

KUALITAS HIDUP PADA PASIEN STROKE



SKRIPSI

**Disusun oleh:
Sujasmin Lubis
NIM. 14010083**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
PADANGSIDIMPUAN
2019**

KUALITAS HIDUP PADA PASIEN STROKE



**Diajukan untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan Program Sarjana**

**Disusun oleh:
Sujasmin Lubis
NIM. 14010083**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
PADANGSIDIMPUAN
2019**

IDENTITAS PENULIS

Nama : **Sujasmin Lubis**

NIM : **14010083**

Tempat/TanggalLahir : Hutaimbaru/ 21 September 1996

Jenis Kelamin : Laki - laki

Alamat : Desa Hutaimbaru, Kec. Barumun, Kab. Padang lawas

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri No 010010 Huitambaru : Lulus tahun 2008
2. MTSN Sibuhuan : Lulus tahun 2011
3. SMK Kesehatan Sidimpuan Husyada : Lulus tahun 2014

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan hidayah-Nya peneliti dapat menyusun skripsi yang berjudul **“Kualitas Hidup Pasien Stroke”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aufa Royhan Padangsidempuan.

Peneliti banyak memperoleh bimbingan serta bantuan dalam proses penyusunan skripsi ini. Oleh sebab itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi - tingginya kepada yang terhormat:

1. Ns. Sukhri Herianto Ritonga, M.Kep selaku Ketua Universitas AUFA ROYHAN Padangsidempuan.
2. Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep sebagai Ketua Program Study Keperawatan program sarjana Universitas AUFA ROYHAN Padangsidempuan, atas waktu dan kesediaan untuk memberikan bimbingan dan masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Ns. Fahrizal Alwy, M.Kep, selaku pembimbing 1, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Nurul Hidayah, SKM, MKM, selaku pembimbing 2, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Kepala RSUD Kota Padangsidempuan, yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di RSUD Kota Padangsidempuan.
6. Seluruh dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Aufa Royhan Padangsidempuan, atas pengajaran dan bantuan yang diberikan selama ini.

7. Para Penderita Stroke yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian.
8. Orang tua saya (Alm. Parmonangan Lubis) atas dukungan, semangat, perhatian, pengertian dan nasehat yang tiada henti dan sangat berarti bagiku sehingga skripsi ini dapat diselesaikan
9. Sahabat – sahabatku tercinta (yang tidak dapat kusebutkan satu per satu namanya) beserta teman-teman satu bimbingan, atas dukungan, bantuan, dan kesediaan sebagai tempat berkeluh kesah dan berbagi ilmu.

Peneliti berharap agar penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, terutama bagi dunia keperawatan. Adapun kritik dan saran yang bersifat membangun sangat peneliti butuhkan dalam rangka perbaikan di masa yang akan datang.

Padangsidempuan, Februari 2019

Peneliti

Sujasmin Lubis
NIM. 14010083

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN

Laporan penelitian, Juli 2019

Sujasmin Lubis

Kualitas Hidup Pasien Stroke

Abstrak

Stroke adalah suatu sindrom klinis dengan karakteristik kehilangan fungsi otak dengan gejala lebih dari 24 jam, dapat menyebabkan kematian dan dihubungkan dengan terjadinya pendarahan spontan ke dalam substansi otak (stroke hemoragik) atau tidak adekuatnya suplai darah ke otak (stroke iskemik) sebagai akibat dari aliran darah rendah, trombosis atau emboli yang berhubungan dengan penyakit pembuluh darah dan jantung. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke. Jenis Penelitian yang dilakukan adalah penelitian Kuantitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan jumlah responden sebanyak 30 orang. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan. Berdasarkan kualitas hidup pasien stroke dikelompokkan atas dua kategori yaitu baik dan buruk. Dari 30 responden mayoritas kualitas hidup yaitu baik 18 orang (60,0%) dan minoritas kualitas hidup yaitu buruk sebanyak 12 orang (40,0%). Disarankan agar bisa memberikan kualitas hidup yang lebih baik lagi bagi pasien yang menderita stroke.

Kata kunci : Kualitas Hidup, Pasien Stroke

Daftar pustaka: 21 (2009 - 2017)

STUDY PROGRAM OF NURSING
University Aufa Royhan Padangsidempuan

Research report, July 2019

Sujasmin Lubis

The Quality of Life of Stroke Patients

Abstract

Stroke is a clinical syndrome characterized by loss of brain function with symptoms over 24 hours, can cause death and speak with spontaneous bleeding into the brain substance (hemorrhagic stroke) or inadequate blood supply to the brain (ischemic stroke) as a result of low pressure, thrombosis or embolism associated with vascular and heart disease. The purpose of this study was to determine the quality of life of stroke patients. The type of research conducted is quantitative research. The design used was descriptive with the number of respondents as many as 30 people. This research was carried out at The City General Hospital in The City of Padangsidempuan. Based on the quality of life of stroke patients grouped into two categories, namely good and bad. From 30 respondents the majority of good quality of life as many as 18 people (60,0%) and minority of poor quality of life as many as 12 patients (40,0%). It is recommended to be able to provide a better quality of life for patients suffering from stroke.

Keywords: *The Quality of Life, Stroke*

Bibliography: *21 (2009 - 2017)*

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
IDENTITAS PENULIS	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Kualitas Hidup	6
2.2. Stroke	13
2.4. Kerangka Konsep	19
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1. Jenis dan Desain Penelitian	21
3.2. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian	22
3.3. Populasi dan Sampel	22
3.4. Etika Penelitian	23
3.5. Prosedur Pengumpulan Data	24
3.6. Defenisi Operasional	25
3.7. Analisa Data	25
BAB IV HASIL PENELITIAN	
4.1. Hasil Penelitian	28
4.2. Analisa Univariat	28
BAB V PEMBAHASAN	
5.1. Analisa Univariat	31
5.1.1. Karakteristik Berdasarkan Umur	31
5.1.2. Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin	32
5.1.3. Karakteristik Berdasarkan Pendidikan	33
5.1.4. Karakteristik Berdasarkan Kualitas Hidup	34
BAB VI PENUTUP	

6.1 Kesimpulan.....	36
6.2. Saran.....	36

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Definisi Operasional.....	25
Tabel 2 Jadwal Kegiatan.....	22

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 1. Kerangka Konsep Penelitian.....	19

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Permohonan menjadi Responden

Lampiran 2: Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 3: Jadwal penelitian

Lampiran 4: kuesioner Dukungan Keluarga ,Kuesioner Kunjungan Ke
Posyandu Lansia

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit penyebab kematian nomor dua di dunia, serta penyebab utama kecacatan pada orang dewasa di banyak negara (Silverman & Rymer, 2009), salah satunya yaitu di Indonesia (Auryn, 2007). Setiap tahunnya mencapai lebih dari 36 juta orang meninggal dunia dengan persentasi 63% dari seluruh penyebab kematian karena Penyakit Tidak Menular (PTM) tersebut (Kemenkes, 2014). Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah kelompok usia 75 tahun ke atas yaitu sebesar 43,1% dan yang terendah adalah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu 0,2%. Jika dilihat dari jenis kelaminnya, penyakit stroke sedikit lebih banyak diderita oleh laki laki (7,1%) dibandingkan dengan perempuan (6,8%) (Kemenkes, 2013).

Data WHO (2010) , stroke adalah suatu tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler (Birtane & Tastekin, 2010). Seseorang yang menderita stroke pada umumnya akan kehilangan sebagian atau seluruh fungsi tubuh tertentu. Suplai darah yang sempat terhenti menyebabkan tubuh tidak lagi berfungsi dengan baik (Videbeck, 2001). Melihat kondisi tersebut, akibatnya pasien stroke tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan lancar, memiliki gangguan mental emosional, dan penurunan produktivitas yang dapat berdampak pada kualitas hidupnya. Keterbatasan kemampuan mereka untuk

melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari tersebut dapat menurunkan kualitas hidup yang dimilikinya (Haghgoo, Pazuki, Hosseini, & Rassafiani, 2013). Individu yang mengalami stroke juga tidak dapat hidup mandiri karena mereka membutuhkan bantuan orang lain untuk menjalani aktivitas sehari-hari (Birtane & Tastekin, 2010). Selain itu, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dayapoglu dan Tan (2010) menunjukkan bahwa adanya kualitas hidup yang buruk pada pasien stroke.

Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2013, prevalensi stroke di Indonesia sebesar 12,1 per 1000 penduduk Indonesia. Prevalensi ini diperkirakan akan terus meningkat seiring bertambahnya umur. Pada Kabupaten Tangerang kasus stroke di tahun 2016 meningkat sebesar 30% dibandingkan dengan tahun 2015 dengan jumlah 403 kasus (Dinkes Kabupaten Tangerang, 2016). Selain itu, peningkatan kasus stroke juga terjadi di salah satu rumah sakit di Kabupaten Tangerang dengan data prevalensi yaitu pada tahun 2015 terjadi 105 kasus, pada tahun 2016 terjadi 111 kasus, dan pada tahun 2017 terjadi 148 kasus.

Data riset kesehatan tahun 2018 prevalensi stroke tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Selatan (17,9%). Sementara itu di Provinsi Sumatera Utara prevalensi kejadian stroke sebesar (6,3%). Prevalensi kejadian stroke juga meningkat seiring bertambahnya usia. Kasus stroke tertinggi adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan lebih banyak pria (7,1%) dibandingkan dengan wanita (6,8%) (Depkes, 2018).

Data WHO (1997) kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai kedudukannya di dalam kehidupan yang berkaitan dengan budaya serta norma

yang berlaku dimana individu tersebut tinggal dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standarisasi, dan kepentingannya. Secara umum kualitas hidup dapat dilihat dari beberapa domain yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Stroke dapat mengakibatkan banyak perubahan dalam kehidupan penderitanya. Berdasarkan hasil penelitian, WHO menyebutkan bahwa seperlima sampai dengan setengah dari penderita stroke mengalami kecacatan menahun yang mengakibatkan munculnya keputusan, merasa diri tidak berguna, tidak ada gairah hidup, disertai dengan keinginan berbicara, makan dan bekerja yang menurun (Hasan & Rufaidah, 2013). Kondisi ini mengakibatkan berbagai aspek dalam kehidupan terganggu, seperti gangguan dalam aspek fisik dan gangguan dalam aspek psikologis (Hasan & Rufaidah, 2013).

Hasil survey pendahuluan yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan terdapat 70 orang yang menderita stroke pada tahun 2017. Penelitian serupa pernah dilakukan oleh (Savira Juniastria pada tahun 2018) tentang hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien stroke menyatakan bahwa dari hasil penelitian dengan jumlah 46 responden yang telah didiagnosis stroke. Hasil analisis data menggunakan *Pearson's product moment* menunjukkan bahwa korelasi antara dukungan sosial dan kualitas hidup memiliki nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) dengan nilai $r = 0,938$.

Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke. Peneliti akan melakukan penelitian yang berbeda dari penelitian sebelumnya yaitu dari populasi penelitian sebelumnya sampelnya yaitu

penderita hipertensi sedangkan penelitian ini yaitu penderita yang memiliki riwayat stroke.

1.2.Rumusan Masalah

Bagaimana Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke di RSUD Padangsidmpuan.

1.3.Tujuan dan Manfaat

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui karakteristik responden.
2. Untuk mengetahui Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi ilmu keperawatan

Hasil penelitian diharapkan memperkaya literature untuk ilmu keperawatan dan mampu dijadikan tambahan referensi penelitian selanjutnya tentang hipertensi.

1.4.2 Manfaat bagi peneliti

Memperkaya ilmu pengetahuan dan pengalaman dari hasil penelitian yang telah dilakukan sehingga berguna bagi pekerja dan orang lain. Selain itu hasil penelitian diharapkan memperkaya literature untuk ilmu keperawatan dan mampu dijadikan tambahan referensi penelitian selanjutnya tentang stroke.

1.4.1 Manfaat Bagi Tempat Penelitian

Sebagai bahan masukan untuk penambahan ilmu pengetahuan serta diharapkan hasil penelitian dapat dikembangkan untuk mengatasi masalah kualitas hidup.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kualitas Hidup

2.1.1. Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) Group (dalam Rapley, 2003), di definisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang. (Nimas, 2012).

Kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu dari posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka tinggal dan dalam hubungannya dengan tujuan mereka, harapan, standar dan kekhawatiran (WHO, 1996).

Kualitas hidup merupakan persepsi subjektif dari individu terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari yang dialaminya (Urifah, 2012). Sedangkan menurut Chipper (dalam Ware, 1992) mengemukakan kualitas hidup sebagai kemampuan fungsional akibat penyakit dan pengobatan yang diberikan menurut pandangan atau perasaan pasien.

Donald (dalam Urifah, 2012) menyatakan kualitas hidup merupakan suatu terminologi yang menunjukkan tentang kesehatan fisik, sosial dan emosi seseorang serta kemampuannya untuk melaksanakan tugas sehari-hari.

Kualitas hidup adalah suatu cara hidup, sesuatu yang yang esensial untuk menyemangati hidup, eksistensi berbagai pengalaman fisik dan mental seorang

individu yang dapat mengubah eksistensi selanjutnya dari individu tersebut di kemudian hari, status sosial yang tinggi, dan gambaran karakteristik tipikal dari kehidupan seseorang individu (Brian, 2003).

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

Menurut Cohan & Lazarus (dalam Handini, 2011) kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seseorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dilihat dari tujuan hidupnya, kontrol pribadinya, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi. Sedangkan Ghazali juga mengungkap faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya adalah mengenali diri sendiri, adaptasi, merasakan perhatian orang lain, perasaan kasih dan sayang, bersikap optimis, mengembangkan sikap empati.

Defenisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (*health-related quality of life*) dikemukakan oleh Testa dan Nackley (Rapley, 2003), bahwa kualitas hidup berarti suatu rentang antara keadaan objektif dan persepsi subjektif dari mereka. Testa dan Nackley menggambarkan kualitas hidup merupakan seperangkat bagian-bagian yang berhubungan dengan fisik, fungsional, psikologis, dan kesehatan sosial dari individu. Ketika digunakan

dalam konteks ini, hal tersebut sering kali mengarah pada kualitas hidup yang mengarah pada kesehatan. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mencakup lima dimensi yaitu kesempatan, persepsi kesehatan, status fungsional, penyakit, dan kematian.

Sedangkan menurut Hermann (Silitonga, 2007) kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari pasien terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain.

Kualitas hidup menurut definisi WHO adalah persepsi individu tentang keberadaannya di kehidupan dalam konteks budaya dan system nilai tempat ia tinggal. Jadi dalam skala yang luas meliputi berbagai sisi kehidupan seseorang baik dari segi fisik, psikologis, kepercayaan pribadi, dan hubungan sosial untuk berinteraksi dengan lingkungannya. Definisi ini merefleksikan pandangan bahwa kualitas hidup merupakan evaluasi subjektif, yang tertanam dalam konteks cultural, sosial dan lingkungan. Kualitas hidup tidak dapat disederhanakan dan disamakandengan status kesehatan, gaya hidup, kenyamanan hidup, status mental dan rasa aman (Snoek, dalam Indahria, 2013).

Menurut Karangora (2012) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup seseorang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya. Kualitas hidup individu yang satu dengan yang lainnya akan

berbeda, hal itu tergantung pada definisi atau interpretasi masing-masing individu tentang kualitas hidup yang baik. Kualitas hidup akan sangat rendah apabila aspek-aspek dari kualitas hidup itu sendiri masih kurang dipenuhi.

Dari beberapa uraian tentang kualitas hidup diatas maka dapat ditegaskan bahwa yang dimaksud dengan kualitas hidup dalam kontek penelitian ini adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupannya baik dilihat dari konteks budaya maupun system nilai dimana mereka tinggal dan hidup yang ada hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standart dan fokus hidup mereka yang mencakup beberapa aspek sekaligus, diantaranya aspek kondisi fisik, psikologis, sosial dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari.

2.1.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Kualitas hidup pasien diabetes melitus dipengaruhi oleh berbagai faktor baik secara medis, maupun psikologis. Berbagai faktor tersebut diantaranya adalah pemahaman terhadap diabetes, penyesuaian terhadap diabetes, depresi, regulasi diri (Watkins,Connell, Fitzgerald, Klem, Hickey & Dayton, 2000) emosi negatif, efikasi diri, dukungan sosial, komplikasi mayor (kebutaan, dialysis, neuropati, luka kaki, amputasi, stroke dan gagal jantung), karakteristik kepribadian dan perilaku koping (Rose et al., 1998; 2002), tipe dan lamanya diabetes, tritmen diabetes, kadar gula darah, locus of control, jenis kelamin, tingkat pendidikan, usia, status perkawinan dan edukasidiabetes (Milencovic et al.,2004; Akimoto et al.,2004), emotional distress yang berhubungan dengan diabetes (Polonsky, Fisher, Earles,Dudl, Lees, Mullan & Richard, 2005). (Melina, 2011)

Raebun dan Rootman (Angriyani, 2008) mengemukakan bahwa terdapat delapan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, yaitu:

1. kontrol, berkaitan dengan control terhadap perilaku yang dilakukan oleh seseorang, seperti pembahasan terhadap kegiatan untuk menjaga kondisi tubuh.
2. Kesempatan yang potensial, berkaitan dengan seberapa besar seseorang dapat melihat peluang yang dimilikinya.
3. Keterampilan, berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan keterampilan lain yang mengakibatkan ia dapat mengembangkan dirinya, seperti mengikuti suatu kegiatan atau kursus tertentu.
4. Sistem dukungan, termasuk didalamnya dukungan yang berasal dari lingkungan keluarga, masyarakat maupun sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal atau rumah yang layak dan fasilitas-fasilitas yang memadai sehingga dapat menunjang kehidupan.
5. Kejadian dalam hidup, hal ini terkait dengan tugas perkembangan dan stress yang diakibatkan oleh tugas tersebut. Kejadian dalam hidup sangat berhubungan erat dengan tugas perkembangan yang harus dijalani, dan terkadang kemampuan seseorang untuk menjalani tugas tersebut mengakibatkan tekanan tersendiri.
6. Sumber daya, terkait dengan kemampuan dan kondisi fisik seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah apa yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu.

7. Perubahan lingkungan, berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar seperti rusaknya tempat tinggal akibat bencana.
 8. Perubahan politik, berkaitan dengan masalah Negara seperti krisis moneter sehingga menyebabkan orang kehilangan pekerjaan/mata pencaharian.
- Selain itu, kualitas hidup seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya, mengenali diri sendiri, adaptasi, merasakan pasienan orang lain, perasaan kasih dan sayang, bersikap optimis, mengembangkan sikap empati.

2.1.3 Aspek-Aspek Kualitas Hidup

Menurut WHO (1996) terdapat empat aspek mengenaikualitas hidup, diantaranya sebagai berikut:

1. Kesehatan fisik, diantaranya Aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada zat obat dan alat bantu medis, energi dan kelelahan, mobilitas, rasa sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja.
2. Kesejahteraan psikologi, diantaranya image tubuh dan penampilan, perasaan negative, perasaan positif, harga diri, spiritualitas/agama/keyakinan pribadi, berpikir , belajar , memori dan konsentrasi.
3. Hubungan sosial, diantaranya hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual.
4. Hubungan dengan lingkungan, diantaranya sumber keuangan, kebebasan, keamanan fisik dan keamanan Kesehatan dan perawatan sosial : aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, Peluang untuk memperoleh

informasi dan keterampilan baru, partisipasi dalam dan peluang untuk kegiatan rekreasi / olahraga, lingkungan fisik (polusi / suara / lalu lintas / iklim), mengangkut. Menurut WHOQOL-BREF (dalam rapley, 2003) terdapatempat aspek mengenai kualitas hidup, diantaranya sebagai berikut:(Nimas, 2012)

5. Kesehatan fisik, mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur/istirahat, kapasitas kerja
6. Kesejahteraan psikologis, mencakup *bodily image appearance*, perasaan negative, perasaan positif, *self-esteem*, spiritual/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
7. Hubungan sosial, mencakup relasi personal, dukungan sosial, aktivitas seksual.
8. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan, partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktuluang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim serta transportasi.

2.1.4. Pengukuran Kualitas Hidup

Kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah teruji dengan baik. Dalam merancang instrumen perlu

dipikirkan bahwa alat itu harus khas untuk mengukur suatu ukuran kualitas hidup, dapat menghasilkan data yang tepat, mengetahui perubahan yang terjadi dan instrumen itu mempunyai nilai realibilitas, validitas dan sensitifitas yang cukup tinggi. Secara umum pengukuran kualitas hidup yang dipakai dibagi dalam dua kelompok besar yaitu pengukurang kualitas hidup secara umum (*generic scale*) dan pengukuran kualitas hidup secara khusus (*specific scale*) (Hermann, 1993) dalam (Suryawati, 1999).

Untuk SSQOL, instrumen ini terdiri dari 12 domain dan 49 item pertanyaan. Domain SSQOL adalah *energy, family roles, language, mobility, mood, personality, self care, social roles, thinking, upperextremity function, vision* dan *work/productivity*. Dalam penelitian ini nantinya akan menggunakan instrumen SSQOL untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan pasien stroke.

2.1.5 Kategori Kualitas Hidup

1. Kualitas Hidup baik
2. Kualitas hidup Buruk

2.2. Stroke

2.2.1 Pengertian Stroke

Stroke adalah suatu sindrom klinis dengan karakteristik kehilangan fungsi otak dengan gejala lebih dari 24 jam, dapat menyebabkan kematian dan dihubungkan dengan terjadinya pendarahan spontan ke dalam substansi otak (stroke hemoragik) atau tidak adekuatnya suplai darah ke otak (stroke iskemik) sebagai akibat dari aliran darah rendah, trombosis atau emboli yang berhubungan dengan penyakit pembuluh darah dan jantung (Mann & Walker, 2011).

Defenisi stroke menurut WHO adalah manifestasi klinik dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun menyeluruh (global), yang berlangsung dengan cepat, berlangsung lebih dari 24 jam, atau berakhir dengan maut, tanpa ditemukannya penyebab selain dari pada gangguan vaskular (Harsono, 2005).

2.2.2. Penyebab Stroke

Mutaqin (2008), penyebab stroke terdiri dari:

a. Trombosis Serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan darah yang menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

b. Hemoragi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk dalam perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak membengkak, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

c. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung-paru, curah jantung yang turun akibat aritmia.

d. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral yang disertai dengan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

2.2.3. Klasifikasi stroke

Secara klinis, gangguan peredaran darah otak (GPDO) atau stroke dapat dibagi atas : serangan iskemia sepintas (*Transient Ischemic Attack/TIA*), stroke iskemik atau stroke non hemoragik dan stroke hemoragik (Harsono, 2005).

Serangan iskemia sepintas (*Transient Ischemic Attack/TIA*) adalah suatu keadaan hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal secara cepat yang berlangsung kurang dari 24 jam dan diduga diakibatkan oleh mekanisme vaskular emboli, trombosis, atau hemodinamik. Gejala klinis TIA sesuai dengan sistem yang terlibat dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu insufisiensi karotis dan insufisiensi vertebrobasiliar (Ginsberg, 2005).

Stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan karena oklusi secara tiba-tiba pada arteri yang menyuplai aliran darah ke otak. Oklusi ini dapat disebabkan oleh pembentukan thrombus pada tempat oklusi tersebut (stroke iskemik trombotik) maupun pembentukan thrombus di tempat lain yang kemudian terbawa aliran darah dan menyumbat arteri di otak (stroke iskemik embolik). Penegakan

diagnosis jenis stroke ini berdasarkan *neuroimaging* (WHO, 2006). Terdapat empat subtipe dasar pada stroke iskemik berdasarkan penyebab yaitu :

1. Lakunar
2. trombosis pembuluh
3. embolik
4. kriptogenik.

Stroke lakunar dapat terjadi setelah oklusi aterotrombotik atau hialin-lipid salah satu dari cabang-cabang penentrans sirkulus Willisi, arteria serebr media atau arteria vertebralis dan basilaris. Cabang-cabang ini rentan terhadap trombosis. Trombosis yang terjadi di dalam pembuluh-pembuluh ini menyebabkan daerah-daerah infark yang kecil, lunak dan disebut lakuna atau dalam bahasa Yunani berarti danau kecil. Stroke lakunar terjadi karena penyakit pembuluh-halus hipertensif dan menyebabkan sindrom stroke yang biasanya muncul dalam beberapa jam atau kadang-kadang lebih lama.

Stroke trombolik pembuluh besar dengan aliran lambat sebagian besar terjadi saat tidur, saat seseorang relatif mengalami dehidrasi dan dinamika sirkulasi menurun. Stroke ini berkaitan dengan lesi aterosklerotik yang menyebabkan penyempitan atau stenosis di arteria karotis interna.

2.2.4. Patofisiologi

1. Stroke Hemoragik
 - a. Perdarahan intraserebral

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang

menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan tekanan intrakranial yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak (Muttaqin, 2008).

b. Perdarahan subarakhnoid

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subarakhnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak dan vasospasme pembuluh darah serebri yang berakibat disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia, dan lainnya) (Muttaqin, 2008).

2. Stroke Iskemik

Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung) (Muttaqin, 2008). Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak (Batticaca, 2008).

2.2.5. Faktor Resiko Stroke

Faktor resiko adalah faktor yang dapat menyebabkan seseorang menjadi lebih rentan atau mudah mengalami stroke. Faktor resiko yang paling lazim

ditemukan adalah hipertensi, aterosklerosis, hiperlipidemia, merokok, obesitas, diabetes melitus, usia tua, penyakit jantung, penyakit pembuluh darah tepi, obat yang menimbulkan adiksi, obat-obatan kontrasepsi terutama pada wanita perokok dan atau dengan hipertensi dan lain sebagainya. Serangan iskemia sepintas (TIA) dapat pula menjadi faktor resiko karena kurang lebih 10% penderita TIA ternyata menderita stroke di kemudian hari (Harsono, 2007).

2.2.6. Efek Stroke

Stroke merupakan penyakit yang menyerang system saraf pusat, namun efek yang dihasilkan dapat berpengaruh pada seluruh tubuh. Menurut *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS, 2003), efek yang mungkin terjadi dapat berupa:

1. Paralisis

Biasanya terjadi unilateral (hemiplegia) dan paralisis terjadi kontralateral dari lesi di hemisfer otak. Paralisis dapat menyebabkan kesulitan dalam aktivitas sehari-hari seperti berjalan, berpakaian, makan, atau menggunakan kamar mandi. Beberapa pasien stroke juga mengalami kesulitan saat menelan (disfagia).

2. Defisit fungsi kognitif

Stroke dapat menimbulkan permasalahan dalam proses berfikir, pemusatan perhatian, proses pembelajaran, pembuatan keputusan, maupun daya ingat. Defisit fungsi kognitif yang parah menimbulkan keadaan yang disebut apraksia dan agnosia.

3. Defisit bahasa

Pasien stroke sering mengalami kesulitan dalam memahami (afasia) atau menyusun perkataan (disartria). Hal ini disebabkan kerusakan regio temporal kiri atau lobus parietal otak.

4. Defisit emosional

Pasien strok dapat mengalami kesulitan dalam mengontrol emosi mereka. Depresi sering terjadi pada pasien stroke. Depresi post stroke dapat menghalangi pemulihan dan rehabilitasi stroke bahkan dapat mengarah pada percobaan bunuh diri.

5. Rasa sakit

Rasa sakit, sensasi aneh, dan rasa kebas pada pasien stroke mungkin disebabkan banyak factor meliputi kerusakan region sensorik otak, sendi yang kaku, atau tungkai yang lumpuh. Tipe sakit yang tidak biasa pada stroke disebut *central stroke pain* atau *central pain syndrome (CPS)*. CPS disebabkan oleh kerusakan pada area di talamus. Rasa sakit tersebut merupakan campuran dari rasa panas, dingin, terbakar, perih, mati rasa, dan rasa tertusuk. Rasa sakit tersebut terasa lebih parah di ekstremitas dan semakin parah dengan perubahan gerak dan temperature terutama dingin.

2.3. Kerangka Konsep

Menurut Sugiyono (2010) mengemukakan bahwa, kerangka konsep merupakan model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan berbagi faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah yang penting. Kerangka konsep dalam suatu penelitian perlu dikemukakan apabila dalam penelitian

tersebut berkenaan dua variabel atau lebih. Apabila peneliti disamping mengemukakan deskripsi teoritis untuk masing – masing variabel, juga argumentasi terhadap variasi besaran variable yang diteliti.

Kualitas Hidup
1. Baik
2. Buruk

2.1.Kerangka Konsep

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

1.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis Penelitian yang dilakukan adalah penelitian Kuantitatif. Desain penelitian adalah keseluruhan cara untuk membuat pertanyaan penelitian, termasuk spesifikasi dalam spesifikasi dalam menambah integritas penelitian (Polit & Beck, 2012). Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif, yaitu suatu metode yang dilakukan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan yang sedang atau dilakukan secara obyektif (Nursalam, 2009).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Padangsidmpuan, alasan peneliti memilih lokasi ini disebabkan oleh banyaknya lansia yang belum mengetahui kualitas hidup yang baik pada pasien stroke.

2. Waktu penelitian

Waktu pengambilan data dilaksanakan pada bulan November – januari 2019.

No	Kegiatan	Sep 2018	Okt-Des 2018	Jan 2019	Feb– Apr 2019	Mei– Jun 2019	Jul 2019
1.	Persiapan/perencanaan	■					
2.	Pembuatan proposal		■				
3.	Ujian proposal			■			
3.	Pelaksanaan penelitian				■		
4.	Penulisan hasil laporan					■	
5.	Ujian Hasil						■

3.3 Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2003). Populasi dalam penelitian ini adalah semua yang menderita stroke di RSUD Padangsidempuan dengan jumlah populasi 30 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2009). Menurut Arikunto (2006) mengatakan bahwa apabila subjeknya <100 maka diambil semua subjek dijadikan sampel. Tetapi, jika jumlah subjek >100, dapat diambil antara 10-15% atau 15-25%. Pendapat tersebut sesuai menurut Roscoe dalam Sugiyono (2011). Pengambilan sampel secara keseluruhan pada penelitian ini menggunakan teknik *total sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007).

3.4 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, etika merupakan salah satu hal yang sangat penting untuk diperhatikan. Hal ini disebabkan karena penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia (Hidayat, 2003). Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada ketua. Program Studi Ilmu Keperawatan Aafa Royhan Padangsidempuan. Setelah surat izin diperoleh peneliti menyebarkan kuesioner kepada responden dengan memperhatikan etika penelitian sebagai berikut:

1. Lembar persetujuan responden (*Informed Consent*)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian melalui lembar persetujuan. Sebelum memberikan *Informed Consent*, peneliti menjelaskan terlebih dahulu maksud dan tujuan penelitian serta dampaknya bagi responden. Bagi responden yang bersedia diminta untuk menandatangani lembar persetujuan. Bagi responden yang tidak bersedia, peneliti tidak memaksa dan harus menghormati hak-hak responden.

2. *Anonimity* (Tanpa nama)

Peneliti memberikan jaminan terhadap identitas atau nama responden dengan tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Akan tetapi peneliti hanya menuliskan kode atau inisial pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah diperoleh dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, dimana hanya kelompok data tertentu saja yang dilaporkan dalam hasil penelitian.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti meminta surat izin penelitian dari Program Studi Ilmu Keperawatan Aafa Royhan Padangsidempuan setelah proposal penelitian disetujui pembimbing. Surat izin penelitian tersebut diberikan pada Kepala Puskesmas batunadua. Setelah memperoleh izin penelitian dari Kepala RSUD Padangsidmpuan, peneliti mendatangi responden untuk menjelaskan tujuan penelitian dan meminta responden menandatangani *informed consent*.

Setelah mendapatkan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi, peneliti kemudian memberikan kuesioner yang berisi daftar pernyataan tentang kualitas hidup pasien stroke pada responden. Setelah data terkumpul diperiksa kelengkapannya, kemudian dilakukan analisa data.

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner, yaitu daftar pernyataan yang disusun secara tertulis dalam rangka pengumpulan data suatu penelitian (Nursalam & Pariani, 2006). Alat pengumpulan data penelitian ini menggunakan kuesioner yaitu kuesioner kualitas hidup.

1. Kualitas hidup baik jika benar = 89 - 130
2. Kualitas hidup buruk jika benar = 26 - 88

3.6 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena, pada definisi operasional dapat ditentukan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian (Nursalam, 2005).

Tabel 1. *Definisi operasional*

Variabel peneliti	Definisi operasional	Alat ukur	Sekala ukur	Hasil ukur	Nilai ukur
kualitas hidup	suatu konsep yang sangat luas yang dipengaruhi kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian, serta hubungan individu dengan lingkungan	Kuesioner SSQOL	Ordinal	1. Baik 2. Buruk	(89 – 130) (26 – 88)

3.7 Rencana Analisa

Analisa data adalah kegiatan dalam penelitian dengan melakukan analisis data yang meliputi: persiapan, tabulasi, dan aplikasi data, selain itu pada tahap analisa data dapat menggunakan uji statistik yang digunakan dalam penelitian bila data tersebut harus di uji dengan uji statistik (Hidayat, 2007). Setelah dilakukan

pengumpulan data, selanjutnya dilakukan pengolahan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Pengolahan data

- a. Pengeditan data (*Data editing*)

Yaitu melakukan pemeriksaan terhadap semua data yang telah dikumpulkan dari kuesioner yang telah diberikan pada warga setempat.

- b. Pengkodean data (*Data coding*)

Yaitu penyusunan secara sistematis data mentah yang diperoleh kedalam bentuk kode tertentu (berupa angka) sehingga mudah diolah dengan komputer.

- c. Pemilihan data (*Data sorting*)

Yaitu memilih atau mengklasifikasikan data menurut jenis yang diinginkan, misalnya menurut waktu diperolehnya data.

- d. Pemindahan data kekomputer (*Entering data*)

Yaitu pemindahan data yang telah diubah menjadi kode (berupa angka) kedalam komputer, yaitu menggunakan program komputerisasi.

- e. Pembersihan data (*Data cleaning*)

Yaitu memastikan semua data yang telah dimasukkan kekomputer sudah benar dan sesuai sehingga hasil analisa data akan benar dan akurat.

2. Penyajian data (*Data output*)

Hasil pengolahan data dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk angka (berupa tabel).

3. Analisa data (*Data analyzing*)

Analisa univariat dilakukan untuk mengidentifikasi variable karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan). Semua data tersebut disusun dalam bentuk distribusi frekuensi melalui program komputerisasi.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1. Hasil Penelitian

Hasil penelitian yang berjudul “Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke di RSUD Padangsidempuan”, diperoleh dari kuesioner yang diberikan kepada 30 orang pasien ”.

4.1.1. Karakteristik Demografi Responden

Penelitian ini berdasarkan karakteristik responden mencakup jenis kelamin, umur dan kelas.

Tabel 4.1. Distribusi Responden Kualitas Hidup Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan

Karakteristik Responden	F	%
Umur		
36-45 tahun	4	13,3 %
46-55 tahun	6	20,0 %
56-65 tahun	6	20,6 %
>65 tahun	14	46,7 %
Total	30	100 %

Karakteristik Responden	F	%
Pendidikan		
SD	5	16,7 %
SMP	6	20,0 %
SMA	15	50,0 %
Perguruan Tinggi	4	13,3 %
Total	30	100 %
Jenis Kelamin		
Laki- Laki	18	60,0 %
Perempuan	12	40,0 %
Total	30	100 %
Pekerjaan		
PNS	7	23,3 %
Pegawai swasta	9	30,0 %
Tidak Bekerja	14	46,7 %

Distribusi karakteristik berd: 27 sia yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 30 orang dan dibagi menjadi 4 kelompok umur yaitu umur

36-45 tahun, umur 46-55 tahun, umur 56-65 tahun dan >65 tahun. Dari tabel diatas dapat diketahui mayoritas responden umur >65 tahun sebanyak 14 orang (46,7%), dan minoritas umur 36-45 tahun sebanyak 4 orang (13,3%) serta yang berumur 46-55 tahun sebanyak 6 orang (20,0%) dan yang berumur yaitu hanya 56-65 sebanyak 6 orang (20,0%).

Jenis Kelamin dikelompokkan atas dua kategori yaitu jenis kelamin laki-laki dan perempuan. Dari 30 responden mayoritas yang berjenis kelamin laki – laki sebanyak 18 orang (60,0%) dan minoritas jenis kelamin perempuan 12 orang (40,0%).

Tingkat pendidikan dikelompokkan dalam empat kategori yaitu lulusan SD, SMP, SMA, dan Perguruan Tinggi. Dari 30 responden mayoritas responden berpendidikan SMA sebanyak 15 orang (50,0%), dan minoritas berpendidikan Perguruan Tinggi sebanyak 4 orang (13,3%), yang berpendidikan SD 5 orang (16,7%), serta yang berpendidikan SMP hanya orang (20,0%).

Jenis pekerjaan dikelompokkan atas tiga kategori yaitu tidak tidak bekerja, PNS, Pegawai swasta. Dari 30 responden mayoritas pekerjaan kualitas hidup sebagai tidak bekerja yaitu sebanyak 14 orang (46,7%), dan minoritas pekerjaan sebagai PNS yaitu sebanyak 7 orang (23,3%), dan pekerjaan sebagai pegawai swasta yaitu 9 orang (30,0%).

4.1.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Pasien Stroke

Kualitas Hidup	N	F
-----------------------	----------	----------

Baik	18	60,0 %
Buruk	12	40,0 %
Total	30	100 %

Kualitas hidup pasien stroke dikelompokkan atas dua kategori yaitu baik dan buruk. Dari 30 responden mayoritas kualitas hidup yaitu baik 18 orang (60,0%) dan minoritas kualitas hidup yaitu buruk sebanyak 12 orang (40,0%).

BAB V

PEMBAHASAN

5.1. Analisa Univariat

5.1.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Hasil penelitian karakteristik responden dapat diuraikan sebagai berikut, responden yang berumur yaitu umur 36-45 tahun, umur 46-55 tahun, umur 56-55 tahun dan >65 tahun. Dari tabel diatas dapat diketahui mayoritas responden umur >65 tahun sebanyak 14 orang (34,7%), dan minoritas umur 36-45 tahun sebanyak 4 orang (13,3%) serta yang berumur 46-55 tahun sebanyak 6 orang (20,0%) dan yang berumur yaitu hanya 55-65 sebanyak 6 orang (20,0%).

Sebagian besar lansia yang terkena stroke berada pada kelompok usia 60-69 tahun. Hal ini disebabkan karena pada usia yang semakin tua, lansia akan dihadapkan pada berbagai macam penyakit. Komplikasi sebagai akibat penyakit stroke pada lansia tua juga semakin banyak. Akibatnya, usia harapan hidup pada lansia pasca stroke yang berusia ≥ 70 tahun juga semakin rendah. Menurut Maas et al (2014), pada lanjut usia kepatenan pembuluh darah dapat terganggu akibat kondisi yang menyebabkan obstruksi lumen pembuluh darah sehingga menyebabkan vasokonstriksi dan meningkatkan tekanan mekanis. Obstruksi aliran darah arteri pada lansia sering disebabkan oleh adanya arteriosklerosis yang ditandai dengan penumpukan plak sehingga menurunkan aliran darah ke otak. Hal inilah yang memicu terjadinya stroke pada lansia.

5.1.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Hasil penelitian responden yang memiliki jenis kelamin laki – laki sebanyak 18 orang (60,0%) dan minoritas jenis kelamin perempuan 12 orang (40,0%).

Sebagian besar responden dalam penelitian berjenis kelamin laki-laki. Hal ini disebabkan karena lansia laki-laki lebih jarang mengontrolkan tekanan darahnya ke posyandu lansia atau ke puskesmas secara rutin. Akibatnya, mereka lebih berpeluang terkena penyakit stroke dibandingkan lansia perempuan. Laki-laki juga memiliki kebiasaan merokok yang merupakan salah satu faktor resiko penyebab stroke. Hal ini sesuai dengan penelitian Muthmainna dkk (2013) dimana laki-laki mempunyai resiko 1,29 kali lebih besar mengalami kejadian stroke daripada perempuan. Laki-laki memiliki resiko lebih besar terkena stroke dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan karena sebagian besar laki-laki memiliki kebiasaan merokok. Nikotin yang terkandung di dalam rokok menyebabkan elastisitas pembuluh darah berkurang sehingga terjadi kekakuan pembuluh darah. Selain itu, nikotin juga menyebabkan penebalan pada pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Hal inilah yang memicu terjadinya stroke (Farida dan Amalia, 2009).

5.1.3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Responden dengan tingkat pendidikan mayoritas responden berpendidikan SMA sebanyak 15 orang (50,0%), dan minoritas berpendidikan Perguruan Tinggi sebanyak 4 orang (13,3%), yang berpendidikan SD 5 orang (16,7%), serta yang berpendidikan SMP hanya 1 orang (20,0%).

Dalam penelitian ini, sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan yang masih rendah. Hal ini disebabkan karena sebagian besar responden memiliki status ekonomi menengah ke bawah sehingga mereka menganggap pendidikan bukanlah sebuah prioritas. Lansia dahulunya juga menganggap pendidikan bukanlah merupakan hal yang penting. Berbeda pendapat dengan Zulfa (2012) dimana tingkat pendidikan akan sangat berperan dengan pengetahuan mereka tentang kesehatan. Status sosial ekonomi yang rendah secara konsisten berhubungan dengan resiko terjadinya stroke. Status sosial ekonomi akan mempengaruhi pola hidup dan lingkungan. Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan kurangnya pengetahuan tentang menjaga kesehatan atau tingkat penghasilan yang rendah menyebabkan kurangnya perhatian dan kesadaran tentang kesehatan.

5.1.4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Hasil penelitian responden yang mayoritas pekerjaan kualitas hidup sebagai tidak bekerja yaitu sebanyak 14 orang (46,7%), dan minoritas pekerjaan sebagai PNS yaitu sebanyak 7 orang (23,3%), dan pekerjaan sebagai pegawai swasta yaitu 9 orang (30,0%).

Hal ini dikarenakan lansia sudah tidak memiliki kemampuan untuk bekerja kembali akibat penurunan fungsi fisik yang diakibatkan oleh penuaan maupun komplikasi dari penyakit stroke. Sebagian dari lansia yang masih bekerja hanya sekedar menjaga mereka agar tetap mandiri dan tidak tergantung pada orang lain (Suardiman, 2011). Serangan stroke dapat menyebabkan individu mengalami kecacatan dan kemunduran fisik berupa keterbatasan dalam bergerak akibat

kelemahan atau kelumpuhan pada ekstremitas tubuh, gangguan dalam berkomunikasi serta berfikir. Pada penderita pasca stroke, sebagian dari mereka mampu bekerja kembali, tetapi skill yang mereka miliki sudah berbeda dari yang dulu sebelum terkena stroke (Sindha, Dhamija dan Bindra, 2013).

5.1.5. Karakteristik Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Pasien Stroke

Responden dengan mayoritas kualitas hidup yaitu baik 18 orang (60,0%) dan minoritas kualitas hidup yaitu buruk sebanyak 12 orang (40,0%).

Sebagian lansia memiliki kualitas hidup rendah disebabkan karena kondisi kesehatan fisik secara keseluruhan mengalami kemunduran sejak memasuki fase lanjut usia. Kondisi ini ditandai dengan munculnya berbagai gejala penyakit yang belum pernah diderita sebelumnya. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Lombu (2015) mengenai gambaran kualitas hidup pasien pasca stroke dimana nilai rata-rata domain terendah adalah domain fisik. Faktor fisik yang kurang membuat lansia kehilangan kesempatan dalam mengaktualisasikan dirinya akibat keterbatasan fisik yang dimiliki. Keterbatasan fisik inilah yang akan berdampak pada kualitas hidup yang rendah. Skor rata-rata domain kualitas hidup yang tertinggi adalah domain sosial. Hal ini karena responden dalam penelitian ini masih tinggal bersama anggota keluarga sehingga meskipun mereka menderita penyakit stroke, mereka masih dapat berinteraksi baik dengan keluarga maupun masyarakat di sekitarnya. Lansia merasa masih berguna bagi keluarga ataupun masyarakat di sekitar tempat tinggalnya sehingga membuat kualitas hidup mereka menjadi lebih baik.

Penelitian dari Arwani, Sobirun dan Wibowo (2011) mengenai kualitas hidup pasien stroke pada fase rehabilitasi didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden mengalami gangguan pada aspek energi, peran, mobilitas, kepribadian, peran sosial dan fungsi anggota gerak atas. Sedangkan aspek yang tidak mengalami gangguan adalah aspek bahasa, suasana hati, perawatan diri, berpikir, penglihatan, pekerjaan/produktivitas dan spiritual.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Hasil penelitian yang telah penulis lakukan dengan judul “Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan”.

Maka penulis mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

1. mayoritas responden umur >65 tahun sebanyak 14 orang (34,7%)
2. penelitian responden yang memiliki jenis kelamin laki – laki sebanyak 18 orang (60,0%)`
3. mayoritas responden berpendidikan SMA sebanyak 15 orang (50,0%).

4. mayoritas kualitas hidup yaitu baik 18 orang (60,0%) dan minoritas kualitas hidup yaitu buruk sebanyak 12 orang (40,0%).

6.2.Saran

Dari hasil penelitian tentang Kualitas Hidup Pasien Stroke Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidmpuan. Maka peneliti memberikan saran :

1. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat mengoptimalkan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke yang mengalami gangguan kualitas hidup yang buruk.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan untuk meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke.

3. Bagi Keluarga

35

Diharapkan dapat memberikan masukan pada keluarga tentang manfaat kualitas hidup pasien stroke

4. Bagi Responden

Diharapkan agar bisa memberikan kualitas hidup yang lebih baik lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Angraini. (2014). dalam Purtiastuti, L. (2016). Analisis hubungan antara kebiasaan olahraga dengan kejadian hipertensi pada pasien usia 45 tahun keatas. *Jurnal berkala epidemiologi*, 4 (2).
- Budiman & Riyanto A. (2013). Kapita sekitar kuesioner pengetahuan dan sikap dalam penelitian kesehatan, Jakarta : Salemba Medika pp 66-99.
- Dinas kesehatan Kota Padangsidempuan. (2018). *Data penderita hipertensi*. Padangsidempuan: Dinkes
- Crea. (2008). dalam Pusparani, I., D. (2016). Gambaran gaya hidup pada penderita hipertensi di Puskesmas Ciangsana kecamatan Gunung Putri kabupaten Bogor. *Skripsi*. UIN Syarif Hidayatullah
- Hasdianah, & Suprpto, S. I. (2014). *Patologi & patofisiologi penyakit*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Ikawati *et al.* (2008). dalam Baharuddin *et al.* (2013). Perbandingan efektivitas dan efek samping obat anti hipertensi terhadap penurunan tekanan darah pasien hipertensi. *Jurnal Universitas Hasanuddin*
- Indrayani. (2009). dalam Fahriza, T., Suhandi, & Maryati. (2014). Pengaruh terapi herbal air kelapa muda terhadap penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi di desa Tambeharjo kecamatan Bandar kabupaten Batang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (JIKK)*.
- Junaidi. (2010). dalam Binaiyati, S., & Asnindari, L. N. (2017). Pengaruh terapi air kelapa muda terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi di Meijing Wetan Gamping Sleman. *Jurnal*. Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta
- Kementrian Kesehatan RI. (2011). *Pusat data dan informasi kementrian kesehatan RI. Hipertensi*. Jakarta Selatan: Kemenkes RI
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Puskesmas Batunadua. (2018). Laporan jumlah penderita hipertensi bulan Januari-Oktober. Batunadua: Puskesmas

- Susilo, Y., & Wulandari, A. (2011). *Cara jitu mengatasi hipertensi*. Yogyakarta: ANDI
- Triyanto, E. (2014). *Pelayanan keperawatan bagi penderita hipertensi secara terpadu*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Vitahealth. (2006). *Hipertensi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- Kowalak, J. P., Welsh, W., & Mayer, B. (Ed). (2016). *Professional guide to pathophysiology*. Jakarta: EGC
- Sukandar, E. Y., Andrajati, R., Sigit, J. I., Adnyana, K., Setiadi, A. P., & kusnandar. (2009). *ISO farmakoterapi*. Jakarta Barat: PT. ISFI
- Sriningsih, I. 2011. Faktor demografi, pengetahuan ibu tentang air susu ibu dan pemberian asi eksklusif. *Jurnal kesehatan masyarakat*. 6 (2). Januari 2011.
- Wahyu. (2009). Penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi di desa Tambeharjo kecamatan Bandar kabupaten Batang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (JIKK)*.
- Wijayanti, (2009). Fakta penting sekitar kesehatan reproduksi wanita. Yogyakarta : *Book Marks*.
- Woods, Froelicher, Motzer, & Bridges.(2009). Klasifikasi hipertensi menurut MAP. Diperoleh tanggal 22 Desember 2017, dari <https://www.google.com/.unimus.ac.id%2Fdownload.php>.
- World Health Organization. (2014). *A global brief on hypertension silentkiller, global public health Crisis*. Diperoleh tanggal 14 Desember 2017 dari. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/.

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sujasmin Lubis
Tempat/Tanggal Lahir : Hutaimbaru/ 21 September 1996
Alamat : Desa Hutaimbaru, Padang Lawas

Adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Aafa Royhan Padangsidimpuan yang akan melaksanakan penelitian dengan judul “**Kualitas Hidup Pasien Stroke**”. Oleh karena itu, peneliti memohon kesediaan siswa untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Penelitian ini tidak menimbulkan dampak yang merugikan pada responden, serta semua informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dimanfaatkan untuk keperluan penelitian.

Apabila siswa telah menjadi responden dan terjadi hal - hal yang menyebabkan siswa untuk mengundurkan diri, mahasiswa diperbolehkan untuk mengundurkan diri menjadi responden penelitian ini. Apabila siswa setuju, peneliti memohon kesediaan siswa untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan - pertanyaan yang peneliti sertakan bersama surat ini. Namun apabila siswa tidak bersedia menjadi responden, maka peneliti tidak akan memaksa siswa dan keluarga. Atas perhatian dan kesediaan siswa untuk menjadi responden saya ucapkan terimakasih yang sebanyak -banyaknya.

Peneliti

(Sujasmin Lubis)

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah saya membaca dan mendengar penjelasan dari Saudara Sujasmin Lubis yang akan melaksanakan penelitian dengan judul “**Kualitas Hidup Pasien Stroke**”, maka saya bersedia menjadi responden penelitian dan berjanji untuk memberikan informasi dengan sebenar – benarnya dan sesuai dengan pengetahuan yang saya miliki.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Padangsidempuan, 2019

Yang memberi pernyataan,

()

*Lampiran 4***KUESIONER PENELITIAN****Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Merawat Anggota Keluarga Yang Menderita Hipertensi****Petunjuk pengisian:**

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan mengisi titik – titik dan memberikan tanda silang (X) pada kotak di samping dengan pilihan jawaban yang dianggap benar.

A. Data Demografi

Karakteristik responden

1. Jenis kelamin : Perempuan
 Laki-laki
2. Umur :
3. Pendidikan: SD
 SMP
 SMA
 Perguruan Tinggi
4. Pekerjaan : PNS
 Pegawai Swasta
 Dan Lain-lain

Kuesioner 1: pengetahuan Keluarga Tentang Hipertensi

Petunjuk pengisian:

Jawablah dengan member tanda (√) pada pilihan yang Anda anggap paling tepat.

B : BENAR

S : SALAH

No	PERNYATAAN	B	S
1.	hipertensi merupakan tekanan darah yang tingginya 140/90 mmHg	✓	
2.	hipertensi adalah peningkatan tekanan sistolik yang tingginya tergantung umur		✓
3.	hipertensi merupakan penyakit keturunan	✓	
4.	hipertensi yaitu kekuatan yang dihasilkan oleh darah pada dinding pembuluh darah		✓
5.	berat badan berlebihan biasanya memicunya hipertensi		✓
6.	hipertensi primer disebabkan karena kelebihan yodium		✓
7.	hipertensi sekunder disebabkan oleh stress yang berat		✓
8.	diabetes militus bisa menyebabkan hipertensi	✓	
9.	penyebab hipertensi diklasifikan menjadi dua yaitu primer dan sekunder	✓	
10.	mata berkunang – kunang merupakan gejala		✓

No	PERNYATAAN	B	S
	hipertensi		
11.	telinga berdengung merupakan gejala hipertensi		✓
12.	mual beserta muntah dianggap sebagai gejala hipertensi	✓	
13.	lemak yang menumpuk merupakan komplikasi hipertensi	✓	

**KUESIONER KUALITAS HIDUP
MENURUT WHOQOL-BREF**

Petunjuk pengisian:

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda ceklis pada kotak di samping dengan pilihan jawaban yang dianggap benar.

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan halhal lain dalam hidup anda. Saya akan membacakan setiap pertanyaan kepada anda, bersamaan dengan pilihan jawaban. **Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai.** Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik. Camkanlah dalam pikiran anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian anda. Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda **pada empat minggu terakhir.**

no	Pertanyaan	Sangat buruk	buruk	Biasa – biasa saja	Baik	Sangat baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas Hidup anda?	1	2	3	4	5
2`	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa sering** anda telah mengalami hal-hal

berikut ini

dalam empat minggu terakhir.

no	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	sedang	sering	Berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?	5	4	3	2	1
4`	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dpt berfungsi dlm kehidupan sehari-hari anda?	5	4	3	2	1
5	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dlm kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
9	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dgn sarana dan prasarana)	1	2	3	4	5
10	Apakah anda memiliki vitalitas yg cukup untuk beraktivitas sehari2?	1	2	3	4	5
11	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12	Apakah anda memiliki cukup uang utk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5

14	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenangsenang /rekreasi?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

no	Pertanyaan	Sangat buruk	buruk	Biasa – biasa saja	Baik	Sangat baik
15	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

no	Pertanyaan	Sangat memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa – biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16	Seberapa puaskah anda dg tidur anda?	1	2	3	4	5
17	Seberapa puaskah anda dg kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
18	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal / sosial anda?	1	2	3	4	5
21	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yg anda peroleh dr teman anda?	1	2	3	4	5
23	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24	Seberapa puaskah anda dgn akses anda pd	1	2	3	4	5

	layanan kesehatan?					
25	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yg hrs anda jalani?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami

hal-hal

berikut dalam empat minggu terakhir.

no	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti ' <i>feeling blue</i> ' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?	5	4	3	2	1

Frequency Table

jeniskelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	18	60.0	60.0	60.0
perempuan	12	40.0	40.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	5	16.7	16.7	16.7
SMP	6	20.0	20.0	36.7
SMA	15	50.0	50.0	86.7
PT	4	13.3	13.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	7	23.3	23.3	23.3
PEGAWAI SWASTA	9	30.0	30.0	53.3
tidak bekerja	14	46.7	46.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 36-45	4	13.3	13.3	13.3
46-55	6	20.0	20.0	33.3
56-65	6	20.0	20.0	53.3
>65	14	46.7	46.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

kualitashiduppasienstroke

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baik	18	60.0	60.0	60.0

buruk	12	40.0	40.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	