



**SKRIPSI**

**HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI  
RUANG FISIOTERAPI RSUP DR.  
WAHIDIN SUDIROHUSODO  
MAKASSAR**

**PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL**

**OLEH:**

**KAROLINA ALFANI B.D (C1414201088)**

**MERTIANA LEMBANG (C1414201096)**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS  
MAKASSAR  
2018**



**SKRIPSI**

**HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI  
RUANG FISIOTERAPI RSUP DR.  
WAHIDIN SUDIROHUSODO  
MAKASSAR**

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

**OLEH:**

**KAROLINA ALFANI B.D (C1414201088)**

**MERTIANA LEMBANG (C1414201096)**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS  
MAKASSAR  
2018**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Karolina Alfani B.D (C1414201088)

Mertiana Lembang (C1414201096)

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

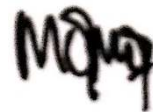
Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 13 April 2018

Yang menyatakan,



(Karolina Alfani B.D)



(Mertiana Lembang)

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

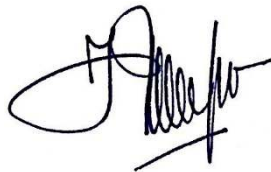
**HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) DENGAN KUALITAS  
HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI RUANG FISIOTERAPI  
RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO  
MAKASSAR**

**Diajukan Oleh:**

**Karolina Alfani B.D (C1414201088)  
Mertiana Lembang (C1414201096)**

**Disetujui Oleh:**

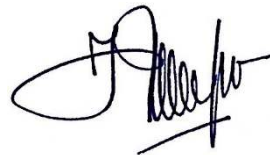
**Pembimbing**



**(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)  
NIDN : 0912106501**

**Wakil Ketua I**

**Bidang Akademik**



**(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)  
NIDN : 0912106501**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) DENGAN KUALITAS  
HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI RUANG FISIOTERAPI  
RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO  
MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

**Karolina Alfani B.D**

**C1414201088**

**Mertiana Lembang**

**C1414201096**

Telah dibimbing dan disetujui oleh:



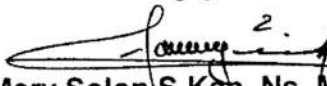
**(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)**

**NIDN : 0912106501**

Telah Diuji dan Dipertahankan  
Dihadapan Dewan Penguji Pada 13 April 2018  
dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I



**(Mery Solon, S.Kep.,Ns.,M.Kes)**  
**NIDN : 0910057502**

Penguji II




**(Elmiana B. Linggi, S.Kep.,Ns.,M.Kes)**  
**NIDN : 0925027603**

Makassar, 13 April 2018

Program Studi S1 Keperawatan dan Ners

Ketua STIK Stella Maris Makassar



**(Sibrians Abd. Si, S.Kep.,Ns.,M.Kes)**

**NIDN : 0928027101**



## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Karolina Alfani B.D (C1414201088)

Mertiana Lembang (C1414201096)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

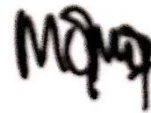
Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-sebenarnya.

Makassar, 13 April 2018

Yang menyatakan,



(Karolina Alfani B.D)



(Mertiana Lembang)

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah Yang Maha Kuasa atas segala rahmat dan kasih setia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar”**.

Adapun penulisan skripsi ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Dalam proses penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak baik moral maupun material sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini tepat pada waktunya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di program studi S1 Keperawatan Stella Maris.
2. Henny Pongantung.,S.Kep.,Ns.,MSN, selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik dan juga sebagai dosen pembimbing yang telah mengarahkan penulis dalam penyusunan dan penyelesaian skripsi.

3. Fransiska Anita.,E.R.S.,S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB. Selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
4. Mery Solon.,Ns.,M.Kes. selaku dewan penguji I yang telah banyak membimbing dan memberikan masukan kepada penulis
5. Elmiana Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes selaku penguji II yang telah banyak membimbing dan memberikan masukan kepada penulis.
6. Semua staf tenaga pendidikan STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan
7. Direktur RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian.
8. Teristimewa untuk kedua orang tua Karolina Alfani B.D (Fransiskus Dasar dan Paulina Mamus) dan Mertiana Lembang (Alexander Lembang dan Yuli Datu Saso') saudara, beserta segenap keluarga yang telah memberikan doa dan segala bentuk dukungannya.
9. Sahabat dan seluruh teman-teman S1 Keperawatan jalur A angkatan 2014 yang telah sama-sama berjuang, terimakasih atas kebersamaan, kerja sama dan dukungan kepada penulis.
10. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan doa dan dukungan baik secara langsung maupun tidak langsung dalam skripsi ini.

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

Makassar, 13 April 2018

Penulis



## ABSTRAK

**HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) DENGAN KUALITAS HIDUP  
PASIEN PASCA STROKE DI RUANG FISIOTERAPI  
RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO  
MAKASSAR  
(Dibimbing oleh Henny Pongantung)**

**KAROLINA ALFANI B.D  
MERTIANA LEMBANG**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS STIK STELLA MARIS  
(XVII + 55 Halaman + 31 Daftar Pustaka + 11 Tabel + 8 Lampiran)**

Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak sehingga menyebabkan gangguan komunikasi, gangguan persepsi hingga kelumpuhan atau kecacatan. Dampak dari kelemahan atau kelumpuhan akan menghambat pemenuhan aktivitas sehari-hari sehingga menimbulkan penurunan kualitas hidup pasien pasca stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di ruang fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional study*. Populasi penelitian adalah pasien pasca stroke yang mengalami hemiparese sebanyak 30 responden dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling* dan pengumpulan data dengan menggunakan instrumen *indeks barthel* dan kuesioner *stroke specific scale quality of life*. Pengujian hipotesis menggunakan uji *chi square* berhubung dengan nilai *expected count* <5 dan >20% maka dilanjutkan dengan penggabungan sel dan hasil penelitian nilai  $p = 0,000$  dengan tingkat pemaknaan  $\alpha = 0,05$ . Hal ini menunjukkan bahwa  $p (0,000) < \alpha (0,05)$  sehingga ada hubungan *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di ruang fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Diharapkan bagi pasien dan keluarga agar dapat memandirikan pasien dalam melakukan aktivitas pemenuhan kebutuhan diri guna meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke agar lebih baik.

**Kata Kunci : Stroke, *Activity Daily Living* (ADL) dan Kualitas Hidup  
Kepustakaan : (2005-2017)**

## **ABSTRACT**

### **CORRELATION BETWEEN ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) AND THE QUALITY OF LIFE POST-STROKE AT PHYSIOTHERAPY ROOM IN RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR (Supervised by Henny Pongantung)**

**KAROLINA ALFANI B.D  
MERTIANA LEMBANG**

**S1 STUDY PROGRAM NURSING AND NURSES STIK STELLA MARIS  
(XVII + 55 Page + 31 Bibliography + 11 Table + 8 Annexes)**

Stroke is a disorder of brain function caused by the cessation of blood supply to the part of the brain causing communication disorders, perceptual disorders, until paralysis or disability. The impact of weakness of paralysis will inhibit fulfillment of daily activities that lead to decreased quality life of patient post stroke. This study aim to determine the relationship of activity daily living with quality of life patient post stroke at physiotherapy room in RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. This type of research used is observasional analytic with approach cross sectional study. Study population was post stroke patients is who experienced hemiparesis as much 30 respondents with the technique using consecutive sampling and data collection using barthel index instrument and stroke specific scale quality of life questionnaire. Hypothesis testing using chi square test is related to value expected count  $< 5$  and  $20\%$ , and then continued with cell merging and research result value  $p = 0,000$  with the level of meaning  $\alpha = 0,05$ . This show that  $p(0,000) < \alpha 0,05$ . It's mean that is a correlation between activity daily living (ADL) and the quality of life post-stroke at physiotherapy room in RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. May can expected for patients and family to be able to independent patient in performing self-fulfilling activity to improve the quality of life of post-stroke patient to be better.

**Keywords: Stroke, Activity Daily Living (ADL), Quality of Life  
References: (2005-2017)**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL DEPAN .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN SAMPUL DALAM.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH .....</b>	<b>xvii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
1. Tujuan Umum .....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
D. Manfaat Penelitian .....	6
1. Bagi Pasien dan Keluarga .....	6
2. Bagi Institusi Pendidikan.....	6
3. Bagi Peneliti.....	7
4. Bagi Rumah Sakit.....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>

A. Tinjauan Umum Tentang Aktivitas .....	8
1. Definisi <i>Activity Daily Living</i> .....	8
2. Faktor yang Mempengaruhi <i>Activity Daily Living</i> .....	8
3. Macam-macam <i>Activity Daily Living</i> .....	10
4. Penilaian Aktivitas Sehari-hari .....	12
B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup.....	15
1. Definisi Kualitas Hidup.....	15
2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup .....	16
3. Domain Kualitas Hidup .....	17
4. Pengukuran Kualitas Hidup .....	19
C. Tinjauan Umum Tentang Stroke .....	22
1. Definisi Stroke.....	22
2. Klasifikasi Stroke.....	23
3. Etiologi .....	24
4. Patofisiologi .....	27
5. Tanda dan Gejala .....	28
6. Pemeriksaan Diagnostik .....	28
7. Penatalaksanaan .....	29
8. Komplikasi .....	31
<b>BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....</b>	<b>32</b>
A. Kerangka Konseptual.....	32
B. Hipotesis Penelitian.....	33
C. Definisi Operasional .....	33
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>34</b>
A. Jenis Penelitian .....	34
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	34
1. Tempat Penelitian .....	34
2. Waktu Penelitian.....	34
C. Populasi dan Sampel .....	34

1. Populasi .....	34
2. Sampel.....	35
D. Instrumen Penelitian .....	35
E. Pengumpulan Data .....	36
F. Pengolahan dan Penyajian Data .....	37
G. Analisa Data.....	38
1. Analisa Univariat.....	38
2. Analisa Bivariat.....	38
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>40</b>
A. HASIL .....	40
1. Pengantar .....	40
2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	41
3. Karakteristik Responden.....	42
4. Hasil Analisis Variabel yang Diteliti.....	46
B. PEMBAHASAN .....	49
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>54</b>
A. Kesimpulan.....	54
B. Saran.....	54

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

2.1 Tabel <i>Indeks Barthel</i> .....	13
2.2 Tabel Penilaian Skor <i>Indeks Barthel</i> .....	14
2.3 Tabel Penilaian <i>Stroke Specific Quality of Life</i> .....	22
3.1 Tabel Defenisi Operasional Variabel Penelitian .....	33
5.1 Tabel Frekuensi Responden Berdasarkan Umur .....	42
5.2 Tabel Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	43
5.3 Tabel Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	44
5.4 Tabel Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan .....	45
5.5 Tabel Frekuensi Responden Berdasarkan <i>Activity Daily Living</i> .....	46
5.6 Tabel Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup.....	47
5.7 Tabel Analisis Hubungan (ADL) dengan Kualitas Hidup.....	48

## DAFTAR GAMBAR



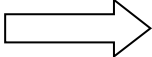
Daftar Gambar 2.1 Skema Model <i>Health Related Quality of Life</i> .....	20
Daftar Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konseptual.....	32

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Data Awal
- Lampiran 3 : Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Etik
- Lampiran 5 : Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian
- Lampiran 6 : Lembar Konsul
- Lampiran 7 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 8 : Lembar Observasi *Indeks Barthel*
- Lampiran 9 : Kuesioner Kualitas Hidup
- Lampiran 10 : Master Tabel
- Lampiran 11 : Distribusi Frekuensi dan *Uji Chi Square*



## DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

WHO	: <i>World Health Organization</i>
ASEAN	: <i>Association of Sout East Asian Nations</i>
WSO	: <i>World Stroke Organization</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
IB	: <i>Indeks Barthel</i>
HRQOL	: <i>Health-Related Quality of Life</i>
SSQOL	: <i>Stroke Specific Quality of Life</i>
AVM	: <i>Arteriovenous Malformations</i>
PSA	: Perdarahan Sub Arachnoid
LDL	: <i>Low Density Lipoprotein</i>
SPSS	: <i>Stastical Package and Social Sciences</i>
Ha	: Hipotesis alternative
Ho	: Hipotesis Null
P	: Asym Sig
$\alpha$	: Alpha
<	: Lebih Kecil
>	: Lebih Besar
	: Variabel Independen
	: Variabel Dependen
	: Penghubung Variabel

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Stroke merupakan masalah masyarakat secara luas, khususnya di Negara berkembang dengan angka kecacatan utama pada pasien dewasa. Dari data WHO di Negara ASEAN banyak pasien yang dirawat di rumah sakit yang disebabkan oleh karena stroke diantaranya adalah Negara Indonesia, India, Taiwan, Hongkong, Singapura, Thailand, Malaysia dan Filipina (Aliah, 2006). Stroke dapat mengambil kebahagiaan hidup seseorang dan mengubah kehidupan pasien serta keluarganya. Kemampuan berfikir, beraktivitas sehari-hari dan kebahagiaan dapat hilang dan lenyap ketika stroke telah menimpa pasien. Kecacatan akibat stroke juga menambah beban baik materi maupun mental psikologis bagi keluarga dan pasien. Fakta tersebutlah membuat sebagian orang banyak mengalami keadaan yang memprihatinkan jika menghadapi stroke (Lingga, 2013).

Stroke sebagai penyebab kematian terbesar ketiga di Amerika Serikat dengan angka kematian mencapai 143,579 ribu orang tiap tahunnya, WHO (2008), mencatat 15 juta orang di dunia menderita stroke setiap tahunnya, dimana 5 juta diantaranya meninggal dan 5 juta yang lain mengalami kecacatan akibat stroke. *National Stroke Foundation* mencatat pada tahun 2010 di Australia kurang lebih 60.000 kejadian stroke terjadi setiap tahunnya.

Di Negara maju, stroke merupakan penyakit mematikan setelah jantung dan kanker. Sedangkan di Indonesia sendiri, merupakan Negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia. Saat ini telah di perkirakan 1 dari 6 orang di seluruh dunia akan mengalami stroke dalam hidupnya (WSO, 2010). Berdasarkan data, angka kejadian stroke

meningkat secara dramatis seiring usia. Setiap penambahan usia 10 tahun sejak usia 35 tahun, resiko stroke meningkat dua kali lipat dan hipertensi sebagai faktor resiko utama di Indonesia juga semakin meningkat. Maka diperkirakan di masa yang akan datang sekitar 12 juta penduduk di Indonesia berumur di atas 35 tahun memiliki potensi terkena serangan stroke (Yayasan Stroke Indonesia, 2009).

Selain itu, prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dalam RISKESDAS (2013) menguraikan bahwa prevalensi stroke umur  $\geq 15$  tahun di Sulawesi Selatan menjadi peringkat pertama tertinggi sebanyak 17,9%. Stroke dapat menyebabkan penderitanya mengalami kelumpuhan juga mengalami gangguan kognisi, gangguan komunikasi, dan gangguan persepsi. Akibatnya pasien maupun keluarga kesulitan dalam melaksanakan penyesuaian diri terhadap lingkungan. Hal ini juga menyebabkan ketidakmampuan pasien stroke dalam melaksanakan fungsi aktivitas sehari-hari dan keterbatasan dalam melakukan kegiatan social serta menimbulkan ketergantungan (Nurbaini, 2009).

Ketidakmampuan dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari atau perawatan diri akibat kelemahan pada ekstremitas dan fungsi penurunan mobilitas yang dapat menghambat pemenuhan aktivitas sehari-hari (*Activity Daily Living*), menyebabkan ketidakmandirian pasien dalam melakukan perawatan diri seperti makan, berpakaian, mandi, berpindah tempat, BAB, BAK, dan bersosialisasi (Soedirman, 2014). Kemampuan melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada penderita stroke dilakukan secara dependen dengan bantuan *caregiver*, baik perawat maupun keluarga (Sonatha, 2012). Dampak dari ketidakmampuan tersebut sangat perlu diperhatikan karena pasien pasca stroke akan mengalami perubahan kepribadian, emosi, dan dalam keadaan ini biasa mengakibatkan depresi maupun ketergantungan yang akan

mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke (Budiyono, 2005). Akibat dari ketidakmampuan atau kelemahan dalam aktivitas sehari-hari pada pasien pasca stroke yang menimbulkan penurunan kualitas yang salah satunya ketidakmampuan perawatan diri akibat kelemahan dan penurunan fungsi mobilitas yang menghambat pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL). Terdapat kira-kira 2 juta orang yang bertahan hidup pada penyakit stroke yang mengalami kecacatan, dari angka ini 40% memerlukan bantuan dalam menjalani aktivitas kehidupannya sehari-hari (Smeltzer & Bare, 2002).

Hal ini didukung oleh penelitian Haqhqoo dkk, (2013) menemukan sekitar 65,5% penderita stroke mengalami ketergantungan dan membutuhkan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan aktivitas kehidupannya sehari-hari (*Activity Daily Living*). Semakin lanjut usia, seseorang akan mengalami kemunduran terutama di bidang kemampuan fisik sehingga mengakibatkan timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan sehari-harinya yang berakibat dapat meningkatkan ketergantungan terhadap bantuan orang lain (Nugroho, 2008). Penderita stroke bergantung pada dukungan fisik dari informal *caregiver* seperti keluarga dan perawat (Akosile & Mbada, 2011).

Untuk mengetahui kemampuan kemandirian pasien stroke dalam melakukan aktivitas sehari-hari, dapat diukur dengan menggunakan pengukuran indeks barthel. Indeks Barthel digunakan untuk menilai kemampuan fungsional pada pasien stroke sebagai tolak ukur dalam menilai kemampuan merawat diri Budiyono (2005, dalam Soedirman 2014). Dalam penelitian Wyller dkk (1998) dilaporkan bahwa pasien stroke mempunyai kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih rendah jika dibandingkan dengan kelompok kontrol. Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke menjadi umum dilakukan dengan adanya pengakuan bahwa evaluasi perawatan pasien stroke harus meliputi

kualitas sekaligus kuantitas dari kelangsungan hidup pasien. Pengukuran terkait kualitas tersebut pada pasien stroke tidak hanya untuk mengetahui reaksi pasien terhadap penyakitnya dan meningkatkan usaha-usaha suportif tetapi juga untuk mengevaluasi terapi yang dilakukan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ratnasari dkk (2011) yang mengatakan bahwa ketergantungan penderita stroke sebagian besar pada dependen sedang, dimana aktivitas sehari-harinya dibantu sebagian oleh orang lain seperti makan harus di potong-potong dulu, merawat diri/mandi dibantu sebagian, naik/turun tangga dibantu, berjalan di permukaan yang datar biasa dilakukan secara mandiri, mengontrol BAK dan BAB bisa mandiri. Dengan adanya keterbatasan fisik sebagian keadaan tubuh penderita stroke mengalami hemiparese, dimana salah satu tubuh tidak bisa digerakkan sehingga mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-harinya sehingga akan mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke.

Daruto-Hill (1995, Oye Gureje 2008) menekankan pentingnya harapan hidup dan kualitas hidup bagi penderita. Keempat domain dalam kualitas hidup adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan social, dan aspek lingkungan. Ratna (2008) juga menambahkan jika kebutuhan pasien tidak terpenuhi akan timbul masalah-masalah dalam kehidupan yang akan menurunkan kualitas hidupnya. Masniah (2017) dalam penelitiannya mengatakan bahwa pasien pasca stroke mengalami gangguan fisik dan fungsional tubuh yang bersifat jangka panjang dan menimbulkan gangguan respon psikologis, sosial maupun spiritualnya yang mempengaruhi perubahan kualitas hidupnya.

Pada pengambilan data awal yang dilakukan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, pada tahun 2016 terdapat 728 orang, dan pada tahun 2017 terdapat 385 pasien pasca stroke. Pada pasien pasca stroke yang mengalami hemiparese sinistra, terdapat adanya kesulitan dalam

melakukan aktivitas sehari-hari. Aktivitas tersebut seperti makan dan berpakaian, dimana dalam melakukan aktivitas tersebut pasien membutuhkan bantuan orang lain. Data lain yang juga didapatkan pada pasien pasca stroke dengan usia 40 tahun yang menjalani kehidupan tanpa bantuan keluarga, akan lebih mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, hal ini tentu saja dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup pasien tersebut.

Hal di atas memperjelas bahwa ketidakmampuan beraktivitas dialami oleh pasien pasca stroke sangat berpengaruh terhadap kehidupannya dengan melihat dampak dari stroke dimana pasien dapat mengalami penurunan status fungsional dan disfungsi yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke.

Dari fenomena di atas maka peneliti tertarik untuk meneliti “Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar”.

## **B. Rumusan Masalah**

Pasien yang menderita stroke tidak dapat menjalankan aktivitasnya sehari-hari secara optimal. Dengan melihat dampak dari stroke yang dapat mengakibatkan penurunan pemenuhan kebutuhan sehari-hari seperti halnya pada saat berjalan, makan, mandi, BAB, BAK, berpakaian dan berpindah tempat yang disebabkan oleh gangguan atau disfungsi anggota gerak pada tubuh pasien. Hal tersebut juga akan berdampak pada ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dimana pasien merasa menurunnya produktivitas maupun socialnya, sehingga berdampak pada kualitas hidupnya dan proses pemulihannya.

Berdasarkan uraian diatas maka dirumuskan masalah yaitu “Apakah ada hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar”.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

#### 2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi *Activity Daily Living* (aktivitas sehari-hari) pada pasien pasca stroke.
- b. Mengidentifikasi kualitas hidup pada pasien pasca stroke
- c. Menganalisis hubungan *Activity Daily Living* (aktivitas sehari-hari) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Bagi pasien dan keluarga

Menjadi tambahan informasi bagi pasien maupun keluarga dalam kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari sebagai proses penyembuhan atau meningkatkan kualitas hidup pasien

#### 2. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan masukan yang bermanfaat untuk perkembangan wawasan dalam bidang kesehatan khususnya keperawatan.

3. Bagi peneliti

Penelitian ini dijadikan pengalaman dalam menambah pengetahuan dan wawasan diri dalam melakukan riset lebih rinci khususnya tentang stroke.

4. Bagi institusi rumah sakit

Menjadi tambahan informasi bagi rumah sakit tentang hubungan *Activity Daily Living* (aktivitas sehari-hari) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.



## BAB II TINJAUAN TEORITIS

### A. Tinjauan Umum Tentang Aktivitas

#### 1. Defenisi *Activity Daily Living* (ADL)

Aktivitas didefenisikan sebagai suatu aksi energetika atau keadaan bergerak. Yang dimaksud dengan ADL adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari (Hardywinoto, 2005).

Aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activity Daily Living*) adalah fungsi dan aktivitas individu yang normalnya dilakukan tanpa bantuan orang lain (Wallace dalam Triswandari, 2008).

Aktivitas sehari-hari adalah aktivitas yang biasanya dilakukan dalam sepanjang hari normal, dimana aktivitas tersebut menyangkut, ambulasi, makan, berpakaian, mandi, menyikat gigi (Potter & Perry, 2005).

Dari beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa *Activity Daily Living* merupakan suatu aksi atau keadaan individu yang biasanya dilakukan tanpa bantuan orang lain dalam sepanjang hari seperti, ambulasi, makan, mandi, berpakaian, menyikat gigi.

#### 2. Faktor yang Mempengaruhi *Activity Daily Living* (ADL)

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas sehari-hari yaitu:

##### a. Umur

Mobilitas dan aktivitas sehari-hari adalah hal yang paling vital bagi kesehatan total. Perubahan normal terkait usia termasuk tinggi badan, redistribusi massa dan lemak subkutan, peningkatan porositas tulang, pergerakan yang lambat, pengurangan kekuatan dan kekakuan sendi-sendi yang menyebabkan perubahan

penampilan, kelemahan dan lambatnya pergerakan akan menghambat aktivitas seseorang (Stanly dan Beae, 2007).

b. Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi partisipasi dalam aktivitas sehari-hari, seperti adanya gangguan atau penyakit yang dapat mengganggu pemenuhan aktivitas sehari-hari (Potter, 2005).

c. Fungsi psikologis

Fungsi psikologis menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistis. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab keluarga dan pekerjaan (Tamher, 2009).

d. Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang, keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental, seperti halnya lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan dasarnya (Hardywinoto, 2007).

e. Imobilisasi

Ketidakmampuan untuk bergerak secara aktif akibat berbagai penyakit atau impairment (gangguan pada alat atau organ tubuh) yang bersifat fisik atau mental. Keadaan tidak bergerak atau tirah

baring yang terus-menerus selama lima hari atau lebih akibat perubahan fisiologis, dari hal ini akibatnya menghambat seseorang dalam pemenuhan aktivitas hidupnya (Potter & Perri, 2010).

f. Dukungan keluarga

Keterlibatan keluarga akan meningkatkan kesejahteraan anggota keluarga, jika dukungan keluarga yang optimal dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari maka status kesehatannya akan meningkat, sebaliknya jika tidak ada dukungan keluarga maka pasien akan tergantung dalam pemenuhan aktivitas, maka status kesehatannya menurun (Octaviani dkk 2017).

### 3. Macam–macam *Activity Daily Living* (ADL)

Menurut Sugianto Andi, 2005 macam–macam *Activity Daily Living* (ADL) yaitu:

- a. ADL dasar, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan, minum, toileting, mandi dan berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini.
- b. ADL instrumental, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas.
- c. ADL vokasional, yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
- d. ADL non vokasional, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi dan mengisi waktu luang.

Menurut (Maryam, 2008) ADL (*Activity Daily Living*) termasuk hal-hal yang kebanyakan dilakukan oleh orang dewasa setiap hari, tanpa ada perhatian yang khusus. Hal tersebut juga seperti aktivitas yang dilakukan secara normal oleh orang dewasa misalnya, mandi, berpakaian, makan, atau pemenuhan dengan kebutuhan eliminasi. Namun dengan bertambahnya usia, perubahan kesehatan dan keadaan sosial, kegiatan yang dapat dicapai atau biasa dilakukan juga dapat dengan mudah memerlukan bantuan lainnya. Seperti halnya dengan perawat, selain memberikan bantuan langsung dengan ADL (*Activitiy Daily Living*), juga membantu orang dewasa yang lebih tua dalam modifikasi rutinitas dan penggunaan alat bantu yang membantu menjaga independensi. Perawat juga mendukung serta menyarankan anggota keluarga dan teman-teman untuk membantu orang dewasa yang lebih tua dengan kegiatan instrumental hidup sehari-hari (ADL) meliputi kegiatan seperti mengemudi, berbelanja, memasak, rumah tangga dan menggunakan telepon.

Sedangkan menurut (Dharma, 2011) macam-macam aktivitas sehari-hari (ADL) yang meliputi kegiatan yang dilakukan seseorang pada normalnya yaitu:

a. Mandi

Keterbatasan fisik akibat stroke bukan halangan bagi pasien untuk mandi secara rutin. Mandi dua kali sehari menjadi keharusan baginya. Jika pasien berjalan menuju kamar mandi (meskipun menggunakan alat bantu) sebaiknya pasien mandi sendiri. Pertolongan orang lain hanya diperlukan untuk pekerjaan yang dapat dilakukan sesuai kemampuan sendirinya.

b. Berpakaian

Jika pasien masih belum lumpuh total, seharusnya dapat mengenakan pakaian dengan sendiri, bantuan dapat diberikan jika

mengalami nyeri pada lengan jika digerakkan atau sulit dalam mengenakan pakaian.

c. Makan dan minum

Kelumpuhan total yang dialami pasien hal tersebut dapat menghambat aktivitas makan dan minum maka pasien harus disuapi.

d. BAB dan BAK

Pada pasien yang mengalami kelumpuhan maka pasien akan merasa kehilangan sensasi berkemih akibatnya pasien mengompol. Hal tersebut dapat dibantu dengan penggunaan kateter.

e. Berhias

Penampilan yang menawan dan bersih akan membuat seseorang merasa bahagia dan nyaman. Jika pasien terbiasa berhias maka hal tersebut tidak dapat dihilangkan, berikan kesempatan pasien melakukan hal tersebut.

f. Mobilisasi

Berpindah dari satu tempat ke tempat lain sangat dibutuhkan pada pasien stroke, hal tersebut merupakan proses rehabilitasi.

#### 4. Penilaian Aktivitas Sehari-hari

a. *Indeks Barthel*

*Indeks barthel* merupakan suatu instrumen pengkajian yang berfungsi untuk mengukur tingkat ketergantungan dalam perawatan diri dan dalam menilai kemampuan fungsional dalam gangguan keseimbangan:

Tabel 2.1 *Indeks Barthel*

No.	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1	Makan (feeding)	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan memotong, mengoles mentega 2=Mandiri	
2	Mandi (bathing)	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	
3	Perawatan diri (grooming)	0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan rambut, gigi, dan bercukur	
4	Berpakaian	0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu misalnya (mengancing baju) 2 = Mandiri	
5	Buang air kecil (bowl)	0 = Inkontinensia (tidak teratur) 1 = Kadang inkontinensia maksimal 1 x 24 jam 2 = Inkontinensia teratur	
6	Buang air besar (bladder)	0 = Inkontinensia tidak teratur 1 = Inkontinensia sekali seminggu 2 = Inkontinensia teratur	
7	Penggunaan toilet	0 = Tergantung bantuan orang lain 1 = Membutuhkan bantuan, tetapi dapat melakukan beberapa hal dengan sendirinya 2 = Mandiri	
8	Transfer	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri	
9	Mobilitas	0 = Immobile (tidak mampu) 1= Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan (1 orang) 3 = Mandiri	
10	Naik turun tangga	0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bantuan orang lain 2 = Mandiri	

Keterangan:

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan ringan

9-11 : Ketergantungan sedang

5-8 : Ketergantungan berat

0-4 : Ketergantungan total

IB versi 10 item terdiri dari 10 *item* dan mempunyai skor keseluruhan yang berkisar antara 0-100, dengan kelipatan 5, skor yang lebih besar menunjukkan lebih mandiri.

Tabel 2.2. Penilaian Skor *Indeks Barthel*

Penulis	Interpretasi
Shah dkk	0-20 Dependen total 21-60 Dependen berat 61-90 Dependen sedang 91-99 Dependen ringan 100 Independen/mandiri
Lazar dkk	10-19 Dependen perawatan 20-59 Perawatan diri, dibantu 60-79 Kursi roda, dibantu 80- 89 Kursi roda, independen/mandiri 90-99 Ambulatori, dibantu 100 Independen/mandiri
Granger	0-20 Dependen total 21-40 Dependen berat 41-60 Dependen sedang 61-90 Dependen ringan 91-100 Mandiri

Sumber: Sugiarto, 2005.

IB sudah dikenal secara luas, memiliki kehandalan dan kesahian yang tinggi. Shah melaporkan koefisien konsisten internal alfa 0,87 sampai 0,92 yang menunjukkan kehandalan intra dan inter-rater yang sangat baik. Wartski dan Green menguji 41 pasien dengan interval 3 minggu, ternyata hasilnya sangat konsisten. Ada 35 pasien yang skornya turun

10 poin. Collin dkk meneliti konsistensi laporan sendiri dan laporan perawat, didasarkan pengamatan klinis, pemeriksaan dari perawat dan pemeriksaan dari fisioterapis. Ternyata koefisien konkordasi (kesesuaian) dari Kendall menunjukkan angka 0,93 yang berarti pengamatan berulang dari orang yang berbeda akan menghasilkan kesesuaian yang sangat memadai (Sugiarto, 2005).

## **B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup**

### **1. Defenisi Kualitas Hidup**

Kualitas hidup adalah kondisi fungsional yang meliputi kesehatan fisik yaitu aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bantuan, kebutuhan istirahat, kapasitas pekerjaan, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan kondisi lingkungan. Kualitas hidup dipengaruhi oleh tingkat kemandirian, kondisi fisik, psikologis, aktivitas sosial dan interaksi dengan keluarga maupun sosial. Kualitas hidup adalah ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi terhadap pasien. Pengukuran konseptual mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup, kemampuan seseorang untuk secara mandiri melakukan kegiatan sehari-hari Montazeri dkk (1996 dalam Brooker, 2008).

Sejalan dengan itu WHO (dalam Kurniawan, 2008) menggambarkan kualitas hidup sebagai sebuah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan hidup dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar dan fokus hidup. Konsep ini meliputi beberapa dimensi yaitu: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan social dan lingkungan.



Menurut Kemp (dalam Karangora, 2012) kualitas hidup adalah bagaimana seseorang menilai pengalaman-pengalaman hidupnya secara keseluruhan dengan positif atau negatif. Kualitas hidup individu yang satu dengan yang lain akan berbeda, hal itu tergantung pada definisi atau interpretasi masing-masing individu tentang kualitas hidup yang baik.

Ruggeri dkk (2011) mengatakan bahwa kualitas hidup bersifat subjektif memiliki kekuatan prediktif yang lebih tinggi dari pada kualitas hidup objektif.

Dari beberapa pendapat yang dikemukakan diatas maka dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupannya baik dilihat dari konteks budaya maupun sistem nilai dimana mereka tinggal dan hidup yang berhubungan dengan tujuan hidup, standar dan fokus hidup mereka yang mencakup beberapa aspek diantaranya aspek kondisi fisik, psikologis, social dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari.

## **2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup**

- a. Faktor fisik hal ini terjadi ketika seseorang atau pasien pasca stroke mengalami keterbatasan gerak. Ahlsio, dkk (2008) mengatakan bahwa pasien yang mengalami serangan stroke dengan keterbatasan gerak mempunyai kualitas lebih rendah dibandingkan dengan keterbatasan tanpa gerak.
- b. Masalah psikologis, pada pasien stroke masalah psikologis yang dialami yaitu depresi dimana berakibat pada emosinya. Gejala depresi pasca stroke yang ditimbulkan sebagai akibat lesi (kerusakan) pada susunan saraf pusat otak dan biasa juga akibat dari gangguan penyesuaian karena ketidakmampuan fisik dan kognitif pasca stroke (Hawari, 2006).

- c. Nyeri, yang dirasakan oleh seseorang dapat menurunkan produktivitas dan mengganggu kesejahteraan hidup pasien, seperti pada saat pasien mengalami nyeri kepala hal tersebut menimbulkan kerugian besar di bidang ekonomi akibat banyaknya hari kerja dan biaya pengobatan yang dibutuhkan (Saprianul, 2005).
- d. Dukungan keluarga, keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah terutama masalah kesehatan (Tamher & Noorkasiani, 2009). Dukungan keluarga juga merupakan suatu keadaan bermanfaat bagi pasien pasca stroke sehingga mereka dapat mengetahui bahwa ada keluarga yang memperhatikan, menghargai, dan mencintainya (Friedman, 2010).
- e. Depresi, depresi pasca stroke merupakan faktor utama yang dapat menghambat penyembuhan fungsi neurologis dan aktivitas sehari-hari pada pasien pasca stroke karena dapat menurunkan kualitas hidup (Anggraeni, 2016)

### **3. Domain Kualitas Hidup**

#### **a. Dimensi fisik**

Ekspresi subjektif individu terhadap gejala fisik yang dialami dan kemampuannya dalam melakukan aktivitas fisik setelah stroke.

Indicator dari dimensi fisik yaitu:

- 1) Mobilitas fisik, gejala yang berhubungan dengan kemampuan melakukan mobilitas setelah menderita stroke.
- 2) Energy, kemampuan melakukan aktivitas fisik yang berhubungan dengan tingkat kecukupan energy yang dimilikinya setelah mengalami stroke.
- 3) Penglihatan, kemampuan melakukan aktivitas fisik dengan menggunakan fungsi penglihatan.

- 4) Bahasa, kemampuan berkomunikasi secara verbal.
- 5) Perawatan diri, kemampuan seseorang dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, berpakaian, BAB dan BAK.
- 6) Motoric halus, kemampuan dalam melakukan aktivitas fisik dengan menggunakan motoric halus seperti mengancing baju, mengencangkan resleting serta mengetik computer.

b. Dimensi psikologis

Ekspresi subjektif terhadap perubahan psikologis yang di alami dan kemampuannya dalam melakukan aktivitas yang berhubungan dengan perubahan psikologis. Indikatornya yaitu:

- 1) Mood (suasana hati) perubahan mood yang di alami seseorang sehingga mempengaruhi kemampuannya dalam melakukan kegiatan setelah stroke.
- 2) Kepribadian, ekspersi individu seperti mudah marah, emosi setelah stroke.
- 3) Konsentrasi, kemampuan seseorang terhadap suatu permasalahan yang terjadi setelah menderita stroke.
- 4) Memori, kemampuan mengingat sesuatu setelah stroke

c. Dimensi social

Ekspresi subjektif seseorang terhadap suatu hubungan dengan keluarga, teman, tetangga maupun masyarakat disekitarnya serta kemampuan melakukan kegiatan yang bersifat menyenangkan setelah menderita stroke. Indikatornya yaitu:

- 1) Hubungan sosial dengan kerabat maupun teman.
- 2) Kegiatan masyarakat, kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan masyarakat dalam berbagai kegiatan.
- 3) Rekreasi, kegiatan yang bersifat menyenangkan yang melibatkan lingkungan sekitarnya.

d. Dimensi peran

Ekpresi subjektif seseorang terhadap perubahan perannya dalam keluarga misalnya:

Sebagai orang tua atau pencari nafkah bagi keluarga, dimana setelah menderita stroke mengalami perubahan peran dalam keluarga.

e. Dimensi spiritual

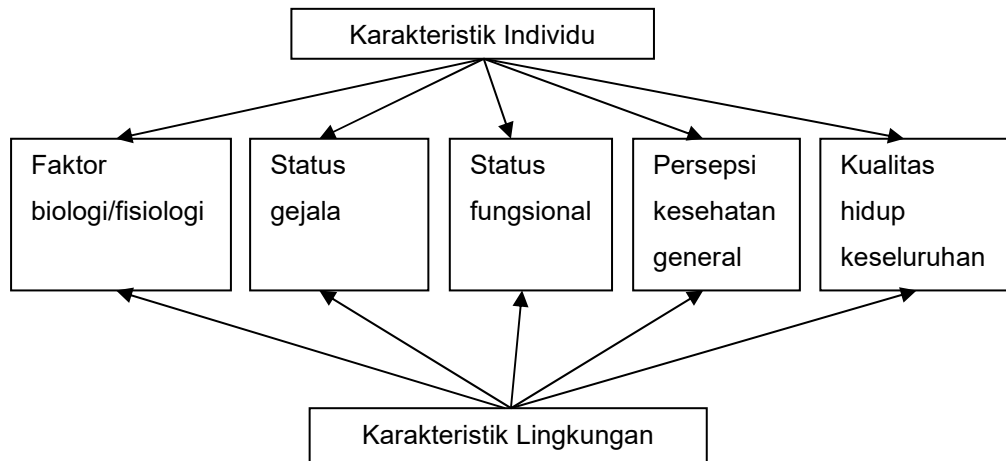
- 1) Penerimaan diri, penerimaan terhadap semua kondisi atau gejala yang terjadi setelah menderita stroke
- 2) Kualitas ibadah, pencapaian ibadah yang dilakukan setelah menderita stroke (Dharma, 2011).

#### 4. Pengukuran Kualitas Hidup

Model *health-related quality of life* (HRQOL) dikembangkan oleh Wilson & Cleary (1995). Model ini menjelaskan tentang hubungan antara konsep-konsep dasar dari kualitas hidup terkait kesehatan. Model ini menjelaskan 5 determinan yang disusun sebagai suatu kontinum menyangkut aspek biologi, psikologi, dan social. Level determinan kualitas hidup ini dibuat berdasarkan toksonomi yang terdiri dari faktor biologi atau fisiologi, status gejala (*symptom status*), status fungsional, persepsi kesehatan general dan kualitas hidup secara keseluruhan (*overall quality of life*). Kelima determinan ini dipengaruhi oleh karakteristik individu dan karakteristik lingkungan.

Berikut skema yang menjelaskan hubungan kausal antar determinan kualitas hidup serta variable karakteristik individu dan lingkungan dalam model HRQOL:

Gambar 2.1 Skema Model Health Related Quality of Life (HRQOL)



(Wilson & Cleary, 1995)

Berikut penjelasan setiap komponen model HRQOL:

a. Faktor biologi atau fisiologi

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

b. Status gejala

Gejala adalah keluhan subjektif yang dirasakan oleh pasien terkait kondisi kesehatannya. Gejala terjadi akibat hubungan atau pengaruh dari variabel biologi atau fisiologi. Gejala menyangkut perubahan status fisik dan psikologi sehingga dikatakan abnormal.

c. Status fungsional

Status fungsional dapat didefinisikan sebagai kemampuan untuk melakukan tugas spesifik. Kemampuan individu dalam melaksanakan tugas spesifik dipengaruhi oleh gejala yang dialaminya, semakin berat suatu gejala maka akan semakin berkurang kemampuan fungsional individu.

d. Persepsi kesehatan general

Persepsi kesehatan general menggambarkan suatu integrasi dan ekspresi subjektif individu terhadap faktor gejala yang dialaminya dan status fungsionalnya.

e. Kualitas hidup secara keseluruhan

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

f. Karakteristik individu dan lingkungan

Karakteristik individu dan lingkungan berpengaruh terhadap semua komponen dari model HRQOL, tetapi pengaruh paling besar adalah terhadap persepsi kesehatan general dan kualitas hidup secara keseluruhan. Definisi terkait model HRQOL Wilson & Cleary (1995) *Health related quality of life* adalah bagian dari kualitas hidup yang merepresentasikan perasa, sikap atau kemampuan untuk mencapai kepuasan dalam domain kehidupan sebagai kepentingan personal yang terganggu akibat proses penyakit atau defisit fungsi kesehatan.

Berdasarkan model HRQOL dari Wilson & Cleary (1995), dapat di tentukan dimensi dari kualitas hidup spesifik pada pasien pasca stroke (SSQOL) antara lain yaitu dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi social, dimensi peran dan dimensi spiritual (Dharma, 2011).

Penilaian untuk kualitas hidup pasien pasca stroke (*Stroke Specific Quality of Life*, Dharma, 2011).

Tabel 2.3 Tabel Penilaian *Stroke Specific Quality of Life*

Tipe Pertanyaan	Pilihan Jawaban	Skor
Pertanyaan tentang ekspresi subjektif responden terhadap 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
Pertanyaan tentang ekspresi subjektif responden terhadap gejala atau keluhan yang dialaminya	Sangat sering	1
	Sering	2
	Kadang-kadang	3
	Jarang	4
	Tidak pernah	5
Pertanyaan 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
Pertanyaan tentang ekspresi subjektif responden terhadap frekuensinya melakukan suatu aktivitas	Sangat sering	5
	Sering	4
	Kadang-kadang	3
	Jarang	2
	Tidak pernah	1

## C. Tinjauan Umum Tentang Stroke

### 1. Defenisi stroke

Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke (Junaidi, 2011).

Stroke merupakan sindrom klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita usia 45-80 tahun (Rasyid, 2007).

Stroke adalah kehilangan fungsi otak diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak, biasanya merupakan akumulasi penyakit serebrovaskular selama beberapa tahun (Smeltzer, 2001 dalam buku Ariani Tutu 2014).

## **2. Klasifikasi Stroke**

Mutaqin, (2012) klasifikasi stroke dibagi dalam beberapa bagian yaitu:

### **a. Stroke Hemoragik**

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid, disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Terjadi saat melakukan aktivitas, biasa juga terjadi pada saat istirahat. Perdarahan otak dibagi menjadi dua yaitu:

- 1) Perdarahan intraserebral. Pecahnya pembuluh darah terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebral disebabkan karena hipertensi yang dijumpai di area thalamus, putamen, pons, serebelum.
- 2) Perdarahan subaraknoid. Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecahnya berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke



ruang subaraknoid menyebabkan TIK meningkat, merengangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibatkan disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese afasia, hemisensorik). Pecahnya arteri dan keluarnya darah keruang subaraknoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, merengangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat.

b. Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari. Tidak terjadi pendarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipokisa dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder.

### 3. Etiologi

Adapun etiologi stroke non hemoragi yaitu:

a. Trombosis Serebri

Kerusakan fokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis yang biasanya penyakit ini menyerang orang tua, yang berusia kisaran > 60 tahun (Harsono, 2008).

b. Embolisme

Penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri (Harsono, 2008).

c. Iskemia

Yaitu penurunan aliran darah ke otak, iskemia serebral atau terjadinya insufisiensi suplai darah ke otak karena kontriksi

atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak (Harsono, 2008).

Menurut Harsono (2008) perdarahan terjadi berdasarkan tempat terjadinya yaitu:

1) Perdarahan Sub Arachnoid (PSA).

Sekitar  $\frac{3}{4}$  perdarahan sub arachnoid disebabkan oleh pecahnya seneusisma 5-6% akibat malformasi dari aterosklerosis.

2) Perdarahan Intra Serebral

Terjadi akibat adanya penyakit hipertensi, dimana tekanan diastolik pecah.

Harsono, (2008) juga membagi faktor risiko yang dapat terjadi pada pasien dengan stroke yaitu antara lain:

a. Factor yang tidak dapat dimodifikasi

- 1) Usia
- 2) Jenis Kelamin
- 3) Riwayat keluarga/herediter

b. Factor yang dapat dimodifikasi

1) Hipertensi

Merupakan factor gangguan pembuluh darah otak yang dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak, maka timbullah perdarahan otak sehingga pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian (Perdossi, 2008).

2) Diabetes mellitus

Insulin merupakan pengatur kadar glukosa dalam darah, hormone yang dibentuk dan disekresikan oleh sel beta di pancreas. Hiperglikemia dapat terjadi karena kekurangan insulin atau oleh faktor-faktor yang menghambat kerja insulin.

Diabetes mellitus mempercepat terjadinya aterosklerosis. Diabetes mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar, sehingga dinding pembuluh darah akan menyempitkan diameter pembuluh darah dan kemudian akan mengganggu kelancaran aliran darah ke otak, yang akan menyebabkan infark sel-sel otak (Harsono, 2008).

3) Hiperurisma

Meningkatnya agresi dan perlekatan platelet sehingga mempermudah terjadinya aterosklerosis dan trombogenesis (Harsono, 2008).

4) Alkohol

Terjadi peningkatan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan homosistein, kardiomiopati dan aritmia yang menyebabkan risiko stroke (Harsono, 2008).

5) Penyakit jantung

Gangguan penyakit ini akan menimbulkan sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel jaringanyang telah mati ke dalam aliran darah atau yang disebut emboli (Perdossi, 2008).

6) Rokok

Rokok menyebabkan penebalan pembuluh darah arteri karotis, yang disebabkan oleh meningkatnya koagulabilitas, viskositas, kadar fibrinogen dan meningkatkan tekanan darah (Harsono, 2008)

7) Hiperkelosteromi

Meningkatnya kadar kolesterol dalam darah terutama *low density lipoprotein* (LDL) menyebabkan terjadinya aterosklerosis, yang kemudian terjadi penurunan elastisitas

pembuluh darah sehingga dampak dapat terjadi gangguan pembuluh darah (Harsono, 2008).

#### 4. Patofisiologi

Perdarahan intrakranial meliputi perdarahan di parenkim otak dan perdarahan subaraknoid. Insiden perdarahan intrakranial kurang lebih 20% adalah stroke hemoragik, dimana masing-masing 10% adalah perdarahan subaraknoid dan perdarahan intraserebral (Caplan, 2009).

Perdarahan intraserebral biasanya timbul karena pecahnya mikroaneurisma (*Berry aneurysm*) akibat hipertensi maligna. Hal ini paling sering terjadi di daerah subkortikal, serebelum, dan batang otak. Hipertensi kronik menyebabkan pembuluh arteriola berdiameter 100–400 mikrometer mengalami perubahan patologi pada dinding pembuluh darah tersebut berupa degenerasi lipohialinosis, nekrosis fibrinoid serta timbulnya aneurisma *Charcot Bouchard*. Pada kebanyakan pasien, peningkatan tekanan darah yang tiba-tiba menyebabkan pecahnya *penetrating* arteri. Keluarnya darah dari pembuluh darah kecil membuat efek penekanan pada arteriole dan pembuluh kapiler yang akhirnya membuat pembuluh ini pecah juga. Hal ini mengakibatkan volume perdarahan semakin besar (Caplan, 2009).

Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya lebih tertekan lagi. Gejala neurologik timbul karena ekstrasvasasi darah ke jaringan otak yang menyebabkan nekrosis (Caplan, 2009).

Perdarahan subaraknoid (PSA) terjadi akibat pembuluh darah disekitar permukaan otak pecah, sehingga terjadi ekstrasvasasi darah

ke ruang subaraknoid. Perdarahan subaraknoid umumnya disebabkan oleh rupturnya aneurisma sakular atau perdarahan dari *arteriovenous malformation* (AVM) (Caplan, 2009).

## 5. Tanda dan Gejala

Menurut Feigin, (2007) gejala stroke dapat bersifat fisik, psikologis dan perilaku. Gejala fisik yang paling khas adalah paralisis, kelemahan, hilangnya sensasi di wajah, lengan atau tungkai di salah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara, kesulitan menelan dan hilangnya sebagian penglihatan di satu sisi, sedangkan menurut Junaidi, (2009) manifestasi klinis stroke terdiri atas:

- a. Defisit lapang penglihatan atau kehilangan penglihatan, kesulitan menilai jarak
- b. Hemiparesis pada wajah, lengan, kaki pada sisi yang sama
- c. Disfagia (kesulitan menelan)
- d. Ataksia (gangguan keseimbangan)
- e. Disatria (kesulitan dalam membentuk kata)
- f. Afasia (gangguan komunikasi)
- g. Kehilangan memori jangka pendek dan panjang
- h. ketidakmampuan untuk berkonsentrasi
- i. Stress, depresi, serta menarik diri

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Miscbah (2011) dan Harsono (2008), pemeriksaan diagnostic yaitu sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan CT-scan
- b. EEG (Elektroensefalogram)
- c. Angiografi serebri

- d. Ultrasonografi
- e. Lumbal pungsi
- f. MRI (Magnetic Imaging Resonance)
- g. Pemeriksaan kardiologi
- h. Pemeriksaan foto thorax
- i. Pemeriksaan kimia darah dan darah lengkap.

## 7. Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan dibedakan menjadi dua yaitu penatalaksanaan medis dan keperawatan, berikut terapi yang dapat diberikan:

Menurut Ratna Dewi Pudiastuti, 2011) pemberian obat pada pasien stroke yaitu:

- a. Terapi anti koagulan oral  
Pemberian warfarin atau dikumarol diberikan pada pasien dengan faktor risiko penyakit jantung. Dosis awal warfarin 10 mg/hari.
- b. Asetosal (asam asetil salisilat) dengan dosis 80-320 mg/hari.
- c. Pemberian tiklopidin 250-500 mg/hari diberikan pada pasien yang tidak tahan asetosal.
- d. Bila terjadi stroke iskemik segera rujuk dengan "5 No": no antihypertensives, no diuretics, no dexamethasone, no glucose infusion, no anticoagulant (setelah 4 jam sejak awitan stroke)

Menurut Mulyatsih dalam Miscbah (2011) penatalaksanaan keperawatan pada pasien fase akut yaitu:

- a. Stimulasi dini  
Dapat dilakukan baik visual, audio maupun sentuhan dengan melakukan latihan gerak sendi atau berbicara sambil menyentuh lengan pasien yang lemah.

- b. Mobilisasi dini  
Posisi pasien diubah miring kiri dan kanan pada 48-72 jam pertama dengan kepala elevasi 30°.
- c. Transfer dini  
Apabila pasien telah mampu duduk berjantai selama 30 menit tanpa keluhan berarti, keesokan harinya dapat dilatih untuk duduk di kursi bersandar tegak atau duduk di kursi roda.
- d. Penatalaksanaan gangguan fungsi kemih  
Digunakan untuk mencegah komplikasi, mengaktivasi aktivitas pengosongan kandung kemih.
- e. Penatalaksanaan gangguan menelan  
Mencegah terjadinya aspirasi dan memastikan pasien mendapatkan nutrisi adekuat dengan cara yang aman.
- f. Kebutuhan psikologis  
Pengetahuan tentang deficit emosi dan perilaku pasien pasca stroke akan sangat membantu dalam proses pemulihan.
- g. Fase pemulihan atau rehabilitasi  
Memberikan kesempatan pasien untuk perawatan diri semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya, ajarkan aktivitas perawatan diri dengan berbagai cara untuk melakukan kompensasi terhadap kemampuan pasien, bersikap empati terhadap perasaan pasien.
- h. Home care program  
Kunjungan rumah oleh tim stroke disesuaikan dengan kondisi pasien dan tingkat ketergantungan pasien dalam melakukan aktivitas.

## 8. Komplikasi

Menurut Laila Henderson (2002) dalam Pudiastuti (2011) pasien stroke yang berbaring lama dapat menyebabkan masalah emosional dan fisik diantaranya:

- a. Bekuan darah, mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan selain itu juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.
- b. Dekubitus, pada bagian tubuh pasien yang mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi, kaki dan tumit mudah terjadi memar sehingga menyebabkan infeksi.
- c. Pneumonia, pasien stroke yang tidak bisa batuk dan menelan menyebabkan cairan berkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.
- d. Artrofi dan kekakuan sendi, kurangnya gerak dan mobilisasi menyebabkan atrofi.

Komplikasi lain dari stroke yaitu:

- 1) Disritmia
- 2) Peningkatan tekanan intra cranial
- 3) Kontraktur
- 4) Gagal napas



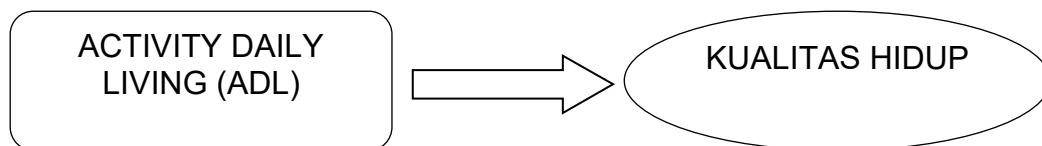
### BAB III

## KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

#### A. Kerangka Konseptual

Stroke merupakan salah satu gangguan yang pada umumnya dapat menimbulkan kelemahan bahkan kecacatan pada tubuh manusia. Kelemahan dan kecacatan ini dapat mempengaruhi seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari yaitu makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, BAK, BAB, penggunaan toilet, transfer, mobilitas dan naik turun tangga. Ketidakmampuan yang dirasakan pasien akan mempengaruhi kesejahteraan dan kelangsungan hidup pasien, sehingga kualitas hidup pasien pasca stroke akan terganggu. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu, faktor fisik, masalah psikologis, nyeri, dukungan keluarga dan depresi.

Berdasarkan uraian di atas, maka kerangka konsep dalam penelitian ini, dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konseptual

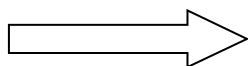
Keterangan:



: Variabel Independen



: Variabel Dependen



: Penghubung antar Variabel

## B. Hipotesis Penelitian

Mengacu pada tinjauan pustaka dan kerangka pemikiran yang telah dikemukakan, maka diajukan hipotesis penelitian sebagai berikut: Ada hubungan *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

## C. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

### 1. Variabel Independen: *Activity Daily Living* (ADL)

NO	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Skor
1	Kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari, baik dengan bantuan maupun secara mandiri dalam memenuhi kebutuhan hariannya.	Penilaian derajat kemampuan yaitu: makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, BAB, BAK, penggunaan toilet, transfer, mobilitas, dan naik turun tangga.	<i>Indeks Barthel</i>	Kategorik (Ordinal)	Kemampuan ketergantungan <i>activity daily living</i> : 0-4= Ketergantungan total 5-8= Ketergantungan berat 9-11= Ketergantungan sedang 12-19= Ketergantungan ringan 20= Mandiri

### 2. Variabel Dependen: Kualitas Hidup

NO	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Skor
2	Persepsi subjektif pasien tentang kesehatannya meliputi kemandirian dan kesejahteraan hidupnya	5 dimensi yaitu: 1. Fisik 2. Psikologis 3. Sosial 4. Peran 5. Spiritual	Kuesioner	Ordinal	Baik: jika total skor jawaban responden 109-180 Kurang baik: jika total skor jawaban responden 36-108

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Penelitian ini termasuk penelitian *Non-Eksperimental*, dengan menggunakan metode kuantitatif. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional study*, yang merupakan penelitian dimana pengambilan data variable independen dilakukan secara bersamaan yang bertujuan melihat hubungan *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di ruang fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

##### 1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Alasan pemilihan lokasi ini dengan pertimbangan bahwa, populasi pasien stroke yang mengalami gangguan ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari mencukupi untuk dilakukan penelitian.

##### 2. Waktu penelitian

Waktu penelitian dimulai pada bulan Februari hingga bulan Maret 2018 di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien pasca stroke yang berkunjung ke Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

## 2. Sampel

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan teknik *Non-probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dalam populasi dan memenuhi kriteria pemilihan dalam waktu tertentu, kriteria peneliti yaitu pasien pasca stroke yang mengalami hemiparesis (kelemahan tubuh).

Populasi yang dijadikan sampel dengan kriteria sebagai berikut:

### a. kriteria inklusi

- 1) Pasien pasca stroke yang dapat berkomunikasi.
- 2) Pasien pasca stroke yang bersedia bekerja sama.

### b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien dengan kesadaran menurun GCS < 9
- 2) Pasien dengan gangguan kognitif

## D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang dilakukan untuk pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan daftar pertanyaan untuk mengukur tiap-tiap variabel dalam metode kuesioner yang diberikan kepada pasien stroke sebagai responden dengan beberapa pertanyaan untuk mengidentifikasi:

1. Peneliti menggunakan instrumen observasi *indeks barthel* yang terdiri dari 10 item aktivitas yang harus diberi skoring masing-masing tergantung kemandirian responden dan mempunyai skor keseluruhan yang berkisar antara 0-20 yang dibagi menjadi 5 kategori total, berat, sedang, ringan dan mandiri.
2. Peneliti menggunakan instrumen/kuesioner *stroke specific scale* (SSQOL). Kuesioner terdiri dari 36 pertanyaan dengan yang terdiri dari 5 pilihan jawaban untuk setiap pertanyaan yang berfokus pada status atau situasi yang dialami individu, dengan skor 1 masalah yang

dirasakan sangat berat, skor 2 masalah dirasakan berat, skor 3 masalah dirasakan cukup berat, skor 4 masalah dirasakan ringan, skor 5 tidak ada masalah. Skala respon terhadap keluhan atau gejala yang dialami individu skor 1 sangat sering, skor 2 sering, skor 3 kadang-kadang, skor 4 jarang, skor 5 tidak pernah. Untuk skala perasaan responden skor 1 bantuan total, skor 2 lebih banyak bantuan, skor 3 bantuan sedang, skor 4 memerlukan bantuan ringan, skor 5 tidak memerlukan bantuan.

#### **E. Pengumpulan Data**

Dalam penelitian ini, dipandang perlu adanya rekomendasi dari institusi STIK Stella Maris Makassar dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian yakni RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Setelah mendapatkan persetujuan dari pihak rumah sakit maka penelitian akan dimulai dengan melakukan berbagai prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

1. *Informed Consent* (lembar persetujuan)

Merupakan persetujuan untuk berpartisipasi sebagai subjek penelitian setelah mendapatkan penjelasan yang terbuka dan lengkap dari peneliti tentang keseluruhan pelaksanaan penelitian. Jika peneliti telah mendapatkan responden maka responden harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia menjadi subjek penelitian maka peneliti harus menghormati hak dari responden tersebut.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menghormati privasi dan kerahasiaan subjek peneliti, peneliti perlu merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut privasi subjek yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui oleh orang lain maka peneliti tidak akan mencantumkan

nama dan alamat telepon responden, tetapi lembaran tersebut menggunakan kode tertentu.

### 3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil peneliti. Data yang telah dikumpulkan disimpan didalam disk dan hanya diakses oleh peneliti dan pembimbing. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan 2 (dua) cara yaitu:

#### a. Data primer

Data primer diperoleh secara langsung melalui penyebaran kuesioner mengenai hubungan *activity daily living* dengan kualitas hidup kepada responden yang menjadi sampel penelitian dan bersedia untuk diteliti.

#### b. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari data yang diberikan oleh pihak rumah sakit dan instansi rumah sakit yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti berupa jumlah pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

## **F. Pengolahan dan Penyajian Data**

Setelah data dikumpulkan, data tersebut kemudian diolah dengan prosedur pengolahan data sebagai berikut:

### 1. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Merupakan upaya untuk memeriksa kembali data yang diperoleh atau dikumpulkan. Data yang diteliti diantaranya kelengkapan ketentuan identitas responden dan kelengkapan lembar kuesioner, apakah setiap pernyataan sudah dijawab dengan benar sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi dengan segera oleh peneliti.

2. Pemberian kode (*koding*)

Dilakukan dengan memberikan kode atau symbol tertentu untuk setiap jawaban kuesioner. Koding bertujuan untuk memudahkan pengolahan data.

3. Memasukkan Data (*Entry*)

Dilakukan dengan memasukkan data ke dalam computer dengan menggunakan aplikasi computer.

4. Tabulasi Data (*tabulation*)

Dilakukan setelah data terkumpul dan tersusun, selanjutnya data dikelompokkan dalam suatu tabel menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai tujuan penelitian untuk mendapatkan distribusi frekuensi masing-masing variabel.

## **G. Analisis Data**

Setelah data terkumpul selanjutnya dianalisis dan diinterpretasi dengan menggunakan metode statistic yaitu dengan menggunakan metode computer program SPSS (*stastical package and social sciences*) versi 16 windows. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

1. Analisis Univariat

Analisis ini digunakan terhadap masing-masing variabel yang diteliti yaitu variabel hubungan *Activity Daily Living* (variabel independen) dan kualitas hidup (variabel dependen) untuk mengetahui distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel yang diteliti.

2. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen (hubungan *Activity Daily Living* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di ruang fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar) dengan uji statistic non-

parametrik yaitu uji *chi-square* dengan skala kategorik tingkat pemaknaan 5% ( $\alpha = 0,05$ ) dengan interpretasi:

- a. Apabila  $p < \alpha$  maka  $H_a$  diterima dan  $H_o$  ditolak artinya ada hubungan *activity daily living* dengan kualitas hidup pasca stroke.
- b. Apabila  $p \geq \alpha$  maka  $H_a$  ditolak dan  $H_o$  diterima artinya tidak ada hubungan *activity daily living* dengan kualitas hidup pasca stroke.



## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil

##### 1. Pengantar

Penelitian ini dilakukan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar khususnya di ruangan Fisioterapi, yang dimulai pada tanggal 12 s/d 28 februari 2018. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *Nonprobability Sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden.

Pengumpulan data ini menggunakan instrumen *indeks barthel* dan kuesioner *stroke specific scale quality of life* sebagai alat ukur. Untuk pengolahan data dengan menggunakan program *computer SPSS for windows versi 16.0*, data yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis dengan menggunakan uji *statistic chi square* dilanjutkan dengan penggabungan sel dan diperoleh tabel 2 x 2. Adapun ketentuan terhadap besar kekuatan hubungan jika nilai  $p \leq 0,05$  maka  $H_a$  diterima dan  $H_o$  ditolak yang artinya ada hubungan antara *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stoke.

Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat adalah dilakukan terhadap masing-masing variabel baik variabel independen maupun dependen. Analisis bivariat adalah analisis untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan dependen.

## 2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang beralamat di Jalan Perintis Kemerdekaan KM 11, Kelurahan Biring Kanaya, Kecamatan Tamanlana, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan. Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar (RSWS) merupakan rumah sakit pertama di Indonesia Timur yang meraih akreditasi internasional dalam bentuk sertifikat Joint Commission International (JCI).

Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar (RSWS) juga sebagai salah satu UPT Kementerian Republik Indonesia dengan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum (BLU), telah melalui perjalanan panjang dan berkembang dengan berbagai bentuk struktur organisasi. Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Wahidin Sudirohusodo berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan RI. No.540/SK/IV/1994 sebagai Rumah Sakit Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sub spesialis. Kriteria, fasilitas kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas A sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan medik umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan medik spesialis lain, pelayanan medik spesialis gigi mulut, pelayanan medik sub spesialis, keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik dan pelayanan penunjang non klinik.

Adapun visi misi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar adalah sebagai berikut:

### a. Visi

“Menjadi *Academic Health Center* Terkemuka di Indonesia Tahun 2019”

b. Misi

Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian bidang kesehatan berkualitas yang terintergrasi, holistik dan profesional

- 1) Menumbuh kembangkan sistem manajemen organisasi yang efektif
- 2) Mengampu rumah sakit jejaring di wilayah Indonesia Timur

3. Karakteristik Responden

a. Berdasarkan Umur

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur pada Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohuoso Makassar Tahun 2018

Kelompok Umur (Tahun)	Frekuensi (f)	Presentase (%)
45-59	13	43,3
60-74	14	46,7
75-90	3	10,0
Total	30	100.0

*Sumber: Data primer 2018*

Berdasarkan tabel 5.1 di atas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 30 responden pasien pasca stroke diperoleh distribusi data umur responden mayoritas berada pada rentang umur 60-74 tahun dengan frekuensi 14 (46,7%) responden. Kemudian rentang umur 75-90 tahun dengan frekuensi 3 (10,0%) responden.

## b. Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin  
pada Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP  
Dr. Wahidin Sudirohuoso Makassar  
Tahun 2018

<b>Jenis Kelamin</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Perempuan	14	46.7
Laki-laki	16	53.3
Total	30	100.0

*Sumber: Data primer 2018*

Berdasarkan tabel 5.2 di atas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 30 responden pasien pasca stroke diperoleh distribusi berdasarkan jenis kelamin terbanyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 16 (53,3%) responden dan jenis kelamin perempuan sebanyak 14 (46,7%) responden.

## c. Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.3  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan pada  
Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP  
Dr. Wahidin Sudirohuoso Makassar  
Tahun 2018

<b>Pekerjaan</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Presentase (%)</b>
PNS	7	23.3
Wiraswasta	5	16.7
IRT	8	26.7
Pensiunan	5	16.7
Pegawai Swasta	3	10.0
Petani	2	6.7
Total	30	100.0

*Sumber: Data primer 2018*

Berdasarkan tabel 5.3 di atas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 30 responden pasien pasca stroke diperoleh distribusi berdasarkan pekerjaan responden mayoritas yaitu ibu rumah tangga sebanyak 8 (26,7%) responden dan minoritas yaitu kelompok petani sebanyak 2 (6,7%) responden.

## d. Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.4  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan  
pada Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi  
RSUP Dr. Wahidin Sudirohuoso Makassar  
Tahun 2018

Pendidikan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
SD	8	26.7
SMP	1	3.3
SMA	8	26.7
D3	3	10.0
S1	8	26.7
S2	2	6.7
Total	30	100.0

*Sumber: Data Primer 2018*

Berdasarkan tabel 5.4 di atas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 30 responden pasien pasca stroke diperoleh distribusi berdasarkan tingkat pendidikan responden mayoritas sebanyak 8 dengan presentasi (26,7%) adalah tingkat pendidikan SD, SMA dan S1, sedangkan tingkat pendidikan minoritas SMP sebanyak 1 responden dengan presentasi (3,3%).

#### 4. Hasil Analisa Variabel yang Diteliti

##### a. Analisa Univariat

##### 1) *Activity Daily Living* (ADL)

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan *Activity Daily Living* (ADL) pada Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohuoso Makassar, Tahun 2018

<b><i>Activity Daily Living</i> (ADL)</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Mandiri	1	3,3
Ketergantungan Ringan	12	40,0
Ketergantungan Sedang	0	0
Ketergantungan Berat	17	56,7
Ketergantungan Total	0	0
Total	30	100

*Sumber: Data Primer 2018*

Berdasarkan tabel 5.5 di atas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 30 responden pasien pasca stroke yang memiliki *activity daily living* (ADL) mayoritas berada pada ketergantungan berat sebanyak 17 (56,7%) responden dan yang memiliki *activity daily living* (ADL) minoritas yaitu ketergantungan sedang dan ketergantungan total sebanyak 0 (0%) responden.

## 2) Kualitas Hidup

Tabel 5.6

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohuoso Makassar Tahun 2018

<b>Kualitas Hidup</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Baik	13	43,3
Kurang Baik	17	56,7
Total	30	100.0

*Sumber: Data Primer 2018*

Berdasarkan tabel 5.6 di atas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 30 responden pasien pasca stroke yang memiliki kualitas hidup tertinggi yaitu kurang baik sebanyak 17 (56,7%) responden dan yang memiliki kualitas hidup terendah yaitu baik 13 (43,3%) responden.



## b. Analisa Bivariat

Tabel 5.7

Analisis hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2018

<i>Activity Daily Living</i> (ADL)	Kualitas Hidup				Total		P Value
	Baik		Kurang Baik		N	%	
	F	%	F	%			
<b>Ketergantungan Ringan</b>	13	43,3	0	0	13	43,3	0,000
<b>Ketergantungan Berat</b>	0	0	17	56,7	17	56,7	
<b>Total</b>	13	43,3	17	56,7	30	100	

Sumber: Data primer 2018

Dalam penelitian ini, analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke yang masih menjalani perawatan rawat jalan di ruang fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti di ruang fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, dari 30 responden didapatkan *activity daily living* (ADL) yang ringan dengan kualitas hidup baik sebanyak 13 (43,3%) responden, *activity daily living* (ADL) yang ringan dengan kualitas hidup kurang baik sebanyak 0 (0,0%) responden. *Activity daily living* (ADL) yang berat dengan kualitas hidup yang baik sebanyak 0 (0,0%) responden, *activity*

*daily living* (ADL) yang berat dengan kualitas hidup kurang baik sebanyak 17 (56,7%) responden.

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *Chi Square* dengan tabel 5 x 2 yang dibaca pada *Pearson Chi Square*, namun hasil uji statistic tersebut tidak bisa dibaca pada *pearson Chi Square* karena nilai *expected count* <5 dan >20%, sehingga langkah selanjutnya dilakukan penggabungan sel dan diperoleh tabel 2 x 2 yang dibaca pada *Continuity Correction* dengan nilai  $p=0,000$  dimana nilai  $\alpha=0,05$ . Hal ini menunjukkan bahwa nilai  $p (0,000) < \alpha (0,05)$ , maka Hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima dan Hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak, artinya ada hubungan antara *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di ruang fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

## **B. Pembahasan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar hal ini dapat dilihat dari hasil uji statistik  $p$  value 0,000 dimana nilai  $\alpha=0,05$ . Hasil yang didapatkan didukung oleh data yang mengatakan bahwa pasien ADL dengan kategori ketergantungan berat memiliki kualitas hidup yang kurang baik dengan jumlah responden 17 (56,7%). Hal ini diperkuat oleh pendapat Soedirman, (2014) yang menyatakan bahwa ketidakmampuan melaksanakan aktivitas pemenuhan kebutuhan diri, perubahan kepribadian emosi dan kegiatan sosial memberi pengaruh terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pasien pasca stroke.

Menurut *Health-Related Quality Of Life* (HRQOL) dalam (Dharma, 2011) kualitas hidup dipengaruhi oleh beberapa konsep-konsep kehidupan terkait kesehatan yang terdiri dari beberapa dimensi salah satunya adalah dimensi fisik yang memiliki indikator yaitu mobilitas fisik, energi, penglihatan, bahasa, perawatan diri dan motorik halus. Adapun skor kualitas hidup responden dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu faktor fisik, masalah psikologis, nyeri, dukungan keluarga dan depresi (Anggraeni, 2016) dari penjelasan di atas yang meliputi beberapa hal berperan dalam mempengaruhi kualitas hidup responden,

Menurut Karunia, (2016) pasca terserang stroke pasien akan mengalami ketergantungan terhadap seseorang sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, oleh karena itu dibutuhkan motivasi dan dorongan diri dari pasien pasca stroke untuk mempercepat proses pemulihannya. Proses rehabilitasi medik untuk pasien stroke yang disebabkan oleh pendarahan, pada umumnya program rehabilitasi dapat dimulai 5-6 hari setelah permulaan sakit, sedangkan pada pasien stroke yang disebabkan oleh trombosis atau emboli program rehabilitasi dapat dimulai 24 jam sampai 48 jam setelah serangan (Festi, 2014). Semakin cepat latihan dimulai semakin cepat pula pasien dapat menyesuaikan kehidupan barunya secara mandiri.

Setelah melakukan penelitian di ruang fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, maka peneliti berasumsi bahwa kualitas hidup seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya yaitu faktor fisik, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti didapatkan hasil kuesioner pasien kesulitan

dalam berjalan, kehilangan keseimbangan, sulit menaiki tangga, kesulitan dalam berdiri, serta kesulitan dalam menyusun kata-kata yang ingin disampaikan. Hal ini menimbulkan pasien cenderung akan mengalami tingkat ketergantungan sehingga pasien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitasnya secara mandiri. Ketidakmandirian ini dapat meningkatkan kondisi pasien dan mempengaruhi kualitas hidupnya hal ini dapat kita lihat dari hasil penelitian tabel 5.7 dimana ADL dengan responden ketergantungan berat memiliki kualitas hidup kurang baik dengan jumlah 17 (56,7%).

Jika ditinjau dari masing-masing domain, aspek yang paling terganggu dari responden adalah aspek fisik, peran dan aspek psikologis dengan kategori kurang baik. Sedangkan aspek yang lebih baik dari aspek-aspek tersebut adalah fungsi sosial dan spiritual. Hal ini membuktikan bahwa aspek fungsi fisik merupakan domain yang sangat berpengaruh dalam perubahan kualitas hidup pasien pasca stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, diikuti oleh fungsi peran dan psikologis. Faktor peran menjadi aspek yang mengganggu kehidupan pasien dimana pasien stroke merasa tidak lagi dapat menjalankan perannya dalam keluarga seperti mengasuh anak dan pencari nafkah, kemudian faktor lain yaitu psikologis dimana pasien sulit mengingat sesuatu atau kejadian yang dialaminya pasien juga tidak dapat menahan emosi atau kehilangan kesabaran terhadap perilaku orang yang menjengkelkan. Faktor Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Masniah, (2017) menyebutkan dalam penelitiannya bahwa pasien pasca stroke mengalami gangguan fisik fungsional, psikologis yang bersifat jangka panjang dan menimbulkan gangguan respon psikologis yang mempengaruhi perubahan kualitas hidupnya.

Beberapa penelitian, mengungkapkan bahwa kualitas hidup pasien pasca stroke dapat meningkat dengan beberapa upaya yang dapat dilakukan seperti terapi rehabilitas medik, *discharge planning*, dukungan keluarga dan sosial masyarakat. Upaya ini guna menjadikan pasien pasca stroke yang mengalami gangguan fisik maupun kecacatan tetap dalam memiliki kualitas hidup yang baik. Kualitas hidup yang kurang dimiliki oleh pasien pasca stroke dikarenakan ADL yang masih membutuhkan bantuan dari keluarga maupun orang sekitarnya, hal ini dapat disebabkan karena pasien stroke yang mengalami penurunan fungsi fisik atau ketidakmampuan melakukan hal sesuai yang pasien inginkan sehingga pasien membutuhkan atau bergantung pada orang lain dalam pemenuhan aktivitasnya sehari-hari dan membuat pasien merasa tidak berdaya.

Seperti yang kita ketahui apabila seseorang yang menderita stroke mengalami perubahan fisik, perubahan gangguan psikologis, gangguan komunikasi dan gangguan pemenuhan aktivitas sehari-hari sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Maka dari itu sangat penting dilakukan pemulihan pasca stroke dalam hal rehabilitasi medik perlu dilakukan dengan mempertimbangkan ketepatan dan keinginan agar program pemulihan dapat berhasil dan meningkatkan harapan hidup pasien.

Aktivitas kehidupan sehari-hari atau pemenuhan kebutuhan diri menjadi sebuah kebutuhan paling dasar yang harus terpenuhi dalam menjalani kehidupan, hal tersebut dikarenakan manusia tidak pernah luput atau bergantung dari tuntutan hidup yang mengharuskan manusia perlu berkembang dan menciptakan karya atau berkarya demi menjadi manusia yang lebih baik dan memiliki kualitas hidup yang baik dan semakin tinggi. Di saat manusia berada pada posisi sulit atau terancam seperti pasien pasca stroke yang mengalami

keterbatasan dalam melakukan aktivitasnya, tanpa disadari ia kehilangan harapan hidupnya bahkan menjadi menurun, yang seperti biasanya melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri namun setelah mengalami stroke yang memberi dampak bagi fisiknya seperti kelemahan fisik maupun kecacatan harus dibantu atau bergantung pada orang lain, untuk itu perlu adanya dukungan dari keluarga maupun masyarakat yang dapat memicu atau memberi semangat menjalani proses pemulihannya agar dapat mengembalikan harapan hidupnya.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, yang telah dilakukan terhadap 30 responden dari tanggal 12 s/d 28 februari 2018, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pasien pasca stroke di ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar memiliki *activity daily living* (ADL) dominan pada kategori ketergantungan berat
2. Pasien pasca stroke di ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dominan memiliki kualitas hidup kurang baik.
3. Ada hubungan antara *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

#### **B. Saran**

1. Bagi pasien dan keluarga  
Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi kepada pasien maupun keluarga dalam menghadapi pasien stroke kedepannya dalam memperhatikan fungsi fisik dengan cara memberikan kesempatan kepada pasien untuk melakukan aktivitasnya secara mandiri.
2. Bagi institusi pendidikan  
Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi atau bahan perpustakaan guna memberi wawasan dalam bidang keperawatan mengenai

pentingnya meningkatkan kemampuan *activity daily living* (ADL) pada pasien pasca stroke sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup mereka.

3. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini sangat diharapkan bagi peneliti agar dapat menambah pengalaman dan wawasan diri dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan melatih dan memandirikan pasien stroke pasca terserang agar kualitas hidupnya lebih baik.

4. Bagi institusi rumah sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dalam merawat pasien pasca stroke khususnya dalam menjalani rehabilitasi medik untuk lebih memperhatikan fungsi fisik demi meningkatkan kualitas hidup.



## DAFTAR PUSTAKA

- Arum, S.P., (2015). *Stroke: Kenali Cegah dan Obati*. Yogyakarta: Notebook.
- Dharma, K.K., (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Cv. Trans Info Media.
- Fadlulloh, S.F., Upoyo, A. S., & Hartanto, Y. D., (2014). *Hubungan Tingkat Ketergantungan dalam Pemenuhan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) dengan Harga Diri Penderita Stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto*. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 9(2), 134-145.  
<http://www.jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/viewFile/579/319>  
diakses tanggal 23 Maret 2018
- Festi. Pipit., (2014). *Peran Keluarga Dalam Pelaksanaan Rehabilitasi Medik Pada Pasien Stroke*. <http://fik.um-surabaya.ac.id/sites/default/files/jurnal/PERAN-KELUARGA-DALAM-PELAKSANAAN-REHABILITASI-PADA-PASIEN-STROKE.pdf>
- Harsono., (2008). *Buku Ajar: Neurologi Klinis*, Yogyakarta , Gajah Mada university press.
- Hasil RISKESDAS., (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI*.  
<http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf> diakses tanggal 2 Oktober 2017
- Indriyati, I., (2009). *Hubungan Activity of Daily Living (ADL) Berdasarkan Indeks Barthel Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Stroke di Bangsal Angrek 1 Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta*.

<http://Eprints.Ums.Ac.Id/6401/1/J210050015.Pdf> diakses tanggal 27 September 2017

Karunia, E., (2016). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Activity Daily Living Pasca Stroke*. <http://e-journal.unair.ac.id/JBE/article/viewFile/2147/2462> diakses tanggal 23 Maret 2018

Mabsusah., (2016). *Kualitas Hidup (Quality of Life) Pasien Diabetes Mellitus di RSUD. Dr. H. Slamet Martodirdjo Kabupaten Pamekasan Madura*. <http://digilib.uinsby.ac.id/13318/5/Bab%204.pdf> diakses tanggal 10 Oktober 2017

Masniah, M., (2017). *Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke di RSUD. Ulin Banjarmasin. Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*. <http://ojs.dinamikakesehatan.stikessarimulia.ac.id/index.php/dksm/article/download/234/178> diakses tanggal 23 Maret 2018

Miscbach Jusuf, dkk., (2011). *Stroke: Aspek Diagnostik, Patofisiologi dan Manajemen*. Jakarta: FKUI. Kelompok studi stroke perhimpunan dokter spesialis saraf Indonesia.

Muttaqin Arif., (2012). *Asuhan Keperawatn Klien Dengan Gangguan System Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika

Mulyatsih, E. & Ahmad, A., (2010). *Stroke Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. FK.UI. Jakarta

Nanda, M.D.,dkk (2014). *Pengalaman Keluarga sebagai Caregiver dalam Merawat Pasien Strok di rumah. Study Fenomenologi: Pengalaman*

*Keluarga sebagai Caregiver, Volume 2 nomor 3, 161-170.*  
<http://jkp.fkep.unpad.ac.id/index.php/jkp/article/download/86/82>. Diakses tanggal 8 Oktober 2017

Nandini, P.S., (2015). *Hubungan Aktivitas Sosial, Interaksi Sosial dan Fungsi Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Utara Kota Denpasar.*  
<http://erepo.unud.ac.id/8304/3/bb7c41fe325195775eef4e636d668298.pdf> diakses tanggal 26 Oktober 2017

Ningtiyas, I.F., (2017). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian Dalam Activity Daily Living Pada Pasien Pasca Stroke Di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung.*  
<http://digilib.unila.ac.id/26318/3/SKRIPSI%20TANPA%20BAB%20PEMBAHASAN.pdf> diakses tanggal 3 Oktober 2017

Nugroho, H.W., (2009). *Komunikasi Dalam Keperawatan Gerontik.* Jakarta: EGC

Octaviani, dkk., (2017). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia Pasca Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Gajahan Surakarta.* <http://eprints.ums.ac.id/50831/1/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf> diakses tanggal 15 Oktober 2017

PERDOSSI., (2008). *Guideline Stroke.* Jakarta: PERDOSSI.

Pramono, C., (2016). *Efektivitas Latihan Rom (Range of Motion) Terhadap Peningkatan Kemandirian ADL (Activity Daily Living) Pada Lansia Stroke.*  
[Http://Ejournal.Stikesmukla.Ac.Id/Index.Php/Triage/Article/Viewfile/178/176](http://Ejournal.Stikesmukla.Ac.Id/Index.Php/Triage/Article/Viewfile/178/176) diakses tanggal 5 Oktober 2017

- Price, S.A & Wilson. L.M., (2006). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Edisi 6 vol 2. Jakarta: EGC
- Pudiastuti, R.D., (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Qori, dkk., (2016). *Hubungan Tingkat Kemandirian Activity of Daily Living Lansia Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Kelurahan Tabing Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang Tahun 2016*. <http://scholar.unand.ac.id/12146/2/BAB%20I.pdf> diakses tanggal 5 Oktober 2017
- Rahayu, K., (2016). *Perbedaan Konsep Diri Antara Laki-laki dan Perempuan Pada Pasien Post Stroke Di Poli Saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul*. [http://Repository.Stikesayaniy.k.Ac.Id/647/1/Keni%20Rahayu\\_2212171\\_Nonfull%20resize.Pdf](http://Repository.Stikesayaniy.k.Ac.Id/647/1/Keni%20Rahayu_2212171_Nonfull%20resize.Pdf) diakses tanggal 7 November 2017
- Rozi. E., (2014). *Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kemampuan Melakukan Aktivitas Sehari-hari Pada Lansia Pasca Stroke Non Hemoragik Di Poliklinik Neurologi di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2014*. <http://repo.unand.ac.id/192/3/bab%25201.pdf> diakses tanggal 3 Oktober 2017
- Sari, A.M., (2012). *Hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan aktivitas dasar lansia di Puskesmas Kedungjati Kabupaten Grobogan*. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/134/jtptunimus-gdl-ayumartika-6674-3-babii.pdf> diakses tanggal 30 Oktober 2017
- Saryono., (2010). *Kumpulan Instrumen Penelitian Kesehatan*. Bantul: Mulia Medika

Septia, A., (2016). *Hubungan Tingkat Depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di poli saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul.*  
<http://repository.stikesayaniy.ac.id/642/1/Septia%20Anggraeni2212152nonfull%20resize.pdf> diakses tanggal 8 Oktober

Sugiarto, Andi., (2005). *Penilaian Keseimbangan Dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari Pada Lansia Dip Anti Werdha Pelkris Elim Semarang Dengan Menggunakan Berg Balance Scale Dan Indeks Barthel.* Semarang: UNDIP.  
<http://www.scribd.com/document/341864781/Konsep-Adl> diakses tanggal 12 Oktober

World Stroke Organization., (2010). <http://www.world-stroke.org/> diakses tanggal 3 Oktober 2017

Yayasan Stroke Indonesia., (2009). <http://www.yastroki.or.id/> diakses tanggal 4 Oktober 2017

## Crosstabs

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ACTIVITY DAILY LIVING * KUALITAS HIDUP	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

## ACTIVITY DAILY LIVING \* KUALITAS HIDUP Crosstabulation

			KUALITAS HIDUP		Total
			BAIK	KURANG BAIK	
ACTIVITY DAILY LIVING	MANDIRI	Count	1	0	1
		Expected Count	.4	.6	1.0
		% within ACTIVITY DAILY LIVING	100.0%	.0%	100.0%
		% within KUALITAS HIDUP	7.7%	.0%	3.3%
		% of Total	3.3%	.0%	3.3%
	RINGAN	Count	12	0	12
		Expected Count	5.2	6.8	12.0
		% within ACTIVITY DAILY LIVING	100.0%	.0%	100.0%
		% within KUALITAS HIDUP	92.3%	.0%	40.0%
		% of Total	40.0%	.0%	40.0%
	BERAT	Count	0	17	17
		Expected Count	7.4	9.6	17.0
		% within ACTIVITY DAILY LIVING	.0%	100.0%	100.0%
		% within KUALITAS HIDUP	.0%	100.0%	56.7%
		% of Total	.0%	56.7%	56.7%
Total		Count	13	17	30
		Expected Count	13.0	17.0	30.0
		% within ACTIVITY DAILY LIVING	43.3%	56.7%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30.000 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	41.054	2	.000
Linear-by-Linear Association	28.181	1	.000
N of Valid Cases	30		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .43.

**Symmetric Measures**

	Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval    Pearson's R	.986	.011	31.047	.000 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal    Spearman Correlation	.988	.012	34.496	.000 <sup>c</sup>
N of Valid Cases	30			

a. Not assuming the null hypothesis.

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

c. Based on normal approximation.

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ADL_2 * KUALITAS HIDUP	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

**ADL\_2 \* KUALITAS HIDUP Crosstabulation**

			KUALITAS HIDUP		Total
			BAIK	KURANG BAIK	
ADL_2	Ringan	Count	13	0	13
		Expected Count	5.6	7.4	13.0
		% within ADL_2	100.0%	.0%	100.0%
		% within KUALITAS HIDUP	100.0%	.0%	43.3%
		% of Total	43.3%	.0%	43.3%
	Berat	Count	0	17	17
		Expected Count	7.4	9.6	17.0
		% within ADL_2	.0%	100.0%	100.0%
		% within KUALITAS HIDUP	.0%	100.0%	56.7%
		% of Total	.0%	56.7%	56.7%
Total	Count	13	17	30	
	Expected Count	13.0	17.0	30.0	
	% within ADL_2	43.3%	56.7%	100.0%	
	% within KUALITAS HIDUP	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	43.3%	56.7%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	30.000 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	26.066	1	.000		
Likelihood Ratio	41.054	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000



**Symmetric Measures**

	Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>
Interval by Interval    Pearson's R	1.000	.000 <sup>b</sup>
Ordinal by Ordinal    Spearman Correlation	1.000	.000 <sup>b</sup>
N of Valid Cases	30	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Based on normal approximation.



**Statistics**

		UMUR	JENIS KELAMIN	PEKERJAAN	PENDIDIKAN
N	Valid	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0

**UMUR**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45-59	13	43.3	43.3	43.3
	60-74	14	46.7	46.7	90.0
	75-90	3	10.0	10.0	100.0
Total		30	100.0	100.0	

**JENIS KELAMIN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PEREMPUAN	14	46.7	46.7	46.7
	LAKI-LAKI	16	53.3	53.3	100.0
Total		30	100.0	100.0	

**PEKERJAAN**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	7	23.3	23.3	23.3
WIRASWASTA	5	16.7	16.7	40.0
IRT	8	26.7	26.7	66.7
PENSIUNAN	5	16.7	16.7	83.3
PEGAWAI SWASTA	3	10.0	10.0	93.3
PETANI	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

**PENDIDIKAN**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	8	26.7	26.7	26.7
SMP	1	3.3	3.3	30.0
SMA	8	26.7	26.7	56.7
D3	3	10.0	10.0	66.7
S1	8	26.7	26.7	93.3
S2	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

## STROKE SPECIFIC SCALE

### KUALITAS HIDUP

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

Lampiran 9

7. Saya merasakan masalah saat menonton televisi karena gangguan penglihatan

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah        |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

8. Saya memiliki masalah melihat benda dengan mata ditutup satu

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak dirasakan masalah  |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

9. Saya merasakan adanya masalah dalam berbicara dengan orang lain seperti berbata-bata atau berbicara gagap

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah        |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

10. Saya memiliki masalah untuk menentukan kata-kata yang ingin saya sampaikan

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah        |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

11. Saya memerlukan bantuan dalam menyiapkan makanan saya

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sepenuhnya dibantu   | <input type="checkbox"/> Sedikit dibantu          |
| <input type="checkbox"/> Lebih banyak dibantu | <input type="checkbox"/> Tidak memerlukan bantuan |
| <input type="checkbox"/> Sebagian bantu       |   |

12. Saya memerlukan bantuan untuk berpakaian

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sepenuhnya dibantu   | <input type="checkbox"/> Sedikit dibantu          |
| <input type="checkbox"/> Lebih banyak dibantu | <input type="checkbox"/> Tidak memerlukan bantuan |
| <input type="checkbox"/> Sebagian bantu       |   |

13. Saya memerlukan bantuan untuk mandi

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sepenuhnya dibantu   | <input type="checkbox"/> Sedikit dibantu          |
| <input type="checkbox"/> Lebih banyak dibantu | <input type="checkbox"/> Tidak memerlukan bantuan |
| <input type="checkbox"/> Sebagian bantu       |   |

Lampiran 9

14. Saya memerlukan bantuan untuk ke toilet (buang air besar dan buang air kecil)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sepenuhnya dibantu    | <input type="checkbox"/> Sedikit dibantu          |
| <input type="checkbox"/> Lebih banyak di bantu | <input type="checkbox"/> Tidak memerlukan bantuan |
| <input type="checkbox"/> Sebagian bantu        |   |

15. Saya merasakan masalah dalam menulis atau mengetik

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah        |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

16. Saya memiliki masalah dalam mengancing baju

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak dirasakan masalah  |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

17. Saya memiliki masalah dalam mengencangkan retsleting

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak dirasakan masalah  |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak dirasakan masalah  |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

19. Saya memiliki masalah mengakhiri pekerjaan yang telah saya mulai

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak dirasakan masalah  |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

20. Saya merasa enggan dengan kehadiran orang lain

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selalu        | <input type="checkbox"/> Jarang       |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak pernah |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |                                       |

Lampiran 9

21. Saya merasakan nafsu makan saya berkurang

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selalu        | <input type="checkbox"/> Jarang       |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak pernah |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |                                       |

22. Saya merasa kehilangan kepercayaan diri untuk beraktivitas

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selalu        | <input type="checkbox"/> Jarang       |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak pernah |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |                                       |

23. Saya mudah marah

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selalu        | <input type="checkbox"/> Jarang       |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak pernah |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |                                       |

24. Saya tidak sabar terhadap perilaku orang yang menjengkelkan

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selalu        | <input type="checkbox"/> Jarang       |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak pernah |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |                                       |

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

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selalu        | <input type="checkbox"/> Jarang       |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak pernah |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |                                       |

26. Saya mengalami masalah dalam mengingat sesuatu

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak dirasakan masalah  |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

27. Saya merasakan adanya masalah saat mencoba berhubungan dengan teman dan kerabat

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak dirasakan masalah  |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |



Lampiran 9

28. Saya merasakan masalah kondisi fisik mengganggu kehidupan social saya

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak dirasakan masalah  |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

29. Saya mengikuti kegiatan dimasyarakat semenjak menderita stroke

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selalu        | <input type="checkbox"/> Jarang       |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak pernah |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |                                       |

30. Saya masih melakukan hobi saya seperti biasa

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selalu        | <input type="checkbox"/> Jarang       |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak pernah |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |                                       |

31. Saya pergi berekreasi sesuai dengan keinginan saya

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selalu        | <input type="checkbox"/> Jarang       |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak pernah |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |                                       |

32. Saya memiliki masalah dengan pasangan hidup saya

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak dirasakan masalah  |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak dirasakan masalah  |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

34. Saya mengalami masalah untuk menerima keterbatasan yang saya alami

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan sangat berat | <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan ringan |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan berat        | <input type="checkbox"/> Tidak dirasakan masalah  |
| <input type="checkbox"/> Masalah dirasakan cukup berat  |   |

Lampiran 9

35. Saya berusaha mendapatkan pengobatan untuk kesembuhan

Selalu

Jarang

Sering

Tidak pernah

Kadang-kadang

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

Selalu

Jarang

Sering

Tidak pernah

Kadang-kadang



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**

**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO**  
Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245  
Telp. (0411) 584675 – 581818 (*Hunting*), Fax. (0411) 587676  
Laman : [www.rsupwahidin.com](http://www.rsupwahidin.com) Surat Elektronik : [tu@rsupwahidin.com](mailto:tu@rsupwahidin.com)



Nomor : **LB.02.04/2.2.2/8168/2017**  
Hal : **Permohonan Data**

10 November 2017

Yth.

1. Ka. Inst. SIRS
2. Ka. Inst. Rekam Medik

Dengan ini kami hadapkan peneliti :

Nama : **Karolina Alfani B.D. & Martiana Lembang**  
NIM : **C1414201088 & C1414201096**  
Prog. Studi : **Ilmu Keperawatan**  
Institusi : **STELLA MARIS Makassar**  
Strata : **S1**

Yang bersangkutan akan melakukan pengambilan data dengan judul "**Hubungan Activity Daily Living dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke**" sesuai dengan permohonan Mahasiswa dari **Ketua STELLA MARIS**, dengan Nomor **677/STIK-SM/S1.247/XI/2017** tertanggal **23 Oktober 2017**, selama bulan **November 2017 s.d Desember 2017**, dengan catatan selama pengambilan data berlangsung mahasiswa tidak mengganggu pelayanan terhadap pasien.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur SDM dan Pendidikan  
Ka. Bagian Pendidikan dan Penelitian



**dr. Muh. Ilham Hamzah, DESS**  
NIP. 197008202000031007

Cat : Identitas pasien harus dirahasiakan dan tdk diperbolehkan mengambil gambar pasien





SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
**STELLA MARIS**

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM III, S1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) 854808 Fax. (0411) 870642 Makassar  
Website : [www.stikstellamarismks.ac.id](http://www.stikstellamarismks.ac.id) Email : [stiksm\\_mks@yahoo.co.id](mailto:stiksm_mks@yahoo.co.id)

Nomor : 074.2 / STIK-SM / S1.044.2 / II / 2018  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada,  
Yth. Direktur RSUP dr Wahidin Sudirohusodo  
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 2017/2018, maka dengan ini kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk dapat kiranya menerima mahasiswa/i kami berikut ini:

1. Nama : Karolina Alfani B. D  
NIM : C1414201088
2. Nama : Mertiana Lembang  
NIM : C1414201096

Judul : Hubungan Activity Daily Living (ADL) dengan kualitas hidup pada pasien Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP dr Wahidin Sudirohusodo Makassar

Untuk melaksanakan Penelitian Skripsi di Rumah Sakit yang Bapak/Ibu pimpin. Sehubungan dengan hal tersebut, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami.

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

Makassar, 1 Februari 2018

Ketua,  
  
Siyandus Abdul, S.Si., Ns., M.Kes.  
NIDN. 0928027101





**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE  
POLITEKNIK KESEHATAN MAKASSAR  
HEALTH POLYTECHNIC MAKASSAR**

**REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK  
RECOMMENDATIONS FOR APPROVAL OF ETHICS  
"ETHICAL APPROVAL"**

No. : 015/KEPK-PTKMKS/II/2018

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar dalam upaya melindungi hak asasi manusia subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti dan seksama protokol yang berjudul :

*The Ethics Commission of the Health Polytechnic Makassar, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**"Hubungan Activity Daily Living (ADL) Dengan Kalitas Hidup Pasien Pasca sStroke di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar"**

Peneliti Utama : Karolina Alfani B.D dan Mertiana Lembang  
*Principal Investigator*

Nama Institusi : STIKES Stella Maris  
*Name of the Institution*

Telah menyetujui protokol tersebut di atas.  
*Approved the above-mentioned protocol*

Makassar, 07 Februari 2018  
KEPK  
POLITEKNIK KESEHATAN MAKASSAR  
CHAIRMAN  
Dr. Rudy Hartono, SKM, M.Kes  
NIP. 19700613 199803 1 002



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**

**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245

Telp. (0411) 584675 – 581818 (*Hunting*), Fax. (0411) 587676

Laman : [www.rsupwahidin.com](http://www.rsupwahidin.com) Surat Elektronik : [tu@rsupwahidin.com](mailto:tu@rsupwahidin.com)



Nomor : **LB.02.01/2.28993 /2018**  
Hal : **Pemohonan Izin Penelitian**

08 Februari 2018

Yth.  
Ka. Inst. Rehabilitasi Medik

Dengan ini kami hadapkan peneliti :

Nama : **Karolina Alfani B. D & Mertiana Lembang**  
Nim : **C1414201088 & C1414201096**  
Prog. Studi : **Ilmu Keperawatan**  
Inst. : **STIK Stella Maris**

Yang bersangkutan akan melakukan penelitian dengan judul **"Hubungan Activity Daily (ADL) dengan kualitas hidup pada pasien Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar"** sesuai dengan permohonan peneliti dari Ketua STIK Stella Maris, dengan nomor **074.2/STIK-SM/S1.044/II/2018**, tertanggal **1 Februari 2018**. Penelitian ini berlangsung selama bulan **Februari s.d Maret 2018**, dengan catatan selama penelitian berlangsung peneliti :

1. Wajib memakai ID Card selama berada di lingkungan RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo
2. Wajib mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo
3. Tidak mengganggu proses pelayanan terhadap pasien.
4. Tidak diperkenankan membawa status pasien keluar dari Ruang Rekam Medik
5. Tidak diperbolehkan mengambil gambar pasien dan identitas pasien harus dirahasiakan

Demikian Surat ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Direktur SDM dan Pendidikan  
RSUP  
Dr. Jintan Ginting, Apt, M.Kes  
NIP.198312031996031001

**KETERANGAN SELESAI MENGUMPULKAN DATA PENELITIAN**

Bersama ini disampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : **Karolina Alfani B. D & Mertiana Lembang**  
Nim : **C1414201088 & C1414201096**  
Prog. Studi : **Ilmu Keperawatan**  
Inst. : **STIK Stella Maris**

**BENAR** telah melakukan penelitian pada bulan **Februari s.d Maret 2018** dengan tanpa mengganggu proses pelayanan.

Demikian keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, **23 - 18**  
An .....



0813 4258 5723

**LEMBAR OBSERVASI**  
**INDEKS BARTHEL**

**BAGIAN 1. Penilaian Fungsi Perawatan Diri**

**Nama:**







No	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1	Makan	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan memotong, mengoles mentega 2 = Mandiri	
2	Mandi	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	
3	Perawatan diri	0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan rambut, gigi dan bercukur	
4	Berpakaian	0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (misalnya: mengancing baju) 2 = Mandiri	
5	Buang air kecil	0 = Inkontinensia (tidak teratur) 1 = Kadang inkontinensia maksimal 1x 24 jam 2 = Inkontinensia teratur	
6	Buang air besar	0 = Inkontinensia tidak teratur 1 = Inkontinensia sekali seminggu 2 = Inkontinensia teratur	
7	Penggunaan toilet	0 = Tergantung bantuan orang lain 1 = Membutuhkan bantuan, tetapi dapat melakukan beberapa hal dengan sendirinya 2 = Mandiri	
8	Transfer	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri	
9	Mobilitas	0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan (1 orang) 3 = Mandiri	
10	Naik turun tangga	0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bantuan orang lain 2 = Mandiri	

### LEMBAR KONSUL

Judul Penelitian : HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI RUANG FISIOTERAPI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR







Nama Mahasiswa : Karolina Alfani B.D (C1414201088)  
Mertiana Lembang (C1414201096)

Pembimbing : Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN





Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mhs
23-09-2017	BAB I PENDAHULUAN: Latar Belakang <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki paragraph, bahasa dan ide utama</li> <li>- Data sumber asli</li> <li>- Fenomena dilapangan</li> <li>- Tujuan khusus</li> <li>- Manfaat penelitian</li> </ul>		
04-10-2017	BAB I PENDAHULUAN: Latar Belakang <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sumber asli WHO</li> <li>- Study lapangan</li> <li>- Menambahkan manfaat penelitian</li> <li>- Format spasi</li> </ul>		
10-10-2017	BAB I <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACC</li> <li>- Perbaiki tujuan khusus</li> </ul> BAB II <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki definisi ADL dan kesimpulannya</li> <li>- Perbaiki faktor dan domain kualitas</li> </ul>		



Lampiran 4

	<p>hidup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan materi stroke</li> </ul>		
15-10-2017	<p>BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACC perbaikan</li> <li>- Perbaiki spasi</li> <li>- Tinjauan materi diperbanyak</li> <li>- Materi diambil (ditambah) dari beberapa sumber</li> </ul>		
30-10-2017	<p>BAB III</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kerangka konseptual (setiap paragraf mengandung definisi operasional pokok pikiran</li> </ul> <p>BAB IV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempat penelitian (unit mana?)</li> <li>- Instrument penelitian (apa yang dinilai) sesuai dengan definisi operasional</li> <li>- Analisa data (perhatikan Ha dan Ho)</li> </ul>		
23-11-2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki kuesioner kualitas hidup</li> <li>- Penentuan jumlah sampel</li> <li>- ACC: BAB III (beri garis putus-putus pada kerangka konsep)</li> <li>- ACC: BAB IV (perbaiki interpretasi pada analisa data bivariat</li> </ul>		

Lampiran 4

<p>27-03-2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abstrak (aturan, syarat penulisan dan tambahkan saran)</li> <li>- Kata pengantar</li> </ul> <p>BAB V</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengantar (tambahkan secara singkat dan analisa data)</li> <li>- Karakteristik responden</li> <li>- Spasi</li> <li>- ACC: BAB V dan BAB VI</li> </ul>		
<p>31-03-2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACC abstrak</li> </ul>		

**HUBUNGAN ACTIVITY DAILIY LIVING DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI RSUP WAHIDIN SU**

NO	IN	UMUR	KD	JK	KD	PEKERJAAN	KD	PENDIDIKAN	KD			
										1	2	3
1	Tn.D	58	1	L	2	PNS	1	S1	5	4	4	4
2	Tn.S	61	2	L	2	WIRASWASTA	2	SMA	3	3	2	2
3	Tn.F	52	1	L	2	PNS	1	S1	5	3	3	3
4	Tn.S	76	3	L	2	WIRASWASTA	2	SMA	3	2	2	2
5	Tn.S	60	2	L	2	WIRASWASTA	2	SD	1	2	2	2
6	Ny.A	71	2	P	1	IRT	3	SD	1	1	2	1
7	Ny.M	48	1	P	1	IRT	3	SD	1	4	2	2
8	Tn.S	65	2	L	2	PENSIUNAN	4	D3	4	2	3	3
9	Tn.A	79	3	L	2	PNS	1	S1	5	1	2	1
10	Ny.D	80	3	P	1	IRT	3	SMA	3	1	2	2
11	Tn.I	74	2	L	2	PETANI	6	SMP	2	2	2	2
12	Ny.B	73	2	P	1	IRT	3	SMA	3	2	3	2
13	Ny.P	54	1	P	1	PNS	1	D3	4	2	2	5
14	Ny.E	46	1	P	1	PNS	1	S1	5	2	4	2
15	Ny.N	71	2	P	1	WIRASWASTA	2	SMA	3	2	3	2
16	Ny.C	52	1	P	1	IRT	3	SD	1	2	2	2
17	Tn.B	50	1	L	2	PEGAWAI SWASTA	5	SMA	3	2	4	2
18	Tn.S	60	2	L	2	PEGAWAI SWASTA	5	SMA	3	1	5	4
19	Ny.M	50	1	P	1	PNS	1	S1	5	3	2	2
20	Ny.S	45	1	P	1	IRT	3	SD	1	2	2	2
21	Ny.R	70	2	P	1	PENSIUNAN	4	SMA	3	3	5	5
22	Ny.J	57	1	P	1	DOSEN	5	S2	6	4	4	3
23	Ny.Y	64	2	P	1	IRT	3	SD	1	2	3	2
24	Tn.A	71	2	L	2	PENSIUNAN	4	S1	5	4	2	5
25	Tn.B	50	1	L	2	PETANI	6	SD	1	2	2	2
26	Tn.A	65	2	L	2	WIRASWASTA	2	S2	6	2	2	2
27	Tn.S	64	2	L	2	PENSIUNAN	4	D3	4	2	2	2
28	Tn.M	46	1	L	2	PNS	1	S1	5	1	2	1
29	Ny.H	58	1	P	1	IRT	3	SD	1	1	1	1
30	Tn.Y	71	2	L	2	PENSIUNAN	4	S1	5	3	5	2



KUALITAS HIDUP																								
FISIK														PSIKOLOGIS										
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	21	18	19	20	22	23	24	25	26	27	28
4	3	2	4	4	5	5	3	3	3	4	2	4	3	4	2	2	3	3	3	2	2	3	4	2
2	1	1	4	4	4	4	3	3	3	4	2	2	2	4	2	3	3	3	3	2	3	4	2	2
4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3
3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	2	2	2	1	5	5	3	3	2	2
2	2	2	2	2	2	2	3	1	3	3	4	2	2	4	2	2	3	5	2	2	5	5	4	2
2	1	1	2	2	4	4	3	3	3	2	2	2	2	5	2	2	2	5	2	2	2	2	5	2
4	2	2	2	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	1	2	2	3	3	5	3	5	4	4	5
2	3	4	4	3	2	3	2	2	2	2	2	4	4	2	3	3	4	2	3	2	2	3	2	2
2	1	1	5	5	5	5	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	1	5	5	5	3	2	4	2
2	1	1	5	5	2	2	2	4	4	4	2	2	2	3	2	2	3	5	2	2	3	2	4	2
2	1	1	3	4	2	3	2	2	2	4	2	3	3	3	2	3	3	5	2	2	2	2	4	5
2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	4	2	2	3	4	3	2	2	3	3	3	2
4	3	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	2	3	5	5	5	1	5	5	3	2	4	5
2	5	1	5	5	5	2	2	4	4	4	3	3	5	5	2	3	5	5	5	1	1	2	4	3
2	4	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	4	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3
2	3	5	5	5	5	5	2	4	3	3	3	3	5	1	2	5	5	3	3	2	2	5	5	5
2	1	2	2	4	2	2	3	1	4	4	2	2	2	1	2	2	5	3	1	2	2	2	4	2
3	2	3	3	3	5	2	2	2	2	5	2	4	5	5	3	3	5	3	1	1	2	3	5	3
5	3	1	3	2	5	3	5	5	5	5	2	5	5	5	4	2	5	5	3	2	1	1	5	4
2	3	3	4	4	1	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	4	3	3	3	2	2	4	4	2
4	1	1	5	5	5	5	3	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	5	1	3	5	5	5	2
4	2	4	5	5	5	5	3	4	2	4	2	2	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4
2	1	1	2	3	2	2	3	2	2	4	2	4	3	2	3	2	2	5	1	2	2	2	4	5
5	1	1	5	5	4	5	4	4	5	5	5	2	2	5	4	4	5	4	5	3	5	4	4	2
4	3	2	5	5	4	5	4	3	3	3	5	4	5	3	3	5	5	1	3	3	5	5	5	3
2	1	1	2	2	2	3	2	3	3	3	2	4	4	2	2	3	3	2	1	2	4	4	4	5
2	3	3	3	2	4	4	3	3	3	3	2	3	4	3	2	2	1	3	4	4	3	2	5	3
2	1	2	5	5	2	2	2	2	3	2	2	2	2	5	2	2	3	2	5	4	3	2	4	2
2	1	1	2	3	2	2	3	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2
5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	2	4	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5

									TOTAL	SKOR	KD		
SOSIAL				PERAN	SPIRITUAL						MAKAN	MANDI	
29	30	31	32	33	34	35	36						
5	5	5	5	2	2	1	1	117	BAIK	1	1	1	
5	4	4	5	4	3	1	1	104	KURANG BAIK	2	1	1	
5	5	1	5	5	5	1	1	155	BAIK	1	1	1	
1	5	5	5	2	5	1	2	91	KURANG BAIK	2	0	0	
5	5	3	5	2	4	1	1	100	KURANG BAIK	2	1	1	
5	5	4	3	2	4	1	4	96	KURANG BAIK	2	2	0	
5	5	4	5	2	5	1	1	118	BAIK	1	2	2	
4	5	3	5	2	2	1	1	98	KURANG BAIK	2	1	2	
5	5	5	5	2	5	1	1	106	KURANG BAIK	2	1	0	
5	5	3	5	2	4	1	2	100	KURANG BAIK	2	1	0	
5	5	2	4	2	5	1	2	99	KURANG BAIK	2	1	0	
4	4	2	5	3	3	1	2	98	KURANG BAIK	2	1	0	
1	1	1	5	5	4	1	1	131	BAIK	1	2	1	
2	5	3	5	4	4	1	1	119	BAIK	1	2	2	
2	2	2	5	3	5	1	1	94	KURANG BAIK	2	1	0	
5	5	5	5	2	5	1	4	129	BAIK	1	1	1	
5	5	2	5	3	4	1	1	93	KURANG BAIK	2	1	0	
5	5	5	5	3	4	1	1	116	BAIK	1	1	0	
1	4	4	5	5	5	1	1	124	BAIK	1	1	1	
5	5	4	5	2	2	1	1	99	KURANG BAIK	2	0	0	
5	5	5	5	2	5	1	1	142	BAIK	1	2	2	
1	3	1	4	4	4	1	1	134	BAIK	1	1	0	
5	5	5	5	5	2	1	1	99	KURANG BAIK	2	1	0	
3	5	3	5	2	4	1	1	133	BAIK	1	2	1	
5	5	5	5	2	3	1	1	129	BAIK	1	2	0	
5	5	4	5	2	2	1	4	100	KURANG BAIK	2	2	0	
5	5	5	5	2	4	1	1	108	KURANG BAIK	2	1	0	
5	5	4	5	2	5	1	1	100	KURANG BAIK	2	1	0	
5	5	5	5	2	2	1	1	77	KURANG BAIK	2	1	0	
1	4	1	5	5	5	1	1	145	BAIK	1	2	1	

PERAWATAN DIRI	BERPAKAIAN	BAK	BAB
1	1	2	2
1	1	0	0
0	2	2	2
0	1	2	2
1	0	0	1
0	0	0	1
2	2	2	1
1	1	0	0
0	1	2	2
0	0	1	2
0	0	1	1
1	1	1	1
1	1	2	2
1	1	2	2
0	1	1	1
1	2	1	1
1	0	0	0
1	1	2	2
1	2	1	1
0	0	2	2
1	2	2	2
1	1	2	2
1	0	0	1
1	1	2	2
1	1	2	2
0	1	1	1
1	1	1	1
1	1	2	2
0	1	1	1
1	2	2	2

ACTIVITY DAILY LIVING (ADL)		
PENGGUANAAN TOILET	TRANSFER	MOBILITAS
2	3	3
1	1	2
1	2	1
1	1	0
1	1	2
0	0	2
2	2	2
1	1	1
1	0	1
1	1	1
0	2	3
1	0	2
1	2	1
1	2	1
1	1	1
1	2	1
1	1	2
2	2	1
1	1	2
1	1	2
2	3	3
2	3	3
1	2	2
1	3	3
1	3	3
0	0	2
1	1	1
0	0	1
0	1	1
2	2	3

NAIK TURUN TANGGA	TOTAL
2	18
0	8
0	12
0	7
0	8
1	6
1	18
0	8
0	8
0	7
0	8
0	8
2	15
0	14
1	8
1	12
1	7
1	13
1	12
0	8
1	20
0	15
0	8
2	18
1	16
1	8
0	8
0	8
0	6
1	18



	<b>KD</b>
<b>SKOR</b>	
KETERGANTUNGAN RINGAN	2
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN RINGAN	2
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN RINGAN	2
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN RINGAN	2
KETERGANTUNGAN RINGAN	2
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN RINGAN	2
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN RINGAN	2
KETERGANTUNGAN RINGAN	2
KETERGANTUNGAN BERAT	4
MANDIRI	1
KETERGANTUNGAN RINGAN	2
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN RINGAN	2
KETERGANTUNGAN RINGAN	2
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN BERAT	4
KETERGANTUNGAN RINGAN	2



Lampiran 10

MASTER TABEL

NO	IN	UMUR	KD	JK	KD	PEKERJAAN	KD	PENDIDIKAN	KD	KUALITAS HIDUP																																				TOTAL	SKOR	KD	
										FISIK																		PSIKOLOGIS						SOSIAL						PERAN	SPIRITUAL								
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36					
1	Tn.D	58	1	L	2	PNS	1	S1	5	4	4	4	4	3	2	4	4	5	5	3	3	3	4	2	4	3	4	2	2	3	3	3	2	2	3	4	2	5	5	5	2	2	1	1	117	BAIK	1		
2	Tn.S	61	2	L	2	WIRASWASTA	2	SMA	3	3	2	2	2	1	1	4	4	4	4	3	3	3	4	2	2	2	4	2	3	3	3	2	3	4	2	2	5	4	4	5	4	3	1	1	104	KURANG BAIK	2		
3	Tn.F	52	1	L	2	PNS	1	S1	5	3	3	3	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	1	5	5	5	1	1	155	BAIK	1	
4	Tn.S	76	3	L	2	WIRASWASTA	2	SMA	3	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	2	2	2	1	5	5	3	3	2	2	1	5	5	5	2	5	1	2	91	KURANG BAIK	2	
5	Tn.S	60	2	L	2	WIRASWASTA	2	SD	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	3	3	4	2	2	4	2	2	3	5	2	2	5	5	4	2	5	5	3	5	2	4	1	1	100	KURANG BAIK	2		
6	Ny.A	71	2	P	1	IRT	3	SD	1	1	2	1	2	1	1	2	2	4	4	3	3	2	2	2	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	5	2	5	4	3	2	4	1	4	96	KURANG BAIK	2			
7	Ny.M	48	1	P	1	IRT	3	SD	1	4	2	2	4	2	2	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	1	2	2	3	3	5	3	5	4	4	5	5	5	4	5	2	5	1	1	118	BAIK	1		
8	Tn.S	65	2	L	2	PENSIUNAN	4	D3	4	2	3	3	2	3	4	4	3	2	3	2	2	2	2	2	4	4	2	3	3	4	2	3	2	2	3	2	2	4	5	3	5	2	2	1	1	98	KURANG BAIK	2	
9	Tn.A	79	3	L	2	PNS	1	S1	5	1	2	1	2	1	1	5	5	5	5	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	1	5	5	5	3	2	4	2	5	5	5	2	5	1	1	106	KURANG BAIK	2		
10	Ny.D	80	3	P	1	IRT	3	SMA	3	1	2	2	2	1	1	5	5	2	2	2	4	4	4	2	2	2	3	2	2	3	5	2	2	3	2	4	2	5	5	3	5	2	4	1	2	100	KURANG BAIK	2	
11	Tn.I	74	2	L	2	PETANI	6	SMP	2	2	2	2	2	1	1	3	4	2	3	2	2	2	4	2	3	3	2	3	3	5	2	2	2	2	4	5	5	5	2	4	2	5	1	2	99	KURANG BAIK	2		
12	Ny.B	73	2	P	1	IRT	3	SMA	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	4	2	2	3	4	3	2	2	3	3	3	2	4	4	2	5	3	3	1	2	98	KURANG BAIK	2	
13	Ny.P	54	1	P	1	PNS	1	D3	4	2	2	5	4	3	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	2	3	5	5	5	1	5	5	3	2	4	5	1	1	1	5	5	4	1	1	131	BAIK	1	
14	Ny.E	46	1	P	1	PNS	1	S1	5	2	4	2	2	2	5	1	5	5	2	2	4	4	4	3	3	5	5	2	3	5	5	5	1	1	2	4	3	2	5	3	5	4	4	1	1	119	BAIK	1	
15	Ny.N	71	2	P	1	WIRASWASTA	2	SMA	3	2	3	2	2	2	4	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	4	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	5	3	5	1	1	94	KURANG BAIK	2		
16	Ny.C	52	1	P	1	IRT	3	SD	1	2	2	2	2	3	5	5	5	5	5	2	4	3	3	3	3	5	1	2	5	5	3	3	2	2	5	5	5	5	5	5	2	5	1	4	129	BAIK	1		
17	Tn.B	50	1	L	2	PEGAWAI SWASTA	5	SMA	3	2	4	2	2	1	2	2	4	2	2	3	1	4	4	2	2	2	1	2	2	5	3	1	2	2	2	4	2	5	5	2	5	3	4	1	1	93	KURANG BAIK	2	
18	Tn.S	60	2	L	2	PEGAWAI SWASTA	5	SMA	3	1	5	4	3	2	3	3	5	2	2	2	2	5	2	4	5	5	3	3	5	3	1	1	2	3	5	3	5	5	5	5	3	4	1	1	116	BAIK	1		
19	Ny.M	50	1	P	1	PNS	1	S1	5	3	2	2	5	3	1	3	2	5	3	5	5	5	5	2	5	5	5	4	2	5	5	3	2	1	1	5	4	1	4	4	5	5	5	1	1	124	BAIK	1	
20	Ny.S	45	1	P	1	IRT	3	SD	1	2	2	2	2	3	3	4	4	1	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	4	3	3	3	2	2	4	4	2	5	5	4	5	2	2	1	1	99	KURANG BAIK	2	
21	Ny.R	70	2	P	1	PENSIUNAN	4	SMA	3	3	5	5	4	1	1	5	5	5	5	3	5	5	4	4	4	5	4	5	5	5	1	3	5	5	5	2	5	5	5	5	2	5	1	1	142	BAIK	1		
22	Ny.J	57	1	P	1	DOSEN	5	S2	6	4	4	3	4	2	4	5	5	5	5	3	4	2	4	2	2	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	1	3	1	4	4	4	1	1	134	BAIK	1		
23	Ny.Y	64	2	P	1	IRT	3	SD	1	2	3	2	2	1	1	2	3	2	2	3	2	2	4	2	4	3	2	3	2	2	5	1	2	2	2	4	5	5	5	5	5	2	1	1	99	KURANG BAIK	2		
24	Tn.A	71	2	L	2	PENSIUNAN	4	S1	5	4	2	5	5	1	1	5	5	4	5	4	4	5	5	5	2	2	5	4	4	5	4	5	3	5	4	4	2	3	5	3	5	2	4	1	1	133	BAIK	1	
25	Tn.B	50	1	L	2	PETANI	6	SD	1	2	2	2	4	3	2	5	4	5	4	3	3	3	5	4	5	3	3	5	5	1	3	3	5	5	5	3	5	5	5	5	2	3	1	1	129	BAIK	1		
26	Tn.A	65	2	L	2	WIRASWASTA	2	S2	6	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	3	3	3	2	4	4	2	2	3	3	2	1	2	4	4	4	5	5	5	4	5	2	2	1	4	100	KURANG BAIK	2	
27	Tn.S	64	2	L	2	PENSIUNAN	4	D3	4	2	2	2	2	3	3	2	4	4	3	3	3	3	2	3	4	3	2	2	1	3	4	4	3	2	5	3	5	5	5	5	2	4	1	1	108	KURANG BAIK	2		
28	Tn.M	46	1	L	2	PNS	1	S1	5	1	2	1	2	1	2	5	5	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	5	2	2	3	2	5	4	3	2	4	2	5	5	4	5	2	5	1	1	100	KURANG BAIK	2
29	Ny.H	58	1	P	1	IRT	3	SD	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	2	3	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5	5	5	2	2	1	1	77	KURANG BAIK	2		
30	Tn.Y	71	2	L	2	PENSIUNAN	4	S1	5	3	5	2	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	2	4	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	1	4	1	5	5	5	1	1	145	BAIK	1	

Lampiran 10

NO	ADL											TOTAL	SKOR	KD
	MAKAN	MANDI	PERAWATAN DIRI	BERPAKAIAN	BAK	BAB	PENGGUNAAN TOILET	TRANSFER	MOBILITAS	NAIK TURUN TANGGA				
1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	2	18	KETERGANTUNGAN RINGAN	2	
2	1	1	1	1	0	0	1	1	2	0	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
3	1	1	0	2	2	2	1	2	1	0	12	KETERGANTUNGAN RINGAN	2	
4	0	0	0	1	2	2	1	1	0	0	7	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
5	1	1	1	0	0	1	1	1	2	0	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
6	2	0	0	0	0	1	0	0	2	1	6	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
7	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	18	KETERGANTUNGAN RINGAN	2	
8	1	2	1	1	0	0	1	1	1	0	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
9	1	0	0	1	2	2	1	0	1	0	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
10	1	0	0	0	1	2	1	1	1	0	7	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
11	1	0	0	0	1	1	0	2	3	0	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
12	1	0	1	1	1	1	1	0	2	0	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
13	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	15	KETERGANTUNGAN RINGAN	2	
14	2	2	1	1	2	2	1	2	1	0	14	KETERGANTUNGAN RINGAN	2	
15	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
16	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	12	KETERGANTUNGAN RINGAN	2	
17	1	0	1	0	0	0	1	1	2	1	7	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
18	1	0	1	1	2	2	2	2	1	1	13	KETERGANTUNGAN RINGAN	2	
19	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	12	KETERGANTUNGAN RINGAN	2	
20	0	0	0	0	2	2	1	1	2	0	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
21	2	2	1	2	2	2	2	3	3	1	20	MANDIRI	1	
22	1	0	1	1	2	2	2	3	3	0	15	KETERGANTUNGAN RINGAN	2	
23	1	0	1	0	0	1	1	2	2	0	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
24	2	1	1	1	2	2	1	3	3	2	18	KETERGANTUNGAN RINGAN	2	
25	2	0	1	1	2	2	1	3	3	1	16	KETERGANTUNGAN RINGAN	2	
26	2	0	0	1	1	1	0	0	2	1	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
27	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
28	1	0	1	1	2	2	0	0	1	0	8	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
29	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	6	KETERGANTUNGAN BERAT	4	
30	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	18	KETERGANTUNGAN RINGAN	2	

KETERANGAN :

1. In = Inisial
2. JK= Jenis Kelamin
3. KD= Kode
4. BAB= Buang Air Besar
5. BAK= Buang Air Kecil



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**



**Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu**

JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10, Makassar. Telp. (0411)5780103, Fax (0411) 581431.  
Contact person **dr. Agussalim Bukhari, PhD, SpGK** (HP. 081241850858), email: [agussalimbukhari@yahoo.com](mailto:agussalimbukhari@yahoo.com)

---

**NASKAH PENJELASAN KEPADA SUBYEK UNTUK PERSETUJUAN**

Selamat pagi bapak/ibu, perkenalkan kami mahasiswa STIK Stella Maris Makassar (Karolina Alfani B D dan Mertiana Lembang), pada saat ini kami dalam proses penyelesaian tugas akhir sebagai syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan. Dimana kami akan melakukan penelitian dengan judul Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, dengan harapan akan memberikan manfaat kepada bpk/ibu/sdra/i dalam peningkatan kualitas hidup. Jika bpk/ibu/sdra/i bersedia menjadi subyek penelitian ini maka kami akan memberikan kuesioner observasi aktivitas sehari-hari dan kualitas hidup untuk bpk/ibu/sdra/i isi sesuai dengan isi kuesioner yang kami berikan, tetapi jika merasa tidak berkenan dengan alasan tertentu, bpk/ibu/sdra/i berhak untuk mengundurkan diri dari penelitian ini. Keikutsertaan bpk/ibu/sdra/i dalam penelitian ini bersifat suka rela tanpa paksaan.

Penelitian ini tidak menimbulkan efek samping atau akibat yang merugikan bagi bpk/ibu/sdr sebagai responden, namun akan menyita waktu beberapa menit ketika kami melakukan penelitian, kami akan memberikan kompensasi berupa sovenir. Identitas bpk/ibu/sdra/i maupun data atau semua informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya dengan menyamarkan identitas, data disajikan hanya untuk kepentingan penelitian serta pengembangan ilmu. Bila ada hal-hal yang tidak jelas, bpk/ibu/sdr dapat menghubungi kami.

Identitas peneliti

Nama : Karolina Alfani B D dan Mertiana Lembang  
Alamat : Jl. Mangka Dg.Bombong  
Telepon : 085242426114/082193207231



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**



**Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu**

JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10, Makassar. Telp. (0411)5780103, Fax (0411) 581431.

Contact person **dr. Agussalim Bukhari, PhD, SpGK** (HP. 081241850858), email: [agussalimbukhari@yahoo.com](mailto:agussalimbukhari@yahoo.com)

---

**FORM PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)**  
*(Informed Consent)*

Saya bertanda tangan dibawah ini:

Nama :  
Umur/Kelamin :  
Alamat :  
Bukti diri/KTP :

Setelah membaca/mendengar dan mengerti penjelasan yang diberikan mengenai tujuan, manfaat apa yang akan dilakukan pada penelitian ini, dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya serta memberikan persetujuan secara sukarela tanpa paksaan dan bersedia menjalani/mengikuti penelitian mengenai Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

Saya mengerti bahwa dari semua hal yang dilakukan penelitian pada saya dapat menimbulkan masalah, namun saya percaya kemungkinan tersebut sangat kecil karena akan dilakukan oleh petugas yang terlatih.

Saya tahu bahwa keikutsertaan saya ini bersifat sukarela tanpa paksaan, sehingga saya bisa menolak ikut atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa kehilangan hak saya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Juga saya berhak bertanya atau meminta penjelasan pada peneliti bila masih ada hal yang belum jelas atau masih ada hal-hal yang ingin saya ketahui tentang penelitian ini.

Saya juga mengerti bahwa semua biaya yang dikeluarkan sehubungan dengan penelitian ini, akan ditanggung oleh peneliti. Demikian juga biaya perawatan dan pengobatan bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan akibat penelitian ini, akan dibiayai oleh peneliti.

Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data penelitian akan terjamin dan saya dengan ini menyetujui semua data yang dihasilkan pada penelitian ini untuk dipublikasikan dalam bentuk lisan maupun tulisan.

Bila terjadi perbedaan pendapat dikemudian hari, kami akan menyelesaikan secara kekeluargaan.

Tanggal:

Klien

Yang membuat pernyataan

(.....)

( Peneliti )

Saksi-saksi

(Keluarga klien)

(Perawat/petugas)

Penanggung jawab penelitian:

Nama :

Alamat :

Telepon (HP):

Tempat meminta penjelasan:

Pejabat peneliti (pembimbing I)

Nama :

Alamat :

Telepon (HP):