



**SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS  
HIDUP PADA PASIEN PASCA STROKE DI  
PUSKESMAS BATUA MAKASSAR**

**PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL**

**OLEH :  
NOVIANTI ERIN MASSANG  
(CX.15.14201.128)**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN & NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS  
MAKASSAR  
2017**



**SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS  
HIDUP PADA PASIEN PASCA STROKE DI  
PUSKESMAS BATUA MAKASSAR**

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

**OLEH :  
NOVIANTI ERIN MASSANG  
(CX.15.14201.128)**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS  
MAKASSAR  
2017**

**PERNYATAAN ORISINALITAS**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Novianti Erin Massang

NIM : CX1514201128

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar - benarnya.

Makassar, April 2017

Yang menyatakan,



(Novianti Erin Massang)

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA  
PASIEN PASCA STROKE DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR**

**Diajukan Oleh :**

**NOVIANTI ERIN MASSANG  
CX1514201128**

**Disetujui Oleh :**

**Pembimbing**



**(Sr. Anita Sampe, JMJ., Ns., MAN)  
NIDN: 0917107402**

**Wakil Ketua I Bidang Akademik**



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

**HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI****SKRIPSI****HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS  
HIDUP PADA PASIEN PASCA STROKE DI PUSKESMAS  
BATUA MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

**Novianti Erin Massang**  
**CX1514201128**

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

  
**Sr. Anita Sampe, JMJ., Ns., MAN**  
**NIDN: 0917107402**

Telah Diuji dan Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 21  
April 2017 Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

**Susunan Dewan Penguji**

Penguji I



**(Elmiana B.L., Ns., M.Kes)**  
**NIDN: 0925027603**

Penguji II



**(Siprianus A., Ns., M.Kes)**  
**NIDN: 0928027101**

Penguji III



**Sr. Anita Sampe, JMJ., Ns., MAN**  
**NIDN: 0917107402**

Makassar, 21 April 2017  
Program S1 Keperawatan dan Ners  
Ketua STIK Stella Maris Makassar



**Siprianus A., Ns., M.Kes**  
**NIDN: 0928027101**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Novianti Erin Massang

Nim : CX1514201128

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 01 April 2017

Yang menyatakan



(Novianti Erin Massang)

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Novianti Erin Massang

Nim : CX1514201128

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 01 April 2017  
Yang menyatakan

(Novianti Erin Massang)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN PASCA STROKE DI PUSKESMAS BATUA 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. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

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

1. Siprianus A, Ns.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan bimbingan, arahan, masukan, dan dukungan kepada kami dari awal hingga selesainya skripsi ini serta telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan selama kurang lebih 2 tahun di STIK Stella Maris Makassar dan juga telah menjadi dosen Penguji II.
2. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku dosen pembimbing akademik S1 Jalur B yang telah mendidik, memberikan bimbingan serta pengarahan kepada penulis selama dalam pendidikan.
3. Fransiska Anita E.R.S., S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
4. Sr. Anita Sampe, JMJ.,Ns.,MAN selaku dosen pembimbing yang telah

mendidik, memberikan bimbingan serta pengarahan selama penulis menuntut ilmu dan menyusun skripsi ini hingga dapat selesai pada waktunya.

5. Elmiana Bongga Linggi, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku penguji I yang telah banyak membimbing dan memberikan masukan kepada penulis.
6. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Teristimewa untuk kedua orang tuaku bapak Philipus Massang dan Ibu Yohana Pasumbung serta adik saya Elvin Massang serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dukungan moril dan materi.
8. Teman - teman SI keperawatan jalur B angkatan 2015, khususnya Fenty, Sisil, Erna, Serly dan Apri yang selalu kompak, dan saling mendukung selama mengikuti pendidikan. Terima kasih atas kebersamaannya selama ini.
9. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

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

Makassar, April 2017



Novianti Erin Massang

**ABSTRAK**  
**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA**  
**PASIEEN PASCA STROKE DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR**  
(dibimbing oleh Sr. Anita Sampe, JMJ)

**NOVIANTI ERIN MASSANG**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS**

**XV + 59 halaman+ 32 daftar pustaka + 9 tabel + 11 lampiran**

Stroke menjadi penyebab utama kecacatan nomor satu di dunia. Seseorang yang menderita stroke, dalam melakukan kegiatan sehari - hari akan sangat tergantung pada orang lain, terutama keluarga terdekat dan juga lingkungan sosial disekitar. Dukungan keluarga merupakan faktor yang paling utama yang sangat berpengaruh terhadap penderita stroke yaitu dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidupnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke. Jenis penelitian ini adalah *observasional analitik* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional study*. Populasi penelitian adalah pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar dengan menggunakan teknik pengambilan sampel *nonprobability sampling* dengan pendekatan *accidental sampling*. Jumlah sampel penelitian sebanyak 70 responden dan pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner. Uji statistik yang digunakan adalah uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai  $p=0,000$  dan  $\alpha=0,05$  yang berarti  $p < \alpha$ . Maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke.

Kata Kunci : Stroke, dukungan keluarga, kualitas hidup  
Kepustakaan : 32 ( 2007 - 2016)

**ABSTRACT**  
**RELATION BETWEEN FAMILY SUPPORT WITH LIFE QUALITY OF POST**  
**STROKE PATIENTS AT PUSKESMAS BATUA MAKASSAR**  
**(guided by Sr. Anita Sampe, JMJ)**

**NOVIANTI ERIN MASSANG**

**Bachelor of nursing study Program and nursing**

**XV + 59 pages + 32 bibliography + 9 table + 11 attachment**

Stroke is the main cause of disability in the world. A person that suffering stroke, to do their daily activity will be very depend to others, like close family and social environment. Family support is the main factor that give an effect to stroke patient to survive and increase their quality of life. The purpose of this research is to know the relation between family support with life quality of post stroke patients. The variety of this research is observational analitic with cross sectional study approach . The population of this research is post stroke patients at Puskesmas Batua Makassar, used non probability sampling to take the sample and with accidental sampling approach. Total sample of this research is 70 respondents and collect the data by questionnaire. The statistical test used is Chi Square and the p value = 0.000 and  $\alpha=0,05$  which mean  $p < \alpha$ . So the conclusion, there is a relation between family support with quality life of post stroke patients.

Keyword : Stroke, family support , quality of life

Literature : 32 ( 2007 - 2016)

**DAFTAR ISI**

	Hal
HALAMAN SAMPUL DEPAN .....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iv
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI .....	v
HALAMAN UCAPAN TERIMA KASIH .....	vi
HALAMAN ABSTRAK .....	viii
HALAMAN DAFTAR ISI .....	ix
HALAMAN DAFTAR TABEL .....	xii
HALAMAN DAFTAR GAMBAR .....	xiii
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
A. Tinjauan Umum Tentang Stroke .....	7
1. Defenisi .....	7
2. Etiologi .....	7
3. Klasifikasi .....	8
4. Manifestasi Klinis .....	11
5. Patofisiologi .....	12
6. Pemeriksaan Diagnostik .....	14
7. Penatalaksanaan Medik .....	15

	<b>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS</b>	<b>HAL</b>	x
	8. Komplikasi .....	18	
	B. Tinjauan Umum Tentang dukungan Keluarga .....	19	
	1. Defenisi Keluarga .....	19	
	2. Ciri – Ciri Struktur Keluarga .....	19	
	3. Fungsi Keluarga .....	20	
	4. Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan .....	21	
	5. Defenisi Dukungan Keluarga .....	22	
	6. Jenis – Jenis Dukungan keluarga .....	23	
	7. Sumber – Sumber Dukungan Keluarga .....	26	
	8. Manfaat dukungan Keluarga .....	26	
	9. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga .....	27	
	C. Tinjauan Umum tentang Kualitas Hidup .....	29	
	1. Defenisi Kualitas Hidup .....	29	
	2. Aspek – aspek Dalam Kualitas Hidup .....	29	
	3. Pengukuran Kualitas Hidup .....	31	
	4. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup .....	31	
	D. Tinjauan Umum Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup .....	32	
	<b>BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS .....</b>	<b>35</b>	
	A. Kerangka Konseptual .....	35	
	B. Hipotesis Penelitian .....	36	
	C. Defenisi Operasional .....	37	
	<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>39</b>	
	A. Jenis Penelitian .....	39	
	B. Tempat Dan Waktu Penelitian .....	39	
	C. Populasi Dan Sampel .....	39	
	D. Instrumen Penelitian .....	40	
	E. Pengumpulan Data .....	41	
	F. Pengolahan Dan Penyajian Data .....	42	
	G. Analisis Data .....	43	

<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>45</b>
A. Hasil Penelitian .....	45
1. Pengantar .....	45
2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	45
3. Penyajian Karakteristik Data Umum .....	48
4. Penyajian Hasil Yang Diukur .....	50
B. Pembahasan .....	52
<b>BAB VI SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>58</b>
A. Simpulan .....	58
B. Saran .....	58
DAFTAR PUSTAKA .....	60
LAMPIRAN .....	64

**DAFTAR TABEL**

	Hal
Tabel 3.1 Defenisi Operasional .....	37
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur di Puskesmas Batua Makassar, Februari 2017 .....	48
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Jenis Kelamin di Puskesmas Batua Makassar, Februari 2017 .....	48
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Pendidikan Terakhir di Puskesmas Batua Makassar, Februari 2017 .....	49
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Pekerjaan di Puskesmas Batua Makassar, Februari 2017 .....	49
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Status Perkawinan di Puskesmas Batua Makassar, Februari 2017 .....	50
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga di Puskesmas Batua Makassar, Februari 2017 .....	50
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup di Puskesmas Batua Makassar, Februari 2017 .....	51
Tabel 5.8 Analisis Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup di Puskesmas Batua Makassar, Februari 2017 .....	51

**DAFTAR GAMBAR**

	Hal
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual .....	36

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan
Lampiran 2	Surat permohonan izin melakukan penelitian dari STIK Stella Maris Makassar
Lampiran 3	Surat izin penelitian dari Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan
Lampiran 4	Surat izin penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik
Lampiran 5	Surat izin penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Makassar
Lampiran 6	Surat keterangan telah melakukan penelitian dari Puskesmas Batua Makassar
Lampiran 7	Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 8	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran 9	Instrumen Penelitian / Kuesioner
Lampiran 10	Master Tabel
Lampiran 11	Hasil Output SPSS Uji Chi Square

**DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH**

WHO	: World Health Organization
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RIND	: Reversible ischemic neurologic deficit
PIS	: Pendarahan Intraserebral
PSA	: Pendarahan Subaraknoid
CSS	: Cairan Serebrospinal
Kolektor	: Pengumpul informasi
Disseminator	: Penyebar informasi
WHOQoL	: The World Health Organization Quality of Life
SIP	: The Sickness Impact Profile
MOS	: The Medical Outcome Study
SF – 36	: 36 – item short form health survey
WPSI	: The Washington Psychosocial Seizure Inventory
<	: Kurang dari
≥	: Lebih besar atau sama dengan
α	: Alfa
%	: Persen
Informed consent	: Lembar persetujuan
Bivariat	: Analisa yang dilakukan pada kedua variabel
Univariat	: Analisa yang dilakukan pada masing – masing variabel
SPSS	: Statistical Product and Service Solutions

## BAB I PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Serangan stroke dapat merampas kebahagiaan dan bahkan mengubah kehidupan pasien dan keluarganya. Kemampuan berpikir, beraktivitas, berbicara, dan kebahagiaan lenyap ketika stroke telah menimpa seseorang. Kecacatan akibat stroke juga menambah beban materi dan mental bagi keluarga. Fakta inilah yang membuat sebagian orang cemas dalam menghadapi stroke. Tak heran jika stroke semakin sering menjadi bahan perbincangan dikalangan masyarakat (Lingga, 2013).

Pada umumnya, stroke menyerang orang – orang yang berusia 40 tahun, namun tidak bisa dipungkiri penyakit ini dapat juga menyerang semua usia, termasuk anak – anak. Penyebab terjadinya stroke pun beragam diantaranya umur, jenis kelamin, keturunan, ras, hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes mellitus, merokok, aterosklerosis, penyakit jantung, obesitas, konsumsi alkohol, stress, kondisi sosial ekonomi yang mendukung, diet yang tidak baik, aktivitas fisik yang kurang dan penggunaan obat anti hamil. Gejala serangan stroke bergantung pada wilayah otak mana yang mengalami sumbatan atau pecah pembuluh darah. Pada stroke yang umum terjadi, muncul gejala gangguan pergerakan anggota gerak sisi tubuh, seperti diawali dengan kesemutan, rasa kebas, lemah sisi tubuh dan gerakan mulai tidak tangkas, penglihatan kabur, pendengaran terganggu atau jalan terhuyung (Arum, 2015).

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO, 2009), stroke merupakan penyebab kecacatan nomor satu di dunia dan penyebab kematian nomor tiga di dunia. Pada masyarakat barat, 80% penderita

mengalami stroke iskemik dan 20% mengalami stroke hemoragik. Insiden stroke meningkat seiring pertambahan usia. Sedangkan menurut data statistik stroke diseluruh dunia juga menyatakan sekitar 15 juta orang diseluruh dunia mengalami stroke setiap tahun. 1 dari 6 orang diseluruh dunia akan mengalami stroke dalam hidup mereka. Dua - pertiga dari kematian stroke terjadi di negara - negara kurang berkembang (Stroke Association, 2013). WHO juga memperkirakan 7,6 juta kematian terjadi akibat stroke pada tahun 2020 mendatang yang akan menjadi penyebab utama kematian di dunia dengan penyakit jantung (Junaidi, 2011) dikutip dalam (Sobirin, Husna, & Sulistyawan, 2015).

Saat ini, Angka kejadian stroke meningkat dengan tajam di Indonesia dan merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia. Menurut hasil laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menyatakan terjadinya peningkatan prevalensi stroke di Indonesia dari tahun 2007 ke 2013, yakni kejadian stroke pada tahun 2007 sebanyak 8,3 per 1000 menjadi 12,1 per 1000 pada tahun 2013. Angka itu naik dibandingkan Riskesdas 2007 yang sebesar 8,3%. Stroke telah menjadi penyebab kematian utama hampir semua rumah sakit di Indonesia, yakni 14,5%. Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil (Purwaningtyas, 2016).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Batua Makassar, penderita stroke tahun 2016 berjumlah 80 orang. Pasien yang datang setiap bulannya di puskesmas tepatnya di unit Home Care kurang lebih 30 orang pasien. Jumlah pasien yang datang di puskesmas sebagian dari jumlah yang terdaftar dikarenakan para petugas melakukan kunjungan langsung ke rumah.

Keluarga merupakan dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan, dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan didalam perannya masing – masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. Dukungan keluarga merupakan faktor yang paling utama yang sangat berpengaruh terhadap penderita pasca stroke. Dukungan keluarga yang tinggi dapat meningkatkan motivasi yang lebih tinggi. Dengan demikian, pasien pasca stroke merasa diperhatikan sehingga mempunyai keinginan untuk cepat sembuh. Dukungan ini dapat ditunjukkan dengan: keluarga mengingatkan disaat akan melakukan latihan, mendorong pasien agar tidak putus asa, agar pasien patuh terhadap program latihan, dan melakukan latihan secara rutin, sehingga dapat menimbulkan semangat pada diri pasien demi tercapainya peningkatan status kesehatan secara optimal (Bura Mare, 2015).

Bleiberg (dalam Kaplan, 1994), menyatakan hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa dukungan keluarga memainkan peranan yang sangat penting dalam hasil rehabilitasi pada penderita stroke, yaitu sebesar 80% - 90% perawatan kesehatan lebih diberikan oleh keluarga daripada oleh program pendukung formal. Hal ini disebabkan karena pada orang - orang yang mengalami stroke, dalam melakukan kegiatan sehari - hari akan sangat tergantung pada orang lain, terutama keluarga terdekat dan juga lingkungan sosial disekitar. Sehingga dapat disimpulkan bahwa penderita stroke memiliki harga diri yang tinggi bila adanya dukungan yang diberikan oleh keluarga. Peranan keluarga dalam merawat penderita, akan sangat berpengaruh kepada bagaimana seseorang dengan stroke memandang harga dirinya sendiri dan akan memunculkan persepsi dalam dirinya bahwa ia dihargai, dicintai, dan mendapat dukungan dari keluarganya sendiri (Okthavia, 2014).

Dukungan keluarga secara signifikan bermanfaat bagi anggota keluarga yang merawat penderita stroke yaitu dapat meningkatkan aktivitas sosial dan kualitas hidupnya. Menurut Hariandja (2013) dalam (Brilianti, 2016), akibat stroke yang diderita oleh seseorang, dia menjadi tergantung pada orang lain dalam menjalankan aktivitas kehidupannya sehari – hari seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan sebagainya. Kemandirian dan mobilitas penderita stroke menjadi berkurang atau bahkan hilang, sehingga dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup yang dimiliki.

Kualitas hidup merupakan evaluasi subjektif yang tertanam dalam konteks kultural, sosial dan lingkungan. Penelitian yang dilakukan oleh Handayani (2009) menunjukkan adanya perubahan aktivitas sehari - hari, hubungan sosial, istirahat dan kondisi psikologis pada penderita dan keluarga pasca stroke. Aspek - aspek tersebut merupakan indikator atau ukuran yang menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup pada penderita pasca stroke.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Bays (2001) di Amerika Serikat menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup penderita pasca stroke yang meliputi pola komunikasi, aktivitas sosial, pekerjaan, dan rekreasi. Kualitas hidup dikatakan tinggi jika individu merasa puas dan maksimal menjalani hidup dari semua aspek kualitas hidup seperti dimensi fisik, psikologis, sosial, lingkungan. Kualitas hidup yang menurun dapat mempengaruhi semangat hidup penderita dan keluarga yang mengasuh. Keluarga harus merawat penderita pasca stroke agar tidak mengalami gangguan karena adanya kecacatan fisik, gangguan psikologis dan sosial, dengan cara: keluarga berperan bagi setiap aspek perawatan kesehatan, mulai dari strategi – strategi hingga fase rehabilitasi (Handayani & Dewi, 2009).

Peneliti tertarik mengambil judul ini karena berdasarkan data statistik angka kejadian stroke meningkat dari tahun ke tahun maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang dituangkan dalam judul “Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar”.

## **B. Rumusan Masalah**

Stroke merupakan penyakit yang menyebabkan kecatatan nomor satu di dunia dan menjadi penyebab kematian diseluruh dunia. Stroke yang diderita oleh seseorang mengakibatkan dia menjadi ketergantungan pada keluarga sehingga akan mempengaruhi kualitas hidup dari penderita stroke. Oleh karena itu, dibutuhkan dukungan keluarga agar penderita mempunyai semangat dalam rehabilitasi dan mampu mempertahankan kualitas hidupnya. Berdasarkan uraian dari latar belakang tersebut, maka peneliti merumuskan pertanyaan penelitian “Apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada pasien pasca stroke.
- b. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien pasca stroke.
- c. Menganalisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke.

**D. Manfaat Penelitian****1. Bagi Keluarga Pasien**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi keluarga untuk tetap memberikan dan meningkatkan dukungan emosional terutama dengan tidak menganggap pasien sebagai beban dan selalu mencari informasi penting untuk perawatan pasien.

**2. Bagi Puskesmas**

Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh tenaga kesehatan dalam memberikan kajian baru bagi pasien stroke agar mampu memberikan pelayanan yang menyeluruh dan lengkap sehingga pasien mampu mengatasi masalahnya.

**3. Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran tentang dukungan keluarga dan kualitas hidup baik secara teoritis dan praktik untuk menambah pengetahuan dan keterampilan dalam menghadapi masalah pasien dengan stroke.

**4. Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman nyata bagi peneliti dalam mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Stroke**

##### **1. Defenisi**

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang dapat timbul secara mendadak dalam beberapa detik atau secara cepat dalam beberapa jam dengan gejala atau tanda – tanda sesuai dengan daerah yang terganggu (Irfan, 2010).

Stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal atau global yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). Gejala – gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian (Ginsberg, 2007).

Stroke merupakan gangguan mendadak pada sirkulasi serebral disatu pembuluh darah atau lebih yang mensuplai otak. Stroke menginterupsi atau mengurangi suplai oksigen dan umumnya menyebabkan kerusakan serius atau nekrosis di jaringan otak (Williams & Wilkins, 2011).

Dari beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa stroke adalah gangguan fungsi saraf secara mendadak dalam beberapa detik atau secara cepat pada sirkulasi serebral disatu pembuluh darah atau lebih yang terdiri dari tanda dan gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal atau global.

##### **2. Etiologi**

Menurut Smeltzer & Bare (2013), ada beberapa kondisi yang dapat menyebabkan stroke antara lain :

a. Thrombosis serebral

Thrombus merupakan bekuan darah dalam pembuluh darah otak atau leher. Thrombus dimulai bersamaan dengan kerusakan endotel pembuluh darah. Aterosklerosis serebral dan pelambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral. Aterosklerosis menyebabkan penumpukkan lemak dan membentuk plak di dinding pembuluh darah yang akan menyebabkan obstruksi yang dapat terbentuk didalam suatu pembuluh darah.

b. Embolisme serebral

Bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Emboli yang terlepas akan ikut dalam sirkulasi dan terjadi sumbatan pada arteri serebral sehingga menyebabkan stroke emboli. Emboli dapat berasal dari tumor, lemak, bakteri, udara, endokarditis bacterial, dan nonbacterial atau keduanya.

c. Hemoragic serebral

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan kedalam jaringan otak (hemiragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) atau kedalam ruang subaraknoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (hemoragia subaraknoid).

### 3. Klasifikasi

Secara garis besar stroke dibedakan menjadi dua kelompok besar, yaitu stroke perdarahan (hemoragik) dan stroke non perdarahan (iskemik / infark), (Kowalak, 2011).

a. Stroke Hemoragik

Merupakan perdarahan serebral atau perdarahan subarachnoid yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah

pada area otak tertentu. Biasanya kejadiannya pada saat melakukan aktifitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun. Dalam Price & Wilson (2013), perdarahan otak dibedakan menjadi :

1) Perdarahan intraserebral

Merupakan pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) 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 yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, pons dan serebelum.

2) Perdarahan subarachnoid

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang - cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subarachnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangkan struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain - lain), (Mutaqqin, 2008).

3) Perdarahan subdural

Perdarahan subdural adalah perdarahan yang terjadi akibat robeknya vena jembatan (*bridging veins*) yang menghubungkan vena di permukaan otak dan sinus venosus di dalam durameter atau karena robeknya araknoidea.

#### 4) Perdarahan ekstradural (hemoragik epidural)

Merupakan kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Hal ini terjadi akibat perdarahan diantara tulang tengkorak dan selaput otak.

#### b. Stroke Non Hemoragik

Pada stroke iskemik aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerotik atau bekuan darah yang menyumbat suatu pembuluh darah, melalui proses aterosklerotik. Otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah yang menuju ke otak lancar dan tidak mengalami hambatan. Namun jika persediaan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh sel - sel darah dan plasma terhalang oleh suatu bekuan darah atau terjadi thrombosis pada dinding arteri yang mensuplai otak maka akan terjadi stroke iskemik yang dapat berakibat kematian jaringan otak. Stroke non hemoragik biasanya terjadi saat setelah beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemik yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder, (Kowalak, 2011).

1) Penggolongan berdasarkan perjalanan klinisnya dikelompokkan sebagai berikut, (Irfan, 2010) :

- a) *Transient ischemic attack*: serangan stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- b) *Reversible ischemic neurologic deficit* (RIND): gejala neurologis akan menghilang antara >24 jam sampai dengan 21 hari.
- c) *Progressing stroke* atau *stroke in evolution*: kelainan atau *deficit neurologic* berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat.

d) Stroke komplit atau *completed stroke*: kelainan neurologis sudah lengkap menetap dan tidak berkembang lagi.

2) Stroke ischemic berdasarkan penyebabnya

Menurut klasifikasi *the National Institute Of Neurologic Disorders Stroke Part III Trial – NINDS III*, dibagi dalam 4 golongan, (Sustrani, 2009) yaitu :

- a) Aterotrombotik : penyumbatan pembuluh darah oleh kerak / plak dinding arteri.
- b) Kardioemboli : sumbatan arteri oleh pecahan plak (emboli) dari jantung.
- c) Lakuner : sumbatan plak pada pembuluh darah yang berbentuk lubang.
- d) Penyebab lain : semua hal yang mengakibatkan tekanan darah turun (hipotensi).

#### 4. Manifestasi Klinis

Pada stroke non hemoragik (iskemik), gejala utamanya adalah timbulnya *deficit neurologist* secara mendadak / subakut, didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan biasanya kesadaran tidak menurun, kecuali bila embolus cukup besar, biasanya terjadi pada usia > 50 tahun.

Menurut WHO dalam *International Statistical Dessification Of Disease And Realeted Health Problem 10<sup>th</sup> revitoan* (Rendy & Margareth, 2012), stroke hemoragik dibagi atas:

a. Pendarahan Intracerebral (PIS)

Stroke akibat PIS mempunyai gejala yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi, serangan seringkali siang hari, saat aktivitas atau emosi / marah, sifat nyeri kepalanya hebat sekali, mual dan muntah sering terdapat pada permulaan serangan.

Hemiparesis / hemiplegia biasa terjadi pada permulaan serangan, kesadaran biasanya menurun dan cepat masuk koma (60% terjadi kurang dari setengah jam, 23% antara setengah jam sampai dengan 2 jam, dan 12% terjadi setelah 2 jam, sampai 19 hari).

b. Pendarahan Subarachnoid (PSA)

Pada pasien PSA gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut, kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi, ada gejala / tanda rangsangan meningeal, oedema pupil dapat terjadi bila ada subhialoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna.

Manifestasi klinis stroke akut dapat berupa:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis yang timbul mendadak),
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemiparesis),
- c. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma),
- d. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan),
- e. Disartria (bicara pelo atau cadel),
- f. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler, atau diplopia)
- g. Ataksia (trunkal atau anggota badan)
- h. Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala (Rendy & Margareth, 2012).

## 5. Patofisiologi

Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang

terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10 - 15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak.

Setiap defisit fokal permanen akan bergantung pada daerah otak mana yang terkena. Daerah otak yang terkena akan menggambarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Defisit fokal permanen tidak dapat diketahui jika klien pertama kali mengalami iskemik otak total yang dapat teratasi.

Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron - neuron. Area yang mengalami nekrosis disebut infark.

Gangguan peredaran darah otak akan menimbulkan gangguan pada metabolik sel - sel neuron, dimana sel - sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri - arteri yang menuju otak.

Perdarahan intrakranial termasuk perdarahan ke dalam ruang subarachnoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Hipertensi mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak.

Perdarahan biasanya berhenti karena pembentukan trombus oleh fibrin trombosit dan oleh tekanan jaringan. Setelah 3 minggu, darah mulai direabsorpsi. Ruptur ulangan merupakan resiko serius yang terjadi sekitar 7 - 10 hari setelah perdarahan pertama.

Ruptur ulang mengakibatkan terhentinya aliran darah ke bagian tertentu, menimbulkan iskemik fokal, dan infark jaringan otak. Hal tersebut dapat menimbulkan gegar otak dan kehilangan kesadaran, peningkatan tekanan cairan serebrospinal (CSS), dan menyebabkan gesekan otak (otak terbelah sepanjang serabut). Perdarahan mengisi ventrikel atau hematoma yang merusak jaringan otak.

Perubahan sirkulasi CSS, obstruksi vena, adanya edema dapat meningkatkan tekanan intrakranial yang membahayakan jiwa dengan cepat. Peningkatan tekanan intrakranial yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebellum. Disamping itu, terjadi bradikardia, hipertensi sistemik, dan gangguan pernapasan.

Darah merupakan bagian yang merusak dan bila terjadi hemodialisis, darah dapat mengiritasi pembuluh darah, meningen, dan otak. Darah dan vasoaktif yang dilepas mendorong spasme arteri yang berakibat menurunnya perfusi serebral. Spasme serebral atau vasospasme biasa terjadi pada hari ke - 4 sampai ke - 10 setelah terjadi perdarahan dan menyebabkan konstriksi arteri otak. Vasospasme merupakan komplikasi yang mengakibatkan terjadinya penurunan fokal neurologis, iskemik otak, dan infark (Batticaca, 2008).

## **6. Pemeriksaan Diagnostik**

### **a. Computed Tomography (CT Scan)**

Menunjukkan adanya stroke hemoragis dengan segera tetapi bisa jadi tidak menunjukkan adanya infarksi trombotik selama 48 sampai 72 jam.

b. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Membantu mengidentifikasi area yang mengalami iskemia atau infarksi dan pembengkakan serebral.

c. Tomografi Emisi Positron

Mengukur aliran darah. Tomografi emisi foton – tunggal, perfusi CT, dan teknik perfusi resonansi magnetic melaporkan aliran darah relatif dan merupakan alat penelitian.

d. Oftalmoskopi

Menunjukkan tanda hipertensi dan perubahan aterosklerotik, dalam arteri retina.

e. Angiografi

Menggambarkan pembuluh darah dan menunjukkan plak aterosklerotik, oklusi pembuluh, atau tempat ruptur.

f. EEG

Membantu menunjukkan lokasi area yang rusak.

g. Studi Laboratoris Dasar

Meliputi urinanalysis, studi koagulasi, jumlah sel darah lengkap, osmolalitas serum, dan kadar elektrolit, glukosa, trigliserida, kreatinin, dan nitrogen urea darah (Williams & Wilkins, 2011).

## 7. Penatalaksanaan Medik

a. Demam

Demam dapat mengeksaserbasi cedera otak iskemik dan harus diobati secara agresif dengan antipiretik (asetaminofen) atau kompres dingin, jika diperlukan. Penyebab demam tersering adalah pneumonia aspirasi, lakukan kultur darah dan urine kemudian berikan antibiotik intravena secara empiris (sulbenisilin, sepalosporin) dan terapi akhir sesuai hasil kultur.

b. Nutrisi

Pasien stroke memiliki risiko tinggi untuk aspirasi. Bila pasien sadar penuh tes kemampuan menelan dapat dilakukan dengan memberikan satu sendok air putih kepada pasien dengan posisi setengah duduk dan kepala fleksi kedepan sampai dagu menyentuh dada, perhatikan pasien tersedak atau batuk dan apakah suaranya berubah (negatif). Bila tes menelan negatif dan pasien dengan kesadaran menurun, berikan makanan enteral melalui pipa nasoduodenal ukuran kecil dalam 24 jam pertama setelah onset stroke.

c. Hidrasi Intravena

Hipovolemia sering ditemukan dan harus dikoreksi dengan kristaloid isotonis. Cairan hipotonis (misalnya dextrose 5% dalam air, larutan NaCL 0,45%) dapat memperhebat edema serebri dan harus dihindari.

d. Glukosa

Hiperglikemia dan hipoglikemia dapat menimbulkan sksaserbasiiskemia (kadar glukosa darah sewaktu > 200mg/dl) harus dicegah. Skala luncur (*sliding scale*) setiap 6 jam selama 3 – 5 hari sejak onset stroke.

e. Perawatan Paru

Fisioterapi dada setiap 4 jam harus dilakukan untuk mencegah atelaksis paru pada pasien yang tidak bergerak.

f. Aktivitas

Pasien dengan stroke harus diimobilisasi dan harus dilakukan fisioterapi sedini mungkin bila kondisi klinis neurologis dan hemodinamik stabil. Untuk fisioterapi pasif pada pasien yang belum bergerak, perubahan posisi badan dan ekstremitas setiap 2 jam untuk mencegah dekubitus, latihan gerakan sendi anggota badan

secara pasif 4 kali sehari untuk mencegah kontraktur. Splint tumit untuk mempertahankan kaki dalam posisi dorsofleksi dan dapat juga mencegah pemendekan tendon Achilles. Posisi 30° dari bidang horizontal untuk menjamin aliran darah yang adekuat ke otak dan aliran balik vena ke jantung, kecuali pada pasien hipotensi (posisi datar), pasien dengan muntah – muntah (dekubitus lateral kiri), pasien dengan gangguan jalan nafas (posisi kepala ekstensi). Bila kondisi memungkinkan, maka pasien harus diimobilisasi aktif ke posisi tegak, duduk dan pindah ke kursi sesuai toleransi hemodinamik dan neurologis.

g. Neurorestorasi Dini

Stimulasi sensorik, kognitif, memori, bahasa, emosi serta otak yang terganggu. Depresi dan amnesia juga harus dikenali dan diobati sedini mungkin.

h. Profilaksis Trombosis Vena Dalam

Pasien stroke iskemik dengan imobilisasi lama yang tidak dalam pengobatan heparin intravena harus diobati dengan heparin 5.000 unit atau fraksiparin 0,3 cc setiap 12 jam selama 5 – 10 hari untuk mencegah pembentukan thrombus dalam vena profunda, karena insidennya sangat tinggi. Terapi ini juga dapat diberikan dengan pasien perdarahan intraserebral setelah 72 jam setelah onset.

i. Perawatan Vesika

Kateter urine menetap (kateter foley), sebaiknya hanya dipakai saat ada pertimbangan khusus (kesadaran menurun, demensia, afasia global). Pada pasien yang sadar dengan gangguan berkemih, kateterisasi intermiten secara steril setiap 6 jam lebih disukai untuk mencegah kemungkinan infeksi, pembentukan batu, dengan gangguan sfingter vesika terutama pada

pasien laki – laki yang mengalami retensi urine atau pasien wanita dengan inkontinensia atau retensio urine. Latihan vesika harus dilakukan bila pasien sudah sadar (Rendy & Margareth, 2012).

## 8. Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral, dan luas area cedera (Smeltzer & Bare, 2013).

### a. Hipoksia serebral

Diminimalkan dengan memberikan oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak tergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirim ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin dan hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan.

### b. Aliran darah serebral

Bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrem perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.

### c. Embolisme serebral

Dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau berasal dari katub jantung prosterik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Distritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan menyebabkan embolus serebral.

## **B. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Keluarga**

### **1. Defenisi Keluarga**

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Jhonson & Leny, 2010).

Keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional, dan mengembangkan dalam interelasi sosial, peran dan tugas (Susanto, 2012).

Keluarga adalah sebuah sistem sosial kecil yang terbuka yang terdiri atas individu yang saling bergabung bersama oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi dan tinggal didalam suatu rumah tangga yang sama dan saling bergantung serta dipengaruhi baik oleh struktur internal maupun lingkungan eksternal (Friedman, 2010) dalam (Putri, 2016).

Dari pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terbuka terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang tinggal bersama karena ikatan pernikahan, darah, atau adopsi dan saling bergantung sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan dalam interelasi sosial, peran dan tugas.

### **2. Ciri – Ciri Struktur Keluarga**

Menurut Jhonson & Leny (2010), ciri – ciri struktur keluarga antara lain:

- a. Terorganisasi: saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.

- b. Ada keterbatasan: setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing – masing.
- c. Ada perbedaan dan kekhususan: setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing – masing.

### 3. Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi keluarga menurut Friedman (2010) dalam (Putri, 2016) sebagai berikut:

#### a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga, meliputi perlindungan dan dukungan psikososial terhadap anggotanya. Pada fungsi afektif keluarga bertanggung jawab dalam upaya pemenuhan kebutuhan sosioemosional anggotanya, kepribadian dan perilaku, kemampuan berhubungan yang baik dengan orang lain, serta meningkatkan harga diri anggota keluarga.

#### b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi dalam keluarga merupakan banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga kepada anak sebagai pelajaran hidup di masyarakat. Sosialisasi mencakup semua proses dalam sebuah komunitas atau kelompok dimana manusia tinggal dan berdasarkan sifat kelenturannya, yang diperoleh melalui pengalaman – pengalaman selama hidup.

#### c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan keturunan yang menjadi generasi penerus dan menjaga konsistensi sebuah keluarga. Selain itu, fungsi reproduksi juga termasuk penggunaan alat kontrasepsi dan teknologi reproduksi yang lebih luas dilingkup keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga akan sumber daya yang cukup berupa keuangan, tempat tinggal, dan barang – barang, serta tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi Perawatan / Pemeliharaan Kesehatan

Perawatan / pemeliharaan kesehatan tidak hanya berfungsi secara pokok dan mendasar dalam keluarga, tetapi juga berfungsi dalam mengemban fokus sentral kesehatan dengan baik dalam keluarga. Agar keluarga dapat menjadi sumber kesehatan yang efektif dan utama, maka keluarga juga harus lebih terlibat dalam tim perawatan kesehatan dan keseluruhan proses terapeutik.

#### 4. Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Tugas keluarga dibidang kesehatan menurut Friedman (2010) dalam (Putri, 2016) meliputi:

a. Mengetahui Masalah Kesehatan Keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan setiap individu yang tidak boleh diabaikan sebab kesehatan adalah sebuah kenikmatan. Tugas keluarga dalam mengenal masalah kesehatan sangat diperlukan, terutama bila ada perubahan – perubahan yang dialami anggota keluarga walaupun perubahan tersebut sedikit. Bila memungkinkan, setiap perubahan keluarga perlu dicatat perubahan apa yang terjadi, kapan terjadinya, dan sebesar apa perubahannya.

b. Memutuskan Tindakan Kesehatan Yang Tepat Bagi Keluarga

Dalam memutuskan tindakan kesehatan yang tepat keluarga mempunyai tugas utama yaitu memberikan pertolongan yang tepat sesuai keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara anggota keluarga yang mempunyai peran pengambil keputusan. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam memberikan pertolongan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang yang tinggal disekitar lingkungan keluarga.

c. Merawat Keluarga Yang Mengalami Gangguan Kesehatan

Anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan di institusi pelayanan kesehatan. Apabila keluarga sudah mampu melakukan tindakan pertolongan pertama, maka keluarga dapat melakukan perawatan di rumah.

d. Memodifikasi Lingkungan Keluarga Untuk Menjamin Kesehatan Keluarga

e. Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Disekitarnya Bagi Keluarga

Dalam hal ini keluarga harus mampu merawat klien, baik dirumah maupun membawa klien berobat ke rumah sakit yang ada. Apabila keluarga tidak sanggup lagi merawat klien maka sebaiknya keluarga memasukkan klien ke rumah sakit untuk dirawat. Selama klien dirawat inap sebaiknya keluarga mengunjungi klien dan selalu memberikan dukungan serta semangat.

## 5. Defenisi Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial keluarga berbeda – beda dalam berbagai tahap siklus kehidupan. Namun

demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Susanti & Sulistyarini, 2013).

Menurut Sarafino dalam (Okthavia, 2014), Dukungan sosial keluarga adalah kenyamanan, perhatian, bantuan dan penghargaan yang diberikan orang lain atau kelompok kepada individu, adanya dukungan sosial berarti adanya penerimaan dari orang tua atau sekelompok orang terhadap individu yang menimbulkan persepsi dalam dirinya bahwa ia disayangi.

Dukungan Keluarga menurut Friedman (2010) dalam (Putri, 2016) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang terjadi sepanjang masa kehidupan dalam semua tahap siklus kehidupan berupa sikap, kenyamanan, perhatian, bantuan dan penghargaan serta penerimaan terhadap anggota keluarga sehingga menimbulkan persepsi dalam dirinya bahwa ia disayangi dan diperhatikan.

## **6. Jenis – Jenis Dukungan Keluarga**

Menurut Friedman, Bowen, Jones (2010) dalam Putri, (2016) terdapat empat tipe dukungan keluarga yaitu:

a. Dukungan Emosional

Emosi adalah perasaan seseorang yang mendasar dan mempunyai empat bagian yaitu reaksi atau respon tubuh, keyakinan dan penilaian, ekspresi wajah, serta reaksi terhadap emosi (Sunaryo, 2007). Keluarga sebagai sebuah tempat yang nyaman untuk istirahat, menenangkan pikiran, dan berbagi masalah. Individu yang mempunyai persoalan atau masalah akan merasa terbantu bila ada keluarga yang mau mendengarkan dan memperhatikan masalah yang sedang dihadapi. Memberikan dukungan emosional termasuk dalam fungsi afektif keluarga yang berhubungan dengan fungsi internal keluarga untuk memberikan perlindungan psikososial dan dukungan kepada anggota keluarga.

Dengan dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga akan mendorong anggota keluarganya untuk mengkomunikasikan segala masalah pribadi mereka sehingga dapat mengurangi beban persoalan yang dimiliki. Selain itu keluarga juga dapat memberikan saran dan bimbingan untuk memelihara nilai dan tradisi keluarga (Friedman, 2010). Dan juga dukungan emosional dapat diberikan keluarga dalam bentuk perhatian, kasih sayang, dan simpati. Dukungan emosional yang diberikan keluarga dapat berpengaruh pada hasil akhir dari kesehatan dan kesejahteraan pada individu sehingga individu yang mendapatkan dukungan ini menjadi lebih sehat.

b. Dukungan Penilaian

Dukungan penilaian dapat berupa penghargaan atas tercapainya kondisi keluarga sesuai keadaan yang nyata. Dukungan dan perhatian dari keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu. Dukungan penilaian ini termasuk bentuk fungsi afektif keluarga dan dapat meningkatkan status

psikososial pada keluarga yang sakit. Dukungan penilaian yang dapat diberikan seperti memberi support, pengakuan, penghargaan, dan perhatian pada anggota keluarga. Dalam dukungan penilaian, keluarga berperan sebagai umpan balik, membimbing, dan membantu memecahkan masalah.

c. Dukungan Instrumental

Keluarga menjadi sebuah sumber pertolongan dalam hal pengawasan dan pemenuhan kebutuhan individu. Keluarga mencari solusi yang dapat membantu individu untuk memenuhi kebutuhan. Keluarga dapat memberikan dukungan instrumental berupa bantuan nyata dan bantuan ekonomi. Dukungan keluarga yang dapat diberikan misalnya, keluarga memberikan makanan, baju, dan rumah untuk mencegah sakit dan membatasi dari faktor resiko yang berbahaya. Selain itu, dukungan instrumental dapat berupa bantuan finansial yang terus – menerus, berbelanja, perawatan kesehatan, dan melakukan tugas rumah tangga (Friedman, 2010).

d. Dukungan Informasional

Dukungan informasional merupakan suatu bantuan yang mendukung dalam bentuk pemberian informasi tertentu yang dibutuhkan seseorang. Dukungan informasional diberikan dalam bentuk pemberian nasehat, ide – ide atau informasi yang dibutuhkan guna membantu mengurangi permasalahan yang dihadapi dalam keluarga (Setiadi, 2008).

Dalam dukungan informasional ini, keluarga berfungsi sebagai kolektor (pengumpul informasi) dan *disseminator* (penyebarnya) kepada keluarga lain. Informasi yang diberikan dapat berpengaruh pada perilaku kesehatan anggota keluarga. Suatu keluarga yang memiliki sistem pendukung yang luas akan mempunyai banyak kesempatan dalam menyediakan informasi

kesehatan bagi anggota keluarganya, seperti meningkatkan akses sumber informasi yang tepat terkait masalahnya.

### **7. Sumber – Sumber Dukungan Keluarga**

Sumber merupakan atribut dan dukungan yang ada dan digunakan keluarga saat situasi krisis. Secara umum terdapat tiga macam sumber, yaitu individu, unit keluarga, dan komunitas. Sumber untuk dukungan keluarga dapat berupa organisasi, keterampilan pengambilan keputusan, dan kemampuan resolusi – konflik yang didapatkan melalui dukungan internal dan eksternal. Dukungan keluarga internal seperti dari dukungan suami atau istri, atau dukungan dari saudara kandung. Sedangkan dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti adalah sistem pendukung sosial keluarga atau diluar keluarga (Friedman, 2010) dalam Putri (2016).

### **8. Manfaat Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat, dan jenis kehidupan. Dukungan keluarga berpengaruh dalam kesehatan anggota keluarga. Seseorang yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik akan menjadikan individu lebih sehat (Friedman, 2010) dalam Putri, (2016).

Wills (1985) dalam (Puspita, 2015) menyatakan dukungan keluarga dapat menimbulkan efek penyangga, yaitu dukungan keluarga menahan efek – efek negative dari stress terhadap kesehatan dan efek utama, yaitu dukungan keluarga yang secara langsung berpengaruh terhadap peningkatan kesehatan. Efek – efek – penyangga dan efek utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan dapat berfungsi secara bersamaan. Keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan dengan menurunnya mortalitas,

lebih mudah sembuh dari sakit, dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi.

### **9. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga**

Menurut Purnawan (2008) dikutip dalam Putri (2016) faktor – faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga yaitu:

#### **a. Faktor Internal**

##### **1) Tahap perkembangan**

Dukungan dapat disesuaikan dengan tahap perkembangan individu. Pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan berbeda – beda sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan setiap rentang usia (bayi – lansia).

##### **2) Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan**

Kemampuan kognitif akan membentuk cara berpikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor – faktor yang berhubungan dengan penyakit. Dukungan keluarga terutama dukungan informasi yang diberikan juga dipengaruhi oleh pendidikan atau tingkat pengetahuan dari anggota keluarga. Apabila anggota keluarga memiliki pengetahuan / tingkat pengetahuan yang baik, maka dukungan informasi yang diberikan akan baik juga. Dan juga sebaliknya, apabila tingkat pengetahuan / pendidikan keluarga kurang, maka dukungan informasi akan kurang juga.

##### **3) Faktor Emosi**

Faktor emosi juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Faktor emosi dari keluarga dalam berespon untuk memberikan dukungan sangat berpengaruh, sehingga individu harus mampu mengendalikan

keluarga dalam memberikan bantuan sehingga dia mendapatkan bantuan yang sesuai dengan yang dibutuhkan.

#### 4) Spiritual

Aspek spiritual mempengaruhi dukungan keluarga dapat terlihat dari nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

### b. Faktor Eksternal

#### 1) Praktik Di Keluarga

Cara bagaimana keluarga memberi dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan dapat berpengaruh pada status kesehatan keluarga.

#### 2) Faktor Sosial Ekonomi

Sosial ekonomi sangat berpengaruh dalam mencari dukungan yang akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara perawatan kesehatan. Seseorang yang mempunyai tingkat sosial ekonomi yang tinggi, maka mereka akan lebih peduli dengan kesehatannya. Sehingga mereka akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan dengan kesehatannya.

#### 3) Latar Belakang Budaya

Setiap masyarakat memiliki latar belakang budaya yang berbeda – beda yang dapat mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan serta cara perawatan kesehatan.

## C. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup

### 1. Defenisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup menurut defenisi WHO dalam Sulistyarini (2013) adalah persepsi individu tentang keberadaannya dikehidupan dalam konteks budaya dan system nilai tempat ia tinggal. Jadi dalam skala yang luas meliputi berbagai sisi kehidupan seseorang baik dari segi fisik, psikologis, kepercayaan pribadi, dan hubungan sosial untuk berinteraksi dengan lingkungannya.

Kualitas hidup dapat diartikan sebagai respon emosi atau persepsi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan, hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial, emosional, dan kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain (Pamungkas, 2014).

Kualitas hidup adalah ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi pada pasien. Pengukuran konseptual mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup, kemampuan seseorang untuk secara mandiri melakukan kegiatan sehari – hari (Brillianti, 2016).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah ukuran konseptual atau operasional yang digunakan untuk menilai adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial, emosional dan kemampuan sosialisasi dengan orang lain tentang keberadaannya dikehidupan tempat ia tinggal.

### 2. Aspek – Aspek Dalam Kualitas Hidup

Dari beberapa pendapat para ahli beberapa aspek yang dapat dijadikan indikator dalam mengukur kualitas hidup seseorang,

diantaranya fungsi fisik, gejala yang timbul akibat suatu penyakit ataupun pengobatan, fungsi emosional, fungsi kognitif, peranan dalam masyarakat, fungsi sosial, dan fungsi seksual (Pamungkas, 2014).

Di dalam *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQoL) beberapa aspek tersebut telah dibagi secara sistematis kedalam 4 dimensi kualitas hidup, yaitu:

- a. Kesehatan fisik, yang berhubungan dengan kesakitan dan kegelisahan, ketergantungan pada perawatan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, tidur dan istirahat, aktifitas kehidupan sehari – hari, dan kapasitas kerja.
- b. Kesehatan psikologis, yang berhubungan dengan pengaruh positif dan negatif spiritual, pengetahuan, daya ingat, konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, serta penghargaan terhadap diri sendiri.
- c. Hubungan sosial, terdiri dari hubungan personal, aktifitas seksual, dan hubungan sosial.
- d. Dimensi lingkungan, terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik, lingkungan fisik, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi, keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi, atau aktivitas pada waktu luang (Pamungkas, 2014).

Selain itu terdapat aspek lain yang juga memiliki dampak yang cukup signifikan dalam penentuan kualitas hidup seseorang, yaitu persepsi seseorang terhadap taraf kualitas hidup itu sendiri. Keseluruhan aspek – aspek dalam kualitas hidup dapat diukur secara objektif berupa nilai – nilai yang terkonversi dari jawaban dalam sebuah kuesioner atau instrumen lain yang diberikan (Pamungkas, 2014).

### 3. Pengukuran Kualitas Hidup

Secara garis besar kualitas hidup dapat diukur oleh sebuah instrumen pengukuran, instrumen tersebut dibagi menjadi dua macam yaitu instrumen umum (*generic scale*) dan instrumen khusus (*specific scale*). Instrumen umum adalah sebuah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronik, instrumen ini menilai secara umum kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekhawatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita. Contoh instrumen umum adalah *The Sickness Impact Profile (SIP)*, *the Medical Outcome Study (MOS) 36 – item short form health survey (SF – 36)*. Instrumen khusus adalah instrumen yang dipakai untuk mengukur sesuatu yang khusus dari penyakit, populasi tertentu atau fungsi yang khusus, contohnya adalah “*The Washington Psychosocial Seizure Inventory*” (*WPSI*) (Pamungkas, 2014).

### 4. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas hidup (Brillianti, 2016) yaitu:

#### a. Jenis Kelamin

Nofitri (2009) mengatakan bahwa laki – laki dan perempuan memiliki perbedaan peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal – hal penting bagi laki – laki dan perempuan juga akan berbeda.

#### b. Usia

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

c. Pekerjaan

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

d. Status Pernikahan

Individu yang tidak menikah, individu yang bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah atau kohabitasi memiliki perbedaan pada kualitas hidupnya. Hal ini berkaitan dengan dukungan atau motivasi dari orang terdekat untuk melakukan terapi non farmakologi maupun farmakologi pada pasien yang belum menikah atau janda / duda akibat bercerai / meninggal dunia.

e. Penghasilan

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

#### **D. Tinjauan Umum Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup**

Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang timbul mendadak karena terjadinya gangguan peredaran darah ke otak yang menimbulkan kehilangan fungsi neurologis secara cepat sehingga koordinasi gerak mengalami gangguan. Pada pasien yang menderita stroke memerlukan suatu dukungan keluarga yang tepat, karena harapan dari orang – orang yang dicintai akan mendorong terbentuknya norma – norma subyektif yang positif terhadap keberhasilan pencapaian tujuan, yaitu kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas yang ditetapkan bagi penderita stroke.

Dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap kesehatan penderita stroke. Dukungan keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pemberi dukungan, penerima dukungan, permasalahan yang dihadapi, waktu pemberian dukungan dan lamanya pemberian dukungan. Seringkali ditemui bahwa penderita stroke dapat pulih kembali, tetapi menderita depresi hebat karena keluarga mereka tidak mau mengerti dan merasa sangat terganggu dengan penyakit yang dideritanya. Harapan kesembuhan yang optimal akan meningkatkan motivasi dan usahanya untuk mencapai fungsi fisik, emosional dan sosial yang maksimum (Endriyani, 2011).

Dukungan keluarga dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari – hari serta mempunyai relevansi dalam masyarakat yang berada dalam lingkungan yang penuh dengan tekanan.

Peran keluarga sangat penting dalam tahap – tahap perawatan kesehatan pasien stroke, mulai dari tahap peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan, sampai dengan rehabilitasi. Dukungan sosial sangat diperlukan oleh setiap individu didalam setiap siklus kehidupannya. Dukungan sosial akan semakin dibutuhkan pada saat seseorang sedang menjalani masa – masa sulit dengan cepat.

Menurut Yusra (2011) dalam (Dzusturia, 2016) analisis hubungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan pola positif, artinya semakin tinggi nilai dukungan keluarga semakin tinggi nilai kualitas hidupnya. Kualitas hidup merupakan kondisi dimana pasien merasa tetap nyaman dengan penyakit yang dideritanya secara fisik, psikologis sosial maupun spiritual serta secara optimal memanfaatkan hidupnya untuk kebahagiaan

dirinya maupun orang lain. Kualitas hidup tidak terkait dengan lama seseorang akan hidup karena bukan hak manusia untuk menentukannya.

Penurunan fungsi emosional dan kesehatan emosional serta gabungan kesehatan mental juga mempengaruhi aktivitas pasien. Kondisi stress psikologi akan sangat dipengaruhi oleh koping religious pasien dan akan mempengaruhi kualitas hidup pasien. Koping yang positif akan membantu pasien dalam mereduksi stress yang akan membantu kualitas hidup menjadi lebih baik.

### BAB III

## KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

### A. Kerangka Konseptual

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang dapat timbul secara mendadak dalam beberapa detik atau secara cepat dalam beberapa jam dengan gejala atau tanda - tanda sesuai dengan daerah yang terganggu. Selain gejala kelainan saraf, penderita stroke juga mengalami depresi yang diakibatkan karena kurangnya perhatian dari keluarga.

Dukungan keluarga merupakan suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan. Pasien pasca stroke yang menerima perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang atau keluarga akan memberikan harapan untuk sembuh dari penyakitnya.

Dukungan keluarga sebagai pendukung utama dalam meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke. Kualitas hidup sebagai respon emosi atau persepsi terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan, hubungan antar keluarga serta kemampuan seseorang untuk secara mandiri melakukan kegiatan sehari – hari.

Kualitas hidup penderita pasca stroke dapat mengalami gangguan atau hambatan karena adanya kecacatan fisik, gangguan psikologis dan sosial. Penurunan kualitas hidup penderita pasca stroke meliputi aktivitas sehari - hari, pola komunikasi, aktivitas sosial, pekerjaan, istirahat dan rekreasi. Kualitas hidup yang menurun dapat mempengaruhi semangat hidup penderita dan keluarga yang mengasuh. Oleh karena itu keluarga juga berperan dalam meningkatkan kualitas hidup penderita.



**C. Defenisi Operasional**

No	Variabel Penelitian	Defenisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
1	Variabel independen : Dukungan Keluarga	Sikap, kenyamanan, perhatian, bantuan dan penghargaan serta penerimaan oleh keluarga terhadap pasien pasca stroke sehingga ia merasa disayangi dan diperhatikan.	1. Dukungan emosional 2. Dukungan penilaian 3. Dukungan instrumental 4. Dukungan informasional	Kuesioner	Ordinal	Baik: Jika total skor jawaban responden 61 – 80  Cukup: Jika total skor jawaban responden 41 – 60  Kurang: Jika total skor jawaban responden 20 - 40
2	Variabel dependen: Kualitas Hidup	Ukuran konseptual untuk menilai adanya kesesuaian antara	Aspek – aspek dalam kualitas hidup: 1. Kesehatan fisik	Kuesioner	Ordinal	Tinggi: Jika total skor jawaban responden 109 – 144

	harapan dan kenyataan yang ada, kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial, emosional dan kemampuan sosialisasi	2. Kesehatan psikologi 3. Hubungan sosial 4. Dimensi lingkungan				Sedang: Jika total skor jawaban responden 73 – 108  Rendah: Jika total skor jawaban responden 36 - 72
--	--	---	--	--	--	---

## **BAB IV METODOLOGI PENELITIAN**

### **A. Jenis Penelitian**

Desain penelitian merupakan suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan, sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Puspita, 2015). Desain dalam penelitian ini menggunakan *observasional analitik* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional study* yaitu rancangan penelitian dimana pengukuran variabel independen dan variabel dependen dilakukan hanya satu kali pada satu waktu yang bersamaan yang bertujuan untuk mendapatkan hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar.

### **B. Tempat Dan Waktu Penelitian**

#### **1. Tempat penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Batua Makassar. Pemilihan lokasi penelitian ini dengan pertimbangan bahwa di Puskesmas Batua merupakan salah satu puskesmas yang selalu penuh dengan pasien pasca stroke yang dibutuhkan untuk dijadikan sampel. Selain itu juga, lokasi ini mudah dijangkau oleh peneliti sehingga dapat menghemat biaya penelitian dan waktu penelitian.

#### **2. Waktu penelitian**

Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 13 Januari 2017 – 13 Februari 2017.

### C. Populasi Dan Sampel

#### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar yang berjumlah 80 orang.

#### 2. Sampel

Sampel penelitian ini adalah semua pasien pasca stroke yang ada di wilayah kerja Puskesmas Batua Makassar dengan menggunakan teknik pengambilan sampel yaitu teknik *Nonprobability Sampling* jenis *Accidental Sampling* yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan yaitu siapa saja yang kebetulan atau incidental bertemu dengan peneliti, serta dapat memenuhi kriteria sampel sebagai berikut:

##### a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien yang berumur >30 tahun.
- 2) Pasien pasca stroke yang bersedia menjadi responden dan menandatangani *informed consent*.

##### b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien pasca stroke yang mengalami afasia wernicke dan gangguan kognitif.
- 2) Pasien pasca stroke yang tidak tinggal dengan keluarga.
- 3) Menolak untuk diteliti.

### D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang berupa daftar pernyataan disusun secara tertulis yang digunakan untuk memperoleh data serta informasi mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar.

Untuk mengukur variabel independen yaitu dukungan keluarga menggunakan kuesioner yang terdiri dari 20 item pernyataan. Skala ini diisi dengan meminta responden untuk mengikuti petunjuk pada lembar instrumen dengan alternatif jawaban yaitu selalu diberi bobot nilai 4, sering diberi nilai 3, kadang – kadang diberi nilai 2 dan tidak pernah diberi nilai 1.

Untuk mengukur variabel dependen yaitu kualitas hidup menggunakan kuesioner yang terdiri dari 20 item pernyataan dengan alternatif jawaban yaitu selalu diberi bobot nilai 4, sering diberi bobot nilai 3, kadang – kadang diberi bobot nilai 2, dan tidak pernah diberi bobot nilai 1.

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

Dalam penelitian ini dipandang perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris Makassar atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini Puskesmas Batua Makassar. Setelah mendapat persetujuan, barulah dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut:

##### **1. *Informed Consent***

Mendapatkan *informed consent* dari subjek merupakan suatu hal yang sangat penting dalam melakukan penelitian yang beretika. *Informed consent* diberikan oleh peneliti kepada responden sebelum penelitian dilakukan. Didalamnya terdapat lembar persetujuan menjadi responden serta memuat tujuan dari penelitian yaitu untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke sehingga responden dapat memahami maksud diadakannya penelitian ini. Jika responden bersedia, maka responden harus menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Namun, jika responden tidak bersedia, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak – hak responden.

## 2. *Anomity* (Tanpa Nama)

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

## 3. *Confidentially* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam disk dan hanya bisa diakses oleh peneliti dan pembimbing (Hidayat, 2009).

## 4. Data – Data Yang Dikumpulkan

### a. Data Primer

Data primer adalah data yang diambil secara langsung dari obyek yang diteliti. Data ini diperoleh melalui hasil dari penyebaran kuesioner yang diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria penelitian.

### b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data awal tentang populasi pasien pasca stroke yang diperoleh dari Puskesmas Batua Makassar.

## F. Pengolahan Dan Penyajian Data

Setelah data dikumpulkan, data tersebut kemudian diolah dengan prosedur pengolahan data. Adapun langkah – langkah pengolahan data menurut Hidayat (2009) meliputi:

### 1. *Editing*

*Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul dengan memeriksa kelengkapan data. *Editing* dilakukan dengan memeriksa setiap lembaran kuesioner satu demi satu sehingga dapat dipastikan data benar atau tidak.

## 2. *Coding*

*Coding* merupakan usaha untuk mengklasifikasikan jawaban yang ada menurut jenisnya. Dilakukan dengan memberi tanda pada masing – masing jawaban dengan kode berupa angka. Selanjutnya kode tersebut dimasukkan kedalam tabel kerja untuk mempermudah dalam pembacaan.

## 3. *Entry Data*

Dilakukan dengan memasukkan data kedalam computer dengan menggunakan aplikasi computer.

## 4. *Tabulating*

Setelah data terkumpul dan tersusun, selanjutnya data dikelompokkan dalam suatu tabel menurut sifat – sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.

## G. Analisis Data

Data yang terkumpul akan dianalisis secara analitik dan interpretasi dengan menggunakan metode statistik yaitu dengan metode computer program SPSS Versi 20 Windows.

Analisis dalam penelitian ini menggunakan metode sebagai berikut:

### 1. Analisis Univariat

Analisa univariat dilakukan terhadap variabel penelitian untuk melihat distribusi frekuensi dan persentase dari tiap – tiap variabel baik variabel independen maupun variabel dependen.

### 2. Analisis Bivariat

Analisa ini digunakan untuk melihat hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar. Setelah data terkumpul, maka dilakukan pengolahan data dengan bantuan computer menggunakan aplikasi SPSS versi 20. Uji statistik yang digunakan adalah *uji Chi Square*

dibaca di *Pearson Chi Square* dimana tingkat kemaknaan 5% ( $\alpha = 0,05$ ).

Interpretasinya dengan menggunakan nilai p:

- a. Apabila  $P < \alpha$ , maka  $H_a$  diterima  $H_o$  ditolak, artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke.
- b. Apabila  $P \geq \alpha$ , maka  $H_o$  diterima  $H_a$  ditolak, artinya tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke.

## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Pengantar

Penelitian ini dilakukan di puskesmas Batua Makassar yang telah dilaksanakan pada tanggal 13 Januari 2017 - 13 Februari 2017. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Accidental Sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 70 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur. Sedangkan pengolahan data dilakukan dengan menggunakan *computer program SPSS for windows versi 20*. Untuk melihat hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke, dianalisis dengan menggunakan uji statistik *chi-square*.

##### 2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Batua terletak di Kelurahan Batua Kecamatan Manggala. Puskesmas ini menerapkan sistem manajemen mutu yang berstandar Internasional setelah meraih sertifikat ISO 9001: 2008. Puskesmas Batua berlokasi di Jl. Abdullah Daeng Sirua No 338. Luas Wilayah kerja Puskesmas Batua adalah 1017,01 km berpenduduk 51.654 jiwa yang terdiri dari laki-laki 24.157 jiwa dan 26.864 jiwa perempuan, serta jumlah Kepala keluarga sebanyak 20.832 KK.

Wilayah kerja Batua meliputi 3 kelurahan yaitu Kelurahan Batua, Kelurahan Borong, Kelurahan Tello baru. Puskesmas Batua memiliki 30 posyandu balita yang terdapat di Kelurahan Batua : 11 Posyandu, Kelurahan Borong : 12 Posyandu, Kelurahan Tello Baru : 7 Posyandu, 9 posyandu lansia yang terdapat di Kelurahan Batua : 4 Posyandu,

Kelurahan Borong : 2 Posyandu, Kelurahan Tello Baru : 3 Posyandu, 1 poskesdes dan 2 posbindu. Luas tanah Puskesmas Batua adalah 4500 M<sup>2</sup>, terbagi atas ruang rawat jalan dengan luas bangunan 147 M<sup>2</sup> dan ruang rawat inap dengan luas bangunan 422 M<sup>2</sup>.

Untuk meningkatkan kinerja Puskesmas Batua, telah ditetapkan Visi dan Misi untuk mendukung Rencana Strategis Depkes.

a. Visi

Menjadi Puskesmas dengan pelayanan terbaik yang sehat, nyaman dan mandiri untuk semua

b. Misi

- 1) Profesionalisme sumber daya manusia
- 2) Penyediaan sarana prasarana sesuai standar puskesmas
- 3) Penggunaan sistem informasi manajemen berbasis informasi teknologi
- 4) Penajaman program pelayanan kesehatan dasar berupa upaya promotif, preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif
- 5) Pengembangan program inovasi unggulan
- 6) Peningkatan upaya kemandirian masyarakat
- 7) Pererat kemitraan lintas sentor

c. Tujuan

Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat serta memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Batua.

d. Strategi

- 1) Meningkatkan pelayanan kesehatan (kuratif dan rehabilitatif) di Puskesmas induk
- 2) Meningkatkan pelayanan promotif dan preventif.

- 3) Meningkatkan pelayanan kesehatan (kuratif dan rehabilitatif) di Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling.
  - 4) Memperkuat jaringan komunikasi dan koordinasi dengan *stake holder*
  - 5) Memperkuat jaringan peran serta masyarakat di bidang kesehatan
- e. Motto Puskesmas Batua "SEGAR"
- 1) Senyum : merupakan modal dalam member pelayanan
  - 2) Efektif : dengan pelayanan tepat guna, berdaya guna, berhasil guna
  - 3) Gerakan : upaya cepat tindakan dalam pemberian layanan kesehatan masyarakat
  - 4) Amal : merupakan bentuk kerelaan hati petugas dalam member pelayanan
  - 5) Ramah : adalah sikap yang tertanam dalam jiwa petugas kesehatan

### 3. Penyajian Karakteristik Data umum

#### a. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Di Puskesmas Batua Makassar 2017

Umur	Frekuensi (f)	Persentase (%)
40 - 50	11	15.7
51 - 60	29	41.4
61 - 70	14	20.0
>70	16	22.9
Total	70	100

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 5.1 diatas, dapat diketahui distribusi frekuensi responden berdasarkan umur di Puskesmas Batua Makassar, dari 70 responden diperoleh data jumlah responden terbanyak berada pada kelompok umur 51 - 60 tahun yaitu 29 (41.4%) responden dan jumlah responden terkecil berada pada kelompok umur 40 - 50 yaitu 11 (15.7%) responden.

#### b. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Puskesmas Batua Makassar 2017

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki - Laki	42	60.0
Perempuan	28	40.0
Total	70	100

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di Puskesmas Batua Makassar, dari 70 responden diperoleh data jumlah responden terbanyak yaitu laki - laki sebanyak 42 (60.0%) responden dan

jumlah responden terkecil yaitu perempuan sebanyak 28 (40.0%) responden.

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Di Puskesmas Batua Makassar 2017

<b>Pendidikan</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persentase (%)</b>
SD	2	2.9
SMP	3	4.3
SMA	46	65.7
PT	19	27.1
Total	70	100

*Sumber : Data primer 2017*

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan di Puskesmas Batua Makassar, dari 70 responden diperoleh data jumlah responden terbanyak yaitu SMA sebanyak 46 (65.7%) responden dan jumlah responden terkecil yaitu SD sebanyak 2 (2.9%) responden.

d. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Di Puskesmas Batua Makassar 2017

<b>Pekerjaan</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persentase (%)</b>
Wiraswasta	24	34.3
IRT	14	20.0
Pensiunan	20	28.6
PNS	12	17.1
Total	70	100

*Sumber : Data Primer 2017*

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan di Puskesmas Batua Makassar, dari 70 responden diperoleh data jumlah responden terbanyak yaitu

wiraswasta sebanyak 24 (34.4%) responden dan jumlah responden terkecil yaitu PNS sebanyak 12 (17.1%) responden.

e. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan Di Puskesmas Batua Makassar 2017

Status Perkawinan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kawin	70	100
Tidak Kawin	-	-
Total	70	100

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan distribusi frekuensi responden berdasarkan status perkawinan di Puskesmas Batua Makassar, dari 70 responden diperoleh data jumlah responden yang terbanyak pada status kawin yaitu 70 (100%) responden.

#### 4. Penyajian Hasil Yang Diukur

a. Analisis Univariat

1) Dukungan Keluarga

Tabel 5.6

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Di Puskesmas Batua Makassar 2017

Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	34	48.6
Cukup	24	34.3
Kurang	12	17.1
Total	70	100

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel 5.6 diketahui dukungan keluarga kategori baik berjumlah 34 (48.6%) responden, kategori cukup

berjumlah 24 (34.3%) responden, dan kategori kurang berjumlah 12 (17.1%) responden.

## 2) Kualitas Hidup

Tabel 5.7

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Di Puskesmas Batua Makassar 2017

Kualitas Hidup	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tinggi	30	42.9
Sedang	23	32.9
Rendah	17	24.3
Total	70	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui kualitas hidup tertinggi pada kategori tinggi berjumlah 30 (42.9%) responden dan yang terendah pada kategori rendah berjumlah 17 (24.3%) responden.

## b. Analisis Bivariat

Tabel 5.8

Analisa Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke di Puskesmas Batua Makassar 2017

Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup						p
	Tinggi		Sedang + Rendah		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Baik	28	40.0	6	8.6	34	48.6	0.000
Cukup + Kurang	2	2.9	34	48.6	36	51.4	
Total	30	42.9	40	57.1	70	100	

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 5.8 hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke dilakukan dengan

menggunakan *Uji Chi Square* dengan uji alternative (penggabungan sel) diperoleh hasil yang dibaca di *Continuity Correction*  $p=0,000$  dengan nilai  $\alpha = 0.05$  maka dapat disimpulkan  $p < \alpha$  yang berarti  $H_a$  diterima dan  $H_o$  ditolak sehingga ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar.

Data yang diperoleh dari 70 responden diperoleh dukungan keluarga baik dengan kualitas hidup tinggi yaitu sebanyak 28 (40.0%) responden, dukungan keluarga baik dengan kualitas hidup sedang dan rendah yaitu sebanyak 6 (8.6%) responden, dukungan keluarga cukup dan kurang dengan kualitas hidup tinggi sebanyak 2 (2.9%) responden, dan dukungan keluarga cukup dan kurang dengan kualitas hidup sedang dan rendah yaitu 34 (48.6%) responden.

## B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar yang dianalisis dengan menggunakan uji statistic *Chi Square*, hasilnya dibaca di *Pearson Chi Square* karena tabelnya 3 x 3 dan dilanjutkan dengan uji alternative (penggabungan sel) yang kemudian dibaca di *Continuity Correction*, diperoleh nilai  $p = 0,000$  dimana nilai  $\alpha = 0,05$  maka nilai  $p < \alpha$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima dan hipotesis nol ( $H_o$ ) ditolak. Dengan demikian berarti terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar.

Pada penderita stroke tingkat kesembuhan sangat bervariasi. Ada yang bisa sembuh sempurna (100 %), ada pula yang cuma 50 % saja. Kesembuhan ini tergantung dari parah atau tidaknya serangan stroke,

kondisi tubuh penderita, ketaatan penderita dalam menjalani proses penyembuhan, ketekunan dan semangat penderita untuk sembuh, serta dukungan dan pengertian dari seluruh anggota keluarga penderita. Gejala dapat berkembang setiap saat sebagai akibat yang ditimbulkan lesi pada susunan saraf pusat otak dan bisa juga karena akibat dari gangguan penyesuaian karena ketidakmampuan fisik dan kognitif pasca stroke. Ketidakmampuan fisik bersama – sama dengan gejala depresi dapat menyebabkan aktivitas penderita pasca stroke menjadi sangat terbatas dan dukungan dari keluarga dalam hal ini sangat dibutuhkan untuk dapat mengurangi dampak dari ketidakmampuan fisik tersebut (Darussalam, 2011).

Rehabilitasi pada pasien pasca stroke dapat dilakukan antara lain oleh perawat, dokter, *speech therapy*, dan bekerjasama dengan keluarga. Perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan yang memenuhi kebutuhan biologi, psikologi, sosial dan spiritual harus mampu mengelola depresi pada pasien pasca stroke. Peranan perawat diharapkan mampu mengurangi kegagalan fungsi pasca stroke serta dapat meningkatkan peran keluarga untuk ikut mendukung pasien sesuai dengan kemampuannya (Darussalam, 2011).

Dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap kesehatan penderita stroke. Dukungan keluarga dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari – hari serta mempunyai relevansi dalam masyarakat yang berada dalam lingkungan yang penuh dengan tekanan (Endriyani, 2011).

Karena itu, peran serta keluarga dan orang disekitarnya untuk memberikan dukungan buat penderita akan sangat besar artinya. Jadi, keluarga harus merawat penderita agar tidak mengalami stress dan

kemudian depresi akan penyakit yang tengah dideritanya. Terdapat hubungan yang sangat kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya dimana peran keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga, mulai dari strategi – strategi hingga fase rehabilitasi, serta dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap kesehatan mental anggota keluarganya (Okthavia, 2014).

Berikut ini beberapa hasil penelitian yang berhubungan dengan dukungan keluarga dan kualitas hidup kepada penderita stroke. Penelitian Astuti (2010) tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan kestabilan emosi pada penderita pasca stroke di RSUD UNDATA di Surakarta menunjukkan bahwa adanya hubungan positif yang sangat signifikan antara dukungan keluarga dengan kestabilan emosi pada penderita stroke. Semakin tinggi dukungan keluarga yang diperoleh penderita stroke maka akan semakin tinggi kestabilan emosi, begitu pula sebaliknya.

Penelitian Natalia (2010) tentang hubungan antara dukungan keluarga dalam latihan fisik dengan derajat kekuatan otot pasien pasca stroke iskemik di RS Dirgahayu Samarinda menunjukkan adanya korelasi antara dukungan keluarga dan tingkat kekuatan otot pasien pasca stroke iskemik. Perawat atau pemberi perawatan dianjurkan untuk melibatkan keluarga sebagai dukungan dalam latihan fisik.

Kualitas hidup penderita pasca stroke dapat mengalami gangguan atau hambatan karena adanya kecacatan fisik, kognisi, gangguan psikologis dan sosial. Hasil penelitian Bays (2001) di Amerika Serikat menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup penderita pasca stroke yang meliputi aktivitas sehari - hari, pola komunikasi, aktivitas sosial, pekerjaan, istirahat dan rekreasi. Kualitas hidup yang menurun dapat mempengaruhi semangat hidup penderita dan keluarga yang mengasuh.

Oleh karena itu keluarga juga berperan dalam meningkatkan kualitas hidup penderita (Handayani & Dewi, 2009).

Penurunan kualitas hidup pada pasien pasca stroke menjadi hal yang wajar karena banyaknya masalah yang timbul akibat stroke. Adapun masalah – masalah yang sangat mempengaruhi kualitas hidup tersebut adalah nyeri, kesulitan dalam mobilitas, ketergantungan dalam ADL, masalah sosial dan masalah psikologis.

Menurut asumsi peneliti, dukungan keluarga yang diperoleh pasien pasca stroke berada pada dukungan keluarga baik sehingga kualitas hidup dari pasien pasca stroke mampu dipertahankan dan mencapai tingkat yang tinggi sebanyak 28 (40%) responden. Ini dikarenakan, peran dan dukungan dari keluarga akan memberikan kekuatan yang besar bagi pasien pasca stroke dalam menjalani aktivitasnya setiap hari. Dukungan keluarga yang diberikan terhadap anggota keluarga yang menderita stroke berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Dari dukungan keluarga tersebut muncul suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

Dukungan keluarga yang baik bagi pasien pasca stroke akan memperkuat setiap individu menciptakan kekuatan dalam keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri dan mempunyai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan hidup sehari – hari. Kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial serta keamanan dan kenyamanan fisik akan semakin dibutuhkan pada saat seseorang sedang menjalani masa – masa sulit sehingga akan mempengaruhi kualitas hidup dari pasien. Kualitas hidup merupakan kondisi dimana pasien merasa tetap nyaman dengan penyakit yang dideritanya secara fisik, psikologis sosial maupun spiritual serta secara

optimal memanfaatkan hidupnya untuk kebahagiaan dirinya maupun orang lain.

Dari hasil penelitian juga diperoleh dukungan keluarga baik dengan kualitas hidup sedang dan rendah sebanyak 6 (8,6%) responden. Ini dikarenakan pasien tidak memiliki motivasi dalam dirinya sendiri dan beranggapan mustahil untuk sembuh dari penyakitnya sehingga tidak mau mendengarkan nasehat, saran dan perhatian yang diberikan oleh keluarganya. Dan juga, penderita stroke yang sebelumnya produktif, menjadi tidak produktif lagi karena sudah tidak bekerja sehingga membebani keluarga dari segi finansial. Para penderita stroke sebelumnya bisa menikmati hidup dengan aktivitas yang disukai sebagai sarana rekreasi atau hiburan, setelah serangan stroke mengalami perubahan bahkan menjadi sangat terbatas. Kondisi kecacatan akan menimbulkan ketergantungan pada anggota keluarga sehingga dapat menghambat aktivitas sehari – hari, pola komunikasi, aktivitas kerja, hubungan sosial, istirahat dan rekreasi serta kondisi psikologis pada penderita dan keluarga pasca stroke. Aspek - aspek tersebut merupakan indikator atau ukuran yang menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup pada pasca stroke.

Pasien memperoleh dukungan keluarga yang cukup dan kurang dengan kualitas hidup yang tinggi sebanyak 2 (2,9%) responden, disebabkan karena ia memiliki dorongan yang kuat dari dalam dirinya untuk sembuh sehingga ia tetap tenang dan nyaman dengan kondisinya secara fisik, psikologis, spiritual serta rehabilitasi yang dijalannya meskipun perhatian dan dukungan dari keluarga yang diperolehnya kurang karena keluarga memiliki hambatan dalam berbagai faktor, seperti sibuk bekerja sehingga hanya memiliki waktu yang sedikit untuk bersama dengan pasien. Dari kesibukan itu menyebabkan keluarga tidak memperhatikan anggota keluarganya yang terkena stroke untuk melakukan rehabilitasi dan juga kurangnya informasi yang diperoleh

keluarga yang menyebabkan keluarga tidak menyadari dan tidak tahu betapa pentingnya peran dan dukungan dari keluarga untuk memberikan kenyamanan dan motivasi bagi kesembuhan pasien dari kecacatannya.

Pasien stroke mendapatkan dukungan keluarga yang cukup dan kurang dengan kualitas hidup yang sedang dan rendah sebanyak 34 (48,6%) akan mengalami dampak negatif secara psikologis. Stress sangat rentan terjadi karena penurunan kesehatan fisik dan kurangnya dukungan dari keluarga. Keluarga merupakan orang yang paling dekat dengan pasien seharusnya memberikan dukungan penuh untuk mempercepat penyembuhan dan mampu meningkatkan kualitas hidup dari pasien itu sendiri. Apabila dukungan ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan (rehabilitasi) akan sangat berkurang sehingga dukungan keluarga sangat penting untuk menjaga dan memaksimalkan pemulihan fisik dan kognitif untuk dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup dari pasien pasca stroke.

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Berdasarkan hasil pengumpulan dan pengolahan data penelitian yang dilakukan terhadap 70 responden pada tanggal 13 Januari 2017 - 13 Februari 2017 di Puskesmas Batua Makassar, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar memiliki dukungan keluarga dominan pada kategori baik.
2. Pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar memiliki kualitas hidup dominan pada kategori tinggi.
3. Ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar.

#### **B. Saran**

##### 1. Bagi Keluarga

Diharapkan dapat menjadi masukan bagi keluarga untuk tetap memberikan dan meningkatkan dukungan dan motivasi bagi anggota keluarganya terutama dengan tidak menganggap pasien sebagai beban dan selalu mencari informasi penting untuk perawatan pasien.

##### 2. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan agar tenaga kesehatan lebih memperhatikan dan memberikan pelayanan yang menyeluruh kepada pasien pasca stroke, tidak hanya memperhatikan kebutuhan fisik saja tetapi juga kebutuhan psikologi sehingga pasien mampu mengatasi masalahnya.

##### 3. Bagi Peneliti

Untuk peneliti selanjutnya yang berminat meneliti tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke agar

dapat menambahkan teori - teori baru yang mendukung. Perlu juga menambahkan jumlah sampel yang cukup banyak dengan menggunakan teknik pengambilan sampel *consecutive sampling* sehingga hasil penelitian juga akan semakin baik.

**DAFTAR PUSTAKA**

Arum, S. P. (2015). *STROKE Kenali, Cegah & Obati*. Yogyakarta: Notebook.

Batticaca, F.B. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan System Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

Brillianti, P. A. (2016). *Hubungan Self - Management Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Wilayah Puskesmas Pisangan Ciputat*. <http://repository.uinjkt.ac.id> diakses tanggal 04 Oktober 2016.

Bura Mare, A. C. (2015). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemampuan Perawatan Diri (Self Care) Pada Pasien Pasca Stroke Di Puskesmas Gundih Surabaya*. <http://repository.wima.ac.id> diakses tanggal 09 Oktober 2016.

Darussalam, M. (2011). *Analisis Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Dan Hopelessness Pada Pasien Stroke Di Blitar*. <http://lib.ui.ac.id> diakses tanggal 23 Februari 2017

Dzusturia, D. N. (2016). *Pengaruh Diabetes Self - Management Education And Support (DMSE/S) Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember*. *Digital Repository Universitas Jember*. <http://repository.unej.ac.id> diakses tanggal 09 Oktober 2016.

Endriyani, L. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Activities Of Daily Living Pasien Post Stroke Di RSUD Muhammadiyah Bantul*. <http://opac.say.ac.id> diakses tanggal 09 Oktober 2016.

- Ginsberg, L. (2007). *LECTURE NOTES Neurologi Edisi Kedelapan*. Jakarta: Erlangga.
- Handayani, D. Y., & Dewi, D. E. (2009). *Analisis Kualitas Hidup Penderita Dan Keluarga Pasca Serangan Stroke (Dengan Gejala Sisa)*. *Psycho Idea*, Tahun 7 No 1, Februari 2009 ISSN 1693-1076. <http://psychoidea.ump.ac.id> diakses tanggal 04 Oktober 2016.
- Hidayat, Alimul. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Irfan, M. (2010). *Fisoterapi Bagi Insan Stroke Edisi Pertama*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Jhonson, & Leny. (2010). *Keperawatan Keluarga: Plus Contoh Askep Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kowalak, J.P. Welsh, W. Mayer, B. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta : EGC.
- Lingga, L. (2013). *All About Stroke: Hidup Sebelum Dan Pasca Stroke*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia.
- Mutaqqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan System Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nyoman, W. N. (2012). *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kejadian Depresi Pada Lansia Di Desa Pererenan Mengwi Bandung*. <http://www.google.co.id> diakses tanggal 13 Februari 2017
- Okthavia, S. (2014). *Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Tingkat Self Esteem Pada Penderita Pasca Stroke*. *Jurnal Psikologi*

*Pendidikan Dan Perkembangan Volume 33, No.2, Agustus 2014.*  
<http://journal.unair.ac.id> diakses tanggal 04 Oktober 2016.

Pamungkas, B. D. (2014). *Perbedaan Kualitas Hidup Laki - Laki Perokok Dan Non Perokok Yang Diukur Dengan Kuisisioner SF - 36v2 (Studi Pendahuluan).* <http://repository.uinjkt.ac.id> diakses tanggal 09 Oktober 2016.

Price, S. A. & Wilson, L. M. (2013). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses - Proses Penyakit Edisi 6.* Jakarta : EGC.

Purwaningtyas, D. (2016). *Pengaruh Pemberian Hold Relax Terhadap Spastisitas Pada Pasien Pasca Stroke.* <http://repository.unhas.ac.id> diakses tanggal 06 Oktober 2016.

Puspita, D. R. (2015). *Hubungan Dukungan Keluarga Dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga Dengan Perilaku Pencegahan Penularan Oleh Klien TB Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Digital Repository UNEJ.* <http://repository.unej.ac.id> diakses tanggal 15 Oktober 2016.

Putri, C. A. (2016). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perawatan Pasien Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember. Digital Repository Universitas Jember.* <http://repository.unej.ac.id> diakses tanggal 09 Oktober 2016.

Rendy, M. C., & Margareth. (2012). *Asuhan Kperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Sa'adah, M. (2015). *Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Stress Pada Pasien Stroke Di Poliklinik RSUD. Dr. Pirngadi Medan.* <http://text-id.123dok.com> diakses tanggal 02 Oktober 2016.

- Smeltzer, S. C. & Bare, G. B. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Ed. 8 Volume 3*. Jakarta :EGC.
- Sobirin, C., Husna, E., & Sulistyawan, A. (2015). *Hubungan Peran Keluarga Dalam Memotivasi Pasien Pasca Stroke Dengan Kepatuhan Penderita Mengikuti Rehabilitasi. Jurnal Kesehatan STIKes Prima Nusantara Bukittinggi, Vol. 6 No 1 Januari 2015*. <http://stikesprimanusantara.ac.id> diakses tanggal 04 Oktober 2016.
- Sopiyudin, M. Dahlan. (2014). *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Edisi 5*. Jakarta : Salemba Medika.
- Sulistyarini, I. (2013). *Terapi Relaksasi Untuk Menurunkan Tekanan Darah Dan Meningkatkan Kualitas Hidup Penderita Hipertensi. Jurnal Psikologi Volume 40, No. 1, Juni 2013*. <http://journal.ugm.ac.id> diakses tanggal 06 Oktober 2016.
- Susanti, M. L., & Sulistyarini, T. (2013). *Dukungan Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RS Baptis Kediri. Jurnal STIKES Volume 6, No. 1, Juli 2013*. <http://puslit2.petra.ac.id> diakses tanggal 09 Oktober 2016.
- Susanto, T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: TIM.
- Sustrani, L. Alam, S. Hadibroto, I. (2009). *Stroke* . Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Williams, & Wilkins. (2011). *NURSING: Memahami Berbagai Macam Penyakit*. Jakarta: PT Indeks.

## Lampiran 1

**JADWAL KEGIATAN**

No	Uraian kegiatan	Waktu dalam bulan (selama 2016)											
		Oktober				November				Desember			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Pengajuan judul												
2.	Acc judul												
3.	Penyusunan proposal												
4.	Seminar proposal												

Lampiran 1

### JADWAL KEGIATAN

No	Uraian kegiatan	Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan judul	■																											
2	Acc judul		■																										
3	Penyusunan proposal			■	■	■	■	■	■	■																			
4	Seminar proposal									■	■																		
5	Perbaikan proposal											■	■																
6	Pelaksanaan penelitian													■	■	■	■	■											
7	Pengelolaan dan analisa data																		■										
8	Penyusunan laporan hasil penelitian																		■	■	■	■	■						
9	Ujian hasil																									■	■		

Lampiran 7

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada

Yth,

.....

Di-

Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswa STIK Stella Maris Makassar akan mengadakan penelitian mengenai **"Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke Puskesmas Batua Makassar"** sebagai persyaratan tugas akhir mahasiswa program S1 Keperawatan.

Untuk keperluan tersebut, saya meminta kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela. Identitas pribadi dan semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dirahasiakan dan hanya akan digunakan untuk keperluan penelitian. Apabila Bapak/Ibu setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, maka saya mohon kesediannya untuk menandatangani lembaran persetujuan sebagai responden dalam penelitian ini. (lembar terlampir)

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,



Novianti Erin Massang

Lampiran 7

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada

Yth,

.....

Di-

Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswa STIK Stella Maris Makassar akan mengadakan penelitian mengenai **“Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke Puskesmas Batua Makassar”** sebagai persyaratan tugas akhir mahasiswa program S1 Keperawatan.

Untuk keperluan tersebut, saya meminta kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela. Identitas pribadi dan semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dirahasiakan dan hanya akan digunakan untuk keperluan penelitian. Apabila Bapak/Ibu setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, maka saya mohon kesediannya untuk menandatangani lembaran persetujuan sebagai responden dalam penelitian ini. (lembar terlampir)

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Novianti Erin Massang

Lampiran 8

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (Inisial) :

Umur :

Jenis kelamin :

Menyatakan bahwa, saya bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian dari :

Nama : Novianti Erin Massang

NIM : CX1514201128

Judul Penelitian: Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke di Puskesmas Batua Makasar.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya dan sangat rahasia. Saya bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar – benarnya.

Makassar, 2017

---

Tanda Tangan Responden

Lampiran 9

**KUESIONER PENELITIAN**  
**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA**  
**PASIE PASCA STROKE DI PUSKESMAS BATUA**  
**MAKASSAR**

**A. PETUNJUK PENGISIAN :**

1. Baca setiap pernyataan dengan baik dan benar.
2. Pada data demografi, mengisi sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu dengan memberikan tanda ceklist (√) pada tempat yang disediakan.
3. Pada kuesioner dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien pasca stroke diisi dengan memberikan tanda ceklist (√) pada kolom pernyataan yang menurut anda benar dan sesuai dengan kondisi anda.

**B. DATA DEMOGRAFI**

1. Nama / Inisial : \_\_\_\_\_
2. Umur : \_\_\_\_\_ tahun
3. Jenis Kelamin :  Laki – laki  Perempuan
4. Pendidikan terakhir :  SD  SMP  
 SMA  Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan :  Wiraswasta  Ibu Rumah Tangga  
 Pensiunan  Pegawai Negeri
6. Status Perkawinan :  Kawin  Belum kawin

## Lampiran 9

**KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA**

No.	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang - kadang	Tidak pernah
1	Keluarga memberikan saya nasehat, usulan, saran, petunjuk dan memberikan informasi tentang kesehatan saya.				
2	Keluarga memakai bahasa yang sederhana dalam melakukan komunikasi kepada saya.				
3	Keluarga mendengarkan secara cermat apa yang saya katakan kepada mereka.				
4	Keluarga menyarankan saya untuk berbagi cerita kepada anggota keluarga maupun teman dekat atau orang yang dipercaya.				
5	Keluarga selalu menanyakan bagaimana keadaan saya setiap harinya.				
6	Keluarga memberikan dukungan terhadap proses penyembuhan penyakit yang saya derita.				
7	Keluarga ikut memberikan perhatian yang lebih terhadap persoalan yang saya hadapi				

	mengenai penyakit saya.				
8	Keluarga selalu memberikan perhatian dan kasih sayang.				
9	Keluarga memberikan perhatian terhadap segala bentuk keluhan yang saya rasakan mengenai sakit stroke yang saya alami.				
10	Pada saat saya merasa cemas dan tidak berdaya dengan penyakit yang saya derita, keluarga menghibur dan memberikan semangat kepada saya.				
11	Keluarga menyediakan perlengkapan yang saya butuhkan.				
12	Keluarga melakukan pijatan menggunakan lotion untuk memberikan kenyamanan kepada saya.				
13	Keluarga membantu saya untuk menggunakan bagian tubuh yang lemah dalam kegiatan harian.				
14	Keluarga membantu saya dalam menjaga kebersihan tubuh saya misalnya mandi, sikat gigi, membersihkan kuit kepala.				
15	Keluarga membantu saya agar				

	terhindar dari serangan stroke berulang dengan cara mengubah pola gaya hidup sehat.				
16	Keluarga memberikan perhatian dan pujian jika ada perkembangan yang positif dalam proses penyembuhan penyakit stroke yang saya alami.				
17	Keluarga dapat memahami apa yang saya inginkan.				
18	Keluarga menanggapi dan memahami semua keluhan terhadap penyakit yang saya diderita.				
19	Keluarga akan memarahi saya ketika saya tidak mau menjalani serangkaian pengobatan.				
20	Keluarga selalu memberikan dorongan semangat setiap kali saya melakukan terapi pengobatan.				

## Lampiran 9

**KUESIONER KUALITAS HIDUP**

No.	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang – kadang	Tidak pernah
1	Saya merasakan masalah dalam berjalan				
2	Saya kehilangan keseimbangan saat membungkukkan badan untuk menggapai sesuatu				
3	Saya mengalami masalah dalam berdiri				
4	Saya merasakan masalah saat menaiki tangga				
5	Saya berhenti beraktivitas karena merasa kelelahan				
6	Saya terlalu lelah untuk melakukan aktivitas yang saya inginkan				
7	Saya merasakan masalah saat menonton tv karena gangguan penglihatan				
8	Saya memiliki masalah melihat benda dengan mata ditutup satu				
9	Saya merasakan adanya masalah dalam berbicara dengan orang lain seperti terbata – bata atau berbicara gagap				
10	Saya memiliki masalah untuk				

	menemukan kata – kata yang ingin saya sampaikan				
11	Saya memerlukan bantuan dalam menyiapkan makanan saya				
12	Saya memerlukan bantuan untuk berpakaian				
13	Saya memerlukan bantuan untuk mandi				
14	Saya memerlukan bantuan untuk ke toilet (BAB – BAK)				
15	Saya merasakan masalah dalam menulis / mengetik				
16	Saya merasakan masalah dalam mengancing baju				
17	Saya memiliki masalah dalam mengencangkan ret sleting				
18	Saya memiliki masalah dalam melakukan kegiatan sehari – hari di rumah				
19	Saya memiliki masalah mengakhiri pekerjaan yang telah saya mulai				
20	Saya merasa enggan dengan kehadiran orang lain				
21	Saya merasakan nafsu makan saya berkurang				
22	Saya merasa kehilangan kepercayaan diri untuk beraktivitas				

23	Saya mudah marah				
24	Saya tidak sabar terhadap perilaku orang lain yang menjengkelkan				
25	Saya mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi ketika sedang berpikir atau melakukan pekerjaan				
26	Saya memiliki masalah dalam mengingat sesuatu				
27	Saya merasakan adanya masalah saat mencoba berhubungan dengan teman dan kerabat				
28	Saya merasakan masalah kondisi fisik mengganggu kehidupan sosial saya				
29	Saya mengikuti kegiatan di masyarakat semenjak menderita stroke				
30	Saya masih melakukan hobi saya seperti biasanya				
31	Saya pergi berekreasi sesuai dengan keinginan saya				
32	Saya memiliki masalah dengan pola hubungan seks bersama pasangan hidup saya				
33	Saya tidak dapat menjalankan peran saya di keluarga sebagai (pencari nafkah, ibu rumah tangga atau mengasuh anak) seperti				

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

**LEMBAR KONSUL**

Nama : Novianti Erin Massang  
 NIM : CX1514201128  
 Pembimbing : Sr. Anita Sampe, JMJ.,Ns.,MAN  
 Judul : "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke di Puskemas Batua Makassar".

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf
1	Sabtu, 01 Oktober 2016	1. Pembahasan usulan penelitian 2. Pembahasan keterkaitan jurnal	
2	Senin, 03 Oktober 2016	ACC Judul	
3	Selasa, 04 Oktober 2016	Pembahasan Latar Belakang	
4	Rabu, 05 Oktober 2016	BAB I: Latar Belakang	
5	Rabu, 12 Oktober 2016	BAB I: 1. Latar belakang 2. Rumusan masalah 3. Manfaat penelitian	
6	Sabtu, 15 Oktober 2016	BAB I: Rumusan masalah	
7	Senin, 24 Oktober 2014	1. ACC BAB I 2. Lanjut BAB II	
8	Selasa, 25 Oktober 2016	BAB II (Perhatikan penggunaan kata depan, sertakan nama penulis)	
9	Jumat, 04 November 2016	1. ACC BAB II 2. Lanjut BAB III	
10	Sabtu, 05 November 2016	BAB III: 1. Skor pada defenisi operasional 2. Kuesioner BAB IV: Populasi	
11	Kamis, 10 November 2016	1. ACC BAB III 2. Kuesioner 3. Daftar Pustaka	
12	Sabtu, 19 November 2016	ACC BAB IV, Kuesioner dan Daftar pustaka	

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

13	Senin, 28 November 2016	1. Halaman Sampul 2. Daftar Isi 3. Penulisan pada template	
14	Selasa, 06 Desember 2016	ACC	
15	Kamis, 23 Februari 2017	BAB V: 1. Tabel satu halaman dengan penjelasan 2. Penjelasan dari yang tertinggi ke terendah 3. Pembahasan	
16	Senin, 06 Maret 2017	BAB V: Pembahasan	
17	Selasa, 24 Maret 2017	1. BAB V: Pembahasan 2. Penulisan Judul Bab V dan Bab VI	
18	Kamis, 23 Maret 2017	1. BAB V: Pembahasan 2. BAB VI 3. Abstrak	
19	Jumat, 24 Maret 2017	ACC	

**LEMBAR KONSUL**

Nama : Novianti Erin Massang

NIM : CX1514201128

Pembimbing : Sr. Anita Sampe, JMJ.,Ns.,MAN

Judul : “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke di Puskesmas Batua Makassar”.

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf
1	Sabtu, 01 Oktober 2016	1. Pembahasan usulan penelitian 2. Pembahasan keterkaitan jurnal	
2	Senin, 03 Oktober 2016	ACC Judul	
3	Selasa, 04 Oktober 2016	Pembahasan Latar Belakang	
4	Rabu, 05 Oktober 2016	BAB I: Latar Belakang	
5	Rabu, 12 Oktober 2016	BAB I: 1. Latar belakang 2. Rumusan masalah 3. Manfaat penelitian	
6	Sabtu, 15 Oktober 2016	BAB I: Rumusan masalah	
7	Senin, 24 Oktober 2014	1. ACC BAB I 2. Lanjut BAB II	
8	Selasa, 25 Oktober 2016	BAB II (Perhatikan penggunaan kata depan, sertakan nama penulis)	
9	Jumat, 04 November 2016	1. ACC BAB II 2. Lanjut BAB III	
10	Sabtu, 05 November 2016	BAB III: 1. Skor pada defenisi operasional 2. Kuesioner BAB IV: Populasi	
11	Kamis, 10 November 2016	1. ACC BAB III 2. Kuesioner 3. Daftar Pustaka	
12	Sabtu, 19 November 2016	ACC BAB IV, Kuesioner dan Daftar pustaka	

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

13	Senin, 28 November 2016	1. Halaman Sampul 2. Daftar Isi 3. Penulisan pada template	
14	Selasa, 06 Desember 2016	ACC	
15	Kamis, 23 Februari 2017	BAB V: 1. Tabel satu halaman dengan penjelasan 2. Penjelasan dari yang tertinggi ke terendah 3. Pembahasan	
16	Senin, 06 Maret 2017	BAB V: Pembahasan	
17	Selasa, 24 Maret 2017	1. BAB V: Pembahasan 2. Penulisan Judul Bab V dan Bab VI	
18	Kamis, 23 Maret 2017	1. BAB V: Pembahasan 2. BAB VI 3. Abstrak	
19	Jumat, 24 Maret 2017	ACC	

Lampiran 10

No	Inisial	Umur	Kode	Jenis Kelamin	Kode	Pendidikan Terakhir	Kode	Pekerjaan	Kode	Status Perkawinan	Kode	Dukungan Keluarga																			Kualitas Hidup																			Total	Keterangan	Kode															
												1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18				19	20													
1	M	78	4	L	1	SMA	3	Pensiunan	3	Kawin	1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3	3	2	1	2	3	3	62	Baik	1	2	3	4	3	3	2	4	2	1	4	3	4	3	4	4	2	3	3	4	4	2	3	3	3	2	1	3	4	4	4	4	110	Tinggi	1
2	K	48	1	P	2	PT	4	Wiraswasta	1	Kawin	1	2	4	4	3	3	2	3	4	3	3	3	3	2	3	2	2	1	1	3	3	59	Cukup	2	2	4	3	2	2	3	2	2	2	1	1	3	1	2	3	4	4	3	3	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	74	Sedang	2	
3	S	45	1	L	1	PT	4	PNS	4	Kawin	1	3	2	3	4	3	2	3	4	3	3	2	3	4	4	4	3	2	3	64	Baik	1	3	3	3	4	3	2	3	3	4	4	4	3	2	3	3	3	3	2	2	3	4	4	3	3	2	2	4	4	3	4	4	112	Tinggi	1	
4	A	51	2	L	1	SMA	3	Wiraswasta	1	Kawin	1	3	2	2	2	2	3	3	2	2	1	1	2	3	2	2	2	1	1	40	Kurang	3	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2	1	2	3	2	2	1	1	2	2	3	3	1	1	3	2	3	3	1	72	Rendah	3			
5	N	69	3	P	2	SMA	3	Pensiunan	3	Kawin	1	3	3	3	4	3	2	3	4	3	2	2	3	3	3	3	3	2	58	Cukup	2	4	4	2	2	1	1	2	2	2	3	3	2	1	1	3	2	1	2	3	1	1	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	1	72	Sedang	2
6	Sr	73	4	L	1	SMP	2	Wiraswasta	1	Kawin	1	4	3	3	4	2	3	4	3	4	3	4	3	2	3	2	2	2	62	Baik	1	4	3	4	3	2	3	2	3	3	3	2	4	3	3	3	1	2	2	4	4	3	3	3	3	1	4	3	3	3	4	109	Tinggi	1			
7	H	60	2	L	1	SMA	3	Pensiunan	3	Kawin	1	4	3	3	3	2	3	4	2	2	2	3	3	4	3	4	3	2	58	Cukup	2	4	2	3	4	3	2	2	2	3	1	4	4	3	3	1	1	3	3	4	3	3	2	2	1	4	3	3	3	99	Sedang	2					
8	An	71	4	P	2	SMA	3	Pensiunan	3	Kawin	1	4	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	3	39	Kurang	3	2	3	2	3	1	1	2	2	3	2	1	1	1	2	2	3	2	2	1	2	1	3	2	2	2	1	2	1	3	2	1	72	Rendah	3			
9	B	62	3	L	1	SMA	3	Pensiunan	3	Kawin	1	4	2	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	63	Baik	1	2	3	3	4	2	4	3	3	2	1	4	3	3	4	3	1	2	2	4	2	3	3	4	2	2	1	4	3	3	4	109	Tinggi	1			
10	N	71	4	L	1	SMA	3	Pensiunan	3	Kawin	1	4	3	4	3	3	4	4	3	2	3	3	3	4	2	3	3	4	65	Baik	1	4	3	3	2	4	4	3	2	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	4	4	4	113	Tinggi	1						
11	T	50	1	L	1	SMA	3	Wiraswasta	1	Kawin	1	3	3	3	3	3	3	3	1	2	4	3	3	1	3	4	3	56	Cukup	2	3	3	3	3	2	2	4	3	4	3	4	2	3	3	3	4	2	2	2	3	2	3	4	4	1	1	4	3	3	3	4	96	Sedang	2			
12	Hh	69	3	P	2	SMP	2	Wiraswasta	1	Kawin	1	4	4	3	3	3	4	4	4	3	2	2	3	3	3	4	3	64	Baik	1	3	2	3	3	4	4	3	3	3	2	4	4	3	3	2	4	4	2	3	2	4	4	4	3	2	3	3	3	4	115	Tinggi	1					
13	U	57	2	L	1	SMA	3	Wiraswasta	1	Kawin	1	2	4	4	2	3	3	3	3	2	1	4	3	4	3	4	3	60	Cukup	2	4	4	3	3	2	4	3	2	3	4	3	4	3	3	2	1	2	3	3	3	4	3	1	2	2	4	3	3	3	4	109	Tinggi	1				
14	Md	55	2	L	1	SMA	3	PNS	4	Kawin	1	2	4	4	3	3	4	4	3	2	1	4	3	4	2	4	3	62	Baik	1	3	4	4	3	4	3	2	3	4	3	4	3	3	2	2	1	3	4	4	3	3	2	1	4	2	3	4	4	110	Tinggi	1						
15	D	50	1	L	1	PT	4	PNS	4	Kawin	1	4	3	2	3	4	4	3	2	2	1	2	3	3	4	3	3	60	Cukup	2	2	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	2	2	3	4	2	2	3	4	3	2	2	1	4	3	3	4	109	Tinggi	1						
16	Tr	61	3	L	1	SMA	3	Wiraswasta	1	Kawin	1	4	3	3	2	3	4	3	4	2	2	2	3	3	4	3	2	55	Cukup	2	3	2	3	4	3	2	3	1	3	4	4	3	3	3	1	2	2	2	3	4	3	2	2	1	4	3	3	3	100	Sedang	2						
17	Ns	65	3	P	2	SMA	3	Wiraswasta	1	Kawin	1	4	3	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	39	Kurang	3	2	2	2	2	1	3	2	3	1	2	2	3	3	1	1	2	2	3	2	2	1	1	1	3	2	3	1	73	Sedang	2						
18	Ha	60	2	P	2	SMA	3	Wiraswasta	1	Kawin	1	4	3	4	4	3	2	4	4	3	2	4	3	3	4	4	3	65	Baik	1	3	4	4	3	2	2	4	2	3	4	4	4	2	3	4	3	4	4	1	2	2	4	4	2	2	1	4	4	3	2	102	Sedang	2				
19	E	76	4	P	2	SD	1	Pensiunan	3	Kawin	1	3	2	4	3	4	3	2	3	4	4	2	3	3	3	3	2	3	59	Cukup	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1	1	2	3	1	2	4	3	2	2	3	2	2	3	1	74	Sedang	2				
20	Hs	76	4	L	1	SD	1	Pensiunan	3	Kawin	1	3	4	4	2	4	3	3	3	3	3	3	4	3	2	2	3	60	Cukup	2	3	3	4	3	2	3	2	3	4	3	3	3	3	1	2	2	1	3	4	2	4	1	2	1	4	3	2	2	100	Sedang	2						
21	L	62	3	P	2	SMA	3	IRT	2	Kawin	1	3	3	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	1	2	3	2	41	Cukup	2	2	2	3	3	1	1	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	1	2	3	2	2	1	1	1	3	3	2	1	72	Rendah	3						
22	Y	58	2	P	2	PT	4	IRT	2	Kawin	1	3	4	3	3	4	3	4	3	2	3	2	3	2	3	2	4	61	Baik	1	3	4	4	4	2	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	1	2	1	3	3	3	3	4	109	Tinggi	1						
23	K	62	3	P	2	SMA	3	IRT	2	Kawin	1	4	4	3	4	3	2	3	3	1	3	3	3	4	3	4	3	63	Baik	1	2	3	4	3	3	2	3	3	4	3	4	3	4	4	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	111	Tinggi	1								
24	Mn	68	3	P	2	SMP	2	IRT	2	Kawin	1	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	60	Cukup	2	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	4	3	4	3	3	4	1	2	2	3	3	2	4	1	2	1	4	3	4	3	102	Sedang	2					
25	Du	78	4	L	1	SMA	3	Pensiunan	3	Kawin	1	3	3	2	1	1	2	3	2	1	3	2	2	1	2	3	1	39	Kurang	3	2	3	2	1	2	1	3	2	2	3	2	2	3	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	3	2	1	2	3	2	1	72	Rendah	3				
26	Er	56	2	L	1	PT	4	Pensiunan	3	Kawin	1	4	3	3	3	4	3	4	3	2	2	2	3	3	3	3	4	62	Baik	1	3	2	3	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	2	2	2	4	4	4	1	2	1	4	3	3	3	111	Tinggi	1							
27	As	55	2	L	1	PT	4	Wiraswasta	1	Kawin	1	3	2	3	4	3	3	4	2	3	4	3	3	4	3	4	3	65	Baik	1	2	3	4	4	2	3	2	3	4	3	4	3	4	3	3	3	2	3	3	3	4	1	2	3	4	3	3	4	111	Tinggi	1						
28	V	60	2	L	1	SMA	3	Wiraswasta	1	Kawin	1	3	2	3	2	3	2	2	1	1	3	2	3	2	4	1	1	2	42	Cukup	2	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	1	1	2	2	3	2	1	1	2	1	3	2	2	68	Rendah	3					
29	J	58	2	L	1	SMA	3	Wiraswasta	1	Kawin	1	2	2	2	3	2	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	38	Kurang	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	3	3	1	1	2	1	3	1	2	70	Rendah	3							
30	Kl	60	2	L	1	SMA	3	Wiraswasta	1	Kawin	1	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	2	4	3	4	3	3	65	Baik	1	3	3	3	4	2	3	2	4	3	3	3	4	3	3	3	2	2	4	3	3	3	3	1	3	1	4	3	3	2	103	Sedang	2					
31	Ma	61	3	P	2	SMA	3	Pensiunan	3																																																										



# SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

## STELLA MARIS

### TERAKREDITASI BAN-PT

#### PROGRAM III, S1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Malpa No. 19 – Makassar, Kode Pos : 90112, Telp. (0411) 854808,  
Website: [www.stikstellamarismks.ac.id](http://www.stikstellamarismks.ac.id). Email: [stiksm\\_mks@yahoo.co.id](mailto:stiksm_mks@yahoo.co.id)

Nomor : 013 / STIK-SM / S1.010 / I / 2017  
Lampiran :-  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian Mahasiswa

Kepada,  
Yth. Kepala / Ketua  
Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Kota Makassar  
Provinsi Sulawesi Selatan  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Dalam rangka penyusunan Tugas Akhir Skripsi Mahasiswa(i) S1 Keperawatan Tingkat IV (empat) Semester VII (tujuh) STIK Stella Maris Makassar, Tahun Akademik 2016/2017, melalui surat ini kami sampaikan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk kiranya dapat menerima Mahasiswa(i) berikut ini:

**Nama** : Novianti Erin Massang  
**NIM** : CX1514201128

**Judul Penelitian** : Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di PUSKESMAS Batua Makassar.

Untuk melaksanakan penelitian di PUSKESMAS Batua Makassar, sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon kesediaan bapak/ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami tersebut di atas untuk dapat melakukan penelitiannya. Demikian permohonan ini kami buat, atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Makassar, 13 Januari 2017

Ketua,

  
**Henny Pongantung, Ns., MSN**  
**NIDN.0912106501**

## Lampiran 11

### Frequencies

		Statistics						
		Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Status Perkawinan	Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup
N	Valid	70	70	70	70	70	70	70
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

### Frequency Table

		Umur			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40 - 50	11	15.7	15.7	15.7
	51 - 60	29	41.4	41.4	57.1
	61 - 70	14	20.0	20.0	77.1
	>70	16	22.9	22.9	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

		Jenis Kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki - Laki	42	60.0	60.0	60.0
	Perempuan	28	40.0	40.0	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

		Pendidikan Terakhir			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative

**Pekerjaan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wiraswasta	24	34.3	34.3
	IRT	14	20.0	54.3
	Pensiunan	20	28.6	82.9
	PNS	12	17.1	100.0
	Total	70	100.0	100.0

**Status Perkawinan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kawin	70	100.0	100.0

**Dukungan Keluarga**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	34	48.6	48.6
	Cukup	24	34.3	82.9
	Kurang	12	17.1	100.0
	Total	70	100.0	100.0

**Kualitas Hidup**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	30	42.9	42.9
	Sedang	23	32.9	75.7
	Rendah	17	24.3	100.0
	Total	70	100.0	100.0

# Crosstabs

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Kualitas Hidup	70	100.0%	0	0.0%	70	100.0%

## Dukungan Keluarga \* Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup			Total
			Tinggi	Sedang	Rendah	
Dukungan Keluarga	Baik	Count	28	6	0	34
		Expected Count	14.6	14.1	5.3	34.0
		% within Dukungan Keluarga	82.4%	17.6%	0.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	93.3%	20.7%	0.0%	48.6%
	% of Total	40.0%	8.6%	0.0%	48.6%	
	Cukup	Count	2	19	3	24
		Expected Count	10.3	9.9	3.8	24.0
		% within Dukungan Keluarga	8.3%	79.2%	12.5%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	6.7%	65.5%	27.3%	34.3%
	% of Total	2.9%	27.1%	4.3%	34.3%	
	Kurang	Count	0	4	8	12
		Expected Count	5.1	5.0	1.9	12.0
% within Dukungan Keluarga		0.0%	33.3%	66.7%	100.0%	
% within Kualitas Hidup		0.0%	13.8%	72.7%	17.1%	
% of Total	0.0%	5.7%	11.4%	17.1%		
Total	Count	30	29	11	70	
	Expected Count	30.0	29.0	11.0	70.0	
	% within Dukungan Keluarga	42.9%	41.4%	15.7%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	62.600 <sup>a</sup>	4	.000
Likelihood Ratio	64.403	4	.000
Linear-by-Linear Association	44.412	1	.000
N of Valid Cases	70		

a. 3 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.89.

### Correlations

#### Correlations

		Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup
Dukungan Keluarga	Pearson Correlation	1	.802**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	70	70
Kualitas Hidup	Pearson Correlation	.802**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	70	70

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Nonparametric Correlations

#### Correlations

		Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup
Dukungan Keluarga	Correlation Coefficient	1.000	.810**
	Sig. (2-tailed)	.	.000

## Frequencies

Statistics			
		DukunganKeluarg a1	KualitasHidup1
N	Valid	70	70
	Missing	0	0

## Frequency Table

DukunganKeluarga1					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	34	48.6	48.6	48.6
	Sedang + Kurang	36	51.4	51.4	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

KualitasHidup1					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	30	42.9	42.9	42.9
	Sedang + Rendah	40	57.1	57.1	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

## Crosstabs

Case Processing Summary							
		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent

**DukunganKeluarga1 \* KualitasHidup1 Crosstabulation**

			KualitasHidup1		Total
			Tinggi	Sedang + Rendah	
DukunganKeluarga1	Baik	Count	28	6	34
		Expected Count	14.6	19.4	34.0
		% within DukunganKeluarga1	82.4%	17.6%	100.0%
		% within KualitasHidup1	93.3%	15.0%	48.6%
		% of Total	40.0%	8.6%	48.6%
	Cukup + Kurang	Count	2	34	36
		Expected Count	15.4	20.6	36.0
		% within DukunganKeluarga1	5.6%	94.4%	100.0%
		% within KualitasHidup1	6.7%	85.0%	51.4%
		% of Total	2.9%	48.6%	51.4%
Total	Count	30	40	70	
	Expected Count	30.0	40.0	70.0	
	% within DukunganKeluarga1	42.9%	57.1%	100.0%	
	% within KualitasHidup1	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	42.9%	57.1%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	42.111 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	39.033	1	.000		
Likelihood Ratio	48.471	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	41.509	1	.000		
N of Valid Cases	70				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.57.

## Correlations

			DukunganKeluarg a1	KualitasHidup1
DukunganKeluarga1	Pearson Correlation		1	.776**
	Sig. (2-tailed)			.000
	N		70	70
KualitasHidup1	Pearson Correlation		.776**	1
	Sig. (2-tailed)		.000	
	N		70	70

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Nonparametric Correlations

			DukunganKeluarg a1	KualitasHidup1
Spearman's rho	DukunganKeluarga1	Correlation Coefficient	1.000	.776**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	70	70
KualitasHidup1		Correlation Coefficient	.776**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	70	70

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



# PEMERINTAH KOTA MAKASSAR DINAS KESEHATAN

Jl. Teduh Bersinar No. 1 Telp. (0411) 881549 Fax (0411) 887710 Makassar 90221  
email: [dinkeskotamakassar@yahoo.co.id](mailto:dinkeskotamakassar@yahoo.co.id), home page: [dinkeskotamakassar.net](http://dinkeskotamakassar.net)



Nomor : 440/46 /PSDK/1/2017

Kepada yth

Lampiran : -

Kepala Puskesmas Batua

Hal : Izin penelitian

Di

Tempat

Sehubungan dengan surat dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik ,No 070/127-II/BKBP/IX/2015, Tanggal 13 Januari 2017, perihal tersebut diatas maka bersama ini disampaikan kepada saudara bahwa :

**Nama** : NOVIANTI ERIN MASSANG  
**No Pokok** : CX1514201128  
**Program studi** : Keperawatan  
**Institusi** : STIK STELLA MARIS  
**Judul** : **HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN PASCA STROKE DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR**

Akan melaksanakan penelitian di wilayah kerja saudara dalam rangka "penyusunan skripsi " sesuai dengan judul diatas ,yang akan dilaksanakan mulai tanggal 13 Januari 2017 s/d 13 Februari 2017. Oleh Karena itu sekiranya dapat diberikan bantuan seperlunya.

Demikian disampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih

Makassar, 18 Januari 2017  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kota Makassar



**Dr. Naisya Azizkin, M.Kes**  
Pangkat Sarjana Utama  
NIP. 1960 1014 198902 2 001



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

Nomor : 255/S.01P/P2T/01/2017  
Lampiran :  
Perihal : **Izin Penelitian**

KepadaYth.  
Walikota Makassar

di-  
**Tempat**

Berdasarkan surat Ketua STIK Stella Maris Makassar Nomor : 013/STIK-SM/S1.010/I/2017 tanggal 13 Januari 2017 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

N a m a : **NOVIANTI ERIN MASSANG**  
Nomor Pokok : CX1514201128  
Program Studi : Keperawatan  
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)  
Alamat : Jl. Maipa No. 19, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

**" HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN PASCA STROKE DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR "**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **13 Januari s/d 13 Februari 2017**

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

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar  
Pada tanggal : 13 Januari 2017

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



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

Tembusan Yth  
1. Ketua STIK Stella Maris Makassar di Makassar;  
2. Peninggal.

SIMAP PTSP 13-01-2017



Jl. Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936  
Website : <http://p2tbkpmdu.sulselprov.go.id> Email : [p2t\\_provsulsel@yahoo.com](mailto:p2t_provsulsel@yahoo.com)  
Makassar 90222





**DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR  
PUSKESMAS BATUA**

*Jl. Abdullah Dg. Sirua No. 338 Makassar Telp. 0411-493808*



**SURAT KETERANGAN**

No : 014 /S.Ket /PKM/BTA/ II /2017

Yang bertanda tangan di bawah ini, koordinator penelitian Puskesmas Batua Kota Makassar dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : **NOVIANTI ERIN MASSANG**

NIM : CX 1514 20011 28

Fakultas/Jurusan-Prodi : S1 Keperawatan

Institusi : STIK STELLA MARIS MAKASSAR

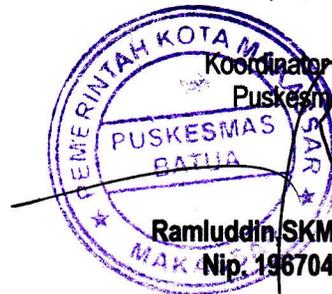
Telah melaksanakan penelitian di Puskesmas Batua Kota Makassar pada tanggal 13 Januari 2017 s/d 13 Pebruari 2017 untuk judul penelitian :

**"HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN  
PASCA STROKE DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR "**

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagaimana perlunya.

Makassar, 18 Pebruari 2017

Koordinator Penelitian  
Puskesmas Batua,



**Ramluddin, SKM, S.Kep, Ns, M.Kes**  
Nip. 19670405 198803 017



**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Ahmad Yani No 2 Makassar 90111  
Telp +62411 – 3615867 Fax +62411 – 3615867

Email : [Kesbang@makassar.go.id](mailto:Kesbang@makassar.go.id) Home page : <http://www.makassar.go.id>



Makassar, 13 Januari 2017

**K e p a d a**

**Yth . KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA MAKASSAR**

**Di -**

**MAKASSAR**

Nomor : 070 / 127 -II/BKBP/II/2017  
Sifat :  
Perihal : Izin Penelitian

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 255/S.01P/P2T/01/2017, Tanggal 13 Januari 2017, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa:

Nama : **NOVIANTI ERIN MASSANG**  
Nim/Jurusan : **CX1514201128/Keperawatan**  
Pekerjaan : **Mahasiswa (S1) STIK Stella Maris**  
Alamat : **Jl. Maipa No. 19, Makassar**  
Judul : **"HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN PASCA STROKE DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR"**

Bermaksud mengadakan *Penelitian* pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka *Penyusunan Skripsi* sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal 13 Januari s/d 13 Februari 2017.

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.

A.n. WALIKOTA MAKASSAR  
KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK  
KABID. HUBUNGAN ANTAR-LEMBAGA



**Drs. AKHMAD NAMSUM, MM.**

Pangkat : Penata Tk. I

NIP. 19670524 200604 1 004

**Tembusan :**

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Prop. Sul – Sel. di Makassar;
2. Kepala Unit Pelaksana Teknis P2T Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Prop. Sul Sel di Makassar;
3. Ketua STIK Stella Maris Makassar di Makassar;
4. Mahasiswa yang bersangkutan;
5. Arsip