

**HUBUNGAN STATUS FUNGSIONAL DENGAN KUALITAS HIDUP  
PASIEN PASCA STROKE ISKEMIK DI POLI SARAF  
RUMAH SAKIT TK. II dr. SOEPRAOEN MALANG**

**TUGAS AKHIR**



**Oleh:**

**Azka Qothrunnadaa**

**NIM: 135070201131004**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
2019**

## DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
ABSTRAK .....	iii
ABSTRACT .....	iv
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR TABEL .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi

### **BAB 1. PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
1.4.1 Manfaat Akademik.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7

### **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1. Konsep Stroke Iskemik.....	8
2.1. Definisi Stroke Iskemik .....	8
2.1.2 Angka Kejadian Stroke Iskemik .....	8

2.1.3 Etiologi Stroke Iskemik .....	9
2.1.4 Faktor Risiko Stroke Iskemik.....	11
2.1.5 Patofisiologi Stroke Iskemik .....	13
2.1.6 Tanda dan Gejala Stroke Iskemik.....	15
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik Stroke Iskemik.....	17
2.1.8 Gejala Sisa dan Perbaikan Status Fungsional Stroke Iskemik .....	18
2.2. Konsep Status Fungsional.....	23
2.2.1 Definisi Status Fungsional .....	23
2.2.2 Fungsi Fisik Status Fungsional .....	25
2.2.3 Status Fungsional Pasien Stroke Iskemik.....	26
2.2.4 Jenis-jenis Pengukuran Status Fungsional.....	30
2.2.5 Pengukuran Status Fungsional Pasien Stroke .....	32
2.3. Konsep Kualitas Hidup .....	33
2.3.1 Definisi Kualitas Hidup .....	33
2.3.2 Instrumen Kualitas Hidup .....	39
2.4. Hubungan Status Fungsional Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke.....	41

### **BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	43
3.2 Hipotesis Penelitian .....	44

### **BAB 4 METODE PENELITIAN**

4.1 Rancangan Penelitian.....	46
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	46

4.2.1	Populasi .....	46
4.2.2	Sampel.....	46
4.2.3	Besar Sampel .....	47
4.2.4	Teknik Pengambilan Sampel.....	47
4.2.5	Kriteria Sampel .....	47
4.3	Variabel Penelitian .....	48
4.3.1	Variabel Dependen .....	48
4.3.2	Variabel Independen .....	48
4.4	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	48
4.5	Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian .....	49
4.6	Uji Validitas dan Reabilitas .....	54
4.7	Definisi Operasional.....	56
4.8	Prosedur dan Alur Data .....	57
4.8.1	Bagan Prosedur Penelitian .....	57
4.8.2	Teknis Pengumpulan Data .....	58
4.9	Analisis Data .....	60
4.9.1	Pre Analisa.....	60
4.9.2	Analisa Univariat.....	61
4.9.3	Analisa Bivariat .....	61
4.10	Etika penelitian.....	62

## **BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA**

5.1	Data Umum.....	64
5.2	Data Khusus .....	65
5.2.1	Data Univariat .....	65
5.2.1.1	Data Status Fungsional.....	65

5.2.1.2 Data Kualitas Hidup .....	66
5.2.2 Data Bivariat .....	67
5.2.2.2 Hubungan Status Fungsional Dan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik Di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang.....	67
<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b>	
6.1 Status Fungsional Pada Pasien Pasca Stroke Iskemik .....	69
6.2 Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke Iskemik.....	71
6.3 Hubungan Status Fungsional Dan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik Di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang .....	72
6.4 Implikasi Keperawatan.....	73
6.5 Keterbatasan Penelitian.....	74
<b>BAB 7 PENUTUP</b>	
7.1 Kesimpulan .....	75
7.2 Saran .....	75
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	77
<b>LAMPIRAN</b> .....	82

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Kriteria Skoring Kuesioner Indeks Barthel .....	50
Tabel 4.2. Kriteria Skoring SSQOL 12.....	53
Tabel 4.3 Definisi Operasional .....	56
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi dan Presentasi Karakteristik Demografi Responden .....	64
Tabel 5.2. Distribusi frekuensi dan presentasi status fungsional.....	65
Tabel 5.3. Deskripsi Skor Item Kuesioner Indeks Barthel.....	65
Tabel 5.4. Distribusi frekuensi dan presentasi kualitas hidup.....	66
Tabel 5.5. Deskripsi Item Kuesioner SS-QOL 12.....	66
Tabel 5.6. Hasil Uji Korelasi Spearman .....	67

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Patofisiologi stroke.....	14
Gambar 2.3. Model health related quality of life .....	35
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Hubungan Status Fungsional dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik.....	43
Gambar 4.1 Prosedur Penelitian .....	57

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Pernyataan Keaslian Penulisan .....	82
Lampiran 2. Keterangan Ijin Studi Pendahuluan.....	83
Lampiran 3. Keterangan Ijin Penelitian.....	84
Lampiran 4. Keterangan Kelaikan Etik .....	85
Lampiran 5. Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian .....	86
Lampiran 6. Berita Acara Presntasi Laporan Hasil Penelitian .....	87
Lampiran 7. Lembar Konsultasi Pembimbing.....	88
Lampiran 8. Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian .....	91
Lampiran 9. Pernyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam Penelitian....	94
Lampiran 10. Instrumen Penelitian .....	95
Lampiran 11. Tabulasi Karakteristik Demografi .....	99
Lampiran 12. Tabulasi Hasil Penelitian Status Fungsional .....	101
Lampiran 13. Tabulasi Hasil Penelitian Kualitas Hidup .....	103
Lampiran 14. Uji Normalitas dan Uji Bivariat.....	105
Lampiran 15. Jadwal Penyusunan Tugas Akhir.....	106
Lampiran 16. Riwayat Hidup Peneliti.....	107
Lampiran 17. Dokumentasi.....	108



**HALAMAN PENGESAHAN**

**TUGAS AKHIR**

**HUBUNGAN STATUS FUNGSIONAL DENGAN KUALITAS HIDUP  
PASIEN PASCA STROKE ISKEMIK DI POLI SARAF  
RUMAH SAKIT TK.II dr. SOEPRAOEN MALANG**

Oleh:

Azka Qothrunnadaa  
NIM 135070201131004

Telah diuji pada

Hari : Selasa

Tanggal : 11 Juni 2019

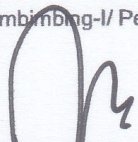
dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I



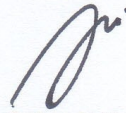
Dr. Ahsan, S.Kp, M.Kes  
NIP. 196408141984011001

Pembimbing-I/ Penguji-II,



Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep.  
NIP. 198009022006041003

Pembimbing-II/ Penguji-III,



Ns. Setyoadi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom  
NIP. 197809122005021001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan



Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep.  
NIP. 198009022006041003

## ABSTRAK

**Qothrunnadaa, Azka. 2019. Hubungan Status Fungsional dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit TK. II dr. Soepraoen Malang. Tugas Akhir, Progam Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep. (2) Ns. Setyoadi, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom.**

Stroke merupakan penyakit yang menyebabkan kematian terbanyak kedua di dunia dengan angka kejadian yaitu 15 juta penderita baru setiap tahun. Di Indonesia, angka kematian akibat stroke yaitu sekitar 15,4% dengan jenis stroke yang paling banyak diderita adalah stroke iskemik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan status fungsional dan kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang. Desain penelitian yang digunakan adalah observatif koresional, dengan jenis data yaitu data primer. Teknik sampling yang diterapkan adalah *Purposive sampling*, dan diperoleh jumlah sampel sebanyak 54 responden. Status fungsional pasien diukur dengan indeks Barthel, sedangkan kualitas hidup pasien diukur dengan kuesioner *Stroke Specific Quality of Life (SS-QOL) 12*. Metode analisis data adalah analisis Korelasi *Spearman*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien pasca stroke iskemik memiliki status fungsional dengan ketergantungan sedang, dengan naik-turun tangga sebagai gangguan status fungsional paling buruk. Adapun kualitas hidup pasien stroke iskemik sebagian besar termasuk dalam kategori tinggi, dengan item fungsi ekstremitas atas adalah yang paling baik. Hasil analisis Korelasi Spearman menunjukkan nilai signifikansi (*p-value*) 0,000 dengan koefisien korelasi (*r*) sebesar 0,931. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara status fungsional dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke iskemik dengan kekuatan korelasi sangat kuat. Dengan demikian, perlu adanya edukasi kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya mempertahankan status fungsional yang berfokus pada mobilitas dalam kehidupan sehari-hari guna meningkatkan kualitas hidupnya, khususnya yang berfokus pada perbaikan fungsi ekstremitas bawah.

Kata kunci: Status fungsional, Kualitas hidup, Stroke isemik

## **ABSTRACT**

**Qothrunnadaa, Azka. 2019. Relationship between Functional Status and Quality of Life of Patients with Ischemic Post-Stroke in the Hospital of dr. Soepraoen Malang. Final Assignment, Nursing Science Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep. (2) Ns. Setyoadi, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom.**

Stroke is one of the most common disease in Indonesia, with the prevalence of 15.4%. Commonly, most stroke patients in Indonesia suffer from ischemic stroke. This study aimed to investigate the relationship of functional status and quality of life of patients with ischemic post-stroke in the Hospital of dr. Soepraoen Malang. The research design was Correlational observation. The sampling technique implemented was Purposive sampling, and obtained a sample of 54 respondents. The patient's functional status was measured by the Barthel index, while the quality of life of patients was measured by using Stroke Specific Quality of Life (SS-QOL 12) questionnaire. The method of data analysis was Spearman Correlation processed on the SPSS 21 program. The results demonstrated that most post-stroke patients had a moderate dependency of the functional status, with up and down stairs as the worst functional status nuisance. The quality of life was in the high category, with the best item of upper extremity function. The result of Spearman Correlation analysis showed a p-value of 0,000 with a correlation coefficient (r) of 0,931. It can be concluded that there is a significant relationship between functional status and quality of life of patients with ischemic stroke in the "very strong" correlation.

Keywords: Functional status, Quality of life, Ischemic stroke

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Stroke adalah gejala klinis yang terjadi secara mendadak dan cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global dengan kelainan yang menetap hingga 24 jam atau lebih, atau menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab kelainan yang jelas selain pembuluh darah (WHO, 2016). Jenis stroke digolongkan menjadi dua, yaitu akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) dan perdarahan (stroke hemoragik). Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerotik atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah, melalui proses aterosklerosis sehingga aliran darah ke otak terhenti (Williams dan Hopper, 2003). Dampaknya adalah fungsi kontrol bagian tubuh oleh daerah otak yang terkena stroke itu akan hilang atau mengalami gangguan dan dapat mengakibatkan kematian (Lingga, 2013).

Stroke merupakan penyebab kematian terbanyak kedua di dunia dengan sebanyak 15 juta orang menderita stroke pertama kali setiap tahun (WHO, 2016). Penyakit stroke menjadi penyebab kematian utama hampir seluruh rumah sakit di Indonesia dengan angka kematian sekitar 15,4 %. Prevalensi penyakit stroke di Indonesia tahun 2018 diperkirakan 10,9 permil, dengan jumlah keseluruhan 713.783 orang telah terdiagnosa stroke oleh dokter. Kejadian stroke di Provinsi Jawa Timur sebesar 12,4 per mil dengan jumlah keseluruhan 113.045 orang, dimana

jumlah tersebut merupakan jumlah terbanyak diantara provinsi-provinsi di Indonesia (Riskesdas, 2018). Menurut Misbach dan Kalim (2008) ada 83% penderita stroke mengalami stroke iskemik dan sisanya merupakan stroke hemoragik.

Meningkatnya usia harapan hidup di Indonesia menyebabkan peningkatan risiko penyakit vaskular termasuk stroke. Data Riskesdas 2018 menunjukkan usia rata-rata penderita stroke di Indonesia adalah 58,8 tahun. Jumlah penderita stroke terjadi pada kelompok usia produktif meningkat, yakni usia 55-64 tahun (dari 15% menjadi 24%) dan usia 45-54 (dari 8% menjadi 10%). Insiden stroke meningkat sesuai dengan pertambahan usia dan risiko terjadinya stroke meningkat dua kali setiap dekade setelah usia 55 tahun (Benjamin *et al.*, 2018). Data Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan jumlah penderita stroke usia muda yang produktif di Indonesia dalam dasawarsa terakhir (PERDOSSI, 2011). Stroke telah banyak menyerang usia produktif bahkan anak-anak baik di Indonesia maupun di dunia (Riskesdas, 2018).

Pasien pasca stroke akan mengalami gejala sisa karena pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik bisa terjadi setelah 2 minggu serangan infark dan mencapai pemulihan sempurna pada minggu ke delapan (Harsono, 1999). Sebanyak 80% pasien stroke mengalami penurunan parsial atau total gerakan dari lengan atau tungkai, 80-90% gangguan berpikir atau mengingat, 70% menderita depresi dan 30% sulit bicara, menelan, membedakan kanan dan kiri. Aktivitas yang paling sulit dilakukan adalah kemampuan untuk berpindah, pakaian dan berjalan.

Sebanyak sepertiga pasien stroke bisa pulih kembali, sepertiga lainnya mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang, dan sepertiga sisanya mengalami gangguan fungsional berat. Proses pemulihan sel otak dan hematoma memerlukan waktu sedikitnya 3 bulan dengan gejala sisa yang menyertai. Pasien dengan stroke ringan, sembuh dalam dua bulan, pasien stroke moderat dalam waktu tiga bulan, dan pasien stroke berat dalam waktu empat bulan serta pasien dengan stroke yang paling parah memiliki pemulihan fungsional dalam lima bulan (Yueniwati, 2014).

Stroke tidak hanya berpengaruh pada kondisi fisiknya, tetapi juga berpengaruh pada perubahan emosi, psikologis, kognitif dan sosialnya. Kerusakan yang serius pada fisik dan mental pasien pasca stroke akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Pembatasan pergerakan berkaitan erat dengan disabilitas, peningkatan dependensi, membatasi aktivitas, menyebabkan perubahan peran, isolasi diri dan cemas sehingga pasien mengalami depresi. Penelitian membuktikan bahwa 24% pasien stroke mengalami depresi (Kong & Yang, 2006). Depresi menurunkan kualitas hidup terutama pada domain keterbatasan peran akibat masalah fisik dan emosional, kesehatan general, fungsi sosial dan status mental. (Hacke *et al.*, 2006).

Masalah disabilitas fisik mempengaruhi produktifitas dan kualitas hidup pasien pasca stroke. Pasien akan mengalami penurunan kualitas hidup seiring dengan beratnya kondisi disabilitas. Setelah satu tahun menderita stroke 26,1% pasien masih mengalami disabilitas dalam perawatan diri dan setelah tiga tahun angka ini bertambah menjadi 36,3%. Lebih lanjut terbukti bahwa ketidakmampuan merawat diri dan

keterbatasan aktivitas menyebabkan penurunan kualitas hidup yang signifikan (Patel *et al.*, 2006). Kualitas hidup pasien yang diukur dengan alat ukur *short form 36* (rentang skor 0- 100) setelah satu tahun serangan stroke menunjukkan rerata sebesar 37,1 dan setelah tiga tahun hanya sebesar 37,9 (Patel *et al.*, 2006). Penelitian lain membuktikan bahwa rerata skor kualitas hidup pasien satu tahun setelah serangan stroke menurun sebesar 40% ( $p=0,001$ ). Penurunan kualitas hidup ini berhubungan signifikan disabilitas fisik (Artal, *et al.*, 2000).

Penelitian Abubakar dan Isezuo (2012) dan Carod-Artal (2012) menunjukkan bahwa fungsional merupakan salah satu faktor independen yang mempengaruhi kualitas hidup penderita stroke. Ketergantungan yang dialami pasien stroke menyebabkan perasaan depresi, rendah diri dan menutup diri dari lingkungan masyarakat sehingga mempengaruhi perawatan dan penyembuhan (Hachinski, 1999; Smeltzer dan Bare, 2012). Selain itu, perubahan kondisi ekonomi sosial dan hilangnya peran hidup yang dimiliki pasien sebelum sakit dapat menyebabkan gangguan persepsi akan arti diri yang bersangkutan sehingga mempengaruhi banyak aspek kualitas kesehatan yang berhubungan dengan kehidupan atau kualitas hidupnya (Johnson *et al.*, 2004).

Hasil penelitian oleh Handayani *et al.* (2009) dan Patel *et al.* (2006) menunjukkan keterbatasan fungsional menyebabkan penurunan kualitas hidup pada pasien pasca stroke. Penelitian Exel *et al.* (2004) mengatakan bahwa ada hubungan antara status fungsional dengan kualitas hidup pada fase akut setelah stroke, pasien dengan status fungsional jelek cenderung mempunyai kualitas hidup yang kurang baik.

Penelitian oleh Abubakar *et al.* (2012), dan Carod-Artal (2012) menunjukkan bahwa status fungsional dan depresi diidentifikasi sebagai faktor independen yang mempengaruhi kualitas hidup penderita stroke. Samsa dan Matchar (2004) dalam 1, 6 dan 12 bulan studi observasional pada pasien stroke menyatakan terdapat hubungan antara status fungsional dan kualitas hidup. Penelitian Raju *et al.* (2010) membuktikan bahwa ketergantungan fungsional menjadi salah satu penyebab penurunan kualitas hidup paska stroke di samping cemas dan depresi.

Sedangkan pada penelitian oleh Elfira (2015) di Poli Stroke RSUP H. Adam Malik dan RSUD dr Pringadi Medan didapatkan tidak ada hubungan antara status fungsional dengan kualitas hidup pasien stroke iskemik. Pernyataan tersebut sejalan dengan penelitian oleh Tramonti *et al.* (2014) yang menemukan bahwa kualitas hidup dan status fungsional yang tidak kuat dihubungkan satu sama lain. Sedangkan, menurut teori status fungsional merupakan salah satu faktor yang berpengaruh pada kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik.

Berdasarkan uraian di atas, status fungsional dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke iskemik namun terdapat perbedaan hasil dari beberapa penelitian tentang hubungan keduanya. Maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan status fungsional dan kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang.



## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian tersebut maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut: “Bagaimana hubungan antara status fungsional dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan status fungsional dengan kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi gambaran status fungsional pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang.
2. Mengidentifikasi gambaran kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang.
3. Mengidentifikasi hubungan antara status fungsional dan kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang.

## **1.4 Manfaat Penelitian.**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberi pengetahuan bagi peneliti, mahasiswa keperawatan, dan perawat serta sebagai referensi untuk

penelitian selanjutnya terkait status fungsional dan kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai masukan bagi rumah sakit dalam peningkatan pelayanan keperawatan sebagai indikator mutu pelayanan rumah sakit serta sebagai masukan dan acuan bagi poli saraf dan poli rehabilitasi medik dalam memberikan pelayanan terbaik kepada pasien pasca stroke.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Stroke Iskemik**

##### **2.1.1 Definisi**

Stroke iskemik adalah kerusakan permanen dan kematian jaringan yang berlangsung secara tiba-tiba yang disebabkan oleh oklusi pembuluh darah fokal yang menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan glukosa ke otak dan kegagalan proses metabolisme di daerah yang terlibat (Price dan Wilson, 2006; Smeltzer dan Bare, 2001; Doengoes, 2000).

##### **2.1.2 Angka Kejadian**

Stroke menempati ranking nomor 5 di antara semua penyebab kematian, setelah penyakit jantung, kanker, penyakit pernapasan kronis, dan cedera/kecelakaan yang tidak disengaja. Secara global, pada 2013 ada 6,5 juta kematian akibat stroke, membuat stroke menjadi penyebab kematian kedua setelah penyakit jantung iskemik. Sekitar 795.000 orang mengalami stroke di Amerika Serikat setiap tahunnya. Rata-rata, setiap 40 detik, seseorang di Amerika Serikat mengalami stroke, dan rata-rata setiap 4 menit, seseorang meninggal karena stroke. Sekitar 60% kematian stroke terjadi di luar perawatan akut rumah sakit (Benjamin *et al.*, 2018).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, Angka kejadian stroke iskemik di Indonesia mencapai 10,9 per 1000 penduduk dan daerah yang memiliki prevalensi stroke tertinggi adalah Kalimantan Timur (14,7 per 1000 penduduk) dan yang terendah adalah Papua (4,1 per 1000 penduduk).

Berdasarkan usia, prevalensi stroke tertinggi adalah pada usia lebih dari 75 tahun sebanyak 50.2 permil, kemudian 65-74 tahun sebanyak 45.3 permil, 55-64 tahun sebanyak 32.4 permil, 45-54 tahun sebanyak 14.2 permil, 35-44 tahun sebanyak 3.7 permil dan usia kurang dari 35 tahun sebanyak 2 permil. Berdasarkan usia, prevalensi penyakit stroke pada laki-laki dan perempuan adalah seimbang, yaitu 11.0 pada laki-laki dan 10.9 per mil pada perempuan. Berdasarkan tingkat pendidikan, tidak/belum pernah sekolah memiliki prevalensi penyakit stroke tertinggi yaitu 21.2 permil, diikuti oleh tidak tamat SD/MI sebanyak 18.6, tamat SD/MI sebanyak 13,2, tamat D1/D2/D3/PT sebanyak 9.1, tamat SLTA/MA sebanyak 7.4 dan terkecil adalah tamat SLTP/MTS sebanyak 6.8 permil. Berdasarkan pekerjaan, tidak bekerja memiliki prevalensi penyakit stroke tertinggi yaitu 21.8 permil, diikuti oleh PNS/TNI/POLRI/BUMN/BUMD sebanyak 12.2 permil (Riskesdas, 2018)

### **2.1.3 Etiologi**

Menurut Giraldo (2007), penyebab stroke non hemoragik (stroke iskemik) adalah kematian suatu area otak yang disebabkan oleh tidak mencukupinya aliran darah dan oksigen ke otak akibat sumbatan arteri serebral. Stroke iskemik berdasarkan penyebab sumbatan arteri dibagi menjadi tiga yaitu stroke trombolitik, stroke embolik dan infark lakunar.

#### **a. Stroke trombosis**

Trombosis dapat terbentuk langsung pada arteri serebral atau pada arteri organ lain seperti jantung. Trombosis berawal dari suatu ateroma atau plag arteriosklerosis pada dinding arteri yang kemudian menstimulasi penumpukan material lemak. Plag arteriosklerosis yang membesar dapat

menyumbat lumen arteri. Proses ini diawali oleh cedera pada dinding arteri, kemudian monosit dan sel T teraktivasi menuju dinding arteri yang mengalami cedera. Kumpulan monosit menstimulasi penumpukan material lemak terutama kolesterol di dinding arteri. Saat bersamaan sel otot halus berpindah dari tunika media ke dinding terdalam arteri. Jaringan konektif dan elastik juga berakumulasi pada dinding arteri yang mengalami cedera. Kumpulan lemak, sel otot halus dan material deposit lainnya disebut ateroma atau plag arterosklerosis. Ateroma mempersempit lumen arteri dan memperlambat aliran darah sehingga terbentuk bekuan darah (trombosis). Bekuan darah yang cukup banyak akan menyumbat aliran darah melalui arteri yang sempit, sehingga area otak yang disuplai oleh arteri tersumbat ini mengalami infark (Jules dan Lam, 2012).

Trombus dapat terlepas dari dinding arteri kemudian terbawa aliran darah menuju sirkulasi otak (tromboemboli). Embolus ini dapat menyumbat arteri yang lebih kecil. Sumbatan arteri serebral menyebabkan berkurang atau hilangnya suplai darah menuju area distal otak yang diperdarahi, sehingga menyebabkan infark serebral (Price dan Wilson, 2006).

b. Stroke embolik

Emboli adalah benda asing yang berpindah melalui aliran darah dari satu arteri ke arteri lainnya. Emboli yang sering menyebabkan stroke iskemik adalah tromboemboli akibat dari atrial fibrilasi atau bekuan darah yang lepas dari dinding arteri. Bekuan darah yang lepas menjadi embolus akan mengikuti aliran darah. Embolus ini kemudian terhenti dan menyumbat salah satu arteri serebral sehingga menyebabkan sumbatan aliran darah ke

area distal otak. Sumbatan arteri serebral kemudian menyebabkan infark sel otak (Giraldo, 2007).

Beberapa kondisi yang dapat meningkatkan resiko pembentukan trombus adalah:

- 1) penyakit jantung seperti kerusakan katub jantung, aritmia dan atrial fibrilasi.
- 2) kelainan darah seperti kelebihan sel darah merah (polisitemia).
- 3) penggunaan kontrasepsi oral terutama estrogen dosis tinggi.

c. Infark lakunar

Infark lakunar salah satu arteri kecil terdalam di otak mengalami sumbatan akibat campuran lemak dan jaringan konektif. Infark lakunar beresiko terjadi pada lansia dengan diabetes dan hipertensi tak terkontrol. Pada infark lakunar hanya sebagian kecil otak yang mengalami kerusakan (Giraldo, 2007).

#### **2.1.4 Faktor Risiko**

Faktor risiko stroke dikelompokkan menjadi dua yaitu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi merupakan faktor yang dapat diubah, terdiri dari usia, jenis kelamin, faktor genetik atau keturunan, dan ras atau etnik, sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi merupakan faktor yang dapat dieliminasi sehingga risiko stroke menjadi lebih rendah bahkan dapat dihindari (Lingga, 2013). Faktor yang dapat dimodifikasi ini meliputi: hipertensi, Diabetes mellitus, dislipidemia, alkohol, kelainan anatomis, penyakit jantung, *Transient ischemic attack* (TIA), merokok,

kurangnya aktivitas fisik, pola diet, kontrasepsi oral, obesitas. Beberapa faktor risiko tambahan meliputi lipoprotein (a)/Lp (a), LDL yang teroksidasi, inflamasi dan infeksi serta hiperhomosisteinemia.

Stroke iskemik akan berisiko terjadi stroke ulang bila faktor risikonya tidak dikendalikan, misalnya pada dislipidemia, hasil penelitian yang dilakukan *The Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL)* tahun 2006, pada orang pasca stroke iskemik atau TIA dengan dislipidemia sekitar 13.1% mengalami kejadian stroke ulang. Autoregulasi serebral tidak efektif bila tekanan darah sistemik di bawah 50 mmHg dan di atas 160 mmHg (Le Mone dan Burkner, 2008). Pengontrolan tekanan darah yang adekuat dapat menurunkan serangan stroke sebesar 38% (Biller dan Love, 2000, dalam Black dan Hawks, 2009). Diabetes mellitus (DM) merupakan faktor risiko yang dapat meningkatkan kejadian stroke dan kematian setelah serangan stroke (Ignavicious dan Workman, 2006).

### **2.1.5 Patofisiologi**

Stroke iskemik adalah penyakit gangguan peredaran darah ke otak yang disebabkan oleh penyumbatan yang sangat membahayakan sel otak yang dialiri darah oleh arteri tersebut. Stroke iskemik terdapat penyumbatan dapat mengakibatkan terhentinya aliran darah ke otak sehingga menghentikan suplai oksigen, glukosa, dan nutrisi ke dalam sel otak. Bila aliran darah ke otak terhenti selama kurang dari satu menit, maka gejala yang terjadi dapat pulih. Apabila kekurangan oksigen berlanjut lebih dari beberapa menit, dapat menyebabkan nekrosis dan infark.

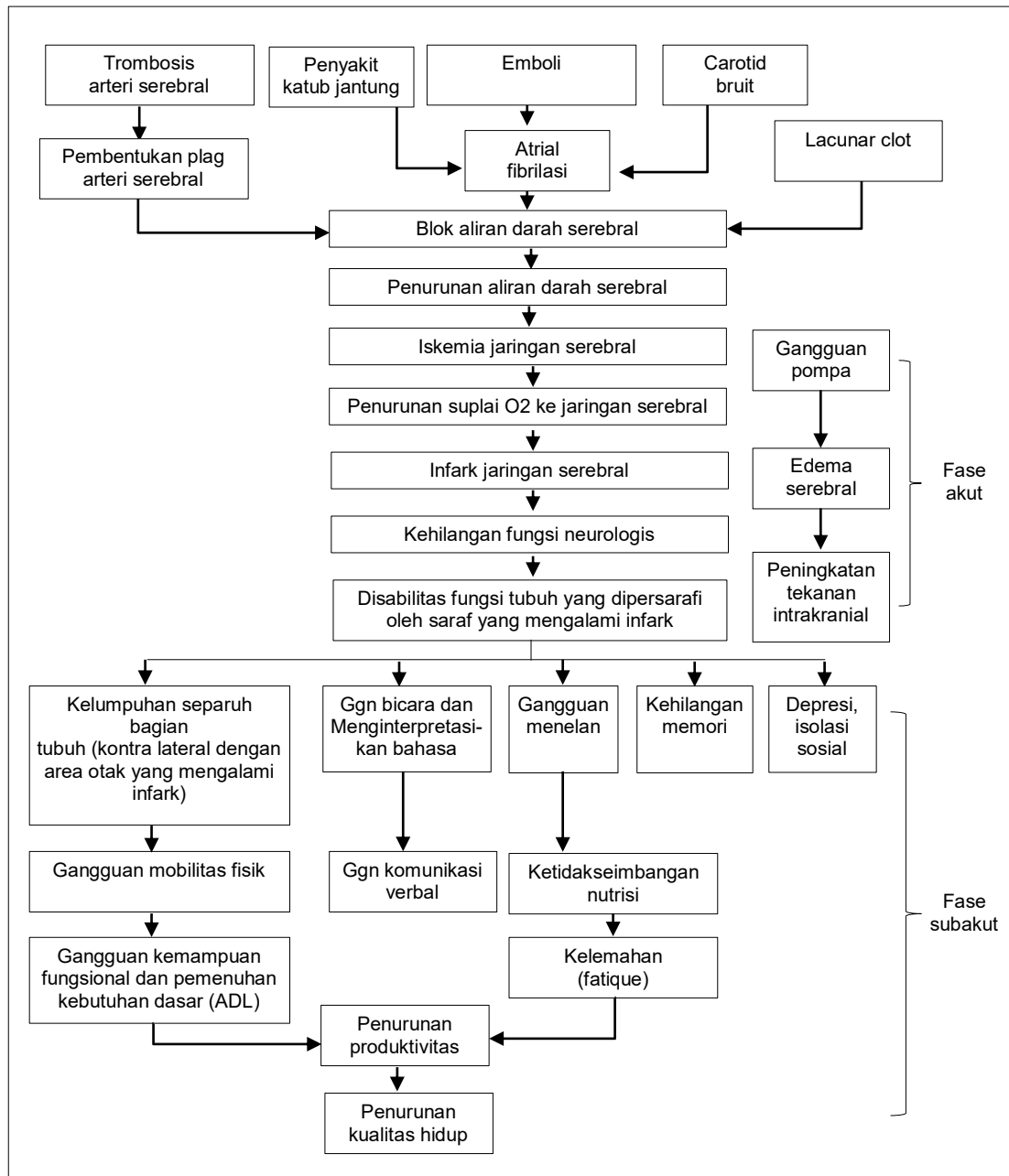
Stroke iskemik menyebabkan iskemia jaringan serebral yang tidak mendapatkan cukup aliran darah. Terhentinya aliran darah ke otak dalam beberapa menit menyebabkan infark jaringan serebral. Infark ini semakin diperberat dengan adanya peningkatan tekanan intra kranial yang terjadi akibat oedema serebral. Oedema terjadi akibat gangguan pompa natrium ( $\text{Na}^{++}$ ) dan kalium ( $\text{K}^+$ ) di tingkat seluler serebral (Black dan Hawk, 2009).

Iskemia serebral menyebabkan sel otak kehilangan kemampuan untuk menghasilkan energi sehingga sel otak berupaya meningkatkan konsentrasi kalsium intra sel. Sel otak yang mengalami iskemia kemudian melepaskan neurotransmitter glutamat dalam jumlah yang besar. Glutamat berikatan dengan reseptor *N-Metil-D-Aspartat* (NMDA) sehingga memicu aktifnya enzim *nitrat oksida sintetase* (NOS). Akibat kerja enzim ini maka terbentuk *molekul nitrat oksida* (NO). NO berfungsi meningkatkan vasodilatasi pada kondisi normal. Namun pada mekanisme ini terjadi efek negatif pada sel otak yaitu melemahkan *deoxiribo nucleat acid* (DNA) neuron. Hal ini menyebabkan aktifnya enzim *adenosin difosfat ribosa polimerase* (PARP). PARP berperan mengenali kerusakan pada untai DNA dan perbaikan DNA neuron dalam kondisi normal, tetapi pada kondisi ini PARP mempercepat eksitotoksisitas setelah iskemia serebral sehingga terjadi penurunan energi sel yang berat. Selanjutnya terjadi kematian sel otak dalam waktu beberapa menit (Price dan Wilson, 2006).

Infark jaringan serebral menyebabkan hilangnya fungsi neurologis. Gejala defisit neurologis yang dialami oleh pasien stroke berhubungan dengan lokasi infark. Defisit neurologis menyebabkan kerusakan fungsi tubuh yang dipersarafi oleh sel otak yang mengalami infark. Semakin luas area infark, maka akan



semakin berat defisit neurologis yang dialami oleh pasien stroke (Price dan Wilson, 2006).



Gambar 2.1. Patofisiologi stroke (Price dan Wilson, 2006; Black dan Hawk, 2009; Lewis, 2011)

### 2.1.6 Tanda dan Gejala

Manifestasi stroke sangat beragam, tergantung dari arteri serebral yang terkena dan luasnya kerusakan jaringan serebral. Manifestasi klinik yang sering terjadi diantaranya adalah kelemahan pada alat gerak, penurunan kesadaran, gangguan penglihatan, gangguan komunikasi, sakit kepala dan gangguan keseimbangan. Tanda dan gejala ini biasanya terjadi secara mendadak, fokal dan mengenai satu sisi bagian tubuh (Burker dan Le Mone, 2008).

Sebagian besar pasien pasca serangan stroke memiliki keterbatasan gerak, gangguan penglihatan, gangguan bicara dan gangguan kognitif. Selain aspek fisik ditemukan pula bahwa pasien pasca serangan stroke mengalami gangguan psikologis seperti depresi, cemas, ketakutan dan menarik diri dari kehidupan sosial (Burker dan Le Mone, 2008).

Stroke dapat menyebabkan berbagai gangguan neurologi, tergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya kurang dan jumlah aliran darah kolateral. Gambaran klinik utama dikaitkan dengan insufisiensi aliran darah ke otak dapat dihubungkan dengan tanda-tanda dan gejala-gejala di bawah ini, (Black dan Hawks, 2009):

- a. Vertebro basilaris (sirkulasi posterior, manifestasi biasanya bilateral); Kelemahan salah satu dari empat anggota tubuh, peningkatan reflex tendon, ataksia, tanda babinski bilateral, tanda-tanda sereblar, disfagia, disartria, *sincope*, stupor, koma, pusing, gangguan ingatan, gangguan penglihatan (diplopia, nistagmus, ptosis, paralisis gerakan satu mata), muka terasa baal.
- b. Arteri karotis interna (sirkulasi anterior, gejala-gejalanya biasanya unilateral). Lokasi lesi yang paling sering biasanya pada bifurkasio arteri

karotis komunis menjadi arteri karotis interna dan karotis eksterna. Berbagai sindroma, polanya tergantung dari jumlah sirkulasi kolateral; kebutaan *monocular*, disebabkan karena insufisiensi aliran darah arteri ke retina, terasa baal pada ekstremitas atas, dan mungkin juga menyerang wajah. Jika terjadi pada hemisfer yang dominan maka akan timbul gejala-gejala afasia ekspresif.

- c. Arteri serebri anterior, gejala yang paling primer adalah kebingungan; rasa kontralateral lebih besar pada tungkai. Lengan bagian proksimal mungkin ikut terserang. Timbul gerakan *volunteer* pada tungkai yang terganggu, gangguan sensori kontra lateral, dimensia, reflek mencekram dan reflek patologis (disfungsi lobus frontalis), arteri serebri posterior (dalam lobus otak tengah atau talamus); (koma, hemiparesis kontralateral, afasia visual atau buta kata (aleksia), kelumpuhan saraf kranial ketiga *hemianopia*, *koreoathetosis*, arteri serebri media, monoparesis atau hemiparesis kontralateral (biasanya mengenai lengan), kadang-kadang hemianopia kontralateral (kebutaan), afasia global (jika hemisfer dominan yang terkena) gangguan semua fungsi yang ada hubungannya dengan percakapan dan komunikasi, disfagia.

Menurut Black dan Hawks (2009) berdasarkan lokasinya gejala-gejala stroke terbagi menjadi berikut:

- a. Bagian sistem saraf pusat: Kelemahan otot (hemiplegia), kaku, menurunnya fungsi sensorik Batang otak, dimana terdapat 12 saraf kranial: menurun kemampuan membau, mengecap, mendengar, dan melihat parsial atau keseluruhan, refleks menurun, ekspresi wajah terganggu, pernafasan dan detak jantung terganggu, lidah lemah.

- b. Cerebral cortex: aphasia (kehilangan kemampuan memakai atau memahami kata-kata), aproksia (tidak mampu melaksanakan instruksiinstruksi), daya ingat menurun, kebingungan. Jika tanda-tanda dan gejala tersebut hilang dalam waktu 24 jam, dinyatakan sebagai *Transient Ischemic Attack* (TIA), dimana merupakan serangan kecil atau serangan awal stroke.

### 2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

1. *Computedtomography scanning* (CT-Scan)

*Computed tomography scanning* merupakan pemeriksaan yang sangat bermanfaat untuk menentukan letak lesi serebral, perdarahan dan oedem serebral. Pemeriksaan ini juga dapat membedakan antara lesi cerebrovaskuler dan lesi non vaskuler.

2. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

MRI dapat digunakan untuk membandingkan diagnosa stroke dengan diagnosa lainnya.

3. Elektro Kardio Grafi (EKG)

Pemeriksaan ini dapat membantu untuk menentukan adanya masalah kelistrikan jantung seperti atrial fibrilasi dan disritmia yang dapat menyebabkan terjadinya stroke.

4. Fungsi Lumbal

Fungsi lumbal dilakukan untuk mendeteksi adanya perdarahan pada ruang subarachnoid. Pemeriksaan ini dapat dilakukan jika tekanan intra kranial dalam kondisi stabil. Adanya darah dalam cairan serebrospinal menunjukkan adanya hemoragik subarakhnoid.

#### 5. Pemeriksaan laboratorium

Pada dasarnya tidak ada pemeriksaan laboratorium yang menjamin kepastian diagnosa stroke. Pemeriksaan yang lazim dilakukan adalah pemeriksaan hematokrit dan hemoglobin. Peningkatan hematokrit dan hemoglobin dapat memperberat oklusi pada arteri serebal. Pemeriksaan lainnya adalah pemeriksaan protrombin time sebagai dasar untuk memberikan terapi antikoagulan (Lewis, 2011).

#### **2.1.8 Gejala Sisa dan Perbaikan Status Fungsional Stroke**

Pasca stoke adalah masa dimana pasien stroke yang telah mengalami fase kritis stroke. Dampak yang dihasilkan dari stroke cukup beragam bergantung pada tingkat berat atau tidaknya serangan stroke yang terjadi. Pada beberapa sel otak kerusakan dapat bersifat sementara, tidak mengakibatkan kematian sel, hanya berkurangnya fungsi. Menurut Sustrani (2003), stroke berdampak pada perubahan-perubahan pada bagian kanan atau kiri otak, yaitu:

##### a. Perubahan mental

Stroke tidak selalu membuat mental penderita menjadi merosot dan beberapa perubahan biasanya bersifat sementara. Setelah stroke memang dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi intelektual lainnya. Semua hal tersebut dengan sendirinya mempengaruhi penderita. Marah, sedih, dan tidak berdaya seringkali menurunkan semangat hidupnya sehingga muncul dampak emosional yang lebih berbahaya. Ini terutama juga disebabkan kini penderita kehilangan kemampuankemampuan tertentu yang sebelumnya fasih dilakukan.

b. Gangguan komunikasi

Paling tidak seperempat dari semua pasien stroke mengalami gangguan komunikasi, yang berhubungan dengan mendengar, berbicara, membaca, menulis, dan bahkan bahasa isyarat dengan gerak tangan. Ketidak berdayaannya sangat membingungkan orang yang merawatnya.

c. Gangguan emosional

Pada umumnya pasien stroke tidak mampu mandiri lagi, sebagian besar kesulitan mengendalikan emosi. Penderita mudah takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan mental mereka. Penderitaan yang sangat umum pada pasien stroke adalah depresi. Depresi seperti ini dapat menghalangi penyembuhan atau rehabilitasi, bahkan dapat mengarah pada kematian akibat bunuh diri.

d. Kehilangan indera rasa

Pasien stroke mungkin kehilangan kemampuan indera merasakan (sensorik), yaitu rangsang sentuh atau jarak. Cacat sensorik dapat mengganggu kemampuan pasien mengenal benda yang sedang dipegangnya.

e. Lumpuh

Kelumpuhan sebelah bagian tubuh ( hemiplegia) adalah cacat yang paling umum akibat stroke. Bila stroke menyerang bagian kiri otak, maka terjadi hemiplegia bagian kanan. Kelumpuhan terjadi dari wajah bagian kanan hingga kaki sebelah kanan termasuk tenggorokan dan lidah. Bila dampaknya lebih ringan, biasa bagian yang terkena dirasakan tidak bertenaga (hemiparesis kanan). Bila yang terserang

adalah bagian kanan otak, yang terjadi adalah hemiplegia kiri dan yang lebih ringan disebut hemiparesis kiri. Bagaimanapun, pasien stroke hemiplegia atau hemiparesis akan mengalami kesulitan melaksanakan kegiatan sehari-hari seperti berjalan, berpakaian, makan, atau mengendalikan buang air besar atau kecil.

Kehilangan fungsi tubuh yang terjadi setelah stroke sering digambarkan sebagai impairments, disabilitas dan handicaps. WHO membuat batasan sebagai berikut (Caplan, 2006):

1. *Impairments*: menggambarkan hilangnya fungsi fisiologis, psikologis dan anatomis yang disebabkan stroke. Tindakan psikoterapi, fisioterapi, terapi okupasional ditujukan untuk menetapkan kelainan ini.
2. *Disability*: merupakan setiap hambatan, kehilangan kemampuan untuk berbuat sesuatu yang seharusnya mampu dilakukan orang yang sehat
3. *Handicaps*: merupakan halangan atau gangguan pada seorang penderita stroke untuk berperan sebagai manusia normal akibat impairments dan disabilitas.

Secara umum, perbaikan stroke digambarkan sebagai berikut: 10% penderita stroke mengalami pemulihan hampir sempurna, 25% pulih dengan kelemahan minimum, 40% mengalami pemulihan sedang sampai berat, 10% tidak membutuhkan perawatan khusus, tapi dirawat oleh perawat pribadi di rumah, 15% lainnya meninggal setelah stroke. (Chamorro A. *et al.*, 2007; American Thoracic Society, 2001).

Terdapat dua tipe perbaikan stroke yang mempengaruhi perilaku aktifitas kehidupan sehari-hari yaitu tingkat defisit neurologis dan tingkat fungsional. Perbaikan neurologis merujuk adanya peningkatan hubungan spesifik antara stroke dengan defisit neurologis seperti defisit motorik, sensorik, visual atau bahasa. Perbaikan fungsional merujuk adanya peningkatan pada aktifitas perawatan diri sendiri dan mobilitas yang dapat terjadi sebagai konsekuensi dari perbaikan neurologis. Perbaikan paling sering melibatkan beberapa kombinasi dari peningkatan neurologis dan fungsional (Dongoran, 2007).

Tindakan rehabilitasi stroke dapat dibedakan menjadi beberapa fase, yaitu:

1. Fase akut

Kondisi hemodinamik pasien belum stabil, umumnya dilakukan saat perawatan di rumah sakit yaitu di ruang gawat biasa ataupun di unit stroke. Rehabilitasi fase akut dilakukan pada 2 minggu pertama pasca serangan stroke. Program pada fase ini dijalankan oleh tim, biasanya dimulai aktif sesudah prosesnya stabil yaitu sesudah 24-72 jam sesudah serangan, kecuali terjadi perdarahan. Tujuan rehabilitasi fase akut ini yaitu untuk mempertahankan integritas kulit, mencegah pola postur, mencegah pemendekan otot dan kekakuan sendi, mengatasi gangguan fungsi menelan dan gangguan komunikasi, mencegah gangguan kardiorespirasi, mengatasi gangguan fungsi miksi dan defikasi, dan stimulasi multisensoris. Rehabilitasi fase akut yaitu meliputi manajemen disfagia, manajemen afasia, pencegahan pressure ulcer, pencegahan jatuh, pencegahan nyeri dan deprivasi sensori, dan pencegahan nyeri serta *Deep Vein Thrombosis* (DVT) (Wirawan, 2009).



## 2. Fase subakut

Kondisi hemodinamik pasien pada fase subakut umumnya sudah stabil dan diperbolehkan untuk kembali ke rumah, kecuali pasien yang memerlukan penanganan rehabilitatif yang intensif. Pada fase ini rehabilitasi dilakukan antara 2 minggu sampai dengan 6 bulan pada pasca stroke. Tim rehabilitasi disini berusaha mencegah timbulnya hemiplegic posture dengan cara pengaturan posisi dan stimulasi sesuai kondisi klien. Tujuan rehabilitasi pada fase subakut yaitu untuk mengoptimalkan pemulihan neurologis dan reorganisasi saraf, melanjutkan terapi fase akut, terapi latihan dan terapi kelompok untuk meningkatkan kualitas hidup dan konsep diri, konseling manajemen diri dan emosi, serta konseling terapi seksual sebagai dampak disabilitas. Latihan pada fase subakut ini yaitu meliputi latihan berdiri dan berjalan, latihan ketahanan (berlatih melempar bola masuk kekeranjang, main catur, *bowling* kecil, dan mengayuh sepeda statik), terapi kognitif, latihan mengeja dan berbicara, dan terapi latihan dengan modalitas seperti *electrical stimulation* (Wirawan, 2009).

## 3. Fase kronis

Program latihan atau rehabilitasi untuk fase kronis berlangsung diatas 6 bulan pasca stroke. Latihan yang dilakukan yaitu latihan endurans dan penguatan otot yang dilakukan bertahap dan terus ditingkatkan sampai pasien dapat mencapai aktivitas aktif yang optimal. Tujuan dari program latihan fase kronis ini yaitu untuk mengoptimalkan kemampuan fungsional pasien, mempertahankan kemampuan fungsional yang telah dicapai, mengoptimalkan kualitas hidup pasien, dan mencegah komplikasi. Latihan fase kronis yaitu meliputi *Locomotor Training Program*

yang terdiri dari latihan berjalan di treadmill dan *Home Exercise Program* yang terdiri dari latihan kekuatan, latihan keseimbangan, latihan berjalan setiap hari (Wirawan, 2009).

Serangan stroke juga menyebabkan berbagai gejala sisa akibat gangguan persyarafan yang berlangsung dalam waktu lama. Penelitian menunjukkan 35% pasien paska stroke dengan paralisis tidak mendapatkan fungsi normalnya kembali, 20-25% pasien tidak dapat berjalan tanpa bantuan fisik enam bulan setelah serangan stroke dan sekitar 65% pasien tidak dapat menggunakan tangan yang lemah untuk beraktivitas (Dobkin, 2005). Pasien yang selamat dari serangan stroke hampir semua mengalami keterbatasan fisik pada tiga bulan pertama setelah serangan. Pengukuran kemampuan fungsional tidak menunjukkan perkembangan yang signifikan pada 3-4 bulan setelah stroke dan hanya 25% pasien kembali normal (Dobkin, 2005)..

## **2.2 Status Fungsional**

### **2.2.1 Definisi**

*Guide to Physical Therapist Practice* mendefinisikan fungsi sebagai aktivitas oleh individu sebagai dukungan fisik, sosial, dan psikologi yang penting guna menciptakan kehidupan. Jika dihubungkan ke ke pera dan aktivitas seseorang, istilah fungsi dideskripsikan sebagai tingkah anggota tubuh atau seseorang secara utuh. WHO menjelaskan bahwa kesehatan adalah kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kecacatan. Dengan demikian, tanpa kemampuan fungsional akan sulit bagi seseorang melengkapi kesejahteraan fisik, mental, dan sosialnya (Donna, 2012).

Berdasarkan model oleh *International Classification of Functioning, Disability, and Health* (ICF), seberapa baik seseorang berfungsi dan berpartisipasi dalam peran sosial dipengaruhi oleh kondisi kesehatan seseorang, fungsi dan struktur tubuh, dan faktor-faktor personal dan lingkungan. Fungsi tubuh mencerminkan proses-proses fisiologi yang mendukung kesehatan dan kemampuan seseorang untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang penting untuknya. Struktur tubuh mencerminkan aspek anatominya. Selain itu, faktor-faktor lain meliputi faktor-faktor personal-lingkungan seperti jenis kelamin, usia, gaya hidup, latar belakang sosial, budaya, dan yang lainnya juga berpengaruh terhadap kesehatan, kemampuan fungsional dan partisipasi seseorang (Donna, 2012).

Status kesehatan seseorang dapat diukur dari tiga arena utama yaitu manifestasi fisik (ketegangan otot, suhu tubuh, tekanan darah, dan edema), gejala yang dilaporkan oleh klien, dan status fungsional. Status fungsional adalah nilai seberapa baik pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari. Penyakit dan cedera dapat mempengaruhi status kesehatan dan mengurangi kemampuan seseorang untuk berfungsi. Kemampuan berfungsi yang berkurang ini umumnya disebut dengan disabilitas (Donna, 2012).

Aktivitas fungsional dapat dikelompokkan bersama ke dalam kategori atau domain. Domain dari fungsi ini terdiri dari domain biofisik, domain psikologi, dan domain sosiokultural. Domain biofisik termasuk kemampuan sensorimotorik yang memerlukan tindakan sehari-hari, misalnya berpakaian, ambulasi, mempertahankan *personal hygiene*, dan memasak. Domain psikologi dipengaruhi oleh aktivitas intelektual. Motivasi, konsentrasi, penyelesaian masalah, dan keadilan merupakan faktor-faktor yang berkontribusi dalam fungsi

psikological sebagai fungsi yang baik dimana seseorang mengatasi stress yang dialaminya setiap hari. Domain psikologikal juga mempengaruhi bagaimana menerima kemampuan untuk berfungsi, misalnya ansietas, depresi, emosional, kesadaran diri, dan harga diri mempengaruhi fungsi afektif. Domain sosial budaya berhubungan dengan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain dan memenuhi peran dan kewajiban sosial. Ketiga domain fungsi saling terkait dan saling bergantung dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (Donna, 2012).

Berdasarkan definisi yang telah dijelaskan diatas dapat disimpulkan bahwa status fungsional merupakan suatu kemampuan individu untuk menggunakan kapasitas fungsional yang dimilikinya untuk melaksanakan aktivitas fisik, perawatan diri, pemeliharaan dan kewajiban untuk dapat berinteraksi dengan orang lain, sehingga dapat meningkatkan kesehatan individu.

### **2.2.2 Fungsi Fisik Pasien Stroke**

Fungsi adalah penghubung antara gerakan fisik dan konteks lingkungan. Agar bisa menjadi fungsional, maka dibutuhkan tempat di mana objek tersebut bergerak. Manusia menggunakan gerakan setiap saat sebagai bentuk interaksi dengan lingkungannya. Gerakan terarah adalah penting bagi individu untuk bertahan, beradaptasi, dan belajar dalam lingkungan. Ketika gerakan seseorang terhambat, maka akan berkurangnya tantangan dalam aktivitas sehari-hari sehingga jika gerakan menjadi kurang efisien, maka individu akan menghadapi ketidakbebasan fungsional. Karena fungsi fisik yang terhambat, maka dibutuhkan tenaga profesional kesehatan sebagai pertolongan.

Terapi fisik dan okupasi sering terfokus pada peningkatan fungsi fisik dan memaksimalkan kemampuan individu untuk berpartisipasi dalam peran kehidupan. Peningkatan fungsi fisik juga bisa sebagai pengaruh positif pada fungsi psikologikal dan sosiokultural. Setelah terapis mengidentifikasi batasan partisipasi dasar dan aktivitas klien, pengkajian tambahan terhadap sensori, sistem jantung-paru, neurologis, atau sistem muskuloskeletal bisa dilakukan untuk mengidentifikasi kerusakan yang mengganggu fungsi fisik. Kerusakan tersebut dapat berupa perubahan anatomis atau fisiologis seperti batasan *range of motion* atau berkurangnya kekuatan (Donna, 2012).

Dalam rehaebilitasi medis, istilah fungsi merujuk pada kemampuan/ketrampilan seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari, aktivitas hiburan atau hobi, pekerjaan, interaksi sosial dan perilaku lain yang dibutuhkan. Aktivitas sehari-hari seseorang tentu sangat luas, individu yang satu berbeda dengan individu lain. Aktivitas sehari-hari yang perlu dinilai adalah kemampuan dasar dalam melakukan aktivitas perawatan diri sendiri yaitu makan-minum, mandi, berpakaian, berhias, menggunakan toilet, kontrol buang air kecil dan besar, berpindah tempat (transfer), mobilitas-jalan, dan menggunakan tangga (Donna, 2012).

### **2.2.3 Status fungsional pasien stroke**

Ketergantungan status fungsional sering menjadi permasalahan pada pasien stroke. Faktor-faktor yang mempengaruhi status fungsional pada pasien stroke menurut Junaidi (2011) antara lain jenis stroke, komplikasi penyakit, dan usia. Ropyanto (2011) menambahkan faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi status fungsional, yaitu motivasi, sistem support, kelelahan, kepercayaan diri,

nyeri yang dirasakan, jenis stroke, usia perkembangan, dan jenis ketergantungan yang dialami.

Abraham Maslow menjelaskan lima hirarki kebutuhan dasar manusia (*five hierarchy of needs*), yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan keselamatan dan keamanan, kebutuhan mencintai dan dicintai, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Menjelaskan bahwa kebutuhan yang sangat primer yang dibutuhkan oleh manusia adalah kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang sangat utama yang harus dipenuhi untuk memelihara homeostatis biologis dan kelangsungan kehidupan bagi setiap manusia, dan apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka akan mempengaruhi kebutuhan lain. Jadi, kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan syarat yang harus dipenuhi oleh setiap manusia (Asmadi, 2008).

Status fungsional atau yang lebih dikenal dengan kemampuan fungsional merupakan salah satu bagian dalam kebutuhan fisiologis dalam kehidupan manusia. Status fungsional atau kemampuan fungsional pada pasien stroke berada pada tahap terendah dari sebelumnya. Perawat dan keluarga mempunyai tugas yang sangat penting untuk memfasilitasi kemampuan fungsional pasien stroke. Pasien stroke pada umumnya cenderung memerlukan bantuan orang disekitarnya untuk dapat beraktivitas dan melakukan perawatan diri, seperti mandi, *toileting*, makan, minum, mengenakan pakaian, berhias, kebersihan diri, berjalan maupun berpindah tempat (Junaidi, 2011).

Pasien stroke yang mengalami kelumpuhan disalah satu atau kedua anggota ekstremitas atas (tangan) pasti mengalami kesulitan dalam hal kebutuhan fisiologis, makan. Gangguan makan pada pasien stroke tidak hanya dapat berakibat pada sistem pencernaan dan energinya tetapi dapat berakibat

juga dengan penurunan konsentrasi atau penurunan kognitif pasien. Orang terdekat pasien seperti perawat maupun keluarga harus memperhatikan gizi yang terkandung dalam makanan pasien, maupun diet yang disarankan oleh dokter pada pasien stroke (Sutrisno, 2007).

Mandi juga merupakan kebutuhan fisiologis yang harus didapat oleh pasien stroke. Pasien stroke yang mengalami ketergantungan sedang hingga ketergantungan total mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan mandi. Mandi merupakan praktik menjaga kebersihan tubuh dengan menggunakan agen pembersih seperti sabun, shampo, air, odol, penyikat gigi, dan shower puff digunakan untuk membersihkan tubuh dari kotoran, keringat, dan mikroorganisme seperti bakteri dan jamur yang dapat menempel di kulit (Ropyanto, 2011).

Berpakaian dan berhias juga merupakan salah satu perawatan diri yang perlu dilakukan pada pasien stroke. Penggunaan celana dan baju dapat dipakai dengan mengenakannya pada bagian ekstremitas yang sakit terlebih dahulu dan melepaskannya dari ekstremitas yang sehat. Orang terdekat seperti keluarga dan perawat dapat membantu terpenuhinya kebutuhan mandi, berpakaian, dan berhias pada pasien stroke, sehingga pasien stroke dapat terawat, rapi, dan bersih walaupun dalam keterbatasan fisik yang dialami (Ropyanto, 2011).

Kebutuhan fisiologis seperti eliminasi urin BAK dan BAB atau aktivitas *toileting* pada pasien stroke dapat dibantu oleh perawat maupun keluarga. Namun, apabila pasien stroke masih dalam kategori ketergantungan ringan hingga sedang, yang masih memungkinkan pasien untuk beraktivitas *toileting* mandiri dapat dilakukan tanpa bantuan. Pasien stroke yang mengalami kelumpuhan tubuh akan mengalami kesulitan dalam aktivitas *toileting* karena

minimnya gerakan tubuh yang dilakukan sehingga dapat menyebabkan konstipasi pada pasien. Hal ini menyarankan perawat maupun keluarga untuk dapat memastikan diberikannya makanan yang bergizi dengan serat yang tinggi untuk membantu memperlancar eliminasi (Ropyanto, 2011).

Mobilitas atau pergerakan (berpindah) pada pasien stroke perlu dilakukan secara teratur. Dalam hal ini perawat maupun keluarga harus dapat memotivasi dan memberikan semangat pada pasien untuk melakukan pergerakan, agar dapat melatih kemampuan fungsi tubuh. Keteraturan dalam mengikuti fisioterapi perlu diperhatikan untuk dapat meningkatkan status fungsi tubuh pasien, namun tidak langsung diperoleh secara instan, tetapi diperoleh secara perlahan dan dibutuhkan kesabaran (Ropyanto, 2011).

Status fungsional pada pasien stroke dapat diukur salah satunya adalah dengan menggunakan Indeks Barthel sebagai instrumen untuk mengukur kategori ketergantungan kemampuan fungsi yang dialami. Indeks Barthel merupakan instrumen pengukuran status fungsional yang digunakan pada dewasa yang sedang dalam perawatan klinis maupun dalam area rehabilitasi (Loretz, 2005 dalam Ropyanto, 2011). Indeks Barthel ini merupakan skala yang dinilai berdasarkan observasi oleh tenaga kesehatan, dapat diambil dari catatan medis pasien, maupun pengamatan langsung. Domain dalam instrumen ini meliputi makan, berpindah tempat, kebersihan diri, aktivitas *toileting* seperti mengontrol defekasi dan berkemih, mandi, makan, berjalan di jalan datar, naik turun tangga, dan berpakaian (Mahoney dan Barthel, 1996) .



#### 2.2.4 Jenis-jenis pengukuran status fungsional

Komponen pengkajian fungsional meliputi penglihatan dan pendengaran, mobilitas, kontinensia, nutrisi, status mental (kognisi dan afektif), lingkungan rumah, dukungan sosial, serta ADL (*Activities Daily Living*) dan IADL (*Instrumental ADL*). ADL dilihat dari aktivitas dasar seperti berpindah, ambulasi, mandi, *toileting*, nutrisi, dll. IADL merupakan kebutuhan lebih kompleks yang merupakan kombinasi fungsi mental dan fisik seperti penggunaan telepon, mempersiapkan makan, mengatur transportasi, serta mengatur pengeluaran. Instrumen pengukuran status fungsional sangat beragam antara lain: *Index of Independent in Activities of Daily Living (ADL)*, *The Barthel Index*, *The Physical Self-Maintenance Scale*, *A Rapid Disability Rating Scale*, *Stanford Health Assessment Questionnaire*, dan *FIM Instrument* (Loretz, 2005).

*The Index of Independence in Activities of Daily Livings* didesain untuk mengkaji fungsi fisik pada lansia dan pasien dengan penyakit kronis. Instrumen ini digunakan sebagai indikator penyakit kronik berat dan evaluasi dari tindakan. Rating dikotomi pada enam fungsi ADL yang meliputi: mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah dari tempat tidur ke kursi, kontinensia, dan makan, serta memiliki tiga kategori skala independen.

*Barthel Index* digunakan untuk mengkaji kemandirian fungsional pada domain perawatan personal dan mobilitas. Instrumen didesain untuk memonitor penampilan pada pasien kronis atau fase rehabilitasi. Instrumen juga digunakan untuk memprediksi lama waktu hari rawat dan indikasi sejumlah kebutuhan perawatan. Barthel Index telah dikembangkan sejak tahun 1965 kemudian dimodifikasi oleh Grager *et al.* sebagai suatu teknik yang menilai pengukuran performansi pasien dalam 10 aktifitas hidup sehari-hari yang dikelompokkan ke

dalam 2 kategori yaitu (Sulter *et al.*, 1999): kategori yang berhubungan dengan self care antara lain makan, membersihkan diri, mandi, berpakaian, perawatan buang air besar dan buang air kecil, dan penggunaan toilet, dan kategori yang berhubungan dengan morbiditas antara lain berjalan, berpindah tempat, dan menaiki tangga. Skor maksimum BI adalah 100, yang menunjukkan bahwa fungsi fisik pasien benar-benar tanpa bantuan, dan nilai terendah adalah 0 yang menunjukkan ketergantungan total (Yueniwati, 2014; Loretz, 2005).

*The Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)* terdiri dari enam item dari *self-care* yang didesain untuk mengukur yang digunakan dalam perencanaan dan evaluasi tindakan pada lansia yang tinggal di komunitas atau institusi. Skala berdasarkan teori perilaku manusia dimana hirarki yang kompleks, seperti pendekatan *Katz Index*. Hirarki berasal dari kesehatan fisik yang terdiri dari *self-maintenance* ADL dan IADL, kognisi, penggunaan waktu, dan interaksi sosial (Loretz, 2005).

*The Rapid Disability Rating Scale (RDRS)* mengandung 16 item berdasarkan penilaian tenaga medis dengan tiga skala yaitu: tidak mengalami kerusakan atau tidak membutuhkan pertolongan khusus; kerusakan moderat atau membutuhkan asisten; serta substansial atau kerusakan lengkap atau asisten pengganti. Skala dikembangkan sebagai instrumen penelitian untuk menyimpulkan kapasitas fungsional dan status mental pada pasien lansia di rumah sakit dan komunitas (Loretz, 2005).

*The Stanford Health Assessment Questionnaire* mengukur tingkat kesulitan dalam melakukan ADL. Instrumen didesain untuk pengkajian klinik pada arthritis tetapi dapat digunakan pada penelitian untuk evaluasi perawatan. Kuisisioner berdasarkan model hirarki dengan mempertimbangkan efek dari

penyakit seperti kematian, ketidak mampuan, efek samping terapi, dan biaya kesehatan. Dimensi kematian tergantung dari dua subdimensi: masalah atas atau bawah anggota badan untuk dimensi ketidakmampuan serta masalah fisik dan psikologis sebagai dimensi ketidaknyamanan. Skala pengukuran terdiri dari 20 item pada fungsi sehari-hari sampai minggu terakhir yaitu: berpakaian dan merawat diri, naik tangga, makan, jalan, kebersihan, jangkauan, pegangan, dan aktivitas luar ruangan (Loretz, 2005).

*Functional Independent Measure* mengkaji ketidak mampuan fisik dan kognitif dalam keperawatan. Instrumen digunakan untuk memonitor kemajuan pasien dan mengkaji hasil akhir pada rehabilitasi. FIM terdiri dari 18 item pertanyaan meliputi kemandirian dalam *self-care*, kontrol *sphincter*, mobilitas, daya gerak, komunikasi, dan kognisi sosial. FIM bukan instrumen komprehensif tetapi sebagai indikator dasar yang berfokus level ketidakmampuan sebagai indikasi kebutuhan akan asisten untuk melakukan ADL (Loretz, 2005).

*Modified Rankin Scale*, yaitu skala lebih mengukur performansi aktivitas spesifik, dalam hal ini mental. Demikian juga adaptasi fisik digabungkan dengan defisit neurologi. Skala ini terdiri dari 6 derajat, yaitu 0 yang berarti tidak ada gejala, 5 yang berarti cacat atau ketidakmampuan yang berat dan 6 yang berarti kematian. Skala ini lebih sensitif untuk penilaian pada penderita dengan disabilitas ringan dan sedang (Yueniwati, 2014; Loretz, 2005).

### **2.2.5 Pengukuran status fungsional pasien stroke**

Pada berbagai penelitian klinis, skala *Barthel Index* dan *Modified Rankin Scale* umumnya digunakan untuk menilai *outcome* karena mudah digunakan. (Sulter *et al.*, 1999). Dalam uji klinik *Barthel Index (BI)* dan *Modified Rankin Scale*

merupakan skala yang sering digunakan untuk menilai outcome dan merupakan pengukuran yang dapat dipercaya. Pengukuran tersebut memberikan penilaian yang lebih objektif terhadap pemulihan fungsional setelah stroke (Sulter *et al.*, 1999). Begitu pula menurut Exel (2004) dalam penelitiannya tentang hubungan status fungsional dan kualitas hidup pasien stroke, *Barthel Index* atau *Rankin Scale* digunakan pada sebagian besar intervensi pasien stroke untuk mengukur status fungsional karena pengukuran tersebut lebih sensitif terhadap perbedaan atau perubahan status kesehatan individu dengan penyakit tertentu.

### **2.3 Kualitas hidup**

Teori *Health-Related Quality of Life* (HRQOL) dapat digunakan untuk menjelaskan hubungan status fungsional terhadap kualitas hidup pasien paska stroke. Berikut ini penjelasan tentang teori HRQOL.

#### **2.3.1 Definisi**

Beberapa definisi berdasarkan model HRQOL, yaitu (Peterson dan Bredow, 2004):

1. HRQOL adalah bagian dari kualitas hidup yang merepresentasikan perasaan, sikap atau kemampuan untuk mencapai kepuasan dalam domain kehidupan sebagai kepentingan personal yang terganggu akibat proses penyakit atau defisit fungsi kesehatan.
2. Domain kehidupan adalah komponen dasar dari kualitas hidup terkait kesehatan (HRQOL) yang mengacu pada aspek spesifik dari kehidupan yaitu fisik, psikologis, sosial, fungsi peran dan spiritual.
3. Intervensi keperawatan adalah intervensi keperawatan spesifik yang ditujukan kepada individu yang mengalami defisit dalam domain

kehidupan atau berpotensi mengganggu kualitas hidup terkait kesehatan. Intervensi keperawatan tidak termasuk dalam komponen HRQOL, namun merupakan intervensi yang diberikan untuk meningkatkan HRQOL.

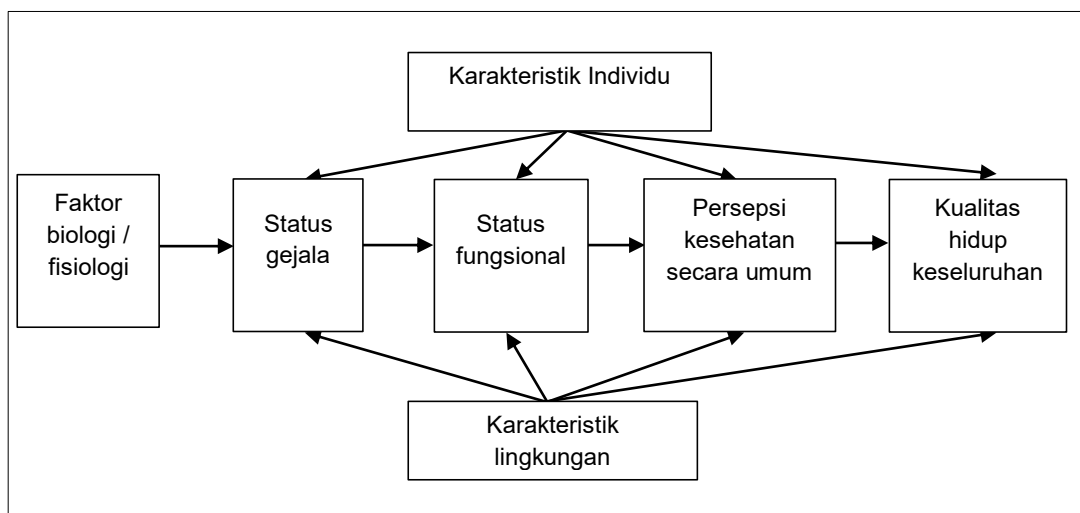
4. Kepuasan yang disadari individu adalah komponen dasar HRQOL yang mengacu pada perasaan individu tentang kesejahteraan yang berhubungan dengan domain kehidupan yang relevan ketika intervensi keperawatan diberikan.

Teori HRQOL dikembangkan sebagai suatu teori spesifik yang menjelaskan beberapa dimensi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan. HRQOL adalah suatu teori multidimensional yang dapat diterapkan pada beberapa area keperawatan (Peterson dan Bredow, 2004). Beberapa ahli menggunakan istilah "status kesehatan subjektif" untuk menjelaskan tentang HRQOL, sehingga terlihat lebih akurat untuk menggambarkan fenomena.

Model HRQOL dikembangkan oleh Wilson dan Cleary (1995). Model ini menjelaskan tentang hubungan antara konsep-konsep dasar dari kualitas hidup terkait kesehatan. Model ini menjelaskan lima faktor yang disusun sebagai suatu variabel kontinum menyangkut aspek biologi, psikologi dan sosial. Tingkatan faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup ini dibuat berdasarkan taksonomi yang terdiri dari faktor biologi atau fisiologi, status gejala, status fungsional, persepsi kesehatan secara umum dan kualitas hidup secara keseluruhan. Kelima faktor ini dipengaruhi oleh karakteristik individu dan karakteristik lingkungan.

Teori HRQOL dapat digunakan sebagai kerangka teori untuk menjelaskan mekanisme peningkatan kualitas hidup pada pasien paska stroke. Pasien paska

stroke dengan berbagai disabilitas fisik dan masalah psikologis umumnya mengalami penurunan produktifitas dan kualitas hidup. Faktor penentu kualitas hidup yang dijelaskan dalam teori ini dapat digunakan untuk menjelaskan berbagai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien paska stroke. Berikut skema yang menjelaskan hubungan kausal antar faktor penentu kualitas hidup serta karakteristik individu dan lingkungan dalam model HRQOL:



Gambar 2.3. Model health related quality of life (Peterson dan Bredow, 2004)

Berikut penjelasan setiap komponen dalam model HRQOL:

#### 1. Faktor biologi atau fisiologi

Faktor biologi atau fisiologi merujuk pada perubahan fungsi sel, organ, jaringan dan sistem organ. Faktor ini dikaji melalui pemeriksaan diagnostik, dapat berupa pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan sel darah atau hormon, pemeriksaan fungsi tubuh dan pemeriksaan fisik general. Pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan adanya perubahan biologi dan fisiologi yang berpotensi

mempengaruhi HRQOL. Pada pasien paska stroke, faktor biologi atau fisiologi merujuk pada defisit fungsi persarafan yang menyebabkan berbagai disabilitas fisik.

## 2. Status gejala

Gejala adalah keluhan subjektif yang dirasakan oleh pasien terkait dengan kondisi kesehatannya. Gejala menyangkut perubahan status fisik dan psikologi sehingga individu dikatakan abnormal. Berdasarkan skema model HRQOL, perkembangan gejala sebagai akibat hubungan atau pengaruh dari variabel biologi atau fisiologi. Pada suatu waktu gangguan fungsi tubuh (proses patologi) terjadi tanpa gejala, diwaktu yang lain gejala akut akan muncul tanpa suatu perubahan status fisiologis yang terlihat.

Berdasarkan kedua kondisi ini, banyak yang tidak diketahui tentang hubungan antara faktor biologi atau fisiologi dengan status gejala. Terdapat faktor lain selain faktor biologi atau fisiologi yang menentukan gejala yang dialami oleh individu. Faktor budaya dan demografi akan memengaruhi bagaimana respon individu terhadap kesehatan. Pada pasien paska stroke, status gejala terjadi akibat gangguan fungsi persarafan. Gejala yang dialami pasien antara lain hemiparese atau hemiplegia, afasia, disartria, gangguan menelan, gangguan penglihatan dan gangguan memori.

## 3. Status fungsional

Status fungsional dapat didefinisikan sebagai kemampuan untuk melakukan tugas spesifik. Status gejala adalah suatu faktor penting yang mempengaruhi status fungsional (Peterson dan Bredow, 2004).

Kemampuan individu dalam melaksanakan tugas spesifik dipengaruhi oleh gejala yang dialaminya, semakin berat suatu gejala maka akan semakin berkurang kemampuan fungsional individu. Pada pasien paska stroke, derajat disabilitas fisik berhubungan dengan kemampuan fungsional pasien. Semakin berat kondisi disabilitas fisik maka akan semakin berkurang kemampuan fungsional pasien.

Banyak individu yang tidak menunjukkan gejala namun mengalami penurunan status fungsional. Terdapat faktor lain yang mempengaruhi status fungsional, yaitu kualitas individu (seperti emosi), faktor sosial (seperti dukungan keluarga) dan karakteristik lingkungan (seperti gambaran fisik rumah dan lingkungan rumah). Peterson dan Bredow (2004) menjelaskan terdapat empat dimensi status fungsional, yaitu:

a. Fisik

Dimensi fisik mencakup faktor kekuatan atau kemampuan fisik dan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur.

b. Sosial

Dimensi sosial mencakup fungsi individu dalam menjalin hubungan dengan teman, keluarga, tetangga atau masyarakat di sekitarnya.

c. Peran

Dimensi peran adalah fungsi peran individu dalam keluarga, misalnya sebagai orang tua atau sebagai pekerja atau pencari nafkah bagi keluarga.

d. Psikologi



Beberapa ahli lain mengidentifikasi dan memasukkan dimensi spiritual sebagai tambahan, sehingga menjadi lima dimensi status fungsional yang menentukan kualitas hidup individu secara keseluruhan.

#### 4. Persepsi kesehatan secara umum

Komponen berikutnya dalam model HRQOL adalah persepsi kesehatan secara umum. Persepsi kesehatan secara umum menggambarkan integrasi dan ekspresi subjektif individu terhadap faktor gejala dan status fungsionalnya. Persepsi kesehatan secara umum dipengaruhi oleh kemampuan individu melakukan tugas spesifik, karakteristik individu dan karakteristik lingkungan. Berkurangnya status fungsional cenderung menyebabkan persepsi individu yang negatif terhadap kesehatannya secara umum. Persepsi kesehatan secara umum juga merupakan faktor penentu perilaku sehat sehingga mempengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan (Peterson dan Bredow, 2004).

Pada pasien paska stroke, disabilitas fisik menyebabkan penurunan kemampuan melakukan tugas spesifik sehingga akan menurunkan persepsi kesehatan secara umum. Dalam rangka meningkatkan persepsi kesehatan diperlukan upaya untuk menurunkan disabilitas fisik

#### 5. Kualitas hidup secara keseluruhan

Kualitas hidup secara keseluruhan merujuk pada ekspresi subjektif individu terhadap gejala yang dialami dan kemampuannya melakukan tugas spesifik dalam kehidupan.

## 6. Karakteristik Individu dan Lingkungan

Karakteristik individu dan lingkungan berpengaruh terhadap semua komponen dalam model HRQOL, tetapi pengaruh paling besar adalah terhadap persepsi kesehatan dan kualitas hidup secara keseluruhan. Karakteristik pasien paska stroke seperti usia, pengalaman sakit dimasa lalu, pekerjaan dan status sosial ekonomi mempengaruhi mekanisme coping dan persepsi kesehatan secara umum termasuk kondisi disabilitas yang dialaminya. Pasien stroke dalam usia produktif akan merasakan disabilitas fisik sebagai sesuatu yang berpengaruh besar terhadap kesehatannya. Karakteristik lingkungan seperti lingkungan rumah, dukungan keluarga dan dukungan kelompok atau komunitas juga mempengaruhi coping pasien terhadap masalah sehingga mempengaruhi persepsi kesehatan dan kualitas hidup secara umum (Peterson dan Bredow, 2004).

### 2.3.2 Instrumen Kualitas Hidup

Secara garis besar instrumen untuk mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat dibagi menjadi dua macam, yaitu instrumen umum (*generic scale*) dan instrumen khusus (*specific scale*). Instrumen umum ialah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronik. Instrumen ini digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekuatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita.

Skala pada instrumen umum memiliki beberapa keterbatasan pada stroke: 1) Keterbatasan validitas isi, karena area spesifik stroke yang relevan

dengan pasien stroke mungkin tidak tercakup (hemiparesis, visi, bahasa, konsentrasi dan memori). 2) Nilai yang terbatas dalam mengkaji intervensi stroke karena mereka kurang tanggap terhadap perubahan HRQOL. Meskipun *Short Form 36* (SF-36) adalah yang paling banyak digunakan pada penderita stroke, ia memiliki keterbatasan pada beberapa domain. Domain SF-36 pada fungsi fisik memiliki efek dasar yang luas, dan domain SF-36 pada fungsi sosial telah terbukti tidak mampu untuk melihat tingkat dari fungsi sosial pada pasien stroke karena karena terbatasnya jumlah pertanyaan (2 item) (Carod-Artal dan Egido, 2009).

Instrumen khusus untuk menilai HRQOL pada pasien stroke berisi item tambahan untuk menilai domain yang relevan dengan pasien stroke dan anggota keluarga, seperti penglihatan atau gangguan bahasa. Pada tahun-tahun terakhir, beberapa instrumen khusus untuk menilai skala HRQOL telah dikembangkan. Salah satu instrumen yang banyak digunakan adalah *The Stroke-Specific Quality of Life* (SS-QoL). Presisi, akseptabilitas, validitas, reliabilitas dan responsif terhadap perubahan dari waktu ke waktu cukup memadai (Carod-Artal dan Egido, 2009).

SS-QoL adalah skala dengan 49-item yang memiliki 12 domain. Domain individu terdiri dari 3-6 pertanyaan yang dengan nilai minimum 1 (terburuk) dan nilai maksimum 5 (terbaik). Ke-12 domain itu antara lain: energi (*energy*), peran-peran keluarga (*family roles*), bahasa (*language*), perpindahan (*mobility*), mood (*mood*), kepribadian (*personality*), perawatan diri (*self care*), peran-peran sosial (*social roles*) daya fikir (*thinking*), fungsi ekstremitas atas (*upper extremity function*), penglihatan (*vision*), bekerja/produktifitas (*work/productivity*). Skor yang lebih tinggi menunjukkan fungsi yang lebih baik. SS-QOL menghasilkan nilai dari

masing-masing domain dan skor SS-QOL keseluruhan. Skor hasil dari SS-QoL dihitung dengan menilai keseluruhan ukuran kualitas hidup, dan dihitung dengan merata-ratakan dari skor 12 domain (Williams *et al.*,1999). Hasil penelitian oleh Lima *et al.* (2008) tentang aplikasi dari *Rasch Model* menunjukkan bahwa kualitas hidup yang diukur dengan SS-QOL dapat dibagi menjadi tiga tingkatan, yaitu: kualitas hidup rendah, kualitas hidup sedang dan kualitas hidup tinggi.

Ada 3 set respon yang berbeda (Tabel 2.1). Pasien harus merespon setiap item menggunakan respon yang sesuai ditetapkan sebagai ditunjukkan pada skala. Misalnya, item "*apakah Anda memiliki kesulitan melakukan pekerjaan sehari-hari di rumah?*" Memerlukan respon set 2, yang berkisar antara "*tidak bisa melakukannya sama sekali*" sampai dengan "*tidak kesulitan sama sekali*" (Williams *et al.*, 1999).

#### **2.4. Hubungan status fungsional dengan kualitas hidup pasien pasca stroke**

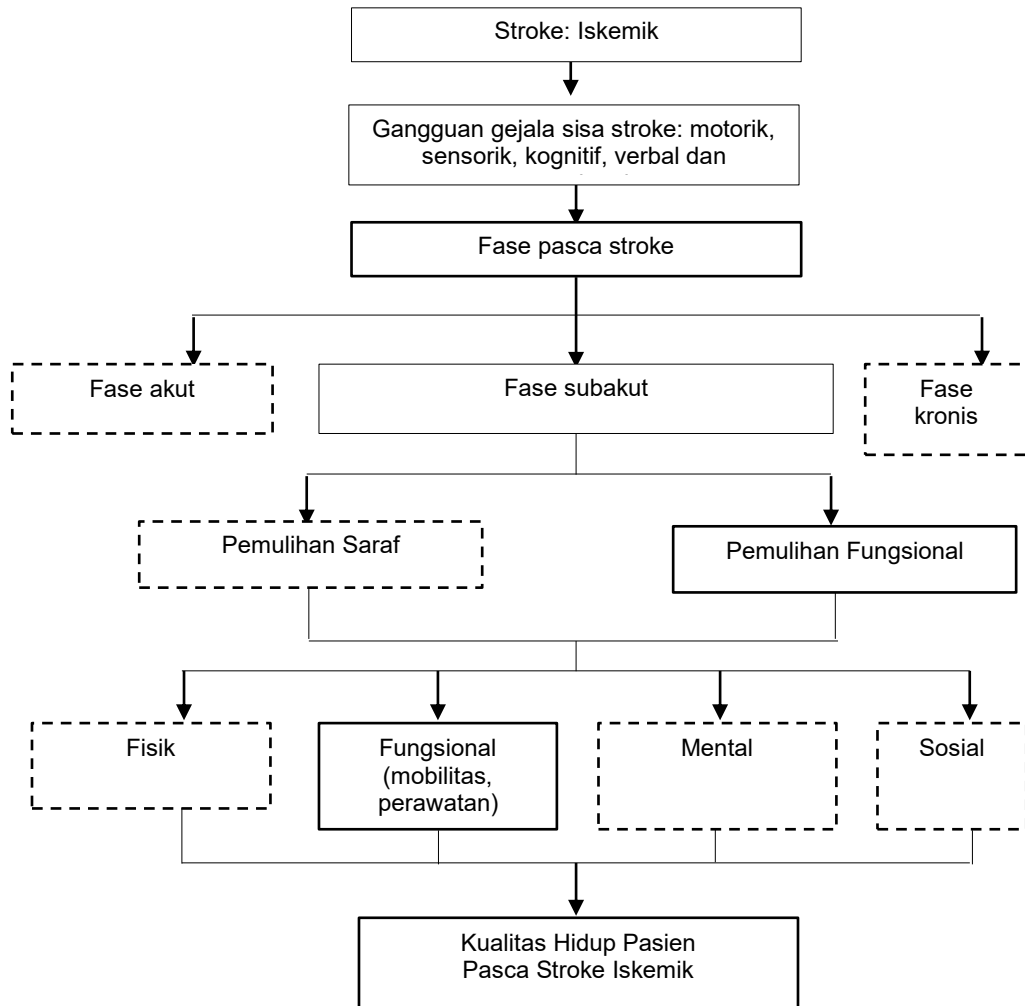
Stroke iskemik merupakan kerusakan permanen dan kematian jaringan yang berlangsung secara tiba-tiba yang disebabkan oleh oklusi pembuluh darah fokal yang menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan glukosa ke otak dan kegagalan proses metabolisme di daerah yang terlibat. Stroke iskemik mengakibatkan gangguan motorik, sensorik, kognitif, verbal dan emosional. Gangguan-gangguan yang dialami pasien pasca stroke iskemik berdampak pada pemenuhan mobilitas dan perawatan diri pasien. Perubahan fungsi yang dialami pasien stroke menyebabkan perasaan depresi, rendah diri dan menutup diri dari lingkungan masyarakat sehingga konteks fisik, fungsional,

mental, dan sosial pasien terganggu dan kualitas hidup pasien berubah. Kualitas hidup yang buruk dapat mempengaruhi keberhasilan perawatan dan penyembuhan, sehingga perlu untuk mempertahankan status fungsional yang baik, mengingat hubungannya dengan ketergantungan di masa depan dan perawatan jangka panjang dengan biaya mahal.

### BAB 3

## KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

### 3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Hubungan Status Fungsional dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik

### **Deskripsi Kerangka Konsep Penelitian**

Stroke iskemik merupakan kerusakan permanen dan kematian jaringan yang berlangsung secara tiba-tiba yang disebabkan oleh oklusi pembuluh darah fokal yang menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan glukosa ke otak dan kegagalan proses metabolisme di daerah yang terlibat. Dampak yang ditimbulkan dari serangan stroke meliputi gangguan motorik, sensorik, kognitif, verbal dan emosional. Fase pasca stroke meliputi fase akut (2 minggu pertama pasca serangan stroke), fase subakut (antara 2 minggu-6 bulan pasca stroke), dan fase kronis (diatas 6 bulan pasca stroke).

Fase subakut merupakan kondisi hemodinamik pasien umumnya sudah stabil dan diperbolehkan kembali ke rumah, kecuali bagi pasien yang memerlukan penanganan rehabilitasi yang intensif. Sebagian kecil (sekitar 10%) pasien pulang dengan gejala sisa yang sangat ringan, dan sebagian kecil lainnya (sekitar 10%) pasien pulang dengan gejala sisa yang sangat berat dan memerlukan perawatan orang lain sepenuhnya namun sekitar 80% pasien pulang dengan gejala sisa yang bervariasi beratnya dan sangat memerlukan intervensi rehabilitasi agar dapat kembali mencapai kemandirian yang optimal. Proses pemulihan setelah stroke dibedakan atas pemulihan neurologis (fungsi saraf otak) dan pemulihan fungsional (kemampuan melakukan aktivitas fungsional). Pemulihan fungsional berlangsung optimal pada fase subakut, seiring dengan pemulihan neurologis yaitu reorganisasi otak yang terbentuk pada fase ini. Pemulihan fungsional diukur dari status fungsional pasien berdasarkan kemampuan dasar dalam melakukan aktivitas perawatan diri sendiri yaitu makan-minum, mandi, berpakaian, berhias, menggunakan toilet, kontrol buang air kecil dan besar, berpindah tempat (transfer), mobilitas-jalan, dan menggunakan

tangga. Pasien mempunyai status fungsional yang baik berarti pasien menjadi lebih mandiri, lebih mudah kembali dalam kehidupan sosialnya di masyarakat dan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik. Status fungsional pasien pasca stroke iskemik dinyatakan dalam lima skala yaitu Mandiri dengan skor 100, Ketergantungan ringan dengan skor 91-99, Ketergantungan sedang dengan skor 62-90, Ketergantungan berat dengan skor 21-61, dan Ketergantungan penuh dengan skor 0-20. Kualitas hidup pasien pasca stroke dinyatakan dalam tiga skala yaitu Kualitas hidup rendah jika jumlah skor 12-23, Kualitas hidup sedang jika jumlah skor 24-35, Kualitas hidup tinggi jika jumlah skor 36-48. Variabel-variabel yang terdapat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut : (1) Variabel independen adalah variabel status fungsional yang digunakan untuk mempengaruhi kualitas hidup (2) variabel dependen adalah variabel kualitas hidup adalah variabel yang dipengaruhi oleh status fungsional.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

H1 : Ada hubungan antara antara status fungsional dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II Dr Soepraoen Malang.



## BAB 4

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Dalam penelitian ini desain penelitian yang digunakan adalah observasi koresional. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer. Penelitian ini bertujuan mencari hubungan status fungsional dengan kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik.

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang. Diketahui terdapat 306 pasien stroke rawat jalan yang mengunjungi Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang dihitung sejak bulan September 2018 sampai bulan Desember 2018, dan rata-rata perbulannya terhitung 62 orang.

##### 4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini merupakan pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang. Sampel *dalam* penelitian ini dihitung dengan rumus Slovin sebagai berikut:

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

Keterangan: n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

D = tingkat signifikansi (0,5%)

Dengan rumus diatas maka didapatkan sampel penelitian sebanyak:

$$n = \frac{62}{1 + 62 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{62}{1 + 62 (0,0025)}$$

$$n = \frac{62}{1.155}$$

$$n = 53,67 \text{ atau } 54$$

Berdasarkan perhitungan di atas dapat disimpulkan dibutuhkan sampel penelitian sebanyak 54 orang pasien.

#### 4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling pada penelitian ini menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan metode pengambilan sampel dalam penelitian adalah teknik *purposive sampling*.

#### 4.2.4 Kriteria Sampel

Dalam penelitian ini kriteria inklusinya adalah:

- a) Pasien stroke iskemik yang menjalani rawat jalan di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang.
- b) Pasien pasca stroke iskemik fase subakut (2 minggu – 6 bulan setelah onset terakhir).

Dalam penelitian ini kriteria ekslusinya adalah:

- a) Pasien dengan gangguan jiwa, keterbelakangan mental
- b) Pasien dengan gangguan komunikasi

c) Pasien yang tidak kooperatif

#### **4.3 Variabel Penelitian**

##### **4.3.1 Variabel Bebas (*Independent*)**

Pada penelitian ini yang menjadi variabel bebasnya adalah status fungsional pada pasien pasca stroke.

##### **4.3.2 Variabel Tergantung (*Dependent*)**

Pada penelitian ini yang menjadi variabel tergantungnya adalah kualitas hidup pasien pasca stroke.

#### **4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang pada 18 April 2019 – 9 Mei 2019.

#### **4.5 Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam pengumpulan data agar penelitian lebih mudah dan hasilnya lebih baik. Dalam arti lebih cermat, lengkap dan sistematis sehingga mudah diolah. Penelitian ini menggunakan tiga instrumen penelitian, yaitu indeks Barthel untuk mengukur status fungsional pada pasien stroke dan kuesioner kualitas hidup pasien stroke yaitu kuesioner Stroke Specific Quality of Life (SS-QOL) 12, dan instrumen Demografi penelitian seperti nomor responden, umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

1. Instrumen 1 digunakan untuk mengidentifikasi karakteristik responden meliputi: usia, pekerjaan, tingkat pendidikan, serta status perkawinan. Responden diminta untuk memberikan jawaban sesuai dengan pertanyaan yang diajukan.

2. Instrumen 2 adalah *Barthel's index* yang digunakan untuk mengukur status fungsional yaitu kemampuan fungsi fisik pasien paska stroke iskemik dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Nilai yang terkandung dalam setiap item didasarkan pada waktu (selama seminggu terakhir dari hari pengisian kuesioner) dan jumlah bantuan fisik yang diperlukan jika pasien tidak dapat melakukan aktivitas. Skor *Barthel's index* dapat menentukan kecepatan pasien dalam kemandirian beraktivitas (Mahoney & Barthel, 1996). Rentang skor *Barthel's index* berkisar antara 0-100. Pasien yang memiliki skor 100 adalah pasien yang mandiri dalam makan, berpakaian, turun dari tempat tidur dan kursi, mandi sendiri, berjalan sekurang-kurangnya satu blok dan dapat naik serta turun tangga. Skor 0 diberikan pada semua item (10 item) ketika pasien tidak memenuhi kriteria diatas (Mahoney & Barthel, 1996). Peneliti memilih *Barthel index* untuk mengukur kemampuan fungsional pasien paska stroke iskemik karena lebih sederhana dan mudah digunakan. Metode skoring Indeks Barthel adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Kriteria Skoring Kuesioner Indeks Barthel

No	ITEM	KRITERIA	NILAI
1.	Makan-minum	Mandiri. Pasien dapat makan sendiri untuk makanan yang diberikan dari baki atau meja ketika berada dalam jangkauannya.	10
		Beberapa bantuan diperlukan (memotong makanan, menyuap, dan lain-lain)	5
2.	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur dan sebaliknya	Mandiri dalam semua tahapan dari aktivitas ini. Pasien aman mendekat ketempat tidur dari kursi rodanya, mengunci kursi roda, mengangkat kaki yang lemah, bergerak dengan aman ketempat tidur, turun dari tempat tidur, turun keposisi duduk disamping tempat tidur, merubah posisi kursi roda, kembali keposisi aman semula dan kembali ke kursi roda.	15
		Beberapa bantuan minimal diperlukan dalam beberapa tahapan aktivitas ini atau pasien memerlukan arahan/supervisi untuk keamanan dari satu atau beberapa bagian aktivitas ini.	10
		Pasien dapat berpindah dari posisi berbaring ke posisi duduk diatas tempat tidur tanpa bantuan, tetapi kemudian diangkat dari tempat tidur ke kursi roda atau pasien berpindah dengan banyak bantuan.	5
3.	Melakukan personal toilet	Pasien dapat mencuci tangan dan wajah, menyisir rambut, menyikat gigi, dan bercukur. Pasien mungkin menggunakan berbagai jenis pisau cukur, tetapi harus mampu menempatkan pisau cukur pada gagangnya tanpa bantuan serta mengambil dari gagangnya juga tanpa bantuan. Pasien wanita mampu menggunakan make up nya sendiri (jika digunakan).	5
4.	Melepas dan memakai kembali pakaian saat di toilet	Pasien mampu melepas dan memakai kembali pakaian saat BAB/BAK, mencegah pakaian jadi kotor dan mengambil tisu toilet tanpa bantuan. Pasien dapat menggunakan pagar di dinding atau objek lainnya untuk mendukung gerakannya jika diperlukan. Jika pasien menggunakan bedpan (pispot), pasien mampu menempatkan pispot dikursi, mengosongkannya dan membersihkannya.	10
5.	Mandi sendiri	Pasien mampu mandi secara mandiri baik menggunakan bathtub, shower atau cara lainnya. Pasien harus mampu melakukan semua tahapan mandi dengan metode apapun tanpa kehadiran orang lain.	5
6.	Kemampuan Berjalan	Pasien mampu berjalan minimal 50 yard (45,72 meter) tanpa bantuan atau supervisi. Pasien dapat memakai tongkat atau alat bantu gerak lainnya, tetapi bukan rolling walker.	15
		Pasien memerlukan bantuan atau bimbingan pada beberapa aktivitas diatas, tetapi dapat berjalan sekitar	10

		50 yard (45,72 meter) dengan sedikit bantuan.	
	Mendorong kursi roda	Jika pasien tidak mampu ambulasi, tetapi mampu mendorong kursi roda secara mandiri. Pasien harus mampu keliling sampai ke sudut-sudut ruangan, berputar, memutar kursi roda ke arah meja, tempat tidur dan toilet. Pasien harus mampu mendorong kursi roda minimal 50 yard (45,72 meter). Pasien tidak dinilai dengan angka ini jika pasien mampu berjalan.	5
7.	Naik dan turun tangga	Pasien mampu berjalan naik dan turun tangga dengan aman tanpa bantuan atau supervisi. Pasien mungkin menggunakan pegangan tangan pada tangga atau tongkat jika diperlukan. Pasien harus mampu membawa tongkat pada saat naik dan turun tangga.	10
		Pasien memerlukan bantuan atau supervisi dari orang lain untuk menaik dan menuruni tangga.	5
8.	Berpakaian dan melepas pakaian	Pasien mampu melepas pakaian, memakai pakaian dan memasang tali sepatu. (meskipun diperlukan adaptasi untuk melakukan hal ini).	10
		Pasien memerlukan bantuan dalam melepas pakaian, memakai pakaian atau mengancing baju. Pasien hanya melakukan setidaknya sebagian dari kegiatan ini. Pada pasien wanita tidak perlu diskor untuk pemakaian BH.	5
9.	Mengontrol BAK	Pasien mampu mengontrol pengeluaran urine pada siang maupun malam hari.	10
		Pasien tidak mampu menahan kencing sampai ke toilet atau memerlukan bantuan dengan peralatan dari luar untuk mengeluarkan urine.	5
10.	Mengontrol BAB	Pasien mampu mengontrol BAB dan tidak ada gangguan dalam BAB	10
		Pasien memerlukan bantuan	5

#### Kategori skor Indeks Barthel:

- Ketergantungan Penuh jika skor total adalah 0-20
- Ketergantungan Berat jika skor total adalah 21-61
- Ketergantungan Sedang jika skor total adalah 62-90
- Ketergantungan Ringan jika skor total adalah 91-99
- Ketergantungan Mandiri jika skor total adalah 100

3. Instrumen 3 yaitu stroke specific quality of life scale-12 item yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup spesifik pada pasien stroke iskemik. Alat ukur ini dikembangkan oleh Post, Boosman, Zandvoort, Passier, Rinkel, dan Visser (2010), merupakan versi singkat dari instrumen stroke specific quality of life- 49 item (SSQOL-49 item) yang sebelumnya dikembangkan oleh Williams, Weinberger, Harris, Clark, dan Biller (1999). Instrumen SSQOL mengukur 12 domain kualitas hidup pasien stroke meliputi: perawatan diri, mobilitas, fungsi ekstremitas atas, bahasa, penglihatan, bekerja, berpikir, peran dalam keluarga, peran sosial, kepribadian, mood dan energi. Enam domain pertama termasuk kedalam kualitas hidup aspek fisik, sedangkan enam domain berikutnya termasuk kedalam kualitas hidup aspek psikososial.

Satu item pertanyaan dalam instrumen SSQOL versi singkat, mewakili satu domain kualitas hidup pasien stroke. Sehingga secara total instrumen versi singkat ini terdiri dari 12 item pertanyaan. Pertanyaan yang dipilih dari setiap domain SSQOL versi sebelumnya merupakan pertanyaan pilihan yang terbukti paling berhubungan dengan nilai total setiap domain sehingga merupakan satu item yang paling representatif mewakili setiap domain (Post *et al.*, 2010). Mengingat perubahan kondisi fisik, penurunan konsentrasi dan kemampuan kognitif pada pasien stroke maka instrumen versi singkat ini sangat sesuai digunakan karena lebih sederhana dan ringkas. Alat ukur ini memerlukan waktu yang lebih singkat yaitu sekitar 10 menit untuk menjawab semua pertanyaan. Selain itu karena alat ukur ini

hanya terdiri dari 12 item pertanyaan, maka sangat mudah digunakan dalam penelitian dan pengukuran di klinik (Post *et al.*, 2010).

Peneliti memilih alat ukur ini karena merupakan instrumen spesifik untuk mengukur kualitas hidup pasien stroke dan sesuai dengan konsep kualitas hidup terkait kesehatan. Selain itu alat ukur ini terbukti lebih ringkas, lebih sederhana dan memerlukan waktu yang singkat untuk menjawab keseluruhan pertanyaan sehingga tidak membebani pasien paska stroke dalam menjawab keseluruhan item pertanyaan. Meskipun alat ukur ini lebih ringkas, beberapa kali uji validitas dan reliabilitas membuktikan bahwa alat ukur ini merupakan alat ukur yang valid dan reliabel untuk mengukur kualitas hidup pasien stroke (Post *et al.*, 2010).

Secara keseluruhan instrumen ini terdiri dari dua tipe pertanyaan dengan penilaian sebagai berikut:

Tabel 4.2. Kriteria Skoring SSQOL 12

No	Tipe Pertanyaan	Pilihan Jawaban	Skor
1	Pertanyaan tentang ekspresi subjektif responden terhadap masalah yang dialaminya saat melakukan aktivitas fisik	Tidak mampu melakukan sama sekali	1
		Banyak masalah	2
		Sedikit masalah	3
		Tidak ada masalah	4
2	Pertanyaan tentang ekspresi subjektif responden terhadap masalah psikososial yang dialaminya	Sangat setuju	1
		Setuju	2
		Tidak setuju	3
		Sangat tidak setuju	4



Berdasarkan skor setiap item pertanyaan, maka nilai total kualitas hidup pasien yang diukur dengan SSQOL-12 item adalah sebesar 12-48. Semakin besar nilai total menunjukkan semakin baik kualitas hidup pasien paska stroke iskemik.

Kategori skor SSQOL-12:

1. Kualitas hidup tinggi jika jumlah skor 36-48
2. Kualitas hidup moderat/sedang jika jumlah skor 24-35
3. Kualitas hidup rendah jika jumlah skor 12-23

#### **4.6 Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen**

##### *a. Barthel's Index:*

*Barthel's index* telah dilaporkan memiliki validitas dan reliabilitas yang sangat baik dan responsif untuk menentukan perubahan pada pasien yang diukur. Uji psikometri *Barthel's index* pada pasien stroke yang dilakukan oleh Hsueh, Lee, dan Ching (2001) membuktikan validitas konstruk yang sangat baik. Validitas konstruk yang diukur dengan konsistensi internal menghasilkan skor alpha sebesar 0,94 dengan skor untuk masing-masing domain berkisar antara 0,89-0,92. *Barthel's index* merupakan alat ukur dengan reliabilitas antar pengukur, konsistensi internal, validitas prediktif dan responsifitas yang sangat baik. Berdasarkan uji psikometri ini, maka *Barthel's index* tepat digunakan untuk mengukur status fungsional pasien paska stroke iskemik. Peneliti tidak melakukan uji validitas dan reliabilitas ulang untuk *Barthel's index* karena selain memiliki validitas dan reliabilitas yang telah teruji melalui

penelitian sebelumnya, alat ukur ini paling sering digunakan untuk mengukur kapasitas fungsional pasien paska stroke.

b. *Stroke specific quality of life* (SSQOL-12 item)

Dharma (2015) melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen SSQOL-12 item pada 30 orang responden pasien paska stroke yang sedang menjalani rehabilitasi di Kota Singkawang. Validitas konstruk diuji menggunakan uji homogenitas item dengan cara mengkorelasikan skor setiap item pertanyaan dengan skor totalnya. Reliabilitas instrumen diuji menggunakan prosedur item covarian dengan formula Cronbach alpha. Hasil uji validitas instrumen SSQOL-12 item menunjukkan bahwa semua item pertanyaan merupakan item yang valid dengan skor validitas diantara 0,393-0,717 ( $r > 0,30$ ). Sedangkan uji reliabilitas instrumen SSQOL-12 item menghasilkan nilai Cronbach alpha sebesar 0,882. Hasil ini menunjukkan bahwa SSQOL-12 item merupakan instrumen dengan reliabilitas yang baik, sehingga dapat digunakan dalam pengukuran.

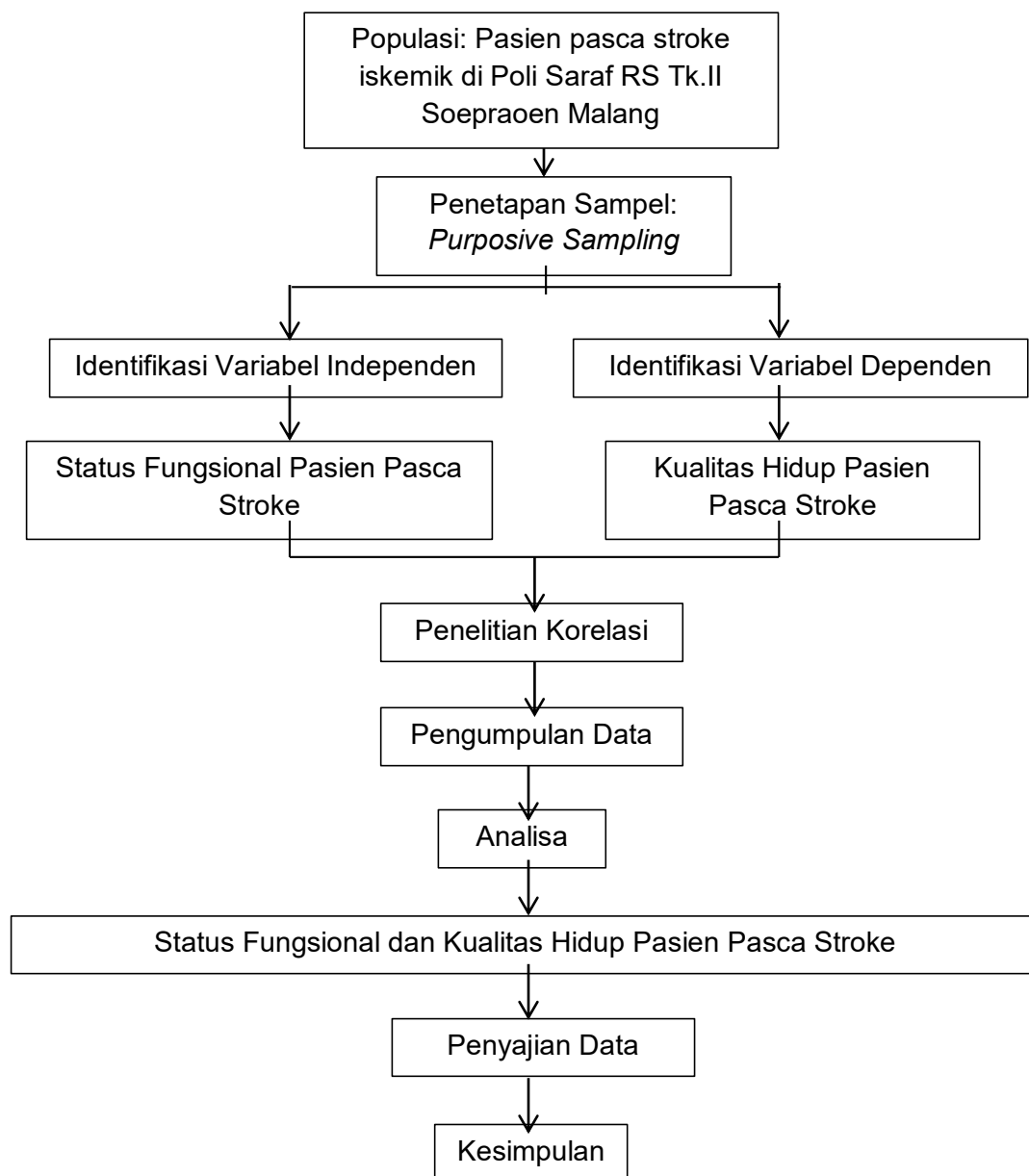
#### 4.7 Definisi operasional

Tabel 4.3 Definisi Operasional Status Fungsional Dan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang.

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Status Fungsional	Penilaian terhadap kemampuan fungsi fisik untuk beraktivitas memenuhi kebutuhan sehari-hari	Indikator status fungsional meliputi yang berhubungan dengan <i>self care</i> antara lain makan dan minum, berpindah tempat, personal hygiene, melepas-memakai pakaian di toilet, mandi, berjalan, naik dan turun tangga, berpakaian, kontrol BAK dan BAB	Kuisisioner Indeks Barthel ( <i>Bartel Index</i> ) terdiri dari 10 item penilaian dengan rentang nilai 0-10 untuk setiap item penilaian.	Skor status fungsional pasien pasca stroke iskemik dengan rentang 0-100	Interval
2.	Kualitas Hidup	Pandangan subjektif pasien terhadap kemampuannya melakukan hal spesifik setelah stroke	Indikator kualitas hidup meliputi perawatan diri, mobilitas fisik, bahasa, penglihatan, bekerja, serta penilaian tentang kondisi dirinya meliputi kemampuan berpikir, peran dalam keluarga dan sosial, kepribadian, mood dan energi	Versi singkat <i>Stroke Specific Quality of Life Scale- (SSQOL)</i> yang terdiri dari 12 item pertanyaan skala Likert (1-4)	Skor kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik dengan rentang 12-48.	Interval

## 4.8 Prosedur Penelitian

### 4.8.1 Bagan Prosedur Penelitian:



Gambar 4.1 Prosedur Penelitian

#### **4.8 Teknis pengumpulan data pada pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf RS Tk.II dr. Soepraoen Malang:**

Pengumpulan data dilakukan di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang. Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Peneliti terlebih dahulu mengajukan permohonan izin pelaksanaan penelitian pada institusi pendidikan (Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya).
2. Surat permohonan izin pelaksanaan penelitian yang sudah diperoleh dari institusi pendidikan (Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya) selanjutnya dikirim ke tempat penelitian Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang.
3. Jika izin sudah dikeluarkan dari intitusi terkait tempat pelaksanaan penelitian, peneliti melaksanakan studi pendahuluan penelitian di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang.
4. Peneliti melakukan uji etik di Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
5. Jika izin etik dan izin pelaksanaan penelitian sudah dikeluarkan, peneliti melaksanakan pengumpulan data penelitian di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang. Peneliti menentukan responden yang sesuai dengan kriteria sampel dalam penelitian yang telah ditentukan dengan melihat status pasien. Status pasien digunakan untuk melihat data demografi pasien seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir, pekerjaan, jenis stroke, dan waktu onset terakhir.

6. Setelah peneliti menyeleksi dan memilih sesuai dengan kriteria penelitian, selanjutnya peneliti langsung mengunjungi pasien yang sedang menunggu giliran atau setelah kontrol dokter. Peneliti membina hubungan kepercayaan (*trust*) pasien terlebih dahulu, seperti melakukan perkenalan, menanyakan keadaan/kondisi, memberikan semangat dan dukungan secara verbal, kemudian peneliti memberitahukan maksud dan tujuan peneliti untuk melaksanakan penelitian dan memilih pasien yang dikunjungi sebagai responden penelitian. Peneliti menjelaskan kepada responden yang/tanpa didampingi oleh keluarga, tentang tujuan penelitian, manfaat, dan proses pengisian kuisioner. Jika calon responden memiliki gangguan mental atau sulit berkomunikasi, peneliti akan mengakhiri sesi. Jika calon responden bersedia maka calon responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Kemudian peneliti melakukan pengkajian *Mini Mental State Examination (MMSE)* untuk mengetahui pasien mengalami demensia atau tidak. Kemudian jika hasil menunjukkan pasien demensia, peneliti akan mengakhiri sesi dengan memberikan penjelasan bahwa tidak bisa melanjutkan penelitian. Jika pasien tidak demensia, peneliti memberikan kuisioner status fungsional dan kualitas hidup kepada responden. Peneliti mendampingi responden saat mengisi kuisioner, sehingga apabila responden kurang memahami responden dapat langsung bertanya pada peneliti. Jika kondisi pasien susah menggerakkan tangan untuk menulis atau tidak bisa membaca pertanyaan dengan jelas,

peneliti langsung melakukan wawancara atau meminta bantuan keluarga yang mendampingi dalam mengisi lembar kuesioner agar tidak terjadi kesalahpahaman dalam pengisian lembar kuesioner.

7. Setelah pengisian kuesioner selesai dilakukan, maka peneliti akan melakukan pemeriksaan kelengkapan data. Jika ada data yang kurang lengkap maka langsung dilengkapi oleh responden atau jika keadaan responden kurang memungkinkan peneliti akan melakukan wawancara ulang pengisian lembar kuesioner pada responden dengan tetap memperhatikan etika penelitian.
8. Data yang telah diperoleh dari pengisian lembar kuesioner dengan responden akan dilakukan analisa oleh peneliti.

## **4.9 Analisis Data**

### **4.9.1 Pre Analisa**

Analisa data merupakan suatu proses atau analisis yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang dikumpulkan. Secara garis besar analisis meliputi 4 langkah, antara lain:

- a. Pengeditan (*Editing*)

Pengeditan adalah pemeriksaan atau koreksi data yang telah dikumpulkan. Pengeditan data yang dilakukan untuk melengkapi kekurangan atau menghilangkan kesalahan yang terdapat pada data mentah.

- b. Pengkodean (*Coding*)

Coding data adalah pemberian kode-kode tertentu pada tiap-taiap data termasuk memberikan kategori untuk jenis data yang sama.

Kegiatan dalam coding ini adalah memberikan skor terhadap item-item yang perlu diberikan skor yaitu kuisisioner untuk perawata dan pasien.

c. Pemrosesan (*Processing*)

Processing data adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam database komputer. Pada tahap ini peneliti memasukkan data hubungan status fungsional dengan kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik yang dikumpulkan di komputer.

d. Pembersihan (*Cleaning*)

Clearing data merupakan kegiatan untuk memeriksa kebenaran data. Kegiatan ini dapat berupa pengecekan data, mengecek konsistensi, atau mengecek tabel silang.

#### **4.9.2 Analisa Univariat**

Analisa univariat dalam penelitian ini digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik responden, serta mengidentifikasi gambaran status fungsional dan gambaran kualitas hidup pada pasien pasca stroke iskemik, sehingga didapatkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel.

#### **4.9.3 Analisa Bivariat**

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yaitu status fungsional dengan kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik. Penelitian ini melakukan analisa bivariat dengan menggunakan uji statistik *Spearman Correlation* untuk skala ukur interval di kedua variabel dengan persebaran data tidak normal dengan bantuan SPSS versi 22 for windows.



#### 4.10 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan telah mendapatkan persetujuan etik dari komisi etik FKUB dengan nomor 123/EC/KEPK-S1- PSIK/04/2019.

a. Kebebasan (*Autonomy*)

Responden dalam memutuskan kesediaannya untuk menjadi responden penelitian tidak ada paksaan dari siapapun.

b. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Informasi yang dikumpulkan peneliti dijamin kerahasiaannya. Lembar format pengumpulan data yang sudah terisi disimpan dan hanya peneliti yang bisa mengaksesnya.

c. Persetujuan (*Informed Consent*)

Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan maka dalam pelaksanaan penelitian ini responden diberikan lembar persetujuan menjadi responden. Dari sejumlah responden yang telah bersedia sebelum menyetujui menjadi responden, oleh peneliti diberikan penjelasan penjelesin tentang tujuan, manfaat, prosedur, resiko penelitian serta hak responden dan waktu pelaksanaannya. Sehingga dengan mendapatkan penjelesan tersebut para responden bersedia untuk menjadi responden, dan selanjutnya para responden tersebut mengisi *informed consent* dengan menandatangani.

d. Berbuat Baik (*Beneficence*)

Responden yang mengikuti penelitian ini mendapatkan tambahan informasi tentang pengertian, ciri-ciri, manfaat, dan faktor-faktor yang mempengaruhi

e. Keadilan (*Justice*)

Responden diperlakukan secara adil abik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaan dalam penelitian.

f. Tidak Menyakiti (*Non Maleficiensi*)

Penelitian dilakukuan tanpa menyakiti atau melukai responden. Meyankinkan responden bahwa keikutsertaannya dalam penelitainatau informasi responden tidak dipergunakan dalam hal-hal yang bias merugikan responden dengan cara memberi pemahaman tentang tujuan penelitian.

g. Kesanggupan (*Fidelity*)

Peneliti tetap menjaga kesetiaan untuk berkomitmen dan menepati janji yang telah disepakati dalam penelitan serta tetap menjaga kerahasiaan tentang identitas dan informasi dari responden.

## BAB 5

### PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

#### 5.1 Data Umum

##### 5.1.1 Karakteristik Demografi Responden

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi dan Presentasi Karakteristik Demografi Responden (n=54)

No.	Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase
1	Usia		
	36-45 tahun (dewasa akhir)	1	2%
	46-55 tahun (lansia awal)	17	31%
	56-65 tahun (lansia akhir)	29	54%
	>65 tahun (manula) (Rerata= 58.39 SD= 6.40 Min-Maks=45-69)	7	13%
2	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	27	50%
	Perempuan	27	50%
3	Status Pernikahan		
	Menikah	44	81%
	Janda/Duda	10	19%
4	Pekerjaan		
	Tidak bekerja	19	35%
	Swasta/Wiraswasta	12	22%
	PNS /TNI/Pensiunan	23	43%
5	Pendidikan		
	SD	14	25.9%
	SMP	5	9.3%
	SMA	25	46.3%
	Perguruan Tinggi	10	18.5%

Usia responden dalam penelitian ini mayoritas (54%) berada pada rentang usia 56-65 tahun (lansia akhir), diikuti pada rentang usia 46-55 tahun (lansia awal). Usia responden berada pada rentang usia 56-65 tahun (lansia akhir) dengan nilai rerata= 58.39 SD= 6.40 dan nilai Min-Maks=45-69. Berdasarkan status pernikahan 44 orang responden menikah (81%). 23 orang

responden bekerja sebagai PNS /TNI/Pensiunan (43%). 25 orang responden dengan pendidikan tertinggi adalah SD (46.3%).

## 5.2 Data Khusus

### 5.2.1 Data Univariat

#### 5.2.1.1 Data Status Fungsional Pada Pasien Pasca Stroke Iskemik

Tabel 5.2. Distribusi frekuensi dan presentasi status fungsional pada pasca stroke iskemik

Status Fungsional	Frekuensi	Persentase
Ketergantungan berat	1	2%
Ketergantungan sedang	45	83%
Ketergantungan ringan	8	15%

Berdasarkan hasil analisa data menunjukkan distribusi frekuensi dan persentase status fungsional pada pasien pasca stroke iskemik diperoleh sebagian besar responden memiliki ketergantungan sedang (83%) kemudian diikuti oleh ketergantungan ringan (15%).

Tabel 5.3. Deskripsi Skor Item Kuesioner Indeks Barthel

No item	Status Fungsional	Rerata	Standar Deviasi	Minimum	Maksimum
1	Makan dan minum	8.89	2.10	5	10
2	Berpindah tempat	14.44	1.59	10	15
3	Personal hygiene	4.63	1.32	0	5
4	Melepas-memakai pakaian di toilet	7.59	2.52	5	10
5	Mandi	4.81	0.95	0	5
6	Berjalan	10.09	2.47	5	15
7	Naik dan turun tangga	5.93	2.58	0	10
8	Berpakaian	8.80	2.16	5	10
9	Kontrol BAK	9.81	0.95	5	10
10	Kontrol BAB	9.72	1.16	5	10
Skor Total		84.72	9.08	60	95

Item naik-turun tangga merupakan gangguan status fungsional yang paling buruk (rerata=5.93, SD=2.98), sedangkan kontrol BAK merupakan item yang paling baik (rerata=9.81, SD=0.95).

### 5.2.1.2 Data Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke Iskemik

Tabel 5.4. Distribusi frekuensi dan presentasi kualitas hidup pada pasca stroke iskemik

Kualitas Hidup	Frekuensi	Persentase
Tinggi	37	69%
Sedang	17	31%

Berdasarkan hasil analisa data menunjukkan distribusi frekuensi dan persentase kualitas hidup pada pasien pasca stroke iskemik diperoleh 69% memiliki kualitas hidup tinggi dan 31% memiliki kualitas hidup sedang.

Tabel 5.5. Deskripsi Item Kuesioner SS-QOL 12

No item	Kualitas Hidup	Rerata	Standar Deviasi	Minimum	Maksimum
1	perawatan diri	3.54	0.69	2	4
2	mobilitas	3.19	0.73	2	4
3	fungsi ekstremitas atas	3.67	0.70	2	4
4	bahasa	3.65	0.52	2	4
5	penglihatan	3.63	0.62	2	4
6	bekerja	2.78	0.79	1	4
7	berpikir	3.39	0.68	2	4
8	peran dalam keluarga	2.96	0.82	2	4
9	peran sosial	3.20	0.66	2	4
10	kepribadian	3.06	0.86	1	4
11	mood	3.19	0.85	2	4
12	energi	1.96	0.82	1	4
Skor Total		38.20	4.57	27	45

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa item energi merupakan dimensi kualitas hidup yang paling buruk (rerata=1.96, SD=0.82), sedangkan item fungsi ekstremitas atas adalah yang paling baik (rerata=3.67, SD=0.70).

## 5.2.2 Data Bivariat

### 5.2.2.1 Hubungan Status Fungsional Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca

#### Stroke Iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang

Hasil uji normalitas digunakan sebagai syarat uji korelasi yang digunakan. Hasil uji Kolmogorov-Smirnov diperoleh nilai signifikansi variabel status fungsional sebesar 0,000 dan variabel kualitas hidup sebesar 0,008. Karena  $p < 0,05$  maka dapat disimpulkan jika distribusi pada kedua variabel penelitian ini tidak normal. Peneliti berupaya melakukan transformasi menggunakan uji Lg10 dan uji SQRT untuk menormalkan data, tetapi hasil uji Kolmogorov-Smirnov untuk kedua variabelnya tetap  $p=0,000$  dan  $p=0,008$ , yang berarti distribusi data tidak normal, maka korelasi antara kedua variabel akan dibuktikan dengan menggunakan metode uji korelasi Spearman.

Tabel 5.6. Hasil Uji Korelasi Spearman

		Status Fungsional	Kualitas Hidup
Spearman's rho	Status	1.000	.931**
	Fungsional		
		Sig. (2-tailed)	.000

Hasil uji korelasi Spearman diperoleh hasil signifikansi sebesar 0,000 yang artinya terdapat hubungan signifikan antara status fungsional dan kualitas hidup sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Nilai koefisien korelasi sebesar  $r=0,931$  yang dapat diartikan bahwa hubungan antara status fungsional dan kualitas hidup tergolong sangat kuat. Hasil tersebut bernilai positif menunjukkan bahwa semakin tinggi status fungsional orang tersebut akan berdampak terhadap semakin tinggi kualitas hidup orang tersebut.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Status Fungsional Pada Pasien Pasca Stroke Iskemik**

Hasil penelitian yang dilakukan di Poli Saraf Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang pada 54 responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki ketergantungan sedang (83%) kemudian diikuti oleh ketergantungan ringan (15%). Pada penelitian ini pengukuran status fungsional pada pasien stroke menggunakan indeks barthel, meliputi dua kategori yaitu kategori yang berhubungan dengan *self care* antara lain makan dan minum, membersihkan diri, mandi, berpakaian, kontrol buang air besar dan buang air kecil, penggunaan toilet, dan kategori yang berhubungan dengan morbiditas antara lain berjalan, berpindah tempat, dan menaiki tangga. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa item naik-turun tangga merupakan gangguan status fungsional yang paling buruk, sedangkan kontrol BAK merupakan item yang paling baik diantara komponen status fungsional responden.

Naik dan turun tangga menjadi item status fungsional yang terburuk pada penelitian ini, diikuti oleh item berjalan. Ini dapat diartikan bahwa sebagian besar pasien mengalami gangguan pada ekstremitas bawah atau kakinya sehingga naik-turun tangga dan berjalan merupakan suatu bentuk aktivitas yang sulit dilakukan. Pasien berpegangan pada orang yang ada di sekitar atau menggunakan alat walker atau tongkat jalan untuk membantu melakukan aktivitas tersebut. Tangan yang sehat biasanya digunakan untuk berpegangan pada pegangan tangga dan menjadi tumpuan.



Pasien pasca stroke mengalami gangguan dalam naik dan turun tangga dan berjalan karena beberapa faktor. Pasien pasca stroke mengalami penurunan kekuatan otot yang merupakan manifestasi dari hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh). Defisit motorik pada pasien stroke berupa hemiparesis atau hemiplegia biasanya disebabkan karena kerusakan pembuluh darah bagian anterior atau arteri serebral medial yang mengakibatkan infark pada korteks motorik frontalis (Cahyati, 2013).

Faktor lainnya yaitu kaku sendi dan gangguan sensori perseptual sebagai manifestasi lain dari hemiparesis. Sendi yang diam pada satu posisi tertentu dalam waktu yang lama akan menjadi kering dan kaku (Wirawan, 2011). Gangguan sensori sebagai gejala sisa stroke berupa kerusakan sentuhan ringan, kehilangan propriosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) dan kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, auditorius, dan taktil. Persepsi adalah kemampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi visual-persepsi, gangguan dalam hubungan visual-spasial, dan kehilangan sensori. Disfungsi visualpersepsi disebabkan karena adanya gangguan pada sensorik primer jalur antara mata dan korteks visual. Homonymous hemianopsia (kehilangan setengah dari bidang visual) mungkin terjadi pada pasien stroke dan dapat terjadi sementara atau permanen. Bagian yang terkena dampak adalah pada sisi sesuai dengan sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan. Gangguan dalam hubungan visual-spasial (mempersepsikan hubungan dari dua atau lebih objek di daerah spasial) sering terlihat pada pasien dengan kerusakan belahan otak kanan (Cahyati, 2011).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Rachpukdee, *et al.*, (2013) yang melaporkan bahwa sekitar 24% hingga 70% pasien pasca stroke

memiliki ketergantungan sedang hingga berat dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Penelitian Zeferino dan Aycock (2010) menyatakan bahwa disfungsi pada ekstremitas merupakan gangguan fungsional yang paling umum terjadi, yaitu sebanyak 88% dari penderita stroke.

## **6.2 Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke Iskemik**

Kualitas hidup pasien stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang pada 54 responden didapatkan 37 orang atau 69% memiliki kualitas hidup tinggi. Pada penelitian ini pengukuran kualitas hidup pada pasien stroke menggunakan SS-QOL (*Stroke Specific Quality of Life Scale*) 12 yang terdiri dari 12 domain kualitas hidup pasien stroke yang terdiri dari 6 pertanyaan tentang ekspresi subjektif responden terhadap masalah yang dialaminya saat melakukan aktivitas fisik (perawatan diri, mobilitas, fungsi ekstremitas atas, bahasa, penglihatan, bekerja) dan 6 pertanyaan tentang ekspresi subjektif responden terhadap masalah psikososial yang dialaminya (berpikir, peran dalam keluarga, peran sosial, kepribadian, mood dan energi). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa item energi merupakan dimensi kualitas hidup yang paling buruk, sedangkan item fungsi ekstremitas atas adalah yang paling baik.

Dimensi energi merupakan salah satu aspek psikososial pada kuesioner SS-QOL 12. Dalam kuesioner ini pertanyaan yang ditanyakan pada responden adalah perasaan mudah lelah responden dalam melakukan kegiatan yang biasanya pasien lakukan, seperti saat berkerja atau aktivitas di rumah. Perasaan subjektif pasien tentang energi, yang dalam hal ini adalah tentang perasaan mudah lelah dalam melakukan kegiatan sehari-hari berkaitan dengan hemiparesis

seringkali didapatkan spastisitas, kelemahan otot, dan gangguan menetap pada koordinasi gerakan. (Yavuzer *et al.*, 2008).

### **6.3 Hubungan Status Fungsional Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang**

Stroke iskemik menyebabkan berbagai dampak pada penderitanya. Dampak motorik dan sensorik membuat penderita stroke pada fase subakut masih memerlukan penanganan intensif meskipun kondisi hemodinamik stabil dan sudah diperbolehkan pulang ke rumah. Perbaikan fungsi fisik merupakan prioritas utama pada fase tersebut. Status fungsional diukur dari kemampuan dasar melakukan berbagai aktivitas sehari-hari. Pasien dengan status fungsional baik berarti pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri. Dengan semakin baik kemampuan fisik pasien untuk memenuhi kebutuhannya, semakin baik pula kualitas hidup pasien stroke.

Hasil uji korelasi Spearman diperoleh hasil hubungan signifikan antara status fungsional dan kualitas hidup. Hasil uji dengan arah korelasi positif menunjukkan bahwa semakin tinggi status fungsional orang tersebut akan berdampak terhadap semakin tinggi kualitas hidup orang tersebut.

Hasil penelitian diketahui terdapat kaitan bahwa pasien yang mengalami gangguan pada ekstremitas bawah mengalami kesulitan dalam naik-turun tangga dan berjalan karena gejala sisa neurologis yang dialaminya. Kondisi yang dialami pada pasien tersebut membuat pasien membutuhkan tenaga lebih untuk melakukan kegiatan tersebut di kesehariannya, dibuktikan dengan hasil analisa yang menunjukkan domain fisik, khususnya pada item energi dan bekerja pada kualitas hidup menjadi domain yang terburuk.

Dalam hasil analisa status fungsional terdapat item kontrol BAK, kontrol BAB, berpindah tempat (berpindah di atas tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi roda), mandi, membersihkan diri (merawat diri/merias), dan berpakaian menjadi item-item dengan nilai tinggi. Pada hasil analisa kualitas hidup, domain fisik khususnya item fungsi ekstremitas atas, bahasa, penglihatan, dan perawatan diri memiliki nilai yang tinggi. Hasil penelitian tersebut menunjukkan terdapat kaitan antara fungsi ekstremitas atas pada responden memiliki fungsi yang lebih baik daripada ekstremitas bawah.

Hasil penelitian mendukung hipotesis yang menyatakan bahwa terdapat hubungan kuat antar status fungsional dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke iskemik. Temuan ini didukung oleh penelitian lain dari penderita stroke yang meneliti kualitas hidup, bahwa kemampuan fungsional adalah faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada penderita stroke (Rangell, *et al.*, 2013). Ellis, *et al.*, (2013) dalam penelitiannya menyatakan bahwa orang-orang yang bergantung pada aktivitas kehidupan sehari-hari dan memiliki keterbatasan fisik dan sosial cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah. Dengan demikian, pasien pasca stroke yang mandiri dalam kehidupan sehari-hari cenderung memiliki kualitas hidup yang baik. Begitu juga menurut Senesac (2006), penggunaan ekstremitas sangat penting karena memberikan penilaian yang subjektif tentang tingkat kesejahteraan seseorang, sehingga gangguan motorik pada ekstremitas dianggap mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

#### **6.4 Implikasi di Bidang Keperawatan**

Perawat memiliki peran penting dalam proses perbaikan pasien stroke di fase penyembuhan khususnya pada fase subakut yaitu dua minggu hingga enam bulan setelah serangan terakhir. Pada fase ini pasien pasca stroke mengalami

pemulihan neurologis dan juga fungsional. Tujuan utama intervensi yang bisa diberikan perawat pada pemulihan fungsional adalah membantu memberikan pengetahuan (edukasi) dan intervensi rehabilitasi fisik guna meningkatkan kemandirian dan mencegah terjadinya komplikasi dan stroke ulangan, serta meningkatkan kualitas hidupnya. Selain itu perawat juga memberikan edukasi pada pasien dan keluarga yang berfokus pada pentingnya perawatan fisik, psikologi, emosional, kognitif, spiritual, dan sosial. Edukasi yang diberikan meliputi pengetahuan dan latihan untuk keluarga terkait perawatan pasien di rumah seperti manajemen nutrisi, manajemen dysphagia, manajemen latihan dan gerak, dan manajemen pengendalian diri. Perawat juga menyediakan informasi pada pasien dan keluarga untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi, dan memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga. Intervensi oleh perawat yang berfokus pada perbaikan status fungsional pada pasien pasca stroke iskemik diharapkan berdampak pada peningkatan kualitas hidup pasien, khususnya yang berfokus pada peningkatan fungsi ekstremitas bawah.

### **6.5 Keterbatasan Penelitian**

Pada penelitian ini tidak menyaring responden yang melakukan rehabilitasi fisik, sedangkan rehabilitasi fisik bisa menjadi faktor yang sangat berpengaruh bagi perkembangan perbaikan fungsi fisik pada pasien pasca stroke. Selain itu, serangan stroke berulang juga merupakan salah satu faktor pemberat gejala sisa pada pasien stroke. Pada penelitian ini tidak menyaring antara pasien stroke pertama dan yang berulang.

## **BAB 7**

### **PENUTUP**

#### **7.1 Kesimpulan**

1. Status Fungsional pada pasien pasca stroke iskemik di Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang menunjukkan sebagian besar memiliki ketergantungan sedang dan sebagian besar memiliki penurunan fungsi pada ekstremitas bagian bawah.
2. Kualitas hidup pada pasien pasca stroke iskemik di Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang menunjukkan sebagian besar memiliki kualitas hidup tinggi dengan item energi pada domain psikososial memiliki nilai yang rendah.
3. Terdapat hubungan antara status fungsional dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke iskemik di Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang dengan hasil korelasi hubungan tergolong sangat kuat, dan bernilai positif yang berarti semakin tinggi status fungsional pasien pasca stroke iskemik, maka akan berdampak terhadap semakin tinggi kualitas hidup pasien tersebut.

#### **7.2 Saran**

1. Penelitian ini dapat menjadi referensi bagi perawat untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya mempertahankan status fungsional yang berfokus pada mobilitas dalam kehidupan sehari-hari khususnya yang berfokus pada perbaikan fungsi ekstremitas bawah.

2. Bagi penelitian selanjutnya, peneliti menyarankan untuk melakukan penelitian lain dengan mempertimbangkan variabel lain seperti keikutsertaan pasien pada rehabilitasi fisik dan ulangan stroke.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abubakar S.A. dan Isezuo, S.A. 2012. *Health related quality of life of stroke survivors: Experience of a Stroke Unit*. International Journal of Biomedical Science, 8 (3), 183-187.
- American Thoracic Society. 2001. *Guidelines for management of adults with community acquired pneumonia. Diagnosis, assesment of severity, antimicrobial therapy, and prevention*. Am J. Respir Crit Care Med. 163: 1730-54. 38: 1097-103
- Artal, J.C., Egido, J.A., Gonzalez, J.L., dan Seijas, V. 2000. *Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of stroke unit*. Stroke: Journal of the American Heart Association, (31), 2995-3000.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Benjamin, E.J., Virani, S.S., Callaway, C.W., Chamberlain, A.M., Chang, A.R., dan Cheng, S. 2018. *Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association*. 137(12): 67-492.
- Biller, J. dan Love, B.B. 2000. *Vascular diseases of the nervous system. A. Ischemic cerebrovascular disease*. In Neurology in Clinical Practice, Boston, Butterworth Heinemann, pp. 1125-1166
- Black, J.M. dan Hawks, J.H.. 2009. *Medical Surgical Nursing: Clinical Management or Positive Outcomes*. 8<sup>th</sup> ed. St.Louis: Elsevier Inc.
- Burker, L. dan Le Mone, P. A.. 2008. *Medical surgical nursing: Critical thinking in client care*. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Cahyati, Yanti., Nurachmah, Elly., dan Hastono, S.P. 2013. Perbandingan Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Hemiparese Melalui Latihan Range Of Motion Unilateral dan Bilateral. Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 16 No.1, Maret 2013, hal 40-46
- Caplan, L.R. 2006. Stroke. American Academy of Neurologi Press, New York, USA.
- Carod-Artal, F. J. 2012. *Determining quality of life in stroke survivors*. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(2), 199–211. doi:10.1586/erp.11.104
- Chamorro, A., Urra, X., dan Planas, A.M. 2007. *Infection after acute ischemic stroke. A Manifestation of brain-induced immunodepression : Stroke*.



- Dobkin, B.H. 2005. *Rehabilitation after Stroke*. The New England Journal of Medicine, 352 (16), 1677-84.
- Doengoes, E., Marilyn, F. Moorhouse, Mary., dan Geissler, C.A.. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien (Nursing care plan: guidelines for planning and documenting patient care)*. Edisi Ketiga. Jakarta: EGC.
- Dongoran, R.A. 2007. *Jumlah neutrofil absolut sebagai indikator keluaran stroke iskemik*. Program Pasca Sarjana Magister Ilmu Biomedik dan Program Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Penyakit Saraf Universitas Diponegoro, Semarang. Available at: <http://mbiomedik.undip.ac.id/> [Diunduh pada 3 September 2014].
- Donna dan Suzanne. 2012. *Functional Movement Development: Across the Life Span*. 3<sup>rd</sup> ed. St-Louis:Elsevier Inc.
- Elfira, E. 2015. *Hubungan Status Fungsional Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Iskemik Di Rumah Sakit Kota Medan*. Tesis. Medan: Repository Online Universitas Sumatera Utara.
- Ellis, G., Gardner M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R.H., Conroy, S.P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D., Shepperd, S. 2017. *Comprehensive Geriatric Assessment For Older Adults Admitted To Hospital*. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 12;9:CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub3.
- Exel, N.J., Scholte op Reimer, W.J., dan Koopmanschap, M.A. 2004. *Assessment of post-stroke quality of life cost-effectiveness studies: The usefulness of Barthel Index and Euro Qol-5D*. Qual Life Res. 13;427-33.
- Giraldo, E.A .2007. *Ischemic Stroke*. Merck Manual. New Jersey, USA: Merck Sharp & Dohme Corp. <http://www.merckmanuals.com/home/sec06/ch086/ch086c.html>. Diunduh pada tanggal 23 September 2018.
- Hachinski, V. 1999. *Post-Stroke Depression, Not To Be Underestimated*. Lancet. 353: 1728.
- Hacke, Werner. 2003. *European stroke initiative recommendations for stroke management-update 2003*. Cerebrovascular diseases journal. 16;311-337. Doi: 10.1159/000072554
- Handayani, F. 2012. *Angka Kejadian serangan stroke pada wanita lebih rendah daripada laki-laki di RS dr Karyadi Semarang*. PSIK FKep Diponegoro. Semarang.
- Harsono. 1999. *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Penerbit Gajah Mada University Press. Yogyakarta.

- Ignavicious, D. D dan Workman, M. L. 2006. *Medical-surgical nursing: Critical thinking for collaborative care*. St-Louis: Elsevier.
- Johnson A.J., Pickard A.S., Feeny HD, Shuaib A, Carriera KC. 2004. *Agreement assessment of healthrelated quality of life after stroke using the EQ-SD and health utilities index*. American Stroke Association. 35: 607-612.
- Jules, Y., Lam, T. 2012. *Atherosclerosis*. Merck Manual. New Jersey, USA: Merck Sharp & Dohme Corp. [http://www.merckmanuals.com/professional/cardiovascular\\_disorders/arteriosclerosis/atherosclerosis.html](http://www.merckmanuals.com/professional/cardiovascular_disorders/arteriosclerosis/atherosclerosis.html). Diperoleh tanggal 21 Desember 2018.
- Junaidi, I. 2011. *Stroke waspadai ancamannya*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Kong, K.H., dan Yang, S.Y. 2006. *Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic*. Singapore Med J, 47 (3), 213-18.
- Lewis, S.L. 2011. *Medical surgical nursing: Assessment and management of clinical problems*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: ElsevierInc.
- Lingga, L. 2013. *All about stroke: Hidup sebelum dan pasca stroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo
- Loretz, L. 2005. *Primary Care Tools For Clinicians A Compendium Of Forms Questionnaires, And Rating Scales Of Everyday Practice*. Mosby Inc. St Louis. Missouri.
- Mahoney, F.I., dan D. Barthel. 1996. *Fungsional evaluation: the Barthel's Index*. Maryland state medical journal, (14), 56-61.
- Misbach, J. dan Kalim, H. 2007. *Stroke mengancam usia produktif*. Artikel diakses dari [www.medicastore.com](http://www.medicastore.com). Diperoleh tanggal 18 Desember 2018.
- Patel, M.D., Tilling, K., Lawrence, E. 2006. *Relationships between longterm stroke disability, handicap and health-related quality of life*. Age and Ageing, (35), 273-279.
- PERDOSSI. 2011. *Guideline Stroke tahun 2011*. Persatuan Dokter Saraf Indonesia, Jakarta.
- Peterson, S.J., dan Bredow, T.S. 2004. *Middle range theoriest: Aplication nursing research*. Lippincott. Philadelphia.
- Post, M.W., Boosman H., van Zandvoort, M.M, Passier, P.E., Rinkel, G.J., Visser-Meily J.M. 2010. *Development and validation of a short version of the Stroke-Specific Quality of Life Scale*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 82, 3:283-286.

- Price, S.A., dan Wilson, L.M. 2006. *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit*. (Brahm U.Pendit, Huriawati Hartanto, Pita Wulansari dan Dewi Asih Mahanani, penerjemah). Jakarta: EGC.
- Rachpukdee, S., Howteerakul, N., Suwannapong, N. dan Tang-Aroonsin, S. *Quality of life of stroke survivors: a 3-month follow-up study*. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2013 Oct;22(7):e70-8. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.05.005. Epub 2012 Jun 29.
- Raju R.S., Prabhakaran, S., Sarma, dan Pandian, J.D. 2010. *Psychosocial Problems, Quality of Life, and Functional Independence Among Indian Stroke Survivors*. Stroke. 2010;41:2932–2937 DOI: 10.1161/STROKEAHA.110.596817
- Rangell, E.S.S., Angélica, G.S.B., Solange D. 2013. *Quality Of Life Of Patients With Stroke Rehabilitation*. Acta paul. enferm. vol.26 no.2 São Paulo 2013.
- Rikesdas. 2018. *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013*. [http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi\\_rakorpop\\_2018/Hasil%20Rikesdas%202018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Rikesdas%202018.pdf). Diunduh pada tanggal 23 mei 2019.
- Ropyanto, C.B. 2011. *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan status fungsional pasien paska open reduction internal fixation (orif) fraktur ekstremitas bawah di RS. Ortopedi prof. Soeharso Surakarta*. <http://lontar.Ui.Ac.id> Diporoleh tanggal 20 Desember 2018.
- Samsa, G.P dan Matchar, D.B. 2004. *How strong is the relationship functional status and Quality of life among persons with stroke*. Journal Rehabilitation Res Development, 41(3A);279-82
- Smeltzer S.C., dan Bare B.G. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Sulter, G., Steen, C. dan Keyser, J.D. 1999. *Use of the barthel index and modified rankin scale in acute stroke trials*. Stroke. 30:1538-1541.
- Sustrani, L., Syamsir A., dan Iwan H. 2003. *Stroke*. Jakarta: PT Gramedia
- Sutrisno. 2007. *Stroke??? Sebaiknya anda tahu sebelum anda terserang stroke*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Tramonti, F., Fanciullacci, C., Giunti, G., Rossi, B., dan Chisari, C. 2014 . *Functional status and quality of life of stroke survivors undergoing rehabilitation programmes in a hospital setting*. Neuro Rehabilitation.35(1);1-7.
- Williams, L. dan Hopper, D. 2003. *Understanding Medical Surgical Nursing*. 3<sup>rd</sup> ep. Philladelphia. FA Davis Company.

- Williams, L.S., Weinberger, M., Harris, L.E., Clark, D.O., dan Biller. J. 1999. *Development of a stroke-specific quality of life scale*. Stroke, 30 (7), 1362-69.
- Wirawan, R. P. 2009. *Rehabilitasi Stroke pada Pelayanan Kesehatan Primer*. Majalah Kedokteran Indonesia.
- World Health Organization. 2016. *Stroke, Cerebrovascular Accident*. National Stated. [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/). Diunduh pada tanggal 23 September 2018.
- Yavuzer, G., Selles, R., Sezer, N., Sutbeyaz, S., Bussmann, J.B., Kaseoglu, F. 2008. *Mirror Therapy Improves Hand Function In Subacute Stroke: A Randomized Controlled Trial*. Arch Phys Med Rehabil. 2008 Mar;89(3):393-8. doi: 10.1016/j.apmr.2007.08.162
- Yueniwati Y. 2014. *Deteksi Dini Stroke Iskemia dengan Pemeriksaan Ultrasonografi Vaskular dan Variasi Genetika*. Malang: Universitas Brawijaya Press.
- Zeferino, S.O.L., dan Aycock, D. M. A. –B. 2010. *Poststroke shoulder pain: inevitable or preventable?* Rehabilitation Nursing, 35(4);147.

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Azka Qothrunnadaa  
NIM : 135070201131004  
Program Sudi : Program Studi Ilmu Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil-alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 11 Juni 2019

Yang membuat pernyataan

Azka Qothrunnadaa  
NIM. 135070201131004

## Lampiran 2. Keterangan Ijin Studi Pendahuluan

KESEHATAN DAERAH MILITER VI BRAWIJAYA  
RUMAH SAKIT Tk. II dr. SOEPRAOEN

Nomor : B/325/II/2019  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Jawaban Permohonan Ijin Studi  
Pendahuluan untuk Penyusunan  
Proposal T.A. an. Azka Q.

Malang, 14 Februari 2019

Kepada  
Yth. Dekan Fak. Kedokteran  
Univ. Brawijaya Malang  
di  
Malang

1. Berdasarkan Surat Dekan FKUB Malang Nomor 400/UN10.F08.01/PP/2019 tanggal 15 Januari 2019 tentang surat permohonan ijin pengambilan data awal untuk pembuatan proposal Tugas Akhir.
2. Sehubungan hal tersebut di atas, dengan ini Karumkit Tk.II dr.Soepraoen memberikan ijin kepada mahasiswa Program Studi S-1 Keperawatan FKUB Malang a.n. Azka Qothrunnadaa NIM. 135070201131004 untuk melaksanakan studi pendahuluan terkait penyusunan Tugas Akhir dengan tema "Hubungan Status Fungsional Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik", namun sebelum melaksanakan kegiatan tersebut agar mahasiswa yang bersangkutan berkoordinasi terlebih dahulu ke Silitbangkes Rumkit Tk.II dr.Soepraoen.
3. Demikian mohon dimaklumi.

Kepala Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen,  
  
dr. Tri Pangkas W. M., Sp.PD  
Kolonel Ckm NRP 33010

Tembusan :

1. Kabid. Diklat dan Litbangkes RS Tk.II dr. Soepraoen
2. Kasi Yanmed Rumkit Tk.II dr. Soepraoen

### Lampiran 3. Keterangan Ijin Penelitian

KESEHATAN DAERAH MILITER V/ BRAWIJAYA  
RUMAH SAKIT Tk. II dr. SOEPROAEN

Nomor : B/551 / III /2019  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : 1 lembar  
Perihal : Jawaban Permohonan Ijin Penelitian  
an. Azka Qothrunnadaa dkk. 1 orang

Malang, 20 Maret 2019

Kepada  
Yth. Dekan Fak. Kedokteran  
Universitas Brawijaya  
di  
Malang

1. Berdasarkan Surat Dekan Fak. Kedokteran Univ. Brawijaya Malang Nomor 400/UN10.F08.01/PP/2019 tgl. 15 Jan 2019 dan 401/UN10.F08.01/PP/2019 tanggal 15 Jan 2019 tentang Permohonan Ijin Penelitian (pengambilan data) untuk Pembuatan Tugas Akhir.
2. Sehubungan hal tersebut di atas, dengan ini Karumkit Tk.II dr. Soepraoen memberikan Ijin kepada Mahasiswa Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang sesuai daftar terlampir untuk melaksanakan Penelitian sesuai ketentuan yang berlaku, namun sebelumnya agar mahasiswa yang bersangkutan berkoordinasi terlebih dahulu mengenai hal teknis dan administrasi ke Si Litbangkes Rumkit Tk.II dr. Soepraoen.
3. Demikian mohon dimaklumi.

Kepala Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen,  
  
di. Theodorikus W. M., Sp.PD.  
Kolonel Ckm NRP 33010

Tembusan :

1. Kabid. Diklat dan Litbangkes RS Tk.II dr. Soepraoen
2. Kainstalwatlan Rumkit Tk.II dr. Soepraoen

Lampiran 4. Keterangan Kelaikan Etik



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 168; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755  
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : kep.fk@ub.ac.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK  
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 123 / EC / KEPK – S1 – PSIK / 04 / 2019

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA,  
SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN,  
DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

**JUDUL** : Hubungan antara Status Fungsional dengan Kualitas Hidup Pasien  
Pasca Stroke Iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit TK. II Dr. Soepraoen  
Malang.

**PENELITI** : Azka Qothrunnadaa

**UNIT / LEMBAGA** : S1 Keperawatan – Fakultas Kedokteran – Universitas Brawijaya  
Malang.

**TEMPAT PENELITIAN** : Rumah Sakit TK. II Dr. Soepraoen Malang.

**DINYATAKAN LAIK ETIK.**

Malang, 12 APR 2019  
Ketua

Prof. Dr. dr. Moch. Istiadjid ES, SpS, SpBS(K), SH, M.Hum, Dr(HK)  
NIP. 20180246051611001

**Catatan :**

Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan  
Pada Akhir Penelitian, Laporan Pelaksanaan Penelitian Harus Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy.  
Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik  
Penelitian (Amandemen Protokol).



Lampiran 5. Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian



**KESEHATAN DAERAH MILITER V / BRAWIJAYA**  
**RUMAH SAKIT Tk. II dr. SOEPROAEN**

Jalan Sodanco Supriadi No. 22 Malang 65147 Telp. (0341) 325111/325112



**SURAT KETERANGAN**

Nomor Sket/24/VI/2019/Lit

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **Fatkhuriyanto, S.ST, M.M.**  
Pangkat / NIP : **Penata Tk.I-III/d NIP 197006051990021001**  
Jabatan : **Kepala Seksi Litbangkes Bid. Diklat dan Litbangkes**  
Kesatuan : **Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen**

Menerangkan bahwa:

Nama : **Azka Qothrunnadaa**  
NIM : **135070201131009**  
Nama Institusi : **Universitas Brawijaya Malang**  
Fakultas : **Kedokteran**  
Prodi/Jurusan : **S-1 Ilmu Keperawatan**

Telah melaksanakan penelitian pada tanggal 18 April s.d 9 Mei 2019 di Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen untuk penelitian yang berjudul "Hubungan Status Fungsional Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik di Poli Syaraf RS Tk.II dr. Soepraoen" dan hasilnya telah dipresentasikan di hadapan tim penelaah hasil penelitian.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 14 Juni 2019

a.p. Kepala Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen  
Kepala Seksi Litbangkes,



*Fatkhuriyanto*  
Fatkhuriyanto, S.ST, M.M.

Penata Tk.I-III/d NIP 197006051990021001

Lampiran 6. Berita Acara Presentasi Laporan Hasil Penelitian

**BERITA ACARA  
PELAKSANAAN PRESENTASI  
LAPORAN HASIL PENELITIAN**

Pada hari ini Jumat tanggal 14 bulan Juni tahun 2019 bertempat di ruang Si Litbangkes Rumkit Tk.II dr. Soepraoen Malang, telah dilaksanakan acara Presentasi Hasil Penelitian Kuantitatif / ~~Kualitatif~~\*) dengan judul: "**Hubungan Status Fungsional Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik di Poli Syaraf RS Tk.II dr. Soepraoen**".

Hasil Karya dari:

Nama Peneliti Utama : Azka Qothrunnadaa  
NRP/NIP/NIK/NIM : 135070201131009  
Asal Institusi : FK Universitas Brawijaya  
Jurusan/Program Studi : Prodi S-1 Keperawatan  
Jenis Penelitian : Tugas Akhir / ~~Dosen~~ / ~~Prog Nas~~ / ~~Hibah~~ / ~~Sponsor~~ \*)  
Area Penelitian : Poli Syaraf

Dalam presentasi ini, jumlah personel yang hadir: 4 orang, terdiri dari:

Penyaji : 1. Azka Qothrunnadaa  
2. ....  
3. ....  
Moderator : Fatkhuriyanto  
Undangan : 1. Ngudi Basuki, Skep Ners  
2. Ans Widyahingsih, Skep Ners  
3. Fatkhuriyanto, SST, MM  
4. ....  
5. ....  
6. ....

Susunan Acara:

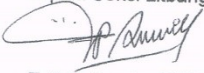
1. Pembukaan
2. Pemaparan Singkat Laporan Hasil Penelitian
3. Diskusi (Klarifikasi, Koreksi, Pertanyaan, Kritik, Saran dan Tanggapan)
4. Penutup

Rekapitulasi diskusi:

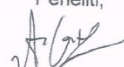
- Klarifikasi 4 kali
- Koreksi 3 kali
- Pertanyaan 4 kali
- Kritik 1 kali
- Saran 3 kali

Demikian Berita Acara ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui:  
Kepala Seksi Litbangkes,

  
Fatkhuriyanto, SST, MM  
Penata Tk.I-III/d NIP 197006051990021001

Malang, 14 - 6 - 2019  
Peneliti,

  
Azka Qothrunnadaa

Lampiran 7. Lembar Konsultasi Pembimbing



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
TUGAS AKHIR

6 a 1

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755  
http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : AZKA ROTHKUNNADAA  
N I M : 135070201181004  
Program Studi : ILMU KEPERAWATAN  
Judul Tugas Akhir : HUBUNGAN STATUS FUNGSIONAL DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI POLI SARAF RUMAH SAKIT DR SOEPKROEM MALANG  
Pembimbing I : Ns. TONY SUHARSONO, S.Kep., M.Kep.  
Pembimbing II : Ns. SETYOADI, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom.

Tgl	Pembimbing I/II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
29/06 18	I	Konsultasi topik + tempat penelitian	Lanjutkan BAB I	
19/09 18	I	Konsultasi BAB I	- Revisi BAB 2 - LANJUT BAB II	
10/10 18	I	Konsultasi BAB II	- Revisi BAB II - Lanjut BAB III	
24/10 18	I	KONSULTASI BAB III	- Revisi BAB 2 + 3 - Lanjut BAB 4	
21/11 18	I	KONSULTASI BAB IV	Revisi BAB 4	
18/12 18	I		ACC Sayura-	
11/1 19	I	Konsultasi revisi BAB 1-4	Lanjutkan revisi	
7/2 19	I	Konsultasi revisi BAB 1-4	Lanjutkan revisi dan kuesioner	
19/3 19	I	Konsultasi kuesioner konsultasi ETIK	Lanjutkan revisi kuesioner	
1/4 19	I	KONSULTASI KUESIONER konsultasi ETIK	Lanjutkan revisi, Lanjutkan ambil data.	



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
TUGAS AKHIR

692

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755  
http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : AZKA COTHRUNNADDA  
N I M : 1350201131009  
Program Studi : ILMU KEPERAWATAN  
Judul Tugas Akhir : HUBUNGAN STATUS FUNGSIONAL DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASKA STROKE ISKEMIK DI POLI SARAF RUMAH SAKIT TK-II DR. SVEPRADEN MALANG  
Pembimbing I : Ns. TONY SUHARJONO, S.kep, M.kep.  
Pembimbing II : Ns. SETYOADI, S.kep, M.kep, Sp.kon.

Tgl	Pembimbing I/II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
2/5 19	I	Konsultasi BAB 9	Lanjutkan revisi	
10/5 19	I	Konsultasi BAB 9	Lanjutkan revisi	
22/5 19	I	Konsultasi BAB 5	Lanjutkan revisi	
29/5 19	I	Konsultasi BAB 5-6	Lanjutkan revisi	
29/5 19	I	Konsultasi BAB 6	Acc sesuai	



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
 FAKULTAS KEDOKTERAN  
 TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755  
 http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

66

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : ALMA QUTHUNNADHA  
 NIM : 135070201131009  
 Program Studi : ILMU KEPERAWATAN  
 Judul Tugas Akhir : HUBUNGAN STATUS Fungsional Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik Di Poli Saraf Rumah Sakit DR SOEPRAOEN MALANG  
 Pembimbing I : Ns. TONY SUTARSONO, S.Kep., M. Kep.  
 Pembimbing II : Ns. SETYOPADI, S.Kep., M.Kep., Sp.Nom.

Tgl	Pembimbing I/II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
10/10 13	II	Konsultasi BAB I - II	- Lanjut + revisi bab I - II - Revisi + lanjut bab III	
24/10 18	II	Konsultasi BAB III	- Revisi bab III - Lanjut bab IV	
21/11 10	II	Konsultasi BAB IV	- Revisi bab IV	
19/12 18	II	Konsultasi BAB IV		
	II	Konsultasi Etik	Lanjutkan revisi	
	II	Konsultasi Etik	ACC ETIK	
	II	Konsultasi Bab 9-6	Lanjutkan revisi	
	II	Konsultasi Bab 9-6	Lanjutkan revisi	
	II	Konsultasi BAB 9-6	Lanjutkan revisi	
	II	Konsultasi BAB 9-6	ACC Sembras.	

Lampiran 8.

### **PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN**

1. Saya Azka Gothrunnadaa Mahasiswa Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan ini meminta Bapak/ibu/sdr untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul **“Hubungan Status Fungsional Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II Dr. Soepraoen Malang”**.
2. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan status fungsional dengan kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang.
3. Penelitian ini akan berlangsung selama 15 – 25 menit dengan bahan penelitian berupa manusia yaitu pasien pasca stroke iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang yang akan diambil dengan cara mengisi kuesioner sesuai dengan kriteria yang sudah ditentukan oleh peneliti sesuai dengan tujuan penelitian. Bagi responden yang kesulitan dalam membaca dan menulis, maka pengisian kuesioner akan dibantu oleh peneliti.
4. Keuntungan yang Bapak/ibu/sdr peroleh dengan keikutsertaan Bapak/ibu/sdr adalah ikut menyumbang dan memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu khususnya dibidang keperawatan.  
Manfaat langsung yang Bapak/ibu/sdr peroleh adalah dapat mengetahui status fungsional dan kualitas hidup Bapak/ibu/sdr.  
  
Manfaat tidak langsung yang dapat diperoleh yaitu ikut menyumbang dan memberikan manfaat bagi ilmu keperawatan guna pelayanan yang lebih baik
5. Ketidaknyamanan/ resiko yang mungkin muncul yaitu waktu anda akan tersita untuk menjawab pertanyaan dan pernyataan pada lembar kuisisioner.
6. Pada penelitian ini, prosedur pemilihan subjek yaitu ditentukan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan peneliti. Mengingat Bapak/ibu/sdr memenuhi kriteria tersebut, maka peneliti meminta kesediaan Bapak/ibu/sdr untuk mengikuti penelitian ini setelah penjelasan penelitian ini diberikan.

7. Prosedur pengambilan sampel adalah menggunakan teknik penetapan sampling yang dilakukan dengan cara pertimbangan tertentu sesuai dengan ciri-ciri yang sudah ditetapkan. Teknik pengambilan sampel ini berdasarkan kriteria yang sudah ditentukan oleh peneliti sesuai dengan tujuan penelitian. Subyek yang memenuhi kriteria penelitian dan mengisi lempat persetujuan tersebut akan menjadi anggota sampel cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan dalam menjawab kuesioner dan waktu anda terganggu tetapi Bapak/ibu/sdr tidak perlu kuatir karena anda akan memperoleh keuntungan dan keikutsertaan anda dalam penelitian ini.
8. Setelah Bapak/ibu/sdr menyatakan kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka peneliti memastikan Bapak/ibu/sdr dalam keadaan sehat
9. Sebelum pengisian kuesioner/ wawancara, peneliti akan menerangkan cara mengisi kuesioner kepada Bapak/ibu/sdr, selama 5 – 10 menit, dengan cara mencentang, sesuai dengan pengalaman yang Bapak/ibu/sdr alami dengan menggunakan tinta hitam.
10. Sebelum pengisian kuesioner / wawancara, peneliti akan memberikan penjelasan mengenai tujuan dari penelitian ini dan menjelaskan prosedur untuk mengisi kuesioner.
11. Selama pengisian kuesioner / wawancara, diperkenankan bagi Bapak/ibu/sdr untuk menanyakan apabila ada yang belum dipahami dari isi kuisisioner.
12. Setelah mengisi kuesioner / wawancara, Bapak/ibu/sdr dapat melakukan tukar pengalaman dan tanya jawab dengan peneliti seputar status fungsional dan kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik.
13. Bapak/ibu/sdr dapat memberikan umpan balik dan saran pada peneliti terkait dengan proses pengambilan data dengan kuesioner / wawancara baik selama maupun setelah proses pengisian kuesioner / wawancara secara langsung pada peneliti.
14. Peneliti akan memberikan waktu satu hari pada Bapak/ibu/sdr untuk menyatakan dapat berpartisipasi / tidak dalam penelitian ini secara sukarela, sehari sebelum pengisian kuesioner / wawancara.
15. Jika Bapak/ibu/sdr menyatakan bersedia menjadi responden namun disaat penelitian berlangsung anda ingin berhenti, maka Bapak/ibu/sdr dapat menyatakan mengundurkan diri atau tidak melanjutkan ikut dalam penelitian ini. Tidak akan ada sanksi yang diberikan kepada Bapak/ibu/sdr terkait hal ini.

16. Nama dan jati diri Bapak/ibu/sdr akan tetap dirahasiakan, sehingga diharapkan Bapak/ibu/sdr tidak merasa khawatir dan dapat mengisi kuisioner sesuai kenyataan dan pengalaman Bapak/ibu/sdr yang sebenarnya.
17. Jika Bapak/ibu/sdr merasakan ketidaknyamanan atau dampak karena mengikuti penelitian ini, maka Bapak/ibu/sdr dapat menghubungi peneliti yaitu dengan menghubungi Azka Qothrunnadaa ke nomor 085331597249.
18. Perlu Bapak/ibu/sdr ketahui bahwa penelitian ini telah mendapatkan persetujuan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, sehingga Bapak/ibu/sdr tidak perlu khawatir karena penelitian ini akan dijalankan dengan menerapkan prinsip etik penelitian yang berlaku.
19. Hasil penelitian ini kelak akan dipublikasikan namun tidak terdapat identitas Bapak/ibu/sdr dalam publikasi tersebut sesuai dengan prinsip etik yang diterapkan.
20. Peneliti akan bertanggung jawab secara penuh terhadap kerahasiaan data yang Bapak/ibu/sdr berikan dengan menyimpan data hasil penelitian yang hanya dapat diakses oleh peneliti
21. Jika Bapak/ibu/sdr bersedia menjadi partisipan penelitian ini, maka Bapak/ibu/sdr akan mendapatkan tanda terima kasih berupa handuk dan ballpoint seharga Rp 22.000.

Peneliti Utama

(Azka Qothrunnadaa)



Lampiran 9.

**Pernyataan Persetujuan untuk  
Berpartisipasi dalam Penelitian**

Saya yang bertandatangan dibawah ini meyakini bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul "**Hubungan Status Fungsional Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik di Poli Saraf Rumah Sakit Tk. II Dr. Soepraoen Malang**".

**Malang,                                 , 2019**

Peneliti

Yang membuat pernyataan

(Azka Qothrunnadaa)

(.....)

NIM. 13507201131004

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)

Lampiran 10. Instrumen Penelitian

**ANGKET BIODATA RESPONDEN**

**PETUNJUK PENGISIAN :**

Berikan tanda silang (x) pada kotak pilihan sesuai dengan kondisi sebenarnya pada anda

1) Nama/inisial : \_\_\_\_\_

2) Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan

3) Usia : \_\_\_\_\_ tahun

4) Status perkawinan :  Kawin  Belum kawin  
 Duda/janda

5) Pendidikan :  Tidak Sekolah  SD  SMP  
 SMA  Perguruan Tinggi

6) Pekerjaan :  PNS/TNI/Polri  Wiraswasta  
 Petani  Tidak bekerja

## **BARTHEL INDEX**

### **Identitas Responden**

a. Nama : -----

b. Tanggal lahir : -----

c. Jenis Kelamin : -----

d. No Responden : -----

e. No RM : -----

No.	Aspek Fungsional yang dinilai (seminggu terakhir)	Skor		
		Tidak dapat melakukan sama sekali (100% bantuan)	Dengan bantuan sedikit	Mandiri
1.	Makan dan minum (jika makanan perlu dipotong = dengan bantuan)	0	5	10
2.	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur dan sebaliknya (termasuk duduk di atas tempat tidur)	0	5	15 atau 10 jika dengan arahan/supervisi
3.	Personal hygiene (mencuci muka, menyisir rambut, bercukur dan menyikat gigi)	0	0	5
4.	Melepas dan memakai kembali pakaian saat di toilet (melepas dan memakai pakaian ketika BAB/BAK, dan menyiram closet)	0	5	10

5.	Mandi sendiri	0	0	5
6.	Berjalan (atau jika tidak dapat berjalan, mendorong kursi roda)	0	5 jika pasien mandiri mendorong kursi roda	15 atau 10 jika dengan sedikit bantuan
7.	Naik dan turun tangga	0	5	10
8.	Berpakaian (termasuk memakai sepatu, mengancing baju)	0	5	10
9.	Mengontrol BAK	0	5	10
10.	Mengontrol BAB	0	5	10

**SKALA KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE/  
Short version of stroke specific quality of life scale (SS-QOL)**

**Identitas Responden**

- a. Nama : -----  
 b. Tanggal lahir : -----  
 c. Jenis Kelamin : -----  
 d. No Responden : -----  
 e. No RM : -----

**1. Kualitas hidup aspek fisik**

**Petunjuk pengisian:**

- a. Pilihlah salah satu jawaban dari setiap pertanyaan yang paling sesuai dengan kondisi bapak/ibu saat ini.
- (1) Pilihlah jawaban “**Tidak Mampu Melakukan Sama Sekali**” (TML) jika bapak/ibu tidak mampu melakukan kegiatan tersebut (sesuai item pertanyaan).
  - (2) Pilihlah jawaban “**Banyak Masalah**” (BM) jika bapak/ibu mengalami banyak masalah saat melakukan kegiatan tersebut (sesuai item pertanyaan).
  - (3) Pilihlah jawaban “**Sedikit Masalah**” (SM) jika bapak/ibu mengalami banyak masalah saat melakukan kegiatan tersebut (sesuai item pertanyaan).
  - (4) Pilihlah jawaban “**Tidak Ada Masalah**” (TM) jika bapak/ibu tidak mengalami masalah saat melakukan kegiatan tersebut (sesuai item pertanyaan).
- b. Berikan tanda **ceklist** (✓) pada kolom disebelah kanan setiap pertanyaan sesuai dengan jawaban yang bapak/ibu pilih.

No	Pertanyaan (seminggu terakhir)	Pilihan Jawaban			
		TML	BM	SM	TM
1.	Sejauh mana masalah yang bapak/ibu alami saat memenuhi kebutuhan diri seperti mandi ?				
2.	Sejauh mana masalah yang bapak/ibu alami saat berjalan atau menggunakan kursi roda ? (misalnya banyak berhenti dan beristirahat karena lelah atau tidak mampu)				
3.	Sejauh mana masalah yang bapak/ibu alami saat mengancing baju?				
4.	Sejauh mana masalah yang bapak/ibu alami saat berbicara ? (seperti mengulang berbicara agar orang lain dapat memahami apa yang bapak/ibu katakan)				
5.	Sejauh mana masalah penglihatan yang bapak/ibu alami seperti masalah saat menonton televisi untuk dapat menikmati acaranya ?				
6.	Sejauh mana masalah yang bapak/ibu alami saat melakukan pekerjaan sehari-hari dirumah ?				

## 2. Kualitas hidup aspek psikososial

### Petunjuk pengisian:

- a. Pilihlah salah satu jawaban yang paling sesuai dengan kondisi bapak/ibu saat ini.
  - (1) Pilihlah jawaban **“Sangat Setuju” (SS)** jika bapak/ibu sangat setuju dengan pernyataan pada kolom di sebelah kiri.
  - (2) Pilihlah jawaban **“Setuju” (S)** jika bapak/ibu setuju dengan pernyataan pada kolom di sebelah kiri.
  - (3) Pilihlah jawaban **“Tidak Setuju” (TS)** jika bapak/ibu tidak setuju dengan pernyataan pada kolom di sebelah kiri.
  - (4) Pilihlah jawaban **“Sangat Tidak Setuju” (STS)** jika bapak/ibu tidak setuju dengan pernyataan pada kolom di sebelah kiri.
- b. Berikan tanda ceklist (✓) pada kolom disebelah kanan setiap pertanyaan sesuai dengan jawaban yang bapak/ibu pilih

No	Pertanyaan (seminggu terakhir)	Pilihan Jawaban			
		SS	S	TS	STS
7.	Saya kesulitan dalam mengingat sesuatu.				
8.	Saya merasa menjadi beban bagi keluarga.				
9.	Kondisi fisik saya mengganggu kehidupan sosial saya, seperti berkumpul dengan teman atau masyarakat.				
10.	Saya merasakan bahwa kepribadian saya telah berubah				
11.	Saya merasa berkecil hati memandang masa depan saya.				
12.	Saya terlalu lelah untuk melakukan kegiatan yang biasanya saya lakukan				

Sumber: Dharma K.K. 2015. Efektifitas Intervensi Model Adaptasi Paska Stroke (IMAPS) Terhadap Respon Adaptasi Dan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke. *Disertasi*. Depok: Program Ilmu Keperawatan Program Studi Doktor Keperawatan Universitas Indonesia.

Lampiran 11. Tabulasi Karakteristik Demografi

NO	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Status Perkawinan	Pendidikan terakhir	Pekerjaan
1	PAN	P	56	menikah	pt	tidak bekerja
2	RIN	P	47	menikah	sma	PNS
3	NGA	L	51	menikah	sma	TNI
4	HARJ	L	61	duda	sd	wiraswasta
5	SUP	L	61	menikah	sma	wiraswasta
6	MAH	L	56	menikah	sma	Swasta
7	HER	L	56	menikah	sma	PNS
8	FAT	P	69	janda	smp	tidak bekerja
9	YAY	P	54	menikah	sma	tidak bekerja
10	EDD	L	51	duda	sma	wiraswasta
11	MISR	P	64	janda	smp	tidak bekerja
12	KAR	L	61	duda	sd	tidak bekerja
13	SUY	L	61	menikah	pt	PNS
14	MON	P	57	menikah	sd	tidak bekerja
15	WAS	p	68	menikah	sd	tidak bekerja
16	LIL	P	65	menikah	sma	pns
17	SOP	P	69	menikah	pt	wiraswasta
18	SAT	P	64	janda	sd	Tidak Bekerja
19	HAN	P	51	menikah	smp	Tidak Bekerja
20	KUS	L	67	menikah	sma	Tidak Bekerja
21	SUSI	P	46	menikah	sma	PNS
22	WAY	L	52	menikah	sma	PNS
23	DIA	P	63	janda	sd	Tidak Bekerja
24	MAM	L	54	menikah	sma	PNS
25	BET	P	54	menikah	pt	PNS
26	JAM	L	51	menikah	pt	PNS
27	IND	P	67	janda	sma	Tidak Bekerja
28	SOE	L	48	menikah	sma	PNS
29	SUL	P	56	menikah	sma	PNS
30	WAK	L	51	menikah	sma	PNS
31	SUY	P	54	menikah	sd	Tidak Bekerja
32	SOET	L	63	menikah	sma	TNI
33	MIST	L	64	menikah	sd	Tidak Bekerja
34	DAH	P	64	menikah	sd	Swasta
35	BES	P	58	menikah	sma	PNS
36	CIM	P	51	menikah	pt	PNS
37	POM	L	54	menikah	sma	TNI
38	HART	L	66	menikah	sd	Tidak Bekerja
39	SAW	L	52	menikah	sma	TNI
40	DEN	L	45	menikah	pt	PNS
41	DJUM	P	65	menikah	sd	Wiraswasta
42	KAS	L	59	menikah	sd	Wiraswasta
43	ELL	P	52	menikah	pt	Swasta
44	SUW	L	57	menikah	smp	Tidak Bekerja

45	AST	P	63	menikah	smp	Tidak Bekerja
46	SAH	L	64	menikah	sma	TNI
47	SRIO	P	68	menikah	sd	Tidak Bekerja
48	MAS	P	57	menikah	pt	PNS
49	MUN	P	64	menikah	sd	Tidak Bekerja
50	PRI	L	62	duda	sma	Wiraswasta
51	GAT	L	57	menikah	sma	TNI
52	UMI	P	59	menikah	sma	PNS
53	CHUS	L	62	duda	pt	Wiraswasta
54	SIH	L	62	menikah	sma	Swasta



Lampiran 12. Tabulasi Hasil Penelitian Status Fungsional

NO	Nama	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	total skor
1	PAN	10	15	5	10	5	15	5	10	10	10	95
2	RIN	10	15	5	10	5	10	10	10	10	10	95
3	NGA	5	10	5	5	5	10	5	5	5	10	65
4	HARJ	5	10	5	10	5	15	10	5	10	10	85
5	SUP	5	10	5	10	5	10	10	5	10	10	80
6	MAH	10	15	5	5	0	10	5	5	10	10	75
7	HER	5	10	5	10	5	10	0	10	10	10	75
8	FAT	10	15	5	10	5	15	5	10	10	10	95
9	YAY	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
10	EDD	10	15	0	5	5	10	5	10	10	5	75
11	MISR	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
12	KAR	5	15	0	5	5	5	5	5	5	10	60
13	SUY	10	15	5	10	5	10	10	10	10	10	95
14	MON	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
15	WAS	5	15	5	5	5	5	5	5	10	10	70
16	LIL	10	15	5	5	5	10	5	10	10	10	85
17	SOP	10	15	5	5	5	10	10	10	10	10	90
18	SAT	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
19	HAN	10	15	5	10	5	15	5	10	10	10	95
20	KUS	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
21	SUSI	10	15	5	10	5	15	5	10	10	10	95
22	WAY	5	10	5	10	5	10	10	5	10	10	80
23	DIA	10	15	5	5	0	10	5	5	10	10	75
24	MAM	5	10	5	10	5	10	0	10	10	10	75
25	BET	10	15	5	10	5	15	5	10	10	10	95
26	JAM	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
27	IND	10	15	0	5	5	10	5	10	10	5	75
28	SOE	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
29	SUL	5	15	5	5	5	5	5	5	10	10	70
30	WAK	10	15	5	5	5	10	5	10	10	10	85
31	SUY	10	15	5	5	5	10	10	10	10	10	90
32	SOET	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
33	MIST	10	15	5	5	5	10	5	10	10	10	85
34	DIAH	10	15	5	5	5	10	10	10	10	10	90
35	BES	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
36	CIM	10	15	0	5	5	10	5	10	10	5	75
37	POM	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
38	HART	5	15	5	5	5	5	5	5	10	10	70
39	SAW	10	15	5	5	5	10	10	10	10	10	90
40	DEN	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
41	DJUM	10	15	5	5	5	10	10	10	10	10	90
42	KAS	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90

43	ELL	5	15	5	5	5	5	5	5	10	10	70
44	SUW	10	15	5	5	5	10	5	10	10	10	85
45	AST	10	15	5	5	5	10	10	10	10	10	90
46	SAH	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
47	SRIO	10	15	5	5	5	10	10	10	10	10	90
48	MAS	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
49	MUN	5	15	5	5	5	5	5	5	10	10	70
50	PRI	10	15	5	5	5	10	5	10	10	10	85
51	GAT	10	15	5	5	5	10	10	10	10	10	90
52	UMI	10	15	5	10	5	10	5	10	10	10	90
53	CHUS	10	15	5	5	5	10	0	5	10	10	75
54	SIH	10	15	5	10	5	15	5	10	10	10	95

Lampiran 13. Tabulasi Hasil Penelitian Kualitas Hidup

No	Nama	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	total skor
1	PAN	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	2	44
2	RIN	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	2	43
3	NGA	4	4	4	2	2	3	3	2	2	2	3	2	33
4	HARJ	4	3	4	4	3	2	4	4	4	3	3	1	39
5	SUP	4	3	4	3	4	3	3	2	3	3	2	1	35
6	MAH	3	2	4	4	4	2	2	2	3	3	2	2	33
7	HER	4	2	3	3	4	2	3	3	3	2	2	2	33
8	FAT	4	4	4	4	3	4	4	2	4	3	3	4	43
9	YAY	4	4	4	4	2	3	4	2	4	3	4	3	41
10	EDD	4	3	4	3	4	3	3	3	3	2	2	1	35
11	MIS	4	3	4	4	4	2	4	3	4	3	4	2	41
12	KAR	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	1	27
13	SUY	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	45
14	MON	4	4	4	3	4	3	3	4	3	3	4	2	41
15	WAS	2	2	2	4	3	1	4	2	2	2	4	1	29
16	LIL	4	4	4	4	4	3	4	2	3	3	3	1	39
17	SOP	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	3	42
18	SAT	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	2	40
19	HAN	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	2	43
20	KUS	4	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	2	40
21	SUSI	4	4	4	4	4	3	2	4	4	2	4	2	41
22	WAY	3	4	4	3	4	3	3	2	3	3	2	1	35
23	DIA	3	2	4	4	4	2	2	2	3	2	4	1	33
24	MAM	4	2	3	4	3	2	3	3	3	2	2	2	33
25	BET	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	44
26	JAM	4	4	4	4	2	3	4	2	4	3	4	3	41
27	IND	3	3	4	3	4	3	3	3	3	1	2	1	33
28	SOE	4	3	4	4	4	2	4	4	3	3	4	2	41
29	SUL	2	2	2	4	3	1	4	2	3	2	4	2	31
30	WAK	4	4	4	4	4	3	4	2	3	4	2	1	39
31	SUY	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	3	42
32	SOET	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	2	2	40
33	MIST	4	4	4	4	4	3	4	2	3	4	2	1	39
34	DIAH	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	3	42
35	BES	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	2	2	40
36	CIM	4	3	4	3	4	3	3	3	3	1	2	1	34
37	POM	4	3	4	4	4	2	4	4	3	3	4	2	41
38	HART	2	2	2	4	3	1	4	2	3	2	4	2	31
39	SAW	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	3	42
40	DEN	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	2	2	40
41	DJUM	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	2	41
42	KAS	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	1	40
43	ELL	2	2	2	4	3	1	4	2	2	3	3	2	30
44	SUW	4	3	4	4	4	3	4	2	3	3	2	1	37

45	AST	4	4	3	3	4	3	4	3	3	4	4	3	42
46	SAH	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	2	41
47	SRIO	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	2	41
48	MAS	3	4	3	4	4	3	3	4	4	4	3	1	40
49	MUN	2	2	2	4	3	1	4	2	2	3	3	2	30
50	PRI	4	3	4	4	4	3	4	4	2	3	2	1	38
51	GAT	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	43
52	UMI	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	2	40
53	CHUS	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	4	2	31
54	SIH	4	4	4	4	4	3	2	4	4	2	4	2	41

Lampiran 14. Uji Normalitas dan Uji Bivariat

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Status Fungsional	Kualitas Hidup
N		54	54
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	84.7222	38.2037
	Std. Deviation	9.08122	4.56558
Most Extreme Differences	Absolute	.294	.227
	Positive	.136	.114
	Negative	-.294	-.227
Kolmogorov-Smirnov Z		2.157	1.669
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.008

Lampiran Korelasi Spearman

**Correlations**

			Status Fungsional	Kualitas Hidup
Spearman's rho	Status Fungsional	Correlation Coefficient	1.000	.931**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	54	54
	Kualitas Hidup	Correlation Coefficient	.931**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	54	54

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

LAMPIRAN 15. JADWAL PENYUSUNAN TUGAS AKHIR

NO	KEGIATAN	2018					2019						
		6	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
1	Konsultasi Proposal	■	■										
2	Seminar Proposal			■	■	■							
3	Revisi Seminar Proposal						■	■					
4	<i>Ethical Clearance</i>								■				
5	Uji Validitas dan Reliabilitas												
6	Pengambilan Data Penelitian									■	■		
7	Pengolahan Data										■		
8	Seminar Hasil Penelitian											■	
9	Revisi Seminar Hasil Penelitian											■	
10	Pengesaan Tugas Akhir											■	
11	Pengumpulan Tugas Akhir											■	

\*Uji Validitas dan Reliabilitas tidak dilakukan karena instrumen telah diujikan di penelitian sebelumnya yang memiliki kriteria responden serupa.

## LAMPIRAN 16. RIWAYAT HIDUP PENELITI

### *Curriculum Vitae*



#### I. DATA PRIBADI

- Nama Lengkap : Azka Qothrunnadaa
- Tempat/ Tanggal Lahir : Banyuwangi, 21 Juli 1995
- Jenis kelamin : Perempuan
- Status Pendidikan : Mahasiswa Strata 1
- NIM : 135070201131004
- Jurusan/ Fakultas : Ilmu Keperawatan/ Kedokteran
- Perguruan Tinggi : Universitas Brawijaya
- Alamat Perguruan Tinggi : Jl. Veteran, Malang, Jawa Timur, Indonesia
- Alamat Rumah : Telp. (0341) 551611 Fax +62 341-565420  
: Jalan Mastrip Gang 3 No. 12
  - Kelurahan/ Desa : Kanigaran
  - Kecamatan : Kanigaran
  - Kabupaten/ Kota : Kota Probolinggo
  - Provinsi : Jawa Timur
  - Telepon/ HP : 085331597249
  - Email : az.qoth@gmail.com
- Alamat di Malang : Jl. Mertojoyo Blok K no.5 Kota Malang
- Agama : Islam
- Warga Negara : Indonesia
- Status Perkawinan : Belum Menikah

## II. RIWAYAT PENDIDIKAN

No	Tingkat	Nama Institusi Pendidikan	Tempat	Tahun Lulus	keterangan
1	TK	TK Dharma Wanita Kanigaran	Probolinggo	2001	Lulus
2	SD	SDN Kebonsari Kulon 2	Probolinggo	2007	Lulus
3	SMP	SMPN 1 Kota Probolinggo	Probolinggo	2010	Lulus
4	SMA	SMAN 1 Kota Probolinggo	Probolinggo	2013	Lulus
5	Perguruan Tinggi	Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya	Malang	2013 – sekarang	

## III. PENGALAMAN ORGANISASI

No.	Tahun	Posisi	Keterangan
1	2014-2015	Anggota departemen ITKOM	Lembaga Kerohanian Islam Fakultas Brawijaya
2	2015-2016	Sekretaris Koordinator Departemen ITKOM	Lembaga Kerohanian Islam Fakultas Brawijaya



## LAMPIRAN 17. DOKUMENTASI



Gambar 1-2. Proses Pengambilan Data di Poli Saraf



Gambar 3-4. Presentasi Hasil di Litbangkes Rumah Sakit