



SKRIPSI

HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING (ADL)* DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN *PASCA STROKE* DI UNIT FISIOTERAPI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

PENELITIAN NON-EXPERIMENTAL

**OLEH
SRI WAHYUNI SLAMET
NIM: CX1414201151**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2016**



SKRIPSI

HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING (ADL)* DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN *PASCA STROKE* DI UNIT FISIOTERAPI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

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

**OLEH
SRI WAHYUNI SLAMET
NIM: CX1414201151**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2016**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Wahyuni Slamet

Nim : CX1414201151

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2016

Yang menyatakan,

(Sri Wahyuni Slamet)
CX1414201151

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING (ADL)* DENGAN
KUALITAS HIDUP PADA PASIEN *PASCA STROKE*
DI UNIT FISIOTERAPI RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

Diajukan Oleh:

SRI WAHYUNI SLAMET (CX1414201151)

Disetujui Oleh:

Pembimbing

**Bagian Akademik
Dan Kemahasiswaan**

**(Rosdewi, S. Kp., MSN)
NIDN : 0906097002**

**(Sr. Anita Sampe, JMJ., S.Kep., Ns., MAN.)
NIDN: 091707402**

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING (ADL)* DENGAN
KUALITAS HIDUP PADA PASIEN *PASCA STROKE*
DI UNIT FISIOTERAPI RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Sri Wahyuni Slamet
Cx1414201151

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

(Rosdewi, S. Kp., MSN)
NIDN : 0906097002

Telah Diuji dan Dipertahankan
Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 27 April 2016
Susunan Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

(Asrijal Bakri, S.Kep.,Ns.,M.Kes)
NIDN. 0918087701

(Fransiska.A, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB)
NIDN. 0913098201

Penguji III

(Rosdewi, S. Kp., MSN)
NIDN. 0906097002

Makassar, 27 April 2016
Program Sarjana Keperawatan Dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sri Wahyuni Slamet

Nim : CX1414201151

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, April 2016

Yang menyatakan,

(Sri Wahyuni Slamet)
CX1414201151

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar”**

Penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini karena keterbatasan pengetahuan dan ilmu pengetahuan yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Selama penulisan skripsi ini, penulis mendapat banyak bantuan dari berbagai pihak secara moral maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Henny Pongantung S.Kep.,Ns.,MSN selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Sr. Anita Sampe, JMJ,S.Kep.,Ns.,MAN Selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik dan Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
3. Fransiska Anita E.R.S, S.Kep,Ns,M.Kep,Sp.K.M.B selaku pembimbing akademik S1-B yang telah memberikan kesempatan dan bimbingan selama penulis mengikuti pembelajaran.
4. Rosdewi S,Kp,MSN selaku wakil ketua 2 bagian administrasi dan keuangan STIK Stella Maris Makassar yang juga sebagai pembimbing penulis dalam pembuatan skripsi ini dan telah banyak memberikan saran maupun masukan kepada penulis demi mencapai kesempurnaan skripsi ini.
5. Dr. Thomas Soharto, M.Kes selaku Direktur Rumah Stella Maris Makassar dan Staf Direksi yang telah memberikan izin kepada penulis

dalam melanjutkan pendidikan dan juga memberikan izin dalam melakukan penelitian.

6. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Teristimewa buat orang tua yang telah memberikan bantuan moril dan materi serta mendoakan penulis.
8. Teman-teman seangkatan 2011 dan para senior-senior maupun teman-teman S1 jalur B STIK Stella Maris Makassar yang tidak sempat disebutkan namanya satu persatu yang telah memberikan masukan melalui diskusi bersama.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Baik melimpahkan rahmat dan berkah-Nya atas segala bantuan yang telah diberikan kepada penulis.

Akhir kata semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua dan berguna untuk pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, April 2016

Penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN *PASCA STROKE* DI UNIT FISIOTERAPI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR (Dibimbing oleh Rosdewi)

SRI WAHYUNI SLAMET
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN & NERS STIK STELLA MARIS
(XVI+ 60 Halaman + 37 Daftar pustaka + 14 Tabel + 9 lampiran)

Pasien pasca stroke pada umumnya akan mengalami kecacatan. Kecacatan akan menghambat pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Dampak lanjut adalah pasien dapat mengalami perubahan kepribadian, emosi, depresi dan bahkan ketergantungan yang berkepanjangan sehingga pada akhirnya dapat mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pada pasien *pasca stroke*. Metode Penelitian kuantitatif, menggunakan desain *Cross-sectional study* pada 31 pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris. Pengambilan sampel secara *nonprobability sampling* dengan teknik *consecutive sampling*. Pengumpulan data menggunakan instrumen observasi indeks bhartel untuk mengukur *activity daily living* (ADL) dan kuesioner kualitas hidup menggunakan kuesioner SF-36 untuk pasien pasca stroke. Analisis data menggunakan uji chi square dan dilanjutkan dengan menggunakan uji alternatif *kolmogorov-smirnov* menunjukkan hasil *p value* < nilai α ($0,047 < 0,05$) yang berarti terdapat hubungan bermakna antara *activity daily living* (ADL) pasien pasca stroke dengan kualitas hidup yang dimilikinya. Semakin tidak mandiri pasien pasca stroke dalam melakukan *activity daily living* (ADL) maka akan semakin kurang kualitas hidupnya.

Kata Kunci : Stroke, *Activity Daily Living*, Kualitas Hidup
Kepustakaan: 37 Referensi (1992-2015)

ABSTRACT

CORRELATION BETWEEN ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) AND THE QUALITY OF LIFE POST- STROKE PATIENTS AT PHYSIOTHERAPY UNIT IN STELLA MARIS HOSPITAL MAKASSAR (Adviser: Rosdewi)

**SRI WAHYUNI SLAMET
S1 STUDY PROGRAM NURSING & Nurses STIK STELLA MARIS
(XVI + 60 Page+ 37 Bibliography + 14 Table + 9 annexes)**

Post-stroke patients experienced a disability generally. Disability obstructs the patient in performing activities everyday. The impact continued to patients may experienced change in personality, emotion, depression and even prolonged dependence, eventually can affect the quality of life. This study aimed to determine the relationship between activity daily living (ADL) and quality of life in post-stroke patients. This study was a quantitative Research Methods and Cross-sectional study design to 31 post-stroke patients at Stella Maris Hospital. This study used a nonprobability sampling with consecutive sampling technique. Collecting data used an observation instrument of bhartel index to measure the activity daily living (ADL) and quality of life's questionnaire SF-36 questionnaires of post-stroke patients. Data analysis using chi square test and continued using alternative Kolmogorov-Smirnov test showed results p value $<$ value α ($0.047 < 0.05$), which means there is a significant relationship between activity daily living (ADL) post-stroke patients and quality of life that patients have. The more self-unsufficient in post-stroke patients did activity daily living (ADL) it reduced a quality of life.

**Keywords: Stroke, Activity Daily Living, Quality of Life
Literature: 37 Referensi (1992-2015)**

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMBUNG DEPAN	i
HALAMAN SAMBUNG DALAM.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR ARTI, LAMBANG DAN SINGKATAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian	6
1. Bagi Ilmu Pengetahuan	6
2. Bagi Unit Fisioterapi.....	6
3. Bagi Pasien.....	6
4. Bagi Peneliti dan Penelitian Selanjutnya	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Tinjauan Umum Tentang Stroke	8
1. Definisi Stroke	8
2. Epidemiologi Stroke	9
3. Klasifikasi Stroke	9
4. Etiologi Stroke	11
5. Patofisiologi Stroke	11
6. Tanda dan Gejala Stroke	12
7. Dampak dari Pasca Stroke	13

B. Tinjauan Umum Tentang <i>Activity Daily Living</i>	17
1. Definisi	17
2. Macam-Macam <i>Activity Daily Living</i>	17
3. Cara Pengukuran <i>Activity Daily Living</i>	18
4. Indeks Bhartel	19
5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi ADL	24
C. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup	25
1. Definisi Kualitas Hidup	25
2. Dimensi-Dimensi Kualitas Hidup	27
3. Pengukuran Kualitas Hidup	31
4. Kuesioner SF-36	32
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	36
A. Kerangka Konsep Penelitian	36
B. Hipotesis Penelitian	37
C. Definisi Operasional	38
BAB IV METODE PENELITIAN	40
A. Jenis Penelitian	40
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	40
C. Populasi Dan Sampel	40
D. Instrument Penelitian	41
E. Pengumpulan Data	42
F. Pengolahan Dan Penyajian Data	43
G. Analisa Data	44
1. Analisa Univariat	44
2. Analisa Bivariat	44
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	46
A. Hasil Penelitian	46
B. Pembahasan	55
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	60
A. Kesimpulan	60
B. Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Indeks Bhartel	19
Tabel 2.2 Penilaian Skor Indeks Bhartel	20
Tabel 2.3 Pertanyaan yang mewakili tiap item <i>SF-36</i>	35
Tabel 3.1 Definisi Operasional	38
Tabel 4.1 Skor dari Jawaban Tiap-Tiap Item <i>SF-36</i>	42
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Umur	48
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin	49
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan	50
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Pekerjaan	51
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Status Kawin	52
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Lama Menderita Stroke	52
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi <i>Activity Daily Living</i> (ADL)	53
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup	54
Tabel 5.9 Analisis Hubungan ADL dengan Kualitas Hidup	55

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 SF-36 dengan 8 skala fungsi	34
Gambar 3.1 Skema Kerangka Konsep	37

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Jadwal Kegiatan

Lampiran 2: Permohonan Izin Penelitian

Lampiran 3: Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

Lampiran 4: Persetujuan Responden

Lampiran 5: Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 6: Lembar Observasi Indeks Bhartel

Lampiran 7: Kuesioner Kualitas Hidup

Lampiran 8: Master Tabel

Lampiran 9: Distribusi Frekuensi dan *Uji Chi Square*

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

WHO	: <i>World Health Organization</i>
HRQOL	: <i>Health Related Quality of Life</i>
SSQOL	: <i>Stroke Spesific Quality Of Life</i>
SPSS	: <i>Statistic Package and Social Siences</i>
α	: Alpha
p	: Asym sig
<	: Lebih Kecil
>	: Lebih Besar
Ho	: Hipotesis Nol
Ha	: Hipotesis Alternatif
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
Nakes	: Tenaga Kesehatan
ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
IB	: <i>Indeks Bhartel</i>
CVA	: <i>Celebro Vascular Eccident</i>
GPDO	: Gangguan Peredaran Darah Otak
MOS (SF-36):	<i>The Medical Outcome Study Item Short-From Health Survey</i>
WPSI	: <i>The Washington Psychosocial Seizure Inventory</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit stroke masih saja menjadi momok yang menakutkan bagi kita bahkan dunia. Menurut taksiran *World Health Organization (WHO)*, stroke menempati posisi ketiga sebagai penyakit utama penyebab kematian di dunia. Stroke merampas kebahagiaan dan mengubah kehidupan pasien maupun keluarganya. Kemampuan berpikir, beraktivitas, dan kebahagiaan lenyap ketika stroke telah menimpa seseorang. Kecacatan akibat stroke juga menambah beban materi dan mental bagi keluarga. Fakta inilah yang membuat sebagian orang banyak mengalami keadaan yang sangat memprihatinkan jika menghadapi stroke. (Lingga, 2013)

Stroke masih merupakan masalah medis yang menjadi penyebab kematian nomor 2 di Eropa serta nomor 3 di Amerika. Penyakit ini menduduki posisi ketiga setelah jantung dan kanker. Sebanyak 28,5% pasien stroke meninggal dunia, hanya 15% saja yang dapat sembuh dari serangan stroke atau kecacatan. Sekitar 63, 52 per 100.000 penduduk Indonesia berumur diatas 25 tahun ditaksir terkena stroke (Sutrisno, 2007)

Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis Nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), di Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur (16%). Terjadi peningkatan prevalensi strok berdasarkan wawancara (berdasarkan jawaban responden yang pernah didiagnosis Nakes dan gejala) juga meningkat dari 8,3 per 1000 (2007) menjadi 12,1 per 1000 (2013). (Risksdas 2013).

Stroke menyebabkan terjadinya kehilangan motorik, kehilangan komunikasi, ketidakmampuan dalam fungsi kognitif dan efek psikologis dimana pasien menunjukkan gejala perhatian

terbatas, kesulitan dalam pemahaman, pelupa dan kurang motivasi sehingga pasien mengalami frustrasi dalam perawatan penyembuhan (smeltzer & Bare, 2008).

Ketika pasien pulang di rumah masih menimbulkan gejala sisa, baik fisik maupun psikis yang akan mengakibatkan masalah lebih luas. Masalah tersebut antara lain ketidakmampuan fungsi dasar, kemunduran fungsi kognitif sampai dengan psikologis. Masalah yang paling umum dialami pasien pasca stroke adalah ketidakmandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, berpakaian, mandi, berpindah tempat, BAB & BAK, maupun bersosialisasi dengan orang lain (Lingga, 2013).

Kemampuan melakukan *Activity Daily Living (ADL)* secara mandiri merupakan suatu perilaku untuk meningkatkan status fungsional tapi pada pasien dengan stroke mengalami keterbatasan dalam hal tersebut sehingga peran perawat perlu ditingkatkan untuk memandirikan secara komprehensif. Aspek psikologis perlu mendapatkan perhatian lebih besar karena sering terlupakan dalam meningkatkan kemandirian pasien sebagai perubahan perilaku (Ropyanto & Rofi'i, 2015).

Untuk mengetahui kemampuan kemandirian pasien stroke dalam melakukan aktivitas banyak cara melakukannya salah satunya menggunakan pengukuran indeks Barthel. Indeks Barthel digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan terutama pada pasien pasca stroke (Sugiarto, 2005).

Dampak dari keterbatasan ini harus sangat diperhatikan karena pasien pasca stroke akan dapat mengalami perubahan kepribadian, emosi dan keadaan ini bisa mengakibatkan depresi maupun ketergantungan yang berkepanjangan menyebabkan terjadinya disfungsi psikologis dan pada akhirnya akan mempengaruhi kualitas hidup (Budiyono, 2005).

Kualitas hidup penderita pasca stroke dapat mengalami gangguan atau hambatan karenanya kecacatan fisik, kognisi, gangguan psikologis dan sosial. Hasil penelitian Bays (2011) di Amerika Serikat menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup penderita pasca stroke yang meliputi aktifitas sehari-hari, pola komunikasi, aktivitas sosial, pekerjaan, istirahat dan rekreasi. Kualitas hidup yang menurun dapat mempengaruhi semangat hidup penderita dan keluarga yang mengasuh (Handayani & Dewi, 2009).

Dalam penelitian Wyller & De Haan *et al.*, 1998 dalam Yani, 2010 dilaporkan bahwa pasien stroke mempunyai kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih rendah jika dibandingkan dengan kelompok kontrol. Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke menjadi umum dilakukan dengan adanya pengakuan bahwa evaluasi perawatan pasien stroke harus meliputi kualitas sekaligus kuantitas dari kelangsungan hidup pasien. Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke tersebut tidak hanya untuk mengetahui reaksi pasien terhadap penyakitnya dan meningkatkan usaha-usaha suportif tetapi juga untuk mengevaluasi terapi yang telah dilakukan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sari (2014) yang mengatakan bahwa ketergantungan penderita stroke sebagian besar pada dependen sedang, dimana aktivitas sehari-harinya dibantu sebagian oleh orang lain seperti makan harus dipotong-potong dulu, merawat diri/mandi dibantu sebagian, naik/turun tangga dibantu, berjalan dipermukaan yang datar itu bisa dilakukan secara mandiri, mengontrol BAB dan BAK itu bisa mandiri. Dengan adanya keterbatasan fisik sebagian keadaan tubuh penderita stroke mengalami hemiparese, dimana salah satu tubuh tidak bisa digerakkan sehingga mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari.

Maharani (2014) dalam penelitiannya mengatakan bahwa variabel yang mempengaruhi tingkat kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari adalah derajat keparahan stroke dan serangan stroke berulang. Pasien stroke serangan berulang berisiko 4,7 kali memiliki tingkat aktivitas kehidupan sehari-hari yang buruk dibandingkan dengan pasien stroke serangan pertama.

Kariasa (2009) menemukan bahwa persepsi pasien pasca serangan stroke mengarah pada kehilangan kemampuan fisik dalam pemenuhan kebutuhan psikologis sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik dan penurunan status fungsional pasien sehingga mempengaruhi kualitas hidup, dalam penelitiannya juga mengatakan bahwa responden yang diteliti rata-rata usia 55-71 tahun sehingga tidak bisa menggambarkan kualitas hidup karena pada usia ini rata-rata tidak produktif lagi atau sudah pensiun atau tidak bekerja lagi.

Hal diatas memperjelas bahwa ketidakmampuan beraktivitas yang dialami oleh pasien pasca stroke sangat berpengaruh terhadap kehidupan sehari-harinya dimana pasien dapat mengalami penurunan status fungsional dan disfungsi psikologis yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

Dari fenomena di atas maka timbul keinginan peneliti untuk melakukan penelitian dan mencari hubungan tentang kemampuan ***“Activity Daily Living (ADL) dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar”***

A. Rumusan Masalah

Pasien yang menderita stroke tidak dapat menjalankan aktivitasnya sehari-hari secara optimal. Dampak dari stroke dapat mengakibatkan ketergantungan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti saat berjalan, mandi, melakukan perawatan diri,

berpakaian, pergi ke toilet, berpindah tempat, makan yang disebabkan kelumpuhan sebagian atau seluruh anggota tubuh. Ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari berdampak juga pada sosial maupun produktivitasnya sehingga menyebabkan pasien merasa tidak berguna, menurunkan status ekonominya, menimbulkan depresi yang berkepanjangan dan bahkan tujuan hidup kedepan yang sangat tidak memiliki harapan sehingga berdampak pada kualitas hidupnya dan proses penyembuhan pasien stroke itu sendiri.

Berdasarkan uraian diatas maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu **apakah ada Hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar?**

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui Hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dengan Kualitas Hidup Pada Pasien pasca Stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien pasca stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris
- b. Mengidentifikasi Kualitas Hidup pada pasien pasca stroke di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- c. Menganalisis hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dengan Kualitas Hidup pada pasien pasca stroke di unit fisioterapi rumah sakit stella maris makassar.

C. Manfaat Penelitian

1. Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Hasil yang diperoleh dalam penelitian ini dapat dijadikan bahan masukan yang bermanfaat untuk perkembangan wawasan dalam bidang keperawatan khususnya terkait aktivitas sehari-hari dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke.

2. Bagian Unit Fisioterapi

Penelitian ini bisa dijadikan sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan khususnya pada pasien stroke yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari sehingga kedepannya pasien pasca stroke dengan perawatan dan motivasi yang baik mereka dapat memiliki tujuan hidup yang baik kedepannya dalam meningkatkan kualitas hidupnya dengan lebih baik lagi.

3. Bagi pasien dan Keluarga

Dapat menjadi tambahan informasi bagi pasien maupun keluarga dalam meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari sebagai proses penyembuhan dan mempertahankan maupun meningkatkan kualitas hidup yang pasien miliki.

4. Bagi Peneliti dan Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan data awal untuk dilakukan penelitian lanjutan dalam bentuk yang lebih rinci, mendalam dan komprehensif tentang stroke, khususnya terkait *Activity Daily Living* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang stroke

1. Definisi Stroke

Dalam bahasa medis, stroke disebut CVA (*celebro-vascular accident*) yaitu gangguan saraf permanen akibat terganggunya peredaran darah ke otak, yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Sindrome klinis ini terjadi secara mendadak serta bersifat progresif sehingga menimbulkan kerusakan otak secara akut dengan tanda klinis yang terjadi secara fokal dan atau global (Lingga, 2013)

Stroke didefinisikan sebagai suatu keadaan yang timbul karena terjadinya gangguan peredaran darah di otak. Hal tersebut menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2008)

Menurut *WHO (World Health Organization)* mendefinisikan stroke sebagai suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, atau dapat menimbulkan kematian, disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak (GPDO) dengan awitan akut, disertai manifestasi klinis berupa defisit neurologis dan bukan sebagai akibat tumor, trauma, ataupun infeksi susunan saraf pusat Ismayanti (2015).

2. Epidemiologi Stroke

Menurut taksiran *WHO (World Health Organization)*, stroke menempati posisi ketiga sebagai penyakit utama penyebab kematian di dunia, setelah penyakit jantung dan kanker. Insiden tahunan stroke adalah 2 per 1000 populasi. Sejak lebih dari 3 dekade terakhir ini telah banyak yang dilakukan dalam menelaah karakteristik epidemiologi dari stroke. Di Amerika dan negara berkembang seperti Indonesia, CVD atau stroke berperan sebagai penyebab utama dari disabilitas kronis dan penyebab kematian (Satyanegara, 2010)

Prevalensi di Amerika pada tahun 2005 adalah 2,6%. Prevalensi meningkat sesuai dengan kelompok usia yaitu 0,8% pada kelompok usia 18-44 tahun, 2,7% pada kelompok usia 45-64 tahun, dan 8,1% pada kelompok usia 65 tahun atau lebih tua. Pria dan wanita mempunyai prevalensi yang kurang lebih sama yaitu 2,7% dan wanita 2,5% (Satyanegara, 2010).

Pada masyarakat barat juga mendonasikan kurang lebih 80% penderitanya yang mengalami stroke iskemik dan 20% mengalami stroke hemoragik (Ismayanti, 2015)

3. Klasifikasi Stroke

a. Stroke Iskemik (infark atau kematian jaringan). Serangan sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari.

1) Trombosis pada pembuluh darah otak (*Trombosis of cerebral vessels*).

2) Emboli pada pembuluh darah otak (*embolism of cerebral vessels*). (Batticaca, 2008)

b. Stroke Hemoragik (perdarahan). Serangan sering terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah

beraktivitas fisik atau karena psikologis (mental). (Batticaca, 2008)

Stroke hemoragik, yang merupakan sekitar 15% sampai 20% dari semua stroke, dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak (Price & Wilson, 2012)

1) Perdarahan intraserebral (*parenchymatous hemorrhage*)

Gejalanya:

- a) Tidak jelas, kecuali nyeri kepala hebat karena hipertensi.
- b) Serangan terjadi pada siang hari, saat beraktivitas, dan emosi atau marah.
- c) Mual atau muntah pada permulaan serangan.
- d) Hemiparesis atau hemiplegia terjadi sejak awal serangan.
- e) Kesadaran menurun dengan cepat dan menjadi koma (65% terjadi kurang dari ½ jam-2 jam; <2% terjadi setelah 2 jam-19 hari).

2) Perdarahan subaraknoid (*subarachnoid hemorrhage*)

Gejalanya:

- a) Nyeri kepala hebat dan mendadak
- b) Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi
- c) Ada gejala atau tanda meningeal
- d) Papiledema terjadi apabila terjadi perdarahan subaraknoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna. (Batticaca, 2008)

4. Etiologi Stroke

- a. Kurangnya suplai oksigen yang menuju otak
- b. Pecahnya pembuluh darah di otak karena kerapuhan pembuluh darah otak
- c. Adanya sumbatan bekuan darah di otak.
(Batticaca, 2008)

Ada pun faktor – faktor lainnya yang dapat menyebabkan stroke

- 1) Yang tidak dapat diubah (predisposisi) (Batticaca, 2008).
 - a) Usia
 - b) Jenis Kelamin
 - c) Ras/bangsa
 - d) Riwayat Keluarga
- 2) Yang dapat diubah (presipitasi) (Muttaqin, 2008).
 - a) Hipertensi merupakan faktor resiko utama, pengendalian hipertensi adalah kunci untuk mencegah stroke.
 - b) Penyakit kardiovaskuler : arteria koronaria, gagal jantung kongestif, fibrilasi atrium, penyakit jantung kongestif).
 - c) Kolesterol tinggi.
 - d) Obesitas.
 - e) Peningkatan hematokrit (resiko infark serebral).
 - f) Diabetes Melitus (berkaitan dengan aterogenesis terakselerasi).
 - g) Kontrasepsi oral (khususnya dengan disertai hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi).
 - h) Konsumsi alcohol yang berlebihan.
 - i) Merokok.
 - j) Stress psikologis.

5. Patofisiologi Stroke

Menurut Price & Wilson (2012) gangguan pasokan darah otak dapat terjadi di mana saja di dalam arteri-arteri yang

membentuk *sirkulasi Willis*. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit, maka akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut. Alasannya adalah karena terdapat sirkulasi kolateral yang memadai ke daerah tersebut. Proses patologik yang mendasarinya merupakan salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Keadaan patologik dapat berupa :

- a. Keadaan penyakit patah pembuluh darah itu sendiri, seperti pada arteriosklerosis dan trombosis, robeknya dinding pembuluh darah, atau peradangan.
- b. Berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositas darah.
- c. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embulus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstraintum.
- d. Ruptur vaskular didalam jaringan otak atau ruang subaraknoid.

6. Tanda dan Gejala Stroke

Menurut Smeltzer & Bare (2013), stroke dapat menyebabkan berbagai defisit neurologik yang bergantung pada lokasi lesi, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral. Berikut defisit neurologik dan manifestasi klinik yang dapat timbul pada pasien stroke :

- a. Defisit Lapang Pandang
Manifestasi yang dapat timbul adalah himionimus hemianopsia, kehilangan penglihatan perifer, dan diplopia.
- b. Defisit Motorik
Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah hemiparesis, ataksia, disartia, dan disfagia.

c. Defisit Sensori

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah paratesia.

d. Defisit Verbal

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah afasia ekspresif dan afasia reseptif.

e. Defisit Kognitif

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah kehilangan memori, penurunan lapang pandang, kerusakan kemampuan berkonsentrasi, dan perubahan penilaian.

f. Defisit Emosional

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada stres, depresi, menarik diri, rasa takut dan marah, serta perasaan isolasi.

7. Dampak Dari Paska Stroke

Menurut *Stroke Association*, terdapat beberapa dampak yang timbul pada pasien paska stroke, 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.
- 3) *Dyspraxia* pidato yang terjadi ketika tidak bisa menggerakkan otot-otot dalam urutan yang benar dan urutan untuk membuat suara yang diperlukan untuk pidato yang jelas. Hal ini membuat pasien paska stroke tidak dapat mengucapkan kata-kata 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) Sakit fisik
- 9) Merugikan diri sendiri
- 10) Hilangnya dorongan seksual atau kesulitan dalam seksual
- 11) Menghindari orang
- 12) Kehilangan harga diri atau kepercayaan diri

d. Masalah Emosional

Masalah emosional yang dapat terjadi setelah stroke adalah sebagai berikut :

- 1) Kegelisahan
- 2) Emosionalisme
- 3) Perubahan kepribadian
- 4) Kemarahan

e. Kelelahan

Pada pasien paska stroke akan merasa seperti tidak memiliki energi atau kekuatan. Kelelahan pada pasien paska stroke tidak selalu akan meningkat dengan istirahat dan tidak selalu berhubungan dengan aktivitas yang dilakukan. Pada pasien paska stroke kelelahan dapat berkisar dari yang relatif ringan sampai parah dan intensitas kelelahan tampaknya tidak terkait dengan tingkat keparahan atau jenis stroke yang pernah dialami.

f. Masalah Fisik

Efek yang paling umum dari stroke yang fisik seperti kelemahan, mati rasa dan kekakuan.

- 1) Kelemahan dan kelumpuhan
- 2) Spastisitas

3) Masalah dengan berjalan kaki

4) Perubahan sensasi

g. Masalah Penglihatan

Masalah penglihatan yang sering terjadi setelah mengalami stroke, adalah sebagai berikut :

1) Kehilangan penglihatan sentral

2) Hilangnya lapang pandang

3) Masalah gerakan mata

4) Masalah proses visual

h. Masalah Lain

Masalah umum lain setelah stroke meliputi :

1) Nyeri

Stroke dapat menyebabkan kelenturan dan kondisi menyakitkan, diantaranya :

a) Spastisitas dengan tanda dan gejala adanya kekakuan pada otot-otot tertentu.

b) Masalah bahu yang cukup umum terjadi setelah stroke mengakibatkan kekakuan berkepanjangan, kehilangan gerakan dan nyeri sering parah.

c) *Central Pain Pasca Stroke* (CPSP) merupakan nyeri yang dapat digambarkan sebagai dingin terbakar, berdenyut, atau menembak sakit di bagian tubuh yang terkena stroke.

d) Kadang-kadang setelah stroke tangan dapat membengkak dan menjadi menyakitkan. Hal ini biasanya terjadi ketika tangan tidak sedang bergerak.

2) Masalah Keseimbangan

Masalah dengan keseimbangan yang umum setelah stroke adalah merasa pusing atau goyah yang dapat

menyebabkan penurunan atau hilangnya kepercayaan saat berjalan dan bergerak di sekitar.

3) Masalah Kandung Kemih Dan Usus

Sekitar setengah dari semua pasien yang dirawat di rumah sakit dengan stroke akan kehilangan kontrol kandung kemih dan akan mengalami kehilangan kontrol buang air besar saat berada di rumah.

B. Tinjauan Umum Tentang *Activity Daily Living*

1. Definisi *Activity Daily Living*

Menurut Brunner & Suddarth *Activity Daily Living* adalah aktivitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari.

ADL adalah keterampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi/berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat (Sugiarto, 2005).

Aktivitas sehari-hari berhubungan erat dengan kebutuhan dasar manusia yang merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Hidayat, 2006)

2. Macam – Macam *Activity Daily Living*

a. *Activity Daily Living* dasar, sering disebut ADL saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan

kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori *ADL* dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto,2005)

- b. *Activity Daily living instrumental*, yaitu *ADL* yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas *ADL* dasar, sering disebut *ADL* saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori *ADL* dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto,2005)
- c. *Activity Daily Living vokasional*, yaitu *ADL* yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
- d. *Activity Daily Living non vokasional*, yaitu *ADL* yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang.

3. Cara Pengukuran *Activity daily Living*

ADL mencakup kategori yang sangat luas dan dibagi-bagi menjadi sub kategori atau domain seperti berpakaian, makan minum, toileting/higieni pribadi, mandi, berpakaian, transfer, mobilitas, komunikasi, *vokasional*, rekreasi, *instrumental ADL* dasar, sering disebut *ADL* saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori *ADL* dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto, 2005).

Pengkajian *Activity Daily living* penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan atau besarnya bantuan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari. Pengukuran kemandirian *ADL* akan lebih mudah dinilai dan dievaluasi secara kuantitatif dengan sistem skor yang sudah banyak dikemukakan oleh berbagai penulis *ADL* dasar, sering disebut *ADL* saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya.

4. Indeks Barthel (IB)

Indeks Barthel mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas. Mao dkk mengungkapkan bahwa IB dapat digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien lansia yang mengalami keseimbangan, terutama pada pasien pasca stroke. Tinetti dan kawan-kawan menyimpulkan bahwa IB dapat dihubungkan dengan pengukuran skala Tinetti untuk keseimbangan, terutama pada point yang membutuhkan kontrol postural, seperti berpakaian, transfer, naik turun kloset/WC, berjalan, naik, naik turun tangga.

Tabel 2.1 Indeks Barthel

No.	Item yang dinilai	Dibantu	Mandiri
1.	Makan(bila makanan harus dipotong-potong dulu=dibantu)	5	10
2.	transfer dari kursi roda ke tempat tidur dan kembali (termasuk duduk di bed)	5-10	15
3.	Higieni personal (cuci muka, menyisir, bercukur jenggot, gosok gigi)	0	5
4.	Naik & turun kloset/ WC (melepas/memakai pakaian, cawik, menyiram WC)	5	10
5.	Mandi	0	5
6.	Berjalan di permukaan datar (atau bila tidak dapat berjalan, dapat	10 0	15 5

	mengayuh kursi roda sendiri)		
7.	Naik & turun tangga	5	10
8.	Berpakaian(termasuk memakai tali sepatu, menutup resleting)	5	10
9.	Mengontrol anus	5	10
10.	Mengontrol kandung kemih	5	10

Sumber : Sugiarto,2005.

Indeks Bhartel tidak mengukur ADL instrumental, komunikasi dan psikososial. Item-item dalam IB dimaksudkan untuk menunjukkan tingkat pelayanan keperawatan yang dibutuhkan pasien. IB merupakan skala yang dinilai oleh dokter yang diambil dari catatan medik penderita, pengamatan langsung atau dicatat sendiri oleh pasien. Dapat dikerjakan dalam waktu kurang dari 10 menit.

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

Tabel 2.2. Penilaian Skor IB (sumber, Sugiarto 2005)

Penulis	Interpretasi
Shah dkk	0-20 <i>Dependen Total</i> 21-60 <i>Dependen Berat</i> 61-90 <i>Dependen Sedang</i> 91-99 <i>Dependen Ringan</i> 100 <i>Independen/Mandiri</i>
Lazar dkk	10-19 <i>Dependen Perawatan</i> 20-59 <i>Perawatan diri, dibantu</i> 60-79 <i>Kursi roda, dibantu</i> 80-89 <i>Kursi roda, independen/mandiri</i> 90-99 <i>Ambulatori, dibantu</i> 100 <i>Independen/Mandiri</i>

Granger	0-20 <i>Dependen Total</i> 21-40 <i>Dependen Berat</i> 41-60 <i>Dependen Sedang</i> 61-90 <i>Dependen Ringan</i> 91-100 <i>Mandiri</i>
---------	--

Indeks Bhartel sudah sangat dikenal secara luas, memiliki kehandalan dan kesasihan yang tinggi. Shah melaporkan koefisiensi internal alfa 0,87 sampai 0,92 yang menunjukkan kehandalan intra dan inter-rater yang sangat baik. Wartki dan Green menguji 41 pasien dengan interval 3 minggu, ternyata hasilnya cukup konsisten. Ada 35 pasien yang skornya turun 10 poin. Collin dkk meneliti konsisten laporan sendiri dan laporan dari perawat, didasarkan pengamatan klinis, pemeriksaan dari perawat dan pemeriksaan dari fisioterapis. Ternyata koefisien konkordansi (kesesuaian) dari Kendall menunjukkan angka 0,93 yang berarti pengamatan berulang dari orang yang berbeda akan menghasilkan kesesuaian yang sangat memadai.

Wade melaporkan kesahihan IB yang dibuktikan dengan angka korelasi 0,73 dan 0,77 dengan kemampuan motorik dari 976 pasien stroke. Kesahihan prediktif IB juga terbukti baik. Pada penelitian dengan pasien stroke, presentasi yang meninggal dalam 6 bulan masuk rumah sakit turun secara bermakna bila skor IB tinggi saat masuk rumah sakit. Unsur-unsur dalam IB meliputi:

- a. **Berpakaian**, selama tangan pasien tidak lumpuh total, mereka seharusnya dapat mengenakan pakaiannya sendiri. Bantuan hanya diperlukan jika mereka benar-benar mengalami kesulitan, misalnya karena lengannya terasa nyeri jika digerakkan atau sulit mengoordinasikan anggota gerakannya untuk mengenakan pakaian. Kaos longgar lebih

baik untuk dikenakan oleh pasien yang lengannya nyeri saat digerakkan masuk ke lengan baju (Lingga, 2013)

- b. Makan & minum**, jika pasien mengalami kelumpuhan total, otomatis mereka harus disuapi oleh orang lain. Namun, jika salah satu tangannya masih berfungsi, sebaiknya mereka harus makan sendiri. Membiarkan pasien makan sendiri merupakan salah satu kegiatan rehabilitasi fisik dan mental yang sangat bermanfaat untuk membantu pasien agar bisa hidup mandiri.

Pasca stroke membuat pasien enggan makan karena indra pengecap mereka tidak lagi berfungsi dengan baik. Makanan yang tersedia untuknya terasa hambar. Menghadapi hal seperti ini, keluarga dan perawat harus pandai membujuk pasien agar mau makan demi untuk proses penyembuhannya dan perlu diperhatikan kandungan nutrisi dalam makanan yang di konsumsi. Pasien pasca stroke harus banyak minum. Sediakan selalu air putih di dekatnya agar mudah diminum sewaktu-waktu. Selain air putih, tanyakan kepada mereka minuman sehat apalagi yang mereka inginkan. Tanpa harus mengingatkan, latih pasien untuk lebih sering minum.

Jika pasien lumpuh total, otomatis harus ada orang lain yang membantu mereka minum. Jika mereka dalam kondisi terbaring, ketika diberi minum kepala pasien harus ditegakkan. Mengganjal kepala dengan bantal yang cukup tinggi agar kepala pasien pada posisi tegak jauh lebih baik dibanding harus mengangkat kepala pasien setiap kali akan memberi minum (Lingga, 2013)

- c. Toileting**, ketidakmampuan untuk melaksanakan dan menyelesaikan aktivitas toileting lengkap untuk diri sendiri.

- d. Mandi**, keterbatasan fisik akibat stroke bukan halangan bagi pasien untuk mandi secara rutin. Mandi dua kali sehari menjadi keharusan baginya. Kesegaran setelah mandi membuat pasien merasa lebih bugar, dan tentu saja untuk menjaga kebersihan tubuhnya. Jika pasien berjalan menuju kamar mandi (meskipun menggunakan alat bantu berjalan), pasien sebaiknya mandi sendiri. Pertolongan orang lain hanya diperlukan untuk pekerjaan yang tidak dapat dilakukan sendiri oleh pasien karena kemampuan gerak mereka untuk mandi secara sempurna terbatas. Jika pasien mengalami kelumpuhan total, kegiatan mandi dapat dilakukan di kamar mandi atau di kamar tidur (jika terpaksa). Namun sebaiknya mandi tetap dilakukan di kamar mandi meskipun pasien mengalami kelumpuhan total.
- e. Berhias**, meskipun kondisi fisiknya tidak normal, berarti pasien harus tampil seadanya. Mereka juga perlu merias diri. Penampilan yang bersih dan menawan akan membuat mereka bahagia. Jika sebelumnya pasien biasa merias diri, jangan hilangkan kebiasaan tersebut, biarkan mereka tetap tampil dengan riasan wajah dan merawat tubuhnya seperti saat.

Latih pasien agar mereka kembali dapat merias diri dengan benar seperti ketika mereka sehat. Latihan merias diri merupakan salah satu bentuk rehabilitasi yang berfungsi memperbaiki fungsi sensorik dan motoriknya. Selain itu, belajar memoles kosmetik diwajah merupakan latihan yang baik agar mereka lebih akurat dalam berpikir dan bertindak dengan keterbatasan motorik dan sensorik yang dialaminya.

f. **Berkemih dan BAB**, pasien yang lumpuh total akan kehilangan sensasi untuk berkemih. Tak sedikit pasien yang lumpuh di salah satu sisi tubuh dan bahkan bisa berjalan juga sering tidak merasakan sensasi ingin berkemih, akibatnya mengompol. Pasien dengan kehilangan sensasi berkemih perlu diberikan *catheter* maupun *diapers* untuk menjaga agar pasien tidak mengalami kesulitan dalam berkemih.

Membiasakan pasien BAB di toilet adalah cara yang paling baik untuk melatih pasien hidup secara normal. Namun, tidak semua orang sanggup membantu pasien menuju toilet. Untuk kondisi darurat seperti ini, pasien terpaksa harus BAB di atas ranjang.

g. **Mobilisasi**, bergerak atau berpindah sangat dibutuhkan oleh pasien dengan post stroke, jika pasien dalam proses rehabilitasi banyak hal yang perlu diperhatikan dalam mereka melakukan mobilisasi seperti mengenakan sandal atau sepatu, membantu berdiri, membantu duduk, dan menuntunnya berjalan, membantu pasien masuk ke dalam mobil dan yang harus diperhatikan juga adalah posisi tubuh yang mengalami kelumpuhan (Lingga, 2013)

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Activity Daily Living*.

Activity daily living terdiri dari aspek *motorik* yaitu kombinasi gerakan volunter yang terkoordinasi dan aspek propioseptif sebagai umpan balik gerakan yang dilakukan.

Activity daily living dasar dipengaruhi oleh :

- a. ROM sendi
- b. Kekuatan otot
- c. Tonus otot
- d. *Propioseptif*

- e. Persepsi visual
- f. Kognitif
- g. Koordinasi
- h. Keseimbangan (Sugiarto,2005)

Menurut Hadiwynoto (2005) faktor yang mempengaruhi penurunan *Activities Daily Living* adalah:

- a. Kondisi fisik misalnya penyakit menahun, gangguan mata dan telinga
- b. Kapasitas mental
- c. Status mental seperti kesedihan dan depresi
- d. Penerimaan terhadap fungsinya anggota tubuh
- e. Dukungan anggota keluarga

C. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup

1. Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup (*quality of life*) merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut berada (Adam, 2006)

Menurut Wilson dan Cleary (1995) yang dikutip oleh Kelana Kusuma Dharma (2011) kualitas hidup merupakan persepsi kesehatan general yang menggambarkan suatu integrasi dan ekspresi subjektif individu terhadap faktor gejala yang dialaminya dan status fungsionalnya.

Cella (1992) dalam Kinghrom dan Gamlin (2004), menyebutkan bahwa kualitas hidup seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti, hanya orang tersebut yang dapat

mendefinisikannya karena kualitas hidup merupakan suatu yang bersifat subjektif.

Kualitas hidup merupakan terbebas dari nyeri, mampu melakukan aktivitas sehari-hari dan berjuang untuk hidup (Wig, 2006). Kualitas hidup merupakan pengalaman subjektif dari seseorang yang meliputi kapasitas kemandirian, kenyamanan dan kepuasan hidup (Rosenbaun,1998). *The center for health promotion* (2007), mendefinisikan kualitas hidup sebagai tingkat kesenangan dan ketidaksenangan seseorang terhadap hal-hal penting dalam hidupnya.

WHOQOL group (2004), dalam Murphy etal (2000), menyatakan kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tersebut hidup dan hubungan terhadap tujuan, harapan, standard dan keinginan. Hal ini merupakan suatu konsep yang dipadukan dengan berbagai cara seseorang untuk mendapatkan kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat independen, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan sekitarnya.

Definisi kualitas hidup berdasarkan *WHO (World Health Organization)* adalah kualitas hidup sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dilihat dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standartd, dan hal-hal lain yang menjadi perhatian individu (WHOQoL, 1998). Definisi kualitas hidup berdasarkan *WHO (World Health Organization)* ini menekankan adanya persepsi dari individu mengenai posisi kehidupan mereka saat ini dan persepsi individu ini dapat dipengaruhi oleh budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal (Nofitri, 2009)

Pengertian kualitas hidup terkait kesehatan juga sangat bervariasi antar banyak peneliti. Dalam definisi WHO, sehat bukan hanya terbebas dari penyakit, akan tetapi juga berarti sehat secara fisik, mental, maupun sosial. Seseorang yang sehat akan mempunyai kualitas hidup yang baik, begitu pula kualitas hidup yang baik tentu saja akan menunjang kesehatan (Harmaini, 2006).

Kualitas hidup berkaitan dengan kesehatan (*HQL*, *health-related quality of life*) mencakup keterbatasan fungsional yang bersifat fisik maupun mental, dan ekspresi positif kesejahteraan fisik, mental serta spiritual. HQL dapat digunakan sebagai sebagai ukuran integratif yang menyatukan mortalitas dan morbiditas, serta merupakan indeks berbagai unsur yang meliputi kematian, morbiditas, keterbatasan fungsional, serta keadaan sehat sejahtera (*Well-being*) (Gibney, 2005).

2. Dimensi-Dimensi Kualitas Hidup

Menurut de Haan *et al.* (1993), kualitas hidup terkait kesehatan harus mencakup dimensi sebagai berikut:

a. Dimensi fisik

Dimensi merujuk pada gejala-gejala yang terkait penyakit dan pengobatan yang dijalani.

b. Dimensi fungsional

Dimensi ini terdiri dari perawatan diri, mobilitas, serta level aktivitas fisik seperti kapasitas untuk dapat berperan dalam kehidupan keluarga maupun pekerjaan.

c. Dimensi psikologi

Meliputi fungsi kognitif, status emosi, serta persepsi terhadap kesehatan, kepuasan hidup, serta kebahagiaan.

d. Dimensi sosial

Meliputi penilaian aspek kontak dan interaksi social secara kualitatif maupun kuantitatif.

Menurut *The World Organization Quality of life Group (WHOQoL)*, kualitas hidup terdiri dari 4 dimensi, yaitu:

a. Kesehatan fisik berhubungan dengan nyeri, ketergantungan pada obat-obatan, ketidaknyamanan, mobilitas, istirahat dan tidur, aktifitas kehidupan sehari-hari, dan kapasitas kerja.

1) Nyeri dan ketidaknyamanan merupakan suatu hal yang sangat tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain. Nyeri dapat memenuhi seluruh pikiran seseorang, mengatur aktivitasnya dan mengubah kehidupan orang yang merasakannya. Nyeri suatu hal yang sangat sulit dikomunikasikan oleh pasien dan seorang perawat tidak dapat melihat dan merasakan nyeri yang dirasakan oleh pasien. (Kozier, 2009)

2) Ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis: menggambarkan seberapa besar kecenderungan individu dalam menggunakan obat-obatan atau bantuan medis lainnya dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

3) Aktivitas kehidupan sehari-hari merupakan kegiatan yang dilakukan individu di kehidupan sehari-hari (*personal activities of daily living*), seperti mandi, berpakaian, personal hygiene, dan makan. Aktivitas kehidupan rumah tangga sehari-hari (*domestic activities of daily living*), seperti memasak, mencuci, dan membersihkan. Aktivitas kehidupan instrumental sehari-hari (*instrumental activities of daily living*), seperti berkomunikasi, berbelanja, berkebun, dan menggunakan berbagai alat (broker, 2005)

- 4) Mobilitas menggambarkan tingkat perpindahan yang mampu dilakukan oleh individu dengan mudah dan cepat
 - 5) Kapasitas kerja merupakan penggunaan energi dari seseorang untuk melakukan suatu pekerjaan
 - 6) Energi dan kelelahan menggambarkan tingkat kemampuan yang dimiliki oleh individu dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari.
 - 7) Istirahat dan tidur. Apabila seseorang memperoleh tidur yang cukup, mereka merasa tenaganya telah pulih. Beberapa ahli yakin bahwa tidur dapat memberikan perbaikan dan penyembuhan pada sistem tubuh. Namun, ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tidur, seperti penyakit fisik (nyeri, kesulitan bernapas, depresi), obat-obatan dan substansi, dan gaya hidup (Potter & Perry, 2009)
- b. Kesehatan psikologis berhubungan dengan pengaruh positif dan negatif, pemikiran dan pembelajaran, penampilan atau citra tubuh dan penghargaan diri sendiri.
- 1) Pengaruh positif merupakan suatu hal seperti kepuasan, perdamaian, keseimbangan, kebahagiaan, kegembiraan, kenikmatan yang ada dalam diri seseorang dari pandangan dan perasaannya.
 - 2) Pemikiran dan pembelajaran merupakan pandangan individu tentang cara berpikir, belajar, konsentrasi, mengingat dan mengambil keputusan.
 - 3) Penghargaan diri adalah ukuran seberapa besar seseorang menyukai diri mereka sendiri, dan ukuran tentang diri mereka sendiri.
 - 4) Penampilan atau citra tubuh merupakan pandangan seseorang terhadap tubuhnya. Bagaimana pandangan seseorang tentang perubahan citra tubuhnya dan sejauh

mana yang dirasakan seseorang apabila adanya perubahan penampilan seperti kecacatan ataupun penggunaan alat bantu gerak (Potter & Perry, 2009)

- 5) Perasaan negatif ialah aspek yang menyangkut seberapa banyak seseorang mengalami perasaan negatif, seperti patah semangat, rasa bersalah, putus asa, gelisah, cemas, dan dampak perasaan negatif tersebut mempengaruhi kehidupan sehari-hari.
- c. Hubungan sosial terdiri dari hubungan personal, aktifitas seksual, dan dukungan sosial.
- 1) Hubungan personal mencakup kemampuan dan kesempatan untuk seseorang untuk mencintai dan dicintai dan tentang persahabatan.
 - 2) Dukungan sosial membahas tentang perasaan seseorang terhadap bantuan atau dukungan dari keluarga atau teman dan sejauh mana seseorang bergantung dengan dukungan tersebut.
 - 3) Aktifitas seksual menggambarkan kegiatan seksual yang dilakukan individu,
- d. Hubungan dengan lingkungan terdiri dari keamanan dan kenyamanan lingkungan fisik, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi, kesempatan rekreasi, dan transportasi.
- 1) Keamanan dan kenyamanan lingkungan mencakup semua faktor fisik dan psikososial yang mempengaruhi dan berakibat terhadap kehidupan atau kelangsungan hidup pasien. Lingkungan yang aman dan nyaman merupakan lingkungan yang didasari oleh kebutuhan dasar tercapai, bahaya fisik berkurang, dan sanitasi dapat dipertahankan. Lembaga pelayanan kesehatan mendefinisikan lingkungan yang aman adalah suatu

tempat yang dapat meminimalkan kejadian jatuh dan kecelakaan (Potter & Perry, 2009)

- 2) Sumber penghasilan tentang sejauh mana penghasilan atau finansial seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya dan kepusan seseorang tentang pendapatnya.
- 3) Perawatan kesehatan dan social care menggambarkan ketersediaan layanan kesehatan dan perlindungan sosial yang dapat diperoleh individu.
- 4) Lingkungan fisik: menggambarkan keadaan tempat tinggal individu.
- 5) Kesempatan mendapatkan informasi merupakan kesempatan dan keinginan seseorang untuk memperoleh pengetahuan baru seperti kabar dunia, berita lokal dan informasi yang memiliki relevansi dengan kualitas hidup seseorang.
- 6) Kesempatan rekreasi merupakan keinginan dan kesempatan seseorang untuk berekreasi, berlibur dan berelaksasi. Kegiatan-kegiatan tersebut seperti menonton televisi, membaca, olahraga dan menghabiskan waktu bersama keluarga.
- 7) Transportasi yaitu ketersediaan sarana dan kemudahan dalam mendapatkan transportasi untuk berpergian.

3. Pengukuran Kualitas Hidup

Menurut Ware dan Sherbourne (1992) kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Dalam mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan semua domain akan diukur dalam dua dimensi yaitu penilaian objektif dari fungsional atau status kesehatan dan persepsi sehat yang lebih subjektif.

Secara garis besar instrumen untuk mengukur kualitas hidup dapat dibagi menjadi dua macam, yaitu instrumen umum (*generic scale*) dan instrumen khusus (*specific scale*). Instrumen umum ialah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronik. Instrumen ini digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekuatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita. Salah satu contoh instrumen umum adalah *The Medical Outcome Study (MOS) 36-item short-form Health Survey (SF-36)*. Sedangkan instrumen khusus adalah instrumen yang dipakai untuk mengukur sesuatu yang khusus dari penyakit, populasi tertentu (misalnya pada orang tua) atau fungsi yang khusus (misalnya fungsi emosional), contohnya adalah "*The Washington Psychosocial Seizure Inventory*" (*WPSI*)

4. Kuisioner SF-36

The MOS (SF-36) dikembangkan oleh Fayers & Machim (2000) merupakan *instrumen generic* (dapat dipergunakan untuk bermacam penyakit maupun usia) yang telah dipergunakan secara luas untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan (Harmaini, 2006) dan telah dialih bahasakan ke dalam bahasa indonesia. Validitasnya telah dibuktikan pada populasi umum dan beberapa grup pasien yang bervariasi (De Haan & Faranson, 2002).

SF-36 adalah sebuah kuesioner survei kesehatan untuk menilai kualitas hidup, yang terdiri dari 36 butir pertanyaan. Kuesioner ini menghasilkan 8 skala fungsional profil kesehatan dan skor kesejahteraan berbasis psikometri kesehatan fisik dan psikis, serta merupakan kumpulan dari langkah-langkah dan preferensi kesehatan berbasis indeks. Oleh karena itu, *SF-36*

telah terbukti berguna dalam survei umum dan populasi khusus, membandingkan relatif beban penyakit serta dalam membedakan manfaat kesehatan yang dihasilkan oleh berbagai intervensi yang berbeda.

SF-36 adalah sebuah kuesioner survei yang mengukur 8 kriteria kesehatan sebagai berikut: (1) fungsi fisik, (2) keterbatasan peran karena kesehatan fisik, (3) tubuh sakit, (4) persepsi kesehatan secara umum, (5) vitalitas, (6) fungsi sosial, (7) peran keterbatasan karena masalah emosional, dan (8) kesehatan psikis. Pengukuran ini menghasilkan nilai skala untuk masing-masing delapan kriteria kesehatan dan dua ukuran ringkasan kesehatan fisik dan psikis. Nilai skor kualitas hidup rata-rata adalah 60, dibawah skor tersebut kualitas hidup dinilai kurang baik dan nilai skor 100 merupakan tingkat kualitas hidup yang sangat baik.

SF-36 pada awalnya diterbitkan pada tahun 1988 dan bentuk akhirnya pada tahun 1990. Pada tahun 1996, *SF-36* mulai dievaluasi dengan versi 2.0 (*SF-36v2™*) dengan bentuk pertanyaan yang lebih sederhana, peningkatan jangkauan serta ketepatan untuk dua fungsi peran skala, dan lebih mudah digunakan. Berdasarkan waktu penggunaannya, *SF-36* dapat digunakan pada 2 periode pengukuran (*2-type recall*), yaitu pengukuran standar (> 4-minggu) dan akut (< 1 minggu).

Pengukuran kualitas hidup dengan *SF-36* telah didokumentasikan pada hampir 5.000 publikasi. Penelitian mereka mulai diterbitkan pada tahun 1988 sampai tahun 2010 yang didokumentasikan dalam suatu bibliografi instrumen *SF-36* di *SF-36' user manual*. Terjemahan dari *SF-36* telah dipublikasi dan melibatkan peneliti di 22 negara. Setiap pertanyaan kuesioner yang dipilih juga mewakili beberapa indikator operasional kesehatan, termasuk: perilaku fungsi dan disfungsi,

kesusahan dan kesejahteraan, dimana jawaban objektif dan subjektif dinilai valid dan reliabel dalam mengevaluasi diri dari status kesehatan umum. Informasi yang lengkap tentang sejarah dan perkembangan *SF-36*, psikometri evaluasi, kajian reliabilitas dan validitas, dan data normatif tersedia dalam *SF-36'User manual*.

Kuesioner Short Form-36 (SF-36) mempunyai delapan skala fungsional



Gambar 2.1. *SF-36* dengan 8 skala fungsi

Dalam melakukan penghitungan terhadap skor kualitas hidup dengan menggunakan kuisisioner *SF – 36* digunakan daftar nilai seperti yang tertera dalam Tabel 2.3. Sementara itu untuk skor akhir dilakukan penghitungan nilai rata – rata dari setiap pertanyaan yang mewakili suatu dimensi tertentu (fungsi fisik, peranan fisik, peranan emosi, kesehatan jiwa, energi, fungsi sosial, nyeri, kesehatan umum), dan selanjutnya dari ke delapan dimensi tersebut dapat dikelompokkan lagi menjadi 2 komponen besar yaitu komponen skor fisik dan komponen skor mental dengan menghitung rata – rata dari skor setiap dimensi yang mewakilinya.

Tabel 2.3. Pertanyaan yang mewakili 8 dimensi kuisioner *SF-36*

Skala	Jumlah item	Nomor pertanyaan
Fungsi fisik	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Peranan fisik	4	13,14,15,16
Peranan emosi	3	17,18,19
Energi	4	23,27,29,31
Kesehatan jiwa	5	24,25,26,28,30
Fungsi sosial	2	20,32
Rasa nyeri	2	21,22
Kesehatan umum	5	1,33,34,35,36

Sumber : RAND, 2009

BAB III

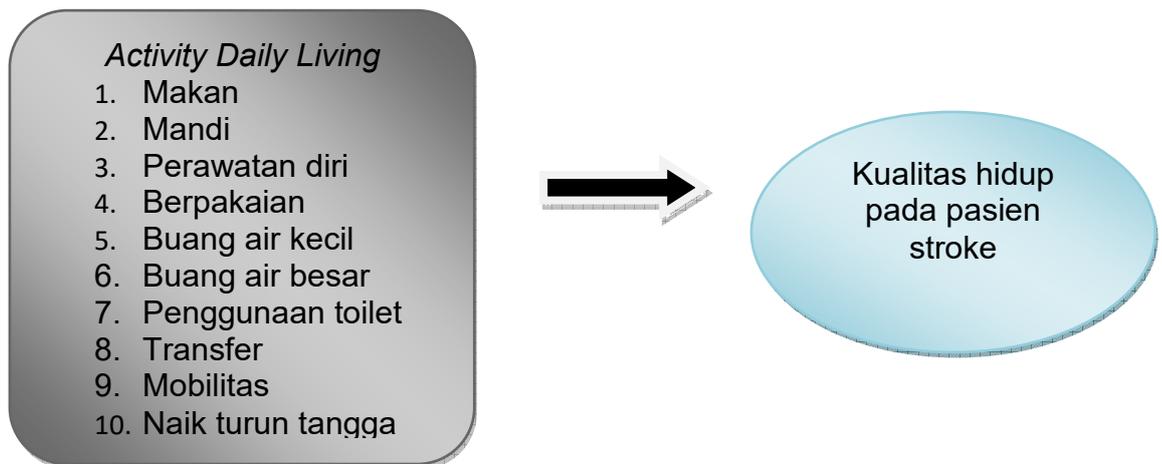
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Berdasarkan tinjauan kepustakaan, diperoleh bahwa sejumlah pasien paska serangan stroke akan mengalami permasalahan yang berhubungan dengan gangguan neurologis seperti masalah kognitif, masalah komunikasi (*afasia, disatria, dyspraxia*), depresi, masalah emosi, kelelahan, dan kelemahan maupun kelumpuhan. Masalah-masalah yang dialami oleh pasien ini akan mempengaruhi kegiatan dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari seperti dalam hal kebutuhan dasar yaitu: makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, buang air kecil, buang air besar, penggunaan toilet, transfer, mobilitas, naik turun tangga. Jika kebutuhan dasar ini tidak dapat dipenuhi oleh pasien maka akan berdampak buruk bagi kesehatannya dan proses penyembuhan pasien sehingga hal ini akan mempengaruhi kualitas hidupnya.

Kualitas hidup adalah suatu persepsi yang bersifat subjektif, persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tersebut hidup dan hubungan terhadap tujuan, harapan, standard dan keinginan. Hal ini merupakan suatu konsep yang dipadukan dengan berbagai cara seseorang untuk mendapatkan kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat independen, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan sekitarnya.

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



Gambar 3.1
Kerangka konseptual

Keterangan:



: variabel independen



: penghubung antar variabel



: variabel dependen

B. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konseptual yang digambarkan di atas dapat dirumuskan hipotesis penelitian yaitu ada Hubungan *Activity Daily Living (ADL)* Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke Di Ruang Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris.

C. Definisi Operasional

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

Tabel 3.1

Definisi operasional

No	variabel	Definisi operasional	Parameter	Cara ukur	Skala ukur	Skor
1	Independen: <i>Activity Daily Living</i>	Kegiatan individu yang dilakukan setiap hari dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.	Memiliki beberapa unsur: 1. Makan (<i>Feeding</i>) 2. Mandi (<i>Bathing</i>) 3. Perawatan diri (<i>Grooming</i>) 4. Berpakaian (<i>Dressing</i>) 5. Buang air kecil (<i>Bowel</i>) 6. Buang air besar (<i>Bladder</i>) 7. Penggunaan toilet 8. Transfer 9. Mobilitas 10. Naik turun tangga	Observasi/wawancara (Indeks barthel)	Ordinal	Mandiri jika total skor nilai 100 Tidak mandiri jika total skor nilai 0-99
2	Dependen: Kualitas hidup pada	Persepsi yang bersifat subjektif yang dirasakan oleh individu dalam	4 Dimensi yaitu: 1. Fisik 2. Psikologis 3. Sosial 4. Lingkungan	kuesioner (<i>SF-36</i>)	Ordinal	- Baik jika total skor jawaban responden 2401-

	pasien stroke	mengekspresikan perasaan maupun keadaanya dalam kehidupan sehari-hari dimana mereka tinggal dan berinteraksi.				3600 - Cukup jika total skor jawaban responden 1201-2400 - Kurang jika total jawaban responden 0-1200
--	---------------	---	--	--	--	---

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu jenis penelitian dimana pengambilan data variabel independen dan variabel dependen dilakukan pada saat bersamaan yang bertujuan untuk menganalisis hubungan *activity daily living (ADL)* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

B. Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Alasan peneliti mengambil lokasi ini karena lokasi ini dekat dengan tempat tinggal peneliti, dan juga banyak pasien stroke yang rawat jalan sehingga mudah dijangkau oleh peneliti.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dimulai dengan studi pendahuluan Rumah Sakit Stella Maris Makassar, pembuatan proposal, pengambilan data penelitian dan pengolahan hasil. Penelitian akan dilakukan di unit fisiotherapi Rumah Sakit Stella Maris pada bulan Februari-Maret 2016

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Penelitian ini menggunakan populasi terjangkau yaitu yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau peneliti. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien pasca stroke yang menjalani rehabilitasi di unit fisioterapi rumah sakit Stella

maris Makassar. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di ruang fisioterapi didapatkan data pasien yang masih aktif menjalani rehabilitasi sampai bulan Januari 2016 sebanyak 35 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian anggota populasi yang dipilih dengan menggunakan prosedur tertentu sehingga diharapkan dapat mewakili populasi. Pada penelitian ini teknik pengambilan sampel menggunakan teknik pengambilan sampel *nonprobability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* yaitu semua subjek yang datang secara berurutan dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan kedalam penelitian sampai jumlah subjek yang dibutuhkan terpenuhi dengan mengacu pada kriteria sampel sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

- 1) Bersedia untuk menjadi responden
- 2) Mengalami stroke di bawah 1 tahun
- 3) Responden yang mengalami *hemiparesis*

b. Kriteria eksklusi

- 1) Tidak bersedia menjadi responden
- 2) Responden yang mengalami afasia global

D. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner dimana untuk mengetahui hubungan *activity daily living (ADL)* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Kuesioner instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 3 bagian yaitu bagian pertama adalah data demografi yang meliputi nama (inisial), jenis kelamin, agama, pekerjaan, pendidikan dan lama sakit. Bagian kedua, untuk mengukur variabel independent yaitu *activity daily living (ADL)* pada pasien stroke menggunakan *indeks barthel* yang terdiri atas 10

item aktivitas yang harus diberi skoring masing-masing tergantung kemandirian responden dan mempunyai skor keseluruhan yang berkisar antara 0-100 yang dibagi menjadi 2 kategori yaitu 0-99 dengan kategori mandiri dan 100 dengan kategori mandiri.

Untuk mengukur variabel dependent yaitu kualitas hidup peneliti menggunakan kuesioner *SF-36* yang terdiri atas 8 dimensi dibagi dalam 36 pertanyaan dengan pilihan jawaban berfokus pada keadaan atau situasi yang dialami oleh pasien. Fungsi fisik (10 pertanyaan), peranan fisik (4 pertanyaan), peranan emosi (3 pertanyaan), energi (4 pertanyaan), kesehatan jiwa (5 pertanyaan) dan fungsi sosial (2 pertanyaan), rasa nyeri (2 pertanyaan) dan kesehatan umum (5 pertanyaan). Dibagi menjadi 3 kategori pengskoringan yaitu baik jika total skor jawaban responden 2401-3600, cukup (1201-2400), dan kurang (0-1200). Metode untuk menentukan skoring dari tiap-tiap item pertanyaan di dalam kuesioner *SF-36* adalah berdasarkan tabel referensi berikut ini: Menentukan skor dari jawaban tiap-tiap item pertanyaan sesuai dengan nomor.

Tabel 4.1. Skor Dari Jawaban Tiap-Tiap Item *SF-36*

Step 1: RECODING ITEMS			
Item Numbers	Change original response category from		To recoded value of
3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j	1	→	0
	2	→	50
	3	→	100
2, 4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b, 5c, 9b, 9c, 9f, 9g, 9i, 10, 11a, 11c	1	→	0
	2	→	25
	3	→	50
	4	→	75
	5	→	100
7	1	→	100
	2	→	80
	3	→	60
	4	→	40
	5	→	20
	6	→	0
1, 6, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d	1	→	100
	2	→	75
	3	→	50
	4	→	25
	5	→	0

E. Pengumpulan Data

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

a. Informed consent

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai jadwal penelitian dan manfaat penelitian. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak akan memaksakan dan tetap menghormati hak-haknya.

b. Anonymity

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

c. Confidentiality

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

d. Data-data yang dikumpulkan berupa:

1) Data Primer

Data primer merupakan data yang secara langsung diperoleh dari subjek yang diteliti. Aplikasinya dalam penelitian ini adalah melalui penyebaran kuesioner kepada responden yang menjadi sampel penelitian.

2) Data Sekunder

Data sekunder diperoleh melalui informasi yang diberikan oleh petugas fisioterapi, identitas responden, dan data rekam medik dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

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

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

1. *Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa ulang jumlah dan meneliti kelengkapan pengisian kuesioner, apakah setiap pertanyaan sudah dijawab dengan benar.

2. *Coding*

Coding dilakukan untuk memudahkan pengolahan data dan semua data perlu disederhanakan dengan cara memberikan simbol-simbol tertentu untuk setiap jawaban.

3. *Entry data*

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

4. *Tabulating*

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

G. Analisis Data

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

1. Analisis Univariat

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

2. Analisis Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel independen (*activity daily living*) dan variabel dependen (kualitas hidup). Uji statistik *Chi Square*. Dengan tingkat kemaknaan $\alpha=0,05$ menggunakan program *SPSS versi 20.0*, dengan interpretasi sebagai berikut:

- a. Apabila nilai $p < \alpha$, maka H_a di terima dan H_0 ditolak, artinya ada hubungan *activity daily living (ADL)* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
- b. Apabila nilai $p \geq \alpha$, maka H_0 di terima dan H_a ditolak, artinya tidak ada hubungan *activity daily living (ADL)* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Bab ini menjelaskan hasil penelitian tentang “Hubungan *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Penelitian ini merupakan penelitian *non-eksperimental* dengan menggunakan desain penelitian *observasional analitik* dimana rancangan penelitian ini bertujuan mencari hubungan antara variabel independen yaitu *activity daily living* (ADL) dan variabel dependen yaitu kualitas hidup pada pasien pasca stroke.

Penelitian ini mulai dilaksanakan pada tanggal 29 februari sampai 28 maret 2016. Pengumpulan data pada tiap-tiap variabel berbeda. Variabel independent (*activity daily living*) menggunakan lembar observasi *indeks bhartel* sebagai alat ukur dan pada variabel dependent (kualitas hidup) menggunakan kuesioner sebagai alat ukurnya dengan pendekatan *cross sectional study* dimana pengukuran dan pengamatan variabel independen dan variabel dependen dilakukan pada saat bersamaan atau hanya satu kali pada suatu saat tertentu, terhadap 31 responden yang memenuhi kriteria penelitian.

Untuk pengolahan data menggunakan komputer program *SPSS for windows versi 20.0*. Data yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis dengan menggunakan uji statistik *chi-square* dilanjutkan dengan uji *Kolmogorov-Smirnov*. Adapun ketentuan terhadap besar kekuatan hubungan jika nilai $p \leq 0,05$ maka H_a diterima dan H_o ditolak yang artinya ada hubungan

antara *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris Makassar didirikan pada tanggal 08 Desember 1983, kemudian diresmikan pada tanggal 22 Desember 1939 dan kegiatan dimulai pada tanggal 07 Januari 1940. Rumah sakit Stella Maris merupakan salah satu Rumah Sakit Swasta Katolik tertua di Makassar. Rumah Sakit ini berada di Jl. Somba Opu No. 237, Kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan.

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris Makassar bermula dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita luhur yang membuat keprihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang kecil yang kurang mampu. Oleh karena itu sekelompok suster-suster JMJ Komunitas Stella Maris Makassar mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut ke dalam suatu rencana untuk membangun sebuah Rumah Sakit Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai inji dan masih terus berkembang dan berinovasi sampai saat ini untuk menjadi rumah sakit yang lebih berkualitas.

Penelitian ini dilaksanakan di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan kapasitas 6 tempat tidur dan 1 tempat tidur untuk traksi, dengan jumlah tenaga 5 orang.

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

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

a. Visi

Menjadi Rumah Sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya dibidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus pada sesama.

b. Misi

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

3. Karakteristik Responden

a. Kelompok umur

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Kelompok Umur (Tahun)	frekuensi (f)	Presentase (%)
35-41	1	3
42-47	3	10
48-53	4	13
54-59	11	35
60-65	4	13
66-71	5	16
>72	3	10

Total	31	100
-------	----	-----

Sumber : data primer 2016

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan oleh peneliti di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari 31 responden kelompok umur terbanyak berada pada rentan umur 54-59 tahun sebanyak 11 (35%) responden dan umur terkecil berada pada rentan umur 35-41 tahun sebanyak 1 (3%) responden.

b. Jenis kelamin

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Jenis Kelamin	frekuensi (f)	Presentase (%)
Laki-Laki	11	35,5
Perempuan	20	64,5
Total	31	100

Sumber data: primer 2016

Dari penelitian yang dilaksanakan di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari 31 responden diperoleh data jumlah responden terbanyak adalah perempuan dengan jumlah 20 (64,5%) responden dan responden terkecil adalah laki-laki dengan jumlah 11 (35,5%) responden.

c. Tingkat pendidikan

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan pada pasien pasca stroke di unit Fisioterapi RS. Stella Maris Makassar

Pendidikan	frekuensi (f)	Presentase (%)
SD	3	9,7
SMP	6	19,4
SMA	14	45,2
PT	8	25,8
Total	31	100

Sumber data: primer 2016

Hasil penelitian yang dilaksanakan di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari 31 responden data jumlah pendidikan terakhir responden paling banyak adalah SMA 14 (45,2%) responden dan jumlah pendidikan terakhir responden dengan jumlah terkecil adalah SD 3 (9,7%) responden.

d. Pekerjaan

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pekerjaan	frekuensi (f)	Presentase (%)
------------------	----------------------	-----------------------

PNS	3	9,7
Swasta	8	25,8
Petani	4	12,9
Pensiunan	4	12,9
Tidak Kerja	10	32,3
Lain-lain	2	6,5
Total	31	100

umber data: primer 2016

Dari hasil penelitian berdasarkan pekerjaan yang dilaksanakan di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, didapati bahwa dari 31 responden jumlah pekerjaan terbesar berada pada status pekerjaan Tidak Kerja 10 (32,3%) responden dan jumlah terkecil pada status Lain-lain 2 (6,5%) responden.

e. Status perkawinan

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Status Perkawinan	frekuensi (f)	Presentase (%)
Kawin	24	77,4
Janda/Duda	7	22,6

Total	31	100
-------	----	-----

Sumber data primer 2016

Dari hasil penelitian di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, didapati bahwa dari 31 responden berdasarkan status perkawinan paling besar jumlahnya pada status kawin 24 (77,4%) responden dan jumlah terkecil pada status janda/duda 7 (22,6%).

f. Lamanya menderita stroke

Tabel 5.6

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Sakit pada Pasien Pasca Stroke di unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Lama Sakit (Bulan)	frekuensi (f)	Presentase (%)
1-3	9	29
4-6	9	29
7-9	3	9,7
10-12	10	32,3
Total	31	100

Sumber data: primer 2016

Dari hasil penelitian di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari 31 responden berdasarkan lamanya menderita stroke paling besar jumlahnya pada pasien dengan lama menderita stroke 10-12 bulan 10 (32,3%) responden dan jumlah terkecil pada pasien yang menderita stroke 7-9 bulan 3 (9,7%) responden.

4. Hasil Analisa Variabel Penelitian

a. Analisa Univariat

1) *Activity Daily Living* (ADL)

Tabel 5.7

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan *Activity Daily Living* (ADL) pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar

<i>Activity Daily Living</i> (ADL)	frekuensi (f)	Presentase (%)
Mandiri	2	6,5
Tidak Mandiri	29	93,5
Total	31	100

Sumber data: primer 2016

Hasil penelitian yang telah dilaksanakan di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar dari 31 responden diperoleh 29 (93,5%) dengan *activity daily living* (ADL) tidak mandiri, 2 (6,5%) dengan *activity daily living* (ADL).

2) Kualitas Hidup

Tabel 5.8

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Kualitas Hidup	frekuensi (f)	Presentase (%)
Baik	2	6,5

Cukup	12	38,7
Kurang	17	54,8
Total	31	100

Sumber data: primer 2016

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari 31 responden diperoleh 2 (6,5%) responden memiliki kualitas hidup yang baik dan 12 (38,7%) responden dan 17 (54,8%) responden memiliki kualitas hidup yang kurang.

b. Analisa *Bivariat*

Tabel 5.9

Analisis Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Activity Daily Living (ADL)	Kualitas Hidup						Total n	P value	
	Baik		Cukup		Kurang				
	f	%	f	%	F	%			
Mandiri	2	6,5	0	0,0	0	0,0	2	6,5	0,047
Tidak mandiri	0	0,0	12	38,7	17	54,8	29	93,5	
Total	2	6,5	12	38,7	17	54,8	31	100	

Sumber data: primer 2016

Dalam penelitian ini, analisa *bivariat* dilakukan untuk mengetahui hubungan *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke yang masih melakukan rawat jalan di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, diperoleh dari 31

responden didapatkan *activity daily living* (ADL) yang mandiri dengan kualitas hidup baik sebanyak 2 (6,5%) responden, *activity daily living* (ADL) yang mandiri dengan kualitas hidup cukup dan kurang memiliki jumlah yang sama sebanyak 0 (0,0%) responden. *Activity daily living* (ADL) yang tidak mandiri dengan kualitas hidup yang baik sebanyak 0 (0,0%) responden, *activity daily living* (ADL) yang tidak mandiri dengan kualitas hidup cukup sebanyak 12 (38,7%) responden dan *activity daily living* (ADL) yang tidak mandiri dengan kualitas hidup kurang sebanyak 17 (54,8%) responden.

Analisa dengan menggunakan uji statistik *Chi Square*, dilanjutkan dengan uji alternative *Kolmogorov-Smirnov*. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,047$ dimana nilai $\alpha=0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa $p<\alpha$. Hal ini menunjukkan bahwa Hipotesis Alternatif (H_a) diterima dan Hipotesis nol (H_0) ditolak, berarti ada hubungan antara *activity daily living* (ADL) dengan Kualitas Hidup pasien pasca stroke di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di unit fisioterapi rumah sakit stella maris makassar. Hal ini dapat dilihat dari hasil uji statistik *p value* 0,047 dimana nilai $\alpha=0,05$. Hasil yang didapatkan didukung oleh data yang mengatakan bahwa pasien dengan ADL yang tidak mandiri memiliki kualitas hidup yang kurang dengan jumlah responden 17 (54,8%). Hal ini diperkuat oleh pendapat Astrom M dan Asplund K, 2005 dalam Yani, 2010 yang menyatakan bahwa stroke mengakibatkan terjadinya ketidakmampuan fisik, emosi dan

kehidupan sosial. Hal tersebut memberikan pengaruh besar terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke.

Menurut *The World Organization Quality of life Group (WHOQoL)*, kualitas hidup dipengaruhi oleh banyak aspek kehidupan yang terdiri dari beberapa dimensi salah satunya adalah kesehatan fisik berhubungan dengan nyeri, ketergantungan pada obat-obatan, ketidaknyamanan, mobilitas, istirahat dan tidur, aktifitas kehidupan sehari-hari dan kapasitas kerja. Beragam skor kualitas hidup responden dipengaruhi oleh banyak hal, yaitu umur, jenis kelamin, jenis stroke, tingkat pendidikan, fungsi ekstremitas atas, tangan domain, dan penyakit penyerta (Debora dkk, 2005). Karakteristik-karakteristik responden yang meliputi hal-hal tersebut, yang telah tersebut di atas, sedikit banyak juga berperan dalam mempengaruhi skor kualitas hidup responden (Brillianti, 2015).

Sebuah survei yang dilakukan oleh *National Stroke Institute* di Amerika menjelaskan bahwa empat tahun pasca stroke masih menimbulkan dampak yang sulit ditutupi oleh insan pasca stroke (Lingga, 2013). Oleh karena itu kemandirian yang muncul dalam diri insan pasca stroke sangat penting untuk mempercepat proses pemulihan cacat yang dialaminya secara menyeluruh. Untuk itu pasien perlu latihan agar dapat mengerjakan hal-hal sederhana yang saat itu tidak sanggup lagi dikerjakannya. Semakin cepat latihan dimulai, semakin cepat pula pasien menyesuaikan kehidupan barunya secara mandiri. Menurut ahli rehabilitasi medik, sebaiknya latihan dimulai sebelum 6 bulan pasca serangan stroke terjadi agar proses pemulihan berjalan lebih baik (Lingga, 2013).

Setelah melakukan penelitian di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka peneliti berasumsi bahwa kualitas hidup seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor fisik, dan fungsional sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien stroke dan menghambat pasien dalam melakukan aktivitasnya

sehari-hari. Hal ini menjadikan pasien pasca serangan stroke cenderung mengalami tingkat ketergantungan yang tinggi sehingga menjadikan pasien tidak bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri. Ketidakmandirian ini dapat memperparah kondisi pasien dan mempengaruhi kualitas hidupnya. Hal ini dapat kita lihat dari hasil penelitian tabel 5.9 dimana ADL responden tidak mandiri memiliki kualitas hidup kurang dengan jumlah responden 17 (54,8%). Jika ditinjau dari masing-masing domain, aspek yang paling terganggu dari responden adalah aspek fungsi fisik, peran fisik, dan peranan emosi dengan kategori kurang. Sedangkan aspek yang lebih baik dari domain-domain tersebut adalah energi, kesehatan jiwa, fungsi sosial, rasa nyeri, dan kesehatan umum dengan kategori cukup dan baik. Hal ini membuktikan bahwa aspek fungsi fisik merupakan domain yang sangat berpengaruh dalam perubahan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris, diikuti dengan peran fisik dan emosional sehingga ketiga domain ini perlu menjadi perhatian khusus dalam hal pemulihan proses penyembuhan pada pasien stroke terkait kualitas hidupnya sehingga kualitas hidup yang kurang dapat ditingkatkan menjadi baik.

Menurut beberapa penelitian, banyak yang mengungkapkan bahwa kualitas hidup pasien pasca stroke dapat meningkat dengan beberapa upaya yang dilakukan seperti adanya rehabilitasi medik yang komprehensif, *discharge planning* terstruktur, edukasi yang tepat, dukungan orang terdekat, keluarga maupun masyarakat. Upaya ini menjadikan pasien pasca stroke yang mengalami gangguan fisik maupun kecacatan tetap dapat memiliki kualitas hidup yang baik. Namun hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti dimana kualitas hidup pasien pasca stroke cenderung pada kategori kurang. Hal ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah faktor intrinsik. Faktor

intrinsik meliputi kapasitas pasien itu sendiri. Kapasitas pasien berkaitan dengan nilai, keyakinan, motivasi, tingkat pendidikan, status ekonomi, dan lainnya. Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap dirinya sendiri mengenai pencapaian diri kedepan sehingga faktor intrinsik sangat berperan penting dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke yang lebih baik.

Kualitas hidup kurang yang dimiliki oleh pasien pasca stroke dikarenakan ADL yang masih sangat membutuhkan bantuan. Hal ini dapat disebabkan karena pasien stroke yang mengalami penurunan fungsi tidak dapat melakukan hal sesuai yang dia inginkan sehingga harus bergantung pada orang lain dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari dan membuat mereka lebih tidak berguna lagi. Seperti yang kita ketahui seseorang yang menderita stroke mengalami perubahan fisik, perubahan mood atau gangguan psikologis, gangguan komunikasi dan gangguan aktifitas sehari-hari, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Maka dari itu pemulihan pasca stroke dalam hal rehabilitasi perlu dilakukan dengan mempertimbangkan ketepatan dan kecepatan agar program pemulihan berhasil dan dapat meningkatkan harapan hidup pasien.

Aktivitas kehidupan sehari-hari menjadi sebuah kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi dalam menjalani kehidupan. Hal ini dikarenakan manusia tidak pernah lepas dari tuntutan hidup yang mengharuskan mereka terus berkembang dan berkarya demi menjadi manusia yang semakin baik dan mempunyai kualitas hidup yang semakin tinggi. Disaat manusia jatuh sakit dan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dalam jangka waktu lama, disaat itu pula tanpa disadari maupun tidak disadari manusia akan kehilangan harapan hidup dan membuat kualitas hidupnya menjadi terganggu bahkan menurun. Mereka yang biasanya melakukan semua aktivitasnya secara mandiri, setelah mereka jatuh sakit dan

mengalami kelemahan fisik maupun kecacatan pasca stroke semua kebutuhan dan aktivitasnya harus dibantu diantaranya makan, minum, membersihkan diri, dan lain sebagainya. Untuk itu, keluarga merupakan salah satu aspek penting juga dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengumpulan dan pengolahan data penelitian yang telah dilakukan terhadap 31 responden dari tanggal 29 Februari sampai 28 Maret 2016, maka disimpulkan bahwa:

1. Pasien pasca stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar memiliki *activity daily living* (ADL) yang dominan pada kategori tidak mandiri.
2. Pasien pasca stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar memiliki kualitas hidup yang dominan pada kategori kurang.
3. Ada hubungan *activity daily living* (ADL) dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Saran

1. Bagi pengembangan Ilmu Pengetahuan dan teknologi

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan terlebih tentang kualitas hidup pada pasien stroke yang mengacu pada domain-domain kualitas hidup itu sendiri sehingga kedepannya ilmu pengetahuan dapat memberi perhatian lebih tentang pengembangan neurorehabilitasi yang lebih komprehensif dan mendalam di tatanan layanan keperawatan maupun akademik.

2. Bagian Unit Fisioterapi

Hasil penelitian ini dijadikan sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit khususnya unit fisioterapi dalam hal program rehabilitasi pada pasien stroke terlebih yang mengalami gangguan fungsi fisik, fungsi peran maupun emosional. Menjadi tugas ahli rehabilitasi medik untuk menetapkan program rehabilitasi apa yang

harus dilakukan oleh pasien pasca stroke, disamping itu diperlukan juga kerja sama antara dokter ahli saraf dan ahli-ahli yang lain terkait kecacatan yang dialami pasien agar rehabilitasi yang dilakukan benar-benar tepat sasaran. Perawatan dan motivasi yang baik juga perlu ditingkatkan sehingga mereka merasa diperhatikan sehingga pasien memiliki semangat dan tujuan hidup yang baik kedepannya dalam meningkatkan kualitas hidupnya dengan lebih baik lagi.

3. Bagi pasien dan Keluarga

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan informasi bagi pasien maupun keluarga bahwa perlunya melakukan rehabilitasi di rumah maupun di tempat pelayanan rehabilitasi secepat mungkin pasca terjadinya stroke demi meningkatkan kemampuan fisik akibat kelumpuhan sehingga ketergantungan pasien dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari dapat diminimalkan. Pasien juga perlu memotivasi diri sendiri dimana pandangan dirinya terhadap kesembuhan dan harapan hidup tetap ada sehingga dukungan dari keluarga maupun orang terdekat menjadi dorongan kuat dalam meningkatkan kualitas hidupnya.

4. Bagi Peneliti dan Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data awal bagi penelitian selanjutnya agar dapat melakukan penelitian yang lebih lanjut tentang aspek-aspek mengenai kualitas hidup dan dapat menganalisis aspek-aspek tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Batticaca., 2008. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Brillianti. P.A., 2015. *Hubungan self-Management Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke* di Wilayah Puskesmas Pisangan Ciputat. Diakses pada tanggal 2 April 2015
- Broker, C., 2005. *Ensiklopedia Keperawatan*. Singapore: Elsevier
- Budiyono., 2005. *Hubungan Derajat Berat Stroke Non Hemoragik Pada Saat Masuk Rumah Sakit Dengan Waktu Pencapaian Maksimal Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari*. Diakses pada tanggal 1 Desember 2015
- Cella., (1992). *Quality of life*. New York. Oxford university press.
- Dahlan, M.S., 2014. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: deskriptif, bivariat, dan multivariat dilengkapi aplikasi dengan menggunakan SPSS*. Edisi. 6. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Dharma, K. K., (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan* .Edisi Revisi. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Gibney, M. J., 2005. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Handayani, D.Y & Dewi, D.E., 2009. *Analisis kualitas hidup penderita dan keluarga pasca serangan stroke (dengan gejala sisa)*. Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
<http://psychoidea.ump.ac.id/index.php/psikologi/article/viewFile/109/86> diakses pada tanggal 01 desember 2015
- Hasil RISKESDAS., 2013. *Badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementerian kesehatan RI*.
<http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf> diakses pada tanggal 11 januari 2016
- Hidayat, A. A. A., 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Ismayanti, D., 2015. *Hubungan kualitas hidup pasien stroke dengan perawatan diri (self Care) di poliklinik saraf Rumah Sakit Umum Daerah DR. Zainoel Abidin Banda Aceh*. Universitas Syiah Kuala.
<http://etd.unsyiah.ac.id/baca/index.php?id=14901&page=91> diakses tanggal 19 Desember 2015

- Kariasa I Made (2009). *Skripsi Persepsi pasien paska serangan stroke terhadap kualitas hidup dalam perspektif asuhan keperawatan*.<http://www.foxitsoftware.com> diperoleh tanggal November 2015
- Kozier., 2009. *Buku Ajar Praktik dan Keperawatan klinis*. Edisi 5. Jakarta: EGC
- Larasati, T., 2012. *Jurnal Kualitas hidup Pada Wanita yang sudah memasuki masa Menopause*. Yogyakarta. Gunadharma.
www.gunadarma.ac.id/library/articles/graduate/.../Artikel_10504128.pdf diakses pada tanggal 15 Desember 2015
- Lingga Lanny., 2013. *All about stroke: Hidup sebelum dan pasca stroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Maharani, S.H., 2014. *Perbedaan tingkat kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari pada kejadian stroke iskemik serangan pertama dan berulang di RSUD DR. Moewardi Surakarta*. Universitas Sebelas Maret Surakarta. <https://digilib.uns.ac.id/> diakses tanggal 02 Desember 2015
- Misbach Jusuf., 2011. *Stroke: Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta: FKUI. Kelompok studi stroke perhimpunan dokter saraf Indonesia.
- Murphy .B.Et.Al., (2000). *WHOQOL-100, WHOQOL-BREF Australia and WHOQOL Instruments user manual and Interpretation Guide*. http://www_psychiatry.unimelb.edu.au. diakses tanggal 09 Desember 2015
- Muttaqin Arif., 2008. *Pengantar Asuhan keperawatan klien dengan gangguan system persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nofitri, N, F, M., 2009. *Gambaran Kualitas hidup penduduk dewasa pada lima wilayah di Jakarta*. Skripsi. Depok: UI
<http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/125595-155.9%20NOF%20g%20-%20Gambaran%20kualitas%20-%20HA.pdf> diakses pada tanggal 04 Desember 2015
- Nursalam., 2013., *Metodologi Penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- _____, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Price & Wilson., 2012. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses penyakit*. Vol. 2. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Ropyanto & Rofi'i., 2015. *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Self Efficacy dalam Activity Daily Living (ADL) Pasca Open Reduction Internal Fixation (ORIF) Extremitas Bawah* di Kota Semarang: UNDIP. Diakses tanggal 30 November 2015
- Smeltzer & Bare., 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart* . Vol 2. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Satyanegara dkk., 2010. *Ilmu Bedah Saraf Satyanegara*. Jakarta: Pt. Gramedia Pustaka Utama
- Sutrisno, A., 2007. *Sebaiknya Anda Tahu Sebelum Anda Terserang Stroke*. Jakarta: Pt. Buana Printing
- Sugiarto, Andi. 2005. *Penilaian Keseimbangan Dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari Pada Lansia Dip Anti Werdha Pelkris Elim Semarang Dengan Menggunakan Berg Balance Scale Dan Indeks Barthel*. Semarang : UNDIP. Diakses tanggal 21 November 2015
- Seminar Nasional Keperawatan Komunitas., 2015. *Peran perawat dalam pelayanan kesehatan primer menuju masyarakat ekonomi ASEAN*. Semarang 7 November 2015.
http://eprints.undip.ac.id/46770/1/Artikel_Semnaskom_Chandra.pdf
diakses tanggal 23 desember 2015
- Sari, R.K., 2014. *Kemandirian Pemenuhan kebutuhan Activity Daily Living (ADL) pada penderita stroke di Poli Saraf Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo*.
<http://repository.poltekkesmajapahit.ac.id/index.php/PUB-KEP/article/download/572/486> diakses pada tanggal 17 Desember 2015
- Setiahardja, A.S., 2005. *Penilaian Keseimbangan Dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari pada Lansia Di Panti Werdha Pelkris Elim Semarang Dengan Menggunakan Berg Balance Scale dan Indeks Barthel*. Universitas Diponegoro, Semarang
<http://core.ac.uk/download/files/379/11713008.pdf> diakses tanggal 29 November 2015
- The Barthel Indeks. <http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel.pdf> diakses tanggal 09 Januari 2016

- Upik., (2011). *Tesis Pengaruh Discharge Planning Terstruktur Terhadap Kualitas Hidup Pasien Stroke Iskemik*. diakses tanggal 30 November 2015 diakses tanggal 29 November 2015
- Wig. N.L.Pal.H.Ahuja., Mittal, C., Mohan & Agarwal, S., (2006). *The impact of HIV/AIDS on the Quality Of Life: A Cross Sectional Study in North India*. <http://Indianjmedsci.org/article.asp?issn=0019-5359:year=2006>. diakses tanggal 9 Desember 2015
- Wilson, I.B., Cleary, P.D., (1995). *Linking Clinical Variables With Health-Related Quality Of Life: A Conceptual Model of Patient Outcomes*. Jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=385444. diakses tanggal 9 Desember 2015
- Yani, F. I. A., (2010). *Perbedaan Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Antara Pasien Stroke Iskemik Serangan Pertama dan Berulang*.<http://www.ardeyani.com.Un11maret>. diakses tanggal 9 Desember 2015.

JADWAL KEGIATAN

No	Kegiatan	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																								
4	Menyusun Proposal																								
5	Ujian Proposal																								
6	Perbaikan Proposal																								
7	Pelaksanaan Penelitian																								
8	Penyusunan Skripsi																								
9	Ujian Skripsi																								



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT
PROGRAM D-II, S-1 KEPERAWATAN DAN NERS
Jl. Malpa No. 19 Telp. (0411) – 854808 Fax (0411) – 870642 MAKASSAR
Website : www.stihstellamaris.ac.id Email : stikam_rnka@yahoo.co.id

Nomor : STIK-SM/S-10/2016
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RS Stella Maris

Di –
Makassar

Dengan hormat,

Dalam 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 Unit Fisioterapi RS Stella Maris Makassar

Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

N a m a : Sri Wahyuni Slamet
N I M : CX1414201151

Judul Penelitian : "Hubungan Activity Daily Living (ADL) Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke Di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Untuk keperluan tersebut di atas, segala sesuatunya yang berkaitan dengan penelitian akan diselesaikan oleh mahasiswa yang bersangkutan.

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

Makassar, 26 Februari 2016

Hana Pohantung, S.Kep.Ns,MSN
NIDN: 0912106501



RS. Stella Maris

Jl. Somba Opu No. 272
Makassar 90111 - Indonesia

Tel: +62 411 854341
+62 411 871331
+62 411 873388

Fax: +62 411 855520

SURAT KETERANGAN

Nomor : 829A.DIR.SM.DIKL.KET.EX.III.2016

Yang bertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

N a m a : Sri Wahyuni Slamet
Tempat / Tanggal Lahir : Poso, 23 Februari 1993
N I M : CX. 1414201151
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar

Telah melaksanakan penelitian di Unit Fisioterapi RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai tanggal 28 Februari 2016 sampai dengan 28 Maret 2016 dengan judul:
" Hubungan Activity Daily Living (ADL) dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar "

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 29 Maret 2016

Hormat kami,
Direktur,


dr. Thomas Soharjo, M. Kes

cc. Arsip

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian : Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Peneliti : Sri Wahyuni Slamet (CX1414201151)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (inisial) :

umur :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bahwa, saya bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul: "Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke yang dilakukan oleh Sri Wahyuni Slamet. Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya dan sangat rahasia.

Makassar,.....2016

Tanda tangan responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,

Bapak/Ibu, Saudara/i calon Responden

Di-

Tempat

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Wahyuni Slamet

Nim : CX1414201151

Saya mahasiswa STIK Stella Maris Makassar akan mengadakan penelitian mengenai "**Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dengan Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke di Unti Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar**" sebagai persyaratan tugas akhir mahasiswa program S1 Keperawatan.

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

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

Makassar, Januari 2016

Peneliti

**LEMBAR OBSERVASI
INDEKS ADL BARTHEL**

BAGIAN 1. Penilaian Fungsi Perawatan Diri

Nama:.....

No	Fungsi	Skor	Keterangan	Nilai skor
1	Makan	0 5 10	Tidak mampu Perlu ditolong memotong makanan Mandiri	
2	Mandi	0 5	Tergantung orang lain Mandiri	
3	Membersihkan diri (seka muka, sisir rambut, sikat gigi)	0 5	Butuh pertolongan orang lain Mandiri	
4	Memakai baju	0 5 10	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (mis: mengancing baju) Mandiri	
5	Mengendalikan rangsang pembuangan tinja	0 5 10	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar) Kadang-kadang terkendali (1 x seminggu) Terkendali teratur	
6	Mengendalikan rangsang berkemih	0 5 10	Tak terkendali/pakai kateter Kadang-kadang tak terkendali (1x/24 jam) Mandiri	
7	Penggunaan Jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0 5 10	Tergantung pertolongan orang lain Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan Mandiri	
8	Berubah sikap dari baring ke duduk	0 5 10 15	Tidak mampu Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2) Bantuan minimal 1 orang Mandiri	
9	Berpindah/berjalan	0 5 10 15	Tidak mampu Bisa (pindah) dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan 1 orang Mandiri	
10	Naik turun tangga	0 5 10	Tidak mampu Butuh pertolongan Mandiri	
TOTAL SKOR				

LEMBARAN KUESIONER PENELITIAN
KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE

Kuesioner ini akan meminta pendapat anda mengenai kesehatan anda. Informasi yang anda berikan akan membantu kami mengikuti perubahan dan perkembangan perasaan anda dan seberapa jauh anda mampu melakukan aktivitas sehari-hari anda. *Terima kasih atas kesediaan anda untuk menyelesaikan survei ini!*

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

1. Inisial responden : _____
2. Umur : _____
3. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan terakhir : SD SMP SMA Perguruan Tinggi
5. Status perkawinan : Kawin Belum Kawin Janda / Duda
6. Pekerjaan : PNS Wiraswasta Petani
 Pensiunan Tidak bekerja Lain
7. Lama menderita Stroke: _____ tahun.

Petunjuk pengisian :

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

Pertanyaan :

1. **Secara umum, anda akan mengatakan kesehatan anda berada pada kondisi:**
 Luar biasa baik Baik Buruk
 Sangat baik Lumayan
2. **Dibandingkan dengan keadaan satu tahun yang lalu, bagaimana penilaian anda mengenai kesehatan anda secara umum sekarang?**
 Jauh lebih baik sekarang daripada satu tahun yang lalu
 Agak lebih baik sekarang daripada satu tahun yang lalu
 Kurang lebih sama dengan satu tahun yang lalu
 Agak lebih buruk sekarang daripada satu tahun yang lalu

Jauh lebih buruk sekarang daripada satu tahun yang lalu

Pertanyaan-pertanyaan berikut berkaitan dengan kegiatan-kegiatan yang mungkin bisa anda lakukan pada hari-hari biasa. Apakah kesehatan anda sekarang membatasi anda dalam menjalankan kegiatan tersebut? Jika ya, seberapa banyak?

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya, sangat membatasi	Ya, agak membatasi	Tidak, sama sekali tidak membatasi
3	Aktivitas yang berat, seperti berlari, mengangkat barang berat, mengikuti olahraga yang berat			
4	Aktivitas yang menengah, seperti memindahkan meja, menyapu/mengepel lantai, berenang, atau bersepeda			
5	Mengangkat atau membawa barang sekitar 3-5 kg			
6	Menaiki beberapa anak tangga			
7	Menaiki satu anak tangga			
8	Menekuk tubuh, berlutut, membungkuk			
9	Berjalan lebih dari 1 kilometer			
10	Berjalan sekitar 50 rumah (500 meter)			
11	Berjalan sekitar 10 rumah (100 meter)			
12	Mandi atau berpakaian sendiri			

Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering anda pernah mengalami masalah-masalah berikut berkaitan dengan pekerjaan anda atau

kegiatan-kegiatan sehari-hari anda yang lain sebagai akibat dari kesehatan fisik anda?

No	Pertanyaan	Jawaban				
		Selalu	Hampir selalu	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
13	mengurangi jumlah waktu yang anda gunakan untuk bekerja atau aktifitas lain					
14	Hanya dapat mengerjakan pekerjaan lebih sedikit dari yang anda inginkan					
15	Mengalami keterbatasan dalam jenis pekerjaan atau jenis aktifitas lainnya					
16	mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan atau aktifitas lainnya (misalnya memerlukan usaha yang sangat besar dalam melakukannya)					

Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering anda pernah mengalami masalah-masalah berikut ini berkaitan dengan pekerjaan anda atau kegiatan-kegiatan sehari-hari anda yang lain sebagai akibat dari masalah-masalah emosional (seperti merasa depresi atau cemas)?

No	Pertanyaan	Jawaban				
		Selalu	Hampir selalu	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
17	Mengurangi jumlah waktu yang anda gunakan untuk bekerja atau aktifitas lain					
18	Hanya dapat mengerjakan					

	pekerjaan yang lebih sedikit dari yang anda inginkan					
19	Tidak bekerja atau melakukan aktifitas sebaik/seteliti biasanya					

20. **Selama 4 minggu terakhir, sejauh mana kondisi kesehatan fisik atau masalah-masalah emosional telah mengganggu aktivitas sosial anda yang normal dengan keluarga, teman-teman, tetangga, atau kelompok anda? (misalnya pergi rekreasi, arisan, pengajian, dll)**

- Sama sekali tidak Cukup berpengaruh Sangat
 sedikit berpengaruh Berpengaruh

21. **Seberapa banyak rasa nyeri secara fisik anda alami selama 4 minggu terakhir?**

- Tidak ada Ringan Parah
 Sangat ringan Sedang Sangat parah

22. **Selama 4 minggu terakhir, sejauh mana rasa nyeri mengganggu pekerjaan normal anda (baik pekerjaan di luar rumah maupun pekerjaan rumah tangga)?**

- Sama sekali tidak Cukup Sangat
 Agak Banyak

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini berkaitan dengan apa yang anda rasakan dan bagaimana keadaan anda dalam 4 minggu terakhir. Untuk setiap pertanyaan, mohon anda memilih satu jawaban yang paling mendekati apa yang anda rasakan. Seberapa sering selama 4 minggu terakhir ini...

No	Pertanyaan	Jawaban				
		Selalu	Hampir Selalu	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
23	Apakah anda merasa					

	penuh semangat?					
24	Apakah anda merasa sangat gugup?					
25	Apakah anda merasa sangat sedih hingga tak ada yang dapat menghibur anda?					
26	Apakah anda merasa tenang dan damai?					
27	Apakah anda merasa penuh energi?					
28	Apakah anda merasa bimbang dan kecewa?					
29	Apakah anda merasa jenuh/bosan?					
30	Pernahkah anda merasa bahagia?					
31	Apakah anda merasa lelah?					

32. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering kesehatan fisik atau masalah-masalah emosional mengganggu aktivitas-aktivitas sosial anda (seperti berkunjung pada teman, kerabat, dll)?

- Selalu Kadang-kadang
 Hampir selalu Jarang
 Tidak pernah

Seberapa BETUL atau SALAH kah setiap pernyataan-pernyataan berikut ini menurut anda?

No	Pertanyaan	Jawaban				
		Sangat betul	Betul	Tidak tahu	Salah	Sangat salah

33	Saya tampaknya sedikit lebih mudah jatuh sakit dibandingkan orang lain					
34	Saya sama sehatnya dengan seseorang yang saya kenal					
35	Saya merasa bahwa kesehatan saya akan semakin buruk					
36	Kondisi kesehatan saya luar biasa baik					

*Terima kasih atas kesediaan anda menjawab
pertanyaan-pertanyaan ini!
Semoga anda cepat sembuh ^ ^*

Lampiran 8

MASTER TABEL

NO	INS	UMUR	KD	JK	KD	PEND	KD	PEKERJAAN	KD	STS	KD	LS	KD	KUALITAS HIDUP												
														1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	MB	64	5	L	1	SD	1	SWASTA	2	K	1	3	1	25	100	0	0	0	0	0	0	0	0	50	50	25
2	ML	49	3	L	1	PT	4	LAIN-LAIN	6	K	1	12	4	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	50	25
3	N	66	6	P	2	SMA	3	TDK KERJA	5	J	3	6	2	50	75	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75
4	NY	58	4	P	2	SD	1	LAIN-LAIN	6	K	1	3	1	25	75	50	100	100	100	100	100	100	100	100	75	75
5	M	69	6	P	2	SMA	3	PENSIUNAN	4	J	3	11	4	25	75	0	0	0	0	50	0	0	0	0	50	25
6	W	52	4	L	1	SMA	3	SWASTA	2	K	1	3	1	50	75	50	100	100	100	100	100	100	100	50	100	25
7	ME	57	4	P	2	PT	4	PENSIUNAN	4	K	1	12	4	75	25	0	50	100	50	50	100	0	50	50	50	50
8	Z	44	2	L	1	SMA	3	SWASTA	2	K		12	4	50	75	0	0	0	0	50	0	0	0	50	100	25
9	NA	56	4	P	2	SMA	3	TDK KERJA	5	K	1	5	2	25	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	H	59	4	P	2	SMP	2	TDK KERJA	5	K	1	12	4	50	50	50	50	50	100	100	50	50	100	100	100	50
11	Y	54	4	P	2	SMA	3	TDK KERJA	5	K	1	12	4	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	50	25
12	HA	75	7	L	1	SMA	3	SWASTA	2	K	1	11	4	50	0	0	0	0	50	50	50	0	0	50	50	25
13	C	56	4	P	2	SMA	3	TDK KERJA	5	K	1	3	1	50	75	50	0	50	50	0	50	0	0	50	100	50
14	H	60	5	P	2	SMA	3	TDK KERJA	5	K	1	2	1	25	75	0	0	0	0	50	50	0	0	50	50	25
15	K	66	6	P	2	SMP	2	TDK KERJA	5	K	1	2	1	25	75	0	0	0	0	50	50	0	0	50	75	25
16	M	53	3	P	2	SMA	3	TDK KERJA	5	K	1	12	4	50	75	0	50	50	0	0	0	0	0	50	50	50
17	YT	42	2	L	1	PT	4	PNS	1	D	3	5	2	50	75	50	50	50	100	50	50	50	0	50	100	25
18	R	48	3	L	1	SMA	3	SWASTA	2	K	1	4	2	25	75	50	50	50	50	100	50	50	50	100	100	50
19	HS	67	6	P	2	SD	1	PETANI	3	J	3	12	4	25	50	0	50	0	0	50	50	0	50	50	75	25
20	FRB	35	1	P	2	PT	4	PNS	1	K	1	3	1	50	25	0	0	50	0	100	100	0	50	50	100	25
21	DSJ	59	4	L	1	SMP	2	PETANI	3	K	1	9	3	50	0	50	50	100	50	100	100	0	50	50	100	50
22	MT	74	7	P	2	SMP	2	SWASTA	2	K	1	10	4	25	50	50	50	50	50	100	50	100	50	50	100	50
23	SR	72	7	P	2	SMA	3	TDK KERJA	5	K	1	5	2	25	75	50	50	0	0	50	100	50	0	50	100	50
24	SS	64	5	P	2	PT	4	SWASTA	2	K	1	6	2	50	0	50	0	50	50	50	100	50	50	50	100	50
25	E	58	4	L	1	PT	4	PENSIUNAN	4	K	1	8	3	50	75	0	50	50	50	50	50	50	50	100	100	50
26	J	45	2	L	1	PT	4	PNS	1	K	1	6	2	50	75	0	0	0	0	0	0	0	0	50	50	25
27	YM	60	5	P	2	SMA	3	PETANI	3	J	3	3	1	25	75	0	50	0	0	50	50	0	0	50	100	25
28	CH	59	4	L	1	PT	4	PENSIUNAN	4	D	3	5	2	50	75	50	100	50	50	100	50	0	50	100	100	25
29	AS	50	3	P	2	SMP	2	TDK KERJA	5	J	3	9	3	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0	50	100	25
30	NP	58	4	P	2	SMP	2	PETANI	3	K	1	4	2	25	75	0	50	0	0	50	50	0	0	50	100	25
31	SG	70	6	P	2	SMA	3	SWASTA	2	K	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	100	25

Lampiran 8

14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	JML	KATEGORI	KD
25	25	25	25	25	25	25	100	100	25	25	25	25	25	25	25	25	50	25	75	25	75	100	1175	KURANG	1
25	25	25	25	25	25	25	75	50	50	50	50	75	75	75	75	50	75	50	25	50	25	25	1200	KURANG	1
75	75	50	75	75	75	100	100	100	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	2925	BAIK	3
75	75	50	75	75	50	100	100	100	75	75	50	50	75	75	75	75	75	75	50	75	75	75	2775	KURANG	1
25	25	25	25	25	25	25	50	50	75	50	50	50	50	50	25	50	50	50	25	50	75	50	1200	KURANG	1
75	75	75	50	50	50	50	40	50	100	100	100	100	100	100	50	75	75	50	75	75	75	75	2715	BAIK	3
50	25	50	25	25	25	100	100	100	75	100	100	100	100	100	50	100	50	50	75	75	75	75	2275	CUKUP	2
25	25	25	25	25	25	25	40	25	50	50	50	25	50	50	25	50	25	50	25	25	75	50	1190	KURANG	1
0	0	0	0	0	0	0	20	25	50	75	25	50	50	25	25	50	50	25	75	75	75	75	895	KURANG	1
50	50	50	50	50	50	75	60	75	75	75	75	75	75	75	50	50	50	50	25	75	50	75	2285	CUKUP	2
25	25	25	50	25	25	25	75	50	50	50	50	75	50	50	75	50	75	50	25	50	50	25	1200	KURANG	1
25	25	25	25	25	25	25	40	25	50	50	100	50	50	50	25	50	25	50	25	50	25	25	1190	KURANG	1
50	50	50	25	50	50	100	80	75	75	50	100	75	75	50	25	50	50	50	25	50	50	75	1855	CUKUP	2
25	0	0	25	0	25	25	60	75	50	75	50	50	50	50	25	75	25	25	25	25	25	25	1135	KURANG	1
25	25	25	25	25	25	25	60	25	50	75	50	50	50	25	25	50	25	25	25	50	50	25	1185	KURANG	1
25	25	25	50	25	25	25	40	25	50	25	25	50	50	50	25	50	25	50	25	25	50	25	1165	KURANG	1
25	25	25	25	25	25	75	60	75	75	75	75	75	75	75	50	75	50	50	25	75	75	50	1960	CUKUP	2
25	25	25	50	25	25	50	40	50	75	50	75	75	75	75	50	50	50	25	25	25	50	25	1840	CUKUP	2
25	25	0	25	25	0	25	60	25	75	50	75	25	50	50	25	50	25	25	25	25	25	25	1185	KURANG	1
25	50	50	50	50	50	25	60	50	100	50	100	100	100	100	50	75	50	25	25	25	100	75	1935	CUKUP	2
50	75	75	50	50	50	50	60	50	100	50	100	100	100	50	50	75	50	50	25	50	100	75	2235	CUKUP	2
75	75	50	50	75	50	75	60	50	75	75	75	50	50	75	75	50	50	50	25	50	50	25	2110	CUKUP	2
75	50	50	50	75	25	75	40	50	50	50	75	50	50	75	75	50	50	25	25	25	50	25	1765	CUKUP	2
75	50	50	75	75	100	0	40	75	100	100	50	100	100	100	50	100	50	50	25	100	100	25	2240	CUKUP	2
25	25	25	50	25	25	50	60	75	75	75	100	75	75	75	50	75	50	75	25	25	75	50	1985	CUKUP	2
0	0	0	25	0	0	25	60	75	50	75	75	50	50	75	25	50	25	50	25	50	50	25	1110	KURANG	1
0	0	0	25	0	0	25	40	25	50	50	75	50	50	50	25	50	25	50	0	25	50	0	1090	KURANG	1
0	0	0	25	0	0	25	60	75	75	75	75	75	75	100	50	75	50	50	75	50	50	75	1935	CUKUP	2
0	0	0	25	0	0	50	60	75	100	75	75	75	75	75	0	50	0	50	25	10	50	25	1120	KURANG	1
0	0	0	25	0	0	25	60	50	50	50	75	50	50	50	25	50	25	50	25	50	25	25	1185	KURANG	1
0	0	0	25	0	0	25	40	25	25	50	50	25	25	50	25	50	25	50	25	0	50	0	740	KURANG	1

Lampiran 8

ACTIVITY DAILY LIVING (ADL)										JUMLAH	KATEGORI	KODE
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
10	0	5	10	10	10	5	15	15	5	85	TIDAK MANDIRI	1
5	0	5	5	10	10	5	10	10	5	65	TIDAK MANDIRI	1
10	5	5	10	10	10	10	15	15	10	100	MANDIRI	2
5	0	5	5	10	10	5	10	10	0	60	TIDAK MANDIRI	1
5	5	5	5	10	10	5	10	10	5	70	TIDAK MANDIRI	1
10	5	5	10	10	10	10	15	15	10	100	MANDIRI	2
5	0	5	10	10	10	5	10	10	5	70	TIDAK MANDIRI	1
5	5	5	5	10	5	5	10	10	5	65	TIDAK MANDIRI	1
5	0	5	5	10	10	5	10	5	0	55	TIDAK MANDIRI	1
5	5	5	10	10	10	10	10	10	5	80	TIDAK MANDIRI	1
10	5	5	10	10	10	10	15	15	10	100	TIDAK MANDIRI	1
10	0	5	10	10	10	10	10	10	5	80	TIDAK MANDIRI	1
10	10	10	10	10	10	5	10	10	5	90	TIDAK MANDIRI	1
5	0	0	0	10	10	5	15	10	5	60	TIDAK MANDIRI	1
5	5	5	10	10	10	5	10	10	5	75	TIDAK MANDIRI	1
5	0	5	5	10	10	5	10	10	5	65	TIDAK MANDIRI	1
10	5	5	10	10	10	5	10	10	5	80	TIDAK MANDIRI	1
10	5	5	5	10	10	5	10	10	5	75	TIDAK MANDIRI	1
5	5	5	5	10	10	5	10	10	5	70	TIDAK MANDIRI	1
10	5	5	5	10	10	5	15	5	5	75	TIDAK MANDIRI	1
10	5	5	5	10	10	10	15	15	5	90	TIDAK MANDIRI	1
10	5	5	10	10	10	10	10	10	5	85	TIDAK MANDIRI	1
5	5	5	10	10	10	5	10	10	5	75	TIDAK MANDIRI	1
10	5	5	10	10	10	10	10	15	5	90	TIDAK MANDIRI	1
10	5	5	10	10	10	5	10	10	5	80	TIDAK MANDIRI	1
5	0	5	5	10	10	5	10	10	5	65	TIDAK MANDIRI	1
5	5	5	5	10	10	5	10	10	5	70	TIDAK MANDIRI	1
10	5	5	10	10	10	10	10	10	5	85	TIDAK MANDIRI	1
5	5	5	10	10	10	5	10	10	5	75	TIDAK MANDIRI	1
5	5	5	5	10	10	5	10	10	5	70	TIDAK MANDIRI	1
5	5	5	10	10	10	5	10	10	5	75	TIDAK MANDIRI	1

Lampiran 8

KETERANGAN

UMUR (TAHUN): 1=(35-41); 2=(42-47); 3=(48-53); 4=(54-59); 5=(60-65); 6=(66-71); 7=>72)

JENIS KELAMIN (JK): 1=(LAKI-LAKI); 2=(PEREMPUAN)

PENDIDIKAN: 1=(SD); 2=(SMP); 3=(SMA); 4=(PT)

PEKERJAAN: 1=(PNS); 2=(SWASTA); 3=(PETANI); 4=(PENSIUNAN); 5=(TIDAK BEKERJA); 6=(LAIN-LAIN)

STATUS : 1=(KAWIN); 2=(BELUM KAWIN)

3=(JANDA/DUDA)

LAMA SAKIT (BULAN): 1=(1-3); 2=(4-6); 3=(7-9); 4=(10-12)

Frequency Table

Statistics

		UMUR	JK	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	STATUS	LAMA STROKE
N	Valid	31	31	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0	0	0

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	35-41	1	3,2	3,2	3,2
	42-47	3	9,7	9,7	12,9
	48-53	4	12,9	12,9	25,8
	54-59	11	35,5	35,5	61,3
	60-65	4	12,9	12,9	74,2
	66-71	5	16,1	16,1	90,3
	>72	3	9,7	9,7	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

JK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	11	35,5	35,5	35,5
	PEREMPUAN	20	64,5	64,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

PENDIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	3	9,7	9,7	9,7
	SMP	6	19,4	19,4	29,0
	SMA	14	45,2	45,2	74,2
	PT	8	25,8	25,8	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Lampiran 9

PEKERJAAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
PNS	3	9,7	9,7	9,7
SWASTA	8	25,8	25,8	35,5
PETANI	4	12,9	12,9	48,4
Valid Pensiunan	4	12,9	12,9	61,3
Tidak Kerja	10	32,3	32,3	93,5
Lain-lain	2	6,5	6,5	100,0
Total	31	100,0	100,0	

STATUS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kawin	24	77,4	77,4	77,4
Valid Janda/Duda	7	22,6	22,6	100,0
Total	31	100,0	100,0	

LAMA STROKE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1-3	9	29,0	29,0	29,0
4-6	9	29,0	29,0	58,1
Valid 7-9	3	9,7	9,7	67,7
10-12	10	32,3	32,3	100,0
Total	31	100,0	100,0	

ADL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Mandiri	29	93,5	93,5	93,5
Valid Mandiri	2	6,5	6,5	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Lampiran 9

KUALITAS HIDUP

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KURANG	17	54,8	54,8
	CUKUP	12	38,7	93,5
	BAIK	2	6,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ADL * KUALITAS HIDUP	31	100,0%	0	0,0%	31	100,0%

ADL * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

		KUALITAS HIDUP			Total		
		KURANG	CUKUP	BAIK			
ADL	TIDAK MANDIRI	Count	17	12	0	29	
		Expected Count	15,9	11,2	1,9	29,0	
		% within ADL	58,6%	41,4%	0,0%	100,0%	
		% within KUALITAS HIDUP	100,0%	100,0%	0,0%	93,5%	
		% of Total	54,8%	38,7%	0,0%	93,5%	
	MANDIRI		Count	0	0	2	2
			Expected Count	1,1	,8	,1	2,0
			% within ADL	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
			% within KUALITAS HIDUP	0,0%	0,0%	100,0%	6,5%
	% of Total	0,0%	0,0%	6,5%	6,5%		
Total		Count	17	12	2	31	
		Expected Count	17,0	12,0	2,0	31,0	
		% within ADL	54,8%	38,7%	6,5%	100,0%	
		% within KUALITAS HIDUP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	54,8%	38,7%	6,5%	100,0%		

Lampiran 9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,000 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	14,831	2	,001
Linear-by-Linear Association	12,027	1	,001
N of Valid Cases	31		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Frequencies

	ADL	N
KUALITAS HIDUP	TIDAK MANDIRI	29
	MANDIRI	2
	Total	31

Test Statistics^a

		KUALITAS HIDUP
Most Extreme Differences	Absolute	1,000
	Positive	1,000
	Negative	,000
Kolmogorov-Smirnov Z		1,368
Asymp. Sig. (2-tailed)		,047

a. Grouping Variable: ADL