



SKRIPSI

**HUBUNGAN KEMAMPUAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL)
DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE USIA
DEWASA MUDA DI UNIT FISIOTERAPI RSUD HAJI
MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL

OLEH:

SEPTUYOLIA HENDNI

CX1714201153

YASINTA YULIANA RAPANG

CX1714201198

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

2019



SKRIPSI

**HUBUNGAN KEMAMPUAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL)
DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE USIA
DEWASA MUDA DI UNIT FISIOTERAPI RSUD HAJI
MAKASSAR**

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

OLEH:

SEPTUYOLIA HENDNI

CX1714201153

YASINTA YULIANA RAPANG

CX1714201198

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

2019

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama : Septuyolia Hendni
NIM : CX1714201153
2. Nama : Yasinta Yuliana Rapang
NIM : CX1714201198

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil karya penelitian orang lain. Demikian surat ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 23 Maret 2019

Yang Menyatakan,

Septuyolia Hendni

Yasinta Yuliana Rapang

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN KEMAMPUAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL) DENGAN
KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE USIA DEWASA MUDA
DI UNIT FISIOTERAPI RSUD HAJI MAKASSAR**

Diajukan Oleh:

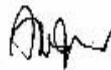
SEPTUYOLIA HENDNI (CX1714201153)

YASINTA YULIANA RAPANG (CX1714201198)

Disetujui Oleh:

Pembimbing

Wakil Ketua Bidang Akademik



**(Fransiska Anita, *Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB*)
NIDN:0913098201**



**(Henry Pongantung, *Ns., MSN., DN.Sc.*)
NIDN:0912106501**

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN KEMAMPUAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL)
DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE USIA
DEWASA MUDA DI UNIT FISIOTERAPI RSUD HAJI
MAKASSAR**

Yang Dipersiapkan dan Disusun Oleh:

SEPTUYOLIA HENDNI (CX1714201153)

YASINTA YULIANA RAPANG (CX1714201198)

Telah Dibimbing dan Disetujui Oleh:

(Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB)

NIDN. 0913098201

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 27 Maret 2019

Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I

(Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN)

NIDN. 0913058903

Penguji II

(Mery Sambo, Ns., M.Kep)

NIDN. 0930058102

Penguji III

(Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB)

NIDN. 0913098201

Makassar, 27 Maret 2019

Program S1 Keperawatan dan Ners

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN: 0928027101



PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN

Yang bertandatangan di bawah ini:

1. Nama : Septuyolia Hendni
NIM : CX1714201153

2. Nama : Yasinta Yuliana Rapang
NIM : CX1714201198

Menyatakan, menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan. Demikian surat ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 23 Maret 2019

Yang Menyatakan,

Septuyolia Hendni

Yasinta Yuliana Rapang

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Kemampuan *Activity of Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar”.

Tujuan dari penyusunan skripsi ini adalah sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis mendapat banyak bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, karena itu kami mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di STIK Stella Maris Makassar dan juga ikutserta membimbing dan mendidik selama penulis mengikuti pendidikan.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc. selaku Wakil Ketua Bidang Akademik yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
3. Rosdewi, SKp.,MSN selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
4. Fr.Blasius Perang, CMM.SS.Ma.Psy selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
5. Fransiska Anita,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus sebagai pembimbing penyusunan skripsi yang telah memberikan bimbingan dan motivasi sehingga skripsi ini dapat selesai dengan baik.

6. Drg. Abd. Haris Namawi, MARS selaku Direktur RSUD Haji Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
7. Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN selaku Penguji I dan Mery Sambo, Ns.,M.Kep sebagai Penguji II yang telah membimbing penulis dalam penyusunan skripsi.
8. Segenap dosen beserta staf di STIK Stella Maris Makassar yang turut serta membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Orang tua, suami dan keluarga besar kami yang selalu setia memberikan dukungan, motivasi dan kasih sayang serta doa selama penulis menjalani pendidikan di STIK Stella Maris Makassar sampai dengan penyelesaian skripsi ini.
10. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih terdapat beberapa kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Harapan dari penulis, semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat dan menambah wawasan bagi para pembaca.

Makassar, 23 Maret 2019

Penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN KEMAMPUAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE USIA DEWASA MUDA DI UNIT FISIOTERAPI RSUD HAJI MAKASSAR (Dibimbing oleh Fransiska Anita)

SEPTUYOLIA HENDNI, YASINTA YULIANA RAPANG
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
STIK STELLA MARIS MAKASSAR
(xvii + 62 Halaman + 43 Referensi + 13 Tabel + 10 Lampiran)

Saat ini, stroke juga menyerang individu dewasa muda yang merupakan usia produktif sehingga dapat menyebabkan munculnya ketergantungan ADL yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke usia dewasa muda. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *activity of daily living* dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke usia dewasa muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar. Metode penelitian kuantitatif, menggunakan pendekatan *cross sectional study*. Populasi adalah semua pasien pasca stroke di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar. Pengambilan sampel secara *non-probability sampling* dengan teknik *consecutive sampling* dengan jumlah responden 31 responden. Alat ukur yang digunakan adalah Indeks Barthel dan Kuesioner HRQoL. Analisa data dengan menggunakan uji chi-square dan dilanjutkan dengan penggabungan sel, dengan uji alternatif Kolmogorov Smirnov didapatkan nilai $p=0.001$. Hal ini menunjukkan nilai $p < \alpha$ ($\alpha=0.05$) maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima maka ada hubungan antara kemampuan ADL dengan kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda.

Kata Kunci : Stroke Dewasa Muda, *Activity of Daily Living*, Kualitas Hidup

Kepustakaan : 43 referensi (2009-2018)

ABSTRACT

**CORRELATION BETWEEN ACTIVITY OF DAILY LIVING WITH QUALITY OF LIFE TO THE POST STROKE YOUNG ADULTHOOD PATIENT IN PHYSIOTHERAPY UNIT AT RSUD HAJI MAKASSAR
(Advised by Fransiska Anita)**

**SEPTUYOLIA HENDNI, YASINTA YULIANA RAPANG
BACHELOR PROGRAM OF NURSING
STIK STELLA MARIS MAKASSAR
(xvii + 62 Pages + 43 References + 13 Tables + 10 Attachment)**

Nowadays, stroke disease can attack to the young adulthood as the productive age, so it can cause dependence the appearance of activity of daily living and will affect the quality of life to the post stroke young adulthood patient. The aim of this research is to know correlation between activity of daily living with quality of life post stroke patient young adulthood in RSUD Haji Makassar. The research was quantitative with cross sectional study. The population of this research were all the post stroke patients at Physiotherapy Unit RSUD Haji Makassar. Sampling technique used a non probability with consecutive applied to 31 respondents. The instruments used of the study were Barthel Index and HRQoL questionnaires. The data was analysis by using chi square statistical inference and continued with Kolmogorov Smirnov. The result showed that $p\text{ value}=0.001$. This showed the value of $p<\alpha$ ($\alpha=0.05$) it can be concluded that the hypothesis zero (H_0) was rejected and alternative hypothesis (H_a) was accepted meaning there was a relationship between activity of daily living with quality of life to the post stroke young adulthood patients.

Keywords : Stroke Young Adulthood, Activity of Daily Living, Quality of Life

References : 43 references (2009-2018)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
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 ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Tinjauan Umum Tentang Stroke	7
1. Pengertian	7
2. Etiologi	7
3. Penggolongan Stroke.....	8
4. Manifestasi Klinis.....	9
5. Pemeriksaan Penunjang	9
6. Derajat Kecacatan Stroke	9
7. Komplikasi Stroke.....	10
B. Tinjauan Umum Tentang Usia Muda	11
1. Pengertian Usia Dewasa.....	11

2. Batasan Usia Dewasa	11
3. Tugas Perkembangan Usia Dewasa Muda	11
4. Masalah Kesehatan dan Kebiasaan.....	12
5. Dampak Penyakit Stroke Usia Dewasa Muda.....	13
6. Tugas yang Berhubungan dengan Penyakit	13
C. Tinjauan Umum Tentang <i>Activity of Daily Living</i> (ADL)	14
1. Pengertian.....	14
2. Jenis-Jenis ADL	14
3. Faktor yang Mempengaruhi ADL pada Pasien Stroke	15
4. Cara Penilaian ADL	16
D. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup	18
1. Pengertian.....	18
2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	19
3. Aspek-Aspek Kualitas Hidup	20
4. Cara Pengukuran Kualitas Hidup	22
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN ..	27
A. Kerangka Konseptual	27
B. Hipotesis Penelitian	29
C. Definisi Operasional	29
BAB IV METODE PENELITIAN	30
A. Jenis Penelitian	30
B. Tempat dan Waktu Penelitian	30
C. Populasi dan Sampel	30
D. Instrumen Penelitian.....	31
E. Alur Penelitian	33
F. Pengumpulan Data	33
G. Pengolahan dan Penyajian Data	35
H. Analisa Data	35
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	37
A. Hasil	37
B. Pembahasan	45

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	57
A. Kesimpulan	57
B. Saran	57
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1. Indeks Barthel	19
Tabel 2.2. HRQoL.....	26
Tabel 2.3. Skala Kualitas Hidup	28
Tabel 3.1. Definisi Operasional	31
Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda.....	43
Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda.....	43
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda.....	44
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda.....	44
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda.....	45
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lamanya Stroke Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda	46
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan <i>Activity of Daily Living</i> Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda.....	46
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda	47
Tabel 5.9 Analisis Hubungan <i>Activity of Daily Living</i> dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda...	48

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	30

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

α	: Alpa
<	: Lebih Kecil
\geq	: Lebih Besar
WHO	: <i>World Health Organization</i>
YASTROKI	: Yayasan Stroke Indonesia
CVD	: <i>Cerebro Vasculer Disease</i>
ADL	: <i>Activity of Daily Living</i>
HRQOL	: <i>Health Related Quality of Life</i>
PERDOSSI	: Persatuan Dokter Saraf Seluruh Indonesia
QOL	: <i>Quality of Life</i>
TIK	: Tekanan Intrakranial
PIS	: Perdarahan Intraserebral
PSA	: Perdarahan Subarachnoid
TIA	: <i>Transient Ischemic Attack</i>
RIND	: <i>Reversible Ischemic Neurologic Deficit</i>
BADL	: <i>Basic Activity Daily Living</i>
IADL	: <i>Instrumental Activity Daily Living</i>
WHOQoL	: <i>World Health Organization Quality of Life</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
Variabel Independen	: Variabel Bebas
Variabel Dependen	: Variabel Terikat
Analisis Univariat	: Analisis Setiap Variabel
Analisis Bivariat	: Analisis Hubungan antar Variabel

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 Lembar Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 Lembaran Konsultasi Bimbingan
- Lampiran 6 Lembar Surat Pengambilan Data Awal
- Lampiran 7 Lembar Permohonan Izin Melakukan Penelitian
- Lampiran 8 Lembar Surat Keterangan Selesai Penelitian
- Lampiran 9 Lembar Master Tabel
- Lampiran 10 Lembar Hasil *Output* SPSS

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit stroke bukan lagi penyakit yang asing bagi masyarakat karena tanda dan gejala pada pasien stroke sangat khas. Stroke merupakan salah satu penyakit yang dapat menyebabkan gangguan pada syaraf baik lokal maupun global yang muncul secara mendadak, progresif dan cepat. Sedangkan WHO menetapkan bahwa stroke merupakan suatu sindrom klinis dengan gejala berupa gangguan fungsi otak secara fokal atau global yang dapat menimbulkan kematian atau kelainan, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler (Junaidi, 2011).

Perubahan pada pasien yang mengalami stroke dapat terjadi baik dari segi fisik, psikologi, sosial maupun spiritual meskipun telah menjalani pengobatan secara lengkap. Gejala yang muncul pada pasien stroke seperti tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan, hilangnya rasa peka, bicara pelo, gangguan bahasa, gangguan penglihatan, gangguan daya ingat dan sampai terjadinya penurunan kesadaran dapat berlangsung lama jika pasien tidak mendapat penanganan secara cepat dan tepat (Nurarif & Kusuma, 2016).

Umumnya stroke menyerang orang yang berusia lebih dari 40 tahun namun kenyataannya saat ini stroke juga dapat menyerang semua usia termasuk anak-anak. Penyebab stroke pada usia tua yaitu karena adanya penurunan fungsi-fungsi tubuh sehingga dapat menyebabkan penyakit yang dapat berkomplikasi pada stroke. Sedangkan pada usia muda penyebab yang lebih sering yaitu gaya hidup yang tidak sehat (Junaidi, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Ghani (2010) menunjukkan bahwa kejadian stroke lebih banyak pada usia 35-44 tahun kemudian disusul usia 15-24 tahun (Wayunah, 2016). Dalam konferensi ahli saraf internasional di Inggris, dilaporkan bahwa terdapat lebih dari 1000 penderita stroke yang berusia kurang dari 30 tahun sedangkan dalam terbitan *Journal of the American Heart* (2016) menyatakan bahwa terjadi peningkatan kejadian stroke pada individu yang berusia 25-44 tahun dari 21, 5% menjadi 43, 8%. Angka kejadian stroke di Indonesia berdasarkan Riskesdas (2018) meningkat dari Tahun 2013 sebesar 7% menjadi 10.9% pada Tahun 2018. Di Kota Makassar, pada Tahun 2015 dalam 10 jenis penyakit penyebab utama kematian tertinggi penyakit stroke berada pada urutan ke-5 dengan jumlah 151 angka kematian (Dinas Kesehatan, 2015). Data dari Rekam Medis RSUD Haji, angka kejadian stroke pada tahun 2015 sebanyak 388 kasus. Pada Tahun 2016 sebanyak 237 kasus, dan pada Tahun 2017 sebanyak 424 kasus.

Stroke yang menyerang individu pada usia dewasa muda atau usia produktif akan mengubah hidup penderitanya karena dampak stroke yang dirasakan oleh individu tersebut sangat berlawanan dengan apa yang seharusnya dialami di masa muda. Pada usia muda, individu sedang dalam tahap yang tertinggi dalam hidupnya, baik dari segi fisik, kognitif maupun psikososialnya. Masa-masa ini adalah saat individu mulai belajar untuk hidup secara mandiri, memulai karir, dan menikmati masa muda. Pada tingkat perkembangan ini individu mulai mengeksplorasi dan melakukan sesuatu yang menjadi cita-citanya (Birawa, 2015).

Pada pasien stroke usia dewasa muda dengan keterbatasan fisik akan bergantung pada keluarga dalam pemenuhan *activity of daily living* (ADL), hal ini dapat menyebabkan timbulnya depresi karena keterbatasannya beraktivitas sehari-hari membuat pasien merasa tidak berguna dan merasa tidak mempunyai arti apa-apa sehingga pasien akan merasa bersalah dengan keadaannya. Hal ini dapat menandakan penerimaan diri yang rendah terhadap keterbatasan atau ketergantungan

dalam pemenuhan *activity of daily living* yang dialaminya yang akan berdampak pada kualitas hidup. Sedangkan pasien stroke usia muda yang masih mampu melakukan *activity of daily living* akan lebih termotivasi dalam menjalani proses rehabilitasi karena meskipun ia mengalami stroke tetapi ia masih tetap mampu dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri walaupun dengan pengawasan orang lain maka pemulihan akan cepat sampai pasien mampu melakukan ADL secara normal seperti sebelum sakit (Fadlulloh, 2014).

Masniah (2017) dalam penelitiannya mengatakan bahwa pasien pasca stroke mengalami gangguan fisik dan fungsional tubuh yang bersifat jangka panjang dan akan menimbulkan gangguan respon psikologis, sosial maupun spiritualnya yang mempengaruhi perubahan kualitas hidupnya. Kualitas hidup adalah konsep yang kompleks yang terkait dengan kepuasan individu terhadap seluruh aspek hidupnya baik dari segi fisik, sosial, psikologi dan spiritual. Banyak hal yang dapat mempengaruhi kualitas hidup termasuk penghasilan, lingkungan sosial dan fisik, hubungan antar pribadi, kesehatan dan spiritual (Pratiwi, 2015).

Kualitas hidup pada setiap orang yang mengalami penyakit terutama stroke akan berbeda pada setiap orang tergantung pada kemampuan adaptasi diri karena adaptasi diri seseorang terhadap keadaannya tentu berbeda antara setiap individu. Ketika setiap individu dihadapkan pada kenyataan bahwa dirinya menderita stroke maka respon setiap individu tersebut akan berbeda-beda. Pasien yang mampu melakukan penyesuaian diri secara efektif akan keadaannya akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada individu yang gagal dalam penyesuaian diri dengan keadaannya (Aquinaldi, 2013).

Hasil observasi peneliti, pasien stroke usia dewasa muda sering merasa putus asa karena di usianya yang masih muda ia sudah menjadi beban bagi orang lain karena ketidakmampuannya melakukan aktivitasnya secara mandiri. Pasien stroke juga akan mengalami stress karena ia merasa tidak berdaya dalam melakukan *activity of daily living*. Hal ini dapat

mempengaruhi nilai positif yang dirasakan pasien sehingga akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Maka peran kita sebagai seorang perawat adalah mendampingi serta membantu pasien dalam melakukan *activity of daily living* dan memberi motivasi kepada pasien agar lebih berpikir positif terhadap diri dan keadaannya sehingga ia lebih bersemangat dalam menjalani rehabilitasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Prihati (2017) pada 96 sampel yang 54 sampel masih tergolong dalam usia dewasa muda tentang hubungan tingkat kemandirian ADL dengan kualitas hidup pasien stroke menunjukkan bahwa semakin baik kemandirian ADL maka semakin pula kualitas hidupnya. Kualitas hidup dikatakan baik jika kesehatan fisik, psikologis, spiritual dan sosial baik. Kesehatan fisik tersebut berhubungan dengan ADL dasar yang dilakukan oleh seseorang setiap hari. Penelitian yang dilakukan oleh Kadmaerubun (2016) pada 50% responden kategori usia muda menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat kemandirian ADL dengan kualitas hidup pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Fadlulloh (2014) pada 31 responden yang termasuk dalam kategori usia muda tentang hubungan tingkat ketergantungan dalam pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS) dengan harga diri penderita stroke menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat ketergantungan dalam pemenuhan AKS dengan harga diri penderita stroke. Harga diri termasuk dalam domain psikologis pada kualitas hidup manusia.

Menurut pengamatan dan data-data di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “hubungan kemampuan *activity of daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar”.

B. Rumusan Masalah

Pada individu dewasa muda, serangan stroke sangat berkaitan dengan gaya hidup. Pada pasien yang mengalami stroke, akan terjadi tanda dan gejala yang kompleks yang dapat menyebabkan gangguan

fungsi tubuh sehingga individu tersebut akan mengalami kecacatan dan kelemahan. Salah satu dampak dari gangguan fungsi tubuh tersebut menyebabkan pasien akan mengalami gangguan pada pemenuhan ADL. ADL merupakan fungsi dan aktivitas individu yang normalnya dilakukan tanpa bantuan orang lain. Pasien stroke khususnya usia dewasa muda yang membutuhkan bantuan dalam aktivitasnya sehari-hari akan merasa hidupnya menjadi beban bagi orang dan mengalami stress dan perasaan putus asa terkait dengan kondisi kesehatannya sehingga akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Kualitas hidup seseorang akan meningkat jika individu tersebut tidak mengalami gangguan pada dimensi kesehatan fisik, psikologi, spiritual, hubungan sosial dan lingkungan.

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan di atas, maka penulis dapat merumuskan masalah “apakah ada hubungan kemampuan *activity of daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan kemampuan ADL dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke usia dewasa muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kemampuan ADL pada pasien pasca stroke usia dewasa muda.
- b. Mengidentifikasi kualitas hidup pada pasien pasca stroke usia dewasa muda.
- c. Menganalisis hubungan kemampuan ADL dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke usia dewasa muda.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Diharapkan penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan serta pengalaman bagi peneliti tentang hubungan kemampuan ADL dengan kualitas hidup pasien stroke usia dewasa muda yang menjalani proses rehabilitasi.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan penelitian ini dapat menambah informasi tentang pentingnya upaya dalam mencapai kemampuan ADL yang mungkin mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda yang menjalani proses rehabilitasi.

3. Bagi Institusi Rumah Sakit

Sebagai masukan untuk instansi rumah sakit dalam upaya meningkatkan pelayanan keperawatan bagi pasien stroke utamanya dalam membantu mencapai kemampuan ADL yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian dapat digunakan sebagai referensi, pedoman dan bahan bacaan bagi semua mahasiswa.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi panduan bagi mahasiswa yang akan melakukan penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Stroke

1. Pengertian

Stroke atau CVD (*Cerebro Vasculer Disease*) merupakan defisit neurologis secara mendadak susunan saraf pusat yang disebabkan oleh peristiwa iskemik atau hemoragik mempunyai etiologi dan patogenesis yang multi kompleks (Karim, 2017).

Stroke adalah gangguan perdarahan otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak. Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum (Nurarif, 2016).

Berdasarkan defenisi diatas dapat disimpulkan bahwa stroke adalah defisit neurologis yang terjadi secara tiba-tiba dan dapat menyebabkan timbulnya tanda dan gejala yang berat sehingga pasien akan mengalami kecacatan bahkan kematian yang disebabkan oleh adanya gangguan sirkulasi darah ke jaringan otak.

2. Etiologi

a. Non Hemoragic Stroke

- 1) Trombosis
- 2) Embolisme
- 3) Aterosklerosis

b. Hemoragic Stroke

- 1) Aneurisma berry, biasanya defek congenital
- 2) Aneurisme fusiformis dari aterosklerosis
- 3) Aneurisme mikotik dari vaskulitis nekrosis dan emboli sepsis
- 4) Ruptur arteriola serebri (Muttaqin, 2008).

3. Penggolongan Stroke

a. Stroke Pendarahan

Stroke perdarahan disebabkan oleh perdarahan suatu arteri serebralis yang disebut hemoragi. Darah yang keluar dari pembuluh darah dapat masuk ke dalam jaringan otak sehingga terjadi hematoma. Hematoma ini menyebabkan timbulnya peningkatan tekanan intrakranial (TIK).

- 1) Perdarahan Subarachnoid (PSA): darah masuk ke selaput otak
- 2) Perdarahan intraserebral (PIS) intraparenkim atau intraventrikel: darah masuk ke dalam struktur atau jaringan otak.

b. Stroke Nonperdarahan

Stroke nonperdarahan adalah suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang yang apabila tidak ditangani dengan segera maka akan berakhir dengan kematian bagian otak tersebut.

- 1) *Transient ischemic Attack* (TIA): serangan stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- 2) *Reversible ischemic neurologic deficit* (RIND): gejala neurologis yang akan menghilang antara >24 jam sampai dengan 21 hari.
- 3) *Progressing stroke* atau *stroke in evolution*: kelainan atau defisit yang berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai berat.
- 4) Stroke komplik atau *completed stroke*: kelainan neurologis sudah lengkap menetap dan tidak berkembang lagi (Junaidi, 2011).

4. Manifestasi Klinis

Berikut adalah manifestasi klinis stroke yang ditetapkan oleh Persatuan Dokter Saraf Se-Indonesia (PERDOSSI) yang disingkat SEGERA KE RS:

- a. Senyum tidak simetris atau mencong ke satu sisi, tersedak dan sulit menelan air secara tiba-tiba
- b. Gerak separuh anggota badan melemah tiba-tiba.
- c. Bicara pelo atau tiba-tiba tidak dapat berbicara atau tidak mengerti kata-kata atau tidak nyambung.
- d. Kebas atau baal, kesemutan separuh badan
- e. Rabun, pandangan mata kabur secara tiba-tiba
- f. Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan gangguan fungsi keseimbangan (PERDOSSI, 2017).

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. Angiografi serebral untuk menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti pendarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.
- b. Lumbal pungsi, CT scan, EEG dan MRI
- c. USG Doppler untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (Nurarif, 2016).

6. Derajat Kecacatan Stroke

Untuk menilai tingkat kecacatan paska stroke dapat digunakan beberapa sistem, diantaranya menggunakan Skala Rankin yang dimodifikasi (*The Modified Rankin Scale*) dengan skala sebagai berikut:

- a. Kecacatan derajat 0: tidak ada gangguan fungsi
- b. Kecacatan derajat 1: hampir tidak ada gangguan fungsi aktivitas sehari-hari, pasien mampu melakukan tugas dan kewajibannya sehari-hari.

- c. Kecacatan derajat 2 (ringan): pasien tidak mampu melakukan beberapa aktivitas seperti sebelumnya tetapi tetap dapat melakukan sendiri tanpa bantuan orang lain.
- d. Kecacatan derajat 3 (sedang): pasien memerlukan bantuan orang lain tetapi masih mampu berjalan tanpa bantuan orang lain, walaupun mungkin menggunakan tongkat.
- e. Kecacatan derajat 4 (sedang-berat): pasien tidak dapat berjalan tanpa bantuan orang lain, perlu bantuan orang lain untuk menyelesaikan sebagian aktivitas diri seperti mandi, pergi ke toilet, merias diri dan lain-lain.
- f. Kecacatan derajat 5 (berat): pasien terpaksa berbaring di tempat tidur dan buang air besar dan kecil tidak terasa (inkontinensia), selalu memerlukan perawatan dan perhatian.

7. Komplikasi Stroke

- a. Dekubitus: tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring seperti pinggul, bokong, sendi kaki dan tumit. Luka dekubitus jika dibiarkan akan mengalami infeksi.
- b. Pneumonia: terjadi karena pasien biasanya tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi.
- c. Kekakuan otot dan sendi: terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot dan atau sendi untuk itulah fisioterapi dilakukan sehingga kekakuan tidak terjadi atau minimal dikurangi
- d. Stress/depresi: terjadi karena pasien akan merasa tidak berdaya dan ketakutan akan masa depannya.
- e. Nyeri pundak dan dislokasi: keadaan pangkal bahu yang lepas dari sendinya. Ini dapat terjadi karena otot di sekitar pundak yang mengontrol sendi dapat rusak akibat gerakan ganti pakaian atau saat ditopang orang lain. Untuk itu sebaiknya diletakkan papan

atau kain untuk menahan lengan agar tidak terkulai (Junaidi, 2011).

B. Tinjauan Umum Usia Dewasa Muda

1. Pengertian Usia Dewasa

Secara etimologis, istilah dewasa berasal dari bahasa latin “*adultus*” yang berarti “telah tumbuh menjadi kuat dan ukuran yang sempurna” atau “telah menjadi dewasa”. Dalam bahasa belanda, dewasa diartikan sebagai “*volvas’sen*”. *Vol* artinya penuh “*was’sen*” artinya tumbuh sehingga “*volvas’sen*” berarti sudah tumbuh dengan penuh.

Dari pengertian di atas, maka orang dewasa adalah individu yang telah menyelesaikan pertumbuhannya dan siap menerima kedudukan baru dalam masyarakat bersama dengan orang dewasa lainnya (Elizabeth Hurlock, 2017).

2. Batasan Usia Dewasa

Menurut DepKes (2009), usia dewasa dibagi dalam 2 kategori yaitu dewasa awal dan dewasa akhir. Kategori dewasa awal berada pada rentang usia 26-35 tahun dan kategori dewasa akhir berada pada usia 36-45 tahun. Sedangkan menurut *World Health Organization* (2017), usia muda adalah individu yang berada dalam rentang usia 18-65 tahun.

3. Tugas Perkembangan Usia Dewasa Muda

- a. Mencari pasangan hidup
- b. Belajar menyesuaikan diri dan hidup secara harmonis dengan pasangan.
- c. Mengembangkan karir atau melanjutkan pendidikan
- d. Mulai membentuk keluarga dan memulai peran baru sebagai orang orang tua.
- e. Belajar menata rumah tangga dan memikul tanggungjawab.
- f. Menemukan kelompok sosial yang sesuai.

g. Mencapai tanggungjawab sosial dan warga negara secara penuh (Rahajeng, 2013).

4. Masalah Kesehatan dan Kebiasaan pada Usia Dewasa Muda

a. Obesitas

Yang dimaksud dengan kelebihan berat badan adalah kelebihan berat badan diatas 20% dari berat badan normal. Sementara obesitas adalah kelebihan berat badan sebanyak 10-20% dari berat badan normal. Penyebab obesitas pada dewasa muda adalah konsumsi makanan cepat saji, diet makanan tinggi lemak dan aktivitas fisik atau olahraga yang kurang.

b. Stress

Semakin beranjak dewasa, masalah yang dihadapi oleh individu semakin banyak sehingga stress pada usia muda semakin meningkat. Ada perbedaan seseorang dalam menangani stress. Dalam beberapa kasus, stress mengarahkan dewasa muda terlibat dalam perilaku beresiko seperti minum-minuman beralkohol atau merokok.

c. Merokok

Sebagian besar kelompok dewasa muda baik laki-laki maupun perempuan memiliki kebiasaan merokok. Kebiasaan merokok pada dewasa muda dapat menimbulkan berbagai penyakit yang mengancam kehidupannya.

d. Penggunaan Alkohol

Sama halnya dengan merokok, penggunaan alkohol pada usia muda disebabkan karena pada usia muda rentan mengalami stress dan frustasi sehingga seseorang akan melampiaskan suatu emosi dengan cara tersebut serta konsumsi alkohol sudah menjadi kebiasaan atau ketergantungan yang dibawa sejak masa remaja (Diane, 2014).

5. Dampak Penyakit Stroke pada Usia Dewasa Muda

Yayasan Stroke Indonesia mengemukakan bahwa stroke banyak terjadi pada usia muda dimana usia tersebut merupakan usia produktif seseorang. Stroke yang menyerang individu pada usia muda akan mengubah hidup penderitanya. Papalia menyebutkan bahwa pada periode perkembangan ini, individu sedang dalam tahap tertinggi dalam hidup baik dari segi fisik, kognitif maupun psikososialnya. Masa ini adalah saat dimana individu mulai belajar untuk hidup secara mandiri, memulai karir dan sebagainya. Pada tingkat perkembangan inilah individu mulai mengeksplorasi dunia dan melakukan sesuatu yang menjadi cita-citanya.

Penyembuhan dari stroke yang parah adalah suatu proses yang panjang dan sulit. Pada dewasa muda dimana individu seharusnya dapat melakukan banyak hal dan mencapai hal yang terbaik dalam hidupnya menjadi terhambat karena keadaannya setelah serangan stroke. Individu tidak dapat memenuhi tugas perkembangannya, mendapatkan pekerjaan yang sesuai dengan kondisinya saat ini, membangun keluarga dan sebagainya. Banyaknya perubahan dalam berbagai aspek kehidupan individu usia muda yang terkena stroke membuat individu menjadi stress, putus asa, merasa tidak berguna dan menjadi beban bagi orang di sekitarnya.

6. Tugas yang Berhubungan dengan Penyakit dan Pengobatan Stroke Usia Dewasa Muda

- a. Mengatasi gejala-gejala yang disebabkan oleh masalah kesehatan
- b. Menyesuaikan diri dengan lingkungan rumah sakit dan prosedur medis
- c. Mengembangkan dan mempertahankan hubungan baik dengan dokter.
- d. Mengontrol perasaan negatif dan memelihara pandangan positif untuk masa depannya.

- e. Mempertahankan kepuasan *self-image* dan kompetensinya.
- f. Memelihara hubungan baik dengan keluarga dan teman
- g. Mempersiapkan masa depan (Aquinaldi, 2013).

C. Tinjauan Umum *Activity of Daily Living*

1. Pengertian

Activity daily living didefinisikan sebagai kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas dan fungsi-fungsi kehidupan sehari-hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal (Ediawati, 2013).

ADL merupakan aktivitas pokok berupa perawatan diri yang dilakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Istilah ADL mengacu kepada aktivitas harian yang dibutuhkan dalam kehidupan secara mandiri dan juga berhubungan dengan manajemen perawatan diri seperti berpakaian, mandi, makan, menggunakan toilet, manajemen kontinensia, berpindah, dan mobilitas dasar (Latifah, 2016).

Berdasarkan defenisi di atas dapat disimpulkan *activity daily living* (ADL) adalah suatu keadaan dimana seseorang berusaha dalam arti tidak bergantung kepada orang lain dalam mengambil suatu keputusan dan mampu, melakukan aktivitasnya sehari-hari secara mandiri seperti makan mandi, perawatan diri, BAK, BAB, penggunaan toilet, transfer, mobilitas dan naik turun tangga.

2. Jenis *Activity of Daily Living*

ADL dapat diklasifikasikan menjadi:

a. *Basic Activites Daily Living* (BADL)

BADL terdiri dari kebutuhan dasar seperti perilaku selfcare yang meliputi mobilisasi, berpakaian, berhias, mandi, makan, dan toileting. Sugiarto (2005) dalam Latifah (2016) juga memasukkan kontinensia buang air besar dan buang air kecil dalam BADL.

b. *Instrumental Activities Daily Living (IADL)*

IADL merupakan aktivitas yang berhubungan dengan penggunaan alat penunjang dalam melakukan ADL yang terdiri dari transfer, menggunakan telepon, persiapan makan, manajemen medikasi, manajemen finansial, melakukan pekerjaan rumah tangga, mencuci, dan belanja

c. *ADL vokasional*, yaitu aktivitas yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.

d. *ADL non vokasional*, yaitu aktivitas yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang (Sugiarto, 2005 dalam Latifah, 2016).

3. Faktor yang Mempengaruhi ADL pada Pasien Stroke

Menurut Junaidi (2011) dan Parekh (2013) dalam Latifah (2016) faktor yang mempengaruhi ADL pada pasien stroke adalah:

a. Jenis Stroke dan Tingkat Keparahan Stroke

Junaidi (2011) menyebutkan bahwa pasien dengan stroke infark memiliki prognosis yang lebih baik dibandingkan pasien yang mengalami stroke hemoragik. Selain itu, Parekh (2013) menyebutkan bahwa tingkat keparahan stroke yang dialami pasien menjadi faktor penting dalam menentukan kemampuan pasien melakukan ADL. Hal tersebut dikarenakan kondisi stroke yang semakin parah akan menghambat proses rehabilitasi dalam mengembalikan kemampuan ADL pasien.

b. Komplikasi Penyakit

Sebagian besar pasien yang angka ketergantungan ADL tinggi merupakan pasien yang memiliki komplikasi penyakit dibandingkan dengan yang tingkat ketergantungan ADL sedang sampai ringan. Komplikasi penyakit yang terjadi pada pasien adalah hipertensi, diabetes melitus dan juga penyakit jantung koroner yang dikarenakan hipertensi. Hipertensi dapat menipiskan dinding pembuluh darah dan merusak bagian dalam

pembuluh darah yang mendorong terbentuknya plak aterosklerosis sehingga memudahkan terjadinya penyumbatan atau perdarahan otak.

c. Usia

Semakin tua usia pasien maka semakin berat tingkat ketergantungannya dalam melakukan aktivitas. Hal ini terjadi karena penurunan fungsi tubuh yang terjadi pada pasien karena umurnya sudah lansia dan mereka lebih cenderung pasrah dengan keadaannya karena mereka merasa sudah tua, sehingga dalam melakukan pengobatan mereka cenderung tidak begitu aktif sehingga penyembuhan pun semakin lama dan tidak optimal (Junaidi, 2011).

d. Dukungan Keluarga

Menurut Hartati (2012) dalam Latifah (2016) menyatakan bahwa pasien stroke yang mendapatkan sistem dukungan sosial dan fungsi *caregiving* dari keluarga mampu membantu pasien stroke dalam kebutuhan pemulihan fungsi kemampuan ADL. Berdasarkan data dari *Family Caregiver Alliance* (FCA) (2012) sebanyak 51% *family caregiver* yang merawat pasien dengan disabilitas berada pada rentang usia 18 sampai 49 tahun. Selain itu, tingkat pendidikan *family caregiver* juga mempengaruhi pengetahuan dan perilaku dalam merawat pasien stroke.

4. Cara Penilaian *Activity of Daily Living* (ADL)

Dalam Bura Mare (2015) untuk menilai kemampuan dan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari pada pasien pasca stroke, seorang perawat dapat menggunakan indeks Barthel. Indeks Barthel adalah suatu alat yang cukup sederhana untuk menilai perawatan diri dan mengukur aktivitas harian seseorang. Indeks Barthel terdiri dari 10 item, seperti berubah sikap dari berbaring ke duduk, mobilisasi, penggunaan toilet, membersihkan

diri, kemampuan buang air besar, buang air kecil, mandi, berpakaian, makan, naik dan turun tangga.

Tabel. 2.1. Indeks Barthel

No	Item Yang Dinilai	Keterangan	Skor
1	Makan (<i>feeding</i>)	0= Pasien tidak mampu makan sendiri 1= Pasien mampu menggunakan peralatan makan tetapi membutuhkan bantuan dalam memotong makanan 2= Pasien dapat makan secara mandiri	
2	Mandi (<i>bathing</i>)	0=Pasien memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas mandi 1= Pasien mampu mandi secara mandiri	
3	Perawatan diri (<i>grooming</i>)	0= Membutuhkan bantuan orang lain 1= Pasien mandiri dalam perawatan diri seperti menggosok gigi, menyisir rambut, dan mencuci tangan dan wajah.	
4	Berpakaian (<i>dressing</i>)	0= Tergantung orang lain 1= Pasien dibantu mengancing baju, memasang resleting dan mengikat sepatu 2= Pasien mampu berpakaian secara mandiri	
5	Buang air kecil (<i>bowel</i>)	0= Inkontinensia atau pakai kateter atau tidak terkontrol 1= Kadang-kadang inkontinensia (maksimal 1x24 jam) 2= Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	
6	Buang air besar (<i>Bladder</i>)	0= Inkontinensia dan perlu pemasangan enema 1= Kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2= Pasien mampu mengontrol BAB dan tidak membutuhkan enema	
7	Penggunaan toilet	0= Pasien sepenuhnya tergantung dalam penggunaan toilet. 1= Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri dan membutuhkan pengawasan. 2= Mandiri	
8	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0= Pasien tidak mampu duduk sendiri 1= Pasien mampu duduk tapi membutuhkan orang lain untuk membantunya 2= Pasien membutuhkan pengawasan dari	

		orang lain saat duduk untuk menjaga keselamatan pasien. 3= Pasien mampu duduk secara mandiri	
9	Mobilitas	0= Pasien tidak mampu berjalan 1= Pasien membutuhkan kursi roda 2= Pasien memerlukan seseorang untuk mengawasi berjalan 3= Mandiri (meskipun menggunakan alat bantuan seperti tongkat)	
10	Naik turun tangga	0= Pasien tidak mampu naik dan turun tangga 1= Pasien mampu naik turun tangga tetapi membutuhkan bantuan (alat bantu dan orang) 2= Pasien mampu naik turun tangga secara mandiri	

D. Tinjauan Umum Kualitas Hidup

1. Pengertian

Menurut WHO, kualitas hidup (*quality of life*) merupakan persepsi individu dalam hidupnya yang ditinjau dari konteks budaya, perilaku dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan penilaian individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan (Lara, 2016).

Kualitas hidup seringkali diartikan sebagai komponen kebahagiaan dan kepuasan terhadap kehidupan. Akan tetapi pengertian kualitas hidup tersebut seringkali bermakna berbeda pada setiap orang karena mempunyai banyak sekali faktor yang mempengaruhi seperti keuangan, keamanan, atau kesehatan (Yani, 2010).

Kualitas hidup adalah konsep yang kompleks yang terkait dengan kepuasan individu terhadap seluruh aspek hidupnya baik dari segi fisik, sosial, psikologi dan spiritual. Banyak hal yang dapat

mempengaruhi kualitas hidup termasuk penghasilan, lingkungan sosial dan fisik, hubungan antar pribadi, kesehatan dan spiritual (Pratiwi, 2015).

Kualitas hidup dalam kesehatan merupakan nilai yang diberikan selama hidup dan dapat berubah karena adanya penurunan nilai fungsional, persepsi, sosial yang dipengaruhi oleh cedera, penyakit dan pengobatan (Rahmi, 2011 dalam Betty 2017).

Berdasarkan beberapa defenisi di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa kualitas hidup dapat diartikan sebagai kepuasan hidup yang dapat dilihat dari kondisi fisik, sosial, psikologis dan spiritual yang dirasakan oleh individu.

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Brilianti (2016) menyebutkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah:

a. Jenis Kelamin

Nofitri (2009) mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan peran sehingga kebutuhan atau hal-hal penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda.

b. Usia

Kualitas hidup dipengaruhi oleh faktor usia. Individu yang sudah melewati masa muda cenderung mengevaluasi hidupnya dengan positif dibanding dengan individu yang masih dalam tahap masa mudanya. Mandagi (2010) dalam hasil penelitiannya menunjukkan status kualitas hidup berhubungan dengan usia.

c. Pekerjaan

Nofitri (2009) mengatakan bahwa penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja atau sedang mencari pekerjaan, dan penduduk yang tidak mampu bekerja atau memiliki *disability* tertentu memiliki perbedaan pada kualitas hidup.

d. Status Pernikahan

Individu yang tidak menikah, bercerai, dan individu yang menikah memiliki perbedaan pada kualitas hidupnya hal ini berkaitan dengan dukungan atau motivasi dari orang terdekat untuk melakukan terapi non farmakologi maupun farmakologi pada pasien.

e. Penghasilan

Pendapatan atau sosial ekonomi yang rendah berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup pasien dengan stroke pengaruh dari dampak ekonomi yang ditanggung oleh pasien dan keluarga sangat besar.

3. Aspek-Aspek Kualitas Hidup

Berawal dari pemikiran mengenai aspek kualitas hidup yang dapat berbeda antara individu satu dengan individu lainnya, berbagai studi kualitas hidup meneliti aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu dalam hubungannya dengan kualitas hidup. Menurut *WHOQoL Group*, kualitas hidup memiliki enam aspek yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan, dan keadaan spiritual. *WHOQoL* ini kemudian dibuat lagi menjadi instrumen *WHOQoL-BREF* dimana enam aspek tersebut dipersempit menjadi empat aspek yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan.

a. Domain Kesehatan Fisik

Domain kesehatan fisik terdiri dari tujuh *facet*, yaitu energi dan *fatigue*, rasa sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan obat dan bantuan medis, serta kapasitas kerja.

b. Domain Psikologis

Domain psikologis terdiri dari enam *facet*, yaitu citra tubuh dan penampilan, perasaan positif, perasaan negatif, *self-esteem*, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, serta spiritualitas.

c. Domain Hubungan Sosial

Domain hubungan sosial terdiri dari tiga *facet*, yaitu hubungan pribadi, dukungan sosial, serta aktivitas seksual.

d. Domain Lingkungan

Domain lingkungan terdiri dari delapan *facet*, yaitu sumber keuangan, *freedom*, *physical safety*, dan *security*, kesehatan dan perlindungan sosial, lingkungan tempat tinggal, kesempatan untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi, lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu lintas, atau cuaca), serta transportasi (Juniastira, 2018).

Sedangkan menurut Wilson dan Cleary (1995) dimensi dari kualitas hidup pada pasien paska stroke adalah:

- a. Dimensi fisik yaitu ekspresi subjektif individu terhadap gejala fisik yang dialami dan kemampuannya melakukan aktivitas fisik setelah menderita stroke.
- b. Dimensi psikologis adalah ekspresi subjektif individu terhadap perubahan psikologi yang dialami dan kemampuannya melakukan aktivitas berhubungan dengan perubahan psikologis setelah menderita stroke.
- c. Dimensi sosial adalah ekspresi subjektif individu terhadap hubungannya dengan teman, keluarga, tetangga dan masyarakat di sekitarnya serta kemampuannya untuk melakukan kegiatan yang bersifat menyenangkan setelah menderita stroke.
- d. Dimensi peran adalah ekspresi subjektif individu terhadap perubahan perannya dalam keluarga, misalnya sebagai pencari nafkah setelah menderita stroke.

- e. Dimensi spiritual adalah ekspresi subjektif individu terhadap gambaran pencapaian spiritualnya yaitu penerimaan diri dan kualitas ibadah setelah menderita stroke (Dharma, 2011).

4. Cara Pengukuran Kualitas Hidup

Berdasarkan model HRQoL dari Wilson dan Cleary (1995) dalam Dharma (2011), dapat ditentukan dimensi dari kualitas hidup spesifik pada pasien pasca stroke, antara lain: dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi sosial, dimensi peran dan dimensi spiritual. Adapun indikator-indikator dari setiap dimensi adalah:

a. Dimensi Fisik

- 1) Mobilitas fisik: gejala yang berhubungan dengan mobilitas fisik dan kemampuan melakukan mobilitas fisik setelah menderita stroke
- 2) Energi: kemampuannya melakukan aktivitas fisik yang berhubungan dengan tingkat kecukupan energi yang dimilikinya setelah menderita stroke.
- 3) Penglihatan: kemampuan melakukan berbagai 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 setelah menderita stroke.
- 6) Motorik halus: kemampuan melakukan berbagai aktivitas fisik yang menggunakan fungsi motorik halus setelah menderita stroke.
- 7) Memori: kemampuan memori setelah menderita stroke.
- 8) Produktifitas: ekspresi subjektif individu terhadap kemampuannya melakukan dan mengakhiri pekerjaannya setelah menderita stroke.

b. Dimensi Psikologis

- 1) Mood (suasana hati): perubahan mood yang dialaminya sehingga mempengaruhi kemampuannya dalam melakukan kegiatan/pekerjaan setelah menderita stroke.
- 2) Kepribadian: ekspresi subjektif individu terhadap kepribadian setelah menderita stroke.
- 3) Konsentrasi: kemampuan berkonsentrasi terhadap suatu permasalahan setelah menderita stroke.

c. Dimensi Sosial

- 1) Hubungan sosial dengan teman dan kerabat
- 2) Hubungan kemasyarakatan: kemampuan mengikuti berbagai kegiatan kemasyarakatan setelah menderita stroke.
- 3) Rekreasi: kemampuan melakukan kegiatan yang bersifat menyenangkan setelah menderita stroke.

d. Dimensi Peran

- 1) Peran dalam keluarga: perubahan peran dalam keluarga setelah menderita stroke

e. Dimensi spiritual adalah ekspresi subjektif individu terhadap gambaran pencapaian spiritualnya yaitu penerimaan diri dan kualitas ibadah setelah menderita stroke. Indikatornya adalah:

- 1) Penerimaan diri: penerimaan terhadap semua kondisi atau gejala yang dialami setelah menderita stroke.
- 2) Kualitas ibadah: pencapaian ibadah yang dilakukan.

Instrumen dan item pertanyaan dalam HRQoL disusun berdasarkan indikator-indikator setiap dimensi kualitas hidup sebagai berikut:

Tabel 2.2. HRQoL

Dimensi	Indikator	Pernyataan
Fisik	Mobilitas fisik	1. Saya merasakan masalah dalam berjalan 2. Saya kehilangan keseimbangan saat membungkukkan badan untuk menggapai sesuatu 3. Saya merasakan masalah saat menaiki tangga 4. Saya mengalami masalah dalam berdiri
	Energi	5. Saya berhenti beraktivitas karena merasa kelelahan 6. Saya terlalu lelah untuk melakukan aktivitas yang saya inginkan
	Penglihatan	7. Saya merasakan masalah saat menonton TV karena gangguan penglihatan 8. Saya memiliki masalah melihat benda dengan mata ditutup satu
	Bahasa	9. Saya merasakan adanya masalah dalam berbicara dengan orang lain seperti terbata-bata atau berbicara gagap 10. Saya memiliki masalah untuk menemukan kata – kata yang ingin saya sampaikan.
	Perawatan diri	11. Saya memerlukan bantuan dalam menyiapkan makanan saya 12. Saya memerlukan bantuan untuk berpakaian 13. Saya memerlukan bantuan untuk mandi 14. Saya memerlukan bantuan untuk ke toilet (BAB dan BAK)
	Motorik halus	15. Saya merasakan masalah dalam menulis dan mengetik 16. Saya memiliki masalah dalam mengancing baju 17. Saya memiliki masalah dalam mengencangkan resleting

	Produktivitas	18. Saya memiliki masalah dalam melakukan kegiatan sehari – hari di rumah 19. Saya memiliki masalah mengakhiri pekerjaan yang telah saya mulai
Psikologis	Mood (suasana hati)	20. Saya merasa enggan dengan kehadiran orang lain 21. Saya merasakan nafsu makan saya berkurang 22. Saya merasa kehilangan kepercayaan diri untuk beraktivitas
	Kepribadian	23. Saya mudah marah 24. Saya tidak sabar terhadap perilaku orang lain yang menjengkelkan
	Konsentrasi	25. Saya mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi ketika sedang berpikir atau melakukan pekerjaan.
	Memori	26. Saya memiliki masalah dalam mengingat sesuatu
Sosial	Hubungan sosial dengan teman dan kerabat	27. Saya merasakan adanya masalah saat mencoba berhubungan dengan teman dan kerabat 28. Saya merasakan masalah kondisi fisik mengganggu kehidupan sosial saya
	Kegiatan kemasyarakatan	29. Saya mengikuti kegiatan di masyarakat semenjak menderita stroke
	Rekreasi	30. Saya melakukan hobi saya seperti biasa 31. Saya pergi rekreasi sesuai dengan keinginan saya 32. Saya memiliki masalah dengan pola hubungan seks bersama pasangan hidup saya
Peran	Peran dalam keluarga	33. Saya tidak dapat menjalankan peran saya di keluarga (sebagai pencari nafkah, ibu rumah tangga atau mengasuh anak) seperti dahulu

Spiritual	Penerimaan diri	34. Saya mengalami masalah untuk menerima keterbatasan yang saya alami 35. Saya berusaha mendapatkan pengobatan untuk kesembuhan
	Kualitas ibadah	36. Saya melaksanakan ibadah sesuai agama yang saya anut meskipun dengan keterbatasan fisik

Skala yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien pasca stroke adalah skala *likert* dengan 5 pilihan jawaban untuk setiap item pernyataan:

Tabel 2.3. Skala Kualitas Hidup

Tipe Pernyataan	Pilihan Jawaban	Skor
Pernyataan tentang ekspresi subjektif responden terhadap suatu masalah yang dialaminya	Masalah dirasakan sangat berat	1
	Masalah dirasakan berat	2
	Masalah dirasakan cukup berat	3
	Masalah dirasakan ringan	4
	Tidak ada masalah	5
Pernyataan tentang ekspresi subjektif responden terhadap gejala/keluhan yang dialaminya	Selalu	1
	Sering	2
	Kadang – kadang	3
	Jarang	4
	Tidak pernah	5
Pernyataan tentang ekspresi subjektif responden terhadap bantuan aktivitas yang diberikan orang lain	Bantuan total	1
	Banyak bantuan	2
	Bantuan sedang	3
	Bantuan minimal	4
	Tidak memerlukan bantuan	5
Pernyataan tentang ekspresi subjektif responden terhadap frekuensinya melakukan suatu aktivitas	Selalu	5
	Sering	4
	Kadang – kadang	3
	Jarang	2
	Tidak pernah	1

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konseptual

Stroke yang menyerang pada usia dewasa muda akan menyebabkan individu tersebut merasakan dampak yang sangat mengganggu pola hidupnya karena pada usia muda individu sedang berada pada tahap tertinggi dalam hidupnya dimana banyak aktivitas, kegiatan dan tugas sehari-hari yang harus dilakukan.

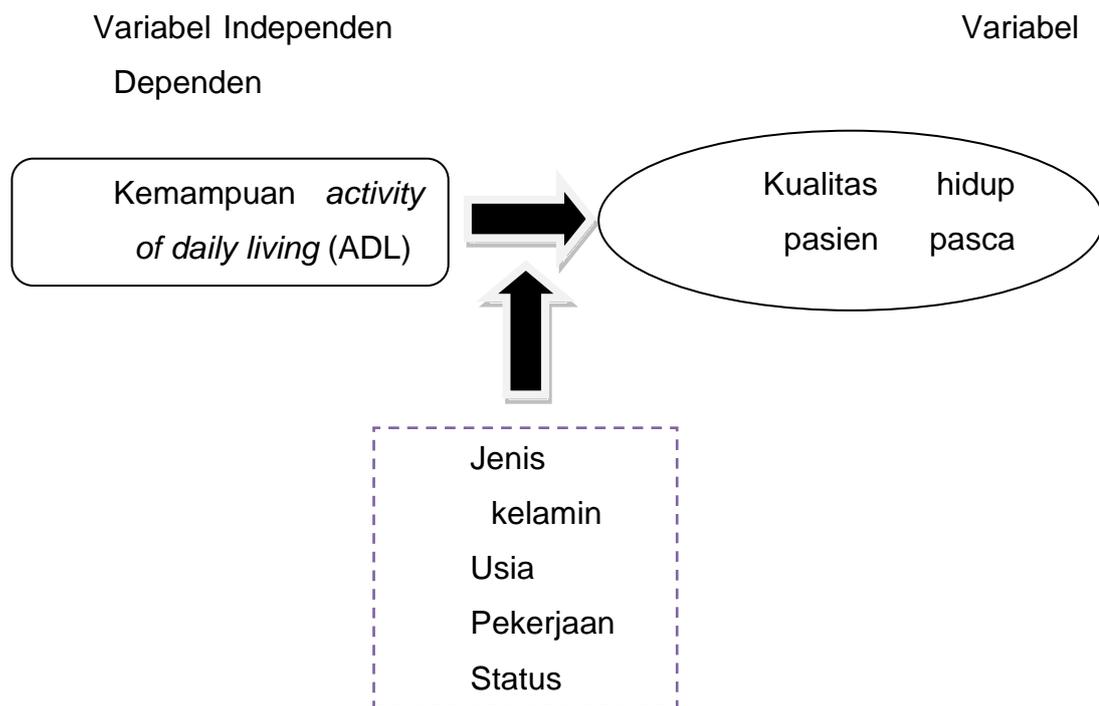
Kemampuan ADL merupakan kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari terutama dalam memenuhi kebutuhannya. Kecacatan yang dialami oleh individu usia dewasa muda akan mengganggu kemampuan melakukan ADL yang seharusnya dilakukan secara mandiri.

Pada pasien stroke usia dewasa muda yang mengalami kecacatan dan kelemahan, dalam melakukan ADL tersebut tentu memerlukan bantuan sehingga ia merasa bahwa hidupnya sangat tergantung pada orang lain sehingga ia akan merasa depresi dan putus asa dan akan mempengaruhi kualitas hidupnya.

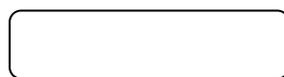
Kualitas hidup pada pasien stroke usia dewasa muda dapat terganggu karena adanya kecacatan fisik, gangguan sosial, gangguan pemenuhan ADL dan gangguan psikologis.

Berdasarkan penjelasan di atas dan disesuaikan dengan judul penelitian yaitu hubungan kemampuan *activity of daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda maka dapat digambarkan kerangka konsep sebagai berikut:

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:



: Variabel independen



: Variabel dependen



: Penghubung antar variabel



: Variabel perancu tetapi tidak diteliti

B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tinjauan pustaka dan kerangka konsep di atas, maka dirumuskan hipotesis penelitian yaitu ada hubungan kemampuan *activity of daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke dewasa muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar.

C. Defenisi Operasional

Tabel 3.1. Defenisi Operasional

N o.	Variabel Penelitian	Defenisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
1.	Variabel independen: kemampuan ADL	Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari	Macam-macam ADL 1. Makan 2. Mandi 3. Perawatan diri 4. Berpakaian 5. Penggunaan toilet 6. BAK 7. BAB 8. Transfer 9. Mobilitas 10. Naik turun tangga	Kuesioner (Indeks Barthel)	Ordinal	Mandiri , jika skor 20 Ketertangan ringan , jika skor 12-19 Ketertangan sedang , jika skor 9-11 Ketertangan berat , jika skor 5-8
2.	Variabel dependen: kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda	Persepsi individu terhadap keadaan yang dialami dalam hidupnya dari segi fisik, psikologis, sosial, peran dan spiritual.	Aspek-aspek dalam kualitas hidup: 1. Dimensi fisik 2. Dimensi psikologi 3. Dimensi sosial 4. Domain peran 5. Dimensi spiritual	Kuesioner (HRQOL)	Ordinal	Baik jika total skor 133-180 Cukup jika total skor 85-132 Kurang jika total skor 36-84

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah non-eksperimental yaitu observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu jenis penelitian dimana pengukuran data variabel independen dan variabel dependen dilakukan pada satu waktu atau bersamaan yang bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan kemampuan *activity of daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Haji Makassar. Lokasi ini dipilih sebagai tempat penelitian karena RSUD Haji memiliki unit fisioterapi yang khusus menangani pasien pasca stroke dan sehingga respondennya akan mudah didapatkan.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 11 Januari sampai 28 Februari 2019.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah semua pasien pasca stroke di Ruang Fisioterapi RSUD Haji Makassar selama bulan Januari-Februari 2019.

2. Sampel

Sampel penelitian ini adalah 31 pasien pasca stroke usia dewasa muda yang ada di Ruang Fisioterapi RSUD Haji Makassar dengan teknik pengambilan sampel *non-probability sampling* jenis

consecutive sampling yaitu metode pengambilan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dalam populasi yang memenuhi kriteria pemilihan yaitu pasien pasca stroke usia 26-45 tahun dalam kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi sampel adalah:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Pasien pasca stroke dengan kesadaran composmentis
- 2) Pasien pasca stroke yang kooperatif
- 3) Pasien dapat membaca dan menulis
- 4) Pasien pasca stroke yang bersedia menjadi responden dan menandatangani lembar *informed consent*.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien pasca stroke yang mengalami gangguan kognitif
- 2) Menolak untuk diteliti .

D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengobservasi, mengukur atau menilai suatu fenomena (Sugiyono, 2012).

1. Instrumen Kemampuan ADL

Kemampuan ADL diukur dengan menggunakan Indeks Barthel yang terdiri atas 10 komponen dengan sistem pembobotan. Bobot pada komponen perawatan diri dan mandi adalah 0-1, bobot komponen makan, berpakaian, buang air kecil, buang air besar, penggunaan toilet, kemampuan naik turun tangga adalah 0-2 dan bobot komponen berubah sikap dari berbaring ke duduk dan mobilitas adalah 0-3. Kemampuan ADL dikategorikan mandiri jika skor 20, ketergantungan ringan jika skor 12-19, ketergantungan sedang jika skor 9-11, ketergantungan berat jika skor 5-8 dan ketergantungan total jika skor 0-4 (Bura Mare, 2015).

2. Instrumen Kualitas Hidup

Kualitas hidup pasien pasca stroke diukur dengan menggunakan HRQOL. HRQOL didasarkan pada 5 dimensi kualitas hidup pasien pasca stroke yang terdiri dari 36 pernyataan yang dikembangkan dari indikator setiap dimensi tersebut. Skala yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup adalah Skala Likert dengan 5 pilihan jawaban untuk setiap item pernyataan. Skala Likert adalah skala yang digunakan untuk mengukur persepsi, sikap, atau pendapat seseorang terhadap suatu masalah. Setiap pernyataan, memiliki 5 pilihan jawaban. (Dharma, 2011).

Dimensi fisik terdiri dari indikator mobilitas fisik pada pernyataan 1 dan 4, energi pada pernyataan 5 dan 6, penglihatan pada pernyataan 7 dan 8, bahasa pada pernyataan 9 dan 10, perawatan diri pada pernyataan 11-14, motorik halus pada pernyataan 15-17, produktifitas pada pernyataan 18 dan 19. Dimensi psikologis terdiri dari indikator mood pada pernyataan 20-22, kepribadian pada pernyataan 23 dan 24, konsentrasi pada pernyataan 25, memori pada pernyataan 26. Dimensi sosial terdiri dari indikator hubungan dengan teman dan kerabat pada pernyataan 27 dan 28, kegiatan kemasyarakatan pada pernyataan 29, rekreasi pada pernyataan 30-32. Dimensi peran terdiri dari indikator peran dalam keluarga pada pernyataan 33 dan dimensi spiritual yang terdiri dari indikator penerimaan diri pada pernyataan 34 dan 35, kualitas ibadah pada pernyataan 36.

Pernyataan 1-4, 7-9, 10, 15-19, 26-28, 32-34 memiliki pilihan jawaban 1:masalah dirasakan sangat berat, 2:masalah dirasakan berat, 3:masalah dirasakan cukup berat, 4:masalah dirasakan ringan, 5:tidak ada masalah. Pernyataan 5, 6, 20-25 memiliki pilihan jawaban 1:selalu, 2:sering, 3:kadang – kadang, 4:jarang, 5:tidak pernah. Pernyataan 11-14 memiliki pilihan jawaban 1:bantuan total, 2:banyak bantuan, 3:bantuan sedang, 4:bantuan minimal, 5:tidak memerlukan

bantuan. Pernyataan 29-31, 35-36 memiliki pilihan jawaban 1:tidak pernah, 2:jarang, 3:kadang-kadang, 4:sering, 5:selalu

Kualitas hidup dikategorikan dalam 3 kategori yaitu kurang baik, cukup baik dan baik. Kategori baik jika skor 133-180, kategori cukup baik jika skor 85-132 dan kategori kurang baik jika skor 36-84.

E. Alur Penelitian

Adapun alur dalam penelitian ini adalah adanya rekomendasi dari Institusi STIK Stella Maris untuk mengajukan permohonan kepada instansi tempat penelitian yaitu RSUD Haji Makassar. Setelah mendapatkan surat izin penelitian maka peneliti melakukan penelitian. Langkah pertama yang dilakukan peneliti adalah memilih responden yang memenuhi kriteria yakni pasien yang berusia 26-45 tahun, pasien yang kesadaran composmentis, pasien yang kooperatif, pasien dapat membaca dan menulis. Setelah itu, responden yang memenuhi kriteria akan diberikan informasi tentang penelitian. Setelah responden paham dan setuju untuk berpartisipasi dengan terlebih dahulu menandatangani lembar persetujuan menjadi responden maka dilakukanlah penelitian dengan memberikan kuesioner kepada responden dengan tetap memperhatikan etika penelitian.

F. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini data yang dikumpulkan melalui beberapa prosedur dengan tetap memperhatikan etika penelitian. Adapun dengan etika dalam penelitian adalah sebagai berikut:

1. Informed Consent

Mendapatkan *informed consent* dari subjek merupakan suatu hal yang sangat penting dalam melakukan penelitian yang beretika. *Informed consent* diberikan oleh peneliti kepada responden sebelum penelitian dilakukan, didalamnya terdapat lembar permohonan menjadi responden serta memuat tujuan dari penelitian ini. Jika responden bersedia, maka responden harus menandatangani

lembar *informed consent*. Namun, jika responden tidak bersedia, maka peneliti tidak memiliki hak untuk memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. *Autonomy*

Subjek penelitian memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan menolak atau ikut menjadi responden dalam penelitian secara sukarela. Dalam penelitian ini peneliti tidak boleh memaksa populasi yang tidak bersedia menjadi sampel dalam penelitian walaupun telah memenuhi kriteria inklusi.

3. *Anonymity*

Untuk menjaga kerahasiaan yaitu dengan tidak mencantumkan nama dari responden tetapi diisi dengan menggunakan inisial.

4. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dengan cara meniadakan nama, alamat subjek kemudian diganti dengan kode tertentu. Data yang dikumpul berupa:

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari objek yang diteliti.

b. Data Sekunder

Sumber data tidak didapatkan langsung dari objek yang diteliti. Data dalam penelitian ini diperoleh dari dokumentasi di RSUD Haji Makassar.

5. *Nonmaleficence* (tidak merugikan)

Peneliti mempunyai prinsip tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada subjek penelitian.

G. Pengolahan Data dan Penyajian Data

1. Editing

Editing adalah kegiatan yang dilakukan untuk memeriksa jawaban terhadap instrumen yang telah diteliti, agar mengurangi kesalahan pengisian, memastikan bahwa instrumen telah diisi oleh semua responden, memeriksa apakah tulisan responden dapat dibaca oleh peneliti, dan memastikan apakah jawaban responden sesuai dengan pertanyaan yang diberikan.

2. Coding

Coding merupakan tahapan pemberian kode terhadap jawaban agar mempermudah menganalisis data maupun mempercepat entri data.

3. Processing

Processing yaitu proses data dengan cara memasukan data dari instrumen penelitian ke komputer dengan menggunakan program statistik agar dapat dianalisis.

4. Cleaning

Cleaning adalah pengecekan kembali data yang sudah dimasukan ke dalam komputer untuk melihat apakah ada kesalahan atau tidak.

5. Tabulating

Setelah data terkumpul dan tersusun, akan dikelompokkan dalam satu tabel menurut sifat-sifat sesuai dengan tujuan penelitian.

H. Analisa Data

Data yang sudah terkumpul dianalisis secara analitik dan diinterpretasikan menggunakan dengan menggunakan metode statistik dengan menggunakan komputer.

1. Analisa Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap setiap variabel, antara variabel independen (kemampuan *activity of daily living*) dan variabel

dependen (kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda). Analisa ini menghasilkan distribusi dan presentasi dari setiap variabel yang diteliti menggunakan komputer program *SPSS versi 22 for windows*.

2. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan variabel independen (kemampuan *activity of daily living*) dengan variabel dependen (kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda) yang disajikan dengan teknik analisis menggunakan uji statistik *chi square* dengan uji alternatif penggabungan sel dengan tingkat kemaknaan $\alpha=0,05$ (ketepatan/keakuratan 95% dan kesalahan 5%). Hal ini karena penelitian bersifat asosiasi dengan skala kategorik.

Uji yang digunakan memiliki interpretasi sebagai berikut:

- a. Jika nilai $p < \alpha$, maka H_a diterima dan H_0 ditolak, artinya ada hubungan kemampuan *activity of daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda.
- b. Jika nilai $p \geq \alpha$, maka H_a ditolak dan H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan kemampuan *activity of daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Haji Makassar, sejak tanggal 11 Januari sampai dengan 28 Februari 2019. Pengambilan sampel dengan teknik *non probability sampling*. Jumlah sampel yang diambil sebanyak 31 orang pasien pasca stroke usia dewasa muda. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur, sedangkan pengolahan data menggunakan komputer program SPSS for windows versi 22. Kemudian data ini selanjutnya dianalisis dengan menggunakan uji statistik *chi square*, dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$).

2. Gambaran Tempat Penelitian

Rumah Sakit Umum Haji Makassar berdiri dan diresmikan pada tanggal 16 Juli 1992 oleh Presiden RI. Berdiri di atas tanah seluas 1,06 Hektar milik Pemerintah Sulawesi Selatan yang terletak di Jalan Daeng Ngeppe No. 14, Kelurahan Jongaya, Kecamatan Tamalate.

Latar belakang pembangunan Rumah Sakit Umum Makassar adalah diharapkan rumah sakit tersebut dapat mendukung kelancaran kegiatan pelayanan calon Jemaah haji dan masyarakat sekitar. Pengoperasian Rumah Sakit Haji Makassar didasarkan pada Surat Keputusan Gubernur Makassar nomor: 488/IV/1992 tentang pengelolaan rumah sakit oleh Pemerintah Daerah Sulawesi Selatan dan Surat Keputusan Gubernur nomor: 1314/IX/1992 tentang tarif pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Umum Haji Makassar.

Untuk kelangsungan perkembangan Rumah Sakit Haji lebih lanjut, maka pada tanggal 13 Desember 1993 Departemen Kesehatan menetapkan Rumah Sakit Haji Makassar sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah Sulawesi Selatan dengan klasifikasi C yang ditetapkan dalam Surat Keputusan nomor:762/XII/1993.

Adapun visi dan misi dari RSUD Haji Makassar adalah sebagai berikut:

- a. Visi
Menjadi rumah sakit pendidikan Islami, terpercaya, terbaik, dan pilihan utama di Sulawesi Selatan.
- b. Misi
 - 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan rujukan berkualitas yang terjangkau oleh masyarakat.
 - 2) Menyelenggarakan pendidikan dan riset tenaga kesehatan berkarakter Islami.
 - 3) Menyelenggarakan pola tata kelola pelayanan kesehatan yang baik, akuntabel berbasis *the ten golden habits*.
 - 4) Meningkatkan kualitas pelayanan melalui pengembangan sumber daya manusia serta mengembangkan dan meningkatkan sarana dan prasarana rumah sakit
 - 5) Meningkatkan kesejahteraan karyawan sebagai aset yang berharga bagi rumah sakit.

3. Penyajian Karakteristik Data Umum
 a. Berdasarkan Kelompok Umur

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Pasien
 Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit Fisioterapi
 RSUD Haji Makassar
 Tahun 2019

Umur	Frekuensi (f)	Persentasi (%)
26-35	2	6.5
36-46	29	93.5
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Haji Makassar terhadap 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda diperoleh distribusi pasien pasca stroke usia dewasa muda terbanyak berada pada kelompok umur 36-45 tahun yaitu 29 (93.5%) responden dan untuk kelompok terendah berada pada kelompok umur 26-35 tahun sebanyak 2 (6.5%) responden.

b. Berdasarkan Kelompok Jenis Kelamin

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin
 Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda
 di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar
 Tahun 2019

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentasi (%)
Perempuan	17	54.8
Laki-laki	14	45.2
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Haji Makassar terhadap 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda diperoleh distribusi pasien pasca stroke usia dewasa muda terbanyak berada pada kelompok jenis kelamin perempuan yaitu 17 (54.8%) responden dan untuk kelompok jenis kelamin terendah berada pada kelompok laki-laki yaitu 14 (45.2%) responden.

c. Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar Tahun 2019

Pendidikan	Frekuensi (f)	Persentasi (%)
SMA	17	54.8
DIII	5	16.1
PT	9	29.0
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Haji Makassar terhadap 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda diperoleh distribusi pasien pasca stroke usia dewasa muda terbanyak berada pada kelompok pendidikan terakhir SMA yaitu 17 (54.8%) responden dan untuk kelompok pendidikan terakhir terendah berada pada kelompok perguruan tinggi yaitu 9 (29.0%) responden.

d. Berdasarkan Status Perkawinan

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar Tahun 2019

Status Perkawinan	Frekuensi (f)	Persentasi (%)
Kawin	28	90.3
Janda	1	3.2
Duda	2	6.5
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Haji Makassar terhadap 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda diperoleh distribusi pasien pasca stroke usia dewasa muda terbanyak berada pada kelompok status perkawinan kawin yaitu 28 (90.3%) responden dan untuk kelompok terendah berada

pada kelompok status perkawinan janda yaitu 1 (3.2%) responden.

e. Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan
Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit Fisioterapi
RSUD Haji Makassar
Tahun 2019

Pekerjaan	Frekuensi (f)	Persentasi (%)
PNS	10	32.3
Wiraswasta	12	38.7
Petani	3	9.7
IRT	6	19.4
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Haji Makassar terhadap 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda diperoleh distribusi pasien pasca stroke usia dewasa muda terbanyak berada pada kelompok pekerjaan wiraswasta yaitu 12 (38.7%) responden dan untuk kelompok terendah berada pada kelompok pekerjaan petani yaitu 3 (9.7%) responden.

f. Berdasarkan Lamanya Stroke

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Stroke
Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit
Fisioterapi RSUD Haji Makassar
Tahun 2019

Lama Stroke	Frekuensi (f)	Persentasi (%)
6-10 bulan	3	9.7
11-15 bulan	2	6.5
16-20 bulan	2	6.5
21-25 bulan	7	22.6
26-30 bulan	6	19.4
31-35 bulan	1	3.2
36 bulan	10	32.3
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 5.6 di atas menunjukkan bahwa hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Haji Makassar

terhadap 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda diperoleh distribusi pasien pasca stroke usia dewasa muda terbanyak berada pada kelompok lama stroke 36 bulan yaitu 10 (32.3%) responden dan untuk kelompok lama stroke terendah berada pada lama stroke 31-35 bulan yaitu 1 (3.2%) responden.

4. Hasil Analisa Variabel yang Diteliti

a. Analisa Univariat

1) *Activity of Daily Living* Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda

Tabel 5.7

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan *Activity of Daily Living* Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar Tahun 2019

ADL	Frekuensi (f)	Persentasi (%)
Mandiri	12	38.7
Ketergantungan Ringan	12	38.7
Ketergantungan Sedang	5	16.1
Ketergantungan Berat	2	6.5
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 5.7 di atas menunjukkan bahwa hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Haji Makassar terhadap 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda diperoleh distribusi pasien pasca stroke usia dewasa muda terbanyak berada pada kategori ADL mandiri dan ketergantungan ringan yaitu masing-masing 12 (38.7%) responden dan untuk kelompok kategori ADL terendah berada pada kelompok ketergantungan berat yaitu 2 (6.5%) responden.

2) Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda

Tabel 5.8

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar Tahun 2019

Kualitas Hidup	Frekuensi (f)	Persentasi (%)
Baik	8	25.8
Cukup	15	48.4
Kurang	8	25.8
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 5.8 di atas menunjukkan bahwa hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Haji Makassar terhadap 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda diperoleh distribusi pasien pasca stroke usia dewasa muda terbanyak berada pada kategori kualitas hidup cukup yaitu 15 (48.4%) responden dan untuk kategori kualitas hidup terendah berada pada kategori baik dan kurang yaitu masing-masing 8 (25.8%) responden.

b. Analisa Bivariat

Tabel 5.9

Analisis Hubungan *Activity of Daily Living* dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar Tahun 2019

<i>Activity of Daily Living</i>	Kualitas Hidup						Total		p value
	Baik		Cukup		Kurang		n	%	
	f	%	f	%	f	%			
Mandiri + Ketergantungan Ringan	8	25.8	14	45.2	2	6.5	24	77.4	0,001
Ketergantungan Sedang +Ketergantungan Berat	0	0.0	1	3.2	6	19.4	7	22.6	
Total	8	25.8	15	48.4	8	25.8	31	100	

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *chi-square* dengan tabel 4x3 didapatkan hasil nilai *pearson chi-square* dengan nilai $p=0,001$ namun masih ditemukan adanya sel yang menunjukkan nilai *expected count* <5 dengan jumlah sel $>20\%$ sel dan diluar dari syarat uji *chi-square* sehingga langkah selanjutnya dilakukan penggabungan sel menjadi 2x3.

Berdasarkan hasil uji alternatif Kolmogorov Smirnov menunjukkan nilai $p=0,001$. Maka disimpulkan nilai $p < \alpha$ dan dapat dikatakan bahwa hipotesis alternatif (H_a) diterima dan hipotesis nol (H_0) ditolak, dengan demikian dinyatakan bahwa “ada hubungan antara kemampuan *activity of daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda

B. Pembahasan

1. *Activity of Daily Living* pada Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Haji Makassar terhadap 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda terdapat masing-masing 12 (38.7%) responden yang termasuk dalam kategori ADL mandiri dan ketergantungan ringan, terdapat 5 (16.1%) responden yang termasuk dalam kategori ADL ketergantungan sedang dan 2 (6.5%) responden yang termasuk dalam kategori ketergantungan berat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Kurnia (2016) mengenai Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activity of Daily Living* yang menunjukkan responden yang paling banyak berada dalam kategori mandiri dan ketergantungan ringan dalam melakukan aktivitas sehari-harinya. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Raeni (2017) mengenai Gambaran Tingkat Ketergantungan *Activity Daily Living* pada Pasien Pasca Stroke Berdasarkan Indeks Barthel di RSUP Dr. Sardjito terhadap 50 responden yang sebagian besar termasuk dalam kategori usia dewasa muda didapatkan responden terbanyak masuk dalam kategori mandiri dan ketergantungan ringan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Budi dan Syahfitri (2018) tentang Hubungan Lamanya Waktu Menderita Stroke dengan Tingkat Kemandirian Klien dalam Melakukan Aktivitas Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari didapatkan hasil terbanyak responden termasuk dalam kategori mandiri dan ketergantungan ringan. Dan responden tersebut adalah pasien yang telah menderita stroke antara 2-3 tahun, sedangkan responden yang termasuk dalam ketergantungan sedang dan berat adalah pasien yang telah menderita stroke <6 bulan. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Wahyudi (2016) mengenai Kemandirian Pemenuhan Kebutuhan *Activity Daily Living*

Pada Penderita Stroke Di Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo yang menunjukkan responden paling banyak berada dalam kategori ketergantungan sedang dan berat dalam melakukan aktivitas sehari-harinya.

Menurut pengamatan dan hasil wawancara peneliti, pasien lebih banyak masuk dalam kategori mandiri dan ketergantungan ringan karena sebagian besar stroke yang dialami pasien sudah berlangsung lama yaitu sekitar 2 tahun lebih dan meskipun masih terdapat pasien yang terserang stroke sekitar 6 bulan tetapi ADLnya termasuk dalam kategori ketergantungan ringan, hal tersebut dipengaruhi oleh jenis stroke yang dialami pasien karena pasien hanya terserang stroke iskemik ringan. Selain itu, faktor lain yang mempengaruhi tingkat kemandirian yaitu pasien patuh dan teratur mengikuti rehabilitasi medik sehingga fungsi tubuh dapat membaik dengan cepat dan dukungan keluarga yang selalu memberi motivasi dan semangat pasien untuk cepat sembuh agar dapat kembali beraktivitas seperti sedia kala, mengingat pasien masih berada pada usia produktif. Salah satu dukungan keluarga yang dapat terlihat adalah pada setiap sesi rehabilitasi, dimana pasien selalu didampingi oleh keluarga.

Menurut Raeni (2017) menjelaskan bahwa tingkat kemandirian pasien dipengaruhi oleh lamanya pasien menderita stroke dan kepatuhan pasien menjalani rehabilitasi medik secara teratur. Dan menurut Junaidi (2011) faktor yang mempengaruhi ADL pada pasien stroke adalah jenis stroke dan tingkat keparahan stroke, hal tersebut dikarenakan jenis stroke seperti stroke hemoragik akan menyebabkan adanya tanda dan gejala stroke yang berat dibandingkan dengan stroke iskemik. Kondisi stroke yang semakin parah akan menghambat proses rehabilitasi dalam mengembalikan kemampuan ADL pasien dan faktor lain adalah usia pasien yang masih muda serta adanya dukungan keluarga yang selalu memberi

perhatian dan motivasi dalam menjalani proses terapi. Terapi medik dapat memberikan dampak positif terhadap neuron di otak yang rusak akibat terserang stroke sehingga secara bertahap akan berfungsi dengan baik seperti sebelum sakit dan kecacatan pada pasien akan sembuh. Salah satu contoh terapi medik adalah latihan ROM yang dapat memperbaiki fungsi motorik dan secara tidak langsung mengembalikan status fungsional (ADL).

Menurut penelitian diatas, maka peneliti berasumsi bahwa cepat lambatnya proses penyembuhan pasien dari kecacatan dan mencapai kemandirian dalam ADL dipengaruhi jenis dan tingkat keparahan stroke, dukungan keluarga yang selalu memberi motivasi pasien dalam latihan dan rehabilitasi medik serta lamanya pasien menderita stroke dan kepatuhan pasien menjalani rehabilitasi secara teratur sangat berpengaruh terhadap tingkat kemandirian pasien. Selain itu, pasien usia dewasa muda akan lebih cepat mengalami perbaikan ketika dilakukan rehabilitasi karena pasien memiliki semangat dan motivasi yang tinggi dalam menjalani rehabilitasi mengingat usia pasien masih muda dan masih dalam usia produktif dan dari segi aspek fisik pasien pada usia muda fisiknya masih kuat jika dibandingkan dengan usia tua yang aspek fisiknya semakin melemah dalam melakukan aktivitas serta perbaikan sel-sel otak akan lebih cepat pada usia muda dibandingkan dengan usia tua.

2. Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Haji Makassar terhadap 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda terdapat 8 (25.8%) responden yang termasuk dalam kategori kualitas hidup baik, 15 (48.4%) responden yang termasuk dalam kategori kualitas hidup cukup dan 8 (25.8%) responden yang termasuk dalam kategori kualitas hidup kurang .

Hasil penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bariroh (2016) mengenai Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di RSUD Tugurejo Kota Semarang didapatkan hasil bahwa usia pasien pasca stroke yang masih tergolong dewasa muda lebih banyak memiliki kualitas hidup cukup dan kurang. Penelitian yang dilakukan oleh Darliana (2014) tentang Gambaran Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke didapatkan hasil 71 (74.0%) responden yang termasuk dalam kategori kualitas hidup cukup. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Pretty (2016) tentang Hubungan *Self Management* dengan Kualitas Hidup Pasca Stroke di Wilayah Puskesmas Pisangan Ciputat didapatkan hasil 30 (80.3%) responden termasuk dalam kategori kualitas hidup baik.

Menurut pengamatan dan wawancara peneliti dengan responden, selama menderita stroke pasien tidak bekerja maka akan mempengaruhi penghasilan. Sedangkan lamanya proses rehabilitasi membutuhkan biaya yang tidak sedikit, yang mempengaruhi kondisi keuangan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Hal ini dapat menyebabkan pasien mudah stress dan emosional yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Selain itu, pada usia muda seseorang sedang dalam masa produktif dan memiliki tugas perkembangan mengembangkan karir, menata rumah tangga, memulai peran baru sebagai orang tua, menemukan kelompok sosial dan bahkan mencapai tanggungjawab sosial dan warga negara (Rahajeng, 2013). Jika terserang stroke maka pasien tersebut tidak dapat menjalankan tugasnya dengan baik sehingga menyebabkan penurunan produktivitas yang akan mempengaruhi konsep diri serta kualitas hidup .

Menurut Brilianti (2016) menyebutkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah jenis kelamin dimana laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan peran sehingga

kebutuhan atau hal-hal penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Faktor usia dimana individu yang sudah melewati masa muda cenderung mengevaluasi hidupnya dengan positif dibanding dengan individu yang masih dalam tahap masa mudanya. Faktor pekerjaan juga sangat berpengaruh pada kualitas hidup, kualitas hidup seseorang yang memiliki pekerjaan tentu akan berbeda dengan orang yang tidak bekerja. Faktor status pernikahan yang berkaitan dengan dukungan atau motivasi dari orang terdekat untuk melakukan terapi non farmakologi maupun farmakologi pada pasien. Penghasilan berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup pasien dengan stroke hal ini disebabkan oleh dampak ekonomi yang ditanggung oleh pasien dan keluarga sangat besar yang dapat menyebabkan pasien stress.

Faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup adalah konsep diri pasien. Konsep diri terdiri dari 5 aspek yaitu citra tubuh, ideal diri, harga diri, peran diri dan identitas diri. Pada pasien usia dewasa muda yang terserang stroke yang memiliki konsep diri yang positif akan memiliki persepsi positif terhadap bentuk tubuhnya, menghargai dan menerima kondisi fisiknya, merasa nyaman dan percaya diri dengan kondisi fisiknya. Sedangkan pasien yang memiliki konsep diri yang negatif akan memiliki persepsi sebaliknya. Kondisi pasien yang terserang penyakit stroke dapat memberi dampak negatif pada konsep diri karena adanya kecacatan. Kecacatan yang dialami akan mengakibatkan persepsi pasien tidak menyukai tubuhnya karena diusianya yang muda ia sudah cacat dan merasa tidak mempunyai kemampuan seperti orang lain dan perannya di keluarga dan masyarakat tidak dapat dilakukan dan hal tersebut dapat menurunkan harga diri pasien. Hal tersebut akan mengakibatkan konsep diri pasien akan cenderung negatif yang berakibat pada menurunnya kualitas hidup

oleh karena ketidakpuasan pasien terhadap seluruh aspek hidupnya (Fadlulloh, 2014).

Dari beberapa hasil penelitian diatas, maka peneliti berasumsi bahwa kualitas hidup pasien pasca stroke yang telah diteliti lebih banyak termasuk dalam kategori cukup karena hal tersebut dipengaruhi oleh usia pasien yang masih muda namun sudah terserang penyakit yang akan menyebabkan pasien mengalami gangguan fungsional yang berbanding terbalik dengan tugas perkembangan di usia muda yang lebih produktif. Selain itu, sejak pasien mengalami stroke, pasien berhenti dari pekerjaannya sehingga penghasilan akan menurun sedangkan selama proses pengobatan akan membutuhkan biaya yang banyak. Pada pasien usia dewasa muda yang terserang stroke akan mengalami gangguan pada konsep diri karena adanya kecacatan yang menyebabkan pasien tidak menerima kondisi fisiknya serta merasa tidak memiliki kemampuan seperti orang lain dan perannya di keluarga dan masyarakat menjadi terganggu yang menyebabkan adanya penurunan harga diri yang akan mempengaruhi kualitas hidup.

3. Hubungan Kemampuan *Activity of Daily Living* dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Haji Makassar terhadap 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda didapatkan hasil uji alternatif Kolmogorov Smirnov nilai $p=0.001$ yang berarti nilai $p < \alpha$ ($\alpha=0.05$), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan kemampuan *activity of daily living* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Alfani dan Lembang (2018) tentang Hubungan *Activity of Daily Living* dan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di

Ruang Fisioterapi didapatkan hasil uji statistik nilai *p value* 0,000 maka ada hubungan antara *activity of daily living* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke yang berarti ada hubungan antara *activity daily living* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Hasil penelitian Prihati (2017) tentang Hubungan Tingkat Kemandirian *Activity of Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Usia Produktif di Kelurahan Karangasem Surakarta didapatkan hasil nilai $p=0.001$ maka disimpulkan ada hubungan tingkat kemandirian ADL dengan kualitas hidup.

Menurut pengamatan dan pendapat peneliti, pasien yang mampu melakukan ADL secara mandiri akan mampu melakukan aktivitas lainnya secara mandiri, sehingga akan meningkatkan produktivitasnya seperti bersosialisasi, bekerja, melakukan aktivitas keagamaan dan lain-lain. Kemampuan ini memberikan pemahaman pasien terhadap konsep dirinya yang positif. Konsep diri yang positif akan meningkatkan rasa percaya diri dan akan berdampak pada kepuasan individu terhadap seluruh aspek hidupnya.

Menurut Ediawati (2012) ADL adalah kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan menurut *WHOQoL Group* tingkat kemandirian merupakan salah satu aspek kualitas hidup. Kualitas hidup adalah konsep yang kompleks yang terkait dengan kepuasan individu terhadap seluruh aspek hidupnya baik dari segi fisik, sosial, psikologi dan spiritual.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Haji Makassar terhadap 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda terdapat 8 (25.8%) responden yang termasuk dalam kategori ADL mandiri dan ketergantungan ringan yang memiliki kualitas hidup baik. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian Soedirman (2014) yang didapatkan hasil 18 (70.55) responden yang ketergantungan mandiri dan memiliki kualitas hidup baik.

Menurut hasil pengamatan dan wawancara peneliti, pasien dengan kategori mandiri dan ketergantungan ringan sudah dapat melakukan aktivitas ringan seperti berjalan sendiri meskipun masih menggunakan alat bantu dan masih perlu pengawasan, mandi dan toileting dapat dilakukan sendiri, makan sendiri, melakukan perawatan diri secara mandiri dengan pengawasan keluarga. Kemampuan tersebut akan mempengaruhi psikologis pasien, produktivitas akan meningkat sehingga pasien akan lebih puas dalam melakukan aktivitasnya serta semangat dan termotivasi untuk sembuh yang akan mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Menurut Soedirman (2014) kemampuan melaksanakan aktivitas pemenuhan kebutuhan diri, perubahan kepribadian emosi dan kegiatan sosial akan mempengaruhi kualitas hidup terkait kesehatan pasien pasca stroke.

Dari 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda terdapat 14 (19.4%) responden yang termasuk dalam kategori ADL mandiri dan ketergantungan ringan yang memiliki kualitas hidup cukup. Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Bariroh (2017) tentang Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pasien Pasca Stroke didapatkan hasil bahwa 30 (50.6%) responden yang termasuk dalam kategori mandiri dan ketergantungan berat memiliki kualitas hidup cukup.

Menurut pengamatan dan hasil wawancara peneliti pasien pasca stroke yang termasuk dalam kategori ADL mandiri tetapi kualitas hidupnya masih cukup karena di usianya yang masih muda ia sudah terserang penyakit stroke maka pasien merasa bahwa ia tidak akan bisa bekerja seperti sebelum sakit dan penghasilannya menurun sedangkan pasien membutuhkan biaya maka pasien merasa stress dan akan mempengaruhi kualitas hidup.

Dari 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda terdapat 2 (6.5%) responden yang termasuk dalam kategori ADL

mandiri dan ketergantungan ringan yang memiliki kualitas hidup kurang. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Ratna (2010) tentang hubungan tingkat kemandirian dengan konsep diri pada pasien pasca stroke didapatkan hasil terdapat 10 (20.5%) responden yang termasuk dalam kategori tingkat kemandirian mandiri dan ketergantungan ringan yang memiliki kualitas hidup kurang.

Menurut pengamatan dan wawancara peneliti, kualitas hidup tidak hanya dipengaruhi oleh ADL dan pasien termasuk dalam kategori kualitas hidup kurang karena pasien \pm 1 tahun yang lalu telah menyelesaikan pendidikan hingga sarjana dan telah mendapatkan pekerjaan tetapi pasien berhenti dari pekerjaannya karena sudah terserang stroke sehingga akan mempengaruhi konsep diri serta kualitas hidup pasien.

Menurut Brilianti (2016), yang menyatakan bahwa kualitas hidup tidak hanya dipengaruhi oleh kemandirian ADL tetapi dapat dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, status pernikahan yang terkait dengan dukungan dari orang terdekat, pekerjaan dan penghasilan.

Dari 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda terdapat 1 (3.2%) responden yang termasuk dalam kategori ADL ketergantungan sedang dan berat yang memiliki kualitas hidup cukup. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Kurnia (2016) mengenai hubungan kemandirian *activity daily living* dengan *quality of life* pasien pasca stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Haji Surabaya didapatkan hasil terdapat 2 (6.5) responden yang termasuk dalam kategori ketergantungan sedang dan berat yang memiliki kualitas hidup cukup

Menurut pengamatan dan hasil wawancara peneliti, responden yang ketergantungan sedang dan berat akan memiliki kualitas hidup cukup karena ia merasa tidak berdaya dalam melakukan aktivitas yang seharusnya dapat dilakukan secara

mandiri dan di usianya yang masih muda ia harus bergantung pada orang lain.

Menurut Masniah (2017) pasien pasca stroke akan mengalami gangguan fisik fungsional. Hal tersebut akan menyebabkan pasien tidak dapat melakukan ADLnya secara mandiri yang akan menyebabkan respon gangguan psikologis, peran yang akan menurunkan kualitas hidup pasien pasca stroke.

Dari 31 responden pasien pasca stroke usia dewasa muda terdapat 6 (19.4%) responden yang termasuk dalam kategori ADL sedang dan berat yang memiliki kualitas hidup kurang. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Fenny (2015) tentang hubungan kemandirian pemenuhan AKS dengan kualitas hidup pasien stroke terdapat 20 (25.8%) responden yang termasuk dalam kategori ketergantungan sedang sampai berat yang memiliki kualitas hidup kurang. Hal ini dipengaruhi oleh tingkat ketergantungan pasien di usia yang masih muda tetapi sudah harus dibantu dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari yang seharusnya masih dapat dilakukan secara mandiri.

Peran perawat dalam rehabilitasi adalah sebagai mengkaji ADL dan membantu pasien dalam melakukan ADL, dalam hal ini perawat tidak sepenuhnya membantu pasien. Sebagai motivator yaitu memberi motivasi pada pasien agar tetap selalu tekun dalam melakukan proses rehabilitasinya walaupun hasil yang didapatkan tidak bisa secara spontan. Sebagai edukator, perawat memberi informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga selama menjalani perawatan dan proses rehabilitasi. Perawat berkolaborasi bersama tim medis seperti dokter saraf, dokter rehab dalam melakukan kegiatan rehabilitasi lainnya selama proses rehabilitasi. Perawat juga merencanakan jadwal rehabilitasi agar pasien secara teratur mengikuti rehabilitasi. Pasien juga bisa berkonsultasi pada perawat tentang rencana tindakan dan perawat tidak memaksakan

kehendaknya karena keputusan tetap ada pada pasien untuk menerima atau menolak.

Dari hasil penelitian diatas, maka peneliti berasumsi kemampuan dalam melakukan ADL akan memberikan kepuasan seseorang dalam melakukan ADLnya sehari-hari sedangkan ketidakmampuan pasien dalam melakukan ADL akan menyebabkan pasien stroke khususnya usia muda kehilangan produktivitasnya yang bertentangan dengan tugas perkembangan usia muda atau usia produktif yaitu mengembangkan karir dan memulai peran yang baru dalam keluarga dan masyarakat sehingga akan sangat berpengaruh pada kualitas hidup pasien. Pasien yang masuk dalam kategori ADL mandiri tetapi kualitas hidupnya masih dalam kategori cukup, dikarenakan kualitas hidup setiap individu tidak hanya dipengaruhi oleh kemandirian dalam melakukan ADL tetapi juga dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti usia dimana di usia muda dan usia produktif pasien sudah terserang stroke dan pasien harus berhenti dari pekerjaannya dan penghasilannya akan berkurang yang akan berdampak negatif pada penilaian kualitas hidupnya.

4. Keunggulan Penelitian

Adapun keunggulan dalam penelitian ini adalah responden yang diteliti lebih terfokus pada usia dewasa muda dengan kriteria umur 25-45 tahun yang sudah mengalami stroke. Pada usia tersebut individu sedang berada dalam masa produktif dan memiliki tugas perkembangan sehingga dampak dari penyakit stroke terutama kecacatan yang dapat mempengaruhi penilaian individu pada setiap aspek dalam hidupnya sehingga perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui tingkat kemandirian ADL dan kualitas hidup responden usia dewasa muda.

5. Keterbatasan Penelitian

Sebagaimana peneliti yang lain, penelitian ini tidak terlepas dari keterbatasan dalam proses penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian sampai pada penyusunan laporan hasil penelitian. Adapun keterbatasan yang peneliti alami diantaranya adalah pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner sehingga kebenaran data tergantung pada kejujuran responden dalam mengisi kuesioner yang diberikan dan keterbatasan dalam jumlah responden karena kurangnya responden yang memenuhi kriteria terutama kriteria umur pasien untuk dijadikan sampel. Selain itu, waktu penelitian yang singkat juga menjadi keterbatasan dalam penelitian ini.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 31 responden pada tanggal 11 Januari sampai 28 Februari 2019, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Tingkat ketergantungan *activity of daily living* pada pasien stroke usia dewasa muda sebagian besar berada dalam kategori ADL mandiri dan ketergantungan ringan.
2. Kualitas hidup pada pasien pasca stroke usia dewasa muda sebagian besar berada dalam kategori kualitas hidup cukup.
3. Ada hubungan antara kemampuan *activity of daily living* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda.

B. Saran

1. Bagi Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberi tambahan informasi dan masukan bagi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan dengan meningkatkan mutu pelayanan sehingga diharapkan perawat dapat memberikan perawatan yang optimal khususnya pasien pasca stroke usia dewasa muda yang sedang menjalani rehabilitasi dengan tujuan memandirikan pasien dalam melakukan ADL agar dapat meningkatkan produktivitasnya di usia muda sehingga tercapai peningkatan kualitas hidup.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi pasien agar termotivasi dalam menjalani rehabilitasi untuk mencapai kemandirian yang optimal sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya dan bagi keluarga diharapkan dapat menjadi masukan agar tetap mendukung pasien selama menjalani proses rehabilitasi.

3. Bagi Institusi RS

Penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi RS dalam penyusunan SOP dan kebijakan terkait pelayanan pasien pasca stroke di RS.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi terbaru tentang ADL dengan kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda dan dapat dijadikan sebagai bahan bacaan untuk menambah wawasan dan pengetahuan bagi mahasiswa-mahasiswi.

5. Bagi Peneliti dan Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan serta pengalaman bagi peneliti tentang adanya hubungan kemampuan ADL dengan kualitas hidup pasien stroke usia dewasa muda yang menjalani proses rehabilitasi. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini dapat menjadi bahan masukan untuk melakukan penelitian dengan memperluas variabel independen dan dependen.

DAFTAR PUSTAKA

- Aquinaldi, R. (2013). Gambaran Penyesuaian Diri Pada Penderita Stroke Iskemik Usia Dewasa Muda. *Jurnal NOETIC Psychology* . <http://ejournal.ukrida.ac.id> diakses tanggal 07 Oktober 2018
- Bariroh, U. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di RSUD Tugurejo Kota Semarang. *Skripsi Online*. <http://eprints.undip.ac.id> diakses tanggal 3 Maret 2019
- Bariroh, U. (2017). Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pasien Pasca Stroke . *Jurnal Perawat*. <http://media.neliti.com.publications> diakses tanggal 2 Maret 2019
- Betty. (2017). Hubungan *Discharge Planning* dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Poli Neurologi RSAM Bukit Tinggi. *Jurnal STIKes Prima Nusantara* , Volume 8. <http://download.portalgaruda.org> diakses tanggal 02 Oktober 2018
- Birawa. (2015). Stroke pada Usia Muda. *Jurnal Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung* , Volume 42 No. 10. <http://kalbemed.com.portals> diakses tanggal 11 Oktober 2018
- Brilianti, P. A. (2016). Hubungan *Self Management* dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Wilayah Puskesmas Pisangan Ciputat. <http://repository.uinjkt.ac.id> diakses tanggal 14 Oktober 2018
- Budi, S., & Syahfitri, D. (2018). Hubungan Lama Waktu Menderita Stroke Dengan Tingkat Kemandirian Klien Dalam Melakukan Aktivitas Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari. *Jurnal Kesehatan Saelmakers Perdana*. <http://ojs.ukmc.ac.id/index.php/JOH> diakses tanggal 5 Maret 2019
- Bura Mare. (2015). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemampuan Perawatan Diri (*Self Care*) pada Pasien Pasca Stroke di Puskesmas

Gundih Surabaya. <http://repository.wima.ac.id//3828/Lampiran.pdf>.
diakses pada tanggal 20 Oktober 2018

Darlina. (2014). Gambaran Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. <http://repository.usu.ac.id/handle.pdf>
diakses tanggal 8 Maret 2019

Departemen Kesehatan RI. (2009). Kategori Umur Penduduk. Jakarta: Kemenkes. <http://digilib.unimus.ac.id> diakses tanggal 25 November 2018

Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Depok: Trans Info Media.

Diane, E. (2013). *Human Development*. Jakarta: Salemba Humanika.

Dinas Kesehatan. (2015). Profil Kesehatan Kota Makassar. <http://dinkeskotamakassar.com> diakses tanggal 26 September 2018

Ediawati. (2012). Gambaran Tingkat Kemandirian dalam *Activity Daily Living* pada Pasien Pasca Stroke. <http://ejournalnasional.ac.id> diakses tanggal 20 Oktober 2018

Elizabeth Hurlock. (2017). Psikologi Perkembangan: Suatu pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan. Jakarta: Erlangga

Fadlulloh, S. F., & Upoyo, A. S. (2014). Hubungan Tingkat Ketergantungan dalam Pemenuhan Aktivitas-Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) dengan Harga Diri Penderita Stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. <http://jks.fikes.unsoed.ac.id> diakses tanggal 1 Oktober 2018

Ghifari, M. A., & Andina, M. (2017). Gambaran Tekanan Darah pada Pasien Pasca Stroke Akut di Rumah Sakit Umum Haji Medan.

Volume 2. http://jurnal.umsu.ac.id/index.php/buletin_farmatera.
diakses tanggal 25 september 2018

Junaidi, I. (2011). Stroke: Waspadai Ancamannya. Yogyakarta: Penerbit Andi

Juniastira, S. (2018). Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Pasien Stroke. <http://dspace.uui.ac.id> diakses tanggal 02 Oktober 2018

Kadmaerubun, M. C., Sutejo, & Syafitri, E. N. (2016). Hubungan Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup pada Pasien Stroke di Poliklinik Grhasia DIY. *Jurnal Keperawatan Respati* . <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id> diakses tanggal 6 Oktober 2018

Karim, U. N., & Lubis, E. (2017). Kualitas Hidup Pasien Stroke dalam Perawatan *Palliative Homecare*. <https://ejournal.almaata.ac.id> diakses tanggal 25 September 2018

Kurnia. (2016). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Activity of Daily Living Pasca Stroke . *Jurnal Berkala Epidemiologi*. <http://media.neliti.com/media/publications/74867-ID-none.pdf> diakses tanggal 5 Maret 2019

Lara, A. G., & Hidajah, A. C. (2016). Hubungan Pendidikan, Kebiasaan Olahraga, Pola Makan dengan Kualitas Hidup Lansia di Puskesmas Wonokromo Surabaya. *Jurnal Promkes* , Volume 4. <http://jurnal.stikesganeshahusada.ac.id>. diakses tanggal 25 September 2018

Latifah, L. N. (2016). Pemenuhan Kebutuhan Activities of Daily Living (ADL) Pasien Stroke Oleh Perawat di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan Gamping.

<http://repository.ums.ac.id/handle/123456789/2282> diakses tanggal 25 September 2018

Linggi, E. B., Karolina, A., & Lembang, M. (2018). Hubungan Activity Daily Living (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP.DR.Wahidin Sudirohusodo Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis Volume 12*.
<http://ejournal.stikesnh.ac.id> diakses tanggal 12 Maret 2019

Masniah. (2017). Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Dinamika Kesehatan*. <http://download.portalgaruda.org/article> diakses tanggal 25 Oktober 2018

Muttaqin. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis: Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus (2 ed.)*. Yogyakarta: MediAction.

Pratiwi, Y. (2015). Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kualitas Hidup Lanjut Usia di Pusat Santunan Keluarga. <http://repository.uinjkt.ac.id> diakses tanggal 02 Oktober 2018

PERDOSSI. (2018). Tanda dan Gejala SEGERA KE RS pada pasien Stroke. Jakarta <http://worldstrokecampaign.org> diakses tanggal 25 November 2018

Pretty, A. (2016). Hubungan Self Management dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Pisangan Ciputat. *Skripsi*. <http://repository.uinjkt.ac.id.pdf> diakses tanggal 10 Maret 2019

- Prihati, P. A. (2017). Hubungan Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke di Karangasem Kecamatan Laweyan Surakarta. <http://eprints.ims.ac.id> diakses tanggal 15 Oktober 2018
- Rahajeng, R. (2013). Determinan Penyakit Stroke. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. <http://jurnalpublikasiac.id.com> diakses tanggal 20 Oktober 2018
- Raeni, N. (2017). Gambaran Tingkat Ketergantungan *Activity Daily Living* Pasien Stroke Berdasarkan Indeks Barthel . *Jurnal Neurologi*. <http://jurnal.ugm.ac.id.pdf> diakses tanggal 2 Maret 2019
- Rekam Medis RSUD Haji Makassar. (2018). Jumlah Penderita Stroke Tahun 2015-2017. Makassar.
- RISKESDAS. (2018). Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Setyoadi. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Pasien Stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit DR. Iskak Tulungagung. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. <http://majalahkesehatan.ac.id> diakses tanggal 12 Maret 2019
- Soedirman. (2014). Hubungan Tingkat Kemandirian ADL dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Puskesmas Tembilahan Hulu. *Jurnal Neurologi*. <http://journalonlinesoedirman.ac.id> diakses tanggal 12 Maret 2018
- Sugiyono. (2012). Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta

Wahyudi. (2016). Kemandirian Pemenuhan Kebutuhan Activity Daily Living Pada Penderita Stroke Di Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo. *Jurnal Kesehatan POLTEKKES*. <http://repository.poltekkesmajapahit.ac.id> diakses tanggal 8 Maret 2019

Wahyuna. (2016). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke di RSUD Indramayu. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia* <http://ejournal.kepindonesia.ac.id> diakses tanggal 15 Oktober 2018

World Health Organization. (2017). Kriteria Kelompok Usia. <http://m.erabaru.net> diakses tanggal 25 November 2018

Yani, F. I. (2010). Perbedaan Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan antara Pasien Stroke Iskemik Serangan Pertama dan Berulang. <http://eprints.uns.ac.id> diakses tanggal 26 September 2018

Lampiran 1

JADWAL KEGIATAN
HUBUNGAN KEMAMPUAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL) DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA
STROKE USIA DEWASA MUDA DI RUANG FISIOTERAPI RSUD HAJI MAKASSAR
TAHUN 2019

No	Kegiatan	September				Oktober					November					Desember					Januari					Februari				Maret					April		
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3		
1.	Pengajuan judul																																				
2.	ACC judul																																				
3.	Menyusun proposal																																				
4.	Ujian proposal																																				
5.	Perbaikan proposal																																				
6.	Libur natal																																				
7.	Pelaksanaan penelitian																																				
8.	Pengolahan dan analisis data																																				
9.	Penyusunan laporan hasil penelitian																																				
10.	Ujian hasil																																				
11.	Perbaikan skripsi																																				

Lampiran 2

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Bpk./Ibu/Saudara/i Calon Responden

di-

Tempat.

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Septuyolia Hendni
Yasinta Yuliana Rapang

Alamat : Jln. Maipa No. 19

Adalah Mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang akan mengadakan penelitian tentang “Hubungan Kemampuan *Activity of Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar”.

Kami sangat mengharapkan partisipasi bapak/ibu/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

Septuyolia Hendni

Yasinta Yuliana Rapang

Lampiran 3

LEMBARAN PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama (initial) :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan penelitian, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul "Hubungan Kemampuan *Activity of Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar" yang akan dilaksanakan oleh Septuyolia Hendni dan Yasinta Yuliana Rapang dengan mengisi lembar kuesioner yang diberikan.

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, Januari 2019

Responden

Lampiran 4

**INDEKS BARTHEL PASIEN PASCA STROKE USIA DEWASA
MUDA**

BIODATA RESPONDEN:

1. Inisial responden :
2. Umur : ____ Tahun
3. Jenis kelamin : Perempuan Laki-laki
4. Pendidikan terakhir : SD SMP SMA PT
5. Status perkawinan : Kawin Belum kawin
 Janda/duda
6. Pekerjaan : PNS Wiraswasta Petani
 Pensiunan Tidak bekerja
 Lain-lain
7. Lamanya menderita stroke : ____ Tahun

No	Item Yang Dinilai	Keterangan	Skor
1	Makan (<i>feeding</i>)	0= Pasien tidak mampu makan sendiri 1= Pasien mampu menggunakan peralatan makan tetapi membutuhkan bantuan dalam memotong makanan 2= Pasien dapat makan secara mandiri	
2	Mandi (<i>bathing</i>)	0=Pasien memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas mandi 1= Pasien mampu mandi secara mandiri	
3	Perawatan diri (<i>grooming</i>)	0= Membutuhkan bantuan orang lain 1= Pasien mandiri dalam perawatan diri seperti menggosok gigi, menyisir rambut, dan mencuci tangan dan wajah.	
4	Berpakaian (<i>dressing</i>)	0= Tergantung orang lain 1= Pasien dibantu mengancing baju, memasang resleting dan mengikat sepatu 2= Pasien mampu berpakaian secara mandiri	
5	Buang air kecil (<i>bowel</i>)	0= Inkontinensia atau pakai kateter atau tidak terkontrol 1= Kadang-kadang inkontinensia (maksimal 1x24 jam) 2= Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	
6	Buang air besar (<i>Bladder</i>)	0= Inkontinensia dan perlu pemasangan enema 1= Kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2= Pasien mampu mengontrol BAB dan tidak membutuhkan enema	
7	Penggunaan toilet	0= Pasien sepenuhnya tergantung dalam penggunaan toilet. 1= Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri dan membutuhkan pengawasan. 2= Mandiri	
8	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0= Pasien tidak mampu duduk sendiri 1= Pasien mampu duduk tapi membutuhkan orang lain untuk membantunya 2= Pasien membutuhkan pengawasan dari orang lain saat duduk untuk menjaga keselamatan pasien. 3= Pasien mampu duduk secara mandiri	

9	Mobilitas	0= Pasien tidak mampu berjalan 1= Pasien membutuhkan kursi roda 2= Pasien memerlukan seseorang untuk mengawasi berjalan 3= Mandiri (meskipun menggunakan alat bantuan seperti tongkat)	
10	Naik turun tangga	0= Pasien tidak mampu naik dan turun tangga 1= Pasien mampu naik turun tangga tetapi membutuhkan bantuan (alat bantu dan orang) 2= Pasien mampu naik turun tangga secara mandiri	

**Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit
Fisioterapi RSUD Haji 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.
 1. Saya merasakan masalah dalam berjalan
 - Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan 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

- Masalah dirasakan ringan
 - 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 kehilangan 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 kerabat
- 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 seks 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 di keluarga (sebagai pencari nafkah, 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

Lampiran 5

LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN

**"Hubungan Kemampuan *Activity of Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup
Pasien Pasca Stroke Usia Dewasa Muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji
Makassar"**

Nama Mahasiswa . Septuyolia Hendni (CX1714201153)

Yasinta Yuliana Rapang (CX1714201198)

Pembimbing Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB

Hari/tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
Jumat 14/09/2018	Pengajuan judul			
Senin 17/09/2018	ACC judul			
Sabtu 27/09/2018	Konsul BAB I 1 Perbaiki kalimat per kalimat. 2. Tentukan komponen MDAEK 3. Tambahkan tentang stroke usia muda			
Selasa 09/10/2018	Konsul BAB I 1 Perbaiki komponen MDAEK			

<p>Sabtu 13/10/2018</p>	<p>2. Perbaiki stroke usia muda</p> <p>Konsul BAB I</p> <p>1 Perbaiki setiap paragraf</p> <p>2. Susun paragraph berdasarkan ide pembahasan</p>			
<p>Senin 15/10/2018</p>	<p>Konsul BAB I</p> <p>1 Tambahkan tentang konsep diri pada usia muda.</p> <p>2. Tambahkan tentang perbandingan ketergantungan berat dan ringan sesuai teori</p>			
<p>Selasa 23/10/2018</p>	<p>Konsul BAB I</p> <p>1 Revisi perbandingan kualitas hidup pada pasien ketergantungan berat dan mandiri</p> <p>2. Revisi fenomena dengan menambahkan peran perawat.</p>			
<p>Jumat 26/10/2018</p>	<p>Konsul BAB I</p> <p>1. Revisi rumusan masalah</p>			

	2. Lanjut BAB II			
Senin 29/10/2018	Kumpul BAB II dan instrumen penelitian	A	JA	SA
Rabu 31/10/2018	Konsul BAB II 1 Revisi tinjauan stroke usia muda	f	JA	SA
Rabu 07/10/2018	Konsul BAB II 1 Tambahkan cara pengukuran kualitas hidup 2. Tambahkan etiologi berdasarkan stroke NHS dan HS 3. Lanjut BAB III	L	JA	SA
Jumat 09/10/2018	Konsul BAB II dan BAB III 1 Perbaiki kategori variabel independen 2. Perbaiki kerangka konseptual 3. Lanjut BAB IV	f	JA	SA
Senin 12/10/2018	Konsul BAB III dan BAB IV 1 Perbaiki Populasi dan sampel penelitian 2. Perbaiki etika penelitian	f	JA	SA

	3. Perbaiki uji penelitian			
Rabu 14/10/2018	Konsul BAB IV 1. Perbaiki teknik pengambilan sampel 2. Tentukan jumlah populasi dan sampel penelitian 3. <i>Print out</i> dari awal sampai akhir	A	JH	SA
Selasa 04/03/2019	Konsul Master Tabel, output SPSS 1. Tambahkan tabel lama stroke	A	JH	SA
Kamis 07/03/2019	Konsul Bab V 1. Perbaiki tabel pada setiap karakteristik responden 2. Perbaiki pengetikan huruf dalam tabel 3. Tambahkan penelitian yang sejalan dan tidak sejalan dengan hasil penelitian	f	JH	SA
Rabu 13/03/2019	Konsul Bab V 1. Perbaiki pengetikan pembahasan.	f	JH	SA

	<p>2. Perbaiki sistematis pembahasan</p> <p>3. Tambahkan hasil pengamatan dan wawancara peneliti</p>			
<p>Jumat 15/03/2019</p>	<p>Konsul Bab V</p> <p>1 Tambahkan di simpulan akhir bagaimana peran usia dapat mempercepat perbaikan pada saat dilakukan rehabilitasi</p> <p>2. Tambahkan di simpulan akhir pembahasan hubungan mengapa ADL mandiri tetapi kualitas hidupnya masih dalam kategori cukup.</p>	<p>f</p>	<p>JA</p>	<p>JA</p>
<p>Sabtu 16/03/2019</p>	<p>Konsul Bab V</p> <p>1 Tambahkan konsep diri pada pasien pasca stroke usia dewasa muda</p>	<p>f</p>	<p>JA</p>	<p>JA</p>
<p>Senin 18/03/2019</p>	<p>Konsul Bab V</p> <p>1 Tambahkan peran perawat dalam memandirikan pasien</p>	<p>f</p>	<p>JA</p>	<p>JA</p>

	selama proses rehabilitasi			
Selasa 19/03/2019	Konsul Bab V 1 Periksa kembali pengetikan 2. Tambahkan referensi pada setiap teori *			
Rabu 20/03/2019	Konsul Bab VI dan Abstrak, <i>print out</i> dari halaman awal sampai akhir			
Kamis 21/03/2019	Konsul BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V, BAB VI Perhatikan dan perbaiki pengetikan			



**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: 635 / STIK-SM / S1.297 / 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 :

1. Nama : Septuyolia Hendni
NIM : CX1714201153
2. Nama : Yasinta Y. Rapang
NIM : CX1714201198

Judul : Hubungan Kemampuan *Activity of Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke Usia Muda

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, 8 Oktober 2018

Ketua,



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



**PEMERINTAH PROPINSI SULAWESI SELATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI MAKASSAR**

Alamat : Jl. Dg. Ngeppe No. 14 Makassar ,Telp. 855934 – 856091 Fax (0411)855934

LEMBAR PENGANTAR

NAMA : YASINTA YULIANA RAPANG
NIM : 091919201198
Jurusan : SI KEPERAWATAN
Asal Kampus : STIK STELLA MARIS MAKASSAR
Tanggal Penelitian : 25 OKTOBER 2018
Untuk Keperluan : Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Skripsi / Tesis / Disertasi
Judul Penelitian : HUBUNGAN KEMAMPUAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL)
DENGAN KUALITAS HAYAT PADA PASIEN BASKA STROKE USIA MUDA

Mohon bantuannya, Mahasiswa yang bersangkutan untuk penelitian dan pengambilan data di Rumah Sakit Umum Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan pada bagian .

1. Rekam Medik
2.
3.
4.
5.
6.

Atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan banyak terima kasih.

Makassar, 25 OKTOBER 2018
Kasie. Litbang

SUPARMAN, S.Kep, Ns
Nip. : 1973111 199303 1 006



**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 767.3 / STIK-SM / S1.370.3 / XII / 2018
Perihal **Permohonan Izin Penelitian Mahasiswa
Program S-1 Keperawatan**

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

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

1. Nama : Septuyolla Hendni
NIM : CX1714201153
2. Nama : Yasinta Yuliana Rapang
NIM : CX1714201198

Judul *Hubungan kemampuan Activity of Daily Living (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke usia dewasa muda di Unit Fisioterapi RSUD Haji Makassar.*

Waktu Penelitian : Januari - Februari 2019

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

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

Makassar, 17 Desember 2018

Sopianus Abdur, S.Si., Ns., M.Kes.
NIDN. 0926027101



PEMERINTAH PROPINSI SULAWESI SELATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI MAKASSAR

Alamat : Jl. Dg. Ngeppe No. 14 Makassar ,Telp. 855934 – 856091 Fax (0411)855934

LEMBAR PENGANTAR

NAMA : YASINTA YULIANA RAPANG
NIM : 0X1714201198
Jurusan : KEPERAWATAN
Asal Kampus : STIK STELLA MARIS MAKASSAR
Tanggal Penelitian : 02 JANUARI s/d 20 FEBRUARI 2019
Untuk Keperluan : Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Skripsi / Tesis / Disertasi
Judul Penelitian : HUBUNGAN KEMAMPUAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE USIA ~~060~~ MUDA DI UNIT FISIOTERAPI RUMAH SAKIT HAJI MAKASSAR

Mohon bantuannya, Mahasiswa yang bersangkutan untuk penelitian dan pengambilan data di Rumah Sakit Umum Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan pada bagian :

1. FISIOTERAPI
2.
3.
4.
5.
6.

Atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan banyak terima kasih.

Makassar, 14 Januari 2018
P. Kasie. Lehang

SUPARMAN, S.Kep. Ns
Np : 1974111993031006



PEMERINTAH PROPINSI SULAWESI SELATAN
RUMAH SAKIT UNUM DAERAH HAJI MAKASSAR

Alamat : Jl. Dg. Ngeppe No. 14 Makassar ,Telp. 855934 – 856091 Fax (0411)855934

SURAT KETERANGAN

Nomor : 5637 TU / RSUD / III / 2019

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N A M A : SUPARMAN, S.Kep, Ns
NIP : 19731111 199303 1 006
PANGKAT/GOL. : PENATA TK I, III/d
JABATAN : KASIE. PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN

Dengan ini menerangkan :

NAMA : 1. SEPTUYOLIA HENDNI (CX1714201153)
2. YASINTA YULIANA RAPANG (CX1714201198)
JURUSAN : S1 KEPERAWATAN
MAHASISWA : STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Adalah benar telah selesai melakukan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan, dalam rangka penyusunan *SKRIPSI* pada tanggal 02 Januari s/d 28 Februari 2019 dengan Judul :

"HUBUNGAN KEMAMPUAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE USIA DEWASA MUDA DI UNIT FISIOTERAPI RSUD HAJI MAKASSAR"

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 21 Maret 2019

Kasie. PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN,


SUPARMAN, S.Kep, Ns

NIP : 19731111 199303 1 006



Lampiran 9

Master Tabel

NO	Nama	Umur	KD	JK	KD	Pend.	KD	SP	KD	Pekerjaan	KD	Lamanya Stroke	KD
1	H	42	5	P	1	SMA	1	Kawin	1	PNS	1	24	4
2	O	45	6	P	1	SMA	1	Kawin	1	Wiraswasta	2	36	7
3	W	39	3	P	1	SMA	1	Kawin	1	Petani	3	28	5
4	P	39	3	L	2	SMA	1	Kawin	1	Wiraswasta	2	36	7
5	G	45	6	L	2	PT	3	Kawin	1	Wiraswasta	2	35	6
6	F	40	4	L	2	SMA	1	Kawin	1	Petani	3	29	5
7	K	35	1	P	1	SMA	1	Kawin	1	PNS	1	12	2
8	S	45	6	L	2	SMA	1	Kawin	1	Petani	3	7	1
9	D	45	6	P	1	PT	3	Kawin	1	PNS	1	24	4
10	M	34	1	P	1	SMA	1	Kawin	1	Wiraswasta	2	25	4
11	I	38	3	P	1	PT	3	Janda	2	PNS	1	12	2
12	J	43	5	L	2	PT	3	Kawin	1	Wiraswasta	2	24	4
13	I	45	6	L	2	SMA	1	Kawin	1	Wiraswasta	2	36	7
14	I	42	5	L	2	DIII	2	Kawin	1	PNS	1	28	5
15	A	45	6	P	1	PT	3	Kawin	1	PNS	1	25	4
16	B	42	5	P	1	DIII	2	Kawin	1	PNS	1	36	7
17	L	41	4	L	2	SMA	1	Kawin	1	IRT	4	27	5
18	Y	37	2	P	1	PT	3	Duda	3	PNS	1	28	5
19	E	45	6	L	2	SMA	1	Kawin	1	Wiraswasta	2	36	7
20	B	43	5	L	2	PT	3	Kawin	1	Wiraswasta	2	36	7
21	D	45	6	P	1	SMA	1	Kawin	1	IRT	4	36	7
22	H	38	3	L	2	DIII	2	Kawin	1	Wiraswasta	2	6	1
23	J	36	2	P	1	SMA	1	Kawin	1	Wiraswasta	2	25	4
24	D	45	6	L	2	SMA	1	Kawin	1	Wiraswasta	2	36	7
25	L	45	6	P	1	PT	3	Kawin	1	Wiraswasta	2	36	7
26	S	38	3	L	2	SMA	1	Duda	3	PNS	1	24	4
27	F	36	2	P	1	SMA	1	Kawin	1	IRT	4	18	3
28	A	45	6	P	1	SMA	1	Kawin	1	IRT	4	19	3
29	K	45	6	L	2	PT	3	Kawin	1	PNS	1	36	7
30	O	42	5	P	1	DIII	2	Kawin	1	IRT	4	6	1
31	P	39	3	P	1	DIII	2	Kawin	1	IRT	4	26	5

Activity of Daily Living										Total	SKOR	KD
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1	0	1	1	2	2	1	2	2	0	12	KETERGANTUNGAN RINGAN	2
2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	MANDIRI	1
2	1	1	2	2	2	2	3	2	1	18	KETERGANTUNGAN RINGAN	2
1	0	3	1	2	2	1	2	2	1	15	KETERGANTUNGAN RINGAN	2
2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	MANDIRI	1
2	1	1	2	2	2	2	3	2	1	18	KETERGANTUNGAN RINGAN	2
1	0	1	1	1	2	1	1	1	0	9	KETERGANTUNGAN SEDANG	3
1	0	1	1	2	1	1	0	1	0	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4
2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	MANDIRI	1
2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	MANDIRI	1
1	0	1	1	2	2	0	1	1	0	9	KETERGANTUNGAN SEDANG	3
1	0	1	2	2	2	1	2	2	1	14	KETERGANTUNGAN RINGAN	2
2	0	1	2	2	2	2	2	2	1	16	KETERGANTUNGAN RINGAN	2
2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	MANDIRI	1
2	0	1	1	1	2	2	1	2	0	12	KETERGANTUNGAN RINGAN	2
2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	MANDIRI	1
2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	MANDIRI	1
1	0	1	1	2	2	1	2	2	1	13	KETERGANTUNGAN RINGAN	2
1	0	1	1	1	1	1	1	2	0	9	KETERGANTUNGAN SEDANG	3
2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	MANDIRI	1
2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	15	KETERGANTUNGAN RINGAN	2
2	0	1	1	1	1	1	1	1	0	9	KETERGANTUNGAN SEDANG	3
2	0	1	1	2	2	1	3	2	1	15	KETERGANTUNGAN RINGAN	2
2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	MANDIRI	1
2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	MANDIRI	1
2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	15	KETERGANTUNGAN RINGAN	2
1	0	1	1	2	2	1	1	1	0	10	KETERGANTUNGAN SEDANG	3
1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	7	KETERGANTUNGAN BERAT	4
2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	MANDIRI	1
2	0	1	1	2	2	1	3	2	1	15	KETERGANTUNGAN RINGAN	2
2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	20	MANDIRI	1

Dimensi Fisik																			Jumlah
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
3	2	1	1	2	2	5	5	1	2	3	3	1	3	1	2	2	2	2	43
4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	70
2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	4	4	4	4	3	2	2	2	2	49
4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	69
4	3	4	4	3	3	3	3	3	2	4	4	4	4	5	5	5	5	5	73
3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	41
1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	3	3	3	1	1	1	1	1	29
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	39
3	3	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	68
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	42
1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	4	4	1	1	1	1	42
3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	52
3	3	2	1	3	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	39
3	2	1	3	2	2	3	3	3	3	3	4	4	4	2	1	2	2	3	50
4	4	4	4	2	3	5	5	4	5	4	3	1	3	4	4	4	4	4	71
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	3	2	2	2	2	2	43
2	2	2	2	3	3	3	3	2	1	4	5	2	3	3	3	2	2	2	49
2	2	2	2	3	3	2	2	1	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	43
1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	1	1	1	1	32
5	5	5	5	5	2	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	69
3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	60
1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3	4	5	4	1	1	1	1	1	33
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	2	2	2	2	2	46
4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	73
1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	3	3	3	1	1	1	1	1	29
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	61
4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	62
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	42
1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	40
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	42
4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	65

Dimensi Psikologis							Jumlah	Dimensi Sosial						Jumlah
20	21	22	23	24	25	26		27	28	29	30	31	32	
5	3	3	5	2	1	4	23	4	3	1	1	1	5	15
5	5	5	5	5	5	4	34	3	3	3	3	3	3	18
3	3	3	3	3	3	2	20	2	2	4	4	2	3	17
3	3	3	4	4	3	4	24	2	4	4	4	4	5	23
4	4	4	2	2	4	5	25	4	4	3	3	3	4	21
2	2	2	4	3	3	3	19	1	3	4	4	3	2	17
2	1	1	4	4	3	1	16	2	1	1	1	1	3	9
1	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	1	1	4	9
4	4	4	4	4	4	4	28	4	4	4	4	4	4	24
2	2	2	2	2	2	3	15	2	2	3	3	3	2	15
3	1	1	1	1	1	2	10	1	1	1	1	1	3	8
2	2	2	2	2	2	3	15	3	2	4	4	4	2	19
3	2	2	3	3	2	2	17	4	3	3	3	3	2	18
2	1	1	1	1	2	3	11	3	2	1	2	1	4	13
5	3	3	4	4	5	5	29	5	4	1	1	3	4	18
2	2	2	2	2	2	2	14	2	2	3	3	2	2	14
2	2	2	4	4	4	3	21	1	2	3	3	3	4	16
4	4	4	4	4	4	2	26	3	2	3	3	3	4	18
3	3	3	4	3	3	1	20	1	1	3	3	2	2	12
5	4	4	4	4	4	3	28	3	3	3	3	3	4	19
4	4	3	5	3	3	3	25	3	3	3	3	3	4	19
3	3	3	3	3	3	2	20	3	3	3	3	3	2	17
5	3	3	4	3	3	2	23	2	2	3	3	3	2	15
4	4	4	5	5	4	3	29	3	4	3	4	4	2	20
2	1	1	4	4	3	1	16	2	1	1	1	1	3	9
1	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	1	1	4	9
3	3	2	1	1	1	1	12	1	1	4	4	4	1	15
2	2	2	2	2	2	2	14	1	1	1	1	1	1	6
2	2	2	3	3	3	3	18	1	2	2	2	2	3	12
4	4	4	4	4	3	2	25	2	2	2	2	2	2	12
4	4	4	5	5	4	4	30	4	4	4	4	4	4	24

Dimensi Peran	Jumlah	Dimensi Spiritual			Jumlah
		34	35	36	
33					
5	5	5	5	3	13
3	3	3	3	5	11
1	1	3	5	5	13
5	5	4	4	4	12
4	4	4	5	5	14
2	2	2	5	5	12
3	3	3	5	5	13
1	1	1	5	5	11
4	4	4	5	5	14
2	2	2	4	5	11
5	3	2	5	5	12
2	2	2	4	5	11
2	2	2	4	5	11
1	1	3	5	2	10
4	4	4	5	5	14
2	2	2	5	5	12
3	3	2	4	5	11
2	2	2	5	5	12
2	2	2	3	5	10
4	4	3	5	5	13
3	3	3	5	5	13
2	2	2	3	3	8
2	2	2	5	5	12
3	3	3	4	3	10
4	4	3	5	5	13
1	1	1	5	5	11
1	1	3	5	5	13
2	2	2	5	5	12
2	2	2	5	5	12
2	2	2	5	5	12
5	5	4	5	5	14

Total	Skor	KD
99	CUKUP	2
136	BAIK	1
100	CUKUP	2
133	BAIK	1
137	BAIK	1
91	CUKUP	2
70	KURANG	3
69	KURANG	3
138	BAIK	1
85	CUKUP	2
75	KURANG	3
99	CUKUP	2
87	CUKUP	2
85	CUKUP	2
136	BAIK	1
85	CUKUP	2
100	CUKUP	2
101	CUKUP	2
76	KURANG	3
133	BAIK	1
120	CUKUP	2
80	KURANG	3
98	CUKUP	2
135	BAIK	1
71	KURANG	3
91	CUKUP	2
103	CUKUP	2
76	KURANG	3
84	KURANG	3
93	CUKUP	2
138	BAIK	1

Lampiran 10

Hasil Output SPSS

		Statistics				
		Umur	JK	Pend.	SP	Pekerjaan
N	Valid	31	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1.94	1.45	1.74	1.16	2.16
Std. Error of Mean		.045	.091	.160	.094	.197
Median		2.00	1.00	1.00	1.00	2.00
Mode		2	1	1	1	2
Std. Deviation		.250	.506	.893	.523	1.098
Variance		.062	.256	.798	.273	1.206
Range		1	1	2	2	3
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	2	3	3	4
Sum		60	45	54	36	67

		Umur			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	34-35	2	6.5	6.5	6.5
	36-37	3	9.7	9.7	16.1
	38-39	6	19.4	19.4	35.5
	40-41	2	6.5	6.5	41.9
	42-43	6	19.4	19.4	61.3
	44-45	12	38.7	38.7	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	P	17	54.8	54.8	54.8
	L	14	45.2	45.2	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMA	17	54.8	54.8	54.8
	DIII	5	16.1	16.1	71.0
	PT	9	29.0	29.0	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Status Perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kawin	28	90.3	90.3	90.3
	Janda	1	3.2	3.2	93.5
	Duda	2	6.5	6.5	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	10	32.3	32.3	32.3
	Wiraswasta	12	38.7	38.7	71.0
	Petani	3	9.7	9.7	80.6
	IRT	6	19.4	19.4	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Lama Stroke

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 6-10 bulan	3	9.7	9.7	9.7
11-15 bulan	2	6.5	6.5	16.1
16-20 bulan	2	6.5	6.5	22.6
21-25 bulan	7	22.6	22.6	45.2
26-30 bulan	6	19.4	19.4	64.5
31-35 bulan	1	3.2	3.2	67.7
36 bulan	10	32.3	32.3	100.0
Total	31	100.0	100.0	

Activity of Daily Living

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mandiri	12	38.7	38.7	38.7
Ketergantungan Ringan	12	38.7	38.7	77.4
Ketergantungan Sedang	5	16.1	16.1	93.5
Ketergantungan Berat	2	6.5	6.5	100.0
Total	31	100.0	100.0	

Kualitas Hidup

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	8	25.8	25.8	25.8
Cukup	15	48.4	48.4	74.2
Kurang	8	25.8	25.8	100.0
Total	31	100.0	100.0	

Activity of Daily Living * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Activity of Daily Living	Mandiri	Count	6	4	2	12
		Expected Count	3.1	5.8	3.1	12.0
		% within Activity of Daily Living	50.0%	33.3%	16.7%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	75.0%	26.7%	25.0%	38.7%
		% of Total	19.4%	12.9%	6.5%	38.7%
Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Ringan	Count	2	10	0	12
		Expected Count	3.1	5.8	3.1	12.0
		% within Activity of Daily Living	16.7%	83.3%	0.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	25.0%	66.7%	0.0%	38.7%
		% of Total	6.5%	32.3%	0.0%	38.7%
Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Sedang	Count	0	1	4	5
		Expected Count	1.3	2.4	1.3	5.0
		% within Activity of Daily Living	0.0%	20.0%	80.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	0.0%	6.7%	50.0%	16.1%
		% of Total	0.0%	3.2%	12.9%	16.1%
Ketergantungan Berat	Ketergantungan Berat	Count	0	0	2	2
		Expected Count	.5	1.0	.5	2.0
		% within Activity of Daily Living	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	0.0%	0.0%	25.0%	6.5%
		% of Total	0.0%	0.0%	6.5%	6.5%
Total	Total	Count	8	15	8	31
		Expected Count	8.0	15.0	8.0	31.0
		% within Activity of Daily Living	25.8%	48.4%	25.8%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	25.8%	48.4%	25.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.749 ^a	6	.001
Likelihood Ratio	25.032	6	.000
Linear-by-Linear Association	10.927	1	.001
N of Valid Cases	31		

a. 10 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .52.

Kemampuan ADL * Kualitas Hidup Crosstabulation

		Kualitas Hidup			Total
		Baik	Cukup	Kurang	
Kemampuan Mandiri+Ketergantungan ADL Ringan	Count	8	14	2	24
	Expected Count	6.2	11.6	6.2	24.0
	% within Kemampuan ADL	33.3%	58.3%	8.3%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	100.0%	93.3%	25.0%	77.4%
	% of Total	25.8%	45.2%	6.5%	77.4%
Ketergantungan ADL Sedang+Berat	Count	0	1	6	7
	Expected Count	1.8	3.4	1.8	7.0
	% within Kemampuan ADL	0.0%	14.3%	85.7%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	0.0%	6.7%	75.0%	22.6%
	% of Total	0.0%	3.2%	19.4%	22.6%
Total	Count	8	15	8	31
	Expected Count	8.0	15.0	8.0	31.0
	% within Kemampuan ADL	25.8%	48.4%	25.8%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	25.8%	48.4%	25.8%	100.0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.081 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	16.773	2	.000
Linear-by-Linear Association	12.455	1	.000
N of Valid Cases	31		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.81.

Frequencies

Kemampuan ADL		N
Kualitas Hidup	Mandiri+Ketergantungan Ringan	24
	Ketergantungan Sedang+Berat	7
	Total	31

Test Statistics^a

		Kualitas Hidup
Most Extreme Differences	Absolute	.774
	Positive	.774
	Negative	.000
Kolmogorov-Smirnov Z		0.001
Asymp. Sig. (2-tailed)		.003

a. Grouping Variable: Kemampuan ADL