai ($p < 0,05$). Variabel terpilih dimasukkan

kedalam model dan nilai p yang tidak signifikan dikeluarkan dari model, berurutan dari nilai p tertinggi. Untuk menentukan variabel paling berhubungan dengan kualitas hidup dilihat berdasarkan nilai Exp (B). Jika nilai Exp (B) paling besar maka variabel tersebut yang menjadi faktor yang paling berhubungan.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, sejak tanggal 24 Januari 2019 sampai 23 Februari 2019. Pengambilan sampel dengan teknik *non probability sampling*. Jumlah sampel 47 orang pasien pasca stroke. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur, sedangkan pengelolaan data menggunakan komputer program SPSS *for windows* versi 21. selanjutnya data dianalisis menggunakan uji statistik, *Chi square* dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha=0,05$), dengan table ukuran 2x2.

2. Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris Makassar merupakan salah satu rumah sakit swasta Katolik di kota Makasar. Rumah sakit ini didirikan pada tanggal 8 Desember 1938, diresmikan pada tanggal 22 September 1939 dan kegiatan dimulai pada tanggal 7 Januari 1940. Terletak di jalan Somba Opu No.273, Kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang, kota Makasar, Provinsi Sulawesi Selatan.

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris bermula dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita luhur yang membuat keprihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang kecil yang tidak mampu. Oleh karena itu, sekelompok suster JMJ komunitas Rajawali mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut kedalam suatu rencana untuk membangun Rumah Sakit Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai Injil.

Rumah Sakit Stella Maris memiliki visi dan misi tersendiri. Dalam penyusunan visi dan misi, pihak Rumah Sakit Stella Maris mengacu pada misi terdekat pada PT. Citra Ratna Nirmala sebagai pemilik Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Adapun visi dan misi Rumah Sakit Stella Maris Makassar adalah sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi rumah sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya dibidang keperawatan dengan sengat cinta kasih Kristus pada sesama.

b. Misi

- 1) Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah (*option for the poor*).
- 2) Pelayanan dengan mutu keperawatan prima
- 3) Pelayanan kesehatan dengan standar peralatan kedokteran yang mutahir dan komperhensif.
- 4) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya.

3. Karakteristik Responden dan Hasil Analisa Variabel yang Diteliti

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada
Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar, 2019

Jenis Kelamin	Frekuensi(f)	Presentase(%)
Laki-laki	33	70,2
Perempuan	14	29,8
Total	47	100

Berdasarkan tabel 5.1 di atas diperoleh data distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin dari 47 responden, terbanyak berada pada kelompok laki-laki yaitu 33 (70.2%)

responden, dan yang jumlahnya sedikit berada pada kelompok perempuan yaitu 14(29.8%) responden.

b. Analisa Univariat

1) Berdasarkan Umur

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Pasien
Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar, 2019

Usia (tahun)	Frekuensi	Persentase(%)
41-47	9	19,1
48-54	4	8,5
55-61	11	23,4
62-68	14	29,8
69-75	3	6,4
>76	6	12,8
Total	47	100

Tabel 5.2 mendeskripsikan bahwa distribusi frekuensi responden berdasarkan umur kebanyakan berada pada kategori 62-68 tahun sebanyak 14(29,8) responden, sedangkan yang paling sedikit yaitu kategori 48-45 sebanyak 4(8,5%) responden.

2) Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.3,
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Pasien
Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar, 2019

Pendidikan	Frekuensi	Persentase(%)
PT	5	10,6
SMA	6	12,8
SMP	23	48,9
SD	13	27,7
Total	47	100

Tabel 5.3 mendeskripsikan bahwa distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan kebanyakan berada pada kategori SMP yakni 23(48,9%) responden, sedangkan yang kategori PT hanya 5(10,6%) responden.

3) Berdasarkan Status Pernikahan

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Pernikahan
Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar, 2019

Status Pernikahan	Frekuensi	Persentase(%)
Sudah Menikah	38	80,1
Belum Menikah	1	2,1
Janda /duda	8	17,0
Total	47	100

Tabel 5.4 mendeskripsikan bahwa distribusi frekuensi responden berdasarkan status pernikahan kebanyakan berada pada kategori sudah menikah sebanyak 38(80,9%) responden, dan yang paling sedikit pada kategori belum menikah sebanyak 1(2,1%)responden.

4) Berdasarkan Dukungan Keluarga

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan
Keluarga Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit
Stella Maris Makassar, 2019

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Persentase(%)
Baik	39	83,0
Kurang baik	8	17,0
Total	47	100

Tabel 5.5 mendeskripsikan bahwa distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan keluarga kebanyakan berada pada kategori baik sebanyak 39(83,0%) responden, sedangkan yang kategori kurang baik sebanyak 8(17,0%) responden.

5) Berdasarkan Kategorik Klinis

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategorik Klinis
Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar, 2019

Kategorik Klinis	Frekuensi	Persentasi(%)
Akut	14	29,8
Kronis	33	70,2
Total	47	100

Tabel 5.6 mendeskripsikan bahwa distribusi frekuensi responden berdasarkan kategorik klinik kebanyakan berada pada kategori kronis sebanyak 33(70,2%) responden, sedangkan yang kategori akut sebanyak 14(29,8%) responden.

c. Analisa Bivariat

Dalam penelitian ini analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara umur, status pendidikan, status pernikahan, dukungan keluarga, komorbiditas, kategorik klinis dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Untuk jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut :

- 1) Analisa hubungan umur dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke.

Tabel 5.7
Analisa hubungan umur dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, 2019

Umur (tahun)	Kualitas Hidup						p
	Baik		Kurang Baik		Total		
	f	%	f	%	n	%	
41-47	9	19,1	0	0,0	9	19,1	0,169
48-54	3	6,4	1	2,1	4	8,5	
55-61	10	21,3	1	2,1	11	23,2	
62-66	12	25,5	2	4,3	14	29,8	
69-75	2	4,3	1	2,1	3	6,4	
>76	3	6,4	3	6,4	6	12,8	
Total	39	83,0	8	17,0	47	100	

Berdasarkan tabel 5.7 hasil analisa bivariat dengan menggunakan uji *Chi-Square* yang dibaca di *Continuity Correction*, diperoleh nilai $p=0,169$ dan nilai $\alpha=0,05$ sehingga $p>\alpha$ artinya tidak ada hubungan umur dengan kualitas hidup. Hasil ini didukung oleh nilai sel yang mendeskripsikan bahwa umur masuk kategori >76 tahun kualitas hidup baik sebanyak 3(6,4%) responden, dan sel yang mendeskripsikan umur masuk kategori 48-54 tahun kualitas hidup kurang baik sebanyak 1(2,1%) responden.

Hasil lain dari tabel 5.7 di atas adalah umur kategori 48-54 tahun kualitas hidup baik sebanyak 4(6,4%) responden, dan umur kategori >76 kualitas hidup kurang baik sebanyak 3(6,4%) responden.

- 2) Analisa hubungan pendidikan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke

Tabel 5.8
Analisa Hubungan Pendidikan Kualitas Hidup Pasien Pasca
Stroke di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar, 2019

Pendidikan	Kualitas Hidup						p
	Baik		Kurang Baik		Total		
	f	%	f	%	n	%	
PT	2	4,3	3	6,4	5	10,6	0,055
SMA	5	10,6	5	2,1	6	12,8	
SMP	20	42,6	1	6,4	23	48,9	
SD	12	25,5	8	2,1	13	27,7	
Total	39	83,0	8	17,0	47	100,0	

Berdasarkan tabel 5.8 hasil analisa bivariat dengan menggunakan uji *Chi-Square* yang dibaca di *Continuity Correction*, diperoleh nilai $p=0,055$ dan nilai $\alpha=0,05$ sehingga $p>\alpha$ artinya tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kualitas hidup. Hasil ini didukung oleh nilai sel yang mendeskripsikan bahwa pendidikan masuk kategori SD kualitas hidup baik sebanyak 12(25,5%) responden, dan sel yang mendeskripsikan pendidikan masuk kategori PT kualitas hidup kurang baik sebanyak 3(6,4%) responden.

Hasil lain dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan kategori PT, kualitas hidup kategori baik sebanyak 2(4,3%) responden, sedangkan pendidikan kategori SD kualitas hidup kategori kurang baik sebanyak 8(17,0%) responden.

- 3) Analisa hubungan Status Pernikahan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke

Tabel 5.9
Analisa Hubungan Status Pernikahan Kualitas Hidup Pasien
Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, 2019

Status Pernikahan	Kualitas Hidup						p
	Baik		Kurang Baik		Total		
	f	%	f	%	n	%	
Menikah	38	80,9	0	0,0	38	80,9	0,000
Belum Menikah	0	0,0	1	2,1	1	2,1	
Janda/duda	1	2,1	7	14,9	8	17,0	
Total	39	83,0	8	17,0	47	100,0	

Berdasarkan tabel 5.9 hasil analisa bivariat dengan menggunakan uji *Chi-Square* yang dibaca di *Pearson Chi-Square*, diperoleh $p=0,000$ dan nilai $\alpha=0,05$ sehingga $p<\alpha$ yang berarti ada hubungan antara status pernikahan dengan kualitas hidup. Hasil ini didukung oleh nilai sel yang mendeskripsikan bahwa status pernikahan sudah kualitas hidupnya baik sebanyak 38(80,9%) responden, dan nilai sel yang mendeskripsikan status perkawinan janda/duda kualitas hidup kurang baik sebanyak 7(14,9%) responden.

Hasil lain dari tabel 5.9 di atas adalah status pernikahan kategori belum menikah/janda/duda kualitas hidup baik sebanyak 1(2,1%) responden, sedangkan status pernikahan kategori sudah menikah kualitas hidup kategori kurang baik sebanyak 0(0,0%) responden.

- 4) Analisa hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke

Tabel 5.10
Analisa Hubungan Dukungan Keluarga Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, 2019

Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup						p
	Baik		Kurang Baik		Total		
	F	%	f	%	n	%	
Baik	39	83,0	0	0,0	39	83,0	0,000
Kurang baik	0	0,0	8	17,0	8	17,0	
Total	39	83,0	8	17,0	47	100,0	

Berdasarkan tabel 5.10 hasil analisa bivariat dengan menggunakan uji *Chi-Square* yang dibaca di *Continuity Correction*, diperoleh $p=0,000$ dan nilai $\alpha=0,05$ sehingga $p < \alpha$ artinya ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup. Hasil ini didukung oleh nilai sel yang mendeskripsikan bahwa dukungan keluarga masuk kategori baik kualitas hidupnya baik sebanyak 39(83,0%) responden, dan nilai sel yang mendeskripsikan dukungan keluarga masuk kategori kurang baik kualitas hidupnya kurang baik sebanyak 8(17,0%) responden.

- 5) Analisa hubungan kategorik klinis dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke

Tabel 5.11
Analisa Hubungan Kategorik Klinis Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, 2019

Kategorik klinis	Kualitas Hidup						p
	Baik		Kurang Baik		Total		
	f	%	f	%	n	%	
Akut	8	17,0	3	6,4	11	23,4	0,565
Kronik	31	66,0	5	10,6	36	76,6	
Total	39	83,0	8	17,0	47	100,0	

Berdasarkan Tabel 5.11 hasil analisa bivariat dengan menggunakan uji *Chi-Square* yang dibaca di *Continuity Correction*, diperoleh $p=0,565$ dan nilai $\alpha=0.05$ sehingga $p>\alpha$ artinya tidak ada hubungan kategorik klinis dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Hasil ini didukung oleh nilai sel yang mendeskripsikan bahwa kategorik klinis masuk kategori >3 minggu kualitas hidup baik sebanyak 31(66,0%) responden, dan sel yang mendeskripsikan kategorik klinis masuk kategori 1-3 minggu kualitas hidup kurang baik sebanyak 3(6,4%) responden.

Hasil lain yang diperoleh dari tabel 5.11 di atas adalah kategorik klinis yang masuk kategori 1-3 minggu kualitas hidup baik sebanyak 8(17,0%) responden, dan kategorik klinis yang masuk kategori >3 minggu kualitas hidup kurang baik sebanyak 5(10,6%) responden.

B. Pembahasan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada 47 responden di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada bulan Januari-Februari, maka diperoleh hasil :

1. Analisis Hubungan Antara Umur dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, tentang hubungan umur dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dan dianalisa dengan menggunakan Uji Statistic *Chi-Square* dengan nilai $p=0.169$ dimana nilai $\alpha=0.05$. Hal ini menunjukkan bahwa $p>\alpha$, dengan demikian berarti tidak ada hubungan Umur dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Hasil ini didukung oleh nilai sel pada tabel 5.7 yang mendeskripsikan bahwa umur masuk kategori >55 tahun dengan kualitas hidup baik sebanyak 27(57,4%) responden dan umur masuk

kategori 48-54 tahun kualitas hidup kurang baik sebanyak 1(2,1%) responden.

Hasil di atas bertentangan dengan teori Menurut Indonesia Nursing usia (umur) adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Usia meningkat atau menurun kerentanannya terhadap penyakit tertentu. Pada umumnya kualitas hidup menurun dengan meningkatnya umur. Usia juga erat kaitannya dengan prognose penyakit dan harapan hidup mereka yang berusia diatas 55 tahun kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi penyakit sangat besar bila dibandingkan dengan yang berusia dibawah 40 tahun (Indonesiannursing, 2008).

Moons, dkk(2004) dan Dalkey (2002) dalam (Nofitri, 2009) mengatakan bahwa usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan oleh Wagner, Abbot, dan Lett (2004) dalam (Nofitri, 2009) menemukan adanya perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ryff dan Singer (1998) dalam (Nofitri, 2009), individu dewasa lebih mengekspresikan kesejahteraan yang lebih tinggi daripada usia dewasa madya. Penelitian yang dilakukan oleh Rugerri, dkk (2001) dalam (Nofitri 2009) menemukan adanya kontribusi dari faktor usia tua terhadap kualitas hidup subjektif.

Menurut pendapat peneliti, umur tidak ada hubungannya dengan kualitas, karena tuntutan zaman modern sekarang ini mengarah pada pola hidup yang kurang baik. Kita yang hidup di zaman serba instan membawah kita kearah pola hidup yang kurang sehat. Pada usia muda ataupun tua akan mudah dimanjakan dengan berbagai fasilitas, tanpa memperhatikan kesehatan sehingga mudah terkena penyakit dan aktifitas kehidupapun akan terganggu. Gaya hidup adalah pola hidup

seseorang di dunia yang diekspresikan dalam aktifitas, minat dan opininya. Gaya hidup menggambarkan keseluruhan diri seseorang yang berinteraksi dengan lingkungannya. Menurut Lisnawati (2006) gaya hidup sehat menggambarkan pola perilaku sehari-hari yang mengarah pada upaya memelihara kondisi fisik, mental dan sosial berada dalam keadaan positif.

Sejalan dengan pendapat Notoatmojo (2005) menyebutkan bahwa perilaku sehat (*healthy behavior*) adalah perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan. Menurut pendapat peneliti untuk mencapai gaya hidup yang sehat diperlukan pertahanan yang baik dengan menghindari kelebihan dan kekurangan yang menyebabkan ketidakseimbangan yang menurunkan kekebalan dan semua yang mendatangkan penyakit. Hal ini juga didukung oleh pendapat Maulana (2009) yang menyebutkan bahwa untuk mendapat kesehatan yang prima jalan terbaik adalah dengan merubah gaya hidup yang terlihat dari aktifitasnya dalam menjaga kesehatan serta perilaku atau kebiasaan hidup sehari-hari untuk memelihara dan menghasilkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit serta melindungi diri untuk sehat secara utuh tanpa memandang usia baik yang tua maupun muda dalam menjalani kehidupan.

Hasil lain menunjukkan umur kategori 38-54 tahun kualitas hidup baik sebanyak 3(6,4%) responden, dan umur kategori >55 kualitas hidup kurang baik sebanyak 7(14,9%) responden. Hasil ini sejalan dengan penelitian Ulfa Bariroh (2016). Penyakit stroke banyak ditemukan pada lansia dengan rerata usia >55 tahun karena secara fisiologis terjadi perubahan fisik yang berhubungan dengan umur meliputi perubahan pembuluh darah secara umum termasuk pembuluh darah otak yang menjadi kurang elastis dan adanya penumpukan plak

pada percabangan pembuluh darah otak yang berlangsung bertahun-tahun. Adanya plak yang terjadi pada pembuluh darah otak akan mengganggu sirkulasi darah ke otak sehingga otak akan mengalami gangguan metabolisme, jika terjadi secara terus menerus akan terjadi iskemia dan akhirnya infark serebral. Pasien pasca stroke yang berusia muda cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada pasien lansia (diatas 55) (Ulfa Bariroh, 2016). Menurut Prlic *et al* (2012), pasien lansia memiliki tingkat yang lebih rendah dalam fungsi fisik dan sosial daripada pasien yang lebih muda sehingga kualitas hidupnya pun lebih rendah. Menurut Sustrani (2011) usia yang lebih muda mempunyai sikap yang lebih positif dalam pandangan hidupnya dibandingkan pasien stroke lansia.

Menurut pendapat peneliti, semakin tua usia pasien semakin buruk kualitas hidupnya, karena secara fisiologi usia lanjut itu identik dengan perubahan fungsi fisik yang berhubungan dengan umur, meliputi perubahan pembuluh darah secara umum termasuk pembuluh darah otak yang menjadi kurang elastis dan adanya penumpukan plak pada percabangan pembuluh darah otak akan mengganggu sirkulasi darah sehingga otak akan mengalami gangguan metabolisme, jika terjadi secara terus menerus akan terjadi iskemia. Faktor fisik yang kurang akan membuat lansia kehilangan kesempatan dalam mengaktualisasikan diri akibat keterbatasan fisik yang dimiliki. Faktor fisik inilah yang akan berdampak pada kemampuan lansia untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan berpengaruh pada kualitas hidup.

2. Analisis Hubungan Antara pendidikan dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, tentang hubungan pendidikan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dan dianalisa dengan menggunakan Uji Statistic *Chi-Square* dengan nilai $p=0.55$ dimana nilai $\alpha=0.05$. Hal ini

menunjukkan bahwa $\rho > \alpha$, berarti tidak ada hubungan pendidikan dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Hasil ini didukung oleh nilai sel pada tabel 5.8 yang mendeskripsikan bahwa pendidikan masuk kategori SD kualitas hidup baik sebanyak 12(25,5%) responden dan pendidikan yang masuk kategori PT kualitas hidup kurang baik sebanyak 3(6,4%) responden.

Pendidikan adalah pembelajaran pengetahuan, keterampilan, dan kebiasaan sekelompok orang yang diturunkan dari satu generasi kegenerasi berikutnya melalui pengajaran, pelatihan, atau penelitian. Tingkat pendidikan pasien dapat mempengaruhi pengetahuan pasien. Pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki pemikiran dan pengetahuan yang lebih luas sehingga memungkinkan pasien untuk mengelola stress, mempunyai kepercayaan diri lebih tinggi dan lebih mudah memahami serta menaati saran dari petugas kesehatan (Ulfa Bariroh, 2016).

Menurut Hamalik 2008, pendidikan merupakan suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup pendidikan merupakan bagian integral dalam pembangunan. Proses pendidikan tak dapat dipisahkan dari proses pembangunan itu sendiri. Pembangunan diarahkan dan bertujuan untuk mengembangkan sumber daya manusia yang berkualitas dan pembangunan sektor ekonomi, yang satu dengan lainnya saling berkaitan dan berlangsung dengan berbarengan.

Menurut pendapat peneliti, dalam situasi ini pendidikan tidak berhubungan dengan kualitas hidup. Zaman sekarang ini, banyak orang memandang tentang adanya biaya ekonomi yang harus dikorbankan untuk penyelenggaraan sebuah pendidikan dan kemudian membandingkannya dengan manfaat dari pendidikan tersebut. Biaya pendidikan bukan saja terdiri dari biaya penyelenggaraan pendidikan itu

sendiri tetapi juga pendapatan yang hilang karena mengikuti proses pendidikan tersebut. Orang yang mengikuti pendidikan harus rela untuk menggunakan waktunya mengikuti proses pendidikan padahal waktu yang hilang itu dapat digunakan untuk memperoleh pendapatan seandainya dia tidak mengikuti proses pendidikan tersebut. Manfaat pendidikan adalah adanya peningkatan tingkat pendapatan apabila mengikuti pendidikan yang lebih tinggi jenjangnya dan anak didik secara sadar atau tidak sadar akan menebarkan pengetahuannya kepada masyarakat sekitarnya. Padahal walaupun tanpa pendidikan yang tinggi seseorang dapat menggunakan tenaganya untuk mensejahterakan hidupnya dengan bekerja keras menghasilkan sesuatu dan informasi yang dibutuhkan dapat diperoleh dari orang-orang sekitar maupun dari berbagai media. Bahkan tidak sedikit dari mereka yang tidak peduli lagi dengan pendidikan tinggi, yang terpenting mereka hidup sejahtera.

Hasil lain dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan kategori PT kualitas hidup baik sebanyak 2(4,3%) responden, sedangkan pendidikan SD kualitas hidup kurang baik sebanyak 8(17,0%) responden. Menurut penelitian Yulawati (2009) mengatakan bahwa, pada penderita yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas juga memungkinkan pasien itu dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi dan berpengalaman dalam menghadapi penyakitnya. Penelitian dari Yulawati juga didukung oleh teori dari Notoatmodjo (2005) yang mengatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang penting untuk terbentuknya tindakan, perilaku yang didasari pengetahuan.

Menurut pendapat penelitian dalam situasi ini, setiap pasien menerima prosedur ataupun aturan yang sama selama menjalani

pengobatan, maka tergantung dari pengertian, sikap dan perilaku pasien yang melaksanakan aturan yang sudah ditetapkan. Perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktifitas dari manusia itu sendiri, yang mempunyai bentangan yang luas mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpikir, persepsi, dan emosi. Perilaku juga dapat diartikan sebagai aktifitas organisme, baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Perilaku yang melekat pada diri manusia baik secara sadar maupun tidak sadar. Salah satu perilaku yang dimunculkan oleh pasien adalah keinginan untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Maka baik pendidikan yang lebih tinggi maupun yang rendah akan mengikuti pengalaman yang sama untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Cukup dengan mengikuti aturan yang diberikan maka kualitas hidup pun akan terjaga. Dengan melihat pribadi per pribadi tentang perbedaan tersebut maka masing-masing pribadi hanya menjalani salah satu yaitu meningkatkan pendidikan atau langsung bekerja dapat meningkatkan taraf hidup seseorang.

3. Analisis Hubungan Antara Status Pernikahan dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, tentang hubungan status pernikahan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dan dianalisa dengan menggunakan Uji Statistic *Chi-Square* dengan $p=0.000$ dimana nilai $\alpha=0.05$. Hal ini menunjukkan bahwa $p<\alpha$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan Status Pernikahan dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Hasil ini didukung oleh nilai sel pada tabel 5.9 yang mendeskripsikan bahwa status pernikahan sudah menikah kualitas hidupnya baik sebanyak 38(80,9%) responden dan status pernikahan janda atau duda kualitas hidup kurang baik sebanyak 7(14,9%) responden.

Menurut (Ulfa Bariroh, 2016), status pernikahan adalah salah satu dukungan bagi pasien, maka dari itu keberadaan pasangan pasien sangat berarti untuk membantu pasien dalam melakukan kegiatan yang bersifat positif. Pendampingan dan dukungan yang diberikan oleh pasangan dapat membantu pasien lebih optimis dan bersemangat dalam menjalani hidupnya. Hal ini tentu mempengaruhi kualitas hidup pasien. Penelitian yang dilakukan (Ulfa Bariroh, 2016) tentang kualitas hidup pasien stroke dilihat dari segi karakteristik pasien memperoleh hasil bahwa kualitas hidup pasien pasca stroke yang belum menikah atau telah ditinggalkan oleh pasangannya cenderung lebih buruk (78,8%) dibandingkan dengan pasien yang tinggal bersama dengan pasangannya.

Pasangan merupakan *support system* yang baik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Penelitian lain menemukan pasien yang tidak mempunyai pasangan ditemukan lebih ansietas dibandingkan dengan pasien yang mempunyai pasangan. Meskipun status perkawinan bukan merupakan faktor resiko terjadinya penyakit stroke namun, status pernikahan merupakan salah satu dukungan sosial terhadap pasien sehingga dengan adanya pasangan hidup dapat memberikan dukungan kepada pasangan untuk menjalankan perilaku yang sehat dan positif. Dengan keberadaan pasangan yang selalu mendampingi dan memberikan dukungan ataupun bantuan saat pasien mengalami masalah terkait kondisi kesehatannya, maka pasien akan merasa lebih optimis dalam menjalani kehidupannya. Hal itu akan mempengaruhi keseluruhan aspek pada kualitas hidupnya. Oleh karena itu kualitas hidup pasien status marital menikah lebih baik.

Menurut pendapat peneliti, kehadiran pasangan hidup yang selalu mendukung membuat pemulihan pasien pasca stroke cepat dan mengurangi kecacatan dan kecemasan akibat stroke sehingga dapat

meningkatkan kualitas hidup. Dukungan pasangan juga merupakan segala bentuk perilaku dan sikap positif yang diberikan kepada individu yang sakit atau mengalami masalah kesehatan, sehingga dapat memberikan kenyamanan fisik dan psikologis. Dukungan yang diperoleh seseorang akan mempercepat pemulihan sakit, meningkatkan kekebalan tubuh, dapat menurunkan stress dan gangguan psikologis.

Hasil lain dari penelitian ini adalah status pernikahan kategori janda/duda kualitas hidup baik sebanyak 1(2,1%) sedangkan status pernikahan kategori sudah menikah kualitas kurang baik sebanyak 0(0,0%) responden. Hasil tidak sejalan dengan teori Menurut Anggina (2010) dukungan pasangan merupakan segala bentuk perilaku dan sikap positif yang diberikan kepada individu yang sakit atau mengalami masalah kesehatan, sehingga dapat memberikan kenyamanan fisik dan psikologis. Dukungan yang diperoleh seseorang akan mempercepat pemulihan sakit, meningkatkan kekebalan tubuh, dapat menurunkan stress dan gangguan psikologis.

Menurut pendapat peneliti, dukungan, kasih sayang, *support system*, tidak hanya di dapatkan dari pasangan saja, tetapi juga bisa didapatkan dari keluarga, kerabat, dan teman yang akan memperkuat setiap individu menciptakan kekuatan, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri dan mempunyai strategi dalam menghadapi tantangan hidup sehari-hari. Kesehatan fisik, psikologis, serta keamanan dan kenyamanan fisik akan semakin dibutuhkan pada saat seseorang sedang menjalani masa-masa sulit sehingga akan mempengaruhi kualitas hidup dari pasien, dan saat inilah sangat dibutuhkan dukungan dari keluarga dan teman.

4. Analisis Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dan dianalisa dengan menggunakan Uji Statistic *Chi-Square* diperoleh nilai $p=0.000$ dimana nilai $\alpha=0.05$. Hal ini menunjukkan bahwa $p<\alpha$, maka dapat disimpulkan ada hubungan dukungan keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Hasil ini didukung oleh nilai sel pada tabel 5.10 yang mendeskripsikan bahwa dukungan keluarga masuk kategori baik kualitas hidupnya baik sebanyak 39(83,0%) responden dan dukungan keluarga masuk kategori kurang baik kualitas hidupnya kurang baik sebanyak 8(17,0%) responden.

Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke adalah dukungan keluarga. Pasien pasca stroke yang memiliki keluarga yang dapat mendukung dirinya untuk merubah perilaku kesehatannya kearah yang lebih baik, cenderung dapat meningkatkan kualitas hidupnya dibandingkan dengan pasien yang kurang memiliki dukungan dari keluarganya. Banyak keluarga yang melalaikan peran dan fungsi keluarga bagi anggota keluarganya yang sakit karena mereka beranggapan bahwa pasien telah sembuh sepulang dari rumah sakit. Sebenarnya saat masa rehabilitasi pasien lebih banyak membutuhkan dukungan dari keluarga untuk benar-benar pulih dari penyakitnya (Yeni, 2013).

Penelitian yang dilakukan (Oktaviani, 2017) tentang dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien pasca stroke di Surakarta mendapatkan hasil bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Semakin besar dukungan keluarga maka semakin tinggi kualitas hidup pasien. Penurunan kualitas hidup pada pasien pasca stroke menjadi hal yang wajar karena

banyaknya masalah yang ditimbulkan akibat stroke. Adapun masalah-masalah yang sangat mempengaruhi kualitas hidup tersebut adalah nyeri, kesulitan dalam mobilitas, ketergantungan dalam ADL, masalah sosial dan masalah psikologis.

Menurut pendapat peneliti, salah satu kebutuhan manusia adalah kebutuhan mencintai dan dicintai, rasa aman, terlindungi, untuk dihargai dan dihormati. Kebutuhan-kebutuhan seperti ini pastinya didapat dari dalam keluarga, sehingga dukungan keluarga sangat berpengaruh pada kehidupan seseorang khususnya pada penderita stroke, dimana jika penderita stroke diperhatikan oleh keluarga maka penderita akan merasa aman, lebih berharga, lebih tenang dan merasa terlindungi. Dukungan keluarga yang diperoleh pasien pasca stroke berada pada dukungan keluarga baik sehingga kualitas hidup dari pasien pasca stroke mampu dipertahankan dan mencapai tingkat yang tinggi sebanyak 39 (83.0%) responden. Ini dikarenakan, peran dan dukungan dari keluarga akan memberikan kekuatan yang besar bagi pasien pasca stroke dalam menjalani aktivitasnya setiap hari. Dukungan keluarga yang diberikan terhadap anggota keluarga yang menderita stroke berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Dari dukungan keluarga tersebut muncul suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

Dukungan keluarga yang baik bagi pasien pasca stroke akan memperkuat setiap individu menciptakan kekuatan dalam keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri dan mempunyai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan hidup sehari-hari. Kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial serta keamanan dan kenyamanan fisik akan semakin

dibutuhkan pada saat seseorang sedang menjalani masa2 sulit sehingga akan mempengaruhi kualitas hidup dari pasien. Kualitas hidup merupakan kondisi dimana pasien merasa tetap nyaman dengan penyakit yang diderita secara fisik, psikologis sosial maupun spritual serta secara optimal memanfaatkan hidupnya untuk kebahagiaan dirinya maupun orang lain (Octaviani, 2017).

5. Analisis Hubungan Antara kategorik klinik dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, tentang hubungan pendidikan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dan dianalisa dengan menggunakan Uji Statistic *Chi-Square* dengan nilai $p=0.565$ dimana nilai $\alpha=0.05$. hal ini menunjukkan bahwa $p>\alpha$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan kategorik klinik dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Hasil ini didukung oleh nilai sel pada tabel 5.11 yang mendeskripsikan bahwa kategorik klinis masuk kategori >3 minggu kualitas hidupnya baik sebanyak 31(66,0%) responden dan kategorik klins masuk kategori 1-3 minggu ksualitas hidupnya kurang baik sebanyak 3(6,4%) responden.

Menurut (Hernawati, 2009) dalam (Ulfa Bariroh, 2016) kategori klinis pada pasien pasca stroke merupakan penilaian durasi penyakit stroke yang dibagi menjadi dua kategori yaitu sub akut dan kronik (pasca stroke). Stroke akut berlangsung lebih dari 24 jam selama 1 sampai 3 minggu dari waktu terjadinya serangan. Sedangkan fase kronik berlangsung setelah terjadinya fase akut yang dapat menyebabkan kecacatan fisik.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh (Lombu, 2015) ini menyatakan bahwa Kualitas hidup pada pasien pasca stroke di RS Gunungsitoli memperoleh hasil bahwa pasien pasca stroke dengan kategorik klinis kronik (pasca stroke) mempunyai kualitas hidup dua kali

lebih tinggi bila dibandingkan dengan pasien yang kategorik klinis akut. Hal ini terjadi karena adanya proses penyembuhan dari fungsi sensoris dan motoris pasien yang mendekati sempurna pada fase pasca stroke.

Menurut pendapat penelitian cepat lambatnya proses penyembuhan pasien pasca stroke dapat dipengaruhi dari tingkat keteraturan pasien pasca stroke dalam menjalankan rehabilitasi. Karena semakin teratur pasien pasca stroke dalam melakukan rehabilitas maka resiko komplikasi yang ditimbulkan dapat dicegah dan pengambilan fungsi dengan cepat, sebaliknya jika rehabilitasi tidak dijalankan dengan sungguh-sungguh dan teratur maka dapat mempercepat terjadinya kelumpuhan permanen pada anggota tubuh.

Hasil lain dari penelitian yang dilakukan yakni kategorik klinis yang masuk kategori 1-3 minggu kualitas hidup baik sebanyak 8(17,0%) responden dan kategorik klinis yang masuk kategori >3 minggu kualitas hidup kurang baik sebanyak 5(10,6%) responden. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh santosa (2012) dalam Kariasa (2009) yang mengatakan bahwa ada hubungan antara kategori klinik dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Berdasarkan hasil uji statistik menyimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kategori klik dan kualitas hidup pasien pasca stroke dengan nilai ($p = 0,038$). Sehingga responden dengan kategori kronik dapat berpeluang memiliki kualitas hidup dibandingkan dengan kategori akut.

Menurut (Notoatmodjo 2003) pasien stroke yang telah berlangsung lama memiliki pengalaman yang berbeda terhadap penyakitnya, dibanding dengan pasien yang baru didiagnosa. Berdasarkan teori perilaku sakit *Mechanics* menjelaskan bahwa yang sering mengalami kondisi sakit atau merasakan adanya gejala sakit memiliki kecenderungan untuk berperilaku dengan menaruh perhatian terhadap gejala-gejala pada dirinya dan kemudian mencari pertolongan.

Menurut pendapat peneliti bahwa lama menderita stroke akan membuat pasien semakin putus asa dengan penyakitnya, pasien akan merasa tidak berdaya, dengan apa yang dialaminya walaupun setiap pasien memiliki mekanisme pertahanan yang berbeda-beda.

C. Keterbatasan peneliti

Dalam penelitian ini peneliti menyadari banyak sekali keterbatasan-keterbatasan yang peneliti alami selama penelitian, yaitu:

- a. Keterbatasan waktu dan tenaga dari peneliti
- b. Jumlah sampel yang masih terlalu sedikit sehingga kurang representatif dan diharapkan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan jumlah sampel yang lebih banyak dan cakupan yang lebih luas.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 47 responden pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Tidak ada hubungan antara umur dengan kualitas hidup pasien pasca stroke
2. Tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke
3. Ada hubungan antara status pernikahan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke
4. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke
5. Tidak ada hubungan antara kategori klinis dengan kualitas hidup pasien pasca stroke

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian diatas, maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi pasien penderita stroke

Diharapkan pasien dapat memfasilitasi pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan dalam melakukan perawatan mandiri dan mengembangkan aktivitas-aktivitas yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke.

2. Bagi peneliti

Diharapkan dengan selesainya penelitian ini peneliti dapat memperkaya diri dengan mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang

telah didapatkan selama meneliti, serta menambah pengetahuan peneliti terkait kualitas hidup penderita stroke.

3. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Diharapkan hasil penelitian ini, dapat dijadikan acuan bagi pihak Rumah Sakit Stella Maris Makassar selaku pemberi pelayanan kesehatan agar lebih meningkatkan pelayanan kesehatan bagi pasien pasca stroke agar kualitas hidupnya juga meningkat.

4. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan agar hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dipergustakaan atau sebagai referensi bagi mahasiswa atau calon peneliti lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arum, P. S. (2015). Stroke Kenali, Cegah & Obati. Yogyakarta: notebook
Brunner & Suddarth. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.
Ed 8 Volume 2. Jakarta : EGC
- Cremona, Aisyah . D. (2017) . Faktor yang Berhubungan Dengan
Kualitas Hidup Penderita Stroke Di RS Universitas Hasanuddin Kota
Makassar. <http://digilib.unhas.ac.id.pdf>. Diakses pada tanggal 26
oktober 2018
- Dharma, K. K., 2011. Metodologi Penelitian Keperawatan, Panduan
Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian. Edisi Revisi. DKI
Jakarta: Trans Info Media
- Friedman , M., (2010). Keperawatan keluarga: Teori dan Praktek. Edisi 3.
Jakarta: Buku Kedokteran
- Hafdia. (2018). Analisis Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di RSUD
Kabupaten Polewali Mandar. <https://jurnal.yapri.ac.id7> Diakses pada
tanggal 17 Oktober 2018
- Hamalik, O. (2008). Kurikulum dan Pembelajaran. Jakarta : PT. Bumi
Aksara
- Hardianti. (2014). Pengaruh Sense Of Humor Terhadap Kualitas Hidup
pada Lansia Pensiunan di Kota Malang. Skripsi Program Studi
Psikologis Universitas Brawijaya Malang.
- Harsono. (2008). Buku Ajar : *Neurologi Klinis*, Yogyakarta, Gajah Madah
university press
- Kariasa, IM. (2009). Persepsi Pasien Pasca Serangan Stroke Terhadap
Kualitas Hidupnya dalam Perspektif Asuhan Keperawatan, Jurnal
Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok
- Lisnawati, (2006). Hipertensi. Jakarta: Gramdia Pustaka Utama.

- Lombu, K.E. (2015). Gambaran Kualitas Hidup Pasien Stroke di RSUD Gunung Sitoli. Diakses pada tanggal 25 Oktober 2018 dari <http://repository.usu.ac.id.pdf>
- Maulana, Heri. (2009). Promosi Kesehatan. Jakarta: EGC
- Miscbach, dkk (2011). *Stroke Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*. Kelompok Studi Stroke. Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia. Jakarta.
- Nofitri, N.F.M. (2009). Gambaran Kualitas Hidup pada Individu Dewasa Berdasarkan Karakteristik Budaya Jakarta. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Notoatmodjo. (2003). Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo. (2005). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Octaviani, R. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia Pasca stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Gajahan Surakarta, Jurnal Keperawatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Pangkahila. W. (2007). Memperlambat Penuaan, Meningkatkan Kualitas Hidup. Jakarta: Buku Kompas
- PERDOSSI. (2008). Buku Ajar Neurologi Klinis. Yogyakarta: UGM
- Prlic, N., D.Kadojic, dan M. Kadojic. (2012). Quality of life in Post-Stroke Patients: Self-Evaluation of Physical and Mental Health During Six Months. *Acta Clin Croat* (51): 601-608 tersedia dalam www.hrca.hr/file/159022 diakses 22 oktober 2018.
- Rahmi, U. (2011). Pengaruh Discharge Planning Terstruktur Terhadap Kualitas Hidup Pasien Stroke Iskemik di RSUD AL-IHSAN dan RS AL-ISLAM. Tesis, Universitas Indonesia. <http://lontar.ui.ac.id> Diakses pada tanggal 20 oktober 2018

Riset Keperawatan Dasar (Riskesdas).(2018). Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI/tahun 2018
<http://www.depkes.go.id/resources/download/ganeral/Hasil%Riskesdas20%> diakses tanggal 31 Oktober 2018

Rekam Medik Rumah Sakit Stella Maris Makassar (2016, 2017,2018).

Sustrani. (2011). Hipertensi. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama

Silitonga. R. (2007). Faktor Associate With Quality Of Life on Parkinson Diseasa in Neurology Out Patient Departement of Dr Kariadi Hospital. Ilmu Penyakit Saraf Unifersitas Diponegoro. Tesis

Ulfa Bariroh. (2016). Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pasien Pasca Stroke dari <https://media.neliti.com/media/publications/110199-ID-kualitas-hidup-berdasarkan-karakteristik.pdf> Diakses pada tanggal : 17 oktober 2018

Yani, Fitria I. A. (2010). Perbedaan Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan antara Pasien Stroke Iskemik Pertama dan Berulang. Diakses pada tanggal: 22 Oktober 2018 dari <https://eprints.uns.ac.id/id/eprint/8354.pdf>

Yeni, D. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Stroke berulang. <http://scholar.unand.ac.id/id/eprint/2736> Diakses pada tanggal 17 oktober 2018

Yusra, A. (2011). Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poli Klinik penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. <http://lib.ui.ac.id> Diakses pada tanggal 24 Oktober 201

Yulaw, A. (2009). Hubungan Karakteristik Individu dengan Kualitas Hidup Dimensi Fisik pasien Gagal Ginjal Kronik di RS Dr. Kariadi Semarang. digilib.unimus.ac.id/files/disk1/106/jtpunimus-gdlannyulaw-5289-2-bab2.pdf pada tanggal 03 April 2019

Lampiran 2



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM DIII, 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

SURAT PENGANTAR

Nomor: 605 / STIK-SM / S1.279 / X / 2018

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes.
NIDN : 0928027101
Jabatan: Ketua STIK Stella Maris Makassar
Alamat : Jl. Maipa No. 19 Makassar

Dengan ini memberikan surat pengantar kepada :

- Nama** : Elsa Dawa Sumbung
NIM : CX1714201127
- Nama** : Elsa Dwiningsi Bagus
NIM : CX1714201128

Judul : *Analisa Faktor determinan kualitas hidup pasien pasca storke.*

Bahwa dalam rangka penyusunan Tugas Akhir Proposal Mahasiswa(i) S1 Keperawatan Tingkat IV (empat) Semester VII (tujuh) STIK Stella Maris Makassar, Tahun Akademik 2018/2019 untuk melaksanakan Pengambilan Data Awal di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menerima mahasiswa/i kami tersebut di atas untuk melaksanakan pengambilan data awal, di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Demikian surat ini kami buat, atas kesediaan dan kerja sama Bapak/Ibu menerima mahasiswa(i) STIK Stella Maris Makassar, kami sampaikan terima kasih.



Makassar, 24 Oktober 2018

Ketua,

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

Lampiran 3



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT
PROGRAM DIII, 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 : 772.2 / STIK-SM / S1.374.2 / XII / 2018
Perihal : **Pemohonan Izin Penelitian Mahasiswa
Program S-1 Keperawatan**

Kepada,
Yth. Direktur RS Stella Maris Makassar
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 menerima mahasiswa/i kami berikut ini:

1. Nama : **Elsa Dawa Sumbang**
NIM : **CX1714201127**
2. Nama : **Elsa Dwiningsih Bagus**
NIM : **CX1714201128**

Judul : *Analisa faktor diterminan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di RS Stella Maris Makassar.*

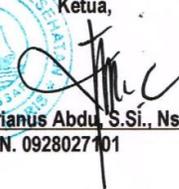
Waktu Penelitian : Januari – Februari 2019

Untuk melaksanakan Penelitian Skripsi di tempat yang Bapak/Ibu pimpin. 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, 18 Desember 2018

Ketua,


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

Lampiran 4

LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN
“ANALISA FAKTOR DETERMINAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN
PASCA STROKE”

Nama Mahasiswa : Elsa Dawa Sumbung (CX1714201127)

Elsa Dwiningsih Bagus (CX1714201128)

Pembimbing : Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes

Hari/tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
10/09/2018	Pengajuan Judul		
11/09/2018	ACC		
28/09/2018	Konsul BAB I 1. Perbaikan susunan paragraf. 2. Perbaiki kalimat perkalimat		
06/10/2018	Konsul BAB I 1. Penambahan rumusan masalah 2. Lanjut BAB II		
20/10/2018	Konsul BAB I,II 1. Perbaikan penulisan paragraf (BAB I) 2. Mencari faktor-faktor kualitas hidup (BAB II)		

22/10/2018	<p>Konsul BAB I,II dan Konsul Daftar pustaka</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan pengetikan 2. Lanjut keBAB III 3. ACC (Daftar Pustaka) 			
26/10/2018	<p>Konsul BAB II,III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaikan konseptual dan deventisi oprasional (BAB III) 2. Lanjut BAB IV 			
02/11/2018	<p>Konsul BAB III,IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaikan dan penambahan di sekmen kerangka konsep, skor deventisi oprasional (BAB III) 2. Perbaikan dan penambahan di BAB IV 			
08/11/2018	<p>Konsul BAB III,IV dan Kuesioner</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaikan penulisan BAB III,IV 2. Perbaikan sampel dan populasi, instrumen penelitian dan analisa data (BAB IV) 			

	3. Penambahan Kuesioner tentang kualitas hidup pasien pasca stroke			
05/11/2018	Konsul BAB IV dan Kuesioner 1. Penambahan dianalisa multivariat 2. ACC (Kuesioner)			
09/11/2018	Konsul BAB I,II,III,IV 1. Perbaiki penulisan dan penambahan data dirs Stella Maris (BAB I) 2. Tentukan jumlah populasi dan sampel penelitian			
03/03/2019	Konsul BAB V Perbaiki penulisan BAB V			
05/03/2019	Konsul BAB V, Perbaiki penulisan BAB V dan Tabel			
08/03/2019	Konsul BAB V Perbaiki kalimat perkalimat pada tabel distribusi dan hasil analisa			

14/03/2019	Konsul BAB V 1. Perbaikan kalimat perkalimat pada tabel 2. Perbaikan penulisan BAB V			
18/03/2019	Konsul BAB V 1. Perbaikan penulisan tabel 2. Perbaikan pembahasan			
19/03/2019	Konsul BAB V, BAB VI, dan Abstrak 1. Perbaikan penulisan BAB V dan tabel 2. Perbaikan pembahasan 3. Perbaikan penulisan Abstrak 4. Perbaikan penulisan BAB VI			
22/03/2019	ACC			

Lampiran 5



RS. Stella Maris

Jl. Somba Opu No. 273
Makassar 90111 - Indonesia

Tel +62 411 854341
+62 411 871391
+62 411 873346

Fax +62 411 859545

SURAT KETERANGAN

Nomor : *687* .DIR.SM.DIKL.KET.EX.III.2019

Yang bertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

- a. N a m a : Elsa Dwiningsih Bagus
Tempat / Tanggal Lahir : Ujung Pandang, 28 Mei 1996
N I M : CX1714201128
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar
- b. N a m a : Elsa Dawa Sumbang
Tempat / Tanggal Lahir : Pangalli, 9 Juli 1996
N I M : CX1714201127
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar

Telah melaksanakan penelitian di RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai pada tanggal 24 Januari 2019 sampai dengan 23 Februari 2019 dengan judul:

“ Analisa Faktor Determinan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar ”

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 18 Maret 2019

↓
Hormat kami,
Direktur,



RS. Stella Maris
dr. Thomas Sohartha, M. Kes

Cc. Arsip



Lampiran 6

LEMBARAN PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama (initial) :

Umur :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan penelitian, saya bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “Analisa Faktor Determinan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar” yang akan dilaksanakan oleh Elsa Dawa Sumbung dan Elsa Dwiningsih Bagus.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaanya serta berguna untuk pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, 2018

Lampiran 7

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Bpk./Ibu/Saudara/i Calon Responden

di-

Tempat.

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Elsa Dawa Sumbung
Elsa Dwiningsih Bagus

Alamat : Jln. Daeng Tompo No.35 A

Adalah mahasiswa program studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang akan mengadakan penelitian tentang “Analisa Faktor Determinan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makasar”.

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

Demikian penyampaian dari kami, atas perhatian dan kerja samanya kami mengucapkan terima kasih.

Peneliti

Elsa Dawa Sumbung

Elsa Dwiningsih Bagus

KUESIONER PENELITIAN

Analisa Faktor Determinan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di RS Stella Maris Makassar

Petunjuk pengisian :

- a. Bacalah item pertanyaan kuesioner dibawah dengan ini dengan seksama sebelum menentukan jawaban saudara.
- b. Berilah tanda ceklist (√) pada pilihan jawaban sesuai dengan pilihan/kondisi sesungguhnya yang anda alami.

A. Biodata Responden

Mohon untuk melengkapi biodata dan memberikan tanda ceklist (√) pada kotak yang tersedia.

1. Inisial responden :
2. Umur :
3. jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan terakhir : SD SMP SMA PT
5. Status perkawinan : Kawin Belum kawin Janda/duda
6. Lama menderita stroke :

B. DUKUNGAN KELUARGA

Keterangan:

- S : Selalu
KK : Kadang-kadang
TP : Tidak pernah

No	Pertanyaan	S	KK	TP
Dukungan Informasi				
1	Keluarga selalu memberikan informasi tentang penyakit saya.			
2	Keluarga memberitahu agar saya makan makanan yang bergizi seperti daging, susu, telur.			
3	Keluarga mengingatkan saya untuk selalu berolahraga dan menjalani fisioterapi dengan teratur			
4	Keluarga mengingatkan saya untuk rutin memakan obat dan mengikuti fisioterapi sesuai dengan jadwal kunjungan saya			
Dukungan Pengharapan				
5	Keluarga saya mendengarkan apa yang menjadi keluhan saya selama berobat dirumah sakit.			
6	Keluarga membantu saya memecahkan setiap masalah dan kendala dalam menjalani pengobatan pasca stroke			
7	Keluarga memberikan saya pujian ketika saya makan obat dengan teratur dan berusaha untuk sembuh.			
8	Keluarga membandingkan saya dengan orang lain yang tidak teratur menjalani pengobatan dan tidak semangat			
Dukungan Instrumental				
9	Keluarga saya mengusahakan jenis makanan untuk saya konsumsi sesuai dengan menu peningkatan gizi saya			
10	Keluarga saya mengusahakan semua dana untuk pengobatan selama berobat di rumah sakit.			
11	Keluarga mempunyai cukup waktu menemani saya untuk pergi berobat			
12	Keluarga membantu saya dalam aktivitas sehari-hari selama saya sakit			
Dukungan Emosional				

13	Perhatian dan dukungan dari keluarga membuat saya termotivasi untuk sungguh-sungguh sembuh dari penyakit saya			
14	Kedekatan dan kehangatan dalam keluarga membuat saya merasa dicintai dan disayangi sehingga saya merasa tenang dan termotivasi dalam menjalani perawatan dirumah sakit			
15	Keluarga mengingatkan saya dengan lembut ketika saya tidak peduli dengan penyakit yang saya alami sekarang.			
16	Nasehat dan peringatan dari keluarga selalu memotivasi saya untuk berusaha melawan penyakit saya			
17	Keluarga saya selalu ada disaat saya membutuhkan mereka			
18	Keluarga saya mengingatkan saya untuk selalu berdoa kepada Tuhan dan percaya penyakit saya bisa sembuh			

C. KUALITAS HIDUP MODEL *Health-Related Quality of Life (HRQOL)*

1. Saya merasakan masalah dalam berjalan

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah diraskan ringan
- Tidak ada masalah

2. Saya kehilangan keseimbangan saat membungkukkan badan untuk menggapai sesuatu

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak ada masalah

3. Saya merasakan masalah saat menaiki tangga

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak ada masalah

4. Saya mengalami masalah dalam berdiri

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Tidak ada masalah

5. Saya berhenti beraktivitas karena merasa kelelahan

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

6. Saya terlalu lelah untuk melakukan aktivitas yang saya inginkan

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

7. Saya merasakan masalah saat menonton televisi karena karena gangguan penglihatan

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan

- Tidak ada masalah
8. Saya memiliki masalah melihat benda dengan mata ditutup satu
- Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak dirasakan masalah
9. Saya merasakan adanya masalah berbicara dengan orang lain seperti berbata-bata atau berbicara gagap
- Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak dirasakan masalah
10. Saya memiliki masalah untuk menentukan kata-kata yang ingin saya sampaikan
- Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak dirasakan masalah
11. Saya memerlukan bantuan dalam menyiapkan makanan saya
- Sepenuhnya dibantu
 - Lebih banyak dibantu
 - Sebagian dibantu
 - Sedikit dibantu
 - Tidak memerlukan bantuan
12. Saya memerlukan bantuan untuk berpakaian
- Sepenuhnya dibantu
 - Lebih banyak dibantu

- Sebagian dibantu
 - Sedikit dibantu
 - Tidak memerlukan bantuan
13. Saya memerlukan bantuan untuk mandi
- Sepenuhnya dibantu
 - Lebih banyak dibantu
 - Sebagian dibantu
 - Sedikit dibantu
 - Tidak memerlukan bantuan
14. Saya memerlukan bantuan untuk ke toilet (buang air besar dan buang air kecil)
- Sepenuhnya dibantu
 - Lebih banyak dibantu
 - Sebagian dibantu
 - Sedikit dibantu
 - Tidak memerlukan bantuan
15. Saya merasakan masalah dalam menulis atau mengetik
- Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak ada masalah
16. Saya memiliki masalah dalam mengancing baju
- Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak ada masalah
17. Saya memiliki masalah dalam mengencangkan restleting
- Masalah dirasakan sangat berat

- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak ada masalah

18. Saya memiliki masalah dalam melakukan kegiatan sehari-hari di rumah

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak ada masalah

19. Saya memiliki masalah mengakhiri pekerjaan yang telah saya mulai

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak ada masalah

20. Saya merasa enggan dengan kehadiran orang lain

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

21. Saya merasakan nafsu makan saya berkurang

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

22. Saya merasa hilang kepercayaan diri untuk beraktivitas

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

23. Saya mudah marah

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

24. Saya tidak sabar terhadap perilaku orang yang menjengkelkan

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

25. Saya mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi ketika sedang berfikir atau melakukan pekerjaan

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

26. Saya mengalami masalah dalam mengingat sesuatu

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat

- Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak dirasakan masalah
27. Saya merasakan adanya masalah saat mencoba berhubungan dengan teman dan kerabar
- Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak dirasakan masalah
28. Saya merasakan masalah kondisi fisik mengganggu kehidupan sosial saya
- Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak dirasakan masalah
29. Saya mengikuti kegiatan di masyarakat semenjak menderita stroke
- Selalu
 - Sering
 - Kadang-kadang
 - Jarang
 - Tidak pernah
30. Saya masih melakukan hobi saya seperti biasa
- Selalu
 - Sering
 - Kadang-kadang
 - Jarang
 - Tidak pernah
31. Saya pergi berekreasi sesuai dengan keinginan saya

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

32. Saya memiliki masalah dengan pola berhubungan sex bersama pasangan hidup saya

- Masalah yang dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak dirasakan masalah

33. Saya tidak dapat menjalankan peran saya dikeluarga (sebagai pencari nafka, ibu rumah tangga atau mengasuh anak) seperti dulu

- Masalah yang dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak dirasakan masalah

34. Saya mengalami masalah untuk menerima keterbatasan yang saya alami

- Masalah yang dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak dirasakan masalah

35. Saya berusaha mendapatkan pengobatan untuk kesembuhan

- Selalu
- sering
- kadang-kadang

- jarang
- Tidak pernah

36. Saya melaksanakan ibadah sesuai agama yang saya anut meskipun dengan keterbatasan fisik

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

MASTER LABEL PENELITIAN

No	Inisial	Umur	Kualitas Hidup																																		Total	Skor	Kode			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34				35	36	
1	Tn. R	45	1	2	1	2	3	2	5	5	4	4	2	2	1	2	3	4	4	2	4	5	3	3	3	3	4	5	3	5	5	5	1	1	5	1	1	109	Baik	1		
2	Tn. L	44	4	3	2	2	3	5	5	5	5	5	4	4	5	2	4	2	5	4	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	1	1	142	Baik	1	
3	Ny. E	46	2	3	2	2	2	3	5	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	2	4	5	3	3	4	4	3	5	4	4	5	5	5	5	3	5	1	1	126	Baik	1	
4	Tn. M	64	5	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	3	4	1	2	2	1	2	80	Kurang Baik	2	
5	Tn. J	52	1	4	1	5	1	1	3	4	5	5	3	4	5	5	5	5	3	1	5	5	5	5	2	3	4	4	5	5	5	5	4	2	4	2	1	1	128	Baik	1	
6	Tn. E	66	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	2	3	3	5	5	3	3	4	4	2	3	4	4	2	2	4	1	1	111	Baik	1	
7	Tn. S	62	4	5	3	3	2	2	5	4	3	3	3	5	5	5	4	4	3	4	3	3	2	2	1	2	2	4	4	3	2	2	5	1	5	1	2	113	Baik	1		
8	Tn. T	49	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	1	1	1	1	3	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	2	3	2	2	1	1	69	Kurang Baik	2	
9	Tn. N	80	5	5	2	3	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	2	5	3	5	2	3	5	4	2	1	2	2	3	4	1	1	129	Baik	1	
10	Ny. F	79	5	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	5	3	4	1	2	2	1	2	80	Kurang Baik	2		
11	Tn. A	45	2	2	2	2	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	1	1	3	3	4	4	2	3	2	2	2	3	1	1	122	Baik	1		
12	Ny. M	60	3	4	1	4	1	1	5	5	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	1	1	1	5	5	5	5	4	5	2	3	5	2	2	2	1	1	111	Baik	1	
13	Ny. E	56	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	2	3	2	3	4	4	3	2	5	5	3	3	2	2	3	3	4	4	5	5	3	3	5	1	1	111	Baik	1		
14	Tn. S	63	1	1	1	2	1	1	5	5	5	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	5	3	1	3	2	2	2	4	2	2	2	2	4	1	1	82	Kurang Baik	2		
15	Tn. E	52	3	2	1	2	1	1	5	5	5	5	3	3	2	2	4	4	4	5	2	5	5	1	1	5	3	5	2	2	4	4	5	3	2	5	1	1	113	Baik	1	
16	Tn. A	62	3	3	3	3	3	2	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	5	3	3	3	3	4	4	2	4	2	5	3	2	5	1	1	116	Baik	1	
17	Ny. A	45	2	2	2	3	1	1	5	5	5	5	3	3	4	3	4	3	3	3	2	5	5	3	2	5	5	5	3	3	2	2	1	3	5	1	1	115	Baik	1		
18	Ny. N	68	3	2	3	2	1	2	5	5	4	4	2	2	1	2	4	3	3	2	2	3	5	3	1	3	2	2	2	4	2	2	4	5	3	3	5	1	1	113	Baik	1
19	Tn. S	73	1	1	1	2	1	1	5	5	5	5	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	5	3	1	3	2	2	2	4	2	2	2	4	1	1	82	Kurang Baik	2			
20	Tn. B	59	3	2	1	2	1	1	5	5	5	5	3	3	2	2	4	4	4	5	2	5	5	1	1	5	3	2	2	4	4	5	3	2	5	1	1	113	Baik	1		
21	Tn. I	66	2	2	2	1	1	1	5	5	4	4	3	5	5	5	4	4	4	3	2	1	5	4	4	3	3	4	4	3	3	1	2	2	4	1	1	109	Baik	1		
22	Ny. N	52	3	5	3	5	3	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	5	5	6	4	4	4	5	5	1	1	147	Baik	1			
23	Ny. R	64	3	4	1	4	1	1	5	5	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	1	1	1	5	5	5	5	4	6	2	3	5	2	2	2	1	1	111	Baik	1		
24	Ny. M	62	4	3	2	2	3	5	5	5	5	5	4	4	5	2	4	2	5	4	5	5	5	4	3	5	5	5	5	4	4	4	4	3	1	1	142	Baik	1			
25	Tn. J	55	3	2	3	2	1	2	5	5	4	4	2	2	1	2	4	3	3	2	2	3	5	3	3	5	4	4	5	3	4	4	5	3	3	5	1	1	113	Baik	1	
26	Tn. S	65	3	2	1	2	1	1	5	5	5	5	3	3	2	2	4	4	4	5	2	5	5	1	1	5	3	5	2	2	4	4	5	3	2	5	1	1	113	Baik	1	
27	Tn. M	55	5	5	2	3	1	1	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	2	5	3	5	2	3	5	4	2	1	2	3	4	1	1	129	Baik	1		
28	Tn. M	62	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	2	3	3	5	5	3	3	4	4	2	3	4	4	2	4	1	1	111	Baik	1		
29	Tn. A	47	2	2	2	2	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	1	1	3	3	4	4	2	3	2	2	2	3	1	1	122	Baik	1			
30	Ny. W	79	1	1	1	1	4	4	5	5	5	5	3	1	1	1	2	2	2	1	2	2	5	1	5	5	5	1	2	5	5	1	1	4	1	1	97	Kurang Baik	2			
31	Tn. W	77	4	3	2	4	1	1	5	5	5	5	3	1	3	5	2	2	2	4	3	5	4	3	3	5	5	4	2	5	4	2	2	4	1	1	114	Baik	1			
32	Ny. Y	70	3	2	3	2	1	2	5	5	4	4	2	2	1	2	4	3	3	2	2	3	5	3	3	5	4	4	5	3	4	4	5	3	3	5	1	1	113	Baik	1	
33	Tn. M	58	3	2	3	2	1	2	5	5	4	4	2	2	1	2	4	3	3	2	2	3	5	3	3	5	4	4	5	3	4	4	5	3	5	1	1	113	Baik	1		
34	Ny. M	56	3	2	1	1	1	1	5	5	5	5	3	3	2	2	4	4	4	5	2	5	5	1	1	5	3	5	2	2	4	4	5	3	2	5	1	1	112	Baik	1	
35	Tn. I	78	4	3	2	2	3	5	5	5	5	5	6	4	4	5	2	4	2	5	3	4	5	5	4	3	5	5	5	5	4	4	4	4	3	1	1	140	Baik	1		
36	Tn. V	77	2	2	2	2	1	1	2	2	4	4	3	3	3	3	2	3	2	2	2	5	5	3	1	3	2	4	2	5	5	1	2	2	2	1	1	91	Kurang Baik	2		
37	Tn. S	60	3	2	1	2	1	1	5	5	5	5	3	3	2	2	4	4	4	5	2	5	5	1	1	5	3	5	2	2	4	4	5	3	2	5	1	1	113	Baik	1	
38	Tn. L	45	4	3	2	2	3	5	5	5	5	5	4	4	5	2	4	2	5	4	5	5	5	4	3	5	5	5	5	4	4	4	4	3	1	1	142	Baik	1			
39	Tn. A	63	1	4	1	5	1	1	3	4	5	5	3	4	5	5	5	5	3	1	5	5	5	5	2	3	4	4	5	5	5	4	2	4	2	1	1	128	Baik	1		
40	Tn. Y	75	3	2	3	2	1	2	5	5	4	4	2	2	1	2	4	3	3	2	2	3	5	3	3	5	4	4	5	3	4	4	5	3	3	5	1	1	113	Baik	1	
41	Ny. S	58	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	2	3	3	5	5	3	3	4	4	2	3	4	4	2	2	4	1	1	111	Baik	1	
42	Tn. K	63	4	4	2	2	1	1	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	2	4	5	3	4	1	5	2	2	4	2	5	2	2	2	4	1	1	110	Baik	1		
43	Tn. D	54	5	5	2	3	1	1	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	2	5	3	5	2	3	5	4	2	1	2	2	3	4	1	1	129	Baik	1		
44	Ny. T	61	1	1	1	1	4	4	5	5	5	5	3	1	1	1	2	2	2	1	2	2	5	5	5	5	5	1	2	5	5	1	1	1	4	1	1	97	Kurang Baik	2		
45	Tn. A	45	4	4	3	2	3	2	5	5	4	4	3	3	3	4	4	4	2	2	3	5	3	5	4	5	5	4	1	2	3	4	2	4	1	1	121	Baik	1			
46	Tn. S	66	4	4	2	2	3	3	5	5	4	4	3	3	3	3	4	4	4	2	2	3	3	5	5	5	5	4	2	3	5	5	4	2	2	1	1	124	Baik	1		
47	Tn. R	41	4	4	2	2	1	3	5	5	4	4																														

Lampiran 10

Frequencies

Statistics

		Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Status Pernikahan	Dukungan Keluarga	Kategori Klinis	Kualitas Hidup
N	Valid	47	47	47	47	47	47	47
	Missig	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	41-47	9	19.1	19.1
	48-54	2	4.3	23.4
	55-61	14	29.8	53.2
	62-68	13	27.7	80.9
	69-75	3	6.4	87.2
	76-82	6	12.8	100.0
	Total	47	100.0	100.0

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	33	70,2	70,2
	Perempuan	14	29,8	100,0
	Total	47	100,0	100,0

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PT	5	10,6	10,6	10,6
Valid SMA	6	12,8	12,8	23,4
Valid SMP	23	48,9	48,9	72,3
Valid SD	13	27,7	27,7	100,0
Valid Total	47	100,0	100,0	

Status Pernikahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sudah Menikah	38	80.9	80.9	80.9
Valid Belum Menikah	1	2.1	2.1	83.0
Valid Janda/Duda	8	17.0	17.0	100.0
Valid Total	47	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	39	83,0	83,0	83,0
Valid Kurang Baik	8	17,0	17,0	100,0
Valid Total	47	100,0	100,0	

Kategori Klinik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Akut	11	23.4	23.4	23.4
Valid Kronik	36	76.6	76.6	100.0
Valid Total	47	100.0	100.0	

Kualitas Hidup

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	39	83.0	83.0
	Kurang Baik	8	17.0	100.0
	Total	47	100.0	

Lampiran 11

Crosstabas

Umur * Kualitas Hidup Crosstabulation

		Kualitas Hidup		Total
		Baik	Kurang Baik	
Umur	Count	9	0	9
	41-47 % within Umur	100.0%	0.0%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	23.1%	0.0%	19.1%
	% of Total	19.1%	0.0%	19.1%
	Count	1	1	2
	48-54 % within Umur	50.0%	50.0%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	2.6%	12.5%	4.3%
	% of Total	2.1%	2.1%	4.3%
	Count	13	1	14
	55-61 % within Umur	92.9%	7.1%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	33.3%	12.5%	29.8%
	% of Total	27.7%	2.1%	29.8%
	Count	11	2	13
	62-68 % within Umur	84.6%	15.4%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	28.2%	25.0%	27.7%
	% of Total	23.4%	4.3%	27.7%
	Count	2	1	3
	69-75 % within Umur	66.7%	33.3%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	5.1%	12.5%	6.4%
	% of Total	4.3%	2.1%	6.4%
	Count	3	3	6
76-82 % within Umur	50.0%	50.0%	100.0%	
% within Kualitas Hidup	7.7%	37.5%	12.8%	
% of Total	6.4%	6.4%	12.8%	
Count	39	8	47	
Total % within Umur	83.0%	17.0%	100.0%	
% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total	83.0%	17.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.563 ^a	5	.089
Likelihood Ratio	9.608	5	.087
Linear-by-Linear Association	5.184	1	.023
N of Valid Cases	47		

a. 9 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .34.

Jenis Kelamin * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Baik	Kurang Baik	
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Count	26	7	33
		% within Jenis Kelamin	78,8%	21,2%	100,0%
		% within Kualitas Hidup	66,7%	87,5%	70,2%
		% of Total	55,3%	14,9%	70,2%
	Perempuan	Count	13	1	14
		% within Jenis Kelamin	92,9%	7,1%	100,0%
		% within Kualitas Hidup	33,3%	12,5%	29,8%
		% of Total	27,7%	2,1%	29,8%
	Total	Count	39	8	47
% within Jenis Kelamin		83,0%	17,0%	100,0%	
% within Kualitas Hidup		100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	83,0%	17,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,378 ^a	1	,241		
Continuity Correction ^b	,562	1	,454		
Likelihood Ratio	1,574	1	,210		
Fisher's Exact Test				,405	,234
Linear-by-Linear Association	1,348	1	,246		
N of Valid Cases	47				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.38.

b. Computed only for a 2x2 table

Pendidikan * Kualitas Hidup Crosstabulation

		Kualitas Hidup		Total
		Baik	Kurang Baik	
Pendidikan	Count	2	3	5
	PT	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Pendidikan	5,1%	37,5%	10,6%
	% within Kualitas Hidup	4,3%	6,4%	10,6%
	% of Total	5	1	6
	SMA	83,3%	16,7%	100,0%
	% within Pendidikan	12,8%	12,5%	12,8%
	% within Kualitas Hidup	10,6%	2,1%	12,8%
	% of Total	20	3	23
	SMP	87,0%	13,0%	100,0%
	% within Pendidikan	51,3%	37,5%	48,9%
	% within Kualitas Hidup	42,6%	6,4%	48,9%
% of Total	12	1	13	
SD	92,3%	7,7%	100,0%	
% within Pendidikan	30,8%	12,5%	27,7%	
% within Kualitas Hidup	25,5%	2,1%	27,7%	
% of Total	39	8	47	
Total	Count			
% within Pendidikan	83,0%	17,0%	100,0%	
% within Kualitas Hidup	100,0%	100,0%	100,0%	
% of Total	83,0%	17,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,598 ^a	3	,055
Likelihood Ratio	5,885	3	,117
Linear-by-Linear Association	5,380	1	,020
N of Valid Cases	47		

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .85.

Status Pernikahan * Kualitas Hidup Crosstabulation

		Kualitas Hidup		Total	
		Baik	Kurang Baik		
Status Pernikahan	sudah Menikah	Count	38	0	38
		% within Status Pernikahan	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	97.4%	0.0%	80.9%
		% of Total	80.9%	0.0%	80.9%
	Belum Menikah	Count	0	1	1
		% within Status Pernikahan	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	0.0%	12.5%	2.1%
		% of Total	0.0%	2.1%	2.1%
	Janda/Duda	Count	1	7	8
		% within Status Pernikahan	12.5%	87.5%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	2.6%	87.5%	17.0%
		% of Total	2.1%	14.9%	17.0%
Total	Count	39	8	47	
	% within Status Pernikahan	83.0%	17.0%	100.0%	
	% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	83.0%	17.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40.805 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	36.857	2	.000
Linear-by-Linear Association	37.824	1	.000
N of Valid Cases	47		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .17.

Dukungan Keluarga * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Baik	Kurang Baik	
Dukungan Keluarga	Baik	Count	39	0	39
		% within Dukungan Keluarga	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Kualitas Hidup	100,0%	0,0%	83,0%
	% of Total	83,0%	0,0%	83,0%	
	Kurang Baik	Count	0	8	8
		% within Dukungan Keluarga	0,0%	100,0%	100,0%
% within Kualitas Hidup		0,0%	100,0%	17,0%	
% of Total	0,0%	17,0%	17,0%		
Total	Count	39	8	47	
	% within Dukungan Keluarga	83,0%	17,0%	100,0%	
	% within Kualitas Hidup	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	83,0%	17,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,036 ^a	1	,081		
Continuity Correction ^b	1,683	1	,195		
Likelihood Ratio	2,732	1	,098		
Fisher's Exact Test				,176	,101
Linear-by-Linear Association	2,971	1	,085		
N of Valid Cases	47				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.04.

b. Computed only for a 2x2 table

Kategori Klinik * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Baik	Kurang Baik	
Kategori Klinik	Akut	Count	8	3	11
		% within Kategori Klinik	72.7%	27.3%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	20.5%	37.5%	23.4%
	Kronik	% of Total	17.0%	6.4%	23.4%
		Count	31	5	36
		% within Kategori Klinik	86.1%	13.9%	100.0%
	Total	% within Kualitas Hidup	79.5%	62.5%	76.6%
		% of Total	66.0%	10.6%	76.6%
		Count	39	8	47
Total	% within Kategori Klinik	83.0%	17.0%	100.0%	
	% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	83.0%	17.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.069 ^a	1	.301		
Continuity Correction ^b	.331	1	.565		
Likelihood Ratio	.982	1	.322		
Fisher's Exact Test				.367	.271
Linear-by-Linear Association	1.046	1	.306		
N of Valid Cases	47				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.87.

b. Computed only for a 2x2 table