



**SKRIPSI**

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN PASKA  
STROKE DI RUMAH SAKIT  
BHAYANGKARA  
MAKASSAR**

**PENELITIAN NON-EXPERIMENTAL**

**OLEH:**

**ERISKA JUVELINE (C.12.14201.016)**

**IRENE STANNES KAVIYOSE (C.12.14201.027)**

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

**2016**



**SKRIPSI**

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN PASKA  
STROKE DI RUMAH SAKIT  
BHAYANGKARA  
MAKASSAR**

**PENELITIAN NON-EXPERIMENTAL**

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

**OLEH :**

**ERISKA JUVELINE (NIM C.12.14201.016)  
IRENE STANNES KAVIYOSE (NIM C.12.14201.027)**

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

**2016**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eriska Juveline (C.12.14201.016)  
Irene Stannes Kaviyose (C.12.14201.027)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri, dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dan hasil penelitian orang lain. Sepengetahuan kami, penelitian ini belum pernah ditulis oleh orang lain dan diteliti di institusi yang sama.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 23 April 2016

Yang menyatakan,

(Eriska Juveline)

C.12.14201.016

(Irene Stannes Kaviyose)

C.12.14201.027

**LEMBARAN PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN PASKA  
STROKE DI RUMAH SAKIT  
BHAYANGKARA  
MAKASSAR**

Diajukan Oleh :

**Eriska Juveline**

**C.12.14201.016**

**Irene Stannes Kaviyose**

**C.12.14201.027**

Disetujui Oleh :

**Pembimbing**

**Bagian**

**Akademik Dan Kemahasiswaan**



**(Henny Pongantung, S.Kep., Ns., MSN.) (Sr. Anita Sampe, JMJ., S.Kep., Ns., MAN.)**

**NIDN. 0912106501**

**NIDN. 0917107402**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN KUALITAS HIDUP  
PASIEN PASKA STROKE DI RUMAH SAKIT  
BHAYANGKARA MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Eriska Juveline  
C.12.14201.016

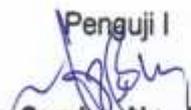
Irene Stannes Kaviyose  
C.12.14201.027

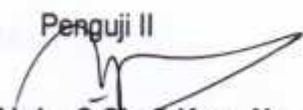
Telah dibimbing dan disetujui oleh:

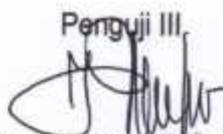
Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN  
NIDN. 0912106501

Telah Diuji dan Dipertahankan  
Di Hadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 23 April 2016  
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

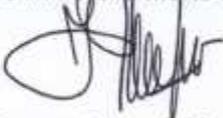
Susunan Dewan Penguji

Penguji I  
  
(Mery Sambu, Ns., M.Kep)  
NIDN: 0930058102

Penguji II  
  
(Siprianus Abdu, S.St., S.Kep., Ns., M.Kes)  
NIDN: 0928027101

Penguji III  
  
Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN  
NIDN. 0912106501

Makassar, 23 April 2016  
Program S1 Keperawatan dan Ners  
Ketua STIK Stella Maris Makassar

  
Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN  
NIDN. 0912106501

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eriska Juveline (C.12.14201.016)

Irene Stannes Kaviyose (C.12.14201.027)

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar- benarnya.

Makassar, 23 April 2016

Yang Menyatakan,

(Eriska Juveline)

C.12.14201.016

(Irene Stannes Kaviyose)

C.12.14201.027

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan Mekanisme Koping dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”**. Peneliti menyadari bahwa dalam proses penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, motivasi, dan doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku ketua STIK Stella Maris dan sekaligus pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan dalam penyelesaian skripsi ini.
2. Sr. Anita Sampe, JMJ., S.Kep.,Ns.,MAN selaku wakil ketua 1 bidang akademik dan kemahasiswaan
3. Mery Sambo, Ns., M.Kep dan Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep., Ns., M.Kes., sebagai dewan penguji. Terima kasih atas masukan dan kritik yang membangun, sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian kuantitatif ini tepat pada waktunya.
4. Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Makassar Kombes Pol. dr. Budi Heryadi, MM dan Abdul Rahman, SKM selaku kepala unit bagian fisioterapi, serta semua petugas kesehatan Rumah Sakit Bhayangkara yang telah memberikan kesempatan bagi peneliti untuk dapat melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Bhayangkara. Terima kasih atas bantuan dan keramahan yang boleh saya rasakan selama melakukan penelitian.
5. Kepada kedua orang tua dari Eriska Juveline (Paskalis Elisi dan Sofia) dan adik ( Gill Roy) dan dari Irene Stannes Kaviyose (Stanislaus Mario dan Agnes Maani) dan adik (Agatha Elesonia Wulandari) sanak saudara yang selalu mendoakan memberi dukungan, semangat, nasehat dan yang paling utama adalah cinta dan kasih sayang serta

bantuan mereka berupa moril dan materi sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

6. Seluruh dosen STIK Stella Maris yang telah memberikan ilmu dan membimbing selama menjalani proses akademik.
7. Sr. Margareta JMJ dan Sr. Amabilis JMJ sebagai orang tua wali yang telah banyak memberikan doa, dukungan dan nasehat di Asrama Siti Miriam.
8. Teman-teman seperjuangan dari Eriska Juveline dan Irene Stannes Kaviyose yaitu Kak Andri, Helmi, Ayu, Rendianita, Vera, Karlin, Susan, Wati, Ina. Terima kasih untuk kebersamaan yang terjalin selama ini, saling mendukung dan memotivasi, serta saling membantu satu sama lain.
9. Rekan-rekan seperjuanganku Program Sarjana Keperawatan dan Ners Angkatan 2012 atas semua kekompakan, bantuan, dukungan dan kerjasama selama menempuh program pendidikan ini.
10. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

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 harapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Makassar, 23 April 2016

Penulis

## **ABSTRAK**

### **HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASKA STROKE DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR (dibimbing oleh Henny Pongantung)**

**ERISKA JUVELINE DAN IRENE STANNES KAVIYOSE**  
**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS**  
xvii + 47 Halaman + 7 Tabel + 10 Lampiran

Stroke menimbulkan gangguan neurologi sehingga menyebabkan perubahan kualitas hidup. Kualitas hidup pada pasien paska stroke sangat berkaitan dengan mekanisme koping yang digunakan oleh pasien dalam menghadapi keterbatasan fisik yang dialami individu untuk mengembangkan perilaku baru yang bertujuan untuk menumbuhkan kekuatan dalam individu, mengurangi dampak kecemasan bahkan stress dalam kehidupan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien paska stroke di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Desain penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Teknik sampling menggunakan *consecutive sampling* dengan jumlah 31 responden. Pengumpulan data menggunakan instrument penelitian berupa kuesioner berskala likert. Kuesioner kualitas hidup menggunakan *Model Health Related Quality Of Life* dari Wilson dan Cleary. Hasil penelitian ini diperoleh dengan menggunakan analisis uji *chi-square* dengan uji alternatif *Kolmogorov-Smirnov* diperoleh nilai ( $p \text{ value} = 0,005 < 0,05$ ). Dari hasil uji tersebut dapat disimpulkan bahwa ada hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien paska stroke di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

Kata Kunci : mekanisme koping, kualitas hidup, stroke

Daftar Pustaka : 10 books, 21 journals (2005 - 2015)

## **ABSTRACT**

### **THE COPING MECHANISMS RELATIONSHIP WITH QUALITY OF LIFE POST STROKE PATIENT BHAYANGKARA HOSPITAL MAKASSAR (Guided by Henny Pongantung)**

**ERISKA JUVELINE DAN IRENE STANNES KAVIYOSE**  
**S1 NURSING PROGRAM AND NURSES**  
xvii + 47 Pages + 7 tables + 10 Appendix

Stroke cause neurologic disorder that cause changes in quality of life. Quality of life for a victim of post stroke patient is very interconnected with coping strategy that used by patient. Coping mechanism has connection with individual respons to face patient in the face physical limitations experienced by the individual for develop new behaviors that aims to grow the strength of an individual, even an emergency reduce the impact of stress in life. The aim of this study was to know correlation between coping mechanism and quality of life post stroke patients at Bhayangkara Makassar Hospital. This research used an analytic observational design by a cross sectional. Sampling technique used consecutive sampling with 31 respondents. Data collection using research instrument such as questionnaires with likert scale. Quality of life questionnaire using the Model of Health Related Quality Of Life of Wilson and Cleary. The research results obtained by using chi-square test analysis with alternative test Kolmogorov-Smirnov to obtain the value (*p value* = 0,005 < 0,05). The result of the test can be concluded that there was a connection between coping mechanism and quality of life post stroke patient in Bhayangkara Hospital Makassar.

Keywords: coping mechanisms, quality of life, stroke

References: 10 books, 21 journals (2005 - 2015)

## DAFTAR ISI

	HALAMAN
HALAMAN SAMPEL DEPAN .....	i
HALAMAN SAMPEL DALAM.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	vi
HALAMAN KATA PENGANTAR .....	vii
ABSTRAK .....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
1. Tujuan Umum .....	5
2. Tujuan Khusus.....	6
D. Manfaat Penelitian .....	6
1. Bagi Tenaga Kesehatan .....	6
2. Bagi Institusi Pendidikan .....	6
3. Bagi Keluarga .....	6
4. Bagi Peneliti .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
A. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup.....	7
1. Pengertian .....	7
2. Kualitas Hidup Dalam Dunia Kesehatan .....	7

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi.....	10
4. Pengukuran .....	11
B. Tinjauan Umum Tentang Mekanisme Koping .....	13
1. Pengertian .....	13
2. Jenis-Jenis.....	14
3. Metode.....	16
4. Penggolongan.....	17
C. Tinjauan Umum Tentang Stroke .....	18
1. Pengertian .....	18
2. Klasifikasi.....	18
3. Manifestasi Klinik.....	20
4. Dampak Dari Paska Stroke.....	20
5. Rehabilitasi Paska Stroke .....	22
<b>BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN METODE PENELITIAN</b>	<b>23</b>
A. Kerangka Konseptual.....	23
B. Hipotesis Penelitian.....	25
C. Defenisi Operasional.....	25
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>27</b>
A. Jenis Penelitian .....	27
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	27
C. Populasi dan Sampel .....	27
1. Populasi.....	27
2. Sampel.....	27
D. Instrument Penelitian.....	28
E. Pengumpulan Data .....	29
1. Etika Penelitian .....	29
2. Data Yang Dikumpulkan .....	30
F. Pengolahan dan Penyajian .....	30
1. Editing (edit data).....	30
2. Coding (kode) .....	31
3. Processing .....	31

4. Cleaning.....	31
G. Analisa Data.....	31
1. Analisa univariat .....	31
2. Analisa Bivariat .....	31
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>32</b>
A. Hasil Penelitian.....	32
1. Pengantar.....	32
2. Gambaran Lokasi Penelitian.....	32
3. Penyajian Karakteristik Data Umum.....	34
4. Penyajian Hasil Yang Diukur.....	36
B. Pembahasan.....	39
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>46</b>
A. Kesimpulan.....	46
B. Saran.....	46

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Defenisi Operasional .....	26
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.....	34
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.....	35
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.....	35
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.....	36
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Mekanisme Koping Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.....	37
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.....	37
Tabel 5.7 Analisis Hubungan Mekanisme Koping dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar .....	39

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model <i>HRQOL</i> .....	<b>8</b>
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	<b>25</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Pernyataan Persetujuan Melakukan Penelitian
- Lampiran 4 : Permohonan Kesiediaan Menjadi Responden
- Lampiran 5 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 6 : Lembar Instrumen Penelitian
- Lampiran 7 : Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian
- Lampiran 8 : Master Tabel
- Lampiran 9 : Tabel *Output SPSS*
- Lampiran 10 : Tabel *Chi Square*

## DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

	: Lebih besar dari
	: Lebih kecil dari
	: Derajat kemaknaan
CVA	: <i>Cerebrovaskular accident</i>
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Dr.	: Dokter
EKG	: Elektrokardiografi
GPDO	: Gangguan Peredaran Darah Otak
Ha	: Hipotesis Alternatif
Ho	: Hipotesis Nol
HRQOL	: <i>Health Related Quality Of Life</i>
p	: Nilai kemungkinan / <i>probability continuity correction</i>
PTM	: Penyakit Tidak Menular
RIND	: <i>Reversible Ischemic Neurologic Deficit</i>
Risikesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RSK	: Rumah Sakit Kusta
STIK	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
SPPS	: <i>Statistical Package For Social Science</i>
TIA	: <i>Transient Ischemic Attack</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WHOQOL	: <i>World Health Organization Quality Of Life</i>
Yastroki	: Yayasan Stroke Indonesia

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Modernisasi biasanya mengubah perilaku dan gaya hidup masyarakat menjadi lebih praktis. Perubahan pola makan dengan mengonsumsi makanan siap saji yang serba cepat, kaya lemak, kurang olahraga, minum minuman mengandung alkohol cenderung dimiliki oleh masyarakat saat ini. Perubahan tersebut tanpa disadari mempunyai dampak yang serius terhadap kesehatan karena memicu penyakit-penyakit non-infeksi seperti diabetes, hipertensi, jantung, stroke, kanker. Proporsi angka kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) terus meningkat dan penyebab kematian tertinggi adalah stroke (Arum, 2015).

Menurut *WHO* (2010) dalam Depkes RI (2013) menunjukkan bahwa 63% penyebab kematian di seluruh dunia disebabkan oleh penyakit tidak menular yaitu stroke atau setara dengan kematian 36 juta jiwa per tahun. Stroke merupakan penyebab kematian ketiga tersering setelah penyakit jantung koroner dan kanker. Stroke juga merupakan penyebab kecacatan nomor satu di dunia (*American Heart Association* 2004, Pinzon, 2009 dikutip dalam Yulinda, 2009).

Angka kejadian stroke terus meningkat dengan tajam, jika tidak ada upaya penanggulangan stroke yang lebih baik maka jumlah penderita stroke pada tahun 2020 diprediksikan akan meningkat 2 kali lipat, bahkan saat ini Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah penderita stroke terbanyak keempat di dunia, setelah India, Cina, dan Amerika (Farizal, 2011 dalam Dewi, 2013). Jumlah penderita stroke dengan rata-rata berusia 60 tahun ke atas berada di urutan kedua terbanyak di Asia, sedangkan usia 15-59 tahun berada di urutan ke lima terbanyak di Asia (Yastroki, 2012). Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan hasil Riskesdas (2013) telah mengalami

peningkatan dari 8,3‰ pada 2007 menjadi 12,1‰ pada tahun 2013, dan Sulawesi Selatan menjadi daerah yang memiliki prevalensi stroke tertinggi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala (17,9 ‰).

Stroke dapat mengakibatkan dampak yang banyak mengubah kehidupan penderita dari kondisi sebelumnya. Data hasil penelitian epidemiologi menurut *WHO* menyebutkan bahwa seperlima sampai dengan setengah dari penderita stroke mengalami kecacatan yang mengakibatkan munculnya keputusasaan, merasa diri tak berguna, tidak ada gairah hidup, makan dan bekerja yang menurun. Namun duapuluh lima persennya (25%) dapat bekerja seperti semula (Hidayati, 2003 dalam Anggarani, 2009).

Terakumulasinya berbagai gejala sisa paska stroke, baik fisik maupun psikis ini akan mengakibatkan problematika yang lebih luas. Problematika ini antara lain ketidakmampuan dalam beraktifitas sehari-hari, ketidakmampuan bersosialisasi, kemunduran fungsi kognitif sampai dengan problematika psikologis. Demikian pula akibat lanjut problematika *post* stroke adalah ketidakmandirian pasien. Ketidakmandirian pasien inilah yang mempengaruhi kualitas hidup pasien paska stroke rendah (Rahayu, 2013 dalam Kuswanto, 2014). Menurut Yang & Kong (2006) dalam Rahmi (2011) menyatakan bahwa penilaian kualitas hidup dalam bidang kesehatan khususnya pada pasien paska stroke bertujuan untuk mengembalikan fungsi fisik dengan pendekatan yang difokuskan kepada kemampuan individu dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Penilaian kualitas hidup pada pasien paska stroke harus multidimensi, yang terdiri dari beberapa domain yaitu kesehatan fisik, kesehatan psikologi, peran, sosial, dan spiritual (Dharma, 2011).

Beberapa dampak yang ditimbulkan oleh penyakit stroke akan mempengaruhi fungsi psikologis yang nantinya akan mengganggu fungsi peran penderita. Namun dampak dari suatu penyakit, akan dipengaruhi oleh persepsi penderita menilai penyakit tersebut,

sehingga penderita dapat mengolah tekanan yang ditimbulkan paska stroke. Bentuk pengolahan yang dilakukan oleh penderita dari perasaan cemas dan tekanan dapat dilakukan dengan cara penyesuaian diri. Oleh karena itu, mekanisme koping akan muncul atau dilakukan ketika ada tuntutan yang dirasa oleh penderita membebani, yang bertujuan untuk menyesuaikan diri terhadap tuntutan atau tekanan baik dari dalam maupun dari luar penderita paska stroke (Lazarus dan Folkman, 1984 dalam Anggarani, 2009).

Mekanisme koping sangat penting digunakan oleh individu sebagai proses yang dinamis dari usaha pemecahan masalah. Perilaku koping sebagai respon yang dimunculkan akan berbeda antara Individu satu dengan individu lain. Menurut Stuart dan Lazarus (2005) dalam Yurike (2013) mekanisme koping dibagi menjadi dua yaitu reaksi yang berorientasi pada tugas dan reaksi yang berorientasi pada ego. Koping yang efektif membantu mengurangi stress, perasaan tidak nyaman, mempertahankan konsep diri yang positif untuk memelihara kualitas hidup yang baik (Ibrahim dan Nilmanat, 2009 dalam Yurike, 2013).

Dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Mardiana (2013) menunjukkan bahwa mekanisme koping memiliki keterkaitan dengan respon individu dalam menghadapi masalah, hasil *study* mengungkapkan bahwa perempuan penderita infertilitas mengalami respon kesedihan, cemas, cemburu/iri, isolasi dan marah. Dalam mengatasi masalah berkaitan dengan infertilitas pasangan menggunakan mekanisme koping dengan cara melakukan pengobatan mencari informasi, pasrah dan berdoa, berusaha sabar, mengambil hikmah dari kondisi dan mencari dukungan keluarga teman, serta menceritakan masalah pada orang lain. Andarika (2004) dalam Anggarani (2009) mengatakan semakin tingginya dukungan sosial yang diperoleh seseorang maka semakin rendah ketegangan psikologis pada orang tersebut, sehingga dapat menciptakan penyesuaian diri yang positif dalam masyarakat. Dukungan dari

lingkungan sosial penderita akan mampu meningkatkan atau membuat cara pandang yang akan mempengaruhi munculnya mekanisme coping yang positif pada penderita stroke.

Berbagai penelitian telah dilakukan mengenai kualitas hidup pasien paska stroke, diantaranya dalam penelitian Exel et al (2004) dalam Rahmi (2011) membuktikan adanya hubungan yang signifikan antara status fungsional dengan kualitas hidup pada fase akut setelah stroke, pasien dengan status fungsional yang jelek cenderung mempunyai kualitas hidup yang kurang baik. Menurut penelitian Almborg et al (2009) dalam Rahmi (2011) mengungkapkan bahwa kualitas hidup penderita stroke sangat bergantung pada kualitas penatalaksanaan asuhan yang dibutuhkan peran serta tenaga kesehatan dalam tim stroke, dalam hal ini tenaga kesehatan juga melibatkan pasien dan keluarga agar memiliki pemahaman tentang proses penyakitnya, mengetahui cara penanganan serta kontinuitas perawatan pada fase rehabilitasi. Penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Forsberg dan Blomstand (2004) dalam Kariasa (2009) yang membuktikan bahwa pasien paska stroke yang diberikan intervensi keperawatan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis, memiliki kualitas hidup yang lebih baik dari pada yang tanpa intervensi. Penelitian lain yang dilakukan oleh Tan, dkk (2011) dalam Rubbyana (2012) menyatakan coping adaptif berarti menangani atau mengatasi masalah secara positif dan berkontribusi dalam penyelesaian masalah sehingga kualitas hidup individu tersebut akan meningkat.

Berdasarkan pengalaman praktik, dengan melakukan wawancara pada salah satu penderita stroke bahwa didapatkan beberapa masalah yang ia hadapi setelah serangan stroke. Masalah tersebut yakni kesulitan menggerakkan tangan dan kakinya sehingga kegiatan sehari seperti makan, berjalan, berpakaian semua dibantu. Kelemahannya tersebut membuat ia merasa bingung dan tidak berdaya karena pekerjaan yang harus ia tinggalkan. Dengan kondisi

seperti ini kadang ia mengeluh namun ia tetap mengikuti pengobatan yang diinstruksikan oleh dokter.

Fenomena diatas tentunya berbeda dengan persepsi yang dirasakan oleh orang lain. Berbagai respon emosi pasien paska serangan stroke bervariasi sehingga mekanisme coping pada pasien paska stroke sangat penting untuk diteliti sehingga dapat menentukan keefektifan program terapi yang akan dijalani dan meningkatkan kualitas hidup pasien paska stroke. Namun pada kenyataannya masih ditemukan penderita paska stroke yang belum dapat menerima dan menyesuaikan diri dengan keadaannya sehingga memberikan efek terhadap kualitas hidup serta mempengaruhi harapan hidup pasien paska stroke.

Atas dasar ini, mendorong peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan mekanisme coping dengan kualitas hidup pasien paska stroke di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu “apakah ada hubungan antara mekanisme coping dengan kualitas hidup pasien paska stroke di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan mekanisme coping dengan kualitas hidup pasien paska stroke di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi mekanisme coping pasien paska stroke.
- b. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien paska stroke.

- c. Menganalisis hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien paska stroke di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Tenaga Kesehatan

Dapat digunakan sebagai bahan informasi untuk menambah literatur dalam ranah keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan memperhatikan kebutuhan bio-psiko-sosio-dan spiritual pada pasien paska stroke.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan dalam proses belajar mengajar terutama mengenai pentingnya pembelajaran tentang mekanisme koping dan kualitas hidup baik secara teoritis dan praktik untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mahasiswa keperawatan dalam menghadapi masalah klien khususnya pada pasien paska stroke sebagai modal untuk menjadi perawat profesional.

3. Bagi Keluarga

Sebagai salah satu acuan pelajaran yang penting bagi keluarga diharapkan dapat membantu menetapkan mekanisme koping yang tepat agar meningkatkan kualitas hidup pasien paska stroke menjadi lebih baik.

4. Bagi Peneliti

Membuka wawasan, menambah pengetahuan dan memberikan pengalaman dalam penelitian di klinik dan di komunitas serta dapat mempraktikkan teori yang telah dipelajari di institusi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

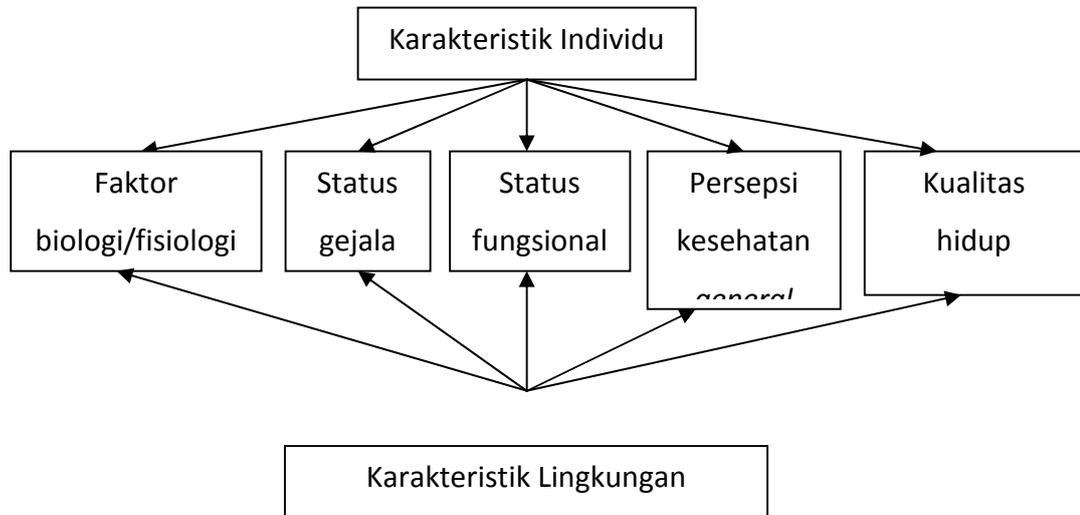
#### **A. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup**

##### **1. Definisi Kualitas Hidup**

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

##### **2. Kualitas Hidup Dalam Dunia Kesehatan**

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



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

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

a. Faktor Biologi/Fisiologi

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

b. Status Gejala

Gejala adalah keluhan subjektif yang dirasakan oleh pasien terkait dengan kondisi kesehatannya. Gejala menyangkut perubahan fisik dan psikologis sehingga individu dikatakan abnormal. Perawat sering melakukan pengkajian untuk mengetahui gejala yang di alami oleh pasien. Gejala terjadi akibat adanya hubungan atau pengaruh dari variabel

biologi/fisiologi, banyak yang tidak diketahui mengenai hubungan antara faktor biologi/fisiologi yang menentukan gejala yang dialami oleh individu. Misalnya, faktor budaya dan demografi akan mempengaruhi bagaimana respon individu terhadap kesehatan.

c. Status Fungsional

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

d. Persepsi Kesehatan *General*

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

e. Kualitas Kehidupan Secara Keseluruhan

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

f. Karakteristik Individu dan Lingkungan

Karakteristik individu dan lingkungan berpengaruh terhadap semua komponen dari model *HRQOL*, tetapi pengaruh paling besar adalah terhadap persepsi kesehatan *general* dan kualitas hidup seluruhnya.

### 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Menurut Nofitri (2009) dalam Fitriani (2014) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup antara lain :

#### a. Jenis Kelamin

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

#### b. Usia

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

#### c. Pendidikan

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

#### d. Pekerjaan

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

#### 4. Pengukuran Kualitas Hidup

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

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

##### a. Dimensi Fisik

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

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

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

b. Dimensi Psikologis

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

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

c. Dimensi Sosial

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

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

d. Dimensi Peran

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

e. Dimensi Spiritual

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

1) Penerimaan diri

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

2) Kualitas ibadah

Pencapaian ibadah yang dilakukan setelah menderita stroke.

## **B. Tinjauan Umum Tentang Mekanisme Koping**

### **1. Definisi Mekanisme Koping**

- a. Koping adalah usaha individu untuk mengatasi stress psikologis (Lazarus, 2007 dalam Potter dan Perry, 2010).
- b. Mekanisme koping adalah tiap upaya yang ditujukan untuk penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan ego yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart, 2007 dalam Mutoharoh, 2009).
- c. Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 1999 dalam Kurnia, 2010). Jika individu berada pada posisi

stress manusia akan menggunakan berbagai cara untuk mengatasinya, individu dapat menggunakan satu atau lebih sumber koping yang tersedia. Oleh karena itu individu memerlukan segala usaha untuk mengatasi stress akibat stress akibat kondisi yang dialami (Nasir dan Munith, 2011).

## 2. Jenis-Jenis Mekanisme Koping

Menurut Stuart dan Sundeen (1991) dalam Rasmun 2004, mekanisme koping dikategorikan menjadi dua yaitu :

### a. Reaksi yang berorientasi pada tugas

Cara ini digunakan untuk menyelesaikan masalah, menyelesaikan konflik, dan memenuhi kebutuhan dasar.

Terdapat 3 macam reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu

#### 1) Perilaku menyerang (*Fight*)

Individu menggunakan energinya untuk melakukan perlawanan dalam rangka mempertahankan integritas pribadinya. Perilaku yang ditampilkan dapat merupakan tindakan konstruktif maupun destruktif. Tindakan destruktif yaitu tindakan agresif terhadap sasaran/objek dapat merupakan benda, barang atau orang bahkan terhadap dirinya sendiri. Sedangkan sikap bermusuhan yang ditampilkan adalah berupa rasa benci, dendam dan marah yang memanjang. Tindakan konstruktif adalah upaya individu dalam menyelesaikan masalah secara asertif dengan mengungkapkan dengan kata-kata terhadap rasa ketidak senangnya (Rasmun, 2004).

#### 2) Perilaku menarik diri (*withdrawl*)

Menarik diri adalah perilaku yang menunjukkan pengasingan diri dari lingkungan dan orang lain, jadi secara fisik dan psikologis individu secara sadar pergi meninggalkan lingkungan yang menjadi sumber stressor

misalnya individu melarikan diri dari sumber stress, menjauhi sumber beracun, polusi dan sumber infeksi. Sedangkan reaksi psikologis individu menampilkan diri seperti apatis, pendiam dan munculnya perasaan tidak berminat yang menetap pada individu. (Rasmun, 2004).

### 3) Kompromi

Kompromi adalah tindakan konstruktif yang dilakukan oleh individu untuk menyelesaikan masalah, lazimnya kompromi dilakukan dengan cara bermusyawarah atau negosiasi untuk menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi, secara umum kompromi dapat mengurangi ketegangan dan masalah dapat diselesaikan (Rasmun, 2004). Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara melakukan, tujuan, atau memuaskan aspek kebutuhan pribadi seseorang (Nasir & Muhith, 2011). Misalnya: seorang penderita kanker mencari bantuan dengan berkonsultasi dengan dengan dokter/perawat untuk mengetahui perkembangan penyakitnya.

#### b. Reaksi yang berorientasi pada ego

Adapun mekanisme koping yang berorientasi pada ego seperti kompensasi, menyangkal, pemindahan.

##### 1) Kompensasi

Proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan cara tegas menonjolkan keistimewaan atau kelebihan yang dimilikinya atau menutupi kelemahannya dengan menonjolkan kemampuannya (Nasir & Muhith, 2011). Menurut Perry dan Potter (2010) kompensasi yaitu menutupi kekurangan pada salah satu aspek gambaran diri dan menekankan pada kelebihan yang ada. Misalnya: seorang mahasiswa yang prestasi belajarnya rendah, tetapi

kemudian memperkuat dibidang lain, misalnya menonjol dibidang olahraga, dan organisasi.

## 2) Penyangkalan

Menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut atau menolak untuk menerima atau menghadapi kenyataan yang tidak enak (Rasmun, 2004). Menurut Potter dan Perry (2005) dalam Yurike (2013) menyangkal merupakan bentuk perilaku menolak realita dan berusaha mengatakan tidak terjadi apa-apa pada dirinya. Misalnya: seseorang yang menolak kanker atau penyakit yang mengancam dirinya dengan mengatakan didalam tubuhku tidak terjadi apa-apa.

## 3) Pemindahan

Pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang atau benda lain yang biasanya netral atau lebih sedikit mengancam dirinya (Rasmun, 2004). Menurut Potter dan Perry (2005) dalam Yurike (2013) pemindahan juga merupakan suatu usaha untuk menghilangkan kesusahan dan kekecewaan dengan jalan memindahkan pada objek lain. Misalnya: seorang pemuda bertengkar dengan pacarnya dan sepulang ke rumah marah-marah pada adik-adiknya.

## 3. Metode Mekanisme Koping

Ada 2 metode koping yang digunakan oleh individu dalam mengatasi masalah psikologis (Kozier 2010), dua metode tersebut antara lain :

### a. Metode koping jangka panjang

Cara ini mencakup perubahan pola gaya hidup, seperti melakukan diet sehat, olahraga teratur, menyeimbangkan

antara waktu senggang dan waktu untuk bekerja, atau menggunakan pemecahan masalah.

b. Metode koping jangka pendek

Cara ini dapat mengurangi stress hingga batas yang dapat ditoleransi dalam sementara waktu, tetapi pada akhirnya merupakan cara yang tidak efektif untuk menghadapi realitas. Strategi tersebut bahkan dapat, berpengaruh destruktif atau merusak pada individu seperti, menggunakan alkohol atau obat-obatan, melamun, banyak tidur, banyak merokok, menangis.

4. Penggolongan Mekanisme Koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi dua (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam Nasir & Muhith, 2011):

- a. Adaptif adalah mekanisme yang mendukung fungsi integrasi pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategori mekanisme koping adaptif yang terlihat pada responden ialah mau menceritakan masalah yang dihadapi pada orang lain, mampu memecahkan masalah secara selektif yaitu dengan mencari tahu informasi dan cara pengobatan sesuai anjuran dokter, mampu mengalihkan masalah dengan menonton televisi atau mendengarkan radio, tetap melakukan aktivitas sehari-hari.
- b. Maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategori yang terlihat pada responden dengan mekanisme koping maladaptif adalah menghabiskan waktu untuk tidur, marah, menarik diri, tidak mau menceritakan masalah pada orang lain dan menyalahkan Tuhan atas penyakit yang dialami.

## C. Tinjauan Umum Tentang Stroke

### 2. Defenisi Stroke

- a. Gangguan peredaran darah otak (GPDO) atau dikenal sebagai CVA (*Cerebro-vascular accident*) 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 yang sesuai dengan daerah yang terganggu (PERDOSSI, 2008).
- b. Stroke adalah suatu gangguan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2008).

### 3. Klasifikasi Stroke

Menurut Kariasa (2009) stroke dapat diklasifikasikan menurut etiologi dan perjalanan penyakitnya, yaitu :

- a. Klasifikasi stroke menurut etiologinya terbagi atas dua, yaitu :

#### 1) Stroke iskemik

Stroke iskemik disebabkan oleh oklusi arteri serebral yang disebabkan oleh thrombus atau embolus. Trombus menyebabkan stroke trombotik oleh karena aterosklerosis yang terjadi sebagai proses yang kompleks termasuk merubah fungsi lapisan dalam pembuluh darah arteri, inflamasi dan peningkatan pertumbuhan sel otot polos pembuluh darah (Ignatavicius & Workman, 2006 dalam Ardi, 2011).

#### 2) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi karena ruptur pembuluh darah yang menyebabkan pendarahan ke dalam jaringan

otak yang disebut stroke intraserebral. Umumnya pendarahan terjadi akibat ruptur aneurisma oleh karena hipertensi berat (Hickey, 2003 dalam Ardi, 2011).

b. Klasifikasi stroke menurut perjalanan penyakitnya terbagi atas empat, yaitu :

1) *Transient Ischemic Attacks (TIA)*

*TIA* merupakan gangguan neurologis fokal yang timbul secara tiba-tiba dan pulih kembali dalam beberapa detik sampai beberapa jam, paling lama 24 jam. Tanda dan gejala dari kelompok ini adalah gangguan neurologis lokal, terjadi selama beberapa detik sampai beberapa jam dan gejala hilang sempurna kurang dari 24 jam.

2) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)*

*RIND* mirip dengan *TIA* tetapi kejadiannya lebih lama dari pada *TIA* dimana gejala hilang lebih dari 24 jam tetapi tidak lebih dari satu minggu.

3) *Stroke in evolution*

*Stroke in evolution* merupakan perkembangan stroke kearah yang lebih berat yang terjadi secara perlahan yang dapat menyebabkan kelainan neurologis menetap dengan karakteristik yang paling menonjol adalah munculnya tanda dan gejala makin lama makin bertambah buruk yang dapat terjadi dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

4) *Stroke complete*

Stroke yang menunjukkan gangguan neurologis yang permanen sejak awal serangan dan sedikit sekali memperlihatkan perbaikan. Karakteristik utama yang menjadi kriteria kelompok ini adalah berawal dari serangan *TIA* yang berulang diikuti oleh *stroke in evolution*. Perbaikan

gangguan neurologis terjadi sedikit dan akan banyak menimbulkan gejala sisa.

### 3. Manifestasi Klinik Stroke

Ada beberapa manifestasi klinis dari penyakit stroke, (Brunner & Suddarth dalam Sihaan, 2011) yaitu:

- a. Kehilangan motorik antara lain hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) dan hemiparesis (kelemahan salah satu sisi tubuh)
- b. Kehilangan komunikasi antara lain disatria (kesulitan bicara), afasia, apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya)
- c. Gangguan persepsi antara lain disfungsi persepsi visual, gangguan hubungan visual-spasial dan kehilangan sensori
- d. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologi
- e. Disfungsi kandung kemih

### 4. Dampak Dari Paska Stroke

Beberapa dampak yang timbul pada pasien paska stroke menurut menurut *Stroke Association* (2014), yakni :

#### a. Masalah kognitif

Terdapat beberapa masalah kognitif terjadi pada penderita paska stroke. Beberapa masalah tersebut adalah :

##### 1) Memori

Setelah stroke masalah yang paling umum muncul adalah masalah mengenai memori jangka pendek. Dimana mengingat informasi baru bisa sangat sulit bagi penderita, dan kecepatan menggunakan memori mereka mungkin tampak lebih lambat dari biasanya.

##### 2) Perhatian

Setelah stroke, akan mengalami kesulitan dalam memilih apa yang membutuhkan perhatian dan apa yang

tidak, dan bisa menjadi mudah terganggu. Pasien paska stroke akan merasa sulit untuk fokus pada pekerjaan yang dilakukan.

### 3) Persepsi

Setelah stroke, masalah bisa muncul pada berbagai tahap persepsi misalnya dari mengambil informasi hingga menafsirkan informasi atau mengakses memori tentang informasi tersebut.

### b. Masalah Komunikasi

Kondisi utama dimana stroke dapat mempengaruhi komunikasi adalah sebagai berikut :

- 1) Afasia dapat mempengaruhi bagaimana berbicara, kemampuan untuk memahami apa yang dikatakan, dan membaca atau menulis.
- 2) Disartria terjadi ketika stroke menyebabkan kelemahan otot-otot yang digunakan untuk berbicara. Jika terjadi disartria, suara akan terdengar berbeda dan akan kesulitan dalam berbicara dengan jelas.

### c. Depresi

Depresi dapat terjadi kapan saja setelah stroke. Gejala yang paling umum dari depresi adalah :

- 1) Perasaan sedih
- 2) Kehilangan minat dalam kegiatan sehari-hari dan tidak bisa menikmati hal-hal yang dilakukan
- 3) Kesulitan untuk berkonsentrasi atau membuat keputusan
- 4) Merasa cemas
- 5) Perubahan pola tidur karena tidak mampu tidur atau tidur terlalu banyak
- 6) Perubahan nafsu makan
- 7) Keinginan bunuh diri
- 8) Merugikan diri sendiri

- 9) Hilangnya dorongan seksual atau kesulitan dalam seksual
- 10) Menghindari orang
- 11) Kehilangan harga diri atau kepercayaan diri

d. Masalah Emosional

Masalah emosional yang dapat terjadi setelah stroke adalah sebagai berikut :

- 1) Kegelisahan
- 2) Emosionalisme
- 3) Kemarahan

e. Masalah Fisik

Masalah fisik yang dapat terjadi setelah stroke adalah sebagai berikut :

- 1) Kelemahan dan kelumpuhan
- 2) Spastisitas
- 3) Masalah dengan berjalan kaki
- 4) Perubahan sensasi

5. Rehabilitasi Paska Stroke

Dalam upaya mengembalikan kemampuan motorik dan meningkatkan kualitas hidup, para penderita stroke dapat menjalani program rehabilitasi neurologis dipandu oleh terapis dan dokter yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup.

Menurut *WHO* dikutip dalam Aurin (2008), tujuan dari rehabilitasi penderita stroke adalah:

- a. Memperbaiki fungsi motorik, wicara, kognitif dan fungsi lain yang terganggu
- b. Readaptasi sosial dan mental untuk memulihkan hubungan interpersonal dan aktivitas sosial.
- c. Dapat melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari.

### **BAB III**

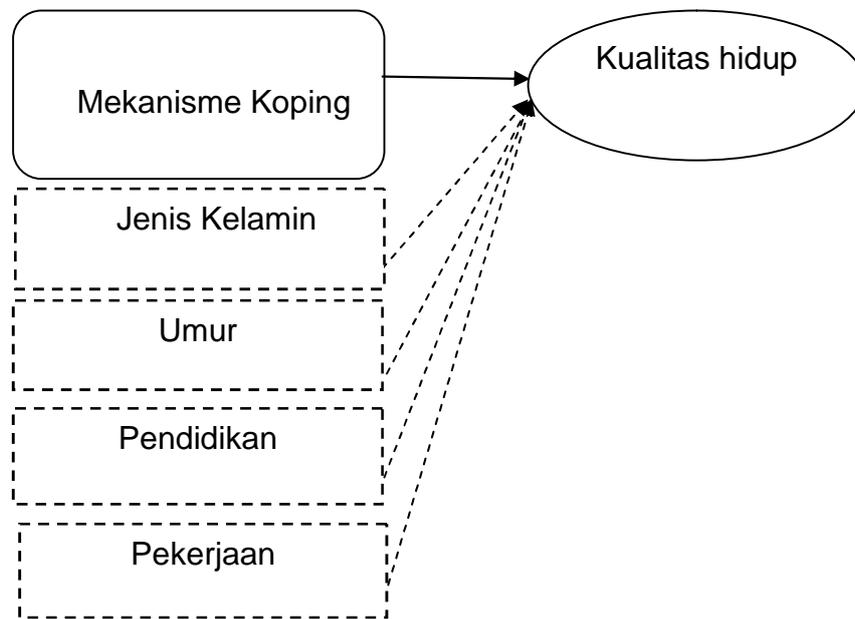
## **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

### **E. Kerangka Konseptual**

Perubahan yang terjadi dalam hidup seseorang sesudah terkena stroke akan mengganggu fungsi peran penderita dan berdampak pada kemampuannya dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari bahkan kebutuhan yang sangat dasar sekalipun seperti makan, berpakaian, berkemih sehingga menghambat kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Ketidakmandirian pasien inilah yang mempengaruhi kualitas hidup pasien paska stroke rendah. Kualitas hidup merupakan penilaian subjektif individu terhadap kondisi kesehatannya sesuai dengan tujuan dan harapan masing-masing individu. Kualitas hidup terdiri dari 5 aspek yang berhubungan secara holistik yaitu aspek fisik, psikologi, sosial, peran, dan spiritual. Kualitas hidup pada pasien paska stroke dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan.

Mekanisme koping merupakan cara yang dilakukan oleh individu untuk mengatasi dan menghilangkan situasi yang menekan dirinya dengan menggunakan satu atau lebih sumber koping yang tersedia baik yang berorientasi pada tugas maupun koping yang berorientasi pada ego. Mekanisme koping pada pasien paska stroke dengan penilaian meliputi adaptif dan maladaptif.

Berdasarkan uraian di atas serta pemikiran penulis maka dikemukakan variabel independen dan variabel dependen melalui kerangka konsep berikut :



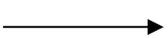
**Gambar 3.1 Kerangka Penelitian**

Keterangan :

 = variabel independen

 = variabel dependen

 = variabel perancu

 = penghubung antara variabel yang diteliti

## F. Hipotesis Penelitian

Ada hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien paska stroke.

## G. Definisi Operasional

Definisi operasional dari variabel yang diteliti dapat dilihat dari tabel berikut ini:

**Tabel 3.1 Definisi Operasional**

### 1. variabel Independen : Mekanisme Koping

Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala ukur	Skor
cara yang dilakukan oleh pasien paska stroke sebagai upaya untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan yang terjadi	a. koping berorientasi pada tugas:	Kuesioner	Ordinal	<b>Koping maladaptif</b> : jika total skor jawaban responden 24 - 60
	b. koping berorientasi pada ego:			<b>Koping adaptif:</b> jika total skor jawaban responden 61 – 96

## 2. Variabel Dependen : Kualitas Hidup

Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala ukur	Skor
Kondisi pasien paska stroke secara holistik tentang dampak dari penyakit yang dialaminya	a Fisik b Psikologi c Sosial d Peran e Spiritual	Kuesioner	Ordinal	<p><b>Kurang:</b> jika total skor jawaban responden 36 - 72</p> <p><b>Cukup:</b> jika total skor jawaban responden 73 - 109</p> <p><b>Baik:</b> jika total skor jawaban responden 110 – 144</p>

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

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

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu pengukuran atau pengamatan variabel independen dan dependen dilakukan secara bersamaan yang bertujuan melihat hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

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

##### 1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Bhayangkara. Alasan pemilihan lokasi ini dengan pertimbangan bahwa populasi pasien paska stroke yang sedang menjalani program rehabilitasi di Unit Fisioterapi RS Bhayangkara mencukupi dalam pengumpulan data, selain itu belum pernah dilakukan penelitian sebelumnya untuk mengetahui hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien paska stroke.

##### 2. Waktu penelitian

Waktu penelitian direncanakan pada bulan Februari-Maret 2016

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

##### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke yang menjalani program rehabilitasi di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar selama 1 bulan terakhir berjumlah 39 orang.

##### 2. Sampel

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling*

yaitu pengambilan sampel dilakukan dengan memilih sampel yang memenuhi kriteria peneliti sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi. Kriteria yang dimaksud adalah pasien yang mengalami penyakit stroke.

Dalam penelitian ini pengambilan sampel menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi:

- 1) Pasien paska stroke dalam keadaan sadar
- 2) Pasien paska stroke yang bisa membaca dan menulis

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien paska stroke yang mengalami afasia wernig

#### D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan untuk mengumpulkan data kepada subjek menggunakan daftar pernyataan untuk mengukur tiap-tiap variabel dalam metode kuesioner yang dibuat dalam bentuk *checklist* terdiri dari 3 bagian yaitu :

1. Bagian A memuat tentang karakteristik demografi responden meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan.
2. Bagian B memuat pernyataan variabel independen yaitu mekanisme koping pasien paska stroke yang terdiri dari 24 pernyataan, 16 pernyataan *favorable* dan 8 pernyataan *unfavorable* dengan menggunakan skala Likert. Untuk pernyataan *favorable* terdapat pada kuesioner nomor (2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 24) dengan alternatif pilihan jawaban selalu diberi nilai 4, sering diberi nilai 3, kadang – kadang diberi nilai 2, dan tidak pernah diberi nilai 1. Sedangkan untuk pernyataan *unfavorable* terdapat pada kuesioner nomor (1,5,6,13,18,20,22,23) dengan alternatif pilihan jawaban selalu diberi nilai 1, sering diberi nilai 2, kadang – kadang diberi nilai 3, dan tidak pernah diberi nilai 4 . Variabel independen dengan kategori koping adaptif, apabila total

jawaban responden 61 - 96 dan Kategori koping maladaptif bila total jawaban responden 24 - 60

3. Bagian C memuat pernyataan tentang kualitas hidup dinilai menggunakan *Instrument Stroke Specific Quality of Life* yang terdiri dari 36 pernyataan, 6 pernyataan *favorable* dan 30 pernyataan *unfavorable* dengan menggunakan skala Likert. Untuk pernyataan *favorable* terdapat pada kuesioner nomor (24, 29, 30, 31, 35, 36) dengan alternatif pilihan jawaban selalu diberi nilai 4, sering diberi nilai 3, kadang – kadang diberi nilai 2, dan tidak pernah diberi nilai 1. Sedangkan untuk pernyataan *unfavorable* terdapat pada kuesioner nomor (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12,13,14,15,16,17,18,19, 20, 21, 22 ,23, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 34) dengan alternatif pilihan jawaban selalu diberi nilai 1, sering diberi nilai 2, kadang – kadang diberi nilai 3, dan tidak pernah diberi nilai 4. Variabel dependen kualitas hidup dengan kategori baik, apabila total jawaban responden 110 - 144. Kategori cukup bila total jawaban responden 73 -109. Kategori kurang bila total jawaban responden 36 - 72

## E. Pengumpulan Data

Sebelum dilakukan pengumpulan data, perlu diketahui tentang pentingnya etika penelitian, mengingat penelitian ini berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan.

### 1. Etika Penelitian

#### a. *Informed Consent*

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

responden tidak bersedia menjadi subjek penelitian, maka peneliti harus menghormati hak dari responden tersebut.

b. *Anomity* (Tanpa Nama)

Untuk menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian, peneliti perlu merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut privasi subjek yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui oleh orang lain, maka peneliti tidak akan mencantumkan nama dan alamat responden, tetapi lembaran tersebut diganti dengan kode tertentu.

c. *Confidentilly*

Kerahasiaan 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.

2. Data-data yang dikumpulkan

a. Data primer

Data primer diperoleh secara langsung dari responden melalui penyebaran kuesioner kepada responden yang menjadi sampel penelitian.

b. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari ruang Fisioterapi di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar dan instansi terkait.

## **F. Pengolahan Dan Penyajian Data**

Menurut Heriana (2015) terdapat 4 tahap kegiatan yang dilakukan oleh seorang peneliti dalam pengolahan data, yaitu :

1. *Editing*

Kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten.

## 2. *Coding*

Kegiatan mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Tujuannya untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry* atau memasukan data.

## 3. *Processing*

Pemrosesan data dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuesioner ke paket program komputer

## 4. *Cleaning*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak.

# G. Analisa Data

## 1. Analisa Univariat

Analisa ini dilakukan pada masing-masing variabel yang diteliti, yaitu variabel independen (mekanisme koping) dan variabel dependen (kualitas hidup) dari hasil penelitian. Analisa ini menghasilkan distribusi dan presentasi dari tiap variabel yang diteliti.

## 2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup. Setelah data terkumpul, maka dilakukan pengolahan data dengan bantuan komputer menggunakan sistem *SPSS (Statistical Package and Social Sciences) For Windows Versi 20* dengan uji statistik *Chi Square* dengan uji alternatif kolmogorov-smirnov dan tingkat pemaknaan 5% ( $\alpha = 0,05$ ) dengan Interpretasi :

- a. Apabila  $p < \alpha$  maka  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak artinya ada hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup.
- b. Apabila  $p \geq \alpha$  maka  $H_a$  ditolak dan  $H_0$  diterima artinya tidak ada hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup

## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar pada tanggal 22 Februari sampai dengan 19 Maret 2016. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* dengan jumlah sampel 31 orang.

Penelitian ini dilakukan dengan cara pengambilan data primer secara langsung melalui pengisian lembaran pertanyaan dari kuisioner yang dibagikan kepada responden yaitu pasien paska stroke di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Sedangkan untuk mengetahui signifikan hubungan antara variabel dilakukan uji statistik *chi-square* dengan menggunakan komputer melalui program SPSS *for Windows* versi 20. Adapun ketentuan terhadap penerimaan dan penolakan apabila  $p < \alpha$  maka  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak, sedangkan  $p \geq \alpha$  maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak. Kemudian selanjutnya data dianalisis dengan menggunakan uji statistik *chi-square* dengan tingkat kemaknaan 5% ( $\alpha = 0,05$ ).

##### 2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Bhayangkara Makassar berdiri pada tanggal 2 Nopember 1965. Rumah sakit ini terletak di Jl. Letjend. A. Mappa Oudang No. 63 Makassar dengan luas tanah 17.642 m<sup>2</sup> serta luas bangunan 5.865 m<sup>2</sup>.

Terbentuknya Rumah Sakit Bhayangkara berawal dari perintah lisan Pangdak XVIII Sulselra Brigjen Imam Supoyo kepada Kapten Polisi dr. Adam Iman Santoso untuk menempati dan memfungsikan bekas Sekolah Polisi Negara Djongaya menjadi

Rumah Sakit Kepolisian Bhayangkara Makassar. Pada tanggal 10 Januari 1970 Rumah Sakit Kepolisian Bayangkara diakui secara resmi oleh Mabes Polri dengan Surat Keputusan Kapolri No. Pol.:B/117/34/SB/1970. Untuk menghilangkan kesan bahwa Rumah Sakit Kepolisian Bhayangkara hanya diperuntukkan bagi anggota Polri maka berdasarkan Surat Keputusan Kapolda Sulsel No. Pol.:SKEP/321/X/2001 tanggal 16 Oktober 2001 diputuskan penggantian nama Rumah Sakit Kepolisian Bhayangkara Makassar menjadi Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Mappa Oudang Makassar yang diresmikan oleh Kapolda Sulsel Irjen Pol. Drs. FIRMAN GANI, sekaligus meminta restu kepada adik kandung. Tanggal 8 Juni 2011 nomenklatur Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Mappa Oudang Makassar berubah nama menjadi Rumah Sakit Bhayangkara Makassar dengan kode Kemenkeu 646307.

Adapun visi dan misi dari Rumah Sakit Bhayangkara adalah sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi Rumah Sakit Bhayangkara terbaik di kawasan Timur Indonesia dan jajaran Polri, dengan Pelayanan Prima dan mengutamakan penyembuhan serta terkendali dalam pembiayaan.

b. Misi

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang prima dengan meningkatkan kualitas disegala bidang pelayanan kesehatan, termasuk kegiatan kedokteran kepolisian (forensik, perawatan tahanan, kesehatan kamtibmas dan DVI) baik kegiatan operasional kepolisian, pembinaan kemitraan maupun pendidikan dan latihan.
- 2) Menyelenggarakan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan anggaran secara transparan dan akuntabel.

- 3) Meningkatkan kualitas SDM yang profesional, bermoral dan memiliki budaya organisasi sebagai pelayan prima.
- 4) Mengelola seluruh sumber daya secara efektif, efisien dan akuntabel guna mendukung pelaksanaan tugas pembinaan maupun operasional Polri.

### 3. Penyajian Karakteristik Data Umum

#### a. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur

Distribusi responden berdasarkan kelompok umur, diperoleh umur responden terbanyak berada pada kelompok umur 61-68 tahun yaitu 8 (25,8%) responden, jumlah umur responden terkecil berada pada kelompok umur 28-36 berjumlah 1 (3,2%) responden dan >77 tahun yaitu 1 (3,2%) responden. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur  
Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit  
Bhayangkara Makassar Bulan  
Februari-Maret 2016

Kelompok Umur (Tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
28-36	1	3,2
37-44	3	9,7
45-52	5	16,1
53-60	7	22,6
61-68	8	25,8
69-76	6	19,4
>77	1	3,2
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2016

b. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin

Data berikut menampilkan hasil distribusi frekuensi yaitu data responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 17 (54,8%) responden dan jumlah responden yang berjenis kelamin laki-laki yaitu berjumlah 14 (45,2%) responden. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi berdasarkan Jenis Kelamin  
Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit  
Bhayangkara Makassar Bulan  
Februari-Maret 2016

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Perempuan	17	54,8
Laki-laki	14	45,2
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2016

c. Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Data berikut menyatakan hasil distribusi frekuensi yaitu data responden dengan tingkat pendidikan terbanyak berada pada tingkat SMA yaitu 14 (45,2%) responden dan pendidikan terendah adalah S2 yaitu 2 (6,5%) responden. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi berdasarkan Pendidikan  
Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit  
Bhayangkara Makassar Bulan  
Februari-Maret 2016

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
SD	3	9,7
SMP	6	19,4
SMA	14	45,2
S1	6	19,4
S2	2	6,5
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2016

d. Berdasarkan Pekerjaan

Didapatkan hasil distribusi frekuensi yaitu data jumlah pekerjaan responden terbanyak adalah pensiunan sebanyak 9 (29,0%) dan jumlah responden terkecil yaitu sopir, pelajar dan dosen yaitu masing-masing 1 (3,2) responden. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi berdasarkan Pekerjaan  
Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit  
Bhayangkara Makassar Bulan  
Februari-Maret 2016

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
IRT	7	22,6
Sopir	1	3,2
Buruh	2	6,5
Pensiunan	9	29,0
Wiraswasta	3	9,7
PNS	5	7,7
Polisi	2	6,5
Dosen	1	3,2
Pelajar	1	3,2
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2016

4. Penyajian Hasil Yang Diukur

a. Analisa Univariat

1) Mekanisme koping

Berdasarkan tabel 5.5 diperoleh gambaran tentang mekanisme koping yang mempunyai mekanisme koping adaptif yaitu 24 (77,4%) responden dan yang mempunyai mekanisme koping maladaptif yaitu 7 (22,6%). Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Mekanisme Koping  
Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit  
Bhayangkara Makassar Bulan  
Februari-Maret 2016

Mekanisme Koping	Frekuensi	Persentase (%)
Maladaptif	7	22,6
Adaptif	24	77,4
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2016

## 2) Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel 5.6 diperoleh gambaran tentang kualitas hidup pasien paska stroke yang memiliki kualitas hidup baik yaitu 18 (58,1%) responden dan kualitas hidup kurang adalah 3 (9,7%) responden. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.6

Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien  
Paska Stroke Di Rumah Sakit  
Bhayangkara Makassar Bulan  
Februari-Maret 2016

Kualitas hidup	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	18	58,1
Cukup	10	32,3
Kurang	3	9,7
Total	31	100

Sumber: Data Primer 2016

### b. Analisa Bivariat

Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien paska stroke di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *Chi Square* dengan tabel 2 x 3 dibaca pada *pearson chi square*. Namun hasil uji statistik tersebut tidak bisa dibaca pada

*pearson chi square* karena nilai *expected count* <5 dan > 20% sel, sehingga langkah selanjutnya dilakukan uji alternatif *Kolmogorov-Smirnov Z* dan diperoleh nilai  $p= 0,005$  dimana nilai  $\alpha=0,05$ . Hal ini menunjukkan bahwa nilai  $p ( 0,005) < (0,05)$ , maka hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima artinya ada hubungan yang bermakna antara mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien paska stroke di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

Berdasarkan hasil penelitian analisis hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien paska stroke yang telah dilakukan di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar dari 31 responden didapatkan data mekanisme koping adaptif dengan kualitas hidup baik 18 (58,1%) responden, mekanisme koping adaptif dengan kualitas hidup cukup 5 (16,1) dan mekanisme koping adaptif yang mempunyai kualitas hidup kurang yaitu 1 (3,2%). Sementara itu data lain menunjukkan mekanisme koping maladaptif dengan kualitas hidup baik yaitu 0 (0,0%) responden, mekanisme koping maladaptif yang mempunyai kualitas hidup dengan kategori cukup 5 (16,1%) responden dan mekanisme koping maladaptif dengan kualitas hidup kurang yaitu 2 (6,5%).



yang menimbulkan respon tubuh nonspesifik yaitu stress telah berhasil dan pasien dapat beradaptasi terhadap beban atau masalah tersebut. Individu menanggulangi stress dan kecemasan dengan menggunakan sumber koping dari lingkungan baik dari sosial, intrapersonal dan interpersonal dimana sumber tersebut adalah kemampuan memecahkan masalah, dukungan sosial, keyakinan budaya. Melalui sumber tersebut individu dapat mengambil strategi koping yang efektif.

Penelitian yang dilakukan (Lazarus, dalam Anggraini, 2009) mengemukakan bahwa perubahan yang terjadi dalam hidup seseorang sesudah terkena stroke membawa dampak secara luas dalam arti fungsi fisik, mental maupun sosial dalam hidup mandiri terganggu sehingga dapat menyebabkan stress. Penyesuaian diri dari seseorang yang mengalami stres berbeda-beda pada setiap orang ada yang positif maupun negatif. Hal tersebut terjadi karena setiap orang mempunyai apresiasi dan tingkatan toleransi terhadap stres yang berbeda. Menurut Brian. J Sharley (2003) dalam Kuswanto (2014) menyatakan bahwa dari sisi psikologi stroke dapat membuat penderitanya merasakan rendah diri dan tidak berguna akibat dari kecacatannya. Perasaan rendah diri tidak berguna dan gangguan psikologis lainnya dapat dihindari jika seseorang mampu menyesuaikan diri dengan keadaan dan realitas yang ada.

Penelitian yang dilakukan oleh Caron dkk (2005) dalam Rubbyana (2012) mengemukakan jika individu berhasil mengubah situasi stres, sehingga mampu menyesuaikan diri maka memiliki kualitas hidup yang lebih baik, dan bahkan dapat memiliki reinforcement positif untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Dengan koping yang efektif maka semakin banyak situasi yang sesuai dengan keinginan seseorang, sehingga kualitas hidup individu tersebut akan meningkat.

Pada penelitian ini berdasarkan hasil penelitian di ruang fisioterapi Rumah Sakit Bhayangkara yang dibuktikan dengan melihat

kuesioner bahwa sebagian besar pasien melakukan mekanisme koping adaptif. Banyaknya pasien yang menggunakan mekanisme koping adaptif pada umumnya pasien sudah beberapa kali menjalani terapi rehabilitasi sehingga pasien telah terbiasa dan beradaptasi dengan proses terapi rehabilitasi dan juga dengan adanya dukungan keluarga dapat meningkatkan motivasi pasien menuju pemulihan dimana keluarga bersedia mengantar saat pasien berobat atau terapi dapat membantu penderita pasien paska stroke untuk memaksimalkan pemulihan dan membangun kualitas hidupnya lebih baik. Hal ini sejalan dengan penelitian Mok dan Tam (2007) dalam Rahmi 2011 yang menyatakan bahwa salah satu penggunaan mekanisme koping tergantung dari pengalaman masa lalu yang pernah dialami pasien. Penelitian lain yang dilakukan oleh Pallesen (2012) dalam Herawati (2014) yang menyatakan optimis pada diri sendiri untuk hidup dapat menyebabkan individu meningkatkan pembelajaran lanjutan tentang kemampuan dan keterbatasan, untuk pengembangan keterampilan baru dan penciptaan dari identitas diri yang baru setelah stroke sehingga kemampuan diri meningkat seiring dengan peningkatan pemulihan. Individu yang optimis memiliki motivasi dan keinginan untuk mengambil bagian dalam proses terapi. Sementara Semiun (2006) dalam Wurara (2013), mengemukakan bahwa dukungan emosional dalam keluarga sangatlah penting. Karena keadaan seseorang yang mengalami tekanan membutuhkan kasih sayang, penopang, serta perlindungan dari orang terdekat, khususnya keluarga dalam hal menumbuhkan kembali kepercayaan diri dan kondisi psikis yang baik. Adanya penerimaan penyakit yang dialami memberikan pandangan yang positif bagi pasien, melakukan pendekatan religius juga sangat berpengaruh, dengan cara beribadah dan berdoa sesuai dengan keyakinan pasien dapat merasakan ketenangan batin sehingga mampu melakukan koping adaptif.

Menurut asumsi peneliti peningkatan aktivitas sosial dan kualitas hidup pasien stroke dimulai dari harapan serta keyakinan pasien untuk sembuh, karena harapan yang optimis terhadap suatu pengobatan akan meningkatkan rasa percaya diri pasien serta dukungan keluarga berperan sangat penting untuk menjaga dan memaksimalkan pemulihan fisik dan kognitif. Selain itu pemulihan fisik juga dapat dilakukan oleh pihak keluarga yang telah belajar dari tenaga kesehatan. Sumber dukungan yang paling sering dan umum adalah diperoleh dari pasangan hidup, anggota keluarga, teman dekat, dan sanak saudara yang akrab dan memiliki hubungan yang harmonis. Jadi dukungan keluarga terhadap pasien stroke baik fase akut maupun paska stroke sangat dibutuhkan untuk mencapai proses penyembuhan atau pemulihan.

Menurut Dijkers dan Falvo, (2005) Kuswanto, (2014) menyatakan bahwa dalam kualitas hidup dalam konteks adaptasi pada penyakit kronis dan kecacatan khususnya pada post stroke diasumsikan dalam dua domain utama yaitu kesuksesan membangun homeostasis psikososial yang sebelumnya terganggu dan pencapaian antara keselarasan adaptasi individu dan lingkungan. Selain itu, kualitas hidup dianggap terkait dengan konsep diri dan citra tubuh yang lebih positif, serta meningkatnya rasa kontrol atas penyakit kronis dan kecacatan, dan kualitas hidup secara negatif berhubungan dengan stres dan perasaan kehilangan dan kesedihan.

Stres dalam kehidupan sehari-hari merupakan prediktor negatif kualitas hidup. Stressor yang terkait penderita paska stroke adalah kelemahan fisik, keterbatasan fungsional, dan gangguan komunikasi. Selanjutnya, penelitian yang dilakukan oleh Sturm, dkk (2004), dalam Hastura (2013) pada 266 pasien 2 tahun paska serangan stroke, melaporkan bahwa kecacatan dan ketidakmampuan fungsional merupakan faktor penyebab munculnya penderitaan psikologis pada pasien yang berdampak pada kualitas hidupnya. Dalam menghadapi

stressor-stresor ini diperlukan strategi koping yang efektif atau strategi koping adaptif. Tan dkk (2011) dalam Rubbyana yang menyatakan koping adaptif berarti menangani atau mengatasi masalah secara efektif atau positif. Dengan koping yang efektif maka semakin banyak situasi yang sesuai dengan keinginan seseorang, sehingga kualitas hidup individu tersebut akan meningkat

Penelitian yang dilakukan oleh Parjoto dalam Widyatama (2008) mengemukakan bahwa proses kesembuhan utama yang harus dijalani penderita stroke adalah melalui penyembuhan dengan obat-obatan di rumah sakit serta melalui rehabilitasi. Dengan program rehabilitasi yang tepat, 80% dari penderita stroke dapat berjalan tanpa bantuan, 70% dapat melakukan aktifitas mengurus diri sendiri, dan 30% lainnya dapat bekerja kembali. Rehabilitasi stroke dapat membantu penderita stroke dalam membangun kekuatan, koordinasi, daya tahan, serta rasa percaya diri. Selain itu selama rehabilitasi pasien stroke kerjasama antar tim kesehatan sangat penting dalam memantau setiap kondisi untuk mempercepat pemulihan pasien. Selain memantau secara fisik, tenaga kesehatan juga harus memantau tingkat emosi pasien, dukungan keluarga dan dukungan spiritual. Pengendalian emosi yang stabil juga berkaitan dengan keberadaan relasi yang mendukung dengan lingkungan yang kondusif diterapkan pada masa rehabilitasi pasien stroke sehingga emosional pasien yang sangat rentan dapat selalu dalam taraf yang terkontrol.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan karakteristik responden berdasarkan usia yang terbanyak yaitu 61-68 tahun dan sebagian besar sudah tidak bekerja. Menurut pendapat Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme koping. Ditinjau dari teori perubahan perilaku bahwa responden yang lebih banyak pengalaman dalam menghadapi masalah fisik maupun

psikis akan lebih mudah untuk menggunakan mekanisme coping adaptif daripada yang jarang terpapar oleh masalah fisik maupun psikis. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Westerhoff dalam Hidayat (2009) masa dewasa pertengahan dan lansia, spiritualitas pada masa ini yaitu semakin kuatnya kepercayaan diri yang dipertahankan walaupun menghadapi perbedaan keyakinan yang lain dan lebih mengerti akan kepercayaan dirinya. Perkembangan spiritualitas pada tahap ini lebih matang sehingga membuat individu mampu untuk mengatasi masalah dan menghadapi kenyataan.

Menurut asumsi peneliti responden dari hasil analisa karakteristik umur responden sebagian besar dalam kategori usia lanjut dimana terjadi perubahan fisik secara alami. Pasien paska stroke yang menjalani rehabilitasi mengatakan lebih banyak meluangkan waktu berserah diri kepada Tuhan dan tidak berputus asa ketika ditimpa musibah. Pasien berharap segala sesuatunya akan lebih baik dan mencoba menemukan hikmah dari keadaan sakit yang diderita sehingga dengan pendekatan-pendekatan spiritual maka dapat menstabilkan emosi seseorang dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Dari hasil penelitian ini juga berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa ada pasien yang mempunyai mekanisme coping maladaptive sebanyak 7 (22,6%) responden, dengan 5 (16,1%) pasien dengan kualitas hidup yang cukup, 2 (6,5%) pasien yang mempunyai kualitas hidup yang baik. Penelitian yang dilakukan oleh Arwani dan Wibowo (2011) dalam Brillianti (2016) menyatakan kualitas hidup pasien stroke pada fase rehabilitasi terlihat bahwa pasien sebagian besar mengalami gangguan pada aspek energy, peran, mobilitas, kepribadian, peran sosial, dan fungsi anggota gerak atas. Beragamnya skor kualitas hidup responden ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu umur, jenis kelamin, jenis stroke, tingkat pendidikan, fungsi ekstremitas atas dan penyakit penyerta. Pada penelitian ini diketahui sebagian besar pasien

paska stroke yang menjalani terapi rehabilitasi berpendidikan SMA. Namun hasil penelitian ini tidak sejalan teori dari Stuart & Laraia (2005) dalam Darussalam (2011) menyatakan tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan terhadap terjadinya perubahan perilaku, dimana seseorang yang berpendidikan tinggi berarti telah mengalami proses belajar yang panjang. Pendidikan dapat melindungi seseorang dari perkembangan buruk dalam menghadapi masalah dan dapat meningkatkan daya penyembuhan kembali dari sakit dan pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif.

Menurut asumsi peneliti pendidikan sangat penting karena dengan memiliki pengetahuan yang baik dan berfikir secara obyektif akan memberikan kemampuan untuk merubah tingkah laku kearah yang lebih baik namun karena perbedaan kualitas kemampuan dan pengetahuan dalam memahami suatu informasi yang dimiliki pasien serta kurang jelasnya informasi yang diterima, atau banyaknya informasi yang diterima dan harus dijalani sehingga interpretasi masing-masing individu tentang kualitas hidup akan berbeda pula.

Berdasarkan penelitian ini, peneliti mengambil kesimpulan bahwa persepsi positif mengenai keterbatasan yang dialami pasien paska stroke serta perhatian dari keluarga dan tenaga kesehatan menyebabkan terbinanya mekanisme coping yang adaptif sehingga hal ini dapat meningkatkan kesehatan fisik, psikologi, sosial dan spiritual.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada 31 responden pada tanggal 22 Februari sampai dengan 19 Maret di Rumah Sakit Bhayangkara makassar dapat disimpulkan bahwa:

1. Mekanisme coping yang banyak diterapkan oleh pasien paska stroke adalah mekanisme coping adaptif
2. Kualitas hidup pada pasien paska stroke sebagian besar mempunyai kualitas hidup yang baik.
3. Ada hubungan mekanisme coping dengan kualitas hidup pasien paska stroke di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

#### **B. Saran**

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

1. Bagi pasien paska stroke

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk pasien paska stroke bahwa perilaku adaptif dan kepatuhan dalam mengikuti proses terapi akan meningkatkan proses pemulihan lebih optimal.

2. Bagi keluarga

Keluarga perlu selalu memberi motivasi kepada anggota keluarga yang menderita stroke untuk membantu keberhasilan terapi yang dilakukan agar pasien dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan yang terjadi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

3. Bagi institusi rumah sakit dan pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan mampu mengevaluasi kembali tingkat kesejahteraan pasien serta dalam memberi pelayanan kesehatan, sebaiknya para petugas kesehatan khususnya perawat lebih meningkatkan rasa kepekaan terhadap pasien dan membserikan intervensi keperawatan yang tepat dalam upaya pemulihan dan peningkatkan kemandirian pasien paska stroke..

4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan kepada peneliti selanjutnya untuk meneliti lebih lanjut tentang faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien paska stroke.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggarani, P. A. (2009). *Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Strategi Koping Pada Penderita Pasca Stroke*. <http://eprints.ums.ac.id>. Diakses pada tanggal 9 November 2015.
- Arum, S.P. (2015) *Stroke : Kenali, Cegah dan Obati*. Yogyakarta: Notebook
- Batticaca, F. B. ( 2008 ). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Bustan, M. N. (2015). *Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Darussalam, M. (2011). *Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Dan Hopelessness Pada Pasien Stroke Di Blitar*. <http://lontar.ui.id>. Diakses pada tanggal 3 April 2016
- Depkes RI (2013). *Situasi Kesehatan Jantung*. <http://www.depkes.go.id>. Diakses pada tanggal 18 nember 2015
- Dewi, T.K.(2013).*Gambaran Pengetahuan Warga tentang Hipertensi di RW 02 Sukarasa Kecamatan Sukasari*. <http://Repository.upi.edu>. Diakses tanggal 28 November 2015.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.
- Hardianti, H. (2013). *Pengaruh Sense Of Humor Terhadap Kualitas Hidup Pada Lansia Pensiunan Di Kota Malang*. <http://psikologi.ub.ac.id>. Diakses pada tanggal 17 November 2015.
- Hasan,N.,Rufaidah, E. R. (2013). *Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Strategi Coping Pada Penderita Stroke RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. <http://download.portalgaruda.org/article>. Diakses tanggal 25 November
- Hastura, D. (2013). *Hubungan Strategi Mekanisme Koping Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Poliklinik Saraf Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh*. <http://www.unsyiah.ac.id>. Diakses pada tanggal 5 Maret 2016
- Herawati, N. (2014). *Study Fenomenologi Pengalaman Perubahan Citra Tubuh Pada Klien Kelemahan Pasca Stroke Di RS Dr M Djamil*

Kota Padang. <http://www.lontar.ui.ac.id>. Diakses pada tanggal 12 November 2015.

Heriana, C. (2015). *Manajemen Pengolahan Data Kesehatan : Bahan Ajar Mata Kuliah Manajemen Data Kesehatan*. Bandung: PT Refika Aditama

Hidayat. (2009). *Perkembangan Spiritualitas Sesuai Tumbuh Kembang*. <http://repository.usu.ac.id>. Diakses pada tanggal 8 Maret 2016

Kariasa, I. M. (2009). *Persepsi Pasien Paska Serangan Stroke Terhadap Kualitas Hidupnya Dalam Perspektif Asuhan Keperawatan*. <http://lib.ui.ac.id>. Diakses pada tanggal 05 November 2015

Kuswanto, H., Florensa., Juliana, D. (2014). *Hubungan Kemampuan Adaptasi Terhadap Kualitas Hidup Pasien Post Stroke di Poli Saraf RSUD Soedarso Pontianak*. [www.stikesyarsi-pontianak.ac.id](http://www.stikesyarsi-pontianak.ac.id). Diakses pada tanggal 14 November 2015

Kozier, E. B. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, & Praktik* (7th Edition ed., Vol. II). Jakarta: EGC.

KEMENKES RI (2013). *Pedoman Pengendalian Stroke*. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan RI. [www.depkes.com](http://www.depkes.com). Diakses pada tanggal 18 November 2015.

Nasir, A. (2011). *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa : Pengantar dan Teori*. Jakarta : Salemba Medika

PERDOSSI. (2008). *Buku Ajar Neurologi Klinis*. (Harsono, Ed.) Yogyakarta: UGM.

Potter, P. A. (2010). *Fundamental of nursing* (7nd Edition ed., Vol. II). Jakarta: Salemba Medika.

Rahmi,U. (2011). *Pengaruh Discharge Planning Terstruktur Terhadap Kualitas Hidup Pasien Stroke Iskemik Di RSUD AL-IHSAN dan RS AL-ISLAM*. Tesis, Universitas Indonesia. <http://lontar.ui.ac.id> Diakses pada tanggal 15 September 2015]

Rasmun. (2004). *Stres, Koping dan Adaptasi : Teori dan Pohon Masalah Keperawatan*. edisi pertama. Jakarta : Sagung Seto

Riskesdas. (2013).<http://www.depkes.go.id> Diakses pada tanggal 11 September 2015

- Rubbyana, U. (2012). *Hubungan Mekanisme Koping dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Skizofrenia Remisi Simtom*. <http://journal.unair.ac.id>. Diakses pada tanggal 15 Maret 2015
- Setyarini, E.A., Linda, S.B., Maria, A. (2013). *Hubungan Gaya Hidup Pada Pasien Hipertensi Dengan Resiko Terjadinya Stroke Di Rumah Sakit Santo Borromeus Bandung*. [http:// e-journal.kopertis4.or.id](http://e-journal.kopertis4.or.id). Diakses pada tanggal 4 November 2015
- Siahaan, D. (2011). *Perawatan Penderita Stroke Di Rumah Oleh Keluarga Suku Batak Toba Di Pematangsiantar*. <http://repository.usu.ac.id>. Diakses pada tanggal 28 November 2015.
- Smeltzer, S. C. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.
- Stroke Association. (2014). *Common Problems After Stroke*. <http://www.stroke.org.uk>. Diakses pada tanggal 28 November 2015.
- Sugiyono. (2013). *Metodologi Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Wurara, Y. G. (2013). *Mekanisme Koping Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Rumah Sakit Prof. Dr.R.D Kandou Manado*. <http://ejournal.unsrat.ac.id>. Diakses pada tanggal 7 April 2016
- Yastroki. (2012). *Stroke Urutan Ketigan Penyakit Mematikan*. <http://www.yastroki.co.id>. Diakses pada tanggal 18 November 2015
- Yulinda, W. (2009). *Pengaruh Empat Minggu Terapi Latihan Pada Kemampuan Motorik Penderita Stroke Iskemia di RSUD H. Adam Malik Medan*. <http://repository.usu.ac.id>. Diakses pada tanggal 18 November 2015
- Yurike. (2013). *Hubungan Mekanisme Koping dengan Kualitas Hidup Pasien Gangrenng*. <http://etd.unsyiah.ac.id>. Diakses pada tanggal 24 November 2015
- Yusra, A. (2011). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta*. <http://lib.ui.ac.id>. Diakses pada tanggal 12 November 2015.

**JADWAL KEGIATAN  
HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN PASKA  
STROKE DI RUMAH SAKIT  
BHAYANGKARA  
MAKASSAR**

No	Uraian Kegiatan	2015												2016															
		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	Pengajuan Judul																												
2	ACC Judul																												
3	Menyusun Proposal																												
4	Ujian Proposal																												
5	Perbaikan Proposal																												
6	Pelaksanaan Penelitian																												
7	Pengelolaan dan analisa data																												
8	Menyusun laporan dan hasil penelitian																												
9	Ujian Hasil																												
10	Perbaikan Skripsi																												

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**STELLA MARIS**  
TERAKREDITASI BAN-PT  
PROGRAM D-III, S-1 KEPERAWATAN DAN NERS  
Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) – 854808 Fax (0411) – 870642 MAKASSAR  
Website : [www.stikstellamaris.ac.id](http://www.stikstellamaris.ac.id) Email : [stiksm\\_mks@yahoo.co.id](mailto:stiksm_mks@yahoo.co.id)

---

Nomor : 079 /STIK-SM/S1. 043 /II/2016  
Tgl : Permohonan Izin Penelitian

ada Yth.  
Ditujukan ke : Direktur RS. Bhayangkara Mappa Oudang

Makassar

Dengan hormat,

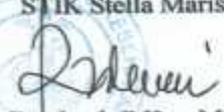
Sehubungan dengan rangka Tugas Akhir Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2015 / 2016, maka dengan ini kami mohon bantuannya kiranya berkenan memberi izin melaksanakan **Penelitian di RS Bhayangkara Mappa Oudang Makassar**

Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

1. Nama : Eriska Juveline  
NIM : C1214201016
2. Nama : Irene Stannes Kaviyose  
NIM : C1214201027

Judul Penelitian : **“Hubungan Mekanisme Koping dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Bhayangkara Mappa Oudang Makassar ”**

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Makassar, 15 Februari, 2016  
Wakil Kepala Bidang Administrasi  
STIK Stella Maris,  
  
Rosdewi, S.Kp., MSN.  
NIDN: 0906097002

DAERAH SULAWESI SELATAN  
KEDOKTERAN DAN KESEHATAN  
SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR



**SURAT - KETERANGAN**

Nomor : S.Ket/ 62 / III/ 2016 / Rumkit

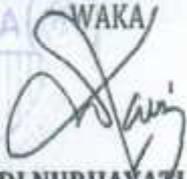
yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **dr.HJ. ANDI NURHAYATI,DFM.M.Kes**  
Pangkat / Nip : **AJUN KOMISARIS BESAR POLISI / 59030832**  
 Jabatan : **WAKA RUMKIT**  
 Kesatuan : **RUMKIT BHAYANGKARA MAKASSAR**

Dengan ini menerangkan bahwa Nama Mahasiswa yang tercantum dalam lampiran surat keterangan ini telah melaksanakan Penelitian / Magang / Pengambilan Data DI Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

Demikian Surat Keterangan ini di buat dengan sebenar - benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Makassar  
Pada tanggal : 21 MARET 2016  
a.n KARUMKIT BHAYANGKARA MAKASSAR

KEPALA WAKA  
  
**dr.HJ. ANDI NURHAYATI,DFM.M.Kes**  
AJUN KOMISARIS BESAR POLISI NRP 59030832

DAERAH SULAWESI SELATAN  
KEDOKTERAN DAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR

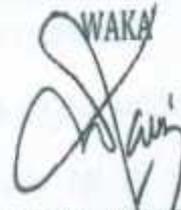
**FORMULIR SURAT KETERANGAN SELESAI MELAKSANAKAN PENELITIAN / MAGANG /  
PENGAMBILAN DATA  
DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR**

NIM	NAMA	JUDUL
201016	ERISKA JUVELINE	"HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASKA STROKE DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR
201027	IRENE STANNES KAVIYOSE	

Dikeluarkan di : Makassar

Pada tanggal : MARET 2016

a.n KARUMKIT BHAYANGKARA MAKASSAR

WAKA  


dr.Hj. ANDI NURHAYATI,DFM.M.Kes  
AJUN KOMISARIS BESAR POLISI NRP 59030832

## LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth  
Bpk./Ibu/Sdra/i Calon Responden  
Di\_  
Tempat.

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Eriska Juveline  
Irene Stannes Kaviyose  
Alamat : Makassar

Adalah mahasiswa program studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Makassar yang akan mengadakan penelitian tentang "Hubungan Mekanisme Koping Dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar".

Kami sangat mengharapkan partisipasi saudara/saudari dalam penelitian ini demi kelancaran pelaksanaan penelitian.

Kami menjamin kerahasiaan dan segala bentuk informasi yang saudara/saudari berikan dan apabila ada hal-hal yang masih ingin ditanyakan, kami memberikan kesempatan yang sebesar-besarnya untuk meminta penjelasan dari peneliti.

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

Peneliti

Eriska Juveline

Irene Stannes Kaviyose

## LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian : “Hubungan Mekanisme Koping Dengan Kualitas Hidup  
Pasian Paska Stroke Di Rumah Sakit Bhayangkara  
Makassar”

Peneliti : Eriska Juveline  
Irene Stannes Kaviyose

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : .....

Umur : .....

Jenis kelamin : .....

Alamat : .....

Bersedia menjadi reponden pada penelitian yang berjudul  
“Hubungan Mekanisme Koping Dengan Kualitas Hidup Pasien Paska  
Stroke Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar” yang dilaksanakan oleh  
Eriska Juveline dan Irene Stannes Kaviyose dengan mengisi lembar  
Kuesioner yang diberikan.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik  
maupun jiwa saya dan jawaban yang saya berikan terjamin  
kerahasiaannya serta berguna untuk pengembangan ilmu keperawatan.  
Tanpa ada paksaan dan tekanan dari pihak manapun.

Makassar... 2016

(.....)

**KUESIONER PENELITIAN**  
**HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN**  
**KUALITAS HIDUP PASIEN PASKA**  
**STROKE DI RUMAH SAKIT**  
**BHAYANGKARA**  
**MAKASSAR**

**A. Identitas Responden**

Nama (initial) :  
Umur : tahun  
Jenis Kelamin :  
Pekerjaan :  
Pendidikan Terakhir :

**Petunjuk Pengisian Kuesioner**

1. Mohon bantuan dan kesediaan saudara/I untuk menjawab seluruh pertanyaan dengan jujur sesuai dengan yang anda rasakan.
2. Berikanlah tanda check list ( ) pada kolom yang telah disediakan.
3. Apabila ada pertanyaan yang kurang jelas, silahkan menanyakan kepada peneliti.

**B. Kuesioner Mekanisme Koping**

No	Pertanyaan	Jawaban			
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1.	Saya mengekspresikan perasaan ketidaksenangan dengan cara marah-marah				
2.	Saya berusaha mengalahakan perasaan kecewa terhadap penyakit ini				
3.	Saya akan melakukan apapun demi kesembuhan penyakit saya				

Lampiran 6

4.	Saya optimis penyakit saya dapat disembuhkan				
5.	Saya tidak peduli tentang penyakit yang saya alami				
6.	Saya jarang keluar rumah semenjak menderita penyakit ini				
7.	Saya mengikuti kegiatan di luar rumah selama menderita penyakit ini				
8.	Saya banyak menghabiskan waktu luang diluar agar pikiran saya tidak berfokus pada penyakit ini				
9.	Saya menceritakan kepada keluarga tentang masalah yang sedang saya alami				
10.	Saya berusaha mencari informasi tentang penyakit saya				
11.	Saya patuh dalam menjalani pengobatan penyakit ini				
12.	Saya berkonsultasi dengan dokter/perawat untuk mengetahui perkembangan penyakit saya				
13.	Saya makan sesuka hati daripada berpikir tentang penyakit saya				
14.	Selama sakit, saya semakin mendekatkan diri pada Tuhan				
15.	Saya semakin mengerti arti hidup selama menderita penyakit ini				
16.	Saya berusaha menerima penyakit ini				
17.	Jika bertemu teman dan bertanya kabar, saya akan berkata baik-baik saja walaupun saya sakit				
18.	Saya merasa sakit ini merupakan hukuman dari Tuhan				
19.	Saya berusaha menenangkan pikiran saya walaupun penyakit ini membutuhkan penyembuhan yang lama				
20.	Saya tidak percaya penyakit saya dapat disembuhkan				
21.	Saya berusaha menenangkan pikiran saya dengan berkunjung ke				

Lampiran 6

	rumah tetangga				
22.	Saya marah tanpa sebab				
23.	Saya akan menangis ketika memikirkan penyakit saya				
24.	Saya banyak melakukan kegiatan lain untuk mengalihkan pikiran saya				

**C. Kuesioner Kualitas Hidup**

No	Pertanyaan	Jawaban			
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1.	Saya merasakan masalah ketika berjalan				
2.	Saya kehilangan keseimbangan saat membungkukkan badan untuk menggapai sesuatu				
3.	Saya mengalami kesulitan saat menaiki tangga				
4.	Saya mengalami masalah ketika berdiri				
5.	Saya merasa mudah lelah ketika beraktivitas				
6.	Saya terlalu lelah untuk melakukan aktifitas yang saya inginkan				
7.	Saya mengalami masalah saat menonton televisi karena gangguan penglihatan				
8.	Saya memiliki masalah melihat benda dengan mata ditutup satu				
9.	Saya merasakan adanya masalah orang lain seperti terbata-bata atau b				
10.	Saya sulit untuk menemukan kata-kata yang ingin saya sampaikan				
11.	Saya memerlukan bantuan dalam menyiapkan makanan saya				
12.	Saya memerlukan bantuan untuk ber				
13.	Saya memerlukan bantuan untuk mandi				

Lampiran 6

14.	Saya memerlukan bantuan untuk ke toilet (buang air besar dan buang air kecil)				
15.	Saya merasakan masalah ketika menulis atau mengetik				
16.	Saya memiliki masalah dalam mengancing baju				
17.	Saya memiliki masalah dalam menarik ret sleting				
18.	Saya memiliki masalah dalam melakukan kegiatan sehari-hari di rumah				
19.	Saya mengalami kesulitan dalam menyelesaikan pekerjaan yang saya lakukan				
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 sabar terhadap perilaku orang lain yang menjengkelkan				
25.	Saya mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi ketika sedang berpikir atau melakukan pekerjaan				
26.	Saya mengalami masalah dalam mengingat sesuatu				
27.	Saya merasakan adanya masalah saat mencoba berhubungan dengan teman dan kerabat				
28.	Saya merasakan kondisi fisik mengganggu kehidupan sosial saya				
29.	Saya mengikuti kegiatan di masyarakat setelah menderita stroke				
30.	Saya masih melakukan hobi saya seperti biasanya				
31.	Saya pergi berekreasi bersama keluarga				

Lampiran 6

32.	Saya memiliki masalah dengan pola hubungan seks bersama pasangan saya				
33.	Saya tidak dapat menjalankan peran saya di keluarga (seperti pencari nafkah, ibu rumah tangga ) seperti dulu				
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				

**Master Tabel**  
**Hubungan mekanisme koping dengan**  
**kualitas hidup pasien paska stroke**  
**di Rumah Sakit Bhayangkara**  
**Makassar**

NO	IN	UMUR	KODE	JK	KODE	PEKERJAAN	KODE	PENDIDIKAN	KODE
1	Y	52 Tahun	3	Laki - laki	1	PNS	6	SMA	3
2	L	68 Tahun	5	Laki - laki	1	Sopir	2	SMP	2
3	A	28 Tahun	1	Laki - laki	1	mahasiswa	9	S2	5
4	A	78 Tahun	7	Perempuan	2	pensiunan	4	SMA	3
5	B	38 Tahun	2	Laki - laki	1	Polisi	7	SMA	3
6	R	55 Tahun	4	Perempuan	2	IRT	1	SD	1
7	R	70 Tahun	6	Perempuan	2	IRT	1	SMP	2
8	I	48 Tahun	3	Perempuan	2	Wiraswasta	5	S1	4
9	D	45 Tahun	3	Perempuan	2	IRT	1	SMA	3
10	H	67 Tahun	5	Laki - laki	1	pensiunan	4	SMA	3
11	A	58 Tahun	4	Laki - laki	1	Dosen	8	S2	5
12	M	60 Tahun	4	Perempuan	2	Pensiunan	4	SMA	3
13	M	65 Tahun	5	Laki - laki	1	Wirastasta	5	SMA	3
14	S	66 Tahun	5	Perempuan	2	Pensiunan	4	S1	4
15	B	52 Tahun	3	Perempuan	2	Pensiunan	4	SMP	2
16	S	58 Tahun	4	Perempuan	2	IRT	1	SD	1
17	D	40 Tahun	2	Perempuan	2	IRT	1	SMA	3
18	M	58 Tahun	4	Laki - laki	1	Pensiunan	4	SMA	3
19	A	57 Tahun	4	laki-laki	1	buruh	3	SD	1
20	I	72 Tahun	6	Perempuan	2	IRT	1	SMP	2
21	R	70 Tahun	6	Perempuan	2	PNS	6	SMA	3
22	N	68 Tahun	5	Perempuan	2	PNS	6	SMA	3
23	I	69 Tahun	6	Perempuan	2	Wirastasta	5	S1	4
24	M	74 Tahun	6	Perempuan	2	Pensiunan	4	SMA	3
25	P	71 Tahun	6	Laki - laki	1	Pensiunan	4	SMA	3
26	T	68 Tahun	5	laki-laki	1	PNS	6	S1	4
27	K	57 Tahun	4	laki-laki	1	Polisi	7	SMA	3
28	B	60 Tahun	4	Perempuan	2	PNS	6	S1	4
28	P	66 Tahun	5	laki-laki	1	buruh	3	SMP	2
30	R	67 Tahun	5	laki-laki	1	Pensiunan	4	S1	4
31	D	51 Tahun	3	Perempuan	2	IRT	1	SMP	2

Lampiran 7

MEKANISME KOPING																								TOTAL	SKOR	KODE
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
2	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	1	2	3	3	3	4	2	4	1	4	3	2	55	Maladaptif	1
3	3	3	2	4	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	3	2	4	2	3	2	4	2	1	54	Maladaptif	1
3	2	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	3	2	3	2	4	4	2	2	3	1	2	53	Maladaptif	1
3	3	4	4	4	3	2	2	4	3	3	3	2	4	3	3	3	4	3	4	2	4	3	2	75	Adaptif	2
1	2	3	2	4	2	1	1	2	2	3	2	1	4	2	2	2	4	2	2	1	3	3	2	53	Maladaptif	1
2	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	83	Adaptif	2
4	3	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	4	4	4	4	2	4	4	3	77	Adaptif	2
4	3	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	82	Adaptif	2
3	4	4	4	4	2	1	2	4	4	4	4	1	4	4	4	2	4	4	4	3	3	4	2	79	Adaptif	2
4	4	3	4	4	4	1	2	3	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	83	Adaptif	2
4	4	4	4	4	3	3	3	2	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	86	Adaptif	2
4	4	4	4	4	3	2	2	3	4	4	4	3	4	4	4	2	4	3	4	3	4	4	2	83	Adaptif	2
3	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	1	4	4	4	3	4	3	4	2	2	3	2	78	Adaptif	2
2	4	4	4	3	1	3	2	3	3	4	3	2	4	4	4	3	4	4	4	3	4	2	1	75	Adaptif	2
4	4	4	4	4	3	1	1	3	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	83	Adaptif	2
2	2	3	2	3	2	1	2	2	2	3	3	3	2	3	2	4	4	3	3	3	3	2	4	63	Adaptif	2
2	3	4	3	4	3	1	2	3	4	4	4	3	4	4	2	2	4	4	2	2	4	2	4	74	Adaptif	2
3	3	3	3	4	3	1	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	4	3	2	2	2	4	3	62	Adaptif	2
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	1	4	4	4	2	4	3	4	3	4	4	2	79	Adaptif	2
2	4	3	3	3	2	3	1	3	2	2	2	2	4	3	2	2	4	2	4	1	4	2	3	63	Adaptif	2
4	4	4	4	4	1	1	2	3	4	4	4	2	4	4	4	3	4	4	4	2	4	4	2	80	Adaptif	2
4	2	4	4	3	1	1	1	1	2	3	2	1	3	3	2	2	4	2	2	1	4	2	1	55	Maladaptif	1
2	3	4	3	4	3	1	2	3	4	4	4	3	4	4	2	2	4	4	2	2	4	2	4	74	Adaptif	2
2	2	3	3	4	2	1	2	2	1	4	2	2	3	3	4	2	4	3	2	3	2	4	3	63	Adaptif	2
2	4	4	4	3	4	1	1	2	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2	76	Adaptif	2
3	1	4	4	3	2	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	4	2	4	1	3	2	1	54	Maladaptif	1
4	2	2	4	3	2	2	2	3	3	2	2	3	4	2	4	2	4	3	2	1	2	2	1	61	Adaptif	2
3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	1	4	4	4	2	4	3	4	3	4	4	2	78	Adaptif	2
4	3	3	4	3	3	1	3	3	3	4	3	2	4	3	4	3	4	3	4	2	4	4	1	75	Adaptif	2
3	1	4	4	4	4	3	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	84	Adaptif	2
3	4	4	4	4	2	1	2	4	4	4	4	1	4	4	4	2	4	4	4	3	3	3	3	79	Adaptif	2

Lampiran 7

KUALITAS HIDUP																																				TOTAL	SKOR	KODE		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36					
2	1	1	2	1	3	3	3	2	3	2	2	2	3	1	2	3	2	2	4	2	2	4	3	2	3	2	3	4	2	1	1	3	2	3	3	4	4	87	Cukup	2
2	2	3	3	3	3	4	3	2	2	2	4	4	4	2	4	3	2	2	4	3	3	4	4	3	4	4	3	1	2	1	3	2	4	4	3	106	Cukup	2		
3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	4	3	4	4	3	2	2	3	2	4	2	2	2	2	4	4	4	95	Cukup	2		
3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	3	2	4	3	4	3	4	124	Baik	3	
3	1	2	2	2	2	3	2	2	2	4	3	2	2	4	2	3	1	3	1	4	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	3	1	2	2	73	Kurang	1			
3	4	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	1	3	1	3	4	4	4	4	122	Baik	3		
1	2	1	2	3	3	3	3	4	4	2	4	4	4	2	4	4	2	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	1	2	1	3	3	4	3	3	109	Baik	3	
3	3	3	2	3	3	2	2	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	3	4	3	4	4	4	119	baik	3	
1	2	2	1	2	2	3	3	4	4	1	2	1	1	2	2	3	1	2	4	3	3	3	4	2	3	4	2	1	1	1	2	2	4	4	3	85	cukup	2		
3	3	3	4	2	3	4	4	4	4	3	4	4	4	2	4	4	3	3	4	3	4	4	2	3	4	4	4	1	2	1	3	3	1	4	4	116	Baik	3		
3	3	4	3	3	3	4	4	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	4	3	3	4	3	4	4	4	3	2	1	1	3	2	4	4	4	104	Cukup	2		
2	4	4	4	2	2	4	4	3	4	2	3	4	4	3	4	3	4	3	4	1	3	3	2	4	4	4	3	2	1	1	3	3	4	4	4	113	Baik	3		
2	2	1	2	3	2	3	3	4	4	2	2	2	2	2	3	3	2	3	4	3	2	4	2	3	3	4	3	1	1	1	4	2	3	3	3	93	cukup	2		
2	2	2	3	2	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	2	4	2	4	2	2	1	1	4	3	4	4	2	2	2	2	4	4	108	cukup	2		
2	4	3	2	2	1	3	3	4	4	3	2	3	3	2	2	3	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	1	1	4	3	4	4	4	106	cukup	2		
4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	4	4	3	3	4	2	4	4	4	3	3	4	4	1	1	1	3	3	4	4	4	119	baik	3		
3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4	1	4	4	4	3	1	3	3	3	2	3	4	4	119	baik	3	
3	2	3	4	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	2	4	2	3	4	4	2	2	1	1	4	3	4	4	4	115	baik	3		
2	1	1	2	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	2	4	4	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	1	3	3	3	3	3	4	116	Baik	3		
2	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	2	2	3	3	3	4	4	123	Baik	3		
3	3	4	4	2	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	2	4	4	3	4	2	3	3	4	4	4	3	4	4	2	2	4	4	124	Baik	3		
3	3	3	3	2	2	4	4	4	4	3	4	4	4	2	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	124	Baik	3		
2	1	1	2	2	1	2	3	2	2	1	2	1	1	2	2	3	1	1	4	1	2	2	4	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	3	3	65	Kurang	1		
2	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	2	1	3	2	4	4	4	3	2	2	3	3	4	4	1	3	3	3	3	4	4	4	110	Baik	3		
3	4	3	3	1	2	4	4	2	3	2	4	4	4	3	4	4	2	2	4	3	3	4	3	3	3	4	3	2	3	4	3	2	3	4	3	112	Baik	3		
3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	2	2	4	2	3	1	3	1	3	2	1	2	1	3	2	1	1	1	1	3	1	2	2	73	Cukup	2		
3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	4	1	4	4	4	3	1	3	3	3	2	3	4	4	119	Baik	3		
2	4	3	2	2	1	3	3	4	4	3	4	3	3	2	2	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	1	3	4	3	4	4	111	Baik	3		
3	3	4	4	2	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	2	4	4	3	4	2	3	3	4	4	4	3	4	4	2	2	4	4	124	Baik	3		
2	1	1	2	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	2	4	4	3	3	4	3	3	4	2	3	4	4	4	2	2	1	1	4	3	4	4	112	Baik	3		
2	3	1	2	2	1	3	3	3	4	1	2	3	3	1	1	1	2	1	4	3	2	4	2	3	4	4	2	2	1	1	4	3	3	3	3	87	Cukup	2		

**Hasil SPSS Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Mekanisme  
Koping dan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke**

**Statistics**

		Umur	Jenis kelamin	Pendidikan	Pekerjaan
N	Valid	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0
	Mean	4.29	1.55	2.94	4.10
	Std. Error of Mean	.263	.091	.185	.403
	Median	4.00	2.00	3.00	4.00
	Mode	5	2	3	4
	Std. Deviation	1.465	.506	1.031	2.241
	Variance	2.146	.256	1.062	5.024
	Range	6	1	4	8
	Minimum	1	1	1	1
	Maximum	7	2	5	9
	Sum	133	48	91	127

**Umur**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
28-36	1	3.2	3.2	3.2
37-44	3	9.7	9.7	12.9
45-52	5	16.1	16.1	29.0
53-60	7	22.6	22.6	51.6
61-68	8	25.8	25.8	77.4
69-76	6	19.4	19.4	96.8
>77	1	3.2	3.2	100.0
Total	31	100.0	100.0	

### Jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
lak-laki	14	45.2	45.2	45.2
perempuan	17	54.8	54.8	100.0
Total	31	100.0	100.0	

### Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SD	3	9.7	9.7	9.7
SMP	6	19.4	19.4	29.0
SMA	14	45.2	45.2	74.2
S1	6	19.4	19.4	93.5
S2	2	6.5	6.5	100.0
Total	31	100.0	100.0	

### Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
IRT	7	22.6	22.6	22.6
SOPIR	1	3.2	3.2	25.8
BURUH	2	6.5	6.5	32.3
PENSIUNAN	9	29.0	29.0	61.3
WIRASWASTA	3	9.7	9.7	71.0
PNS	5	16.1	16.1	87.1
POLISI	2	6.5	6.5	93.5
DOSEN	1	3.2	3.2	96.8
MAHASISWA	1	3.2	3.2	100.0
Total	31	100.0	100.0	

## Frequency Table

### Mekanisme koping

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
maladaptif	7	22.6	22.6	22.6
adaptif	24	77.4	77.4	100.0
Total	31	100.0	100.0	

### Kualitas hidup

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
kurang	3	9.7	9.7	9.7
cukup	10	32.3	32.3	41.9
baik	18	58.1	58.1	100.0
Total	31	100.0	100.0	

## Hasil SPSS Hubungan Mekanisme Koping Dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke

### mekanisme koping paska stroke \* kualitas hidup paska stroke Crosstabulation

		kualitas hidup paska stroke			Total	
		kurang	cukup	baik		
mekanisme koping paska stroke	maladaptif	Count	2	5	0	7
		Expected Count	.7	2.3	4.1	7.0
		% within mekanisme koping paska stroke	28.6%	71.4%	0.0%	100.0%
		% within kualitas hidup paska stroke	66.7%	50.0%	0.0%	22.6%
		% of Total	6.5%	16.1%	0.0%	22.6%
	adaptif	Count	1	5	18	24
		Expected Count	2.3	7.7	13.9	24.0
		% within mekanisme koping paska stroke	4.2%	20.8%	75.0%	100.0%
		% within kualitas hidup paska stroke	33.3%	50.0%	100.0%	77.4%
		% of Total	3.2%	16.1%	58.1%	77.4%
Total		Count	3	10	18	31
		Expected Count	3.0	10.0	18.0	31.0
		% within mekanisme koping paska stroke	9.7%	32.3%	58.1%	100.0%

	% within kualitas hidup paska stroke	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	9.7%	32.3%	58.1%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.886 <sup>a</sup>	2	.002
Likelihood Ratio	15.436	2	.000
Linear-by-Linear Association	11.691	1	.001
N of Valid Cases	31		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .68.

### Kolmogorov Smirnov

#### Frequencies

	mekanisme koping pasien paska stroke	N
kualitas hidup pasien paska stroke	maladaptif	7
	adaptif	24
	Total	31

### Test Statistics<sup>a</sup>

	kualitas hidup pasien paska stroke
Absolute	.750
PMost Extreme Differences	Positive .000
	Negative -.750
Kolmogorov-Smirnov Z	1.746
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005

a. Grouping Variable: mekanisme koping pasien paska stroke

