

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI  
INSTALASI RAWAT JALAN RUMAH SAKIT  
ROYAL PROGRESS  
JAKARTA UTARA**

**SKRIPSI**



**U N I V E R S I T A S  
B I N A W A N**

Disusun Oleh:  
**URBANUS UNAK**  
**011921046**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN  
UNIVERSITAS BINAWAN**

**JAKARTA  
2021**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS  
HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI INSTALASI  
RAWAT JALAN RUMAH SAKIT  
ROYAL PROGRESS  
JAKARTA UTARA**



**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
gelar Sarjana Keperawatan**

Disusun oleh:  
**URBANUS UNAK  
011921046**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN  
UNIVERSITAS BINAWAN  
JAKARTA  
JANUARI 2021**

## PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

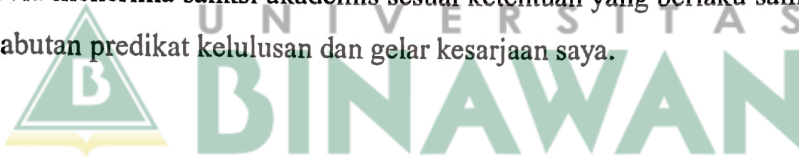
Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan:

Nama : Urbanus Unak

NIM : 011921046

Program Studi : Keperawatan

Menyatakan dengan sebenar-benarnya, bahwa skripsi yang berjudul **“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara”** adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan plagiat dari skripsi orang lain. Apabila di kemudian hari pernyataan saya ini tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademis sesuai ketentuan yang berlaku sampai dengan pencabutan predikat kelulusan dan gelar kesarjaan saya.



Jakarta, Januari 2021

Pembuat pernyataan,



Urbanus Unak

011921046

## HALAMAN PENGESAHAN


Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Urbanus Unak


NIM : 011921046

Penelitian yang berjudul **“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Pasien Pasca Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara”** telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk menyelesaikan mata kuliah Introduction To Nursing Research dan memperoleh gelar Sarjana pada Program Studi Keperawatan Universitas Binawan.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Ns. Zuriati, S.Kep., M.Kep. 

Pembimbing II : Ns. Yuli Utami, S.Kp., MN. 

Penguji : Ibu Tri Mustikowati, S.Kp., M.Kep. 

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 28 Januari 2021

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Binawan

Ns. Zuriati, S.Kep., M.Kep.



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara”**.

Skripsi ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Keperawatan Universitas Binawan Jakarta, sebagai sarana belajar menjadi peneliti dan merupakan aplikasi dari ilmu-ilmu yang telah dipelajari selama kuliah.

Penulis telah berupaya menyajikan sebuah karya ilmiah yang sistematis dan mudah dipahami oleh pembaca. Namun, penulis juga menyadari penyajian skripsi ini masih jauh dari sempurna, karena pengetahuan, pengalaman dan kemampuan penulis yang belum luas dan perlu banyak belajar. Penulis membutuhkan kritik dan saran yang membangun untuk menyempurnakan skripsi ini.

Dalam penyusunan skripsi ini, banyak pihak yang telah memberikan motivasi dan bantuan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Penulis **MENGUCAPKAN TERIMA KASIH** kepada:

1. Dr. Ir. Illah Sailah, M.S., selaku Rektor Universitas Binawan
2. Dr. Ivan R Setiadarma, MM, selaku Direktur Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk pengambilan data sebagai data dasar dalam penyusunan penelitian ini
3. Ibu Erika Lubis, SKp., MN, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Binawan
4. Ibu Ns. Zuriati, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Prodi Ilmu Keperawatan dan Pembimbing I
5. Ibu Yuli Utami, SKp., MN, selaku Pembimbing II
6. Ibu Tri Mustikowati, S.Kp., M.Kep., selaku penguji
7. Responden penelitian yang sudah membantu dan berpartisipasi dalam penelitian ini

8. Segenap dosen dan staff Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Binawan yang telah membekali penulis dengan ilmu pengetahuan dalam penulisan skripsi ini
9. Keluarga tercinta yang selalu memberikan dukungan selama penulis menempuh pendidikan dan proses penyelesaian skripsi ini
10. Teman-teman seperjuangan Program B Tahun 2019 yang selalu memberikan semangat dan dukungan selama proses pembelajaran dalam penyusunan skripsi ini sampai selesai
11. Dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu yang telah memberikan dukungan dan semangat, baik secara langsung mau pun tidak.

Semoga skripsi penelitian ini bermanfaat bagi pembaca umumnya dan perawat Rumah Sakit Royal Progress.



Jakarta, Januari 2021.

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA  
ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai civitas akademik Universitas Binawan, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Urbanus Unak  
NIM : 011921046  
Program : Studi Keperawatan  
Fakultas : Keperawatan dan kebidanan  
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Binawan **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Nonexclusive Royalty – Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul **“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara”** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini, Universitas Binawan berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, Januari 2021


Pembuat pernyataan,



Urbanus Unak

**PROGRAM SARJANA KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS BINAWAN**  
Laporan Penelitian

Nama : Urbanus Unak  
Program Studi : Keperawatan  
Judul :  
**“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara”.**  
Pembimbing : Ns. Zuriati, S.Kep., M.Kep  
Ns. Yuli Utami, SKp., MN.

 U N I V E R S I T A S  
Abstrak  
B I N A W A N

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2018, salah satu penyakit tidak menular adalah stroke mengalami peningkatan sebesar 10.9% antara tahun 2013 hingga 2018. Di Rumah Sakit Royal Progress secara rerata mencapai 190 pasien per bulan di tiga bulan akhir tahun 2019 dengan efek kecacatan, lumpuh, penyakit komorbid pasca stroke dan stroke berulang. Dukungan keluarga sangat penting untuk membantu proses pencapaian hidup yang optimal pasien pasca stroke. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress. **Metode:** Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif analitik korelasional dengan pendekatan *cross sectional study* bivariat melalui uji *Chi-Square* pada 73 responden yang didapat dengan cara pengisian kuesioner secara *purposive sampling*. **Hasil:** Hasil analisa univariat kualitas hidup pasien pasca stroke baik sebanyak 53.7% dan dukungan baik sebesar 56.2%. Analisa bivariat didapatkan hasil *p-value* 0.000. **Kesimpulan:** Terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress. Saran bagi rumah sakit mempersiapkan keluarga pasien pasca stroke sebelum pulang rawat dan melakukan kunjungan rumah (*home care*). Bagi keluarga diharapkan mempersiapkan lingkungan pasien pasca rawat. Bagi peneliti selanjutnya memodifikasi atau meneliti hubungan setiap faktor dukungan keluarga dengan setiap domain kualitas hidup pasca stroke ditinjau dari persepsi *caregiver*.

Kata kunci: Dukungan keluarga, kualitas hidup, pasien pasca stroke



**BACHELOR NURSING PROGRAM**  
**UNIVERSITY OF BINAWAN**  
*Research Report*

Name : Urbanus Unak  
Study Program : Nursing Science  
Title :  
*"The Relationship between Family Support and Quality of Life of Stroke Patients in the Outpatient Installation of the Royal Progress Hospital, North Jakarta".*  
Advisor : Ns. Zuriati, S.Kep., M.Kep  
Ns. Yuli Utami, SKp., MN.

**Abstract**

*Based on the 2018 Basic Health Research, one of the non-communicable diseases is stroke, which has increased by 10.9% between 2013 and 2018. At the Royal Progress Hospital an average of 190 patients per month in the last three months of 2019 with effects of disability, paralysis, and comorbid diseases post stroke and recurrent stroke. Family support is very important to help achieve the optimal life process for post-stroke patients. The purpose of this study was to determine the relationship between family support and the quality of life of post-stroke patients in the Outpatient Installation of the Royal Progress Hospital. **Methods:** This study is a quantitative correlational analytic study with a cross-sectional bivariate study approach through the Chi-Square test on 73 respondents obtained by filling out a questionnaire with purposive sampling. **Results:** The results of univariate analysis of good quality of life of post-stroke patients were 53.7% and good support was 56.2%. The bivariate analysis showed a p-value of 0.000. **Conclusion:** There is a relationship between family support and the quality of life of post patients at the Royal Progress Hospital outpatient installation. Suggestions for the hospital to prepare the families of post-stroke patients before going home for treatment and conducting home care visits. Families are expected to prepare a post-treatment patient environment. For the next researchers to modify or examine the relationship of each family support factor with each domain of quality of life after stroke in terms of caregiver perceptions.*

*Key words: family support, quality of life, post stroke patients*

## DAFTAR ISI

Pernyataan Orisinalitas Skripsi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Halaman Pengesahan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Kata Pengantar .....	iii
Pernyataan Persetujuan Publikasi Karya Ilmiah Untuk Kepentingan Akademis.....	viii
Daftar Isi.....	xi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan Penelitian .....	8
1.3.1 Tujuan Umum.....	8
1.3.2 Tujuan Khusus .....	8
1.4 Manfaat Penelitian .....	8
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	8
1.4.2 Manfaat Praktis .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>10</b>
2.1 Konsep Stroke .....	10
2.1.1 Definisi.....	10
2.1.2 Klasifikasi Stroke .....	11
2.1.3 Faktor Penyebab.....	13
2.1.4 Faktor Risiko Stroke .....	13
2.2 Keluarga .....	16
2.2.1 Definisi Keluarga .....	16
2.2.2 Fungsi keluarga .....	16

2.3	Family Caregiver.....	20
2.3.1	Pengertian.....	20
2.3.2	Jenis Caregiver .....	21
2.3.3	Fungsi Caregiver .....	21
2.3.4	Tugas Family Caregiver .....	21
2.4	Kualitas Hidup .....	22
2.4.1	Pengertian Kualitas Hidup .....	22
2.4.2	Komponen Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup .....	23
2.4.3	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup .....	24
2.4.4	Pengukuran Kualitas Hidup .....	27
2.5	Kerangka Teori.....	29
BAB III KERANGKA KERJA PENELITIAN .....		30
3.1	Kerangka Kerja Penelitian .....	30
3.2	Definisi Operasional.....	30
3.3	Hipotesa Penelitian.....	33
BAB IV METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN.....		34
4.1	Desain Penelitian.....	34
4.2	Populasi dan Sampel .....	34
4.2.1	Populasi.....	34
4.2.2	Sampel.....	34
4.2.3	Sampling .....	35
4.3	Tempat dan Waktu Penelitian .....	36
4.3.1	Tempat.....	36
4.3.2	Waktu Penelitian .....	37
4.4	Instrumen Penelitian.....	37
4.4.1	Dukungan Keluarga .....	37

4.4.2	Kualitas Hidup .....	38
4.5	Alat Pengumpulan Data .....	38
4.6	Metode Pengumpulan Data .....	38
4.7	Etika Penelitian .....	39
4.7.1	Lembar persetujuan responden ( <i>informed consent</i> ) .....	39
4.7.2	Tanpa nama ( <i>Anominy</i> ) .....	40
4.7.3	Kerahasiaan .....	40
4.8	Jadwal Kegiatan .....	40
4.9	Pengolahan Data .....	41
4.9.1	<i>Editing</i> (Penyuntingan Data) .....	41
4.9.2	<i>Codding</i> .....	42
4.9.3	<i>Data Entry/processing</i> .....	42
4.9.4	<i>Cleaning</i> .....	42
4.9.5	<i>Scoring</i> .....	42
4.10	Validitas dan Reliabilitas .....	43
4.11	Analisa Data .....	44
4.11.1	Analisa	
Univariat	.....	42
4.11.2	Analisa	
Bivariat	.....	42
BAB V HASIL PENELITIAN .....		46
5.1	Pelaksanaan Penelitian .....	46
5.2	Penyajian Hasil Penelitian .....	46
5.2.1	Tabel Karakteristik Responden .....	47
5.2.2	Analisis Univariat .....	48
5.2.3	Analisis Bivariat .....	49

BAB VI PEMBAHASAN.....	50
6.1 Karakteristik Responden .....	50
6.2 Analisis Univarit .....	51
6.2.1 Dukungan Keluarga Pasien Pasca Stroke .....	51
6.2.2 Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke .....	53
6.3 Analisis Bivariat.....	55
6.4 Implikasi Penelitian.....	58
6.5 Keterbatasan Penelitian.....	59
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN .....	60
7.1 Kesimpulan .....	60
7.2 Saran.....	61
Daftar Pustaka.....	62
LAMPIRAN - LAMPIRAN.....	67



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pada tahun 2016, sekitar 7% penyebab kematian di dunia adalah penyakit tidak menular (PTM) yang membunuh 36 juta jiwa per tahun. Sekitar 80% kematian tersebut terjadi di negara berpenghasilan menengah dan rendah. Menurut data *World Health Organization* (WHO) sebanyak 73% kematian saat ini disebabkan oleh penyakit tidak menular, 35% di antaranya, karena penyakit jantung dan pembuluh darah, 12% oleh penyakit kanker, 6% oleh penyakit pernapasan kronis, 6% karena diabetes, dan 15% disebabkan oleh PTM lainnya (WHO, 2018).

Indonesia saat ini menghadapi beban ganda penyakit, yaitu penyakit menular dan penyakit tidak menular. Perubahan pola penyakit tersebut sangat dipengaruhi antara lain oleh perubahan lingkungan, perilaku masyarakat, transisi demografi, teknologi, ekonomi dan sosial budaya. Peningkatan beban akibat PTM sejalan dengan meningkatnya faktor risiko yang meliputi meningkatnya tekanan darah, gula darah, indeks massa tubuh atau obesitas, pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, merokok, dan alkohol.

Menurut Riskesdas (2018), prevalensi PTM mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013 antara lain kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes melitus, dan hipertensi. Prevalensi kanker dari 1.4% (Riskesdas 2013) menjadi 1,8%, prevalensi stroke dari 7% menjadi 10.9% dan penyakit ginjal kronik dari 2% menjadi 3,8% (Riskesdas, 2018).

Salah satu PTM yang menyebabkan kematian dan kecacatan serta biaya pengobatan yang besar adalah stroke. Stroke adalah penyakit pembuluh darah otak di mana terjadi kegagalan dalam *supply* oksigen ke sel otak yang paling rentan terhadap kerusakan (iskemik), sehingga menyebabkan kematian pada sel otak. Sindrom yang menyebabkan stroke terdiri dari dua kategori besar yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Gillen, 2016). *Brain Attack* atau sering disebut stroke diakibatkan terhambatnya aliran darah ke otak dan atau

pecahnya pembuluh darah otak sebagai akibat dari tekanan atau adanya trauma (Stroke Association, 2017).

WHO menempatkan penyakit jantung iskemik dan stroke sebagai pembunuh terbesar di dunia, yaitu sebesar 54% dari 15.2 miliar total kematian. Dari sepuluh kasus kematian teratas di dunia, stroke merupakan penyebab kematian terbesar kedua untuk semua tingkat ekonomi setelah iskemia jantung (WHO, 2018). Data *stroke in Southeast Asia* kasus total stroke akut di Indonesia adalah 289,847 dengan insiden stroke (per 0.1 mil) sebanyak 110 dari total populasi (266,347,000) atau 1.09% sedangkan Philippines pada posisi kedua dengan insiden stroke (per 0.1 mil) 150, total stroke akut 155,679 dari total penduduk (105,332,000) atau 1.48% (Data Asia, 2018). Di Indonesia, angka kejadian stroke yang tinggi tersebut disebabkan karena tata laksana faktor risiko yang belum adekuat (Al-Rasyid, 2015).

Riskesdas (2013) mencatat prevalensi stroke di Indonesia pada usia  $\geq$  15 tahun adalah 7% per mil, sementara pada tahun 2018 angka prevalensi ini adalah 10.9%. Dengan demikian dalam kurun waktu lima tahun terjadi peningkatan sebesar 3,9%. Provinsi DKI Jakarta sebesar 11% penderita stroke pada tahun yang sama (Riskesdas, 2018). Data sepuluh penyakit terbanyak di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional menempatkan stroke iskemik pada urutan pertama yaitu 2,054 penderita (PON, 2018). Jumlah pasien yang didiagnosa stroke di Rumah Sakit Royal Progress tahun 2019 sebesar 1,445 pasien (Progress, 2020).

Menurut Hamjah, dkk, (2019) mengemukakan, dari 51 pasien pasca stroke, hampir seluruh mengalami kecemasan kematian tingkat tinggi (76.5%), sedangkan sebagian kecil mengalami kecemasan tingkat rendah (23.5%). Karim dan Lubis (2017) mengemukakan kualitas hidup yang rendah dilihat dari perubahan peran yaitu ketidakmampuan pasien dalam pemenuhan peran dan tugas dalam keluarga yang berpengaruh terhadap lingkungan dan adaptasi terhadap kondisi kesehatan selama perawatan *Palliative homecare*.

Faktor resiko terjadinya stroke dapat dibagi menjadi dua yaitu tidak dapat dimodifikasi dan dapat dimodifikasi. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, etnis/ras, penyakit bawaan.



Sedangkan faktor resiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, merokok, dislipidemia, obesitas, sindrom metabolik, penggunaan obat kontrasepsi oral dan lain-lain (Risksedas, 2018).

Stroke memberi dampak kematian jika penatalaksanaan awal yang terlambat baik pada stroke hemoragik (perdarahan) maupun stroke iskemik (bukan perdarahan). Dampak lainnya adalah kelumpuhan, koma, finansial karena biaya pengobatan yang tinggi dan membutuhkan waktu yang lama, serta dampak psikologis. *Royal College of Physicians National Clinical Guidelines for Stroke* (2016) menyampaikan, dampak psikologis yang ditimbulkan setelah stroke adalah depresi, kecemasan, emosi yang labil, kelelahan, koping tidak adekuat, apatis, marah, hubungan sosial terganggu. Selain itu dampak dari stroke adalah meningkatnya beban ekonomi pada sistem perawatan kesehatan, meningkatnya angka kemiskinan, kualitas hidup penderita dan keluarga menurun, menggagalkan pembangunan ekonomi dan dapat melemahkan atau bahkan menurunkan harapan hidup.

Jika stroke menimpa anggota suatu keluarga, maka beberapa hari bahkan minggu setelah stroke dapat menyebabkan stres bagi keluarga karena biasanya stroke terjadi secara tiba-tiba dan sebagian besar keluarga akan mengalami kecemasan tentang prognosis, ketidakpastian perkembangan pengobatan dan rehabilitasi anggota keluarga tersebut. Pasangan yang mengalami stroke berisiko mengalami depresi dan tekanan emosional pada minggu dan bulan setelah kejadian stroke. Pasangan stroke yang sehat lebih tertekan dan umumnya kurang bahagia dengan kehidupan mereka (Greenwood et al 2009).

Stroke dan konsekuensinya merupakan masalah penting bagi pasien, keluarga dan sistem perawatan kesehatan. Mengukur *health-related Quality of Life* (HRQoL) pada pasien pasca stroke sangat penting untuk dievaluasi secara konvensional status kesehatannya. Faktor utama yang mempengaruhi penurunan HRQoL pada pasien pasca stroke adalah depresi, fisik dan cacat mental, sakit kronis, defisit kognitif, gangguan dalam emosi, identitas diri dan isolasi sosial. Rehabilitasi diarahkan pada peningkatan kemandirian pasien pasca stroke, mengurangi isolasi, mengobati depresi dan

memperkuat dukungan sosial dianggap dapat berkontribusi pada peningkatan HRQoL. (Kawecka, 2013).

Kualitas hidup atau *Quality of life (QOL)* adalah istilah menyeluruh untuk kualitas berbagai domain dalam kehidupan yang merupakan standar yang terdiri dari harapan individu atau masyarakat untuk kehidupan yang baik. Harapan-harapan ini dipandu oleh nilai-nilai, tujuan dan konteks sosial budaya di mana seorang individu hidup. Ini adalah konsep subjektif, multi dimensi yang mendefinisikan tingkat standar untuk kesejahteraan emosional, fisik, material dan sosial serta berfungsi sebagai referensi yang dengannya individu atau masyarakat dapat mengukur berbagai domain kehidupan seseorang. Sejauh mana kehidupan seseorang bertepatan dengan tingkat standar yang diinginkan ini secara berbeda sejauh mana domain-domain ini memberikan kepuasan dan dengan demikian berkontribusi pada kesejahteraan subyektif seseorang, disebut kepuasan hidup (Wikipedia, 2020).

Berdasarkan penelitian Ayuningputri (2013) stroke memberikan dampak fisik di mana sebagian besar pasien stroke akan mengalami gejala yang sangat bervariasi, seperti gangguan mobilisasi atau gangguan motorik, gangguan penglihatan, gangguan bicara, perubahan emosi dan gejala-gejala lain sesuai lokasi otak yang mengalami *infark* atau penyumbatan. Gejala ini dapat mempengaruhi aspek fisik, psikologis serta sosial mereka yang akan berdampak pada penurunan produktifitas dan kualitas hidup baik secara permanen maupun sementara. Dampak fisik juga dapat muncul seperti kelumpuhan parsial, gangguan komunikasi dan gangguan kognitif. Defisit yang paling umum dialami pasien stroke yaitu melibatkan aksimotorik. Kelumpuhan fisik ini dapat terjadi secara langsung dan biasanya pasien menyadari bahwa mereka tidak bisa menggerakkan lengan dan kaki pada satu sisi tubuh.

Menurut Yasmin (2016), pasien pasca stroke dapat membuat beberapa anggota tubuh tidak berfungsi dengan normal. Selain itu, pasien mengalami kesulitan untuk menggerakkan sebagian anggota tubuhnya, kesulitan berjalan dan terkadang kesulitan dalam bicara. Kondisi fisik yang tidak seperti dahulu (sebelum stroke) dapat juga menyebabkan depresi, rasa putus asa, bahkan

menghadirkan niat mengakhiri hidup. Kondisi ini membuat pasien yang masih mempunyai harapan hidup lebih panjang akan menjadi tanggung jawab sekaligus beban bagi keluarga atau pun *caregiver* dalam memenuhi kebutuhan hidup baik fisik mau pun psikologis.

Setelah serangan stroke, sel-sel otak (neuron) yang mati dan bekuan darah akan diserap kembali (direabsorpsi), lalu diganti dengan kista yang mengandung cairan otak (serebrospinal) di mana proses ini berlangsung sekitar tiga bulan dan 30%-nya tergantung pada alat atau mungkin mengalami komplikasi yang dapat menimbulkan kematian. Kondisi ini diharapkan penderita mempersiapkan diri dan bila perlu menyesuaikan dengan segala hal terutama keseharian hidup dan pekerjaannya. Pemulihan syaraf pada stroke dapat terjadi dalam hari, minggu pertama dan setelah enam bulan, bahkan dapat mencapai tahunan.

Pasien yang mengalami stroke sangat mungkin mengalami kecacatan, mulai dari tanpa gangguan fungsi (derajat nol) sampai pada kelumpuhan total dengan gangguan multi organ (derajat lima). Selain itu, beberapa perubahan mungkin saja terjadi pada pasien pasca stroke, misalnya perubahan berpikir (hilangnya semangat, penurunan atau hilangnya ingatan, berkurangnya konsentrasi, bahkan fungsi kecerdasan berkurang atau hilang), berkurang atau hilangnya rasa (gangguan sensasi syaraf tepi), perubahan kepribadian (afektif yang labil), emosi yang labil, bahkan mengalami epilepsi pasca stroke. Kondisi lain yang mungkin terjadi adalah jika pola hidup dan dukungan keluarga atau *caregiver* yang kurang dapat menyebabkan stroke berulang (Junaidi, 2012).

Penanganan dini pada pasien stroke dan secara komprehensif sejak dalam keluarga hingga rumah sakit dan kembali lagi ke keluarga sangat penting dan menentukan keberhasilan baik dalam mempertahankan kualitas hidup yang optimal mau pun meningkatkan kualitas hidup pasien. Pengobatan pasien stroke membutuhkan biaya yang besar dan waktu yang Panjang.

Peran perawat dalam penanganan pasien stroke, meliputi membuat perkembangan tujuan rencana perawatan, menentukan alat penilaian

fungsional, mendesain aktivitas untuk mencegah komplikasi, memaksimalkan kemampuan pasien, meningkatkan fungsi maksimal fisik dan meminimalkan faktor risiko yang akan diimplementasikan oleh keluarga atau *caregiver* selama pasien di rumah, di mana waktu terpanjang dari proses rehabilitasi pasien.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga juga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dari beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga merupakan suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal yang meliputi perhatian, emosional dan penilaian. Keluarga dipandang sebagai suatu sistem, jika terjadi gangguan pada salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi seluruh sistem. Sebaliknya disfungsi keluarga dapat pula menjadi salah satu penyebab terjadinya gangguan pada anggota keluarga (Keliat, 1996). Ada empat jenis dukungan keluarga yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien, yaitu dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan (Friedmann, 2000).

Berdasarkan data pasien berkunjung ke Instalasi Rawat Jalan (IRJ) Rumah Sakit Royal Progress tahun 2018 sebanyak 900 pasien sedangkan tahun 2019 sebanyak 1,445 pasien. Angka ini menunjukkan peningkatan sebesar 37.7% atau terjadi penambahan 545 pasien stroke baru dalam kurun waktu satu tahun. Rata-rata penderita yang berkunjung diantarkan oleh *Caregiver* dan didampingi oleh *family* atau pun hanya diantarkan oleh *caregiver*. Sebagian kecil oleh *family* yang sekaligus bertindak sebagai *caregiver*. Di antara pasien tersebut nampak kulit kering, rambut tidak rapi, personal hygiene yang buruk, bau badan, bahkan saat sampai di rumah sakit masih ada makanan dalam mulut pasien. Kondisi seperti ini tentu saja akan membutuhkan waktu perawatan yang lama dan itu akan terjadi di rumah (*home care*).

Melihat data dan fakta di atas secara langsung memberikan daya tarik untuk digali lebih jauh, apa yang sedang terjadi antara keluarga dan kehidupan pasien pasca stroke itu sendiri. Sebagai tenaga perawat yang terlibat langsung pada pelayanan pasien saat kontrol, perlu meningkatkan fungsi dan perannya dalam memberikan asuhan keperawatan yang dapat memberikan kontribusi pada keluarga sebagai *family caregiver* agar dampak positifnya dapat mengoptimalkan hidup pasien stroke. Peran ini harus dimulai sejak pasien masuk rumah sakit melalui proses asuhan keperawatan yang sistematis dan berorientasi pada kondisi pasien serta kekuatan dan kelemahan yang dimiliki pasien dan keluarga itu sendiri.

## 1.2 Rumusan Masalah

Stroke merupakan penyakit yang membutuhkan waktu yang sangat panjang dalam pemulihan, bahkan untuk mencapai hidup yang optimal sesuai kondisi pasien menjadi pencapaian maksimum. Namun, bila tidak mendapat dukungan dan keterlibatan keluarga baik secara langsung (merawat pasien atau *caregiver*) mau pun tidak langsung (penyedia dana dan membayar pihak lain), maka harapan peningkatan sampai pada hidup optimal tidak mungkin tercapai.

Peningkatan kunjungan pasien stroke yang terjadi dalam kurun waktu satu tahun (2018-2019) yaitu sebesar 37.7% di IRJ Rumah Sakit Royal Progress serta keterlibatan keluarga sebagai *family caregiver* pada anggota keluarganya yang stroke memberikan gambaran untuk ditelaah lebih jauh bagaimana peran serta keluarga dalam mengoptimalkan anggota keluarganya yang stroke.

Berdasarkan data tersebut di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui; Adakah hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progres?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress tahun 2020.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengetahui distribusi frekuensi dukungan keluarga pada pasien pasca stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress tahun 2020.

1.3.2.2 Mengetahui distribusi frekuensi kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress tahun 2020.

1.3.2.3 Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress tahun 2020.



UNIVERSITAS  
BINAWAN

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini untuk mengembangkan ilmu keperawatan dalam meningkatkan mutu pelayanan, sebagai referensi bagi peneliti-peneliti yang akan datang dalam konteks permasalahan yang berkaitan dengan aplikasi teori keperawatan dan dapat digunakan sebagai sumber pembelajaran pada materi pengelolaan sumber daya keperawatan.

#### 1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini, secara praktis dapat digunakan sebagai berikut:

##### 1.4.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi salah satu referensi untuk pendidikan demi peningkatan pelayanan keperawatan dalam program

pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke.

#### 1.4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh Rumah Sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan pasien pasca stroke sejak awal masuk rumah sakit sampai dengan pelayanan kunjungan rumah (*Home Care*).

#### 1.4.2.3 Bagi Peneliti

- a. Penelitian dapat mengembangkan ilmu pengetahuan (secara teoritis).
- b. Membantu mengatasi, memecahkan dan mencegah masalah yang ada pada objek yang diteliti.
- c. Menambah wawasan dan kemampuan berpikir mengenai penerapan teori yang telah didapat dari mata kuliah yang telah diterima ke dalam penelitian yang sebenarnya.

#### 1.4.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan mampu menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya dan bisa dikembangkan menjadi lebih sempurna.







## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Stroke

##### 2.1.1 Definisi

Istilah stroke biasanya merujuk pada infark otak atau pendarahan otak non-traumatis. Meskipun akan bervariasi tergantung pada populasi yang dilihat (etnis, usia, komorbiditas), rasio infark dengan perdarahan sekitar empat banding satu. Infark serebral dapat terjadi disebabkan oleh sejumlah proses patologis, tetapi semua diakhiri dengan oklusi arteri atau vena serebral. Jika hasil oklusi arteri dalam pengurangan aliran darah tidak cukup untuk menyebabkan kematian jaringan (infark), yang disebut iskemia (M. Carter Denny, 2020). Stroke adalah sindrom klinis yang ditandai oleh timbulnya deficit neurologis fokal secara mendadak yang menetap setidaknya 24 jam dan disebabkan oleh kelainan sirkulasi otak (Ganong, 2017).

Stroke merupakan gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun sumbatan dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian (Junaidi, 2012).

Stroke menunjukkan kejadian mendadak dengan gangguan Fungsi sistem syaraf pusat (SSP), karena penyakit pembuluh darah di mana insidennya lebih umum terjadi pada orang tua. Stroke diklasifikasikan secara klinis menjadi stroke lengkap, stroke berkembang, atau serangan iskemik sementara di mana gangguan SSP berlangsung kurang dari 24 jam. Serangan iskemik sementara merupakan faktor risiko utama untuk infark serebral; kebanyakan serangan karena perubahan peredaran darah di SSP terjadi sebagai hasilnya penyakit di jantung atau arteri ekstrakranial.

Gambaran klinis stroke dihasilkan dari otak fokus iskemia, dan tergantung pada lokalisasi dan sifat lesi. Seringkali stroke berulang terjadi pada pasien dengan faktor risiko yang diakui, khususnya penyakit jantung, hipertensi dan diabetes mellitus (Underwoods, 2013).

## 2.1.2 Klasifikasi Stroke

### 2.1.2.1 Stroke Hemoragik

Merupakan pendarahan serebri dan mungkin juga pendarahan subarachnoid. stroke ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak pada daerah otak tertentu. biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. kesadaran klien umumnya menurun (Muttaqin, 2008).

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan ke dalam jaringan otak (disebut *hemoragia intraserebrum* atau *hematom intraserebrum*) atau ke dalam ruang subarachnoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut *hemoragia subarachnoid*) pecahnya pembuluh darah di otak darah akan menengani otak. Darah yang membawa oksigen dan nutrisi tidak sampai ke organ atau sel otak padahal semestinya darah harus mengalir ke sel-sel otak (Feigin, 2004).

Menurut Muttaqin (2008) Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis yang akut dan disebabkan oleh pendarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan karena trauma tetapi disebabkan oleh pecahnya pembuluh arteri, vena, dan kapiler. perdarahan otak dibagi dua, yaitu:

a. Perdarahan *Intra Serebri* (PIS)

Pecahnya pembuluh darah terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) dapat terjadi dengan cepat yang mengakibatkan kematian mendadak karena heriasi otak. Pendarahan intra serebri yang disebabkan hipertensi sering dijumpai didaerah putamen, thalamus, pons, dan serebelum.

b. Perdarahan *Sub Arachnoid* (PSA)

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisme yang berawal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar perankim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subarachnoid menyebabkan tekanan intra kranial (TIK) meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri dan vasospasme pembuluh darah serebri yang berakibat disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (Hemiparise, gangguan sensorik, afasia dan lainnya). Vasospasme ini sering kali terjadi tiga sampai lima hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari kelima sampai hari kesembilan, dan dapat menghilang setelah minggu kedua sampai minggu kelima.

2.1.2.2 Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari, tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan edema sekunder. Pada saat otak hipoksia,

tubuh berusaha memenuhi oksigen melalui proses metabolic anaerob, yang dapat menimbulkan dilatasi pembuluh darah otak.

Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakit atau stadiumnya dibagi menjadi:

- a. *Transient iskemik attack* (TIA), merupakan neurologis lokal yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.
- b. Stroke involusi, merupakan stroke yang terjadi masih terus berkembang. Gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses ini dapat terjadi 24 jam atau beberapa hari.
- c. Stroke komplit, gangguan neurologis yang timbul sudah menetap atau permanen dan dapat diawali oleh serangan TIA berulang (Muttaqin, 2008).

### 2.1.3 Faktor Penyebab

Stroke disebabkan oleh dua hal utama, yaitu penyumbatan arteri yang mengalirkan darah ke otak (stroke iskemik atau nonperdarahan/infark) atau karena adanya perdarahan di otak (stroke perdarahan atau hemoragik) (Junaidi, 2012).

### 2.1.4 Faktor Risiko Stroke

Faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke adalah usia, tekanan darah tinggi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes, kolesterol tinggi, merokok, atrial fibrillation, migrain dengan aura dan thrombophilia (cenderung thrombosis). Dari semua faktor-faktor tersebut yang paling mudah dikendalikan adalah tekanan darah tinggi dan merokok. Delapan puluh persen (80%) kejadian stroke dapat

dihindari dengan pengelolaan terhadap faktor-faktor risiko (Wikipedia, 2019).

Kurangnya kesadaran masyarakat untuk menerapkan pola hidup sehat merupakan faktor utama yang menyebabkan stroke. Selain itu, meningkatnya usia harapan hidup, kemajuan di bidang sosial ekonomi, serta perbaikan di bidang pangan yang tidak diikuti dengan kesadaran penerapan gaya hidup sehat juga menjadi pemicu terjadinya stroke (Junaidi, 2012).

Dari sekian banyak faktor risiko yang menjadi penyebab pada kejadian stroke seperti disebutkan di atas, dapat dikelompokkan menjadi dua faktor utama, yaitu:



#### 2.1.4.1 Faktor internal

Menurut Junaidi (2012), faktor internal merupakan faktor risiko yang tidak dapat diubah, dikontrol atau pun dimodifikasi.

Faktor ini meliputi:

- a. Umur: makin tua seseorang, risiko kejadian stroke semakin tinggi.
- b. Ras/suku bangsa: bangsa Afrika/Negro, Jepang dan Cina lebih sering terkena stroke. Yang berwatak keras dan terbiasa cepat atau terburu-buru, seperti orang Sumatera, Sulawesi dan Madura juga rentan terserang stroke.
- c. Jenis kelamin: laki-laki lebih berisiko terserang stroke dibandingkan dengan perempuan.
- d. Riwayat kejadian stroke: yang pernah mengalami stroke pada usia muda, maka yang bersangkutan berisiko tinggi terkena stroke berulang.

#### 2.1.4.2 Faktor eksternal

Faktor ini dapat dikontrol, diubah atau pun dimodifikasi, meliputi:

- a. Hipertensi.
- b. Diabetes mellitus/kencing manis.
- c. *Transient iskemik attack* (TIA), yaitu serangan stroke yang menyebabkan lumpuh sementara.
- d. Fibrilasi atrial jantung.
- e. Pasca stroke. Mereka yang pernah terserang stroke.
- f. Abnormalitas lemak; lipoprotein.
- g. Fibrinogen tinggi dan perubahan hemoreologikal lain.
- h. Perokok (utamanya rokok sigaret).
- i. Peminum alkohol
- j. Hiperhomocysteinemia.
- k. Infeksi: virus dan bakteri.
- l. Obat-obatan, misalnya kontrasepsi oral, pil KB.
- m. Obesitas/kegemukan.
- n. Kurang aktivitas fisik.
- o. Hiperkolesterolemia.
- p. Stress fisik dan mental.



UNIVERSITAS  
BINAWAN

#### 2.1.4.3 Faktor risiko generasi baru:

- a. Defisiensi atau kurangnya hormone wanita (estrogen).
- b. Homosistein tinggi.
- c. Plasma fibrinogen.
- d. Faktor VII pembekuan darah.
- e. *Tissue plasminogen activator* (t – PA).
- f. *Plasminogen activator inhibitor type 1*.
- g. Lipoprotein (a).
- h. *C-reactive protein* (CRP), yang terjadi saat inflamasi atau infeksi.
- i. Chlamydia pneumonia (infeksi)
- j. Virus herpes/sitomegalovirus, heliobacter pylori.
- k. Infeksi yang meningkatkan *heat shock protein* (HSP) yang merupakan pertanda adanya proses auto-immun.

1. Genetik atau bawaan (*ACE polymorphisms, human leucocyte antigen/HLA-DR, class II genotype*) sebagai *genetic markers* pada arterosklerosis (Junaidi, 2012).

## 2.2 Keluarga

### 2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga merupakan unit masyarakat yang terkecil yang memiliki kedudukan yang sangat strategis dalam pengembangan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang mencakup pengembangan kemampuannya. Kemampuan dalam menghadapi tantangan dan mencegah resiko terhadap masalah di sekeliling mereka. Pengaruh negatif yang diakibatkan oleh adanya interaksi antara dinamika eksternal dan internal dalam komunitas yang bersentuhan dengan sistem sosial lainnya diharapkan dapat ditangkal oleh sebuah keluarga yang memiliki ketahanan keluarga yang tangguh (Anak, 2016).

### 2.2.2 Fungsi keluarga

Menurut Friedman (2000), ada lima fungsi utama keluarga, yaitu:

#### 2.2.2.1 Fungsi afektif:

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga tentang pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Melalui pemenuhan fungsi ini, maka keluarga akan dapat mencapai tujuan psikososial yang utama, membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga, stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin hubungan secara lebih akrab dan harga diri.

#### 2.2.2.2 Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial:

Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, dimulai sejak lahir dan hanya dapat diakhiri dengan kematian, karena individu secara kontinyu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami. Sosialisasi merupakan proses perkembangan atau perubahan yang dialami oleh individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran-peran sosial.

#### 2.2.2.3 Fungsi reproduksi:

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia terutama dalam keluarga.

#### 2.2.2.4 Fungsi ekonomi:

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan dalam rangka memenuhi kebutuhan keluarga.

#### 2.2.2.5 Fungsi perawatan kesehatan:

Bagaimana keluarga memberikan makanan, pakaian, perlindungan, pengetahuan tentang sehat – sakit dan kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit melalui tugas kesehatan keluarga yang meliputi:

- a. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- b. Kemampuan keluarga membuat keputusan yang tepat bagi keluarga.
- c. Kemampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.



- d. Kemampuan keluarga dalam mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- e. Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan.

Menurut Friedman (2000), keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota-anggotanya. Anggota keluarga juga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga merupakan suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal yang meliputi perhatian, emosional dan penilaian. Keluarga dipandang sebagai suatu sistem, di mana jika terjadi gangguan pada salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi seluruh sistem. Sebaliknya disfungsi keluarga dapat pula menjadi salah satu penyebab terjadinya gangguan pada anggota keluarga (Keliat B, 1996).

Menurut Friedmann (2000), ada empat jenis dukungan sosial keluarga, yaitu:

a) Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai kolektor dan diseminator informasi munculnya suatu stressor, karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Untuk pasien stroke diberikan informasi oleh keluarganya tentang penyakit stroke serta bagaimana cara pengelolaannya.

b) Dukungan emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan belajar serta membantu penguasaan terhadap emosi, dengan menjaga hubungan emosional, meliputi

dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, kepercayaan, perhatian dan mendengarkan atau didengarkan saat mengungkapkan perasaanya.

c) Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, di antaranya keteraturan menjalani terapi, kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat dan terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan ini juga mencakup bantuan langsung, seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan mau pun menolong pekerjaan pada saat penderita mengalami stress.

d) Dukungan penghargaan

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah. Terjadi lewat ungkapan rasa hormat (penghargaan) serta sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga, di antaranya adalah memberikan penghargaan dan perhatian saat pasien menjalani rehabilitasi. Jadi, dukungan keluarga terhadap pasien stroke baik fase akut mau pun pasca stroke sangat dibutuhkan untuk mencapai proses penyembuhan atau pemulihan.

Dukungan keluarga memainkan peran penting dalam mengintensifkan perasaan sejahtera. Individu yang hidup dalam lingkungan yang suportif kondisinya jauh lebih baik dari pada mereka yang tidak memilikinya. Dukungan tersebut akan tercipta bila hubungan interpersonal di antara mereka baik. Ikatan kekeluargaan yang kuat sangat membantu ketika keluarga menghadapi masalah, karena keluarga adalah orang yang paling dekat hubungannya dengan anggota keluarganya. Keluarga besar dan teman-teman dekat mendorong anggota

keluarga untuk mengkomunikasikan kesulitan-kesulitan pribadi secara bebas. Sehingga masalahnya akan diberi nasehat-nasehat dan bimbingan pribadi sesuai dengan nilai-nilai dan tradisi keluarga (Godfrey, 1995).

## 2.3 *Family Caregiver*

### 2.3.1 Pengertian

*Caregiver* merupakan pengasuh yang memberikan perawatan pribadi, hidup bersama penderita dan bekerja secara penuh dalam merawat penderita (Friedman, 2010). *Caregiver* adalah seseorang yang memberikan bantuan kepada orang yang mengalami ketidakmampuan dan memerlukan bantuan karena penyakit dan keterbatasannya (Sukmaini, 2009 dalam Marsyah, 2018).

*Family caregiver* adalah setiap kerabat, pasangan, teman atau tetangga yang memiliki hubungan pribadi yang signifikan dengan pasien, dan memberikan berbagai bantuan pada orang tua atau dewasa dengan kondisi kronis atau cacat (*Family Caregiver Alliance*, 2011). Sedangkan menurut Cress (2011) *family caregiver* adalah istri, pasangan, anak atau orang lain yang relatif menyediakan berbagai bantuan pada orang yang sudah tua atau pada orang yang tidak punya kemampuan.

*Family caregiver* merupakan anggota keluarga maupun kerabat pasien yang bertanggung jawab untuk merawat dan mendampingi pasien selama sakit melalui dukungan fisik, emosional, keuangan kepada individu yang yang tidak mampu untuk merawat dirinya sendiri karena sakit, cedera atau cacat. Mereka terampil dalam memahami sudut pandang orang lain, serius pada tanggung jawab mereka, melihat apa yang perlu dilakukan dan kemudian melakukannya serta menghargai tradisi dan keamanan yang ditawarkan.

### 2.3.2 Jenis Caregiver

*Caregiver* dibagi menjadi dua, yaitu:

#### 2.3.2.1 *Caregiver Formal*

*Caregiver* formal adalah *caregiver* yang merupakan bagian dari sistem pelayanan baik dibayar maupun sukarelawan (sukmarini, 2009). *Caregiver formal* dapat berupa perawatan yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan atau pun tenaga profesional lainnya dan diberikan upah oleh pengguna jasa *caregiver*.

#### 2.3.2.2 *Caregiver Informal*

*Caregiver informal* adalah seseorang individu (anggota keluarga, teman atau tetangga) yang memberikan perawatan tanpa dibayar, paruh waktu atau sepanjang waktu, tinggal bersama maupun terpisah dengan orang yang dirawat. *Caregiver* yang tidak formal merupakan perawatan yang dilakukan di rumah dan tidak profesional dan tanpa melakukan pembayaran seperti keluarga penderita yaitu istri/suami, anak perempuan/laki-laki, dan anggota keluarga lainnya.



### 2.3.3 Fungsi Caregiver

Fungsi dari *caregiver* adalah menyediakan makan, membawa pasien ke dokter dan memberikan dukungan emosional, kasih sayang dan perhatian. *Caregiver* juga membantu pasien dalam mengambil keputusan atau pada stadium akhir penyakit, *caregiver* yang membuat keputusan untuk pasiennya. *Family caregiver* merupakan penasihat yang sangat penting dan diperlukan oleh pasien (Tantono, dkk, 2006).

### 2.3.4 Tugas Family Caregiver

Keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan (Harmoko, 2012), sebagai berikut:

#### 2.3.4.1 Mengenal Masalah Kesehatan Keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu akan tidak berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga akan habis.

#### 2.3.4.2 Merawat Keluarga Yang Mengalami Gangguan Kesehatan

Seringkali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga itu sendiri.

#### 2.3.4.3 Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.

#### 2.3.4.4 Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitar keluarga.



## 2.4 Kualitas Hidup

### 2.4.1 Pengertian Kualitas Hidup

Menurut Kreitler & Ben (2004), kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap posisi dirinya dikehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di wilayah tempat tinggalnya yang berhubungan dengan target, harapan, standar dan kepentingan. Kualitas hidup merupakan ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak dari terapi pada pasien.

Pengukuran konseptual ini mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup, kemampuan seseorang untuk secara mandiri dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Mengungkapkan kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai fungsi mereka di dalam bidang kehidupan. Lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan

individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Nofitri, 2009).

Kualitas hidup menjadi istilah yang umum untuk menyatakan status kesehatan, kendati istilah ini juga memiliki makna khusus yang memungkinkan penentuan rangking penduduk menurut aspek objektif mau pun subjektif pada status kesehatan. Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan atau *Health-related Quality of Life* (HQL) mencakup keterbatasan fungsional yang bersifat fisik maupun mental dan ekspresi positif kesejahteraan fisik, mental, serta spiritual. HQL dapat digunakan sebagai sebuah ukuran yang menyatukan mortalitas dan morbiditas, serta merupakan indeks berbagai unsur yang meliputi kematian, morbiditas, keterbatasan fungsional, serta keadaan sehat sejahtera (*well-being*) (Gibney, 2009).



#### 2.4.2 Komponen Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Wulandari (2004), komponen kualitas hidup setiap individu meliputi:

##### 2.4.2.1 Fungsi Fisik (*Physical Functioning*)

Berhubungan dengan berapa banyak batasan dari kesehatan fisik yang dapat dilakukan setiap hari, seperti berjalan, membungkuk, menaiki atau menuruni anak tangga.

##### 2.4.2.2 Peran Fisik (*Physical Role*)

Berhubungan dengan tingkat kesulitan yang dialami individu ketika melakukan aktifitas sehari-hari baik di rumah mau pun ketika jauh dari rumah.

##### 2.4.2.3 Nyeri Tubuh (*Body Pain*)

Berhubungan dengan seberapa parah sakit yang dialami oleh tubuh pada masing-masing individu terkait penyakit yang dideritanya.

##### 2.4.2.4 Kesehatan Umum (*General Health*)

Sebuah penilaian secara menyeluruh mengenai kesehatan yang dimiliki oleh masing-masing individu.

#### 2.4.2.5 Fungsi Sosial (*Social Functioning*)

Berhubungan dengan seberapa jauh kesehatan fisik dan masalah emosional membatasi interaksi dan aktifitas sosial yang biasa dilakukan oleh individu yang sedang sakit.

#### 2.4.2.6 Vitalitas (*Vitality*)

Berhubungan dengan jumlah dari energi dan rasa lelah yang dimiliki oleh masing-masing individu yang sedang sakit.

#### 2.4.2.7 Kesehatan Mental (*Mental Health*)

Berhubungan dengan kondisi batin yang senantiasa berada dalam keadaan tenang, aman, tenang dan upaya untuk menemukan ketenangan batin pada individu yang sedang sakit.

#### 2.4.2.8 Peran Emosional (*Emotional Role*)

Berhubungan dengan seberapa banyak masalah pribadi atau emosional yang dialami berdampak pada pekerjaan sehari-hari di rumah mau pun jauh dari rumah.

#### 2.4.2.9 Hubungan Fisik dan Mental

Berhubungan dengan kesehatan mental dan fisik saling berpengaruh; jika individu mengalami sakit secara fisik maka dapat mempengaruhi mental individu tersebut.

### 2.4.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Kualitas hidup individu dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Berikut adalah factor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup individu, yaitu:

#### 2.4.3.1 Usia

Seiring dengan bertambahnya usia, seseorang lebih rentan terhadap penyakit namun jarang menyebabkan penyakit serius sebelum 40 tahun dan meningkat lima kali lipat pada usia 40 sampai 60 tahun. Berdasarkan penelitian yang dilakukan, kualitas hidup pada pasien berusia lebih dari 40 tahun lebih buruk dibandingkan dengan pasien yang berusia lebih muda.

Pasien berusia 18-24 tahun, hanya 7,5% yang mempunyai kualitas hidup buruk (Price & Wilson, 2006).

#### 2.4.3.2 Jenis Kelamin

Moons, dkk (2004) mengatakan bahwa gender merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Ada perbedaan kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, di mana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik dari pada kualitas hidup perempuan.

#### 2.4.3.3 Pendidikan

Tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Ditemukan adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif, namun tidak banyak (Moons, dkk, 2004).

#### 2.4.3.4 Status Pernikahan

Moons, dkk (2004) mengemukakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai atau pun janda dan individu yang menikah. Penelitian empiris di Amerika secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dari pada individu yang tidak menikah, bercerai, atau pun janda/duda akibat pasangannya meninggal. Hal ini didukung oleh penelitian kualitas hidup dengan menggunakan kuesioner pada laki-laki dan wanita, dilaporkan bahwa laki-laki dan perempuan yang sudah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan yang belum menikah atau yang sudah bercerai. Kualitas hidup yang baik pada laki-laki dan wanita yang sudah menikah karena adanya dukungan sosial dari pasangannya.



#### 2.4.3.5 Keteraturan Berobat

Penyakit stroke sering disebut sebagai *the silent killer* atau pembunuh diam-diam, karena pada umumnya penderita tidak mengetahui dirinya mengidap stroke sebelum memeriksakan kesehatannya. Kepatuhan menjalani pengobatan sangat diperlukan untuk mengetahui faktor pencetus stroke seperti tekanan darah serta mencegah terjadinya komplikasi.

Keteraturan berobat dikatakan teratur apabila dilakukan berturut-turut dalam beberapa bulan terakhir dan tidak teratur apabila tidak dilakukan berturut-turut dalam beberapa bulan terakhir. Bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan tentang penyakit stroke seperti akibat dari penyakit jika tidak minum obat atau mengontrol faktor pencetus stroke secara rutin maka akan mengakibatkan komplikasi penyakit, sehingga mereka meluangkan waktu untuk kontrol tekanan darah.



#### 2.4.3.6 Pekerjaan

Individu yang tidak bekerja memiliki kualitas hidup lebih tinggi dibanding dengan individu yang berkerja. Beban pekerjaan yang tinggi dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang dalam melakukan aktivitas pekerjaan dan menjadi stresor yang mempengaruhi kualitas hidup penderita (Annisa dalam Sari, 2017).

#### 2.4.3.7 Merokok

Hasil studi di Jerman mengungkapkan, perokok yang telah mengalami adiksi terhadap nikotin memiliki skor kualitas hidup yang lebih rendah daripada perokok yang belum mengalami adiksi nikotin dan gangguan fisik yang mempengaruhi kualitas hidup individu yang mengkonsumsi rokok (Pamungkas, 2014).

#### 2.4.4 Pengukuran Kualitas Hidup

Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan dapat menggunakan kuesioner tertulis atau pun wawancara lisan yang berisikan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Menurut Harmaini (2006), terdapat tiga alat ukur kualitas hidup, yaitu:

##### 2.4.4.1 Alat Ukur Generik

Merupakan alat ukur yang dapat digunakan dalam berbagai macam penyakit dan usia. Alat ukur ini lebih luas penggunaannya, namun tidak mencakup hal-hal yang khusus pada penyakit tertentu. Contoh alat ukur ini adalah *Short Form – 36 (SF-36)* dan *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*. WHOQOL-BREF merupakan alat ukur kualitas hidup yang dikeluarkan oleh WHO menggunakan empat domain kehidupan seperti pada table berikut:

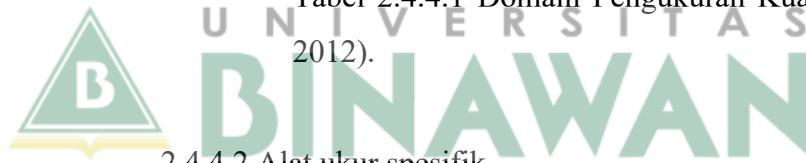


UNIVERSITAS  
BINAWAN

Domain	Aspek Yang Tergabung Dalam Domain
1. Kesehatan fisik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aktivitas sehari-hari</li><li>• Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis</li><li>• Energi dan kelelahan</li><li>• Mobilitas</li><li>• Rasa sakit dan tidak nyaman</li><li>• Tidur dan istirahat</li><li>• Kapasitas Kerja</li></ul>
2. Psikologis	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gambar dan penampilan tubuh</li><li>• Perasaan negatif</li><li>• Perasaan positif</li><li>• Harga diri</li><li>• Spiritualitas/Agama/Kepercayaan Pribadi</li><li>• Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi</li></ul>
3. Hubungan sosial	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hubungan pribadi</li><li>• Dukungan sosial</li><li>• Aktivitas seksual</li></ul>

4. Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sumber keuangan</li> <li>• Kebebasan, keselamatan dan keamanan fisik</li> <li>• Perawatan kesehatan dan sosial: aksesibilitas dan kualitas</li> <li>• Lingkungan rumah</li> <li>• Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru</li> <li>• Partisipasi dan peluang untuk kegiatan rekreasi atau aktivitas saat waktu luang</li> <li>• Lingkungan fisik (polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim)</li> <li>• Transportasi</li> </ul>
---------------	---

Tabel 2.4.4.1 Domain Pengukuran Kualitas Hidup (WHO, 2012).



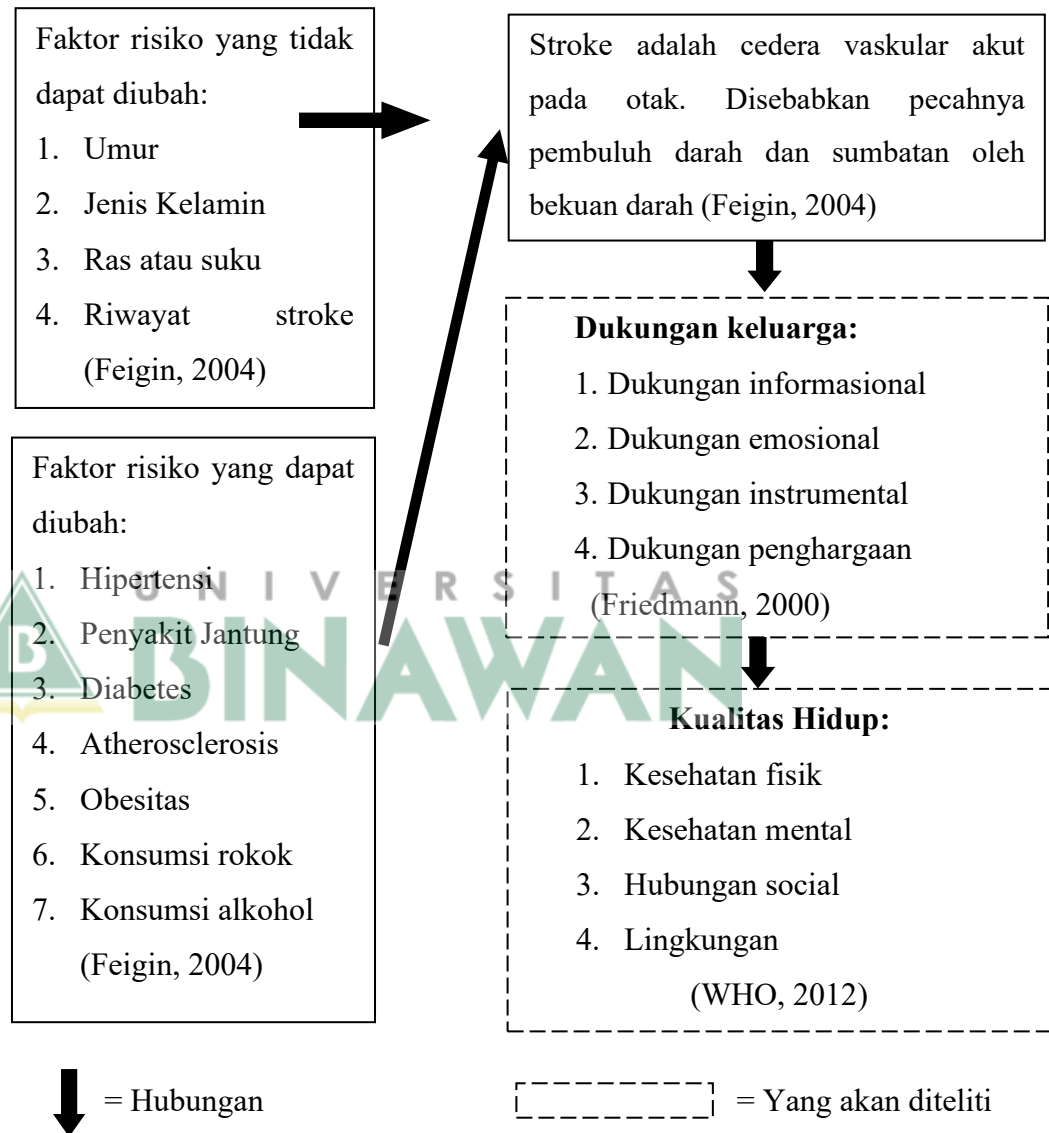
#### 2.4.4.2 Alat ukur spesifik

Digunakan untuk mengukur kualitas hidup pada pasien dengan penyakit tertentu dan berisikan pertanyaan-pertanyaan yang khusus yang sering terjadi pada penyakit tersebut. Alat ukur ini mendeteksi lebih tepat keluhan atau faktor-faktor yang berperan dalam penyakit tersebut. Namun demikian, alat ini tidak dapat digunakan pada penyakit lain yang pertanyaannya sulit dimengerti. Contoh alat ukur ini adalah *Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF)*.

#### 2.4.4.3 Alat ukur *utility*

Alat ukur dengan menilai parameter kualitas yang lain, sehingga manfaat yang diperoleh pun berbeda. Yang termasuk dalam alat ukur ini adalah *European Quality of Life–5 Dimensions (EQ-5D)* yang dikonversi menjadi *Time Trade-Off (TTO)* yang sering dipakai dalam bidang ekonomi untuk menganalisa biaya kesehatan dan perencanaan kesehatan suatu negara.

## 2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Konsep Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke.



## BAB III

### KERANGKA KERJA PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Kerja Penelitian

Model konseptual yang berkaitan dengan peneliti dalam menyusun teori atau menghubungkan secara logis dua variabel penting dalam penelitian ini. Kerangka kerja membahas saling ketergantungan antar variabel untuk melengkapi dinamika situasi atau hal yang sedang diteliti. Kerangka kerja penelitian yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara.



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara.

Dari skema di atas menunjukkan penelitian ini menggunakan variabel independen dan dependen. Variabel independen berupa dukungan keluarga sedangkan variabel dependen adalah kualitas hidup pasien pasca stroke yang lamanya lebih dari atau sama dengan satu tahun.

#### 3.2 Definisi Operasional

Berbagai fenomena berkaitan yang akan dijadikan obyek penelitian berupa variabel-variabel yang diamati secara cermat dengan menentukan alat ukur berupa kuesioner dengan hasil ukur yang menggambarkan interaksi antar variabel pada skala ukur ordinal. Variabel independen (variabel yang mempengaruhi) adalah dukungan keluarga dan variabel dependen (variabel

yang dipengaruhi) dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien pasca stroke. Menurut Ani (2012), alat ukur variabel dukungan keluarga, diukur menggunakan empat bentuk dukungan, yaitu dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan dengan hasil ukur dukungan kurang baik dan dukungan baik. WHO (2012), alat ukur kualitas hidup dikelompokkan dalam empat domain, yaitu domain fisik, domain psikologis, domain sosial dan domain lingkungan. Hasil ukur kualitas hidup dapat diklasifikasikan menjadi kualitas kurang baik, kualitas cukup baik dan kualitas sangat baik (Syaefudin, 2014).

Penelitian ini membuat hasil ukur sebagai penentuan dukungan keluarga dengan memberikan klasifikasi dukungan keluarga kurang baik dan dukungan keluarga baik. Sedangkan kualitas hidup pasien pasca stroke dengan memberikan klasifikasi kualitas hidup kurang baik, kualitas hidup baik dan kualitas hidup sangat baik. Dengan demikian, kedua variabel ini menggunakan skala pengukuran non metrik (kategorik), di mana kedua variabel ini berskala kategorik dengan tabel lebih dari dua kali dua, maka dapat dilakukan analisa menggunakan *Chi-Square*.

Variabel Dependen					
No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Kualitas hidup pasien pasca stroke	Kualitas hidup pasien pasca merupakan persepsi individu terkait kesehatan fisik, kesehatan mental, hubungan sosial dan lingkungan saat individu sedang	Kuesioner Kualitas Hidup WHOQOL-BREF	1. Kualitas hidup kurang baik: <56 2. Kualitas hidup baik: 56 – 75 3. Kualitas	Ordinal

		mengalami stroke dikaitkan dengan standar kesehatan, harapan dan kebutuhan individu tersebut.		s hidup sangat baik: > 75	
Variabel Independen					
2.	Dukungan Keluarga	Dukungan keluarga adalah anggota rumah tangga yang memiliki hubungan baik pertalian darah, adopsi atau perkawinan yang memberikan bantuan kepada anggota keluarganya yang mengalami ketidakmampuan dan memerlukan bantuan karena penyakit dan keterbatasannya.	Kuesioner dukungan keluarga	1. Kurang Baik: $\leq 103.9$ 9 2. Baik: $\geq 104$	Ordinal

Tabel 3.2 Definisi Operasional



### 3.3 Hipotesa Penelitian

Hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu hipotesis kerja (H1) dan hipotesis nol (H0). Hipotesis kerja pada penelitian ini menyatakan terdapat hubungan antara variabel Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara. Dengan demikian menolak H0 dalam hipotesis penelitian ini.





## BAB IV

### METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif analitik korelasional dengan pendekatan *cross sectional study* untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Pengukuran dilakukan hanya sekali pada setiap responden sepanjang minggu keempat bulan November dan minggu pertama bulan Desember 2020 melalui kuesioner dukungan keluarga dan kuesioner kualitas hidup. Dari data tersebut dilakukan analisis secara silang untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan kedua variabel.



#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi merupakan seluruh objek atau subyek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang sudah ditentukan peneliti sebelumnya. Populasi bersifat homogeny (Donsu, 2016). Rata-rata populasi sebanyak 190 pasien pasca stroke yang berkunjung dalam bulan November, Desember 2019 dan Januari 2020 dijadikan populasi penelitian ini. Peneliti membuat kriteria inklusi dan eksklusi pada populasi di atas sebagai subyek penelitian dengan menggunakan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*, di mana hanya populasi yang masuk dalam kriteria inklusi peneliti (keluarga pasien yang anggota keluarganya mengalami stroke setahun atau lebih dari satu tahun).

##### 4.2.2 Sampel

Sampel penelitian ini harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dengan jumlah berdasarkan rumus Slovin:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot d^2}$$

Keterangan :

$n$  : besar sampel

$N$  : besar populasi

$d^2$  : batas ketelitian yang diinginkan (10%)

Aplikasi rumus:

$$n = \frac{190}{1 + (190) \cdot (0.1)^2}$$

$$n = \frac{190}{1 + (190 \cdot 0.01)}$$

$$n = \frac{190}{1 + 1.9}$$

$$n = \frac{190}{2.9}$$

$n = 65.52$  (dibulatkan ke atas) menjadi 66.

Jumlah sampel minimal 66 orang, untuk mengantisipasi tidak tercapainya jumlah minimal tersebut, maka ditambah drop out 10%.

Dengan demikian total sampel menjadi  $66 + 6.6$  (dibulatkan ke atas = 7), sehingga jumlah responden adalah 73 responden.

#### 4.2.3 Sampling

Total sampel sebanyak 73 responden diasumsikan dapat mewakili populasi penelitian ini. Setiap responden dipilih secara acak untuk mendapatkan probabilitas responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2017). Kriteria eksklusi yaitu menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2012).

4.2.1.1. Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah:

- a) Pasien pasca stroke minimal satu tahun yang berkunjung ke Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress.

- b) Pasien stroke pasca stroke satu tahun yang berkunjung Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress dan bersedia menjadi responden penelitian ini.
- c) Keluarga yang anggota keluarganya adalah pasien pasca minimal satu tahun yang mengantarkan pasien berobat ke Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress.
- d) Keluarga yang anggota keluarganya adalah pasien pasca minimal satu tahun yang mengantarkan pasien berobat ke Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress dan bersedia menjadi reponden penelitian ini.

4.2.1.2. Kriteria Eksklusi dalam penelitian ini adalah:



- a) Pasien stroke pasca stroke satu tahun yang berkunjung Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress dan bersedia menjadi responden penelitian ini, namun saat hendak mulai mengisi kuesioner kondisinya memburuk.
- b) Pasien stroke pasca stroke satu tahun yang berkunjung Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress dan bersedia menjadi responden penelitian ini, namun saat sedang mengisi menolak melanjutkan mengisi kuesioner.
- c) Keluarga yang anggota keluarganya adalah pasien pasca minimal satu tahun yang mengantarkan pasien berobat ke Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress dan bersedia menjadi reponden penelitian ini, namun menolak menyelesaikan mengisi kuesioner penelitian ini.

### 4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

#### 4.3.1 Tempat

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara.

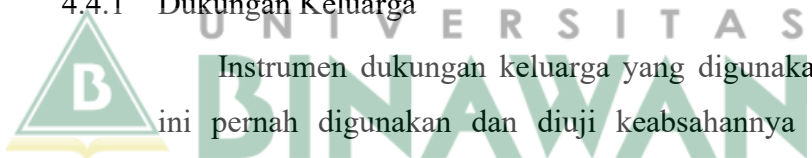
#### 4.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada minggu keempat bulan November sampai dengan minggu pertama bulan Desember 2020 dan secara jadwal kegiatannya dibagi perminggu seperti pada table. (Tabel terlampir).

### 4.4 Instrumen Penelitian

Untuk mendapatkan data variabel independen dan variabel dependen, peneliti menggunakan dua instrumen dalam bentuk kuesioner, yaitu kuesioner dukungan keluarga dan kuesioner kualitas hidup dari WHOQOL-BREF.

#### 4.4.1 Dukungan Keluarga



Instrumen dukungan keluarga yang digunakan dalam penelitian ini pernah digunakan dan diuji keabsahannya oleh peneliti lain. Khatimah dan Annatagi (2018) dalam penelitian Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan *Caregiver Burden* Pada *Family Caregiver* Pasien Stroke telah melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner dukungan keluarga dengan hasil menunjukkan bahwa dari 35 butir pertanyaan terdapat 21 butir yang dinyatakan sah dan 14 item dinyatakan gugur. Adapun butir pertanyaan yang gugur yaitu nomor 1, 3, 5, 10, 15, 16, 18, 19, 21, 24, 32, 33, 34 dan 35. Sementara pertanyaan lainnya valid dengan nilai  $r$  antara 0.217 sampai 0.452, sedangkan koefisien reliabilitas *Cronbach's Alpha* dari skala dukungan keluarga adalah 0.775.

Pada penelitian ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas yang kemudian digunakan sebagai instrumen untuk memperoleh data dari 73 responden yang menjawab pertanyaan-pertanyaan sebanyak 30 butir.

#### 4.4.2 Kualitas Hidup

Data kualitas hidup pasien didapatkan dari 73 responden pasien pasca stroke minimal satu tahun yang mengisi kuesioner tersebut pada waktu yang sama dengan pengisian kuesioner dukungan keluarga oleh keluarga pasien tersebut. Kuesioner kualitas hidup pasien pasca sebanyak 26 pertanyaan baku yang dikeluarkan oleh WHO yang dibagi dalam empat domain. Kuesioner ini pernah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh Sriyanti, dkk (5015) pada penelitian yang berjudul Hubungan Kesejahteraan Spiritual Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke. Uji valid dan reliabel terhadap 26 butir kuesioner kualitas hidup tersebut didapatkan semua butir pertanyaan valid dan reliabel dengan nilai *Crombach Alpha* pada masing-masing domain yaitu domain fisik = 0,82, domain psikologis = 0,81, domain sosial = 0,68 dan domain lingkungan = 0,80. Pertanyaan pada kuesioner kualitas hidup terbagi empat domain dengan jumlah pertanyaan sebagai berikut; domain fisik terdapat tujuh pertanyaan (pertanyaan nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17 dan 18), domain psikologis enam pertanyaan (pertanyaan nomor 5, 6, 7, 11, 19 dan 26), domain sosial tiga pertanyaan (pertanyaan nomor 20, 21 dan 22) dan domain lingkungan delapan pertanyaan (pertanyaan nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 dan 25).



#### 4.5 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini adalah kuesioner yang berisi butir-butir pernyataan yang harus diisi oleh responden. Kuesioner dibuat menggunakan google form (*softcopy*) agar responden dapat mengerjakan di mana saja dan kuesioner dalam bentuk kertas (*hardcopy*) bagi responden yang menghendaki menginsisi secara langsung.

#### 4.6 Metode Pengumpulan Data

Prosedur yang dilakukan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

- 4.6.1 Setelah proposal yang diajukan mendapat persetujuan dari koordinator dan pembimbing dari dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Binawan, dilakukan uji etik kepada komite etik di Universitas Binawan.
- 4.6.2 Setelah mendapatkan surat lulus uji etik, dengan membawa surat permohonan dari institusi yang diajukan kepada Rumah Sakit Murni Teguh sebagai tempat untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas variable dukungan keluarga.
- 4.6.3 Setelah mendapatkan ijin dari Rumah Sakit Murni Teguh, dilakukan pengumpulan data dengan menyebarkan link google form ke 18 responden yang memenuhi kriteria penelitian. Uji validitas dan reliabilitas dengan 35 item kuesioner mendapatkan nilai valid dan reliable sebanyak 30 item, yang selanjutnya digunakan sebagai item kuesioner penelitian.
- 4.6.4 Setelah uji validitas dan reliabilitas, dengan membawa surat dari Universitas Binawan mengajukan ijin ke Direktur Rumah Sakit Royal Progress sebagai tempat dilakukan penelitian.
- 4.6.5 Setelah mendapatkan izin dari Direktur Rumah Sakit, peneliti menyerahkan surat kepada kepala ruang Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Sunter Jakarta Utara.
- 4.6.6 Pengumpulan data dilakukan dengan memberikan link google form kepada responden yang berkunjung di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress melalui nomor WhatsApp keluarga pasien pasca stroke setahun atau lebih.

#### **4.7 Etika Peneltian**

Etika penelitian merupakan hal penting dalam penelitian, maka peneliti ini memenuhi persyaratan etika penelitian, meliputi:

##### **4.7.1 Lembar persetujuan responden (*informed consent*)**

Informed consent diberikan kepada calon responden setelah peneliti memberikan atau membacakan penjelasan terkait data peneliti,



status peneliti, judul penelitian, tujuan penelitian, siapa saja yang boleh menjadi responden, hak dan kewajiban responden, hak dan kewajiban peneliti serta memberi kesempatan kepada calon responden untuk bertanya atau meminta penjelasan kembali bila calon responden merasa belum cukup jelas. Setelah calon responden menyatakan cukup jelas dan bersedia menjadi responden, maka diberikan lembar *informed consent* untuk ditandatangani. Peneliti juga meminta pihak lain (bukan calon responden) untuk menjadi saksi selama proses pemberian penjelasan dan penandatanganan *informed consent*. Saksi tersebut juga dimintakan tanda tangan pada *informed consent* sebagai saksi.

#### 4.7.2 Tanpa nama (*Anomimity*).

Untuk menjaga kerahasiaan responden penelitian ini diminta untuk tidak mencantumkan nama responden penelitian baik di alat ukur (kuesioner) maupun lembar penyajian hasil penelitian.

#### 4.7.3 Kerahasiaan

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.

### 4.8 Jadwal Kegiatan

Rangkaian penelitian ini dimulai dengan menemukan kunjungan pasien stroke ke Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress dengan kondisi parese, kontraktur, *personal hygiene* yang kurang, spastisitas (spasme otot), gangguan bicara, dan lain-lain. Fenomena-fenomena ini menjadi motivasi bagi peneliti untuk mendapatkan jawaban terkait optimalitas hidup pasien-pasien tersebut. Fenomena tersebut dirumuskan dalam bentuk judul yang selanjutnya diajukan kepada pembimbing untuk mendapatkan persetujuan pengembangan penelitian dalam bentuk proposal dan dilakukan penelitian untuk mendapatkan jawabannya.

Instrument/alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang mengacu pada kerangka konsep, di mana pertanyaan-pertanyaan yang dibuat dikembangkan dari variabel-variabel yang ada dan responden diminta untuk menjawab dengan memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya. Untuk kuesioner terkait karakteristik demografi terdiri dari enam komponen yaitu jenis kelamin, usia, pendidikan, status pernikahan dan pekerjaan.

Untuk kuesioner dukungan keluarga memuat empat pernyataan dukungan (dukungan penghargaan, instrumen, informasi dan emosional) masing-masing memiliki butir pertanyaan yang mewakili bentuk dukungan. Sedangkan kualitas hidup memuat empat domain kualitas (domain fisik, psikologis, sosial dan lingkungan) di mana masing-masing domain diwakili oleh pernyataan-pernyataan yang diadopsi dari kuesioner WHOQOL-BREF.

Untuk memastikan validitas atau kelayakan dan realibilitas kuesioner dukungan keluarga pasien pasca stroke setahun atau lebih yang digunakan dalam pengumpulan data, maka dilakukan uji kuesioner kepada 18 keluarga di Rumah Sakit Murni Teguh Jakarta.

Uji validitas selain dilakukan untuk menguji kelayakan instrumen, juga dilakukan untuk melihat logistic, meliputi waktu pengisian instrumen, biaya yang dibutuhkan dan perlengkapan yang harus dipersiapkan saat pengumpulan data.

## **4.9 Pengolahan Data**

Data yang terkumpul dilakukan pengolahan data. Pada penelitian ini data yang sudah terkumpul dilakukan analisis dengan tahapan:

### **4.9.1 *Editing* (Penyuntingan Data)**

Hasil wawancara atau angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui pengisian kuesioner oleh responden disunting (edit) sesuai dengan variabel masing-masing dalam *data based excel*.

#### 4.9.2 *Codding*

Setelah semua kuesioner diedit atau disunting selanjutnya dilakukan pengkodean atau *codding* yaitu mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan untuk dianalisis dalam SPSS.

#### 4.9.3 *Data Entry/processing*

Memasukan data yaitu jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program computer yaitu itu dalam MS Excel sebelum dimasukkan dalam SPSS untuk dilakukan analisis.

#### 4.9.4 *Cleaning*

Cleaning atau pembersihan data di setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan pembentukan atau korelasi.

#### 4.9.5 *Scoring*

Instrumen atau alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dengan pertanyaan tertutup yang menampilkan tentang dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien pasca stroke. Jumlah butir (item) kuisisioner sebanyak 30 item, 28 item favorable dan dua item unfavorable.

Pernyataan favorable merupakan pernyataan yang bersifat positif (mendukung) aspek-aspek dalam variabel (pertanyaan nomor 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 dan 30), yang diberi skor 4 = selalu, 3 = sering, 2 = jarang dan 1 = tidak pernah. Sedangkan pernyataan unfavorable yaitu pertanyaan nomor 6 dan 7 yang diberi skor 4 = tidak pernah, 3 = jarang, 2 = sering dan 1 = selalu.

Kuesioner untuk menilai kualitas hidup pasien sebanyak 26 pertanyaan baku yang dikeluarkan oleh WHO yang dibagi dalam empat domain. Domain pertama (domain fisik) tujuh pertanyaan (pertanyaan

nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17 dan 18), domain kedua (domain psikologis) enam pertanyaan (pertanyaan nomor 5, 6, 7, 11, 19 dan 26), domain ketiga (domain social) tiga pertanyaan (pertanyaan nomor 20, 21 dan 22), domain keempat (domain lingkungan) delapan pertanyaan (pertanyaan nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 dan 25) di mana setiap butir pernyataan sudah diberi skor oleh WHOQOL-BREF.

#### 4.10 Validitas dan Reliabilitas

Variabel yang dilakukan uji validitas dan reliabilitas adalah variabel dukungan keluarga dengan skala pengukuran ordinal diuji menggunakan Skala Likert. Uji validitas dengan melihat korelasi koefisien Pearson dan uji reliabilitas menggunakan koefisien reliabilitas *Chronbach's Alpha*.

Data diolah dengan excel dan dianalisis menggunakan SPSS Versi 24. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan formula korelasi Pearson, karena pada penelitian ini akan menilai kemungkinan hubungan linier dua arah antara dua variable ordinal (Altman, 1999). Uji validitas dilakukan pada 18 responden dalam dua tahap. Tahap pertama didapatkan hasil nilai  $r_{tabel}$  0.3338. Dengan demikian terdapat lima pertanyaan yang nilai  $r_{hitung}$  lebih kecil dari  $r_{tabel}$ , yaitu pertanyaan 2 = 0.146, pertanyaan 5 = 0.317, pertanyaan 11 = 0.010, pertanyaan 22 = 0.182 dan pertanyaan 33 = 0.104. Dengan demikian, keputusan valid sebuah item untuk dijadikan alat pengumpulan data adalah  $r_{hitung} > r_{tabel}$ . Sehingga kelima pertanyaan dengan  $r_{hitung}$  lebih rendah dari  $r_{tabel}$  dinyatakan tidak valid dan dilakukan *drop out*.

Setelah dilakukan *drop out* lima pertanyaan pada kuesioner dukungan keluarga, dilakukan uji validitas kembali dengan 30 pertanyaan dan didapatkan hasil  $r_{tabel}$  0.361. Dengan demikian semua  $r_{hitung}$  pada 30 pertanyaan nilainya lebih besar dari  $r_{tabel}$ , sehingga dapat dinyatakan bahwa 30 item pertanyaan tersebut valid. (Tabel 4.10.1 Uji Validitas Kuesioner Dukungan Keluarga. Terlampir).

Uji reliabilitas dilakukan terhadap alat ukur dalam bentuk kuesioner dukungan keluarga untuk mengetahui sejauh mana tingkat konsistensi atau

kepercayaan hasil pengukuran atau sejauh mana pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner ini dapat dipahami, sehingga tidak menyebabkan perbedaan interpretasi dalam memahami pertanyaan. Menurut McDowell (2006) dalam Dhamayanti et al. (2017), reliabilitas suatu pengukuran dipengaruhi oleh kesalahan acak (*random error*), yaitu kesalahan yang terjadi bersifat tidak simetris. Alat uji yang digunakan yaitu koefisien reliabilitas *Chronbach's Alpha* yang dibandingkan dengan acuan ukuran reliabilitas. Menurut Ghozali dalam Andreas (2016), suatu variabel dapat dikatakan reliabel jika nilai *cronbach's Alpha* ( $\alpha$ ) > 0,6. Pada uji reliabilitas penelitian ini, nilai *cronbach's Alpha* ( $\alpha$ ) item standar sebesar 94.7%, di mana nilai ini lebih besar dari 0.6. Dengan demikian semua (30) instrumen dukungan keluarga dinyatakan reliabel. (Tabel 4.10.2 Uji Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga. Terlampir).



#### 4.11 Analisa Data

Proses pengolahan data untuk dapat melihat bagaimana menginterpretasikan data, kemudian menganalisis data yang sudah ada pada tahap hasil pengolahan data dengan menggunakan SPSS. Pada penelitian ini data yang disajikan untuk dianalisa adalah analisis univariat dan bivariat.

##### 4.11.1 Analisa Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini untuk melihat distribusi frekuensi masing-masing variabel, yaitu dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien pasca stroke.

##### 4.11.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan melalui *Chi-Square Tets* untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara variabel dukungan keluarga dengan variabel kualitas hidup pasien pasca stroke satu tahun atau lebih di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara. Dari hasil analisis didapatkan nilai *Asymptotic Significance (2-sided) Pearson Chi-Square* sebesar

0,000, di mana nilai tersebut lebih kecil dari *Alpha* ( $\alpha = 0.05$ ). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara variabel Dukungan Keluarga dengan variabel Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress.





## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Royal Progress (RSRP) Jakarta Utara, dengan jumlah responden sebanyak 73 pasien pasca stroke satu tahun atau lebih. Responden yang diteliti adalah keluarga dan pasien pasca stroke yang berkunjung ke Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress. Pasien pasca stroke yang kurang dari satu tahun dan atau pasien yang  $\geq 1$  tahun yang tidak bersedia menjadi responden, tidak masuk dalam kriteria responden penelitian ini.

Penelitian ini menggunakan data primer dari responden yang didapatkan dengan alat pengumpul data berupa kuesioner. Kuesioner digunakan untuk mendapatkan faktor-faktor yang berhubungan dengan dukungan dari keluarga berupa dukungan penghargaan (keterlibatan pasien dalam keluarga), dukungan instrumen (keluarga memfasilitasi pasien), dukungan informasi (keluarga memberikan informasi terkait penyakit dan penatalaksanaan stroke) dan dukungan emosional (sikap dan perilaku keluarga terhadap pasien). Pengumpulan data penelitian dimulai minggu keempat November sampai dengan minggu pertama Desember 2020 dan pelaporannya diproses menggunakan computer melalui identifikasi, *coding* dan analisis univariat dan bivariat.

#### 5.2 Penyajian Hasil Penelitian

Analisis yang digunakan meliputi analisis univariat dengan membuat distribusi frekuensi dan analisis bivariat dengan membuat tabel silang (*cross table*) antara variabel independen atau variabel bebas (variabel yang mempengaruhi variabel lain) dan variabel dependen atau variabel terikat (variabel output atau terpengaruh) untuk mengetahui hubungan kedua variabel tersebut (variabel dukungan keluarga dan variabel kualitas hidup pasien pasca stroke).



### 5.2.1 Tabel Karakteristik Responden

	Karakteristik	Frekueansi	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	23	31.5%
	Perempuan	50	68.5%
Total		73	100.0%
Usia	> 40 Tahun	2	2.7%
	≥ 40 - 50 Tahun	7	9.6%
	> 50 - 60 Tahun	29	39.7%
	> 60 - 70 Tahun	27	37.0%
	> 70 Tahun	8	11.0%
Total		73	100.0%
Status Pernikahan	Menikah	52	71.2%
	Belum Menikah	21	28.8%
Total		73	100.0%
Pendidikan	SD	1	1.4%
	SMP	1	1.4%
	SMA	26	35.6%
	Perguruan Tinggi	45	61.6%
Total		73	100.0%
Pekerjaan	Pegawai Swasta	44	60.3%
	Wiraswasta	17	23.3%
	BUMN Non PNS	3	4.1%
	Pekerja Lepas	6	8.2%
	PNS	3	4.1%
Total		73	100.0%

Berdasarkan hasil di atas didapatkan responden dengan karakteristik jenis kelamin lebih dari separoh adalah perempuan sebanyak 50 orang (68.5%), usia terbanyak antara 51 – 60 tahun sebanyak 29 orang (39.7%), lebih dari separoh berstatus menikah sebanyak 52 orang (71.2%), lebih dari separoh responden berpendidikan perguruan tinggi sebanyak 45 orang (61.6%) dan

rata-rata pekerjaan adalah pegawai swasta sebanyak 44 orang (60.3%) dari total responden.

## 5.2.2 Analisis Univariat

### 5.2.2.1 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Pasien Pasca Stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progres Jakarta Utara.

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang Baik	32	43.8%
Baik	41	56.2%
Total	73	100.0%



UNIVERSITAS  
BINAWAN

Berdasarkan hasil analisis univariat didapatkan lebih dari separoh mendapatkan dukungan keluarga baik sebanyak 41 orang (56,2%).

### 5.2.2.2 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara

Kualitas Hidup	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang Baik	21	28.8%
Baik	32	43.8%
Sangat Baik	20	27.4%
Total	73	100.0%

Berdasarkan hasil analisis univariat didapatkan kualitas hidup pasien baik sebanyak 32 orang (43,8%).

### 5.2.3 Analisis Bivariat

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara

Variabel		Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke				<i>p-value</i>	
		Kurang Baik	Baik	Sangat Baik	Total		
Dukungan Keluarga	Kurang	Frekuensi	17	10	5	32	0.000
	Baik	Presentase (%)	53.1%	31.3%	15.6%	43.8%	
	Baik	Frekuensi	4	22	15	41	
		Presentase (%)	9.8%	53.7%	36.6%	56.2%	
Total	Frekuensi	21	32	20	73		
	Presentase (%)	28.8%	43.8%	27.4%	100.0%		

Berdasarkan analisis bivariat didapatkan dukungan keluarga baik dengan kualitas hidup pasien baik yaitu sebanyak 22 orang (53.7%). Nilai *p-value* sebesar 0.000 di mana nilai ini lebih kecil dari *alpha* ( $\alpha = 0.05$ ), maka ada korelasi antara variable dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress.



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Hasil penelitian dengan sampel sebanyak 73 responden di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara pada minggu keempat November – minggu pertama Desember 2020 dianalisa melalui SPSS untuk mendapatkan distribusi frekuensi masing-masing variabel dan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antar variabel tersebut.

#### **6.1 Karakteristik Responden**

Berdasarkan data di atas, dapat dilihat bahwa responden terbanyak berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 50 responden (68.5%) dari total responden. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Ludiana dan Supardi (2020), yaitu karakter jenis kelamin perempuan sebanyak 14 orang (51.9%) dari 27 responden. Sedangkan penelitian Setyoadi, dkk (2017), karakteristik jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki, yaitu 35 orang (61.40%) dari 57 responden.

Jenis kelamin sering dikaitkan dengan peran dalam keluarga dan masyarakat, di mana ada perbedaan peran antara laki-laki dan perempuan. Dalam hal perilaku caring, pada umumnya perempuan lebih memiliki sifat dan perilaku memelihara dibandingkan dengan laki-laki. Di sisi lain, laki-laki lebih pada mencari atau memenuhi kebutuhan nafkah atau materi.

Moons, et al (2004) mengatakan, gender merupakan salah satu factor yang mempengaruhi kualitas hidup, di mana perempuan lebih menunjukkan caring lebih dominan secara alami.

Pasien pasca stroke pada penelitian ini terbanyak adalah yang berusia 51 – 60 tahun yaitu sebanyak 29 orang (39.7%) sedangkan usia 61 – 70 tahun sebanyak 27 orang (37.0%) dari 73 responden. Dengan demikian, distribusi frekuensi usia terbanyak antara 51 – 70 tahun yaitu sebanyak 56 orang (76.7%) dari total responden. Ini sejalan dengan penelitian Bariroh, dkk (2016) di RSUD Tugurejo Kota Semarang terhadap 50 responden dengan 44 orang (67.7%) responden berusia  $\geq 55$  tahun. Seiring dengan bertambahnya

usia seseorang, semakin rentan terhadap penyakit yang akan menjadi serius di pada usia 40 – 60 tahun (Price & Wilson, 2006).

Lebih dari separoh responden dalam penelitian ini berstatus menikah yaitu 52 orang (71.2%). Peneliti tidak melihat apakah masih hidup bersama pasangan atau tidak saat diambil data penelitian ini. Demikian juga dengan penelitian Setyoadi, dkk (2017), dari 57 responden, 51 orang (89.48%) berstatus menikah. Sementara Bariroh, dkk (2016) mendapatkan 26 orang (78.8%) dari 50 responden yang berstatus belum/tidak menikah. Moons, et al (2004) mengemukakan, individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dari pada individu yang tidak menikah, bercerai atau pun janda akibat pasangannya meninggal.

Lebih dari separoh responden yaitu 45 orang (61.6%) berpendidikan perguruan tinggi. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mampu memberikan dukungan baik, informasi, instrument, emosional, atau pun dukungan penghargaan kepada anggota keluarga yang stroke. Moons, et al (2004), tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subyektif. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang berpengaruh positif pada kualitas hidup diri sendiri atau pun orang lain.

Lebih dari separoh responden yang bekerja sebagai pegawai swasta sebanyak 44 orang (60.3%) dari 73 responden. Penelitian Sari (2017) keluarga yang bekerja akan lebih memberikan dukungan yang berefek pada kualitas hidup yang baik pada pasien stroke, namun demikian, beban kerja pun mempengaruhi stressor yang berefek negatif pada dukungan yang diberikan.

## **6.2 Analisis Univarit**

### **6.2.1 Dukungan Keluarga Pasien Pasca Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara**

Hasil penelitian ini menunjukkan, bahwa sebagian besar responden memberikan dukungan keluarga yang baik yaitu sebanyak

41 responden (56,2%). Hasil serupa oleh Setyoadi, dkk (2017) tentang Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Pasien Stroke Di Instalasi Rehabilitasi Medika Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung, didapatkan dukungan keluarga pasien stroke sebesar 87.72% dari total 57 responden. Namun, hasil penelitian Husni, dkk (2012) tentang Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara Di Instalasi Rawat Inap Bedah RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2012, didapatkan dukungan keluarga kurang baik lebih banyak yaitu 75% dari total responden (32 responden).

Menurut Friedman (2010), dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang terdiri atas sikap, tindakan, dan penerimaan terhadap anggota keluarga, dengan demikian anggota keluarga yang sakit merasa ada yang memperhatikan. Dukungan keluarga tersebut berupa dukungan keuangan, informasi, dukungan dalam melakukan kegiatan rutin sehari-hari, dukungan dalam pengobatan dan perawatan, dukungan psikologis, lebih lanjut dukungan keluarga dapat memberikan dampak positif dalam peningkatan kualitas hidup. Pemeliharaan kesehatan merupakan salah satu dari lima fungsi keluarga yang bertujuan untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Sehingga dukungan keluarga yang baik pada pasien pasca stroke menunjukkan bahwa keluarga menjalankan fungsinya dengan terlibat dalam upaya penyembuhan dan pemulihan pasien agar pasien dapat hidup secara optimal.

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga dapat berupa faktor internal yaitu tahap perkembangan, pendidikan atau tingkat pengetahuan, faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melakukannya, aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti

dalam hidup. Faktor eksternal yaitu cara keluarga memberikan dukungan, sosial dan psikososial yang dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya, tingkat ekonomi, stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja, serta latar belakang budaya yang mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi (Friedman, 2010).

Dukungan keluarga terhadap pasien pasca stroke melalui empat bentuk dukungan, yaitu dukungan penghargaan, dukungan instrument, dukungan informasi dan dukungan emosional. Pada penelitian ini, bentuk dukungan keluarga tertinggi adalah dukungan informasi. Tersedianya informasi yang memadai terkait upaya pemeliharaan dan optimalisasi hidup pasien pasca stroke sangat membantu pasien dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan dan sarana penunjang lainnya.

Pada penelitian ini, dukungan penghargaan adalah yang paling rendah. Jika dilihat rata-rata usia pasien pasca stroke adalah 51 – 70 tahun, di mana usia ini tidak lagi tergolong usia produktif dan cenderung memiliki penyakit penyerta, sehingga dukungan keluarga dalam bentuk dukungan penghargaan hanya sebagai pergormatan pada pasien disisa hidupnya. Karenanya dukungan yang diberikan keluarga kurang atau tidak optimal untuk pemulihan pasien pasca stroke.

#### 6.2.2 Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara

Dalam penelitian ini, pasien dengan kualitas hidup baik sebanyak 22 orang (53.7%) dari total responden. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suhartini (2013) tentang Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca



Stroke Di Gedung Kencana Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat, bahwa pasien dengan kualitas hidup baik sebanyak 33 orang (66%) dari total responden (50 responden). Namun pada penelitian Siska (2019) dengan judul Hubungan dukungan keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di Ruang Cempaka RSUD dr. Slamet Garut dengan responden sebanyak 82 orang, didapatkan skor tertinggi pada kategori kualitas hidup buruk pada domain fisik (83,3%), domain psikologis (64,3%), domain sosial (100%) dan domain lingkungan (88,1%). Atau rerata 83.9% pasien stroke pada penelitian tersebut memiliki kualitas hidup buruk.

Menurut Kreitler & Ben (2004). Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap posisi dirinya di kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di wilayah tempat tinggalnya yang berhubungan dengan target, harapan, standar dan kepentingan. Kualitas hidup merupakan ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak dari terapi pada pasien. Pengukuran konseptual ini mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup, kemampuan seseorang untuk secara mandiri dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Mengungkapkan kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan.

Kualitas hidup pasien pasca stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress sebesar 53.7% pada kategori baik. Peneliti melihat hal ini dikarenakan tingkat ekonomi populasi di sekitar rumah sakit rata-rata menengah ke atas. Namun demikian, kualitas hidup pasien stroke sangat bergantung pada kecepatan dan ketepatan pertolongan pertama pada serangan stroke, penyakit penyerta yang diderita pasien dan usia pasien tersebut. Pertolongan yang terlambat, beratnya penyakit penyerta serta usia tua, akan memperberat pasien stroke yang berdampak pada sulit atau tidaknya pemulihan serta optimalisasi hidup pasien.

### 6.3 Analisis Bivariat

Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara

Nilai Asymptotic Significance (2-sided) *Pearson Chi-Square* Hubungan Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke adalah 0,000 (lebih kecil dari *Alpha* ( $\alpha = 0,05$ )). Sebagaimana dasar pengambilan keputusan terhadap hasil ini, maka hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak dan disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara.

Penelitian Ludiana dan Supardi (2020) di Puskesmas Banjarsari Metro nilai *p-value*  $0,000 < 0,05$  dan menyimpulkan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Menurut Octaviani (2017), dampak yang ditimbulkan akibat stroke antara lain ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas secara mandiri. Penderita stroke menjadi bergantung kepada orang lain di sekitarnya. Dukungan keluarga yang baik, berdampak pada kualitas hidup pasien pasca stroke baik (88%).

Sedangkan Hamalding dan Muharwati (2017) dalam penelitian Hubungan Dukungan Keluarga Dengan *Quality of Life* mendapatkan nilai *p-value* pada dukungan emosional (0.751) dan dukungan instrumental (0.346), dukungan penghargaan dengan nilai  $\chi^2$  hitung (5,178)  $>$   $\chi^2$  tabel (3,841) dan informasional dengan nilai  $\chi^2$  hitung (4,352)  $>$   $\chi^2$  tabel (3,841). Pada dukungan instrumental dan emosional tidak ada hubungan dengan *quality of life*, sedangkan dukungan penghargaan dan informasional terdapat hubungan dengan *quality of life*.

Kualitas hidup menjadi istilah yang umum untuk menyatakan status kesehatan, kendati istilah ini juga memiliki makna khusus yang memungkinkan penentuan rangking penduduk menurut aspek objektif maupun subjektif pada status kesehatan. Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan *Health-related Quality of Life* (HQL) mencakup keterbatasan fungsional yang bersifat fisik maupun mental, dan ekspresi positif

kesejahteraan fisik, mental, serta spiritual. HQL dapat digunakan sebagai sebuah ukuran integrative yang menyatukan mortalitas dan morbiditas, serta merupakan indeks berbagai unsur yang meliputi kematian, morbiditas, keterbatasan fungsional, serta keadaan sehat sejahtera (*well-being*) (Micheal J. Gibney, 2009).

Menurut Wulandari (2004), komponen yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu fungsi Fisik (*Physical Functioning*); berhubungan dengan beberapa banyak batasan dari kesehatan fisik yang dapat dilakukan setiap hari. Peran Fisik (*Physical Role*); berhubungan dengan tingkat kesulitan yang dialami individu ketika melakukan aktifitas sehari-hari. Nyeri (*Bodily Pain*); berhubungan dengan seberapa parah sakit yang dialami. Kesehatan umum (*General Health*); sebuah penilaian secara menyeluruh mengenai kesehatan yang dimiliki. Fungsi Sosial (*Social Functioning*); berhubungan dengan seberapa jauh kesehatan fisik dan masalah emosional membatasi interaksi dan aktifitas sosial. Vitalitas (*Vitality*); berhubungan dengan jumlah dari energi dan rasa Lelah. Kesehatan mental; berhubungan dengan kondisi batin. Peran Emosional (*Emotional Role*); berhubungan dengan seberapa banyak masalah pribadi atau emosional yang dialami berdampak pada peran.

Efek dari stroke adalah kematian atau kecacatan yang menetap sehingga penderita stroke akan sangat bergantung pada keluarga. Hal ini akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup terhadap status kesehatan adalah dukungan keluarga (Erlina, 2014).

Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Price & Wilson (2006) mengemukakan, seiring bertambahnya usia seseorang lebih rentan terhadap penyakit. Moons, dkk (2004) mengatakan bahwa gender, Pendidikan, status pernikahan merupakan factor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Sari (2017) menyampaikan individu yang tidak bekerja memiliki kualitas hidup lebih tinggi dibanding dengan individu yang bekerja. Beban pekerjaan yang tinggi dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang dalam melakukan aktivitas pekerjaan dan menjadi stresor yang mempengaruhi kualitas hidup.

Pada penelitian ini didapatkan kualitas hidup pasien pasca stroke terendah pada domain lingkungan. Kualitas hidup sangat bergantung pada lingkungan sekitar memperlakukan pasien pasca stroke. Penerimaan dan adaptasi terhadap pasien pasca stroke sering menjadi kesulitan bagi keluarga, bahkan keluarga harus menyesuaikan diri dan menerima beban tambahan dalam keluarga. Jika dihubungkan dengan karakteristik usia di mana rata-rata pasien pasca stroke berusia 51 – 70 tahun, maka sangat sesuai dengan Price & Wilson (2006), bahwa seiring dengan bertambahnya usia, maka semakin rentan terhadap penyakit. Bila disertai dengan komorbiditas, maka lingkungan yang aman dan nyaman menjadi kebutuhan bagi pasien pasca stroke. Selain itu, terdapat 28.8% pasien pasca stroke pada penelitian ini tidak memiliki pasangan hidup. Sedangkan keluarga harus memenuhi kebutuhan lain selain merawat anggotanya yang tergantung penuh pada keluarga. Dengan demikian lingkungan kehidupan mereka hanya bersama keluarga, bahkan *caregiver* selain keluarga.

Dukungan yang diberikan keluarga terendah adalah dukungan penghargaan. Hal ini terjadi karena keluarga menganggap anggota keluarga yang stroke hanya menjadi beban tambahan pada keluarga. Pada usia tua dengan penyakit penyerta membuat pasien pasca stroke semakin tidak produktif, bahkan dapat dianggap penyakit terminal.

Keluarga dengan pendidikan lebih dari separoh adalah perguruan tinggi pada penelitian ini memiliki pekerjaan yang berkualitas, sehingga dukungan keluarga dengan kategori baik lebih dari separoh responden (56.2%) yang berdampak pada kualitas hidup pasien pasca stroke dengan kategori baik 53.7% dan kategori sangat baik sebesar 36.6%. Dengan demikian, semakin tinggi dukungan yang diberikan oleh keluarga pada pasien pasca stroke, maka kualitas hidup pasien tersebut akan semakin baik dan sangat baik.

Kualitas hidup dipengaruhi oleh kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial dan lingkungan sekitar. Kualitas hidup pada pasien pasca stroke dipengaruhi oleh beberapa faktor yang menyebabkan pasien tetap optimal dengan kondisi stroke yang dialami baik

dari sisi kemampuan dalam menyesuaikan diri, menerima segala perubahan baik fisik maupun kognitif serta perlakuan dari lingkungan di sekitar.

Dukungan keluarga penting dalam proses penyembuhan dan pemulihan penyakit. Dukungan keluarga mampu menambah rasa percaya diri dan motivasi dalam menghadapi masalah yang terjadi. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan dengan meningkatkan kualitas hidup seperti melibatkan atau mengikutsertakan pasien dalam kegiatan rekreasi, kejelasan sumber keuangan bagi pasien dan ketersediaan sarana dan prasarana di lingkungan tempat tinggal, seperti keamanan dan kenyamanan area tinggal untuk menghindari cedera pada pasien. Dengan berbagai kondisi keterbatasan pasien pasca stroke, dukungan keluarga semakin membuat pasien merasakan keluarga memfasilitasi pasien, sehingga pasien tetap optimal sesuai kondisi kesehatannya.

#### **6.4 Implikasi Penelitian**

- 6.4.1 Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai bahan masukan dan pertimbangan untuk menentukan standar operasional prosedur perawatan pasien stroke terutama mempersiapkan pemulangan pasien. Dengan demikian, prioritas persiapan pemulangan pasien tidak hanya berfokus pada pasien tetapi juga persiapan keluarga dalam menerima perubahan kondisi keluarga di mana terdapat peran baru dalam keluarga, sehingga pasien yang datang di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta mempunyai tingkat kualitas hidup yang semakin baik selama menjalani penyembuhan dan rehabilitasi.
- 6.4.2 Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan pengetahuan bagi perawat dalam merawat pasien stroke. Dengan mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien stroke, perawat semakin dini mengidentifikasi kebutuhan keluarga dan pasien dalam perawatan lanjutan di rumah. Sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke.

6.4.3 Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan keluarga terkait faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke, sehingga dapat memberikan dukungan yang signifikan dalam upaya mengoptimalkan kualitas hidup pasien pasca stroke.

6.4.4 Hasil penelitian ini diharapkan menjadi tambahan pengetahuan dan motivasi bagi pasien pasca stroke untuk memotivasi diri agar dapat lebih optimal.

## 6.5 Keterbatasan Penelitian

Akibat pandemic Covid-19, maka peneliti mengalami kesulitan dalam pendampingan pengisian kuesioner penelitian ini. Responden cenderung segera meninggalkan rumah sakit, sehingga pengisian kuesioner harus dilakukan melalui google form. Selain itu, peneliti membutuhkan waktu dua minggu untuk mendapatkan jumlah responden sesuai kebutuhan. Kondisi ini pula, peneliti lebih sering bertemu dengan pasien pasca stroke yang berkunjung hanya diantar oleh pengasuh atau penjaga orang sakit yang dibayar oleh keluarga pasien.

Minimnya penelitian terkait (hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke), sehingga literasi pembeding lebih sulit didapatkan, maka pembahasan terkait hubungan antara kedua variabel (dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke) menjadi tantangan bagi peneliti.



## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat disimpulkan bahwa:

##### 7.1.1 Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup

Lebih dari separoh (56.2%) dukungan keluarga dengan kategori baik yang diberikan kepada pasien pasca stroke setahun atau lebih di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara. Hal ini berimbas pada kualitas hidup pasca stroke dengan kategori baik 53.7% dan kategori sangat baik 36.6%.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasca stroke setahun atau lebih di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara dengan nilai *Asymptotis significance (2-sided) Pearson Chi-Square* sebesar 0,000 dan nilai *r* sebesar 0,464.

##### 7.1.2 Distribusi frekuensi dukungan keluarga

Dukungan keluarga pasien pasca stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara dengan kategori kurang baik sebanyak 32 responden (43.8%), sedangkan dukungan keluarga dengan kategori baik sebanyak 41 orang (56.2%) dari total responden. Dengan demikian dapat dikatakan, bahwa lebih dari separoh pasien pasca stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress mendapatkan dukungan baik dari keluarga.

##### 7.1.3 Distribusi frekuensi kualitas hidup pasien pasca stroke

Kualitas hidup pasien pasca stroke dengan kategori kurang baik sebanyak 21 responden (28.8%), kualitas hidup dengan kategori baik 32 responden (43.8%) dan kualitas hidup dengan kategori sangat baik sebanyak 20 responden (27.4%) dari total responden. Dengan demikian



dapat dikatakan, bahwa kualitas hidup pasien pasca stroke di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress berada pada rentang kategori baik dan sangat baik.

Setiap keluarga yang memberikan dukungan yang baik pada pasien pasca stroke akan berdampak pada kualitas hidup pasien pasca stroke pada tingkat baik bahkan sangat baik. Penelitian ini menunjukkan, bahwa kualitas hidup sebagai variabel dependen sangat dipengaruhi oleh variabel independen (dukungan keluarga).

## 7.2 Saran

Setelah dilakukan penelitian, analisis dan pembahasan, peneliti memberi saran antara lain bagi instansi kesehatan khususnya Rumah Sakit Royal Progress agar dapat memfasilitasi anggota keluarga terutama *caregiver* dalam memaksimalkan dukungan keluarga baik berupa dukungan penghargaan, instrumen, informasi dan emosional yang relevan kepada keluarga pasien pasca stroke. Bagi tenaga kesehatan khususnya perawat diharapkan mampu memberikan edukasi terkait dukungan keluarga yang ditinjau dari empat dimensi dukungan dan melibatkan keluarga selama dalam perawatan serta persiapan pemulangan pasien hingga pada kunjungan dalam rangka kontrol pasca rawat. Bagi institusi Pendidikan diharapkan dalam pemberian materi perkuliahan asuhan keperawatan pasien stroke lebih membahas hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien stroke dan pasca stroke. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan agar melanjutkan penelitian ataupun memodifikasi penelitian mengenai hubungan setiap factor dukungan keluarga dengan domain kualitas hidup pasca stroke ditinjau dari persepsi *caregiver*.



## DAFTAR PUSTAKA

- Al Rasyid, J. M. (2015). *Stroke: Komplikasi Medis & Tata Laksana*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran UI.
- Anak, K. P. (2016). *Pembangunan Ketahanan Keluarga*. Jakarta: CV. Lintas Khatulistiwa.
- Andreas Aldo Gunawan. (2016). *Pengaruh Kompensasi dan Disiplin Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Pada PT. Gesit Nusa Tangguh*. Jurnal Ilmiah Manajemen Bisnis, Vol. 16, No. 1.
- Anis Ika Nur Rohman, P. D. (2012). *Kualitas Hidup Usia Lanjut*. Jurnal Keperawatan, ISSN 2086-3071.
- Apip Hamjah, A. P. (2018). *Kecemasan Kematian Pada Pasien Pasca Stroke*. Jurnal Keperawatan Aisyiyah.
- Apriyeni, Emira dkk. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP dr. M. Djamil Padang*. Diakses pada tanggal 09 Juli 2016 dari: [http://etd.unsyiah.ac.id/index.php?p=show\\_detail&id=14901](http://etd.unsyiah.ac.id/index.php?p=show_detail&id=14901)
- Association, S. (2017). *Stroke Statistics*. United States of America: Stroke Association.
- Bahren, R. (2013). *Kesehatan Muslim, Cegah Stroke Sejak Dini*. Pustaka Muslim. Sleman.
- Basuki dan Haryanto. (2013). *Studi Deskriptif Dukungan Keluarga pada Pasien Stroke dalam Menjalani Rehabilitasi di RSUD Bendan Pekalongan*. Diakses pada tanggal: 06 Juni 2016 dari <http://www.digilib.stikesmuh-pkj.ac.id/e-skripsi/index.php?p=fstream-pdf&fid=404&bid=459>
- Cress JC. (2011). *Handbook Of Geriatric Care Managemen*. <Http://Books.Google.Co.Id>
- Erlina, Rozi. (2014). *Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kemampuan Melakukan Aktivitas Sehari-hari pada pasien Pasca Stroke Non-Hemoragik di Poliklinik Neurologi di Rumah Sakit Stroke Nasional*

Bukit Tinggi. Diakses pada tanggal: 31 Agustus 2016 dari:  
[repo.unand.ac.id/192/3/bab%25201.pdf](http://repo.unand.ac.id/192/3/bab%25201.pdf)

Euis Suhartini. (2013). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Gedung Kencana Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat*. Riset Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Feigin, Valery (2004). *Stroke*. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Popular

Friedman, Marilyn M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori Dan Praktek*. Jakarta: Penerbit EGC.

Ganong, S. J. (2017). *Patofisiologi Penyakit: Pengantar Menuju Kedokteran Klinis*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Ghozali, Imam. 2011. *Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program IBM SPSS19*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.

Gillen, G. (2016). *Stroke Rehabilitation: A Function - Based Approach 4th Edition*. New York: Elsevier.

Godfrey, L. M. (1995). *Family Support Programs and Rehabilitation: A cognitive-Behavioral Approach to Traumatic Brain Injury*. New York: Springer Science+Business Media New York .

Hanchaiphibookkul S., P. N. (2011). *Prevalence of Stroke And Stroke Risk Factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study*. J. Med Assoc Thai.

Husnul Khatimah Dan Libbie Annatagia. (2018). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan Caregiver Burden Pada Family Caregiver Pasien Stroke*. Jurnal Keperawatan Univerisitas Islam Indonesia.

Ika Siska. (2019). *Gambaran dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien stroke di ruang cempaka RSUD dr.Slamet Garut*. Universitas Padjadjaran / Fakultas Keperawatan / Keperawatan

Juczynski, Zygfyd. (2016). *Health Related Quality Of Life: Theory And Measurement*. Acta Universitatis Lodziensis Folia Psychologica. Health Psychology Department. <https://www.universitaspsikologi.com/2019/12/pengertian-kualitas-hidup-dan-aspek-dimensi-quality-of-life.html>

- Junaidi, I. (2012). *Stroke Waspada! Ancamannya*. Yogyakarta: Penerbit Andi Yogyakarta.
- Kalina Kawecka, J. M. (2013). *Health Related Quality of Life In Cardiovascular Patient*. Italia: Springer.
- Kartika Tivani Najoran, M. V. (2016). *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Penerimaan Diri Pasien Pasca Stroke*. Ejournal Keperawatan.
- Kemenkes, R. (2018). *Hasil Riskesdas Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta: Libang Kemenkes RI.
- Kreitler & Ben. (2004). *Quality of Life In Children*. New York: Johnwiley N Sons.
- Lombu, K.E. (2015). *Gambaran Kualitas Hidup Pasien Stroke di RSUD Gunung Sitoli*. Diakses pada tanggal: 07 Juni 2016 dari [http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/50140/6/ Abstract.pdf](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/50140/6/Abstract.pdf).
- Ludiana dan Supardi. (2020). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Banjaesari Banjarmasin*. Jurnal Wacana Kesehatan Volume 5.
- Luknis Sabri, S. P. (2014). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Lynch, Elizabeth et all. (2008). *A Qualitative Study of Quality of Life After Stroke: The Importance of Social Relationship*. Journal Compilation Foundation of Rehabilitation Information, 40, p. 518 – 523
- M. Carter Denny, A. R. (2020). *Acute Stroke Care Third Edition*. Cambridge United Kingdom: Cambridge University Press.
- Meita Dhamayanti, Anne Dian Rachmawati, Nita Arisanti, Elsa Puji Setiawati, Viramita K. Rusmi Dan Nanan Sekarwana. (2017). *Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Skrining Kekerasan terhadap Anak "ICAST-C" versi Bahasa Indonesia*. Jurnal Keperawatan Padjadjaran. Volume 5 Edisi 3
- Muhammad Husni, Siti Romadoni, Dan Desi Rukiyati. (2012). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara Di Instalasi Ranap Bedah RSUP. Dr. Hoesin Palembang Tahun 2012*. Jurnal Keperawatan Sriwijaya, Volume 2 - Nomor 2, Juli 2015, ISSN No 2355 5459

- Moons P. Marquet K Budts W. Geest, Sabina. (2004). *Validity, Reability, And Responsiveness Of The Schedule For The Evaluation Of Individual Quality Of Life-Direct Weighting (SEIQOL-DW)*
- Noerpratomo, R. H. (2016). *Kualitas Hidup Orang Dengan HIV Positif, Pengguna NAPZA, Dan Masyarakat Miskin Kota Yang Mengikuti Aktivitas Street Soccer Di Rumah Cemara Bandung*. Universitas Pendidikan Indonesia, Perpustakaan.upi.edu.
- Notoadmojo Soekidjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmojo Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmojo Soekidjo. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmojo Soekidjo. (2018). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nofotri NFM. (2009). *Gambaran Kualitas Hidup Pada Individu Dewasa Berdasarkan Karakteristik Budaya*. Jakarta Depok: Universitas Indoneisa.
- Nursalam. (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Physicians, R. C. (2016). *National Clinical Guidelines for Stroke Fifth Edition*. London: RCP.
- PON, R. S. (2018). *Sepuluh Penyakit Terbanyak*. Jakarta: Rumah Sakit PON.
- Progress, R. M. (2020). *Data Pasien Stroke Tahun 2019*. Jakarta: Medical Record Rumah Sakit Royal Progress.
- Reni Octaviani. (2017). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia Pasca Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Gajahan Surakarta*. Naskah Publikasi.
- Ririn Putri Nova, S. S. (2019). *Hubungan Dukungan Keluarga Gengan Activity Daily Living (ADL) Pada Pasien Pasca Stroke Di RSI Sakinah Mojokerto Dan RSU dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto*. Indonesian Journal On Medical Science.
- Sahmad. (2015). *Potensi Peran Keluarga Dalam Perawatan Penyakit Stroke Melalui Pengembangan Metode Discharge Planning Berbasis Teknologi Informasi*. Jurnal MKMI.

- Sari, Ayu E. (2015). *Pengaruh Pengalaman Dzikir Terhadap Ketenangan Jiwa Di Majelis Dzakirin Kamulah Durenan Trenggalek*. Skripsi: Institut Agama Islam Negeri (LAIN) Tulungagung.
- Setyoadi, Tina Handayani Nasution dan Amanda Kardinasari. (2017). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Pasien Stroke Di Instalasi Rehabilitasi Medika Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung*. Majalah Kesehatan FKUB.
- Ulfah Bariroh, dkk. (2016). *Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pasien Pasca Stroke Studi di RSUD Tugurejo Kota Semarang*. Journal Kesehatan Masyarakat (e-Journal) Volume 4.
- Ulfa N. Karim, E. L. (2017). *Kualitas Hidup Pasien dalam Perawatan Palliative Homecare*. *Indonesian Journal of Nursing And Midwifery*.
- Underwoods. (2013). *Pathology: A Clinical Approach*. British: Elsevier.
- Vidya Tri Huttami. (2016). *Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Usia Produktif*. IR – Perpustakaan Universitas Airlangga.
- WHO. (2018). *The Top 10 Causes of Death*. Geneva: WHO.
- WHO. (2020). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Geneva: WHO.
- Wikipedia. (2019, Agustus 16). Stroke. *Stroke*.
- Wikipedia. (2020, February 16). Quality Of Life. *Quality Of Life*.
- Wulandari D. W. (2004). *Penentuan Validitas WHOGOL-100 Dalam Menilai Kualitas Hidup Pada Pasien Rawat Jalan Di RSCM Versi Indonesia Tesis*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Yenni. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga dan Karakteristik Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukit Tinggi*. Diakses pada tanggal: 30 Mei 2016 dari: <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282740-T%20Yenni.pdf>



LAMPIRAN-LAMPIRAN



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**

**UNIVERSITAS BINAWAN**

**PERSETUJUAN ETIK ( ETHICAL PAPPOVEL )**

**Nomer : 021/EP/ KE/UBINAWAN /XI/2020**

Yang bertanda tangan dibawah ini Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Binawan setelah pembahasan dan penilaian dengan ini memutuskan protocol penelitian yang berjudul

**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di Instalasi Rawat Jalan RS Royal Progress Jakarta Utara**

Yang mengikut sertakan manusia sebagai subyek penelitian dengan Ketua Pelaksana / Peneliti Utama : Ns. Zuriati, S.Kep., M.Kep.

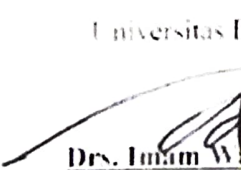
Dapat disetujui pelaksanaannya . Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protocol

Pada akhir penelitian laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPK-UBINAWAN . Jika ada perubahan protokol dan / atau perpanjangan penelitian , harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian ( amandemen protokol)

Jakarta . 16 November 2020

Komisi Etik Penelitian Kesehatan

Universitas Binawan

  
Drs. Imam W. H. P.  
Ketua



**KAMPUS BINAWAN**

**Jl. Dewi Sartika – Jl. Kalibata Raya Jakarta Timur 13630 INDONESIA**

**Telp. (62-21) 80880882, Fax (62-21) 80880883**

**Website : [www.binawan.ac.id](http://www.binawan.ac.id)**



Jakarta, 17 November 2020

No : 280/S-Ext/UBINAWAN.FKK/XI/2020  
Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data Uji Validitas Penelitian

Kepada Yth,  
**Direktur**  
**Murni Teguh Sudirman Hospital**  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Semoga Bapak/Ibu dalam keadaan sehat jasmani dan rohani dalam menjalankan tugas sehari-hari dan selalu dalam lindungan Tuhan YME.

Dengan surat ini dapat kami sampaikan bahwa mahasiswa berikut:

Nama : Urbanus Unak  
Semester : VII  
NIM : 011921046

Sedang menyelesaikan tugas akhir Skripsi di Program Studi Keperawatan Universitas Binawan. Sehubungan dengan hal tersebut dan sebagai salah satu proses yang dilalui adalah Pengambilan Data Uji Validitas Penelitian dengan judul : **“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara”**.

Melalui surat ini yang bersangkutan mohon kiranya dapat di ijinakan melakukan Pengambilan Data Uji Validitas Penelitian di **Murni Teguh Sudirman Hospital**.

Demikian surat permohonan ijin ini dibuat, atas ijin dan dukungan kami ucapkan terima kasih.

Fakultas Keperawatan dan Kebidanan  
Universitas Binawan

**Erika Lubis, S.Kp.,MN**

Dekan

Jakarta, 07 Desember 2020  
No. 171/DIR/MTSJ/XII/2020

Kepada Yth.  
**Dekan Universitas Binawan**  
**Fakultas Keperawatan dan Kebidanan**  
**Jl. Dewi Sartika – Jl. Kalibata Raya**  
**Jakarta Timur 13630**

Perihal : **Pemberian Ijin Uji Instrumen Penelitian**

Dengan Hormat,

Salam sejahtera kami sampaikan kepada Bapak/Ibu, semoga Bapak/Ibu selalu berada dalam lindungan Tuhan Yang Maha Esa.

Sehubungan dengan surat dari Dekan Universitas Binawan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan No. 280/S-Ext/UBINAWAN.FKK/XI/2020 perihal permohonan uji instrumen penelitian dengan judul :

1. “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress” yang akan dilakukan oleh Mahasiswa S1 Keperawatan atas nama Sdr. Urbanus Unak.
2. “Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional dengan Kejadian Jatuh Pada Pasien Risiko Tinggi Di Rumah Sakit Royal Progress” yang akan dilakukan oleh Mahasiswi S1 Keperawatan atas nama Sdr. Florida Sandra Hutauruk.
3. “Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kepatuhan Perawat dalam Pengisian Form Assesment Awal Rawat Inap Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara” yang akan dilakukan oleh Mahasiswi S1 Keperawatan atas nama Sdr. Imawati.

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami memberikan ijin kepada yang bersangkutan untuk melakukan uji instrumen penelitian di RS Murni Teguh Sudirman Jakarta.

Demikian disampaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,  
**RS Murni Teguh Sudirman Jakarta**



**RUMAH SAKIT  
MURNI TEGUH**  
SUDIRMAN JAKARTA

**Dr. David Santoso, MM**  
*Direktur*



U N I V E R S I T A S  
**BINAWAN**

Jakarta, 12 Agustus 2020

No : 216/S-Ext/UBINAWAN.FKK/VIII/2020  
Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian

Kepada Yth.  
Direktur  
RS Royal Progress  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Semoga Bapak/Ibu dalam keadaan sehat jasmani dan rohani dalam menjalankan tugas sehari-hari dan selalu dalam lindungan Tuhan YME.

Dengan surat ini dapat kami sampaikan bahwa mahasiswa berikut :

Nama : Urbanus Unak  
Semester : VII  
NIM : 011921046

Sedang menyelesaikan tugas akhir skripsi di program Studi Keperawatan Universitas Binawan. Sehubungan dengan hal tersebut dan sebagai salah satu proses yang dilalui adalah pengambilan data penelitian dengan Judul "**Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara**".

Melalui surat ini yang bersangkutan mohon kiranya dapat diijinkan melakukan pengambilan data penelitian di **RS Royal Progress**.

Demikian surat permohonan ijin ini dibuat, atas ijin dan dukungan kami ucapkan terima kasih.

Fakultas Keperawatan dan Kebidanan  
Universitas Binawan

Erika Lubis, S.Kp., MN

Dekan

Tembusan :

1. Ka. Instalasi Rawat Jalan RS Royal Progress

Terima di 24/8/20  
Kartini R.M.

**KAMPUS BINAWAN**

Jl. Dewi Sartika - Jl. Kalibata Raya Jakarta Timur 13630 INDONESIA

Telp. (62-21) 80880882, Fax (62-21) 80880883

Website : [www.binawan.ac.id](http://www.binawan.ac.id)





Jakarta, 25 September 2020

No : 472/RSRP/DIR/IX/2020  
Lamp : -  
Perihal : Tanggapan Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian

Kepada Yth  
Ibu Erika Lubis, S.Kp., MN  
Dekan Fak Keperawatan dan Kebidanan  
Universitas Binawan  
Jakarta

Dengan hormat,

Salam hangat dari keluarga besar Rumah Sakit Royal Progress !!

Merespon surat No : 216/S-Ext/U.BINAWAN.FKK/VIII/2020 yang kami terima tgl 24 September 2020 perihal **Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian** untuk atas nama

Nama : URBANUS UNAK  
NIM : 011 9210 46  
Judul Riset : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress Jakarta Utara.

Maka dengan ini, kami menyatakan **diizinkan permohonan tersebut**, terimakasih

Hormat kami,

Direksi  
RUMAH SAKIT  
**ROYAL PROGRESS**  
Melayani dengan Penuh Cinta Kasih

**dr. Ivan R Setiadarma, M.M.**  
Direktur utama

Tembusan

1. Diklat
2. Manajer HR
3. Manajer Keperawatan





U N I V E R S I T A S  
**BINAWAN**



Kuesioner Penelitian  
**Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup**

## Lembar PSP

### Persetujuan Setelah Penjelasan

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE DI INSTALASI RAWAT JALAN RUMAH SAKIT ROYAL PROGRESS JAKARTA UTARA.

Selamat pagi/siang/Bapak ibu kami beritahukan tim peneliti dari Universitas Binawan akan melakukan penelitian tentang HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE DI INSTALASI RAWAT JALAN RUMAH SAKIT ROYAL PROGRESS JAKARTA UTARA.

Dengan kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian tersebut dengan mengisi kuesioner setelah penjelasan sebagai berikut:

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien stroke yang berkunjung ke Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Royal Progress yang akan kami ambil secara acak yaitu pasien yang telah mengalami stroke 1 (satu) tahun atau lebih. Data yang diperoleh selama penelitian ini akan dipergunakan untuk kepentingan akademik dan pelayanan keperawatan serta diharapkan dapat digunakan dalam perbaikan nilai-nilai moral dalam keperawatan serta peningkatan sensitivitas moral mahasiswa keperawatan.

Bapak/Ibu/Saudara(I) akan diminta mengisi kuesioner selama kurang lebih 15 menit. Pertanyaan yang kami ajukan, meliputi identitas, pendidikan, pernyataan dukungan penghargaan, fasilitas, informasi, dukungan emosional dari keluarga terhadap pasien dan bagaimana penilaian Bapak/Ibu/Saudara(i) terkait kehidupan selama mengalami stroke.

Kepesertaan Bapak/Ibu/Saudara(I) pada penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara(I) dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada

penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa sanksi. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara(I) untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/kelanjutan pengamatan ke RS. Royal Progress Jakarta.

Setelah mendengar penjelasan, jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara(I) diminta untuk menandatangani formulir "Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) sebagai peserta penelitian. Dalam penelitian ini bagi peserta akan di berikan tanda kenangan berupa masker atas partisipasi dan keikutansertaan sebagai subyek penelitian.

Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang akan mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara(I) untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara(I).

Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silahkan hubungi, Urbanus Unak (082113556665) ([urbanlewuk69@gmail.com](mailto:urbanlewuk69@gmail.com)), Yuli Utami, S.Kp., MN (081316994157) ([yuli@binawan.ac.id](mailto:yuli@binawan.ac.id)).


Setelah memahami maksud tujuan penelitian dari penjelasan yang disampaikan tentang berbagai hal dalam penelitian HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE DI INSTALASI RAWAT JALAN RUMAH SAKIT ROYAL PROGRESS JAKARTA UTARA, maka dengan ini saya:

Nama : Susilowati  
Umur : 27 th  
Alamat : Mawar A No. 470 Rt. 013 Rwo06

menyatakan bahwa saya bersedia mengikuti penelitian tersebut.

Peneliti  
  
Urbanus Unak


Tanggal : 11 / 10 / 2020

Peserta  
  
SUSILOWATI

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): 28 / 11 / 2020

Saksi

  
Feleri Cholid

Tanggal : 28 / 11 / 2020



**KUESIONER PENELITIAN**  
**“HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN**  
**STROKE DI RUMAH SAKIT ROYAL PROGRESS JAKARTA UTARA”**  
**KUALITAS HIDUP WHOQOL-BREF**

---

**A. Data Responden (Keluarga Pasien):**

Nama : SUSI (Initial)

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Usia : 27 tahun

Status Pernikahan :  Menikah  Belum menikah

Pendidikan :  SD  SMP  SMA  Perguruan tinggi

Pekerjaan :  Pegawai swasta  Wiraswasta  BUMN Non PNS  
 Pekerja lepas  PNS

**B. Data Pasien Stroke:**

Nama : Agadimin (Initial)

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Usia : 72 tahun

Status Pernikahan :  Menikah  Belum menikah

Pendidikan :  SD  SMP  SMA  Perguruan tinggi

Pekerjaan :  Pegawai swasta  Wiraswasta  BUMN Non PNS  
 Pekerja lepas  PNS

**Kuesioner I (Diisi oleh pasien)**

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan Anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup Anda. Silahkan Anda baca setiap pertanyaan bersamaan dengan pilihan jawaban yang terkait, atau jika dibutuhkan saya akan membacakannya kepada Anda. **Pilihlah jawaban yang menurut Anda paling sesuai dengan melingkari angka jawaban Anda. Setiap pertanyaan, hanya boleh memilih satu angka sebagai jawaban Anda.** 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 **dalam dua 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
		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
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 dua minggu terakhir?

		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah berlebihan
3	Seberapa jauh rasa sakit fisik yang Anda alami mencegah Anda dalam beraktivitas sesuai yang kebutuhan Anda?	1	2	3	4	5
4	Seberapa sering Anda membutuhkan terapi medis untuk	1	2	3	4	5

	dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari Anda?					
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 dalam kehidupan Anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
9	Seberapa sehat lingkungan di mana Anda tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh Anda alami hal-hal berikut ini dalam dua minggu terakhir?

No.	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya dialami
10	Apakah Anda memiliki energi yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11	Apakah Anda dapat menerima penampilan tubuh Anda?	1	2	3	4	5
12	Apakah Anda memiliki cukup uang untuk 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	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 tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16	Seberapa puaskah Anda dengan tidur Anda?	1	2	3	4	5
17	Seberapa puaskah Anda dengan 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 yang Anda peroleh dari 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 dengan akses	1	2	3	4	5

	Anda pada layanan kesehatan?					
25	Seberapa puaskah Anda dengan alat transportasi yang Anda naiki atau kendarai?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada **seberapa sering** Anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam dua 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?	1	2	3	4	5

**Komentar Anda tentang penilaian ini?**

---



---



**Kuesioner II (Diisi oleh keluarga pasien)**

Jawablah pertanyaan berikut dengan memberi tanda (✓) pada kotak (□) sesuai yang dilakukan oleh keluarga bapak/ibu.

<i>Selalu</i>	: Jika pernyataan tersebut selalu dilakukan oleh keluarga				
<i>Sering</i>	: Jika pernyataan tersebut sering dilakukan oleh keluarga				
<i>Jarang</i>	: Jika pernyataan tersebut jarang dilakukan oleh keluarga				
<i>Tidak pernah</i>	: Jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan oleh keluarga				
No	Pernyataan Dukungan Penghargaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1.	Apakah keluarga melibatkan pasien dalam musyawarah keluarga?		✓		
2.	Apakah keluarga mendengarkan saran yang diberikan pasien?	✓			
3.	Apakah keluarga mengikutsertakan pasien dalam setiap acara keluarga?		✓		
4.	Apakah keluarga mengajak pasien apabila ada acara keluarga di luar rumah?			✓	
5.	Apakah keluarga menerima pasien dengan segala keterbatasannya?	✓			
Pernyataan Dukungan Instrumen		Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
6.	Apakah keluarga memberikan kebebasan pada pasien untuk makan apa saja yang disukainya?		✓		
7.	Apakah keluarga membawa pasien berobat apabila kondisi pasien sangat menurun saja?				✓
8.	Apakah keluarga mempersiapkan dana khusus untuk biaya pengobatan pasien?	✓			
9.	Apakah keluarga memberikan suasana ketenangan dan kenyamanan kepada pasien di rumah?	✓			
10.	Apakah keluarga meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan kesah yang disampaikan pasien?	✓			
11.	Apakah keluarga menemani pasien saat berolahraga?	✓			
Pernyataan Dukungan Informasi		Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
12.	Apakah keluarga menjelaskan kepada pasien tentang pentingnya menjaga Kesehatan?	✓			

13.	Apakah keluarga menjelaskan kepada pasien tentang bahaya minum kopi bagi penderita hipertensi?	✓			
14.	Apakah keluarga menjelaskan kepada pasien tentang bahaya merokok bagi penderita stroke?		✓		
15.	Apakah keluarga menjelaskan kepada pasien tentang pentingnya makan sayur bagi kesehatan penderita stroke?	✓			
16.	Apakah keluarga menjelaskan kepada pasien tentang pentingnya makan buah bagi kesehatan penderita stroke?		✓		
17.	Apakah keluarga menjelaskan kepada pasien tentang bahaya makan makanan tinggi lemak bagi penderita stroke?			✓	
18.	Apakah keluarga menjelaskan kepada pasien tentang bahaya makanan bersantan kental bagi penderita stroke?			✓	
19.	Apakah keluarga menjelaskan kepada pasien tentang pentingnya melakukan kontrol tekanan darah secara teratur?	✓			
20.	Apakah keluarga menjelaskan kepada pasien tentang pentingnya melakukan pemeriksaan tekanan darah bagi penderita stroke?	✓			
21.	Apakah keluarga menjelaskan kepada pasien tentang pentingnya minum obat secara teratur?	✓			
22.	Apakah keluarga menjelaskan kepada pasien tentang pentingnya kontrol rutin tekanan darah setiap bulan ke fasilitas kesehatan?	✓			
23.	Apakah keluarga menjelaskan kepada pasien tentang akibat berat badan terlalu gemuk?			✓	
<b>Pernyataan Dukungan Emosional</b>		<b>Selalu</b>	<b>Sering</b>	<b>Jarang</b>	<b>Tidak Pernah</b>
24.	Apakah keluarga menunjukkan wajah menyenangkan saat membantu pasien?	✓			
25.	Apakah keluarga merawat pasien dengan penuh kasih sayang?	✓			
26.	Apakah keluarga membantu pasien dengan tulus ikhlas?	✓			
27.	Apakah keluarga mendengarkan keluhan yang pasien rasakan?		✓		

28.	Apakah keluarga sering menanyakan keluhan yang pasien rasakan?	✓			
29.	Apakah keluarga mengingatkan pasien dalam hal berolah raga?		✓		
30.	Apakah keluarga mengetahui jadwal pemeriksaan kesehatan pasien?		✓		

**Terima kasih atas partisipasi Bapak/Ibu/Saudara(i) dalam penelitian saya. Salam Sehat dan Semangat.**

---







# CURRICULUM VITAE

## DATA PRIBADI

---

Nama : Urbanus Unak

Tempat/Tanggal Lahir : Natar Mude, Flores, 15 Oktober 1976

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Katolik

Alamat Rumah : Perum. Griya Kota Bekasi I, Blok A2/9  
RT. 011/004, Kelurahan Teluk Pucung, Kecamatan  
Bekasi Utara Kota Bekasi – Jawa Barat

Tempat Bekerja : Rumah Sakit Royal Progress

Alamat Kantor : Sunter Paradise 1, Jl. Danau Sunter Utara, RT.06/RW.12,  
Sunter Agung, Tj. Priok, Kota Jkt Utara

Telp/HP : 082113556665

Email : [urbanlewuk69@gmail.com](mailto:urbanlewuk69@gmail.com); [urbanlewuk@hotmail.com](mailto:urbanlewuk@hotmail.com)



## DATA PENDIDIKAN

---

### Formal:

1. Inpres Sekolah Dasar 53, Papua - Indonesia (1983 - 1989)
2. Sekolah Menengah Pertama Negeri 4, Papua - Indonesia (1989 - 1992)
3. Sekolah Menengah Atas Agustinus, Papua - Indonesia (1992 - 1995)
4. Akademi Perawat Sint Carolus, Jakarta - Indonesia (1998 - 2001)
5. Universitas Binawan, Jakarta - Indoneisa (2019 - sekarang)

### Non Formal:

1. Komputer (Microsoft Office), Jakarta - Indonesia (Bersertifikat)
2. Manajemen Kantor Pertama, Jakarta - Indonesia (Bersertifikat)
3. Manajemen Kantor Kedua, Jakarta - Indonesia (Bersertifikat)
4. Manajemen Kantor Ketiga, Jakarta - Indonesia (Bersertifikat)
5. Manajemen Keperawatan untuk Pasien HIV-AIDS, Jakarta - Indonesia (Bersertifikat)
6. Perawat Perioperatif, Jakarta - Indonesia (Bersertifikat)

7. Manajemen Perawat Bangsal, Jakarta - Indonesia (Bersertifikat)
8. BCLS & ACLS, Cibinong (Jawa Barat) – Indonesia (Bersertifikat)

#### **PENGALAMAN PEKERJAAN**

1. Ruang Operasi Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta sebagai Staf Perawat (Mei - Juli 2001)
2. Medik - Bedah di RS Sint Carolus Jakarta sebagai Staf Perawat (Oktober 2001 - Mei 2004)
3. Ruang Gawat Darurat RS Sint Carolus Jakarta sebagai Staf Perawat (Jun 2004 - Oktober 2007)
4. Ruang Psikiatri RS Sint Carolus Jakarta sebagai Staf Perawat (Oktober 2007 - Januari 2009)
5. Medik - Bedah di RS Sint Carolus Jakarta sebagai Staff Perawat (Mei 2009 - Agustus 2010)
6. Klinik Umum Kana Jakarta (Oktober 2010 - April 2012)
7. Rumah Sakit Royal Progress Hospital - Sunter Jakarta Utara (Mei 2012 - Sekarang)