

**HUBUNGAN TINGKAT KETERGANTUNGAN ACTIVITY OF
DAILY LIVING (ADL) DENGAN KEJADIAN STRES PADA
PASIEN STROKE DI POLI NEUROLOGI
RSUD ACHMAD DARWIS SULIKI
TAHUN 2014**

SKRIPSI



OLEH

RAHMI YASMAN
NIM : 10103084105547

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS
SUMATERA BARAT TAHUN 2014**

**HUBUNGAN TINGKAT KETERGANTUNGAN ACTIVITY OF
DAILY LIVING (ADL) DENGAN KEJADIAN STRES PADA
PASIEN STROKE DI POLI NEUROLOGI
RSUD ACHMAD DARWIS SULIKI
TAHUN 2014**

Penelitian Keperawatan Medikal Bedah

Diajukan Sebagai

Salah Satu Syarat Dalam Memperoleh Gelar

Sarjana Keperawatan



OLEH

RAHMI YASMAN

NIM : 10103084105547

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS
SUMATERA BARAT TAHUN 2014**

Program Studi Ilmu Keperawatan

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS SUMATERA BARAT

SKRIPSI, September 2014

RAHMI YASMAN

HUBUNGAN TINGKAT KETERGANTUNGAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) DENGAN KEJADIAN STRES PADA PASIEN STROKE DI POLI NEUROLOGI RSUD ACHMAD DARWIS SULIKI TAHUN 2014

IX + VI BAB + 52 Halaman + 7 Tabel + 2 Gambar + 6 Lampiran

ABSTRAK

Stroke menimbulkan kecacatan fisik berupa penurunan kemampuan motorik yang mengakibatkan penurunan kemampuan aktivitas. Penurunan kemampuan aktivitas menyebabkan ketergantungan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari (ADL). Pemenuhan kemampuan tersebut mempengaruhi terjadinya stress.

Penelitian ini menggunakan metode analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*, dilakukan di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014. Sampel penelitian sebanyak 32 orang responden yang diambil dengan teknik accidental sampling pada 23 Juni sampai 15 Juli 2014.

Instrumen penelitian menggunakan modifikasi indeks barthel dan kuesioner dan observasi stress. Data dianalisis menggunakan uji statistic chi square. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pasien stroke yang memiliki tingkat ketergantungan total sebesar 46,9%, responden yang mengalami stress berat sebesar 56,3%, (p value 0,030).

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat ketergantungan aktivitas (ADL) dengan kejadian stress pada pasien stroke di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014. Jadi, semakin tinggi tingkat ketergantungan aktivitas seseorang, maka semakin tinggi juga kemungkinan akan terjadinya stress. Dan salah satu cara yang tepat untuk mencegah hal tersebut adalah dengan cara rehabilitasi medik untuk pencegahan dari kecacatan fisik. Dan yang terpenting adalah dukungan keluarga untuk memberikan motivasi kepada pasien.

Kata kunci : ADL, STRES, STROKE.

Daftar bacaan : 23 (2000-2014)

Degree Of Nursing Study

PERINTIS SCHOOL OF HEALTH SCIENCE WEST SUMATRA

Undergraduate thesis, September 2014

RAHMI YASMAN

THE CORRELATION BETWEEN LEVEL OF DEPENDENCY IN FULFILLMENT ON ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) WITH INCIDENT STRESS OF STROKE PATIENTS AT POLYCLINIC OF NEUROLOGICAL ACHMAD DARWIS HOSPITAL SULIKI 2014

IX + VI BAB + 52 Pages + 7 Tables + 2 Pictures + 6 Appendix.

ABSTRACT

Stroke causes physical disability such as decrease in motoric ability that leads to a decline in ability of the activities. It cause dependent activity in fullfils activity of daily living (ADL). It decreasing ability affectsof self esteem for stroke patients.

The study used correlation analysis method with cross sectional, approach performed at Polyclinic of Neurologycal Achmad Darwis Hospital Suliki. Sample consist of 32 respondents, which was taken by accidentally sampling technique in 23 juny until 15 july 2014.

The instrument study used modification of barthel index and self-esteem questionnaire and observation. The data were analyzed by using chi square statistic. Based on the result of the research, it is proven tha: the stroke patients who have a total dependency rate is 46,9%, the respondents that experienced severe stress is 56,3% and the severe stress on the result of the observation is 56,3% (ρ value = 0,030).

From this research, it can be concluded that there is significant correlation between the level of dependency of activity (ADL) with the case of stress on stroke patients at Polyclinic of Neurologycal Achmad Darwis Hospital Suliki. It mean that if the level dependency activity of persons's is higher, the possibility stress of the person will be probably too. And the ways to solve this case are by preventing and medical rehabilitation to prevent from physical defect. And the most important things is family's support to provide motivation to the patients.

Keywords: ADL, STRES, STROKE.

Reading List: 23 (2010-2014)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas

Nama : Rahmi Yasman
Tempat / Tanggal Lahir : Pekan Kamis / 08 Juli 1991
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Negeri Asal : Bukittinggi
Alamat : Jln. Anduring Munggu Gadang, Kamang
Kebangsaan / Suku : Indonesia / Minang
Jumlah Saudara : 5 (Lima)
Anak Ke : 5 (Lima)

Nama Orang Tua

Ayah : Adisman

Ibu : Yasni

Pekerjaan

Ayah : Petani

Ibu : IRT

B. Riwayat Pendidikan

1996-1997 : TK AL-Hidayah Situmbuak
1997-2003 : SDN 32 Pincuran
2003-2006 : MTSs Asy-Syarif Koto Laweh
2006-2009 : MAS Asy-Syarif Koto Laweh
2010-Sekarang : PSIK Perintis Sumatera Barat

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamu'alaikum wr. wb

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, karena telah memberi nikmat kesehatan, kekuatan, pikiran yang jernih dan keterbukaan hati sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini yang berjudul “Hubungan Tingkat Ketergantungan Activity of Daily Living (ADL) Dengan Kejadian Stress Pada Pasien Stroke Di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014”. Penulisan proposal ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar Bukittinggi. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan proposal ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Skripsi ini. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini izin kan penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku ketua STIKes Perintis Sumbar Bukittinggi.
2. Ibu Ns. Yaslina, M.Kep, Sp.Kom selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar Bukittinggi.
3. Ibuk Ns, Zulfa, M.Kep, Sp.KMB selaku pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan fikiran untuk mengarahkan, membimbing dan memberikan masukan sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini.
4. Ibu Ns. Yuli Permata Sari, S.Kep selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan fikiran untuk mengarahkan, membimbing dan memberikan masukan sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini.
5. Staff STIKes Perintis Sumbar Bukittinggi yang telah banyak membantu dalam kelancaran penulisan Skripsi ini.
6. Direktur RSUD Achmad Darwis Suliki beserta Staff yang telah bersedia memberikan data-data yang penulis butuhkan dalam menunjang kelancaran Skripsi ini.

7. Teristimewa untuk Ayah dan Ibunda tercinta, kakak, serta keluarga yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil dan telah memberikan dorongan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini.
8. Semua teman-teman Mahasiswa/i Stikes Perintis yang namanya tidak dapat disebutkan satu persatu serta semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, penulis berharap Allah Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Penulis juga mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan dimasa yang akan datang. Semoga Proposal ini membawa manfaat bagi kita semua dan bermanfaat bagi pengembangan ilmu pendidikan.

Bukittinggi, 12 Agustus 2014

Rahmi Yasman

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS

ABSTRAK

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PERNYATAAN PENGUJI

| | |
|------------------------------|------|
| KATA PENGANTAR | i |
| DAFTAR ISI | iii |
| DAFTAR TABEL | vii |
| DAFTAR GAMBAR | viii |
| DAFTAR LAMPIRAN | ix |

BAB I PENDAHULUAN

| | |
|-------------------------------------|---|
| 1.1 Latar Belakang Masalah | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah Penelitian..... | 5 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 5 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 6 |
| 1.5 Ruang Lingkup Penelitian | 7 |

BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN

| | |
|---------------------------------|----|
| 2.1 Stroke | 8 |
| 2.1.1 Defenisi Stroke..... | 8 |
| 2.1.2 Etiologi..... | 9 |
| 2.1.3 Faktor Resiko Stroke..... | 10 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.1.4 | Klasifikasi..... | 11 |
| 2.1.5 | Manifestasi Klinis..... | 12 |
| 2.1.6 | Patofisiologi..... | 14 |
| 2.1.7 | Pencegahan..... | 16 |
| 2.2 | Activity of Daily Living (ADL)..... | 17 |
| 2.2.1 | Pengertian Activity of Daily Living (ADL)..... | 17 |
| 2.2.2 | Macam-Macam ADL..... | 17 |
| 2.2.3 | Tingkat Ketergantungan ADL... .. | 18 |
| 2.2.4 | Cara Pengukuran ADL..... | 19 |
| 2.2.5 | Faktor Yang Mempengaruhi Aktivitas | 21 |
| 2.3 | Stres..... | 22 |
| 2.3.1 | Pengertian Stres..... | 22 |
| 2.3.2 | Faktor Yang Dapat Menyebabkan Stres... .. | 23 |
| 2.3.3 | Derajat Stres... .. | 23 |
| 2.3.4 | Indikator Stres Fisiologis... .. | 24 |
| 2.3.5 | Indikator Stres Psikologis... .. | 24 |
| 2.3.6 | Cara Menilai Stres... .. | 25 |
| 2.3.7 | Penatalaksanaan Stres... .. | 26 |
| 2.4 | Hubungan Ketergantungan Activity of Daily Livig Dengan Kejadian Stres... .. | 27 |
| 2.5 | Kerangka Teori..... | 29 |

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFENISI OPERASIONAL

| | | |
|-----|---------------------------|----|
| 3.1 | Kerangka Konsep..... | 30 |
| 3.2 | Defenisi Operasional..... | 31 |

| | |
|-------------------------------|----|
| 3.2.1 Variabel Independent... | 31 |
| 3.2.2 Variabel Dependent... | 32 |
| 3.3 Hipotesa... | 32 |

Bab IV METODE PENELITIAN

| | |
|---|----|
| 4.1 Desain Penelitian | 33 |
| 4.2 Tempat Dan Waktu Penelitian..... | 33 |
| 4.3 Populasi, Sampel, Sampling..... | 33 |
| 4.3.1 Populasi..... | 33 |
| 4.3.2 Sampel..... | 34 |
| 4.3.3 Teknik Sampling..... | 35 |
| 4.4 Teknik Pengumpulan Data..... | 35 |
| 4.4.1 Alat Pngumpulan Data... .. | 35 |
| 4.4.2 Uji Coba..... | 37 |
| 4.4.3 Prosedur Pengambilan Data... .. | 37 |
| 4.5 Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data... .. | 37 |
| 4.5.1 Edititing..... | 37 |
| 4.5.2 Coding..... | 38 |
| 4.5.3 Entry Data... .. | 38 |
| 4.5.4 Cleaning (Pembersihan Data)... .. | 38 |
| 4.6 Analisa Data... .. | 38 |
| 4.6.1 Analisa Univariat... .. | 38 |
| 4.6.2 Analisa Bivariat..... | 38 |
| 4.7 Etika Penelitian... .. | 39 |
| 4.7.1 Inform Consent... .. | 39 |

| | |
|--|----|
| 4.7.2 Anomity (Tanpa Nama)..... | 39 |
| 4.7.3 Confidentiality (Kerahasiaan)..... | 40 |

Bab V HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

| | |
|----------------------------|----|
| 5.1 Hasil Penelitian | 41 |
| 5.2 Pembahasan..... | 50 |

Bab VI PENUTUP

| | |
|----------------------|----|
| 6.1 Kesimpulan | 51 |
| 6.2 Saran..... | 52 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| Tabel | Halaman |
|---|---------|
| Table 2.2 Indeks Bharthel | 20 |
| Tabel 2.3 Penilaian Skor IB | 21 |
| Tabel 3.2 Defenisi Operasional..... | 31 |
| Table 5.3.1 Distribusi Frekuensi Tingkat Ketergantungan ADL..... | 42 |
| Tabel 5.3.2 Distribusi Frekuensi Kejadian Stres | 43 |
| Tabel 5.4 Hubungan Tingkat Ketergantungan Activity Of Daily Living (ADL) Dengan Kejadian Stres | 44 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|----------------------------------|----|
| Gambar 2.5 Kerangka Teori | 29 |
| Gambar 3.1 Kerangka Konsep | 30 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|------------|---|
| Lampiran I | : Permohonan Menjadi Responden |
| Lampiran 2 | : Format Persetujuan (Informed Consent) |
| Lampiran 3 | : Kisi-Kisi Instrumen Penelitian |
| Lampiran 4 | : Lembaran Kuesioner |
| Lampiran 5 | : Lembar Konsultasi |
| Lampiran 6 | : Ganchart |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumberdaya manusia yang produktif secara social dan ekonomis, edukasi dan fasilitas pelayanan kesehatan. Hal tersebut dituangkan dalam Undang-Undang Kesehatan No.36 tahun 2009.

Salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tersebut ditujukan pada penyakit stroke. Stroke adalah cedera vascular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh-pembuluh darah otak. Cedera dapat disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah. Semua ini menyebabkan kurangnya pasokan darah yang memadai. Stroke mungkin menampilkan gejala, mungkin juga tidak (stroke tanpa gejala disebut silent stroke), tergantung pada tempat dan ukuran kerusakan (Veigin, 2006).

Lebih dari 4 juta orang di dunia terserang stroke setiap tahunnya. Di negara maju seperti Amerika, kasus stroke terus meningkat. Berdasarkan data statistik di Amerika, setiap tahun terjadi 750.000 kasus (Yastroki, 2006).

Di Indonesia stroke merupakan penyakit nomor 3 mematikan setelah jantung dan kanker. Menurut survei tahun 2004, stroke merupakan pembunuh nomor satu di Rumah Sakit Pemerintah di seluruh penjuru

Indonesia. Diperkirakan ada 500.000 penduduk yang terkena stroke. Dari jumlah tersebut, sepertiganya bisa pulih kembali, sepertiganya mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang dan sepertiga sisanya mengalami gangguan fungsional berat yang mengharuskan penderita terus menerus di kasur (Yastroki, 2006).

Berdasarkan hasil laporan riset kesehatan dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2007, terkait penyakit stroke di Indonesia yang dilakukan oleh para peneliti dengan pengambilan sampel 440 kabupaten per kota. Sampel yang diambil tersebar di 33 provinsi di Indonesia. Hasil dari riset kesehatan dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2007 menunjukkan bahwa prevalensi stroke di Indonesia sebesar 6% atau 8,3 per 1000 penduduk. Sebanyak 11 provinsi dari 33 provinsi di Indonesia memiliki prevalensi di atas prevalensi nasional, termasuk provinsi Sumatera Barat dengan prevalensi 6,9 % pada posisi ke-10 tertinggi di Indonesia (Riskesdas, 2007).

Di Sumatera Barat jumlah penyakit stroke pada tahun 2007 berjumlah kurang lebih 945 orang. Pada tahun 2008 ditemukan pasien stroke sebanyak 1107 orang dan yang meninggal dunia sebanyak 60 orang sehingga mendapat peringkat ke-3 dari penyakit terbanyak (Profil Dinkes Padang, 2008).

Stroke disebabkan oleh berbagai macam penyakit, seperti hipertensi, jantung, kolesterol, obat terlarang, cedera kepala dan leher serta infeksi. Penyakit darah tinggi telah menyebabkan 17,5 juta kasus stroke di dunia, yang disebabkan oleh faktor usia dan jenis kelamin. Stroke yang terjadi akibat iskemik atau perdarahan yang dampaknya pada bagian otak yakni

deformasi anatomik yang selanjutnya berupa gangguan fungsional (Veigin, 2006).

Gejala stroke dapat berupa gangguan fisik, psikologis, dan perilaku. Gejala fisik paling khas adalah paralisis, kelemahan (kadang dilaporkan oleh pasien sebagai kecanggungan), hilangnya sensasi di wajah, lengan atau tungkai di salah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara atau memahami (tanpa gangguan pendengaran), kesulitan menelan dan hilangnya sebagian penglihatan di satu sisi. Seseorang dikatakan terkena stroke jika salah satu atau kombinasi apapun dari gejala-gejala di atas berlangsung selama 24 jam atau lebih. Namun, seseorang dikatakan mengalami serangan iskemik sesaat (transient ischemic attack atau TIA) jika semua gejala lenyap dalam 24 jam (Veigin, 2006).

Stroke dapat berlanjut pada gangguan Activity Of Daily Living (ADL). Menurut Brunner & Suddarth (2002) ADL adalah aktifitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari. Namun pada pasien stroke, sebagian besar dari mereka mengalami ketergantungan pada aktivitasnya, karena kehilangan kendali atas bagian-bagian tertentu dalam tubuh serta pikirannya, sehingga mereka membutuhkan bantuan orang lain.

Istilah ADL mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan, minum, toileting, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telfon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas seperti (berguling di tempat tidur, bangun dan duduk, bangun dari tempat tidur ke kursi roda, atau dari satu tempat ke tempat lain). Pada pasien stroke yang

mngalami gangguan ADL, umumnya akan berdampak pada psikologis pasien, seperti stres (Sugiarto, 2005).

Stres adalah suatu kondisi dinamik yang mana seseorang individu dikonfrontasikan dengan suatu peluang, kendala, atau tuntutan yang dikaitkan dengan apa yang sangat diinginkannya dan yang hasilnya dipersepsikan sebagai tidak pasti dan penting (Suliswati, 2005).

Stres merupakan situasi yang menimbulkan distress dan menciptakan tuntutan fisik dan psikis pada seseorang yang mengakibatkan keprihatinan dan kekhawatiran pada seseorang tersebut. Stres adalah ketidakmampuan mengatasi ancaman yang dihadapi oleh mental, fisik, emosional, dan spiritual manusia, yang pada suatu saat dapat mempengaruhi kesehatan fisik manusia tersebut. Stres normal merupakan reaksi alamiah yang berguna, karena stres akan mendorong kemampuan seseorang untuk mengatasi kesulitan kehidupan (Asmadi, 2008).

Di RSUD Achmad Darwis Suliki didapatkan data jumlah kunjungan pasien stroke di ruangan poli Neurologi pada bulan Januari – Maret 2014 sebanyak 38 orang. Dari hasil survey tersebut tercatat 35 orang yang mengalami ketergantungan aktivitas (Data Medical Record, RSUD Achmad Darwis Suliki).

Setelah dilakukan studi awal terhadap 5 orang pasien stroke yang diwawancarai di ruang Poli Neurologi RSUD Suliki, didapatkan data 1 orang pasien stroke hampir semua kegiatannya sehari-hari dibantu oleh keluarganya. Pasien mengeluhkan cemas tidak bisa beraktivitas seperti biasa lagi, sedih, tidak bersemangat, dan merasa menyusahkan keluarganya karena dia sadar berasal dari keluarga yang tidak mampu. Sedangkan 2

orang mengatakan sudah mulai bisa melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, mengontrol BAB, BAK dan mengayuh kursi roda, meski sekali-sekali dibantu oleh keluarga. Namun pasien mengeluhkan bosan berada di kursi roda terus. Dan 2 orang pasien stroke lainnya mengatakan sudah bisa berjalan di permukaan datar, dan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda, pasien mengatakan dia harus bisa seperti semula, tidak bergantung sama orang lain lagi.

Berdasarkan data dan fenomena yang ditemukan, penulis tertarik melakukan penelitian terhadap “Hubungan Ketergantungan Activity of Daily Living (ADL) Dengan Kejadian Stress Pada Pasien Stroke Di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014”.

1.2 Rumusan Masalah

Perumusan masalah penelitian ini adalah “Hubungan Tingkat Ketergantungan Activity of Daily Living (ADL) Dengan Kejadian Stress Pada Pasien Stroke Di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan tingkat ketergantungan Activity of Daily Living (ADL) dengan kejadian stress pada pasien stroke di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketahui distribusi frekuensi tingkat ketergantungan Activity of Daily Living (ADL) pada pasien stroke di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014.
2. Diketahui distribusi frekuensi kejadian stress pada pasien stroke di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki tahun 2014.
3. Diketahui hubungan tingkat ketergantungan Activity of Daily Living (ADL) dengan kejadian stress pada pasien stroke di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan bagi peneliti dan merupakan ilmu yang sudah didapat dalam proses belajar selama ini.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dokumentasi bagi instansi pendidik serta sebagai bahan bacaan dan tambahan literatur keilmuan bagi mahasiswa STIKes Perintis Bukittinggi.

1.4.3 Bagi Lahan

Sebagai masukan bagi instansi rumah sakit dalam mengembangkan program penatalaksanaan pasien stress pasca stroke yang berfokus pada bio, psiko, sosio, spiritual dan bekerjasama dengan psikiater.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki untuk mengetahui Hubungan Tingkat Ketergantungan Activiti Of Daily Living (ADL) Dengan Stress Pada Pasien Stroke Di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014. Sampel diambil dengan teknik accidental sampling, yaitu seluruh pasien stroke dengan tingkat ketergantungan Activity of Daily Living (ADL) yang menjalani pengobatan di ruang Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif korelasi yang menggunakan pendekatan cross sectional dengan alat pengumpulan data lembar questioner dan lembar observasi yang telah dilakukan pada 23 Juni sampai 15 Juli 2014.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 Stroke

2.1.1 Defenisi Stroke

Stroke atau kejadian serebrovaskular (CVA), merupakan suatu infark pada otak yang iskemik atau hemoragic yang menyebabkan gangguan fungsi. Ditandai dengan deficit neurilogis fokal dengan onset mendadak, hemiparesis merupakan tanda utama dari stroke. Istilah CVA dan stroke umumnya dapat digunakan berganti-gantian. Untuk menghindari kerancuan, gunakan deskripsi seperti CVA dekstra dengan hemiparesis sinistra (Garrison, 2001).

Stroke adalah gangguan saraf yang menetap, yang diakibatkan oleh kerusakan pembuluh darah otak, yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih, serangannya berlangsung selama 15-20 menit. Orang kerap menyebutnya sebagai serangan otak—identik dengan serangan jantung (Sutrisno, 2007).

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak dan disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bias terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan kecacatan berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat, dan bentuk-bentuk kacacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2011).

Menurut WHO, Stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-

gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa ada penyebab lain yang jelas selain vaskuler (Muttaqin, 2008)

2.1.2 Etiologi

Muttaqin (2008), menjelaskan etiologi stroke sebagai berikut:

1) Trombosis Serebral

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

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak:

- a) Aterosklerosis
- b) Hiperkoagulasi pada polisitemia
- c) Arteritis (radang pada arteri)
- d) Emboli

2) Hemoragi

Perdarahan intracranial atau intraserebral termasuk pendarahan pada ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan

membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

3) Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah:

- a) Hipertensi yang parah
- b) Henti jantung-paru
- c) Curah jantung turun akibat aritmia.

4) Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah:

- a) Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan arteri subaraknoid.
- b) Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

2.1.3 Faktor Resiko Stroke

Beberapa faktor penyebab stroke menurut Muttaqin (2008), antara lain:

- a) Hipertensi, merupakan factor resiko utama
- b) Penyakit kardiovaskular-embolisme serebral berasal dari jantung
- c) Kolesterol tinggi
- d) Obesitas
- e) Peningkatan hematokrit meningkatkan resiko infark serebral
- f) Diabetes terkait dengan aterogenesis terakselerasi
- g) Kontrasepsi oral (khususnya dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi)
- h) Merokok
- i) Penyalahgunaan obat (khususnya kokain)

2.1.4 Klasifikasi

Menurut Muttaqin (2008), klasifikasi stroke itu ada dua:

1. Stroke Hemoragi

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bias juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun, perdarahan otak dibagi dua, yaitu:

- a. Perdarahan intraserebral. Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan cedera otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, talmus, pons, dan sereblum.
- b. Perdarahan subaraknoid. Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma *berry* atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subaraknoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, gangguan hemi sensorik, dan lain-lain).

Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, meregangnya struktur peke nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering juga dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subaraknoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain).

2. Stroke Non Hemoragic

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, berarti bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder, kesadaran umumnya baik.

2.1.5 Manifestasi klinis

Mansjoer (2000), menyebutkan, tanda dan gejala stroke itu berupa, Pada stroke non hemoragic (iskemik), gejala utamanya adalah timbulnya deficit neurologis secara mendadak / subakut, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun, kecuali jika embolus cukup besar. Biasanya terjadi pada usia > 50 tahun.

Menurut WHO, dalam *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision*, stroke hemoragik dibagi atas:

1. Perdarahan intraserebral (PIS)
2. Perdarahan Subaraknoid (PSA)

Stroke akibat PIS mempunyai gejala prodromal yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan sering kali siang hari, saat aktivitas, atau emosi/marah. Sifat nyeri kepalanya hebat sekali. Mual dan muntah sering terdapat pada permulaan serangan. Hemiparesis / hemiplegic biasa terjadi sejak permulaan serangan. Kesadaran biasanya menurun dengan cepat masuk koma (65% terjadi kurang dari setengah jam, 23% antara ½ s.d 2 jam, dan 12% terjadi setelah 2 jam, sampai 19 hari).

Pada pasien dengan PSA didapatkan gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi, ada gejala / tanda rangsangan meningeal. Edema papil dapat terjadi bila ada perdarahan subhialoid karena pecahnya aneurisma pada a. komunikans anterior atau a. karotis interna.

Mansjoer (2000), mengatakan gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Manifestasi klinis stroke akut dapat berupa:

- a) Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak
- b) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik)

- c) Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
- d) Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
- e) Disartria (bicara pelo atau cadel)
- f) Gangguan penglihatan (hemianopia atau monukuler) atau diplopia
- g) Ataksia (trunkal atau anggota badan)
- h) Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala.

2.1.6 Patofisiologi

Menurut Muttaqin (2008), perjalanan penyakit stroke itu adalah: Infark serebral adalah berkurangnya suplay darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktorf-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan, dan spasme vascular) atau kerana gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi.

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih

besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan massif. Okulasi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septic infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisme pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskular, karena perdarahan yang luas terjadi distruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nucleus kaudatus, thalamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversible untuk waktu 4 – 6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

Salain karena kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relative banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intracranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi (Muttaqin, 2008).

2.1.7 Pencegahan

Mansjoer (2000), menyebutkan pencegahan stroke meliputi:

A. Pencegahan Primer

1. Strategi kampanye nasional yang terintegrasi dengan program pencegahan penyakit vascular lainnya.
2. Memasyarakatkan gaya hidup sehat bebas stroke:
 - a) Menghindari: rokok, stress mental, alcohol, kegemukan, konsumsi garam berlebihan, obat-obat golongan amfetamin, kokain, dan sejenisnya.
 - b) Mengurangi: kolesterol dan lemak dalam makanan.
 - c) Mengendalikan: hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung (misalnya fibrilasi atrium, infark miokard akut, penyakit jantung reumatik), penyakit vascular aterosklerotik lainnya.
 - d) Menganjurkan: konsumsi gizi seimbang dan olah raga teratur.

B. Pencegahan sekunder

1. Modifikasi gaya hidup beresiko stroke dan factor resiko misalnya:
 - a) Hipertensi: diet, obat antihipertensi yang sesuai
 - b) Diabetes mellitus: diet, obat hipoglikemik oral/insulin

- c) Penyakit jantung aritmia nonvalvular (antikoagulan oral)
- d) Dislipidemia: diet rendah lemak dan obat antidislipidemia
- e) Berhenti merokok
- f) Hindari alkohol, kegemukan, dan kurang gerak
- g) Hiperurisemia: diet, antihiperurisemia
- h) Polisitemia.

2. Melibatkan peran serta keluarga seoptimal mungkin.

2.2 Activity of Daily Living (ADL)

2.2.1 Pengertian Activity of Daily Living (ADL)

ADL adalah aktifitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari. (Brunner & Suddarth 2002).

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

ADL adalah suatu energi atau keadaan bergerak dimana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup (Wartonah, 2006).

2.2.2 Macam – Macam ADL

Sugiarto (2005), membagi ADL beberapa macam, meliputi:

a) ADL Dasar

Sering disebut ADL saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan &

minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas.

b) ADL instrumental

Yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas.

c) ADL vokasional

Yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.

d) ADL non vokasional

Yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang.

2.2.3 Tingkat Ketergantungan ADL

Menurut Sugiarto (2005), tingkat ADL ada 3:

a) ADL Total 5-6 Jam / 24 Jam)

1. Semua kebutuhan pasien dibantu
2. Perubahan posisi, observasi TTV setiap 2 jam
3. Gelisah / disorientasi

b) ADL Partial 3-4 jam / 24 Jam)

1. Kebersihan diri dibantu
2. Ambulasi dibantu
3. Pasien dengan kateter urine

c) ADL Minimal (1-2 jam / 24 Jam)

1. Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri
2. Makan dan minum dilakukan sendiri
3. Pengobatan minimal, status psikologis stabil.

2.2.4 Cara pengukuran ADL

Pengkajian ADL penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan atau besarnya bantuan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari. Pengukuran kemandirian ADL akan lebih mudah dinilai dan dievaluasi secara kuantitatif dengan sistem skor yang sudah banyak dikemukakan oleh berbagai penulis ADL (Sugiarto, 2005).

Salah satunya yaitu dengan menggunakan Indeks Barthel (IB). Indeks Barthel mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas. IB dapat digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, terutama pada pasien pasca stroke, dimana dalam pengukuran IB ADL kita menentukan apakah pasien bisa melakukan kegiatannya secara mandiri atau di bantu oleh orang lain. Yang mana hal yang diukur adalah : makan, mandi, berhias, berpakaian, kontrol kandung kencing, dan kontrol anus, toileting, transfer dari kursi / tempat tidur, mobilitas dan naik tangga, yang terdiri dari 10 item dan mempunyai skor keseluruhan yang berkisar antara 0-100, dengan kelipatan 5, skor yang lebih besar menunjukkan lebih mandiri (Sugiarto, 2005).

Table 2.2 Indeks Barthel:

| NO | Item yang dinilai | Dibantu | Mandiri |
|-----|---|---------|---------|
| 1. | Makan(bila makanan harus dipotong-potong dulu=dibantu) | 5 | 10 |
| 2. | Transfer dari kursi roda ke tempat tidur dan kembali (termasuk duduk di bed) | 5-10 | 15 |
| 3. | Higieni personal (cuci muka, menyisir, bercukur jenggot, gosok gigi) | 0 | 10 |
| 4. | Naik & turun kloset/ WC (melepas/memakai pakaian, cawik, menyiram WC) | 5 | 10 |
| 5. | Mandi | 0 | 5 |
| 6. | Berjalan di permukaan datar (atau bila tidak dapat berjalan, dapat mengayuh kursi roda sendiri) | 10 | 15 |
| 7. | Naik & turun tangga | 5 | 10 |
| 8. | Berpakaian (termasuk memakai tali sepatu, menutup resleting) | 5 | 10 |
| 9. | Mengontrol anus | 5 | 10 |
| 10. | Mengontrol kandung kemih. | 5 | 10 |

(Sugiarto, 2005).

Tabel 2.3 Penilaian Skor IB

| Penulis | Interpretasi |
|---------|--|
| Granger | 21-40 = Total 41-60 = Partial > 61 = Minimal |

(Sugiarto, 2005).

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi mekanika pergerakan / aktifitas

Menurut Tarwoto (2006), mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi pergerakan / aktifitas:

a. Tingkat perkembangan tubuh

Usia akan mempengaruhi tingkat perkembangan neuromaskuler dan tubuh secara proporsional, postur, pergerakan dan refleks akan berfungsi secara optimal.

b. Kesehatan fisik

Penyakit, cacat tubuh, dan imobilisasi akan mempengaruhi pergerakan tubuh.

c. Keadaan nutrisi

Kurangnya nutrisi dapat menyebabkan kelemahan otot, dan obesitas dapat menyebabkan pergerakan menjadi kurang bebas.

d. Emosi

Rasa aman dan gembira dapat mempengaruhi aktivitas tubuh seseorang. Keresahan dan kesusahan dapat menghilangkan semangat, yang kemudian sering dimanifestasikan dengan kurangnya aktivitas.

e. Kelemahan neuromuskular dan skeletal

Adanya abnormal postur seperti scoliosis, lordosis, dan kiposis dapat berpengaruh terhadap pergerakan.

f. Pekerjaan

Seseorang yang bekerja di kantor kurang melakukan aktivitas bila dibandingkan dengan petani atau buruh.

2.3 Stres

2.3.1 Pengertian Stres

Stres adalah suatu kondisi dinamik dalam mana seseorang individu dikonfortasikan dengan suatu peluang, kendala atau tuntutan yang dikaitkan dengan apa yang sangat diinginkannya dan yang hasilnya dipersepsikan sebagai tidak pasti dan penting (Suliswati, dkk, 2005).

Stres merupakan bagian dari kehidupan yang mempunyai efek positif dan negative yang disebabkan karena perubahan lingkungan. Secara sederhana stress adalah kondisi dimana adanya respon tubuh terhadap perubahan untuk mencapai keadaan normal (Wartonah, 2006).

Sedangkan stressor adalah sesuatu yang dapat menyebabkan seseorang stress. Stressor dapat berasal dari internal (misalnya, perubahan hormone dan sakit) maupun eksternal (misalnya, temperature dan pencemaran) (Wartonah, 2006).

Ketika seseorang mengalami situasi bahaya, maka respons akan muncul. Respons yang tidak disadari pada saat tertentu disebut respons koping. Perubahan dari suatu keadaan dari respon akibat stressor disebut adaptasi. Adaptasi terjadi sesungguhnya apabila adanya keseimbangan antara lingkungan internal dan eksternal. Contoh adaptasi misalnya : optimalnya

semua fungsi tubuh, pertumbuhan dan perkembangan normal, normalnya reaksi antara dan emosi, kemampuan menolerir perubahan situasi.

(Wartolah, 2006).

2.3.2 Faktor-Faktor Yang Dapat Menyebabkan Stress

Pieter (2010), menyebutkan faktor yang menyebabkan stress adalah:

1. Lingkungan yang asing
2. Kehilangan kemandirian sehingga mengalami ketergantungan dan memerlukan bantuan orang lain
3. Berpisah dengan pasangan dan keluarga
4. Masalah biaya
5. Kurang informasi
6. Ancaman akan penyakit yang lebih parah
7. Masalah pengobatan.

2.3.3 Derajat stress

Pieter (2010), membagi stress menjadi tiga lingkaran besar:

1. Stress ringan: stressor yang dihadapi seseorang teratur seperti terlalu banyak tidur, situasi seperti ini biasanya berlangsung beberapa menit atau jam dan belum berpengaruh kepada fisik dan mental hanya saja mulai sedikit tegang.
2. Stress sedang: berlangsung lebih lama, dari beberapa jam sampai beberapa hari, misalnya perselisihan yang tidak terselesaikan.
3. Stress berat: situasi kronis yang dapat berlangsung beberapa minggu sampai beberapa tahun, seperti perselisihan perkawinan, penyakit yang tak

kunjung sembuh, kesulitan financial yang berkepanjangan. Pada keadaan stress berat ini individu sudah mulai ada gangguan fisik dan mental.

2.3.4 Indikator stres fisiologis

Nasir dkk (2011), mengatakan indikator stres adalah objektif, lebih mudah diidentifikasi dan secara umum dapat diamati dan diukur, seperti:

1. Kenaikan tekanan darah
2. Peningkatan tekanan di leher, bahu, dan punggung
3. Peningkatan denyut nadi dan frekuensi pernafasan
4. Telapak tangan berkeringat, tangan dan kaki dingin
5. Postor tubuh yang tidak tegap
6. Keletihan
7. Sakit kepala
8. Gangguan lambung
9. Suara yang bernada tinggi
10. Mual, muntah, dan diare
11. Perubahan nafsu makan
12. Perubahan frekuensi berkemih
13. Dilatasi pupil
14. Gelisah, kesulitan tidur, atau sering terbangun saat tidur.

2.3.5 Indikator stres psikologis

Nasir dkk (2011), mengatakan indikator stres psikologis adalah:

1. Ansietas
2. Depresi

3. Kepenatan
4. Peningkatan penggunaan bahan kimia
5. Perubahan dalam kebiasaan makan, tidur
6. Kelelahan mental
7. Perasaan tidak adekuat
8. Kehilangan harga diri
9. Peningkatan kepekaan
10. Kehilangan motivasi
11. Ledakan emosional dan menangis
12. Mudah lupa dan pikiran buntu.

2.3.6 Cara menilai stres

Menurut Alimul (2006), terdapat beberapa cara untuk menilai stress, antara lain skala Holmes, dan Rahe, 1997. Skala ini menghitung jumlah stress yang dialami seseorang dengan cara menambahkan nilai relative stress, yang disebut Unit Perubahan Hidup (*Life Change Units – LCU*), untuk berbagai peristiwa yang dialami seseorang. Skala ini didasarkan pada premis bahwa peristiwa baik maupun buruk dalam kehidupan seseorang dapat meningkatkan tingkat stress dan dapat membuat orang tersebut lebih rentan terhadap penyakit atau terjadinya kekembuhan penyakit, dan masalah kesehatan mental.

Alimul (2006), menjelaskan hal-hal yang dikaji dalam penilaian stres adalah:

1. Perubahan kondisi keuangan
2. Pindah kerja atau perubahan pekerjaan
3. Konflik dengan pasangan
4. Perubahan kebiasaan pribadi (diet, merokok)
5. Perubahan aktivitas
6. Perubahan pola tidur
7. Perubahan pola makan
8. Gangguan BAB, BAK

2.3.7 Penatalaksanaan Stres

Dalam buku Pieter (2010), yang berjudul *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*, Linda Cerman Copel mengatakan bahwa salah satu teknik penatalaksanaan stress yang umum dapat dilakukan dengan cara:

- a) Menarik nafas dalam-dalam
- b) Menghitung mundur dari sepuluh ke satu
- c) Menarik nafas dalam lagi, katakana hitungan nomor 1-10 pelan-pelan hembusan napas dan ulangi menghitung mundur
- d) Bernaps dengan menggunakan cuping hidung secara bergantian
- e) Relaksasi progresif
- f) *Biofeedback* (meningkatkan pengendalian kesadaran fungsi tubuh yang tidak disadari, seperti tekanan darah)

- g) Lakukan sentuhan terapeutik
- h) *Roffing* (mensejajarkan kembali struktur tubuh dengan memijat jaringan ikat untuk meningkatkan relaksasi)
- i) Bioenergetik (menurunkan ketegangan otot dengan cara pelepasan emosi)
- j) Latihan otogenik (mengatur system syaraf otonom secara mandiri)
- k) Visualisasi atau membayangkan
- l) Berhenti berfikir sejenak
- m) Menolak hal-hal negative atau bicara sendiri yang tidak rasional.

2.4 Hubungan Tingkat Ketergantungan Activity of Daily Living Dengan Kejadian Stres

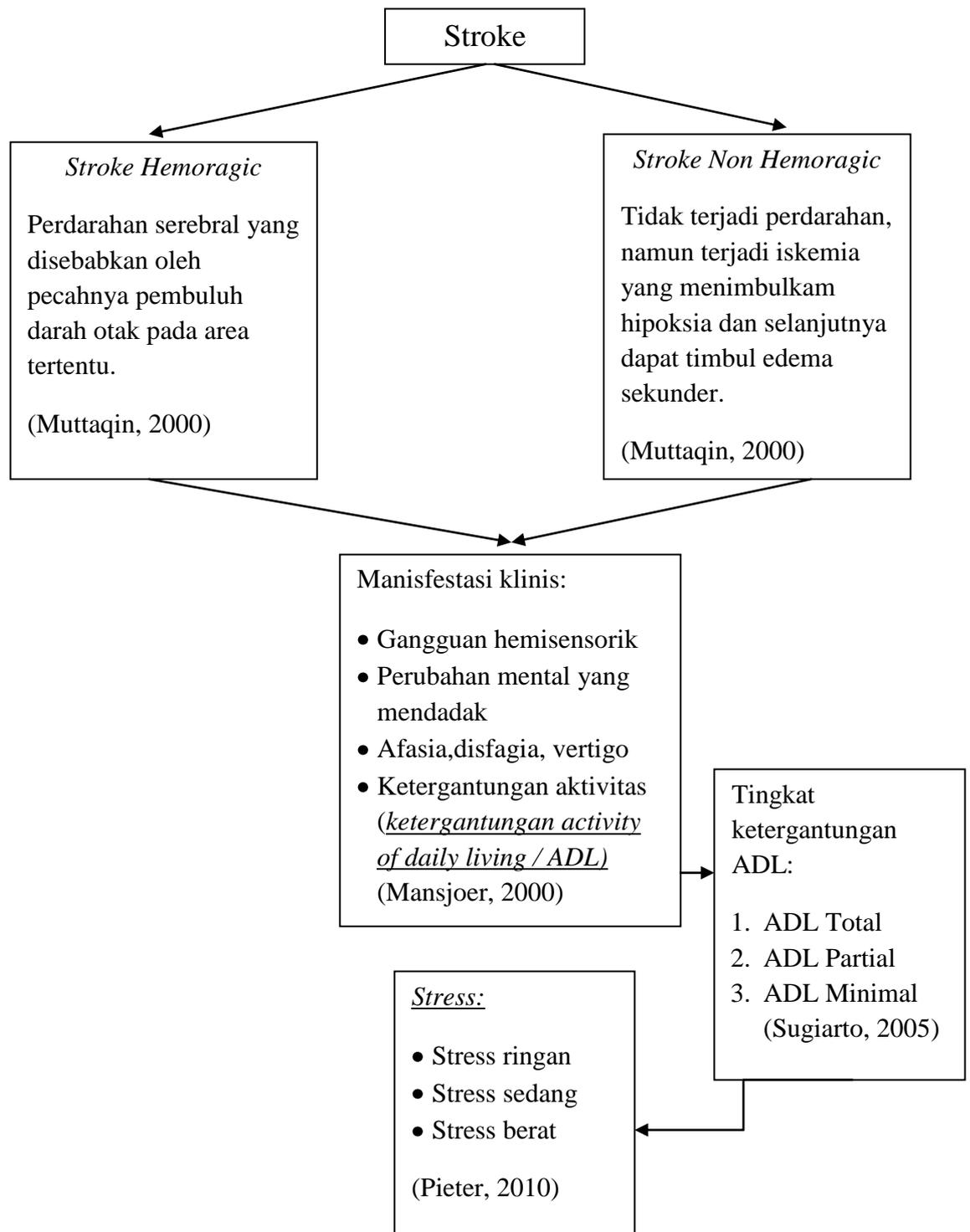
Menurut Sutrisno (2007), perubahan yang terjadi pada hidup seseorang sesudah terkena stroke membawa dampak secara luas dalam arti fisik, mental, maupun social dalam hidup sehingga dapat menyebabkan stress. Tingginya angka kejadian stress pada penderita stroke dikarenakan karena penurunan kualitas hidup akibat perburukan kondisi dan kecacatan yang mereka alami. Penurunan produktivitas dan semakin beratnya kecacatan yang dialami penderita diakibatkan oleh perluasan lesi pada area otak sehingga terjadi eksaserbasi atau penurunan secara progresif fungsi organ tubuh yang terkena.

Penyesuaian diri pada seseorang yang mengalami stress berbeda-beda, pada setiap orang ada yang positive maupun negative. Hal tersebut terjadi karena setiap orang mempunyai apresiasi dan toleransi yang berbeda terhadap stress. Stress sebagai akibat penyesuaian pada keadaan baru akibat serangan

stroke dapat berupa stress fisik maupun psikologis. Hal yang paling ditakuti oleh penderita adalah bahwa hampir selalu penderita yang terserang stroke akan mengalami kecacatan, yakni lumpuh, pikun, serta gangguan lain seperti sulit bicara dan sulit melakukan aktivitas. Penyakit ini dapat merubah seseorang yang tadinya tampak kuat dan tampak tak kenal takut menjadi lemah dan sangat bergantung pada bantuan orang lain.

Gambar 2.5

2.5 Kerangka Teori



BAB III

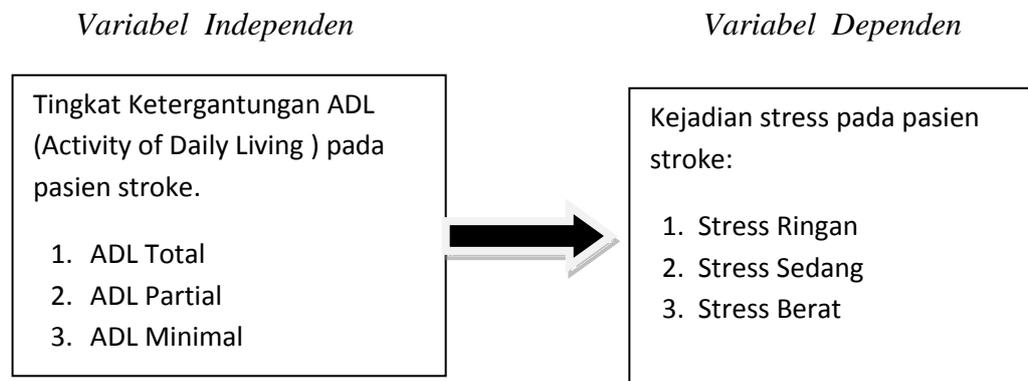
KERANGKA KONSEP DAN DEFENISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu hubungan antara konsep satu dengan konsep yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti. Kerangka konsep ini terdiri dari variabel – variabel serta hubungan variabel yang satu dengan yang lain. Jadi variabel adalah simbol atau lambang yang menunjukkan nilai atau bilangan dari konsep. Dengan adanya kerangka konsep akan mengarahkan kita untuk menganalisis penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan diatas, dapat dirumuskan kerangka konsep sebagai berikut :

Gambar 3.1



3.2 Defenisi Operasional

Defenisi operesional adalah defenisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefenisikan (Nursalam, 2001 : 44)

Defenisi operasional, alat ukur, cara ukur, hasil ukur, dan skala ukur dari masing-masing variabel yang akan diteliti dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.2

3.2.1 Variabel independent

| No | Variabel | Defenisi Operasional | Alat Ukur | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
|-----------|---|---|------------------|------------------|---|-------------------|
| 1. | Tingkat Ketergantungan activity of daily living (ADL) | Ketidaksanggupan seseorang dalam melakukan semua / sebagian aktivitasnya, dan membutuhkan bantuan orang lain. | Kuesioner | Wawancara | 1. ADL Total: 20-40 2. ADL Partial: 41-60 3. ADL Minimal > 60 | Ordinal |

3.2.2 Variabel dependent

| No | Variabel | Defenisi Operasional | Alat Ukur | Cara Ukur | Hasil Ukur | Katego ri |
|----|------------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------|--|-----------|
| 2. | Kejadian stress pada pasien stroke | Terjadinya tekanan pada psikologis seseorang karena adanya ketergantungan aktivitas pada pasien stroke. | Kuesioner, Tensimeter, Senter. | Wawan cara & Obser vasi | kuesioner 1. Stres ringan (1 – 4) 2. Stres sedang (5 – 8) 3. Stres berat (9-12) Observasi: 1. ringan (1–3) 2. sedang (4-6) 3. berat (7–9) | Ordinal |

3.3 Hipotesa

Ha : Ada Hubungan Antara Tingkat Ketergantungan Activity of Daily Living (ADL) Dengan Kejadian Stress Pada Pasien Stroke Di Poli Neurologi RSUD Ahmad Darwis Suliki Tahun 2014.

Ho : Tidak Ada Hubungan Antara Tingkat Ketergantungan Activity of Daily Living (ADL) Dengan Kejadian Stress Pada Pasien Stroke Di Poli Neurologi RSUD Ahmad Darwis Suliki Tahun 2014.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian korelasi yaitu suatu metode penelitian yang bertujuan untuk menemukan ada tidaknya hubungan antara dua variable dan apabila ada, berapa erat hubungannya (Arikunto, 2006). Dengan pendekatan *cross sectional study tudy* yaitu pengumpulan data variable independent dengan variable dependent dilakukan secara bersamaan dan sekaligus (Notoadmodjo, 2002).

Penelitian dilakukan untuk mengetahui adanya Hubungan Tingkat Ketergantungan Activity Of Daily Living (ADL) Dengan Kejadian Stress Pada Pasien Stroke Di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014.

4.2 Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada 23 Juni 2014 – 15 Juli 2014. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Darwis Suliki.

4.3 Populasi, Sampel, Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek yang akan diteliti, menurut Notoadmodjo, (2002). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke dengan ketergantungan Activity of Daily Living (ADL) yang menjalani pengobatan di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun

2014. Dimana pada survey awal pada bulan Januari – Maret didapatkan 98 orang pasien stroke yang mengalami ketergantungan ADL.

4.3.2 Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo, 2002).

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

Keterangan :

N : Besar Populasi

n : Besar Sampel

d : Tingkat Kepercayaan

$$\text{Maka : } n = \frac{N}{1 + N(d)^2} = \frac{35}{1 + 35(0,05)^2} = 32 \text{ orang}$$

Dalam pengambilan sampel terdiri dari criteria inklusi dan criteria eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target atau karakteristik sampel yang layak diteliti.

Kriteria sampel inklusi:

1. Pasien stroke dalam masa pengobatan ke RSUD Suliki dengan Ketergantungan Activity of Daily Living.
2. Pasien stroke yang berada di tempat waktu penelitian.
3. Pasien stroke yang dapat berkomunikasi (dibantu keluarganya).
4. Pasien stroke yang bersedia menjadi responden.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi.

Kriteria sampel eksklusi:

1. Bukan pasien stroke.
2. Tidak dapat berkomunikasi.
3. Tidak bersedia menjadi responden.

4.3.3 Teknik sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Accidental Sampling*, yaitu dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia (Notoatmodjo, 2005).

4.4 Teknik Pengumpulan Data

Untuk mendapatkan data yang relevan dengan masalah yang diteliti peneliti mengumpulkan data dari data primer dan data sekunder, yaitu:

- a) Data Primer, data yang diperoleh oleh peneliti melalui penyebaran angket menggunakan kusioner yang dirancang oleh peneliti sendiri berdasarkan tinjauan pustaka.
- b) Data Sekunder, data yang diperoleh dari RSUD Achmad Darwis Suliki.

4.4.1 Alat Pengumpulan Data

Berdasarkan alat pengumpulan data, alat yang digunakan berbentuk lembar kusioner dan lembar observasi dimana pada variable independent yang berisi pertanyaan tentang Tingkat Ketergantungan Activity of Daily

Living (ADL) pada pasien stroke, sedangkan variable dependent berisi pertanyaan atau pernyataan tentang kejadian stress pada pasien stroke yang menjalani pengobatan di poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki.

Lembar questioner terdiri dari bagian 1 demografi dibuat dalam bentuk isian, responden mengisi pertanyaan yang sesuai dengan dirinya. Bagian II pernyataan tentang Activity of Daily Living (ADL) yang bertujuan untuk mengetahui tingkat ketergantungan aktivitas pasien. Jika jawaban dibantu diberi nilai 5, dan jawaban mandiri diberi nilai 10. Pada pertanyaan ADL poin 2, jika pasien dibantu pada saat transfer dari kursi roda ke tempat tidur dan kembali diberi nilai 5, namun jika hanya mampu transfer dari kursi roda ke tempat tidur dan tidak mampu kembali diberi nilai 10. Dengan rentang nilai: ADL Total = 20-40, ADL Partial = 4-60, ADL Minimal = > 60. Bagian III lembar questioner tentang stress pasien stroke dimana jika ya diberi nilai 1, dan jika tidak diberi nilai 0.

Tingkat stress:

| | |
|--------|----------|
| Rendah | : 1 – 4 |
| Sedang | : 5 - 8 |
| Tinggi | : 9 – 12 |

Lembar observasi terdiri dari 9 buah pernyataan, untuk setiap pernyataan ya diberi nilai 1, tidak diberi nilai 0.

Tingkat stress:

| | |
|--------|---------|
| Rendah | : 1 – 3 |
| Sedang | : 4 - 6 |
| Tinggi | : 7 – 9 |

4.4.2 Uji Coba

Sebelum penelitian berlangsung maka dilakukan uji instrument yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana instrument dapat dipahami atau dimengerti oleh responden. Jika hasilnya memerlukan perbaikan, maka peneliti akan melakukan revisi pada instrument penelitian. Uji coba dilakukan kepada populasi yang memiliki kriteria sampel yang telah ditetapkan. Sampel yang telah diujicobakan tidak dimasukkan dalam sampel penelitian. Dalam uji coba ini, peneliti mengambil 10 orang pasien yang akan dilakukan uji coba questioner.

4.4.3 Prosedur Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan setelah melakukan uji coba dan mendapat izin dari kepala RSUD Achmad Darwis Suliki, selanjutnya peneliti melakukan pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan dengan tahap memberikan penjelasan tujuan, manfaat dan tatacara pengisian pertanyaan kepada responden yang telah sesuai criteria. Setelah itu responden diminta untuk mengisi “*inform consent*” dan mengisi pertanyaan yang telah diberikan.

4.5 Teknik Pengolahan Data

Menurut Notoatmodjo (2010), teknik pengolahan data dilakukan setelah pengumpulan data dengan maksud agar data yang dikumpulkan memiliki sifat yang jelas. Ada beberapa langkah pengolahan data, yaitu :

4.5.1 Editing

Bertujuan untuk mengevaluasi kelengkapan data dan kesesuaian antara kriteria data yang diperlukan untuk menguji hipotesis penelitian.

4.5.2 Coding

Selanjutnya dilakukan pengkodean atau coding yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.

4.5.3 Entry Data

Memasukkan data ke dalam master tabel.

4.5.4 Cleaning (Pembersihan Data)

Pengecekan kembali data yang telah dimasukkan untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

4.6 Analisa Data

4.6.1 Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk menjelaskan / mendeskriptifkan karakteristik masing-masing variable yang diteliti. Pada penelitian ini analisa univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi bukti langsung tentang ketergantungan activity of daily living (ADL) dan kejadian stress pada pasien stroke di poli neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki.

4.6.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan independen dan variabel dependen pada derajat kemaknaan 95%. Analisa bivariat dilakukan dengan uji statistic chi square untuk menguji perbedaan proporsi dua kelompok. Uji ini dilakukan untuk mengetahui apakah secara statistik hubungan kedua variabel tersebut bermakna ($\alpha < 0,05$), dimana jika $P \leq \alpha$ dikatakan ada

hubungan yang bermakna, dan jika $P > \alpha$ dikatakan tidak ada hubungan yang bermakna. Syarat chi square yaitu responden minimal 30 orang, data terdistribusi normal, dan sampel dipilih secara acak.

Rumus:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan :

χ^2 = Uji statistik *Chi square*

\sum = Jumlah

O = Observasi (nilai yang diamati)

E = *Expected* (nilai yang diharapkan)

4.7 Etika penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti tetap mengutamakan etika yang berlaku dalam penelitian, meliputi:

4.7.1 Inform Consent

Lembaran persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti, yang memenuhi kriteria sebagai responden. Yaitu seluruh pasien stroke yang mengalami gangguan ADL di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014. Bila responden menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

4.7.2 Anomity (Tanpa Nama)

Masalah atika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada

lembar alat ukur dan hanya menulis koda pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

4.7.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah lain. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

5.1 Hasil Penelitian

Pengumpulan data penelitian ini dilakukan pada 23 Juni sampai 15 Juli tahun 2014 di Ruang Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki. Data dikumpulkan dengan cara menyebarkan kuesioner pada 32 orang responden selanjutnya peneliti melakukan wawancara dan observasi langsung dengan responden. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

5.2 Karakteristik Penelitian

Dari penelitian yang telah dilakukan terhadap 32 orang responden di Ruang Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki yang terdiri dari 20 orang responden laki-laki, dan 12 orang responden perempuan dan diketahui lebih dari separoh (21 orang responden) dengan usia di atas 60 tahun dan 11 orang responden dengan usia kurang dari 60 tahun. Dari 32 orang responden di Ruang Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki, rata-rata pendidikan responden hanya menamatkan SLTA yaitu sebanyak 18 orang, dan selebihnya tidak tamat SLTA. Dari 32 orang responden penderita stroke yang menjalani perawatan di Ruang Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki sebanyak 22 orang responden telah menjalani perawatan lebih dari 1 tahun dan 10 orang yang menjalani perawatan kurang dari 1 tahun.

5.3 Analisa Univariat

Analisa univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap masing-masing variabel dari penelitian, dengan menggunakan analisis distribusi frekuensi dan statistik deskriptif untuk melihat variabel independen tentang ADL, seta variabel dependen tentang kejadian stres. Hasil analisa univariat dari penelitian ini adalah :

a. TINGKAT KETERGANTUNGAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL)

Tabel 5.3.1
DISTRIBUSI FREKUENSI TINGKAT KETERGANTUNGAN ACTIVITY OF
DAILY LIVING (ADL) PADA PASIEN STROKE DI POLI NEUROLOGI
RSUD ACHMAD DARWIS SULIKI TAHUN 2014.

| NO | ADL | F | % |
|----|---------|----|------|
| 1 | Total | 15 | 46.9 |
| 2 | Partial | 10 | 31.3 |
| 3 | Minimal | 7 | 21.9 |
| | Total | 32 | 100 |

Dari table 5.3.1 dapat diketahui data distribusi responden berdasarkan tingkat ketergantungan aktifitas pasien stroke, dari 32 pasien ditemukan 15 atau sebanyak (46.9%) orang pasien stroke memiliki tingkat ketergantungan total.

b. DISTRIBUSI FREKUENSI KEJADIAN STRESS

Table 5.3.2
DISTRIBUSI FREKUENSI KEJADIAN STRESS PADA PASIEN STROKE DI
POLI NEUROLOGI RSUD ACHMAD DARWIS SULIKI TAHUN 2014.

| NO | STRES | F | % |
|----|--------|----|------|
| 1 | Ringan | 7 | 21.9 |
| 2 | Sedang | 7 | 21.9 |
| 3 | Berat | 18 | 56.3 |
| | Total | 32 | 100 |

Dari table 5.3.2 dapat diketahui data distribusi responden berdasarkan kejadian stres, dari 32 orang pasien stroke ditemukan 18, atau sebanyak (56.3%) orang pasien stroke mengalami stres berat.

5.4 Analisis Bivariat

Table 5.4
HUBUNGAN TINGKAT KETERGANTUNGAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) DENGAN KEJADIAN STRES PADA PASIEN STROKE DI POLI NEUROLOGI RSUD ACHMAD DARWIS SULIKI TAHUN 2014.

| ADL | Kejadian Stres | | | | | | Jumlah | | P Value |
|----------------|----------------|------|--------|------|--------|------|--------|------|---------|
| | Berat | | Sedang | | Ringan | | n | % | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Total | 12 | 80,0 | 2 | 13,3 | 1 | 6,7 | 15 | 46,9 | 0,030 |
| Partial | 4 | 40,0 | 4 | 40,0 | 2 | 20,0 | 10 | 31,3 | |
| Minimal | 2 | 28,6 | 1 | 14,3 | 4 | 57,1 | 7 | 21,9 | |
| Jumlah | 18 | 56,3 | 7 | 21,9 | 7 | 21,9 | 32 | 100 | |

Dari table 5.4 dapat dilihat bahwa dari 15 orang pasien stroke dengan ketergantungan ADL total, 12 orang diantaranya (80,0%) mengalami stress berat, 2 orang diantaranya (13,3%) mengalami stress sedang dan 1 orang diantaranya (6,7%) mengalami stress ringan dan sedangkan dari 10 orang pasien stroke dengan ketergantungan ADL aktifitas partial, 4 orang diantaranya (40,0%) mengalami stress berat, 4 orang diantaranya (40,0%) mengalami stress sedang, 2 orang diantaranya (20,0%) mengalami stress ringan dan sedangkan dari 7 orang pasien stroke dengan ketergantungan ADL minimal, 2 orang diantaranya (28,6%) mengalami stress berat, 1 orang diantaranya (14,3%) mengalami stress sedang dan 4 orang diantaranya (57,1%) mengalami stress ringan.

Setelah dilakukan analisis statistik menggunakan uji chi square didapatkan nilai $\rho = 0,030$ ($\rho < 0,05$) artinya terdapat Hubungan yang bermakna antara tingkat ketergantungan ADL dengan kejadian stress pada pasien stroke.

5.5 Pembahasan

5.5.1 Analisa Univariat

5.5.1.1 TINGKAT KETERGANTUNGAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) PADA PASIEN STROKE DI POLI NEUROLOGI RSUD ACHMAD DARWIS SULIKI TAHUN 2014.

Hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap pasien stroke di poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki tahun 2014 memperlihatkan bahwa dari 32 pasien ditemukan 15 atau sebanyak (46.9%) orang pasien stroke memiliki tingkat ketergantungan total, hal ini berarti hampir separuh dari responden semua aktivitas sehari-harinya masih dibantu oleh keluarganya.

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

Sedangkan ADL Menurut Brunner & Suddarth (2002) adalah aktifitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari. Namun pada pasien stroke, sebagian besar dari mereka mengalami ketergantungan pada aktivitasnya, karena kehilangan kendali atas bagian-

bagian tertentu dalam tubuh serta pikirannya, sehingga mereka membutuhkan bantuan orang lain.

Hasil penelitian Hayase et al (2004), menemukan bahwa kemampuan *Activiy Of Daily Living (ADL)* setelah usia 50 tahun mulai mengalami penurunan secara bertahap sampai akhir hidupnya. Penurunan kemampuan pada lansia ini menyebabkan ketidakmandirian dalam beraktivitas sehingga mengalami ketergantungan kepada orang terdekat.

Senada dengan hasil penelitian Universitas Jendral Soedirman Purwokerto yang bernama Siti Fatimah Fudlullah di Purwokerto (2014) terhadap tingkat ketergantungan dalam pemenuhan aktifitas kehidupan sehari-hari, dimana ketergantungan aktifitas dapat dipengaruhi oleh kondisi penyakit. Menurut peneliti, seseorang yang menderita stroke mengalami kelemahan dan penurunan daya tahan otot, penurunan ROM, gangguan sensasi, dan masalah pada pola berjalan. Hal ini menyebabkan penurunan kemampuan penderita stroke dalam pemenuhan ADL.

Peneliti berasumsi bahwa kelompok lansia akan lebih memiliki ketergantungan daripada kelompok dewasa. Dan program rehabilitasi yang harus dijalani oleh penderita stroke berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan ADL. Program yang dapat dijalani penderita stroke meliputi latihan ROM dan latihan okupasi. Sehingga dengan latihan tersebut penderita stroke dapat berada pada kategori tidak ketergantungan atau mandiri dalam pemenuhan ADL.

5.5.1.2 KEJADIAN STRESS PADA PASIEN STROKE DI POLI NEUROLOGI RSUD ACHMAD DARWIS SULIKI TAHUN 2014.

Diketahui bahwa lebih dari separoh pasien stroke yang mengalami stress berat di RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014 yaitu sebanyak 18 orang atau 56,3%. Hal ini berarti pasien masih belum bisa menerima penyakit yang dideritanya. Sehingga menyebabkan terjadinya gangguan pada psikologis si pasien.

Menurut Sutrisno (2007), perubahan yang terjadi pada hidup seseorang sesudah terkena stroke membawa dampak secara luas dalam arti fisik, mental, maupun social dalam hidup sehingga dapat menyebabkan stress. Tingginya angka kejadian stress pada penderita stroke dikarenakan karena penurunan kualitas hidup akibat perburukan kondisi dan kecacatan yang mereka alami. Penurunan produktivitas dan semakin beratnya kecacatan yang dialami penderita diakibatkan oleh perluasan lesi pada area otak sehingga terjadi eksaserbasi atau penurunan secara progresif fungsi organ tubuh yang terkena.

Terjadinya serangan stroke berulang pada penderita stroke umumnya dipicu dari psikologis pasien yang merasa menyerah terhadap penyakit dan kondisi tubuhnya yang mengalami kecacatan atau kelumpuhan jangka panjang pasca stroke, sehingga penderita tidak dapat melakukan aktivitas dan berperan seperti sebelumnya. Rendahnya motivasi dan harapan sembuh penderita serta kurangnya dukungan keluarga sangat berpotensi menimbulkan beban dan berujung pada stress (Kumolohadi, 2001).

Menurut Wicaksana (1999), menyatakan bahwa depresi yang terjadi pada pasien stroke terjadi karena pasien belum bisa menerima kekurangan dan

keterbatasan fisiknya seperti lemah sebelah pada anggota gerak, bicara pelo, dan perubahan pada fungsi tubuh lainnya.

Sejalan dengan itu, menurut hasil temuan dari penelitian Stikes Perintis oleh Suci Rahmawati mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada pasien stroke tahun 2014, bahwa dari 35 orang responden lebih dari separoh (60,0%) mengalami kejadian depresi. Hal ini berarti bahwa pasien masih belum bisa menerima penyakit yang dideritanya.

Peneliti berasumsi bahwa semakin lama penyakit yang diderita oleh penderita stroke, dan semakin tinggi tingkat ketergantungannya dalam beraktivitas pada orang lain, maka dapat menyebabkan dampak secara luas dalam arti fisik, mental, maupun social dalam hidup sehingga dapat menyebabkan stress. Maka beberapa kondisi penderita stroke ternyata perlu penanganan dari tenaga kesehatan, seperti kontrol ke Poliklinik Syaraf untuk pencegahan resiko selanjutnya, dan rehabilitasi medik untuk pencegahan dari kecacatan fisik.

Jadi, ketika penderita stroke telah menjalani proses pemulihan cukup lama maka mereka dapat bertoleransi terhadap kondisi penyakitnya dan dapat mulai menerima kondisinya. Penerimaan pada kondisi sakit mengarah pada persiapan yang baik untuk menghadapi hal paling buruk atau mengalami perbaikan. Dan ketika pasien mampu menerima keadaan dirinya, baru dia dapat terhindar dari gangguan psikologis seperti stress.

5.5.2 Analisa Bivariat

5.5.2.1 HUBUNGAN TINGKAT KETERGANTUNGAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) DENGAN KEJADIAN STRES PADA PASIEN STROKE DI POLI NEUROLOGI RSUD ACHMAD DARWIS SULIKI TAHUN 2014.

Hasil penelitian terhadap pasien stroke yang menjalani perawatan di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki, ditemukan dari 15 orang pasien stroke dengan ketergantungan ADL total, 12 orang diantaranya (80,0%) mengalami stress berat, 2 orang diantaranya (13,3%) mengalami stress sedang dan 1 orang diantaranya (6,7%) mengalami stress ringan dan sedangkan dari 10 orang pasien stroke dengan ketergantungan ADL aktifitas partial, 4 orang diantaranya (40,0%) mengalami stress berat, 4 orang diantaranya (40,0%) mengalami stress sedang, 2 orang diantaranya (20,0%) mengalami stress ringan dan sedangkan dari 7 orang pasien stroke dengan ketergantungan ADL minimal, 2 orang diantaranya (28,6%) mengalami stress berat, 1 orang diantaranya (14,3%) mengalami stress sedang dan 4 orang diantaranya (57,1%) mengalami stress ringan.

Uji statistik terhadap penelitian ini menunjukkan nilai $\rho = 0,030$ ($\rho < 0,05$) artinya terdapat Hubungan yang bermakna antara tingkat ketergantungan ADL dengan kejadian stress pada pasien stroke.

Menurut Sutrisno (2007), perubahan yang terjadi pada hidup seseorang sesudah terkena stroke membawa dampak secara luas dalam arti fisik, mental, maupun social dalam hidup sehingga dapat menyebabkan stress. Tingginya angka kejadian stress pada penderita stroke dikarenakan karena penurunan kualitas hidup akibat perburukan kondisi dan kecacatan yang mereka alami. Penurunan produktivitas dan semakin beratnya kecacatan yang dialami penderita diakibatkan

oleh perluasan lesi pada area otak sehingga terjadi eksaserbasi atau penurunan secara progresif fungsi organ tubuh yang terkena.

Hasil penelitian Hansel dan Chapman (2013) yang menyatakan bahwa ketergantungan aktivitas yang meliputi aktivitas kebersihan diri, mandi sendiri dan berpakaian dapat menurunkan harga diri penderita stroke. Akibat ketergantungan atau bantuan yang diberikan oleh orang lain dalam pelaksanaan kebersihan diri yang kurang dapat menimbulkan rasa malu, anggapan negatif terhadap diri sendiri dan stress. Sejalan dengan penelitian kali ini yang sama menyatakan bahwa ketergantungan aktivitas yang dialami oleh penderita stroke sangat berperan terhadap psikologis si pasien. Karena si pasien harus membutuhkan bantuan orang lain dalam tindakan yang dilakukannya sehari-hari.

Jadi peneliti berasumsi, ketergantungan aktifitas pada pasien stroke sangat berpengaruh terhadap psikologis si pasien. Karena dia tidak bisa melakukan aktifitasnya secara mandiri, dan harus membutuhkan bantuan dari orang lain. Oleh sebab itu tindakan pencegahan dari awal sangat dibutuhkan, seperti berkonsultasi ke poli syaraf untuk mencegah komplikasi lanjut, dan yang terpenting adalah dukungan dari keluarga, agar si pasien tidak mengalami gangguan pada harga dirinya, dan memiliki motivasi untuk sembuh.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada bulan Mei samapai Juni mengenai “Hubungan Tingkat Ketergantungan Activity of Daily Living (ADL) Dengan Kejadian Stress Pada Pasien Stroke Di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014” sebanyak 32 orang, dapat ditarik kesimpulan:

1. Hampir separoh dari pasien stroke memiliki tingkat ketergantungan total. Yaitu dari 32 pasien stroke ditemukan sebanyak 15 atau (46.9%) orang.
2. Lebih dari separoh pasien stroke mengalami stres berat, yaitu dari 32 orang pasien stroke ditemukan 18, atau sebanyak (56.3%) orang.
3. Terdapat hubungan antara tingkat ketergantungan Activity Of Daily Living (ADL) dengan kejadian stres pada pasien stroke di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang dikemukakan diatas, ada beberapa saran yang ingin peneliti sampaikan diantaranya:

6.2.1 Bagi Responden

Diharapkan agar responden diharapkan menyadari pentingnya mengikuti kegiatan atau program yang mampu meningkatkan kemampuan ADL, pengetahuan tentang stroke dan penanganannya. Program latihan yang mudah diikuti seperti latihan ROM.

6.2.2 Institusi RSUD Achmad Darwis

Diharapkan agar dapat meningkatkan program dan kegiatan yang bertujuan untuk maningkatkan kemampuan ADL dan mencegah terjadinya stress pada pasien stroke.

6.2.3 Peneliti Selanjutnya

Perlu adanya penelitian lebih lanjut dengan menambah variable lain yang mempengaruhi kejadian stress seperti harga diri, dukungan keluarga, dan tipe kepribadian agar dapat diketahui variable yang lebih dominan mempengaruhi kejadian stress pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Aziz. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Brunner & Suddarth. 2002. *Keperawatan Medical Bedah Edisi 8 Volume 1*. Jakarta: EGC
- Dinas Kesehatan Kota Padang. 2008. *Profil Kesehatan Kota Padang*
<http://www.depkes.go.id/downloads/profil/kota%20padang%202008.pdf>
Diakses tanggal 20 Maret 2014
- Garrison, Susan J. 2001. *Dasar-Dasar Terapi Dan Rehabilitasi Fisik*. Jakarta: Hipokrates
- Hasil penelitian Universitas Jendral Soedirman Purwokerto. Siti Fatimah Fudlullah. 2014. *Tingkat Ketergantungan Dalam Pemenuhan Aktifitas Kehidupan Sehari-Hari*
- Hasil penelitian Stikes Perintis oleh Suci Rahmawati. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kejadian Depresi Pada Pasien Stroke Tahun 2014*
- Hasil penelitian Lindawati. *Hubungan dukungan keluarga terhadap kejadian stress pada pasien stroke di RSUP Dr. M. Djamil Padang. 2009.*
- Kalat, James W. 2010. *Biological Psychologi*. Jakarta: Salemba Humanika
- Mansjoer, Arif dkk. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan system persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Muttaqin, Arif. 2011. *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan system persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nasir, Abdul. 2011. *Dasar Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Media Aesculapius
- Pieter, Zan & Namora. 2010. *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*. Medan: Kencana Prenada Media Group

Profil Data Kesehatan Indonesia, 2010, Jakarta

http://www.depkes.go.id/downloads/PROFIL_KESEHATAN_INDONESIA_2010.pdf

Riskedas. 2007. Riset Kesehatan Dasar

<https://www.k4health.org/sites/default/files/laporanNasional%Riskedas>

Diakses tanggal 20 Maret 2014

Sugiarto, Andi. 2005. *Penilaian Keseimbangan Dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari Pada Lansia Di Panti Werdha Pelkris Elim Semarang Dengan Menggunakan Berg Balance Scale Dan Indeks Barthel*. Semarang : UNDIP.

<http://dr-suparyanto.blogspot.com/2012/02/kionsep-adl-activity-daily-living.html>;

Diakses Tanggal 4 Januari 2014

Suliswati, dkk. 2005 *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta. EGC

Sutrisno, Alfred. 2007. *Stroke??? You Must Know Before You Get It*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama

Veigin, Valery. 2006. *Panduan Bergambar Tentang Pencegahan Dan Pemulihan Stroke*. Jakarta: Buana Ilmu Populer

Wartolah, Tarwoto. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemb Medika

Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki, 2006). *Stroke Pembunuh No 3 di Indonesia*.

http://medicastore.com/stroke/Stroke_Pembunuh_No_3_di_Indonesia.php;

Diakses Tanggal 4 Januari 2013

Lampiran I
PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,
Bapak/ Ibu/ Sdr/ i Calon Responden

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rahmi Yasman

Nim : 10103084105547

Adalah mahasiswa STIKES PERINTIS Bukittinggi yang bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “ **Hubungan Tingkat Ketergantungan Activity Of Daily Living (ADL) Dengan Kejadian Stress Pada Pasien Stroke Di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014**”

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi Bapak/ ibu/ Sdr/ i sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila Bapak/ Ibu/ Sdr/ i menyetujui maka dengan ini saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembaran persetujuan dan mengisi pernyataan yang disediakan dengan sejujurnya sesuai dengan yang Bapak/ Ibu/ Sdr/ i alami dan ketahui.

Demikianlah atas perhatian dan kesediaan Bapak/ Ibu/ Sdr/ i menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Suliki, Juli 2014

Peneliti

(Rahmi Yasman)

Lampiran 2

FORMAT PERSETUJUAN

(INFORMED CONCENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES PERINTIS Bukittinggi yang bernama Rahmi Yasman, NIM 10103084105547 dengan judul “ **Hubungan Tingkat Ketergantungan Activity Of Daily Living (ADL) Dengan Kejadian Stress Pada Pasien Stroke Di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014**”

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan terhadap saya, dan jawaban / informasi yang saya berikan adalah yang sebenarnya sesuai dengan yang saya alami dan ketahui tanpa ada tekanan dari pihak manapun.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Suliki, Juli 2014

Responden

(.....)

Lampiran 3

KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

“ Hubungan Tingkat Ketergantungan Activity Of Daily Living (ADL) Dengan Kejadian Stress Pada Pasien Stroke Di Poli Neurologi RSUD Achmad Darwis Suliki Tahun 2014”

| Tujuan | Variabel | Sub Variabel | No Item Kuesioner | Jumlah Item Kuesioner |
|--|--------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------|
| Mengidentifikasi ketergantungan activity of daily living (ADL) pada pasien stroke. | Activity Of Daily Living (ADL) | ADL | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 | 10 |
| Mengidentifikasi kejadian stress pada pasien stroke. | Stress | 1. Stress ringan 2. Stress sedang 3. Stress berat | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10,11,12, | 12 |
| Mengobservasi kejadian stress pada pasien stroke | Stres | 1. Stress ringan 2. Stress sedang 3. Stress berat | 1,2,3,4,5,6,7, 8,9 | 9 |

Lampiran 4

LEMBARAN KUESIONER

**”Hubungan Tingkat Ketergantungan Activity Of Daily Living (ADL)
Dengan Kejadian Stress Pada Pasien Stroke Di Poli Neurologi RSUD
Achmad Darwis Suliki Tahun 2014”**

Petunjuk Soal

1. Isilah data Bapak / Ibu / Sdr/I di bawah ini.
2. Baca soal dengan teliti, dan jawablah pertanyaan pada kolom yang telah disediakan.
3. Tanyakan kepada peneliti jika ada soal yang meragukan.

I. Karakteristik Responden

No. Responden :

Inisial Responden :

Jenis Kelamin :

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Lama sakit :

II. Tingkat Ketergantungan Activity Of Daily Living (ADL) pada pasien stroke

Berilah tanda checklist (\checkmark) pada jawaban yang dianggap benar

| No | Pernyataan | Dibantu | Mandiri |
|----|--|---------|---------|
| 1. | Makan (bila makanan harus dipotong-potong dulu) | | |
| 2. | Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan kembali | | |
| 3. | Higieni personal (cuci muka, menyisir, bercukur jenggot, gosok gigi) | | |
| 4. | Naik & turun kloset / WC (melepas / memakai pakaian, menyiram WC) | | |
| 5. | Mandi | | |
| 6 | Berjalan di permukaan datar (atau bila tidak dapat berjalan, dapat mengayuh kursi roda sendiri) | | |
| 7 | Naik turun tangga | | |
| 8 | Berpakaian (termasuk memakai tali sepatu, menutup resleting) | | |
| 9 | Mengontrol keinginan untuk BAB (sfingter alfi) | | |
| 10 | Mengontrol keinginan untuk BAK (sfingter ani) | | |

III. Kejadian Stress Pada Pasien Stroke

Berilah tanda checklist (✓) pada lembar pertanyaan di bawah ini yang dianggap benar:

| NO | Pernyataan | Ya | Tidak |
|----|---|----|-------|
| | | 1 | 0 |
| 1. | Apakah anda sering merasa letih dan gelisah karena tidak bisa beraktivitas seperti biasa? | | |
| 2. | Apakah anda banyak menghabiskan waktu untuk tidur? | | |
| 3. | Apakah anda sulit untuk tidur, dan sering terbangun pada malam hari? | | |
| 4. | Apakah anda lebih sering dan banyak makan dari biasanya? | | |
| 5. | Apakah nafsu makan anda menurun dari biasanya? | | |
| 6. | Apakah anda sering bermasalah dengan pasangan anda? | | |
| 7. | Apakah anda memiliki masalah dengan BAB (Buang Air Besar) dan BAK (Buang Air Kecil) anda? | | |
| 8. | Apakah anda sering merasa sakit kepala, dan leher anda terasa seperti tertekan? | | |
| 9. | Apakah anda merasa rendah diri karena tidak bisa melakukan ibadah seperti biasa? | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 10. | Apakah anda sering merasa mual dan muntah? | | |
| 11. | Apakah anda merasa minder dengan kondisi anda sekarang ini? | | |
| 12. | Apakah telapak tangan anda sering berkeringat, dan tangan kaki anda terasa dingin? | | |

IV. Lembar observasi Kejadian Stress Pada Pasien Stroke

Berilah tanda checklist (√) :

| NO | Pernyataan | Ya | Tidak |
|----|---|----|-------|
| | | 1 | 0 |
| 1. | Adanya peningkatan tekanan darah (TD Tinggi= > 150/120) | | |
| 2. | Adanya peningkatan denyut nadi | | |
| 3. | Adanya peningkatan frekuensi pernafasan | | |
| 4. | Telapak tangan tampak berkeringat | | |
| 5. | Saat diraba, ekstremitas atas dan bawah terasa dingin | | |
| 6. | Tampak postur tubuh yang tidak tegap | | |
| 7. | Berbicara dengan nada tinggi | | |
| 8. | Dilatasi pupil | | |
| 9. | Gelisah | | |

OUTPUT SPSS

1. UJI UNIVARIAT

A. KEJADIAN STRES

Frequencies

[DataSet1] D:\SKRIPSI\RAHMI\MASTER RAHMI.sav

Statistics

STRESSCAT

| | | |
|--------|---------|------|
| N | Valid | 32 |
| | Missing | 0 |
| Mean | | 2.34 |
| Median | | 3.00 |
| Mode | | 3 |
| Sum | | 75 |

STRESSCAT

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ringan | 7 | 21.9 | 21.9 | 21.9 |
| | sedang | 7 | 21.9 | 21.9 | 43.8 |
| | berat | 18 | 56.3 | 56.3 | 100.0 |
| | Total | 32 | 100.0 | 100.0 | |

B. TINGKAT KETERGANTUNGAN ACTIVITY OF DAILY (ADL)

Frequencies

[DataSet1] D:\SKRIPSI\RAHMI\MASTER RAHMI.sav

Statistics

ADLCAT

| | | |
|--------|---------|------|
| N | Valid | 32 |
| | Missing | 0 |
| Mean | | 1.75 |
| Median | | 2.00 |
| Mode | | 1 |
| Sum | | 56 |

ADLCAT

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | total | 15 | 46.9 | 46.9 | 46.9 |
| | partial | 10 | 31.3 | 31.3 | 78.1 |
| | minimal | 7 | 21.9 | 21.9 | 100.0 |
| | Total | 32 | 100.0 | 100.0 | |

C. OBSERVASI

Frequencies

[DataSet1] D:\SKRIPSI\RAHMI\MASTER RAHMI.sav

Statistics

observasisaja

| | | |
|--------|---------|------|
| N | Valid | 32 |
| | Missing | 0 |
| Mean | | 2.34 |
| Median | | 3.00 |
| Mode | | 3 |
| Sum | | 75 |

observasisaja

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ringan | 7 | 21.9 | 21.9 | 21.9 |
| | sedang | 7 | 21.9 | 21.9 | 43.8 |
| | berat | 18 | 56.3 | 56.3 | 100.0 |
| | Total | 32 | 100.0 | 100.0 | |

2. UJI BIVARIAT

Crosstabs

[DataSet1] D:\SKRIPSI\RAHMI\MASTER RAHMI.sav

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|----------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| ADLCAT * STRES | 32 | 100.0% | 0 | .0% | 32 | 100.0% |

ADLCAT * STRESSCAT Crosstabulation

| | | | STRES | | | Total |
|--------|--------------------|--------------------|--------|--------|--------|--------|
| | | | berat | sedang | ringan | |
| ADLCAT | total | Count | 12 | 2 | 1 | 15 |
| | | % within ADLCAT | 80.0% | 13.3% | 6.7% | 100.0% |
| | | % within STRESSCAT | 66.7% | 28.6% | 14.3% | 46.9% |
| | | % of Total | 37.5% | 6.3% | 3.1% | 46.9% |
| | partial | Count | 4 | 4 | 2 | 10 |
| | | % within ADLCAT | 40.0% | 40.0% | 20.0% | 100.0% |
| | | % within STRESSCAT | 22.2% | 57.1% | 28.6% | 31.3% |
| | | % of Total | 12.5% | 12.5% | 6.3% | 31.3% |
| | minimal | Count | 2 | 1 | 4 | 7 |
| | | % within ADLCAT | 28.6% | 14.3% | 57.1% | 100.0% |
| | | % within STRESSCAT | 11.1% | 14.3% | 57.1% | 21.9% |
| | | % of Total | 6.3% | 3.1% | 12.5% | 21.9% |
| Total | Count | 18 | 7 | 7 | 32 | |
| | % within ADLCAT | 56.3% | 21.9% | 21.9% | 100.0% | |
| | % within STRESSCAT | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |
| | % of Total | 56.3% | 21.9% | 21.9% | 100.0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 10.696 ^a | 4 | .030 |
| Likelihood Ratio | 9.959 | 4 | .041 |
| Linear-by-Linear Association | 7.675 | 1 | .006 |
| N of Valid Cases | 32 | | |

a. 7 cells (77.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.53.

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

```
RELIABILITY  
  /VARIABLES=p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9  
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
  /MODEL=ALPHA  
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE  
  /SUMMARY=TOTAL MEANS.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 9 | 90.0 |
| | Excluded ^a | 1 | 10.0 |
| | Total | 10 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| .950 | .968 | 9 |

Item Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|----|------|----------------|----|
| p1 | .40 | .516 | 10 |
| p2 | .70 | .675 | 10 |
| p3 | .60 | .966 | 10 |
| p4 | 1.00 | 1.155 | 10 |
| p5 | 1.30 | 1.337 | 10 |
| p6 | 1.00 | 1.826 | 10 |
| p7 | 1.30 | 2.058 | 10 |
| p8 | 1.40 | 2.366 | 10 |
| p9 | 1.40 | 2.716 | 10 |

Summary Item Statistics

| | Mean | Minimum | Maximum | Range | Maximum / Minimum | Variance | N of Items |
|------------|-------|---------|---------|-------|----------------------|----------|------------|
| Item Means | 1.011 | .400 | 1.400 | 1.000 | 3.500 | .139 | 9 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item- Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|----|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| p1 | 8.70 | 157.122 | .833 | .959 | .961 |
| p2 | 8.40 | 151.156 | .986 | .970 | .955 |
| p3 | 8.50 | 141.389 | .900 | .970 | .956 |
| p4 | 8.10 | 136.322 | .940 | .996 | .952 |
| p5 | 7.80 | 131.511 | .968 | .969 | .958 |
| p6 | 8.10 | 120.322 | .982 | .999 | .954 |
| p7 | 7.80 | 115.733 | .972 | .999 | .955 |
| p8 | 7.70 | 109.567 | .965 | .995 | .957 |
| p9 | 7.70 | 103.122 | .951 | .998 | .954 |

Scale Statistics

| Mean | Variance | Std. Deviation | N of Items |
|------|----------|----------------|------------|
| 9.10 | 162.989 | 12.767 | 9 |