

SKRIPSI

**HUBUNGAN PERILAKUCAREGIVER DENGAN KUALITAS
HIDUP PADA PASIEN STROKE DI RUANG RAWAT
INAP NEUROLOGI RSSN BUKITTINGGI
TAHUN 2018**



Oleh :

MELLI SASRI MARSYAH
14103084105019

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

SKRIPSI

**HUBUNGAN PERILAKU *CAREGIVER* DENGAN KUALITAS HIDUP
PADA PASIEN STROKE DI RUANG RAWAT INAP
NEUROLOGI RSSN BUKITTINGGI
TAHUN 2018**

Penelitian Keperawatan Medikal Bedah

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan
STIKes Perintis Padang*



Oleh:

MELLI SASRI MARSYAH
14103084105019

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
STIKES PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : MELLI SASRI MARSYAH

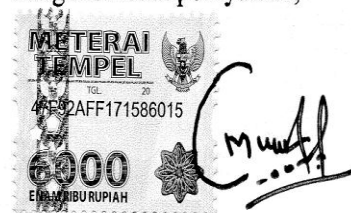
Nim : 14103084105019

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat di buktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Bukittinggi, 27 juli 2018

Yang membuat pernyataan,



Melli Sasri Marsyah

Halaman Persetujuan

**HUBUNGAN PERILAKU *CAREGIVER* DENGAN KUALITAS HIDUP
PADA PASIEN STROKE DI RUANG RAWAT INAP
NEUROLOGI RSSN BUKITTINGGI
TAHUN 2018**

Oleh :

MELLI SASRI MARSYAH
14103084105019

Skripsi ini telah disetujui dan telah diseminari
Bukittinggi, 19 Juli 2018

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
NIK: 1420114098511072

Pembimbing II

Ns. Dia Resti DND, M.Kep
NIK: 1420169128515117

Diketahui,

Ketua Prodi Sarjana Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Ida Suryati, M.kep
NIK: 1420130047501027

Halaman Pengesahan

**HUBUNGAN PERILAKU CAREGIVER DENGAN KUALITAS HIDUP
PADA PASIEN STROKE DIRUANG RAWAT INAP NEUROLOGI
RSSN BUKITINGGI TAHUN 2018**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada

Hari/Tanggal : Kamis, 19 Juli 2018

Pukul : 08.00 - 09.00 WIB

Oleh

MELLI SASRI MARSYAH

14103084105019

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji :

Penguji I : Ns. Muhammad Arif, M.Kep

Penguji II : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep

Mengetahui,

Ketua Prodi Sarjana Keperawatan

Stikes Perintis Padang



Ns. Ida Suryati, M.Kep

NIK: 1420130047501027

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Identitas Diri

Nama : Melli Sasri Marsyah
Umur : 22 Tahun
Tempat/Tanggal Lahir : Lubuk Nyiur, 16 April 1996
Agama : Islam
Negeri Asal : Batang Kapas (Pesisir Selatan)
Alamat : Lubuk Nyiur (Pesisir Selatan)
Kewarga Negara : Indonesia
Jumlah Saudara : 1 (Satu)
Anak Ke : 1 (Satu)

Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Marsal Arif
Pekerjaan : Swasta
Nama Ibu : Sasriani
Pekerjaan : IRT
Alamat : Lubuk Nyiur (Pesisir Selatan)

Riwayat Pendidikan

2002 – 2008 : SDN 13 Lubuk Nyiur
2008 – 2011 : SMPN 2 Batang Kapas
2011 – 2014 : SMKN 1 Painan
2014 – 2018 : PSIK STIKes Perintis Sumatera Barat

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
Skripsi, Juli 2018

MELLI SASRI MARSYAH
14103084105019

**HUBUNGAN PERILAKU *CAREGIVER* DENGAN KUALITAS HIDUP
PADA PASIEN STROKE DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI RSSN
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

viii + VI Bab + 65 Halaman+ 2 Skema + 5 Tabel+ 8 Lampiran

ABSTRAK

Stroke merupakan penyakit yang menyerang fungsi saraf pasien stroke berulang, sehingga dibutuhkan tindakan dan perhatian untuk merubah pola hidup pasien stroke. Masalah umum yang terjadi pada pasien stroke adalah gangguan aktifitas sehari-hari akibat keterbatasan pasca serangan stroke dan kondisi ini sering mengakibatkan gangguan.kualitas hidup pada pasien stroke. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup pada pasien stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2018. Penelitian ini merupakan penelitian *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional study*. Sampel pada penelitian ini adalah menggunakan teknik *accidental sampling* dengan besaran sampel sebanyak 66 orang.Pengumpulan data pada penelitian menggunakan kuisioner, analisis data meliputi analisis univariat dan analisis bivariat menggunakan uji *chi-square*. Pada penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separoh (51,2%) responden dengan perilaku caregiver baik dan lebih dari separoh (80,0%) responden dengan kualitas hidup kurang baik. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara perilaku caregiver dengan kualitas hidup pasien stroke ($p = 0,024$). Dapat disimpulkan bahwa perilaku *caregiver* berhubungan dengan kualitas hidup pasien stroke, untuk itu diharapkan kepada semua pihak untuk dapat selalu memberikan dukungan baik secara moril maupun materil kepada pasien stroke demi mengurangi dampak serangan stroke terhadap kualitas hidup pasien stroke.

Kata Kunci : **Perilaku Caregiver, Kualitas Hidup, Stroke**
Daftar Pustaka : **34 (2002 – 2017)**

**DEGREE OF NURSING STUDY STIKES PERINTIS PADANG
SCIENTIFIC PAPER, JULY 2018**

MELLI SASRI MARSYAH

14103084105019

Correlations Of Caregiver Behavior Impact With The Quality Of Life In Stroke Patients In Interruption Neurology Rooms RSSN Bukittinggi In 2018.

VIII+ VI Bab+ 65 Pages+ 2 Skema + 5 Tables + 8 Attachments

ABSTRAK

Stroke is a disease that affects the nerve function of recurrent stroke patients, so it takes action and attention to change the lifestyle of stroke patients. A common problem that occurs in stroke patients is the disruption of daily activity due to post-stroke limitations and this condition often result in impaired quality of life in stroke patients .This study aims to determinant the relationship of caregiver behavior impact with the quality of life in stroke patients in the neurological room hospital RSSN bukittinggi 2018. This research is a descriptive analytic research with cross sectional study approach. The sample in this research is using accidental sampling technique with sample size of 66 people. Data were collected in the research using questionnaire, data analysis included univariate analysis and bivariate analysis using chi-square test. In the study showed that more than half (51.2%) respondents with the impact of good caregiver behavior and more than half (80.0%) respondents with poor quality of life. The result of bivariate analysis showed that there was a correlation between caregiver behavior impact with quality of life of stroke patient ($p = 0,024$. It can be concluded that the impact of caregiver behavior is related to the quality of life of stroke patients, therefore it is expected to all partiest to always provide support both morally and materially to stroke patients to reduce the impact of stroke on the quality of life of stroke patients.

***Keywords : Impact Of Caregiver Behavior ,Quality Of Life, Stroke
Reading List : 34 (2002 – 2017)***

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatu'

Dengan nama Allah Yang Maha Pengasih Lagi Maha Penyayang. Segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT, karena atas berkah dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan Perilaku Caregiver Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Sroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018.”**

Penulisan skripsi ini tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak yang telah memberi arahan dan masukan yang membangun, demi terselesainya penulisan proposal ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Ida Suryati, M.Kep selaku Ketua Program Studi Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Ibu Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.

4. Ibu Ns. Dia Resti DND, M.Kep selaku pembimbing II yang juga telah meluangkan waktu dan pikiran dalam memberikan bimbingan dan saran kepada peneliti sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
5. Yang teristimewa kepada Ayahanda Marsal Arif dan Ibunda Sasriani yang telah membesarkan, mendidik dan mendoakanku, memberi dukungan moral maupun materil. Karena dengan ketulusan cinta, kasih, sayang, kepedulian dan perhatian dari Ayahanda Marsal Arif dan Ibunda Sasriani saya mampu menyelesaikan pendidikan dan mampu menyelesaikan skripsi ini.
6. Kepada rekan-rekan seperjuangan Sarjana Keperawatan yang telah memberikan dorongan dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan peneliti. Akhir kata kepada-Nya jugalah kita berserah diri. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya dibidang keperawatan. Amin.

Bukittinggi, Juli 2018

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS	
HALAMAN PERSETUJUAN	
HALAMAN PENGESAHAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR SKEMA	v
DAFTARTABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan penelitian	8
1.3.1. Tujuan Umum	8
1.3.2. Tujuan Khusus	9
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.4.1. Bagi Peneliti	9
1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan	9
1.4.3. Bagi Lahan	10
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	10
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Stroke	11
2.1.1. Pengertian Stroke	11
2.1.2. Penyebab Stroke	12
2.1.3. Klasifikasi	13
2.1.4. Patofisiologi	15
2.1.5. Tanda Dan Gejala	17
2.1.6. Komplikasi	18
2.1.7. Prosedur Diagnostik	19
2.1.8. Penatalaksanaan Stroke	19
2.1.9. Faktor Resiko	20
2.2. <i>Family Caregiver</i>	29
2.2.1. Pengertian Family Caregiver	29
2.2.2. Jenis Caregiver	30
2.2.3. Fungsi Caregiver	31

2.2.4. Tugas Caregiver	31
2.3. Kualitas Hidup	32
2.3.1. Pengertian Kualitas Hidup	32
2.3.2. Komponen Kualitas Hidup	34
2.3.3. Faktor-Faktor	35
BAB III KERANGKA KONSEP	
3.1 Kerangka Konsep	39
3.2 Defenisi Operasional	40
3.3 Hipotesa	41
BAB IV METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	42
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian	42
4.3 Populasi dan Sampel	43
4.3.1. Populasi	43
4.3.2. Sampel	43
4.3.3. Sampling	44
4.4 Instrument Penelitian	45
4.5 pengumpulan data	46
4.6 pengolahan dan analisa data	48
4.7 metode analisa data	49
4.8 etika penelitian	50
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	53
5.1.1 Analisa Univarita	53
5.1.2 Analisa Bivariat	54
5.2 Pembahasan	55
5.2.1 Analisa Univariat	55
5.2.2 Analisa Bivariat	60
BAB VI PENUTUP	
6.1 Kesimpulan	64
6.2 Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR SKEMA

Skema 2.4 Kerangka Teori	38
Skema 3.1 Kerangka Konsep	39

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Resiko Stroke	28
Tabel 3.1 Defenisi Operasional	40
Tabel 5.1 Frekuensi Perilaku Caregiver	53
Tabel 5.2 Frekuensi Kualitas Hidup	54
Tabel 5.3 Hubungan Dampak Perilaku Caregiver Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018	54

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Kisi-Kisi Kuesioner
- Lampiran 4 Kuesioner
- Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data
- Lampiran 6 Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 7 Surat Balasan
- Lampiran 8 Lembaran Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Stroke diakibatkan oleh *thrombosis serebral*, *hemoragi*, *hipoksia* umum dan *hipoksia* setempat (Muttaqin, 2008).

Stroke adalah cedera vaskular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh pembuluh darah otak. Cedera dapat disebabkan oleh 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 juga *silent stroke*), tergantung pada tempat dan ukuran kerusakan (Feigin, 2004).

Gejala stroke yang muncul dapat bersifat fisik, psikologis, atau perilaku. Gejala fisik paling khas adalah kelemahan anggota gerak sampai kelumpuhan, hilangnya sensasi di wajah, bibir tidak simetris, kesulitan berbicara atau pelo (*afasia*), kesulitan menelan, penurunan kesadaran, nyeri kepala (*vertigo*), mual muntah dan hilangnya penglihatan di satu sisi atau dapat terjadi kebutaan (Feigin, 2004).

Salah satu penyebab atau memperparah stroke antara lain hipertensi, *kolesterol*, *arteriosklerosis* (pengerasan pembuluh darah), gangguan jantung, diabetes, riwayat stroke dalam keluarga (faktor keturunan) dan *migren* (sakit kepala sebelah). Pemicu stroke adalah hipertensi dan *arteriosklerosis*. Sedangkan pada perilaku disebabkan oleh gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, mengonsumsi minuman beralkohol, gemar mengonsumsi makanan cepat saji. Faktor perilaku lainnya adalah kurangnya aktifitas gerak / olah raga dan obesitas. Salah satu pemicunya juga adalah susasana hati yang tidak nyaman seperti sering marah tanpa alasan yang jelas.

Dampak stroke jangka panjang bagi orang yang mengalaminya tidak hanya “serangan mendadak” saja yang ditakutkan, namun juga akibat yang muncul setelahnya. Kondisi kelumpuhan pada anggota tubuh tentunya akan sangat mengganggu dan bahkan menghambat aktifitas hidup seseorang, pemulihan stroke menjadi sangat penting karena dengan langkah rehabilitasi yang tepat, maka begitu banyak manfaat yang akan diperoleh dalam rangka meningkatkan kualitas hidup (Andriyani A, 2010).

Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2015, kematian akibat stroke sebesar 51% di seluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan tingginya kadar glukosa darah dalam tubuh. Di dunia penyakit stroke meningkat seiring dengan modernisasi. Di Amerika Serikat, stroke menjadi penyebab

kematian yang ketiga setelah penyakit jantung dan kanker. Diperkirakan ada 700.000 kasus stroke di Amerika Serikat setiap tahunnya dan 200.000 diantaranya dengan serangan berulang.

Berdasarkan hasil Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) tahun 2015, prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Jumlah penderita stroke di tahun 2015 usia 45-54 sekitar 8%, sedangkan pada tahun 2014 mencapai 10%. Selanjutnya jumlah penderita stroke usia 55-64 tahun sebanyak 15%, sedangkan pada Riskesdas 2014 mencapai 24%. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2%. Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (7,1%) dibandingkan dengan perempuan (6,8%). Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan lebih tinggi (8,2%) dibandingkan dengan daerah pedesaan (5,7%).

Sumatera Barat stroke menempati urutan ke 6 dari 33 Provinsi dengan persentase 10,6% dengan jumlah penderita stroke 35.108 orang (Profil Dinas Kesehatan, 2016). Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi merupakan satu-satunya pusat stroke yang berada di Sumatera Barat yang merawat penderita stroke untuk memenuhi kebutuhan dasar. Penyakit stroke termasuk penyakit terbanyak yang ada di ruangan unit rawat stroke di RSSN Bukittinggi. Berdasarkan data di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi di dapatkan angka kejadian stroke dari

tahun ke tahun meningkat, kejadian stroke pada tahun 2016 sebanyak 3,217 orang. Dan pada tahun 2017 ditemui kasus stroke khusus di Ruang Rawat Inap NeurologiRSSN Bukittinggi sebanyak 971 orang.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam menekan angka kejadian stroke adalah mengetahui faktor resiko yang dimiliki seseorang untuk mencegah terjadi stroke berulang. faktor yang mempengaruhi stroke berulang diantaranya faktor yang tidak dapat diubah seperti usia, jenis kelamin, ras, keturunan dan faktor yang dapat diubah seperti merokok aktifitas fisik/olahraga, kepatuhan kontrol, diabetes melitus, konsumsi alkohol, *diit*. Bila faktor resiko ini ditanggulangi dengan baik, maka kemungkinan terjadi stroke berulang dapat dikurangi atau ditanggihkan. Semakin banyak faktor resiko yang dimiliki semakin besar pula kemungkinan untuk terjadinya stroke berulang (Permata, 2015).

Kualitas hidup meliputi berbagai aspek kehidupan yang dikelompokkan menjadi tujuh kategori yang berkaitan dengan gejala fisik. Gejala fisik tersebut di antaranya nyeri, kemampuan fungsional seperti aktivitas, kepuasan terapi, masalah financial, seksualitas, kesejahteraan emosi, kesejahteraan keluarga. Kualitas hidup merupakan salah satu indikator keluaran keberhasilan perawatan penderita stroke. Dampak kecatatan dari menurunnya kualitas hidup stroke bervariasi seperti terganggunya aktifitas harian pasien, membutuhkan bantuan orang lain, hingga sepenuhnya bergantung pada orang lain. kecatatan akibat stroke ekonomi berpengaruh

pada menurunnya produktifitas kerja dan kemampuan ekonomi, mulai dari tingkat keluarga hingga perekonomian masyarakat dan negara (Indrawati dkk, 2016)

Keluarga sebagai *caregiver* yang selalu setia mendampingi selama hampir 24 jam disamping pasien untuk memberikan perawatan dan dukungan emosional sering terlupakan. Perhatian pada *caregiver* ini penting karena keberhasilan pengobatan dan perawatan pasien stroke tidak dapat lepas dari bantuan dan dukungan yang diberikan *caregiver*. Given & Sherwood (2011), menyatakan bahwa *caregiver* adalah sumber dukungan utama individu dengan stroke dan merupakan orang pertama yang merespon perubahan status pasien selama fase perjalanan penyakitnya.

Perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang di rawat, dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai saran atau penyalur (Effendy N, 2012). Penderita pasca stroke akan mengalami perubahan yang membutuhkan perhatian seperti ketidakmampuan fisik, perubahan emosi, hilangnya pikiran seperti hilang semangat, ingatan dan konsentrasi (Junaidi, 2006). Ketidak mampuan fisik, emosi dan kehidupan sosial penderita pasca stroke mempengaruhi peranan sosialnya. Hal tersebut memberikan pengaruh yang besar terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada penderita pasca stroke menemukan

bahwakecacatan paska serangan strokemempengaruhi kualitas hidup pasien.

Hasil dari penelitian Fera Liza (2013) di dapatkan hasil bahwa stroke dapat meningkatkan peran *family caregiver* dalam memodifikasi gaya hidup pasien stroke baik dalam aspek mengenal masalah kesehatan pasien, membuat keputusan yang tepat, merawat, memodifikasi lingkungan yang sehat maupun memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan desain *quasy eksperimen* dengan *postest nonequivalent control group* dengan $p=0,001$. Hasil penelitian Nanda Masraini Daulay, Setiawan, Nunung Febriany S (2014) dengan judul pengalaman keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah hasil penelitian ditemukan lima tema yaitu memberikan dukungan total, memenuhi kebutuhan dasar, penderitaan dan hikmah bagi *caregiver*, kurangnya keterampilan dalam merawat, dan keterbatasan *caregiver*, *caregiver* menderita masalah fisik, psikologis, dan sosial.

Hasil penelitian Nur Khamida dan Sigit Prasajo (2017) dengan judul hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke hasil penelitian didapatkan sebagian besar (63,8%) penderita pasca stroke mendapat dukungan keluarga kategori baik dan lebih dari separuh (59,6%) kualitas hidup penderita pasca stroke dalam kategori cukup dengan ρ value sebesar 0.000 ($<0,05$). Menurut penelitian Eka (2016) menyatakan bahwa

dukungan keluarga dapat meningkatkan kemandirian penderita dalam perawatan diri.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Ruang Rawat Inap RSSN Bukittinggi pada tanggal 05 November 2017. Terdapat 30 orang pasien yang terkena stroke. Wawancara dilakukan pada 5 orang keluarga pasien yang menderita stroke, 3 orang diantara keluarga pasien mengatakan bahwa keluarga kurang memberikan perhatian terhadap kebutuhan pasien, kurang memberikan perawatan khusus terhadap pemulihan, kurang memberikan dorongan dan semangat untuk sembuh dan kurang sabar untuk merawat pasien stroke dan keluarga juga jarang untuk mengantarkan pasien untuk berobat ke puskesmas atau rumah sakit. Dan hasil wawancara dari 3 orang pasien yang menderita stroke, 2 orang diantara pasien stroke mengatakan peran fisik pasien tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri, fungsi fisik pasien juga mengalami keterbatasan fungsional pada anggota tubuh yang mengalami stroke sehingga untuk berjalan masih memerlukan bantuan dari keluarga, pasien juga mengatakan kesehatannya sekarang mengalami keterbatasan dibanding kesehatannya yang dulu. Pasien juga mengatakan keadaan sekarang dapat membatasi kegiatannya dan pasien sering merasakan nyeri dan pegal-pegal saat melakukan aktivitas sehari-hari pasien juga mengatakan tidak ada yang bisa memahami keadaan pasien sekarang.

Pasien mengatakan pada saat ini jarang mengikuti kegiatan seperti pengajian, gotong royong. Pasien juga mengatakan tidak dapat mengontrol

emosi ketika ada masalah dalam keluarga. Demikian juga dari hasil wawancara yang dilakukan kepada 3 orang perawat, mengatakan bahwa tidak baiknya perawatan dan pemulihan pasien pasca stroke setelah pulang dari rumah sakit, hal itu dapat dilihat dari banyaknya pasien pasca stroke yang dirawat kembali. Sehingga kualitas hidup pasien stroke menjadi tidak baik. Maka dari itu dibutuhkannya perilaku *caregiver*.

Berdasarkan fenomena diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Perilaku *Caregiver* Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2018”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan fenomena di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada Perilaku *Caregiver* Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018.?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup pasien stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi perilaku *caregiver* pasien stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018.
- b. Mengetahui distribusi frekuensi kualitas hidup pasien stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018.
- c. Mengetahui hubungan perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup pasien stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan peneliti dalam mengembangkan pengetahuan yang diperoleh peneliti selama menempuh pendidikan dan untuk menerapkan ilmu penelitiannya “Hubungan Perilaku *Caregiver* dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018”

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sumber masukan dalam bidang Ilmu Keperawatan khususnya dalam mata ajar Keperawatan Medikal Bedah dan dapat memberikan sumbangan pikiran untuk melakukan penelitian lebih lanjut dan melihat dari aspek yang berbeda dan sebagai informasi awal bagi peneliti selanjutnya dan sebagai bahan bacaan di perpustakaan STIKes Perintis Padang.

1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan

Dapat memberikan masukan atau informasi RSSN dalam meningkatkan kualitas hidup dan motivasi keluarga padapasien stroke sehingga dapat menambah atau meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini membahas tentang Hubungan Perilaku *Caregiver* dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018. Penelitian perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup ini dilakukan karna kurangnya dorongan dan motivasi yang diberikan oleh keluarga. Jenis penelitian ini menggunakan metoda kuantitatif dengan desain *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional* data diolah dengan menggunakan *uji Chi Square*. Variabel yang digunakan adalah variabel independen adalah perilaku *caregiver* sedangkan variabel dependen adalah kualitas hidup pasien stroke. penelitian ini telah dilakukan pada Februari – Maret 2018 di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 66 pasien stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi. Instrument yang akan dipakai untuk penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 STROKE

2.1.1 Pengertian Stroke

Stroke adalah cedera vaskular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh pembuluh darah otak. cedera dapat disebabkan oleh 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 juga *silent stroke*), tergantung pada tempat dan ukuran kerusakan (Feigin, 2004).

Stroke atau Gangguan Peredaran Darah Otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses pikir, daya ingat dan bentuk kecacatan lainnya sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2008).

Stroke didefinisikan sebagai defisit (gangguan) fungsi sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan pembuluh darah di otak. gangguan peredaran darah otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. gangguan peredaran darah otak

atau pecahnya pembuluh darah di otak. otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan terjadi terganggu. kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke (Pinson R, 2010).

Dari beberapa defenisi di atas dapat disimpulkan stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh darah otak yang di sebabkan oleh sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah.

2.1.2 Penyebab Stroke

Menurut muttaqin (2008) penyebab stroke adalah :

a. Trombosis Serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menyebabkan edema dan kongesti disekitarnya.

b. Pendarahan/*Hemoragi*

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk dalam perdarahan dalam ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karna arterosklerosis dan hipertensi.

c. Hipoksia umum

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

d. Hipoksia setempat

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

2.1.3 Klasifikasi Stroke

a. **Stroke Hemoragik**

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

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

Menurut Muttaqin (2008) Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis yang akut dan disebabkan oleh pendarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan karena trauma terapi

disebabkan oleh pecahnya pembuluh arteri, vena, dan kapiler.
perdarahan otak dibagi 2 yaitu :

1) Perdarahan *Intra Serebri* (PIS)

Pecahnya pembuluh darah terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. peningkatan TIK dapat terjadi dengan cepat yang mengakibatkan kematian mendadak karena heriasi otak. pendarahan intraserebri yang disebabkan hipertensi sering dijumpai didaerah putamen, thalamus, pons, dan serebelum.

2) Perdarahan *Sub Arachnoid* (PSA)

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisme yang berawal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar perankim otak. pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subarachnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri dan vasospasme pembuluh darah serebri yang berakibat disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (*Hemiparise, gangguan sensorik, afasia* dan lainnya). Vasospasme ini sering kali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan , mencapai puncaknya hari ke 5 sampai hari ke 9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2 sampai minggu ke 5.

b. Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan edema sekunder. pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi oksigen melalui proses metabolic anaerob, yang dapat menimbulkan dilatasi pembuluh darah otak. Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakit atau stadium nya di bagi menjadi :

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

2.1.4 Patofisiologi

a. Stroke Iskemik

Menurut Feigin (2004) hampir 80% stroke disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang

mengarah ke otak atau *embolus* (kotoran) yang terlepas dari jaringan atau *arteri ekstrakrani* (arteri yang berada diluar tengkorak) yang menyebabkan sumbatan di satu atau beberapa arteri intrakranial (arteri yang ada didalam tengkorak). Stroke iskemik menyebabkan penyumbatan atau penyempitan yang disebabkan oleh *arterosklerosis* (mengerasnya arteri).

Iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan aliran darah otak oleh thrombus atau embolus. trombus umumnya terjadi karena berkembangnya *arterosklerosis* pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah kearea thrombus menjadi kurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Emboli disebabkan oleh embulus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologis focal. perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah oleh emboli (Brunner Dan Suddarth, 2002).

b. Stroke Hemoragik

Menurut Feigin (2004)stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan kedalam jaringan (disebut *hemoragia intraserebrum* atau *hematom serebrum*) atau kedalam ruang *subarakhnoid*, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi

otak. perdarahan dari sebuah arteri intrakranium biasanya disebabkan oleh aneurisma (arteri yang melebar) atau pecah.

Pembuluh darah otak yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intrakranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan intrakranial yang tidak dikompensasi tubuh akan meningkatkan TIK yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. disamping itu, darah yang mengalir ke substansi otak atau ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak (Brunner dan Suddarth, 2002).

2.1.5 Tanda dan Gejala

Menurut Pinson R, (2010) gejala stroke adalah :

a. Otak Kecil/*Serebellum*

Gejalanya adalah gaya berjalan *ataxia*, kaku leher.

b. Batang Otak/*Brainstem*

Gejalanya adalah mual dan muntah, *diplopia*, *disatria*, *disfagia*, *vertigo*, *tinitus*, *hemiparise* atau *kuadriplegia*, kehilangan sensori disebelah badan atau semua badan, penurunan kesadaran, cegukan, nafas tidak normal.

c. *Hemisfer Dominan (Kiri)*

Gejalanya adalah arah pandangan ke arah kiri, penurunan lapang pandang kanan, hemiparise kanan, kehilangan hemisensori kanan.

d. *Hemisfer Tidak Dominan (Kanan)*

Gejalanya adalah arah pandang ke arah kanan, penurunan lapang pandang kiri, hemiparise kiri. kehilangan hemifarise kiri dan left neglect.

2.1.6 Komplikasi Stroke

Kebiasaan yang terjadi bisa mengenai beberapa aspek atau organ lain :

- a. Neurologi, seperti : edema otak, kejang, tekanan tinggi intrakranial, infark berdarah, stroke iskemik berulang, delirium akut, depresi.
- b. Paru-paru, seperti : obstruksi jalan nafas, hipoventilasi, aspirasi, pneumonia.
- c. Kardiovaskuler, seperti : miokard infark, aritmia, dekompensasi kordis, hipertensi, DVT (Deep Vena Thrombosis), emboli paru.
- d. Nutrisi/pencernaan seperti : ulkus, perdarahan lambung, konstipasi, dehidrasi, gangguan elektrolit, malnutrisi, hiperglikemia.
- e. Traktus urinarius, seperti : inkontinesia, infeksi saluran kemih.
- f. Ortope – kulit, seperti : dekubitus, kontraktur, nyeri sendi bahu, jatuh/fraktur menurut (Misbach, 2007).

2.1.7 Prosedur Diagnostik

Diagnosa dini penting untuk penatalaksanaan stroke. Tujuan pemeriksaan penunjang adalah untuk mencari penyebab, mencegah rekurensi, dan mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan perburukan Sistem Saraf Pusat (SSP). Pemeriksaan yang dilakukan adalah :

- a. CT-Scan, untuk membedakan stroke iskemik dan perdarahan. CT Scan tidak diperlukan oleh semua pasien, terutama jika diagnosis klinisnya sudah jelas.
- b. EKG, untuk mengetahui penyakit jantung, misalnya Atrial Fibrilasi, MCI (*Myocard Infark*).
- c. Ultrasoun : dopler ekstra maupun intrakranial dapat menentukan adanya stenosis atau oklusi, keadaan kolateral atau rekanalisasi.
- d. Pemeriksaan laboratorium :
 1. Pemeriksan darah rutin meliputi : darah perifer lengkap, hitung platelet, INR, APTT, serum elektrolit, gula darah, CRP dan LED, fungsi ginjal dan hati.
 2. Pemeriksan khusus sesuai indikasi meliputi : protein C, S, AT III, cardiopilin antibodies, hemocystein, vasculitis-screening (ANA, LupusAC), CSF.(Misback, 2007).

2.1.8 Penatalaksanaan Stroke

Pengobatan stroke akut menentukan kualitas hidup pasien dan bahkan mencegah kematian. Sehingga motto pelaksanaan pasien stroke “*time is brain*”. Oleh karna itu perawatan harus dilakukan di unit stroke. Selain

sudah diakui kelebihannya oleh organisasi stroke internasional, perawatan di unit stroke dilakukan oleh multidisiplin yang terdiri dari dokter ahli saraf, perawat khusus stroke, fisioterapi, terapi wicara, dan okupasi, serta ahli nutrisi. Prinsip manajemen stroke akut adalah :

- a. Diagnosis stroke yang cepat dan tepat
- b. Mengurangi luasnya lesi otak
- c. Mencegah dan mengobati komplikasi stroke
- d. Mencegah serangan stroke ulang dan
- e. Memaksimalkan kembali fungsi fungsi neurologik (Misback, 2007).

2.1.9 Faktor Resiko

Faktor resiko adalah suatu faktor atau kondisi tertentu yang membuat seseorang rentan terhadap serangan stroke. Faktor resiko stroke umumnya dibagi menjadi 2 kelompok besar sebagai berikut :

a. Faktor Resiko Yang Tidak Dapat Dirubah

1. Usia

Makin bertambah usia seseorang, makin meningkat resiko terkena stroke atau serang ulang stroke. Penambahan usia menyebabkan penurunan fungsi sistem pembuluh darah. Menurut Feigin (2004), setelah mencapai usia 50 tahun, setiap penambahan usia tiga tahun resiko stroke meningkat sebesar 11-20%. Resiko tinggi adalah usia lebih dari 65 tahun, tetapi hampir 25% dari semua stroke terjadi pada usia kurang dari 65 tahun, dan 4% terjadi pada usia antara 15 dan 40 tahun.

2. Jenis Kelamin

Laki-laki lebih beresiko dibandingkan wanita, dengan perbandingan 1,3:1, kecuali pada usia lanjut, resiko stroke pada laki-laki dan wanita hampir sama. Laki-laki terkena stroke iskemik, sedangkan wanita lebih cenderung terkena stroke perdarah subaraknoid. Stroke pada wanita di duga akibat pemakaian obat kontrasepsi oral. Angka kematian stroke pada wanita dua kali lebih tinggi dari laki-laki.

3. Ras

Stroke, terutama stroke hemoragik lebih sering terjadi pada orang keturunan Afrika, Asia, Afro-Karibia, Maori dan Kepalaun Pasifik dibandingkan keturunan Eropa. Orang Jepang dan Afrika-Amerika cenderung mengalami stroke perdarahan intrakranial, sedangkan orang berkulit putih cenderung terkena stroke iskemik akibatsumbatan ekstra kranial. Di Indonesia pada tahun 2007, stroke merupakan penyebab kematian tertinggi yaitu 15,4% dan penyebab utama kecatatan pada kelompok orang dewasa.

4. Riwayat keluarga

Gen berperan besar dalam beberapa faktor resiko stroke seperti hipertensi, penyakit jantung, diabetes dan kelainan pembuluh darah. Faktor genetik berperan besar dalam perdarahan subaraknoid. Genetis menjadi penyebab pada 7% total kasus sampai 20% pada orang yang berusia muda. Riwayat stroke dalam

keluarga, terutama jika dua atau lebih anggota keluarga pernah mengalami stroke pada usia kurang dari 60 tahun, akan meningkatkan resiko stroke.

b. Faktor Resiko Yang Dapat Di Rubah

1. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko yang banyak dialami penderita stroke. Berdasarkan data, stroke yang disebabkan oleh hipertensi dirumah sakit mencapai 73,9 persen. Banyak pasien mempunyai tekanan darah sistolik 150-170 mmHg, dan tekanan darah diastolik 90-100 mmHg. Padahal normalnya, sistolik 110-120 mmHg dan diastolik 90-100 mmHg. Apabila tak segera diobati, persentase bakal terkena penyakit jantung dan stroke berulang akan mencapai lebih dari 20%.

Untuk mengontrol tekanan darah tinggi pada pasien stroke, ada beberapa antipertensi efektif untuk penderita stroke. Beberapa obat tersebut adalah perindropin dari golongan ACE (*Angiotension Coverting Enzyme*) *inhibitor*. Obat tersebut terbukti tidak hanya menurunkan tensi, tetapi juga mencegah kambuhnya stroke. Resiko stroke lanjutan dan serangan jantung juga dikurangi menjadi 20-25 persen. Selain obat-obatan, pasien stroke yang mengidap hipertensi juga diminta untuk mengurangi asupan makanan yang kadar garam tinggi karena garam berpotensi meningkatkan tekanan darah. Mengurangi kadar garam didalam darah hingga 100

mmol/hari. Pengurangan ini bisa menurunkan tekanan darah 1-7 mmHg tekanan darah sistol.

2. Obesitas

Menurut Alfred (2007) Selain itu juga diubah kebiasaan makan. Makanan makanan yang berlemak, seperti jeroan harus dihindari. Berat badan juga perlu dijaga agar tidak terlalu berlebihan. Berat badan yang normal bisa diukur dari indeks masa tubuh (IMT). Ukurannya berat badan dibagi tinggi badan dalam meter kuadrat. Berat badan yang ideal adalah indeks masa tubuhnya 18,5 hingga 24,9. Juga harus memerhatikan lingkar pinggang maksimum 80 cm.

3. Diabetes

Menurut Alfred (2007) Diabetes mellitus adalah penyakit yang disebabkan pada gangguan produksi insulin oleh pankreas. Ada dua macam jenis diabetes mellitus :

a) Diabetes Tipe 1

Adalah penyakit diabetes yang diakibatkan tidak berfungsinya pankreas dalam memproduksi insulin. Insulin adalah hormon yang menyeimbangkan kadar gula darah.

b) Diabetes Tipe 2

Adalah penyakit yang diakibatkan terganggunya produksi insulin. Penyakit ini lebih banyak disebabkan oleh pola hidup

yang salah, seperti stress, makan yang berkolesterol, kurang olahraga, dan lain lain.

Penderita diabetes bisa memicu stroke karna kadar gula darah yang tinggi bisa merusak pembuluh darah. Darah jadi mengental dan tak mudah beku. Akibatnya, jika ada luka, sluka sukar sembuh. Pembuluh darah juga bisa rusak, itu juga bisa menimpa pembuluh darah otak. Pembuluh rusak, sehingga darah darah tak bisa mengalir ke otak dengan baik. Penderita bisa terkena stroke berulang. Untuk itu perlu dijaga kenormalan kada gula darah. Kadar gula darah normal adalah 80-109 mg/dl.

4. Merokok

Merokok merupakan kebiasaan sekaligus gaya hidup yang berdampak buruk bagi kesehatan. Apapun rokok yang beredar di pasaran semuanya mengandung 4000 racun dan 200 diantaranya sangat berbahaya. Asap rokok mengandung beberapa zat berbahaya yang sering disebut oksidator. Zat oksidator ini menimbulkan kerusakan pada dinding arteri. Dinding arteri yang rusak akibat asap rokok akan menjadi lokasi penimbunan lemak, sel trombosit, kolestrol, dan terjadi penebalanlapisan otot polos dinding arteri. Rokok menyebabkan berkurangnya jumlah oksigen dalam darah yang menyebabkan stroke jantung bekerja lebih keras, hal ini memudahkan terbentuknya gumpalan darah. Gumpalan ini akan menghambat aliran darah ke otak sehingga menyebabkan stroke

(National Stroke Association, 2010). Selain itu rokok juga menyebabkan konsentrasi fibrinogen, hemtokrit, menurunkan aktivitas, fibrinolitik dan aliran darah serebral, vasokonstriksi, sehingga terjadi aterotrombolitik (Feigin, 2004).

Bahkan menurut Feigin (2004) perokok pasif (menghirup asap rokok secara tidak langsung) meningkatkan kemungkinan terkena stroke hampir 80%. Mereka yang menghisap 20 atau lebih batang rokok sehari memiliki resiko stroke dua kali lipat di bandingkan yang merokok lebih sedikit.

5. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik moderat yang teratur dapat mengurangi hingga separuh resiko stroke dan memperkecil kematian dini akibat semua sebab sekitar 70%. Yang diperlukan hanya lah olah raga tiga atau empat kali seminggu selama 30 menit. Orang yang kurang aktivitas fisik (olah raga <3 kali per minggu) memiliki 50% resiko terkena stroke dibanding orang yang aktif. Aktivitas fisik dapat menurunkan berat badan dan tekanan darah, gula darah, meningkatkan kadar kolesterol HDL dan menurunkan kadar kolesterol LDL, memotivasi berhenti (Feigin, 2004).

6. Alkohol

Alkohol telah diidentifikasi sebagai faktor resiko stroke, namun mengkonsumsi alkohol ternyata mempunyai efek merugikan dan menguntungkan terhadap resiko stroke. Meskipun mengkonsumsi

alkohol dalam jumlah ringan (< 30 gram perhari untuk pria dan <15 gram untuk wanita.) (Feigin, 2004).

2.1.10 Dampak Stroke Bagi Pasien

Berdasarkan penelitian Ayuningputri (2013) membagi dampak storke bagi pasien sebagai berikut:

1. Dampak fisik

Sebagian besar pasien stroke akan mengalami gejala yang sangat bervariasi, dapat berupa gangguan mobilisasi atau gangguan motorik, gangguan penglihatan, gangguan bicara, perubahan emosi, dan gejala lain sesuai lokasi otak yang mengalami *infark* atau penyumbatan.

Gejala ini dapat mempengaruhi pada aspek fisik, psikologis serta sosial mereka yang akan berdampak pada penurunan produktifitas dan kualitas hidup baik secara permanen maupun sementara. Lebih lanjut, dampak fisik juga dapat muncul seperti kelumpuhan parsial, gangguan komunikasi dan gangguan kognitif. Defisit yang paling umum dialami pasien stroke yaitu melibatkan aksimotorik. Kelumpuhan fisik ini dapat terjadi secara langsung dan biasanya pasien menyadari bahwa mereka tidak bisa menggerakkan lengan dan kaki pada satu sisi tubuh.

2. Dampak psikologis

Dampak piskologis seperti kemaran, isolasi kelabilan emosi, depresi dan lain-lain.

3. Dampak sosial

Sedangkan dampak sosial dari stroke penderita tidak dapat lagi bekerja kembali seperti sedia kala dan sosialisasinya juga dapat terhambat.

Tabel 2.1
Resiko stroke

Faktor Resiko	Skor Faktor Resiko				Skor
	0	1	2	3	
Umur (Tahun)	0-44	45-64	65-74	75+	3
Hipertensi	Normal <120/80 mmHg	Hipertensi ringan 120-159/80-94 mmHg	Hipertensi sedang 160-179/95-109 mmHg	Hipertensi berat 108+/110+ mmHg	3
Kolesterol	Dibawah rata-rata (<5,2 mmol/L atau 200 mg/dl)	Rata-rata (5,2-6,1 mmol/L atau 200-239 mg/dl)	Meningkat sedang (6,2-7,8 mmol/L atau 240-300 mg/dl)	Sangat meningkat (>7,8 mmol/L atau >300 mg/dl)	3
Diabetes	Tidak ada	Buruk ≥ 126	Sedang 110-125	Baik 80-109	3
Obesitas Imt (kg/m ²)	Normal (18,5-24,9)	Sedikit berlebihan berat badan (25-26,9)	Lumayan berlebihan berat badan (27-29,9)	Obesitas (30 atau lebih)	3
Alkohol	Tidak berlebihan (0-2 gelas untuk pria dan 0-1 untuk wanita)	Sedikit berlebihan (3-4 gelas untuk pria dan 2 untuk wanita)	Lumayan berlebihan (5-6 gelas untuk pria dan 3-4 gelas untuk wanita)	Sangat berlebihan (>6 gelas untuk pria dan >4 untuk wanita)	3
Aktivitas fisik	Normal (aktivitas berenergi 1 jam paling tidak 3 kali seminggu)	Agak kurang (1 jam aktivitas berenergi 1-2 kali seminggu)	Lumayan kurang (kurang dari 1 jam aktivitas berenergi-sekali seminggu)	Aktivitas fisik sangat kecil (hampir atau tanpa aktivitas berenergi)	3

Sumber: Dimodifikasi Dari The Stroke Foundation Of New Zealand Guideilines (2003) Oleh Feigin (2004)

2.2 *Family Caregiver*

2.2.1 **Pengertian**

Caregiver adalah seseorang yang memberikan bantuan kepada orang yang mengalami ketidak mampuan dan memerlukan bantuan karena penyakit dan keterbatasannya (Natalingrum Sukmaini, 2009).

Caregiver merupakan pengasuh yang memberikan perawatan pribadi, hidup bersama penderita dan bekerja secara penuh dalam merawat penderita (Friedman, 2010).

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

Family caregiver merupakan anggota keluarga maupun kerabat pasien yang bertanggung jawab untuk merawat dan mendampingi pasien selama sakit. *family Alliance for Caragiver* (2011) menyatakan bahwa *family caregiver* bertanggung jawab untuk memberikan dukungan fisik, emosional dan sering kali dukungan keuangan dari orang lain yang tidak mampu untuk merawat dirinya sendiri karena sakit, cedera atau cacat. Caregiver bersifat harafiah dan konkret, percaya pada sebuah

informasi, spesifik faktual yang dikumpulkan melalui penglihatan mereka. Caregiver memiliki minat yang tulus pada kesejahteraan orang lain. Mereka terampil dalam memahami sudut pandang orang lain. Mereka serius pada tanggung jawab mereka, melihat apa yang perlu dilakukan dan kemudian melakukannya. Mereka menghargai tradisi dan keamanan yang ditawarkan.

2.2.2 Jenis Caregiver

Caregiver dibagi menjadi 2 yaitu :

a. *Caregiver Formal*

Caregiver formal adalah *caregiver* yang merupakan bagian dari sistem pelayanan baik dibayar maupun sukarelawan (Natalingrum sukmarini, 2009). *Caregiver formal* bisa dijelaskan merupakan perawatan yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan ataupun tenaga profesional lainnya yang diberikan dan melakukan pembayaran.

b. *Caregiver Informal*

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

2.2.3 Fungsi Caregiver

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

2.2.4 Tugas Family Caregiver

Keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan antara lain :

a. Menenal Masalah Kesehatan Keluarga

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

b. Merawat Keluarga Yang Mengalami Gangguan Kesehatan

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

c. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.

- d. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitar keluarga
(Harmoko, 2012)

2.3 Kualitas Hidup

2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup

Menurut Kreitler & Ben (2004). Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap posisi dirinya dikehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai diwilayah tempat tinggalnya yang berhubungan dengan target, harapan, standar dan kepentingan. Kualitas hidup merupakan ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak dari terapi pada pasien. Pengukuran konseptual ini mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup, kemampuan seseorang untuk secara mandiri dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Mengungkapkan kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan. Lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan system nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Nofitri, 2009).

Kualitas hidup menjadi istilah yang umum untuk menyatakan setatuskesehatan, kendati istilah ini juga memiliki makna khusus yangmemungkinkan penentuan rangking penduduk menurut aspek objektifmaupun subjektif pada status kesehatan.Kualitas hidup yang

berkaitan dengan kesehatan *Health-related Quality of Life* (HQL) mencakup keterbatasan fungsional yang bersifat fisik maupun mental, dan ekspresi positif kesejahteraan fisik, mental, serta spiritual. HQL dapat digunakan sebagai sebuah ukuran integrative yang menyatukan mortalitas dan morbiditas, serta merupakan indeks berbagai unsur yang meliputi kematian, morbiditas, keterbatasan fungsional, serta keadaan sehat sejahtera (*well-being*) (Micheal J. Gibney, 2009).

2.3.2 Komponen Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Wulandari D.W. (2004) yaitu :

a. Fungsi Fisik/*Physical Functioning*

Berhubungan dengan beberapa banyak batasan dari kesehatan fisik yang dapat dilakukan setiap hari, seperti berjalan dan menaiki anak tangga.

b. Peran Fisik/*Role Physical*

Berhubungan dengan tingkat kesulitan yang dialami individu ketika melakukan aktifitas sehari-hari di rumah dan ketika jauh dari rumah dalam ruang lingkup kesehatan fisik.

c. Tubuh Nyeri/*Bodily Pain*

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

d. Kesehatan Umum/*General Health*

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

e. Fungsi Sosial/*Social Functioning*

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

f. Vitality/*Vitality*

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

g. Kesehatan Mental

Berhubungan dengan kondisi batin yang senantiasa berada dlm keadaan tenang, aman, tentram dan dan upaya untuk menemukan ketenangan batin.

h. Peran Emosional/*Role Emotional*

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

i. Ringkasan Fisik Mental

Berhubungan dengan kesehatan mental saling berpengaruh jika individu mengalami sakit secara fisik maka dapat merusak mental dan jiwa individu.

2.3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Kualitas hidup menemukan beberapa faktor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup. Berikut beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu :

1. Usia

Seiring bertambahnya usia seseorang lebih rentan terhadap penyakit namun jarang menyebabkan penyakit serius sebelum 40 tahun dan meningkat 5 kali lipat pada usia 40 sampai 60 tahun (Price & Wilson, 2006). Berdasarkan penelitian yang dilakukan kualitas hidup buruk dibandingkan dengan pasien yang berusia lebih muda. Pasien berusia 18-24 tahun, hanya 7,5% yang mempunyai kualitas hidup buruk.

2. Jenis Kelamin

Moons, Marquet, Budst, dan De Gees (2004) mengatakan bahwa gender salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. menemukan adanya perbedaan antara kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik dari pada kualitas hidup perempuan.

3. Pendidikan

Moons, Marquet, Budst, dan De Gees (2004) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. menemukan adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.

4. Status Pernikahan

Moons, Marquet, Budst, dan De Gees (2004) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah,

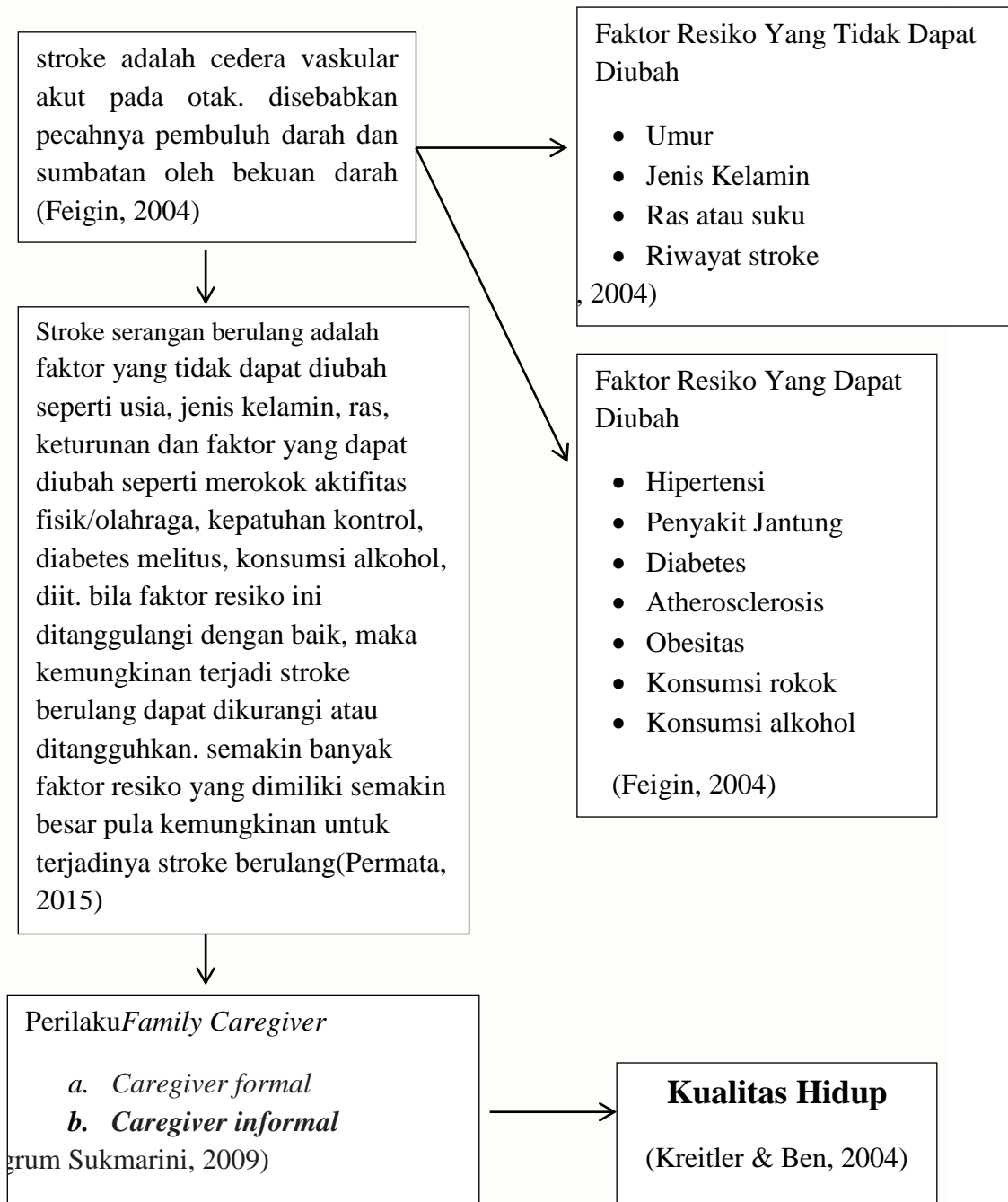
individu bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah. Penelitian empiris di Amerika secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda/duda akibat pasangan meninggal. Hal ini didukung oleh penelitian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

5. Keteraturan Berobat

Penyakit stroke sering disebut sebagai *the silent disease* atau pembunuh diam-diam, karena pada umumnya penderita tidak mengetahui dirinya mengidap stroke sebelum memeriksakan kesehatannya. Kepatuhan menjalani pengobatan sangat diperlukan untuk mengetahui tekanan darah serta mencegah terjadinya komplikasi. Keteraturan berobat dikatakan teratur apabila dilakukan berturut-turut dalam beberapa bulan terakhir dan tidak teratur apabila tidak dilakukan berturut-turut dalam beberapa bulan terakhir. Bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan tentang penyakit stroke seperti akibat dari penyakit jika tidak minum obat atau kontrol tekanan darah secara rutin maka akan mengakibatkan

komplikasi penyakit, sehingga mereka meluangkan waktu untuk kontrol tekanan darah.

2.4 Kerangka Teori



Keterangan :

- Penebalan penulisan yang akan di teliti.

Skema 2.1 Kerangka Teori

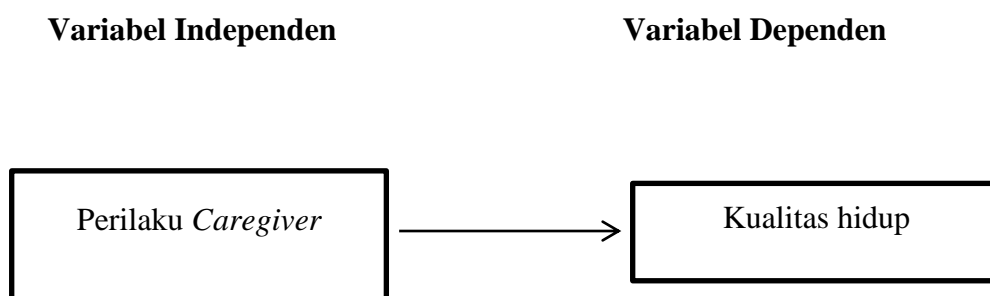
BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang dilakukan dan memberi landasan kuat terhadap topik yang dipilih sesuai dengan identifikasi masalahnya (Hidayat, 2007).

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup pada pasien stroke Di Ruang Rawat Inap RSSN Bukittinggi Tahun 2018. Adapun yang menjadi variabel independen adalah perilaku *caregiver* dan yang menjadi variabel dependen kualitas hidup.



Skema 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Defenisi Operasional

Tabel 3.1

Hubungan Perilaku *Caregiver* Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018.

No	Variable	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
1	<u>Independen</u> Perilaku <i>Caregiver</i>	Seseorang yang memberikan bantuan kepada orang yang mengalami ketidakmampuan dan memerlukan bantuan karena penyakit dan keterbatasannya	Lembar kuesioner	Kuesioner	Ordinal	1. Baik ≥ 60 2. Kurang baik < 60
2	<u>Dependen</u> Kualitas Hidup	Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap posisi dirinya dikehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai diwilayah tempat tinggalnya yang berhubungan dengan target, harapan, standar dan kepentingan.	Kuesioner	Short form-36 (SF-36)	Ordinal	1. Baik > 65 2. Kurang baik < 65

3.3 Hipotesa

Hipotesa adalah jawaban atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan melalui penelitian. Hipotesa ditarik dari serangkain fakta yang muncul sehubungan dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan kerangka pemikiran di atas, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian adalah:

Ha : Ada hubungan perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup pada pasien stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi di RSSN Bukittinggi Tahun 2018.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah bentuk langkah-langkah teknis dan operasional yang digunakan dalam melakukan prosedur penelitian (Notoadmojo, 2012). Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode *deskriptif analisis* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari korelasi antara faktor resiko dengan efek melalui pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada satu saat, sehingga subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja.

4.2 Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi. Alasan peneliti memilih lokasi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi yaitu rumah sakit memiliki pasien Stroke dan tersedia sampel yang diperlukan peneliti dalam penelitian ini. Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi juga merupakan rumah sakit pendidikan dan staf keperawatannya sangat terbuka dalam menerima perubahan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. Waktu penelitian telah dilakukan pada tanggal 20 Februari – 01 Maret 2018

4.3 Populasi Dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas : obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2013). Menurut Notoadmojo (2012), populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi dalam penyakit ini adalah seluruh pasien stroke diruang neurologi rawat inap RSSN Bukittinggi. Populasi dalam penelitian ini berjumlah rata-rata 80 orang per bulan .

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian kecil yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmojo, 2012). jumlah pasien dalam penelitian ini adalah 66 orang pasien Stroke dengan menggunakan teknik *accidental*. Sampel dalam penelitian ini diambil dengan menggunakan rumus *Slovin* yaitu sebagai berikut :

Rumus :

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

Keterangn :

n = Besar sampel yang dibutuhkan

N = Ukuran populasi

d = Derajat presisi yang diinginkan yaitu 5 % (0,05)

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

$$n = \frac{80}{1 + 80(0,05)^2}$$

$$n = \frac{80}{1 + 80(0,0025)}$$

$$n = \frac{80}{1 + 0,2}$$

$$n = \frac{80}{1,2}$$

$$n = 66$$

4.3.3 Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan peneliti adalah acidental dimana pengambilan sampel berdasarkan kriteria-kriteria atau pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2012). Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 66 pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018.

Sampel diambil berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti. Sedangkan kriteria eksklusi adalah kriteria subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat penelitian, menolak menjadi responden atau keadaan yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian (Nursalam, 2008).

Adapun yang memenuhi menjadi kriteria inklusi dalam sampel ini adalah :

a. Kriteria Inklusi :

- 1) Pasien stroke yang diruang rawat inap
- 2) Pasien stroke yang baru terkena stroke dan stroke berulang
- 3) Pasien stroke dan keluarga yang bersedia menjadi responden
- 4) Pasien stroke dan keluarga yang kooperatif.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien yang mengalami penurunan kesadaran
- 2) Pasien dan keluarga yang tidak bersedia menjadi responden
- 3) Pasien dan keluarga yang tidak kooperatif

4.4 Instrument Penelitian

Instrument penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010). Instrument yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner. Skala yang digunakan pada kuesioner ini yaitu *Likert Scale* pada dampak perilaku *caregiver* dan Skala *WHOQOL* pada kualitas hidup pasien stroke. Lembar kuesioner dirancang menurut variabel yang akan diteliti yaitu tentang Hubungan Perilaku *Caregiver* Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke. Pengukuran pada penelitian ini menggunakan pengukuran nyata dilapangan, sesuai dengan pemahaman, dan penilaian responden dengan menggunakan kuesioner.

4.5 Pengumpulan Data

a. Alat Pengumpulan Data

Dalam prosedur penelitian, peneliti pengumpulan data menggunakan kuesioner yaitu kuesioner perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup.

b. Cara Pengumpumpulan Data

- 1) Peneliti mengajukan surat permohonan izin pengambilan data dan penelitian yang dikeluarkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Perintis Padang.
- 2) Surat pengambilan data dan penelitian diajukan kepada Kepala Direktur, Kepala Bagian Diklat dan Kepala Ruangan Neurologi RSSN Bukittinggi.
- 3) Peneliti menunggu selama 3 hari untuk mendapatkan surat balasan dari diklat untuk bisa mengambil data.
- 4) Setelah mendapat izin dari diklat untuk pengambilan data dan melakukan penelitian nantinya, peneliti pergi ke bagian *Medical Record* (MR) untuk mendapatkan data awal.
- 5) Pada proses penelitian peneliti pergi ke Ruangan Rawat Inap Neurologi dan meminta izin ke Kepala Ruangan untuk menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian.
- 6) Setelah disetujui Kepala Ruangan peneliti juga meminta izin ke perawat diruangan Neurologi.

- 7) Selanjutnya peneliti dan perawat ruangan pergi menemui pasien stroke, dan peneliti menjelaskan maksud dan tujuan ke pasien stroke dan keluarga diruangan.
- 8) Jika pasien menyetujui untuk dijadikan sampel dalam penelitian maka peneliti mengajukan lembar persetujuan (*informed consent*) untuk ditanda tangani, dan peneliti mengontrak waktu yang telah disepakati bersama pasien dan keluarga.
- 9) Peneliti datang menemui responden pada jam yang telah disepakati dengan responden.
- 10) Peneliti melakukan penelitian di ruangan cempaka dan flamboyan selama 10 hari.
- 11) Peneliti mendatangi pasien satu persatu sesuai dengan kriteria inklusi, peneliti memberikan kuesioner kepada pasien dan keluarga. Peneliti menjelaskan cara mengisinya.
- 12) Pasien yang diminta untuk mengisi kuesioner harus ada anggota keluarga lain didekatnya, dan anggota keluarga juga mengisi kuesioner yang telah disediakan oleh peneliti.
- 13) Selama pengisian kuesioner peneliti berada didekat responden dan keluarganya.
- 14) Setelah prosedur pengumpulan data selesai dilakukan maka hasil pengumpulan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisis ke dalam SPSS/komputerisasi.

4.6 Pengolahan Dan Analisa Data

Notoadmojo (2012) Lembaran format yang sudah dikumpulkan pada penelitian ini akan dianalisa, kemudian diolah dengan sistem komputerisasi dengan tahapan sebagai berikut :

a. Edit/Editing

Editing merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian kuesioner atau formulir. Setelah kuesioner selesai diisi kemudian dikumpulkan langsung oleh peneliti dan selanjutnya diperiksa kelengkapan data. Semua responden mengisi lembar kuesioner dengan lengkap dan tidak ada yang kosong.

b. Pengkodean/Coding

Lembaran format yang telah dikumpulkan lalu diberi tanda, simbol atau kode, dan untuk nama hanya ditulis inisialnya saja. setelah semua data yang didapat kemudian diedit dan disunting, contoh dampak perilaku *caregiver* dengan kode 1 = Baik dan kode 2 = Kurang baik pada kualitas hidup dengan kode 1 = Baik dan kode 2 = kurang baik.

c. Penilaian/Skoring

Dalam pemberian skor digunakan skala yang merupakan salah satu cara untuk menentukan skor. Pemberian skoring pada kuesioner.

d. Memasukkan Data/Entry

Data yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan kedalam program

“software” komputer. software komputer ini bermacam-macam, masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangannya. salah satu program yang paling sering digunakan untuk “entry data” penelitian adalah program computerisasi. dalam proses ini juga dituntut ketelitian dari orang yang melakukan “data entry” ini. Apabila tidak maka akan terjadi bias, meskipun memasukkan data saja.

e. Pembersihan Data/*Cleaning*

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidak lengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi. proses ini disebut pembersihan data (*data cleaning*).

f. Proses/*Processing*

Kemudian selanjutnya data diproses dengan mengelompokkan data kedalam variabel yang sesuai dengan menggunakan program *computerisasi*.

4.7 Metode Analisa Data

Tahap terakhir pada penelitian ini adalah melakukan analisa data. analisa data dilakukan secara bertahap dan dilakukan melalui proses computerisasi (Notoadmojo, 2010).

a. Analisa Univariat

Analisa ini digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi (sebaran) dari masing-masing variabel penelitian. Penyajian data disajikan dalam bentuk tabulasi distribusi frekuensi dan presentase. Analisa univariat dilakukan yaitu terhadap variabel perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup pasien stroke. Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian, yang disajikan dalam bentuk table distribusi frekuensi dan presentase (Notoadmojo, 2010).

b. Analisa Bivariat

Analisa ini menggunakan uji chi square untuk melihat adanya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, menggunakan alat ukur kuesioner dan menggunakan skala ukur ordinal. untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan 0,05 sehingga jika nilai $p \leq 0,05$ maka secara statistik disebut bermakna, jika nilai $p > 0,05$ maka hasil hitung disebut tidak bermakna.

4.8 Etika Penelitian

a. Lembar Persetujuan/*Informed Consent*

Informed consent adalah bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan

Informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien.

b. Tanpa Nama/*Anonymity*

Anonymity adalah masalah yang diberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

c. Kerahasiaan/*Confidentiality*

Masalah ini merupakan masalah etika dan memberikan jaminan kerahasiaan, baik informasi ataupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah terkumpul dijamin rahasianya oleh peneliti.

Pertimbangan etik dalam penelitian ini juga disesuaikan dengan prinsip dasar komite etik penelitian kesehatan Indonesia (KNEP, 2007).

1. Martabat Manusia/*Human Right*

Peneliti menghormati harkat dan martabat manusia kepada responden dengan memberikan kebebasan untuk memutuskan sendiri keterlibatannya dalam penelitian.

2. Berbuat Baik/*Beneficence*

Peneliti menerapkan prinsip etik berbuat baik dengan meminimalkan resiko peneliti agar sebanding dengan manfaat yang

diterima dan peneliti merancang penelitian desain peneliti dengan memenuhi persyaratan ilmiah dan berdasar pada referensi terkait, jika terjadi ketidak nyamanan pada responden, maka peneliti menghentikan wawancara dan membebaskan responden untuk melanjutkan atau tidak.

3. Keadilan/*Justice*

Adalah peneliti berkewajiban untuk memberlakukan partisipan secara adil dalam setiap tahapan penelitian, hal ini diterapkan untuk memenuhi hak partisipasi untuk mendapatkan penanganan yang adil. peneliti tidak membeda-bedaka responden dalam penelitian.

BAB V
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel penelitian. Pada penelitian ini analisa univariat dilakukan untuk menggambarkan variable perilaku *caregiver* dan kualitas hidup pasien stroke yang akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

1. Perilaku *Caregiver*

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Perilaku *Caregiver* terhadap Pasien Stroked di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018

No	Dampak Perilaku <i>Caregiver</i>	f	%
1.	Baik	41	62.1
2.	Kurang baik	25	37.9
Jumlah		66	100

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa dari 66 orang responden, lebih dari separoh yaitu sebanyak 41 (62,1%) dengan perilaku *caregiver* yang baik.

2. Kualitas Hidup

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018

No	Kualitas Hidup	F	%
1.	Baik	26	39,4
2.	Kurang baik	40	60,6
Jumlah		66	100

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa dari 66 orang responden, lebih dari separuh yaitu sebanyak 40 (60,6%) responden dengan kualitas hidup kurang baik.

5.1.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen yang diduga memiliki keterkaitan antara satu sama lainnya. Pada penelitian ini, analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup pasien stroke.

Tabel 5.3
Hubungan Perilaku *Caregiver* dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018

No	Perilaku <i>Caregiver</i>	Kualitas Hidup				Total		p-value	OR (95% CI)
		Baik		Kurang Baik		F	%		
		F	%	f	%				
1.	Baik	21	51.2	20	48.8	41	100	0,024	4.200 (1.322-13,339)
2.	Kurang Baik	5	20.0	20	80.0	29	100		
		26	39,4	40	60,6	66	100		

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa dari 41 orang responden dengan perilaku *caregiver* baik, lebih dari separoh yaitu sebanyak 21 (51.2%) responden menunjukkan kualitas hidup yang baik dan hanya 5 (20.0%) responden dengan perilaku *caregiver* kurang baik yang menunjukkan kualitas hidup baik. Berdasarkan hasil analisis statistik didapatkan nilai $p = 0,024$ artinya terdapat hubungan antara perilaku *caregiver* dengan

kualitas hidup pasien stroke dan $OR = 4.200$ artinya responden dengan perilaku *caregiver* baik berpeluang sebesar 4.200 kali untuk menunjukkan kualitas hidup baik jika dibandingkan responden dengan perilaku *caregiver* kurang baik.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Analisa Univariat

a. Perilaku *Caregiver*

Berdasar tabel 5.1 diketahui bahwa dari 66 orang responden lebih dari separoh atau 62.1 % memiliki perilaku *caregiver* yang baik dan yang kurang baik sebanyak 37.9. Sejalan dengan penelitian terdahulu yang telah dilakukan oleh Khamida & Prasajo (2017) dengan judul "Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke", dimana pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa sebagian besar (63,8%) responden mendapat dukungan yang baik dari keluarga. Serta penelitian yang dilakukan oleh Hartati (2013) dengan judul "Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Family Caregiver Dalam Merawat Penderita Paska Stroke dirumah", penelitian ini menyimpulkan bahwa sebagian besar (71,8%) responden menunjukkan perilaku *famiy caregiver* baik.

Dimana dampak *caregiver* yang didapatkan adalah dampak psikologi positif, karena keluarga pasien sebagai *caregiver* selalu setia mendampingi pasien, memberikan perawatan dan dukungan

emosional. Dampak perilaku *caregiver* adalah akibat dari perilaku atau tindakan kerabat, pasangan, teman atau tetangga yang memiliki hubungan pribadi yang signifikan dengan individu yang sakit dan memberikan bantuan untuk orang tua atau dewasa dengan kondisi kronis atau cacat dalam hal ini adalah pasien stroke.

Bentuk *caregiver* pada penelitian ini lebih terfokus terhadap *caregiver informal* yaitu bentuk *family caregiver* yang diberikan oleh anggota keluarga tanpa memberikan bayaran, karena bentuk *family caregiver* yang digambarkan pada penelitian ini adalah bantuan dan perawatan yang diberikan oleh anggota keluarga dari pasien stroke. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Tantono, dkk (2006) yang membagi *family caregiver* ke dalam dua bagian yaitu formal dan informal sedangkan bentuk *family caregiver informal* adalah seseorang individu (anggota keluarga, teman atau tetangga) yang memberikan perawatan tanpa dibayar, paruh waktu atau sepanjang waktu, tinggal bersama maupun terpisah dengan orang yang dirawat.

Pada penelitian ini terlihat bahwa mayoritas responden mendapatkan bantuan dan perawatan (*family caregiver*) yang baik dari keluarga, dimana keluarga memberikan bantuan dan perawatan terhadap pasien stroke, baik itu dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari maupun dalam hal upaya pelaksanaan terapi bagi pasien yang dilakukan di

rumah dan maupun di fasilitas pelayanan kesehatan, menjaga kesegaran dan kebugaran responden.

Asumsi peneliti, pada dasarnya setiap pasien stroke selalu mendapatkan bantuan dan perawatan dari anggota keluarga. Hal ini tidak terlepas dari fungsi dasar keluarga, dimana keluarga merupakan orang terdekat yang berperan dalam memberikan bantuan dan dukungan terhadap anggota keluarga yang sakit, dalam hal ini adalah bantuan dan dukungan terhadap pasien pasca serangan stroke. Jenis dan bentuk *caregiver* yang diberikan oleh keluarga terhadap pasien stroke tergantung pada kondisi dan relationship antara anggota keluarga, selain itu kondisi status ekonomi, dan lain sebagainya.

b. Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa dari 66 orang responden lebih dari setengah atau 60,6% memiliki kualitas hidup yang kurang baik dan yang baik sebanyak 39,4%. Sejalan dengan penelitian terdahulu yang telah dilakukan oleh Rahman,dkk (2017) dengan judul “Dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita stroke pada fase pasca akut di Wonogiri”, didapatkan hasil bahwa 50,31% responden menunjukkan kualitas hidup yang kurang baik dan yang baik 49,69%, dengan p value 0,000. Dimana responden merasa frustrasi dengan kondisi kesehatannya yang dirasakan sangat tidak baik, merasa diri

tidak berdaya dan tidak berenergi, merasa bosan dengan kehidupannya setelah serangan stroke dan merasa tidak berdaya dalam mengikuti aktifitas sosial keluarga.

Kualitas hidup merupakan ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak dari terapi pada pasien. Pengukuran konseptual ini mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup, kemampuan seseorang untuk secara mandiri dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Mengungkapkan kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan. Lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan system nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Nofitri, 2009).

Bentuk gangguan kualitas hidup yang tergambar pada penelitian ini adalah pasien merasa tak berdaya dengan kondisi dirinya pasca serangan stroke, putus asa dengan kehidupannya, merasa bosan dan merasa rendah diri karena menjadi beban bagi keluarga. Kondisi ini mengindikasikan bahwa pasca serangan stroke pasien mengalami penurunan kualitas hidup terutama gangguan secara psikologis. Untuk itu sangat dibutuhkan dukungan dari semua pihak, terutama anggota keluarga dan dukungan dari petugas kesehatan dalam menjaga kondisi

psikologis pasien stroke agar pasien selalu merasa percaya diri, merasa dihargai dan kondisi ini dapat mengurangi masalah gangguan kualitas hidup pada pasien stroke. maka dari penelitian ini gambaran kualitas hidup didapatkan adalah dari penelitian keadaan umum (KU) responden didapatkan hasil 69% kualitas hidup sangat baik, ringkasan fisik mental (RFM) didapatkan hasil 48% kualitas hidup agak lebih baik dibanding dari 1 tahun yang lalu, fungsi fisik (FF) yang didapatkan hasil 56% kualitas hidup sangat terbatas, peran fisik (PF) yang didapatkan hasil sebanyak 59% dan peran emosi (PE) yang didapatkan hasil 85%, fungsi sosial (FS) didapatkan hasil 40% kualitas hidup tidak berpengaruh sama sekali, rasa sakit/nyeri didapatkan hasil sebanyak 59% kualitas hidup tidak nyeri dan pada vitalitas (V) yang didapatkan hasil sebanyak 43% kualitas hidup setiap waktu. Maka dari penelitian ini didapatkan hasil dari penelitian yang paling dominan adalah peran emosi dengan hasil 85%.

Menurut asumsi peneliti pada umumnya pasien stroke akan mengalami gangguan konsep diri yang berdampak terhadap kualitas hidup mereka, dimana setelah mengalami serangan stroke pada umumnya pasien stroke akan mengalami keterbatasan fisik dan sering bergantung pada orang lain (anggotakeluarga) dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Kondisi ini sering menyebabkan pasien stroke merasa tak berharga, menjadi beban keluarga serta mengalami kemunduran sosialisasi dan

semua ini menunjukkan penurunan kualitas hidup yang dialami oleh pasien stroke.

5.2.2 Analisa Bivariat

Hubungan Perilaku *Caregiver* dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden (51.2%) dengan perilaku *caregiver* baik menunjukkan kualitas hidup yang baik dan hanya 20.0% responden dengan perilaku *caregiver* kurang baik yang menunjukkan kualitas hidup baik. Berdasarkan hasil analisis *chi square* didapatkan nilai $p = 0.024$ dan $OR = 4.200$ artinya ada hubungan antara perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup pasien stroke dan responden dengan perilaku *caregiver* baik berpeluang sebanyak 4.200 kali untuk menunjukkan kualitas hidup baik jika dibandingkan responden dengan perilaku *caregiver* kurang baik.

Penelitian yang dilakukan oleh Hartati (2013) dengan judul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Family Caregiver Dalam Merawat Penderita Paska Stroke dirumah”, penelitian ini menyimpulkan bahwa sebagian besar (71,8%) responden menunjukkan perilaku *family caregiver* baik. Serta penelitian yang telah dilakukan oleh Rahman,dkk (2017) dengan judul “Dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita stroke pada fase pasca akut di Wonogiri”, didapatkan hasil bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita stroke ($p = 0,003$).

Penderita stroke akan mengalami perubahan yang membutuhkan perhatian seperti ketidakmampuan fisik, perubahan emosi, hilangnya pikiran seperti hilangsemangat, ingatan dan konsentrasi (Junaidi, 2006). Ketidakmampuan fisik, emosi dan kehidupan sosial penderita pasca stroke mempengaruhi peranan sosialnya. Hal tersebut memberikan pengaruh yang besar terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada penderita pasca stroke menemukan bahwa kecacatan pasca serangan stroke mempengaruhi kualitas hidup pasien, maka dari itu keluarga sebagai kerabat terdekat berperan penting dalam memberikan perawatan, bantuan dan perhatian (*family caregiver*) demi keberhasilan terapi dan meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke.

Family caregiver adalah setiap kerabat, pasangan, teman atau tetangga yang memiliki hubungan pribadi yang signifikan dengan individu yang sakit, dan memberikan berbagai bantuan untuk, orang tua atau dewasa dengan kondisi kronis atau cacat dalam hal ini adalah pasien stroke (*Family Caregiver Alliance*, 2011). Dampak positif dari *caregiver* adalah membantu keberhasilan pengobatan dan perawatan pasien stroke, karena keberhasilan pengobatan pasien tidak terlepas dari bantuan dan dukungan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk perilaku *family caregiver* (Harmoko, 2012).

Menurut asumsi peneliti perilaku *caregiver* berhubungan signifikan dengan kualitas hidup pasien stroke, karena pasien pasca serangan

stroke mengalami berbagai masalah fisik dan psikis, diantaranya adalah kelumpuhan atau kelemahan, gangguan keseimbangan, gangguan berbicara atau berkomunikasi, gangguan menelan dan gangguan memori yang dapat bersifat permanen. Kelumpuhan atau kelemahan yang dialami pasien stroke akan berdampak pada kemampuannya *daily activity*, dimana pasien pasca stroke yang bergantung pada orang lain dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Hal tersebut memberikan pengaruh yang besar terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke.

Perhatian, kasih sayang, perawatan dan bantuan dari anggota keluarga (*family caregiver*) sangat dibutuhkan oleh pasien pasca serangan stroke, dimana bentuk perhatian dan kasih sayang yang diberikan keluarga memberikan pengaruh terhadap psikologis pasien, jika perilaku *caregiver* keluarga baik maka pasien akan merasa masih disayangi dan diperhatikan oleh keluarga. Kondisi ini akan meningkatkan rasa percaya diri dan harga diri pasien sehingga mampu menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik. Begitu pula sebaliknya jika perilaku *caregiver* kurang baik, maka akan pasien pasca stroke cenderung merasa dirinya tak berharga, frustrasi, kesulitan dalam hubungan sosial berhubungan dengan penurunan kepercayaan dan harga diri karena merasa sendiri dan menjadi beban keluarga dan semua itu adalah tanda dan gejala penurunan kualitas hidup secara psikologis.

Hal ini juga terlihat dari hasil penelitian, dimana ada kecenderungan pasien pasca stroke dengan perilaku *caregiver baik* menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik jika dibandingkan pasien pasca serangan stroke dengan dampak perilaku *caregiver kurang baik*.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup pasien stroke di ruang rawat inap Neurologi RSSN Bukittinggi dapat disimpulkan bahwa :

1. Lebih dari separoh responden dengan perilaku *caregiver* baik, dimana responden mendapat perhatian, dukungan dan bantuan yang baik dari keluarga pasca serangan stroke
2. Lebih dari separoh responden dengan kualitas hidup kurang baik, dimana responden merasa tidak berdaya, dan merasa menjadi beban keluarga pasca serangan stroke.
3. Ada hubungan antara perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup pasien stroke, dimana terlihat kecenderungan pasien dengan perilaku *caregiver baik* menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik dari pada pasien dengan perilaku *caregiver* kurang baik.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Peneliti

Diharapkan kepada peneliti untuk selalu meningkatkan pemahaman serta pengetahuan tentang keperawatan medical bedah, khususnya tentang pentingnya perilaku *caregiver* dalam perawatan pasien stroke. Selain itu juga diharapkan kepada peneliti berikutnya untuk

dapat melakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku caregiver dengan kualitas hidup pasien stroke.

6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi pendidikan keperawatan untuk memberikan materi /bahan ajar tentang terapi non farmakologis pada pasien stroke untuk mengetahui perilaku *caregiver* dengan kualitas hidup.

6.2.3 Bagi Lahan Penelitian

Diharapkan kepada pihak RSSN Bukittinggi untuk selalu meningkatkan keterlibatan keluarga dalam proses perawatan dan rehabilitasi pasien pasca stroke, dengan memberikan edukasi dan melibatkan secara langsung anggota keluarga dalam perawatan pasien.

6.2.4 Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi/acuan bagi peneliti lain untuk dapat melakukan atau melanjutkan penelitian ini dengan variabel yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Avie Andriyani. (2010). *Sistem Prediksi Penyakit Stroke Berbasis Decision*.
Jakarta : AMIK BSI.
- Brunner & Suddarth. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Volume 3.
Jakarta : EGC
- Cress JC. (2011). *Handbook Of Geriatric Care Managemen*.
[Http://Books.Google.Co.Id](http://books.google.co.id)
- [Eka Putranti, dkk. \(2016\). Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Kanker Di Rsud Dr. Moewardi surakarta.](#)
- Family Caregiver Aliance. (2011). *Exploring The Complexities Of Family Caregiving*.[Http://Caregiver.Org/Caregiver/Jsp/Content/Pdfs](http://caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs)
- Feigin, Valery. (2004). *Stroke*. Jakarta : PT. Bhuana Ilmu Popular.
- Fera Liza, dkk. (2013). *Efektivitas Stroke Education Program SEP Terhadap Peran Family Caregiver Dalam Modifikasi Gaya Hidup Pasien Stroke Dirumah Sakit Bukittinggi*.FKUI.
- Friedman, Marilyn M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset,Teori Dan Praktek*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Gibney, Michael J., Margetts, Barrie M., Kearney, John M., Arab Lenore. (2009).
Gizi Kesehatan Masyarakat. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Given, B. A, Given, C. W & Sherwood, R. P. (2011). *Family Caregiver Needs Over The Course Of The Cancer Trajectory*. The Journal Of Supportive Oncology.
- Harmoko.(2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Pustaka Belajar
- Hidayat. (2007). *Ilmu Metodologi Dan Etika Penelitian, Buku Dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Ed.2. Jakarta : Selemba Medika

- Indah, Permata. (2015). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Stroke Berulang Pada Penderita Pasca Stroke*. Fiku Muhammadiyah Surakarta(Skipsi).
- Indrawati dkk. (2016). *Care Yourself Stroke, Cegah Dan Obati Sendiri*. Jakarta: Penebar Plus,
- Junaidi, I. (2006). *Stroke Pengenalan, Pencegahan, Pengobatan, Rehabilitasi*
- Kreitler & Ben. (2004). *Quality Of Life In Children* . New York: Johnwiley N Sons.
- Medikal Record RSSN. (2016). *Data Stroke Bukittinggi*.
- Misbach, J At All. (2007). *Unit Stroke Manajemen Stroke Komprehensif*. Jakarta : FKUI
- Moons P. Marquet K. Budts W. Geest, Sabina. (2004). *Validity, Reliability, And Responsiveness Of The Schedule For The Evaluation Of Individual Quality Of Live-Direct Weighting (SEIQOL-DW)*.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan System Persyarafan*, Jakarta : Selemba Medika.
- Effendy N. (2012). *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta : Rineka Cipta.
- Nanda Masrani Daulay, Setiawan, Nunung Febriany S dkk. (2014). *Pengalaman Keluarga Sebagai Caregiver Dalam Merawat Pasien Stroke Dirumah*.
- Notoadmojo Soekidjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta :Rineka Cipta.
- Notoadmojo Soekidjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nofitri NFM. (2009). *Gambaran Kualitas Hidup Pada Individu Dewasa Berdasarkan Karakteristik Budaya*. Jakarta Depok: Universitas Indonesia
- Nur Khamida Dan Sigit Prasojjo. (2017). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Wilayah Puskesmas Wonopringgo Kabupaten Pekalongan*.

- Nursalam. (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika.
- Profil Dinas Kesehatan Sumatera Barat. (2016). Dari [Www.Depkes.Go.Id](http://www.depkes.go.id).
Stroke, Serta Tanya Jawab Seputar Stroke. Jakarta : Bhuana Ilmu Populer.
- Pinzon, R & Asanti. (2010). *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan & Pencegahan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Kesehatan Dasar (Rikesdas). (2015). Kemenkes RI Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Sutrisno Alfred. (2007). *Stroke? You Must Know Before You Get It!*. Jakarta : PT Buana Printing, Gramedia
- Sukmarini Natalingrum. (2009). *Optimalisasi Peran Caregiver Dalam Penatalaksanaan*. Bandung : Majalah Psikiatri Xlii.
- WHO. (2015). *STEP Stroke Surveillance Available from:*
http://www.who.int/entity/chp/steps/Section1_Introduction.pdf Accessed.
- Wulandari D.W. (2004). *Penentuan Validitas WHOQOL – 100 Dalam Menilai Kualitas Hidup Pada Pasien Rawat Jalan Di RSCM Versi Indonesia Tesis*. Jakarta : Universitas Indoensia.

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,

Bapak/Ibu/Sdr/I Calon Responden

Di

Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan STIKes Perintis Padang Kampus II Bukittinggi.

Nama : Melli Sasri Marsyah

Nim : 14103084105019

Bermaksud akan melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan dampak Perilaku *Caregiver* Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Diruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018”**.

Adapun tujuan penelitian ini untuk kepentingan pendidikan peneliti, dan segala informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiannya dan peneliti bertanggung jawab apabila informasi yang diberikan akan merugikan bagi responden, maka peneliti mohon kesediaan Bapak/ibu/Sdr/I untuk menandatangani lembar persetujuan.

Bukittinggi, 2018

Penulis

Melli Sasri Marsyah

Lampiran 2

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan STIKes Perintis Padang Kampus II Bukittinggi yang berjudul **“Hubungan dampak Perilaku Caregiver Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018”**.

Demikianlah pertanyaan persetujuan ini saya tanda tangani agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bukittinggi, 2018

Responden

()

Lampiran 3

KISI KISI KUESIONER

Hubungan dampak Perilaku *Caregiver* Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien

Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2017

No.	Variabel	Tujuan	Sub Variabel	No. Item	Jumlah Item
1.	Perilaku <i>caregiver</i>	Untuk memberikan bantuan kepada orang yang mengalami ketidakmampuan karena penyakit dan keterbatasannya.	1) Perawatan Kebersihan 2) Mencegah Cedera Dan Jatuh 3) Penanganan Masalah Emosional 4) Perawatan Kulit 5) Latihan Fisik 6) Kebutuhan Buang Air Besar Dan Kecil 7) Kebutuhan Nutrisi 8) Latihan Berbicara 9) Kepatuhan Program Pengobatan	1 2 3,16 4, 20 6,7,18,19 8,13 10,11 5,12,17 9,14,15	20 Item

2.	Kualitas hidup	Kemampuan seseorang untuk secara mandiri dalam melakukan kegiatan sehari-hari.	1) Keadaan Umum 2) ringkasan fisik dan mental 3) Fungsi Fisik 4) Peran Fisik 5) Peran Emosi 6) Fungsi Sosial 7) Rasa Sakit/Nyeri 8) Vitalitas/energi 9) kesehatan mental	1,11a,11b,11c,1 1d, 2 3a,3b,3c,3d,3e,3 f,3g,3h,3i,3j 4a,4b,4c,4d 5a,5b,5c 6,10 7,8 9a,9e,9g,9i 9b,9c,9d,9f,9h	36 Item
----	----------------	--	--	---	---------

KUESIONER PENELITIAN
“HUBUNGAN DAMPAK PERILAKU *CAREGIVER* DENGAN KUALITAS
HIDUP PADA PASIEN STROKE DIRUANG RAWAT INAP
NEUROLOGI RSSN BUKITTINGGI
TAHUN 2018”

Tanggal :

Nomor Responden :

A. Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Bacalah setiap pertanyaan serta jawablah pertanyaan dengan benar.
2. Berilah tanda (√) pada jawaban yang dianggap tepat dan benar.
3. Kuesioner yang sudah diisi dikembalikan ke pada peneliti.
4. Jika ada pertanyaan yang diragukan atau tidak dimengerti silakan tanya kepada peneliti.
5. Isilah kuesioner ini dengan jujur serta dengan teliti.

Atas perhatiannya saya ucapkan terimakasih.

B. Identitas Responden

1. Nama :.....
2. Jenis Kelamin :.....
3. Usia :.....
4. pendidikan :.....
5. Status perkawinan :.....

C. Variabel Penelitian

Perilaku Family Caregiver

No	Pernyataan	SL 4	SR 3	KK 2	TP 1
1.	Pasien stroke selalu dibantu oleh keluarga untuk membersihkan diri seperti mandi, keramas dan menggosok gigi setiap hari.				
2.	Pasien stroke dibantu oleh keluarga menopang bagian tubuh, misalnya dengan menggunakan bantal atau kasur khusus.				
3.	Pasien selalu diberikan semangat dan dukungan selama dirawat dirumah sakit.				
4.	Pasien stroke dibantu oleh keluarga dalam perawatan kulit seperti memijat, mengelap, memberikan bedak, dan menjaga kulit tetap kering.				
5.	Pasien stroke diajarkan oleh keluarga untuk melakukan latihan lidah dan bibir setiap hari.				
6.	Pasien stroke dibantu oleh anggota keluarga untuk menggerakkan badan dan membantu berjalan.				
7.	Pasien stroke dibantu oleh keluarga untuk menggerakkan anggota badan atau olahraga, perubahan posisi di tempat tidur dan duduk.				
8.	Pasien stroke selalu dibantu oleh keluarga untuk buang air besar dan buang air kecil baik dikamar mandi/toilet maupun ditempat tidur (pispot).				
9.	Pasien stroke selalu diingatkan keluarga untuk minum obat tepat waktu.				
10.	Pasien stroke diingatkan oleh keluarga untuk makan tepat waktu dan menghindari makan dengan kolesterol dan				

	garam tinggi.				
11.	Pasien stroke tidak pernah di siapkan makanan yang bervariasi oleh keluarga.				
12.	Apakah pasien stroke tidak diajarkan oleh keluarga untuk melakukan latihan lidah dan bibir setiap hari				
13.	Pasien stroke tidak pernah dibimbing oleh keluarga berkomunikasi dengan baik.				
14.	Pasien stroke tidak diingatkan oleh keluarga untuk minum obat tepat waktu.				
15.	Pasien stroke tidak ada keluarga yang mau mengantarkan untuk kontrol rutin kerumah sakit atau puskesmas terdekat.				
16.	Tidak ada yang memberikan semangat dan dukungan kepada pasien stroke selama dirawat di rumah sakit baik keluarga ataupun orang lain.				
17.	Pasien stroke tidak pernah diajarkan untuk berkomunikasi dengan baik oleh keluarga.				
18.	Tidak ada yang membantu pasien stroke dalam melakukan aktifitas fisik atau olahraga, perubahan posisi ditempat tidur dan duduk.				
19.	Tidak ada yang mendampingi pasien stroke untuk menaiki anak tangga.				
20.	Tidak ada yang membantu pasien stroke dalam membersihkan diri seperti mandi, keramas dan menggosok gigi.				

D. Variabel Penelitian

Kualitas Hidup

1. Bagaimana menurut anda kondisi kesehatan anda secara umum
?(**KU**)Keadaan Umum.

Amat sangat baik	Sangat baik	Baik	Biasa saja /cukup	Buruk
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

2. dibanding 1 tahun yang lalu, bagaimana kondisi kesehatan anda saat ini
?(**RFM**) ringkasa fisik dan mental

Jauh lebih baik dibanding 1 tahun lalu.	Agak lebih baik dibanding 1 tahun yang lalu.	Kira-kira sama dengan 1 tahun yang lalu.	Agak lebih buruk dibanding 1 tahun yang lalu.	Sangat lebih buruk dibanding 1 tahun yang lalu.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

3. Aktifitas yang biasa anda lakukan sehari-hari. apakah aktifitas anda menjadi terbatas atau terganggu karena kondisi kesehatan anda saat ini ?Fungsi Fisik (**FF**)

	Apakah aktifitas berikut menjadi terbatas karena kondisi kesehatan anda ?	Ya, sangat terbatas	Ya, agak terbatas	Tidak terbatas sama sekali
3a	Aktifitas berat, seperti lari, mengangkat barang berat, melakukan olahraga berat.	(1)	(2)	(3)
3b	Aktifitas sedang, seperti memindahkan barang, memasak, menyeterika, mencuci pakaian, berjalan cepat.	(1)	(2)	(3)
3c	Mengangkat atau membawa barang sekitar 3-5 kg	(1)	(2)	(3)
3d	Menaiki beberapa anak tangga	(1)	(2)	(3)
3e	Menaiki satu anak tangga	(1)	(2)	(3)
3f	Menekuk tubuh, berlutut, membungkuk.	(1)	(2)	(3)
3g	Berjalan lebih dari 1,5 km	(1)	(2)	(3)
3h	Berjalan sekitar 50 rumah (500 meter)	(1)	(2)	(3)

3i	Berjalan sekitar 10 rumah (100 meter)	(1)	(2)	(3)
3j	Mandi atau berpakaian sendiri	(1)	(2)	(3)

4. dalam 4 minggu terakhir, apakah anda pernah mengalami beberapa masalah dengan pekerjaan anda atau aktifitas sehari-hari lainnya sebagai akibat dari masalah kesehatan anda ? **(PF)** Peran Fisik.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
4a	Mengurangi jumlah waktu yang anda gunakan untuk bekerja atau aktifitas lain	(1)	(2)
4b	Hanya dapat mengerjakan pekerjaan lebih sedikit dari yang anda inginkan	(1)	(2)
4c	Mengalami keterbatasan dalam jenis pekerjaan atau jenis aktifitas lainnya	(1)	(2)
4d	Mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan atau aktifitas lainnya (misalnya memerlukan usaha yang sangat besar dalam melakukannya)	(1)	(2)

5. dalam 4 minggu terakhir, apakah anda pernah mengalami masalah-masalah dalam pekerjaan atau aktifitas sehari-hari lainnya sebagai akibat masalah perasaan atau emosi (seperti perasaan tertekan atau cemas). **(PE)** Peran Emosi.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
5a	Mengurangi jumlah waktu yang anda gunakan untuk bekerja atau aktifitas lain	(1)	(2)
5b	Hanya dapat mengerjakan pekerjaan lebih sedikit dari yang anda inginkan	(1)	(2)
5c	Tidak bekerja atau melakukan aktifitas sebaik/seteliti biasanya	(1)	(2)

6. dalam 4 minggu terakhir, seberapa jauh kondisi kesehatan fisik dan masalah emosi/perasaan anda mempengaruhi aktifitas sosial anda dengan keluarga, tetangga atau kelompok ? (misalnya pergi rekreasi, arisan, pengajian, dll) **(FS)** Fungsi Sosial.

Tidak berpengaruh sama sekali	Sedikit berpengaruh	Pengaruhnya sedang	Berpengaruh	Sangat berpengaruh
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

7. Seberapa berat rasa nyeri ditubuh (seperti pegal-pegal, ngilu, dll) yang anda alami dalam 4 minggu terakhir.? **(RN)** Rasa Sakit/Nyeri

Tidak Nyeri	Sangat Nyeri	Ringan	Sedang	Berat	Berat Sekali
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

8. dalam 4 minggu terakhir, seberapa berat rasa nyeri tubuh tersebut mempengaruhi pekerjaan sehari-hari anda (termasuk pekerjaan diluar rumah dan pekerjaan rumah) ? **(RN)** Rasa Sakit/Nyeri

Tak berpengaruh sama sekali	Sedikit berpengaruh	Sedang-sedang saja	Banyak berpengaruh	Sangat banyak berpengaruh
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

9. Bagaimana perasaan anda dan bagaimana hal tersebut anda rasakan selama 4 minggu terakhir ini. Untuk setiap pertanyaan, harap berikan satu jawaban yang paling mendekati dengan perasaan yang anda rasakan dan seberapa sering hal tersebut terjadi dalam 4 minggu terakhir ? **(V)** Vitalitas

		Setiap waktu	Sangat sering	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
9a.	Apakah anda merasa penuh semangat ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9b.	Apakah anda merasa sangat gugup ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9c.	Apakah anda merasa sangat sedih hingga tak ada yang bisa menghibur anda ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9d.	Apakah anda merasa tenang dan damai.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9e.	Apakah anda merasa penuh energy ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9f.	Apakah anda merasa bimbang dan kecewa ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

9g	Apakah anda merasa jenuh/bosan ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9h	Apakah anda merasa bahagia ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9i	Apakah anda merasa capek ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

10. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa banyak waktu/seberapa sering masalah kesehatan fisik dan perasaan/emosi anda mempengaruhi aktifitas sosial anda (seperti mengunjungi teman, keluarga, tetangga, dll) ? **(FS)** fungsi sosial.

Sepanjang waktu	Sebagian besar waktu	Banyak waktu/sering	Kadang-kadang	Sedikit/jarang	Tak pernah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

11. Betul atau salah pertanyaan-pertanyaan berikut ini untuk anda ? **(KU)** Keadaan Umum.

		Sangat betul	Betul	Tidak tahu	Salah	Sangat salah
11a	Saya tampaknya lebih mudah sakit dibanding orang lain	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11b	Saya sama sehatnya dengan orang lain yang saya kenal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11c	Saya berharap kesehatan saya semakin memburuk	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11d	Kesehatan saya baik sekali	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)



YAYASAN PERINTIS PADANG (Perintis Foundation)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) PERINTIS
Perintis School of Health Science, IZIN MENDIKNAS NO : 162/D/O/2006 & 17/D/O/2007
"We are the first and we are the best"

Campus 1: Jl. Adinagara Simpang Kalumpang Lubuk Buaya Padang, Sumatera Barat - Indonesia, Telp. (+62751) 481992, Fax. (+62751) 481962
Campus 2: Jl. Kusuma Bhakti Gulai Bancah Bukittinggi, Sumatera Barat - Indonesia, Telp. (+62752) 34613, Fax. (+62752) 34613

Bukittinggi, 23 Oktober 2017

Nomor : 1167/STIKes- YP/Pend/X/2017
Lamp : -
Perihal : Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Kepada Yth,
Bapak/Ibu Direktur RSSN Bukittinggi
Di
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Dengan hormat,

Dalam rangka menyusun Tugas Akhir Program bagi mahasiswa Semester Ganjil Reguler Program Studi Ilmu Keperawatan Perintis Padang Tahun Ajaran 2017/2018 atas mahasiswa :

Nama : Melly Sasri Marsyah
NIM : 14103084105019
Judul Penelitian : Pengaruh Family Caregiver terhadap Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2017

Dalam hal penulisan Tugas Akhir Program tersebut, mahasiswa membutuhkan data dan informasi untuk menyusun proposal dan melakukan penelitian. Oleh karena itu kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk dapat memberi izin dalam pengambilan data dan penelitian yang dilakukan mahasiswa pada Instansi yang Bapak/Ibu pimpin.

Demikianlah surat ini kami sampaikan, dengan harapan Bapak/Ibu dapat mengabulkannya, atas bantuan dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis
Ketua

Yendrizal Jafri, SKp. M. Biomed
NIK: 1420106116893011

Tembusan kepada yth:

1. Bapak/Ibu Ka. Diklat RSSN Bukittinggi
2. Bapak/Ibu Kabid Keperawatan RSSN Bukittinggi
3. Ibu Ka. Administrasi Kampus II Bukittinggi
4. Arsip

SELURUH PROGRAM STUDI

TERAKREDITASI "B"



Management System
ISO 9001:2008

www.tuv.com
ID 9105085045



Website : www.stikesperintis.ac.id
e-mail : stikes.perintis@yahoo.com



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI

Jalan Jenderal Sudirman PO BOX I Bukittinggi Telepon (0752) 21013 Faksimile (0752) 23431



Nomor : DM.01.01/6/XXVIII/107 / 2018

11 Januari 2018

Perihal : Izin Melakukan Pengambilan Data

Yang terhormat,

Ka.Instalasi Rawat Inap A

RSSN Bukittinggi

Sehubungan dengan hasil konfirmasi melakukan penelitian pada tanggal 11 Januari 2018 dengan nomor surat DM.01.01/6/XXVIII/106 /2018, dengan ini kami informasikan bahwa mahasiswa di bawah ini :


Nama : Melly Sasri Marsyah
NIM : 14103084105019
Institusi : STIKes Perintis Prodi S1 Keperawatan

Telah menyelesaikan semua proses administrasi sesuai prosedur pengambilan data di RSSN Bukittinggi dan yang bersangkutan telah dapat melaksanakan kegiatan pengambilan data pada tanggal 11 s/d 17 Januari 2017 untuk tugas akhirnya yang berjudul **"Pengaruh Family Caregiver Terhadap Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2017"**.

Untuk itu kami harapkan kerjasama dan bimbingannya dalam penelitian tersebut.

Atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Ka.Instalasi Diklit


Ref Denis, S.Kep,MM
NIP.196708241989032001

Tembusan kepada yth :

1. Lahan penelitian
2. Yang bersangkutan
3. Arsip



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI

Jalan Jenderal Sudirman PO BOX 1 Bukittinggi Telepon (0752) 21013 Faksimile (0752) 23431
Email : rssnyanmed@yahoo.co.id Website : www.rsstrokebkt.com



No : DM.01.01/6/XXVIII/106 /2018

11 Januari 2018

Perihal : Konfirmasi Pengambilan Data

Yang terhormat ,
Ka.Instalasi Rawat Inap A
RSSN Bukittinggi

Menindaklanjuti disposisi dari Ibu Direktur Utama tertanggal 23 November 2017 dengan
No : 2019 tentang izin melakukan pengambilan data dan penelitian mahasiswa dibawah ini :

Nama : Melly Sasri Marsyah
NIM : 14103084105019
Institusi : STIKes Perintis Prodi S1 Keperawatan

Akan melakukan pengambilan data di Ruang Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, untuk tugas akhirnya yang berjudul **“Pengaruh Family Caregiver Terhadap Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2017”**.

Kegiatan pengambilan data tersebut akan dilakukan pada tanggal 11 s/d 17 Januari 2018, adapun data yang akan diambil adalah jumlah pasien stroke per bulan selama tahun 2017. Untuk itu kami harapkan kerja sama dan bimbingannya demi kelancaran pengambilan data tersebut.

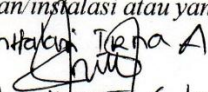
Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ka.Instalasi Diklit


Ref Denis, S.Kep,MM
NIP 196708241989032001

Tanggapan Persetujuan

(diisi oleh Ka.Bagian/instalasi atau yang mewakili)

Sebenju . ka.Instalasi Rawat Inap A


Catatan: <Nj. Novita R. S. Kep>
Untuk dikembalikan ke Instalasi Diklit
setelah ditanggapi lahan responden



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI

Jalan Jenderal Sudirman PO BOX 1 Bukittinggi Telepon (0752) 21013 Faksimile (0752) 23431
Email : rssnyanmed@yahoo.co.id Website : www.rsstrokebkt.com



SURAT KETERANGAN

NO : DM.01.01/XXVIII/ 519 /2018

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Utama RSSN Bukittinggi, dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Melly Sasri Marsyah
NIM : 14103084105019
Institusi : STIKes Perintis Prodi S1 Keperawatan

Telah selesai melaksanakan kegiatan penelitiannya di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi dengan topik "**Pengaruh Family Caregiver Terhadap Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2017**". dengan surat izin penelitian nomor DM.01.01/6/XXVIII/284/2018

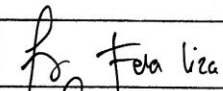
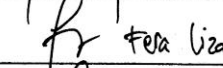

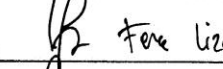
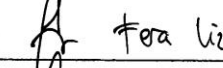
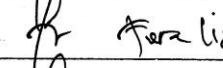
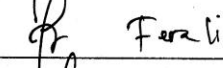
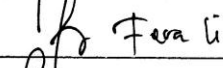
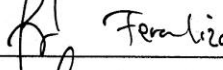
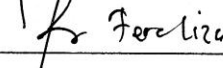
Sesuai dengan kesepakatan dan aturan yang berlaku, bahwa yang bersangkutan akan menyerahkan hasil akhir dari kegiatan penelitiannya dalam bentuk Karya Tulis yang telah disahkan oleh pendidikannya ke pihak rumah sakit.

Demikianlah surat keterangan penelitian ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

09 Maret 2018
Direktur Utama

dr. Hj. Ermawati, M.Kes
NIP. 196104231987102001

DAFTAR HADIR PENELITIAN
MAHASISWA S1 KEPERAWATAN STIKes PERINTIS PADANG
DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI RSSN BUKITTINGGI TAHUN 2018

NAMA	HARI/TANGGAL	PARAF
MELLI SASRI MARSYAH	Selasa 20/02/2018	 Fera liza
	Rabu 21/02/2018	 Fera liza
	Kamis 22/02/2018	 Fera liza
	Jum'at 23/02/2018	 Fera liza
	Sabtu 24/02/2018	 Fera liza
	minggu 25/02/2018	 Fera liza
	Senin 26/02/2018	 Fera liza
	Selasa 27/02/2018	 Fera liza
	Rabu 28/02/2018	 Fera liza
	Kamis 01/03/2018	 Fera liza

Diketahui,

Ka. Instalasi Ruangan Neurologi










 (Ns. Fera Liza, S.Kep)

LEMBARAN KEGIATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : MELLI SASRI MARSYAH
 Nim : 14103084105019
 Pembimbing : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep

Judul





Hubungan
“Pengaruh Family Caregiver Terhadap Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2017”

NO	HARI/TANGGAL	KEGIATAN/SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
I		Registrasi Jurnal ACC judul	
II	24/11 - 2017	- perbaikan BAB I latar belakang dan fenomena jurnal tugas - Juduan di perbaikan	
III	27/11 - 2017	Perbaikan BAB I fokus ke kualitas standar pat stroke dan deteksi	
IV	28/11 - 2017	Perbaikan susunan saran	
V	27/12 - 2017	Perbaikan susunan saran - lanjut BAB III	
VI	2/1 - 2018	Perbaikan susunan saran	
VII	9/1 - 2018	Perbaikan frequency kiri - kiri	
VIII	16/1 - 2018	ACC di update	

LEMBARAN KEGIATAN BIMBINGAN




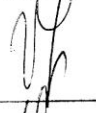

Nama Mahasiswa : MELLI SASRI MARSYAH
 Nim : 14103084105019
 Pembimbing : Ns. Dia Resti DND, M.Kep

Judul
~~Hubungan - Perilaku~~
 "Pengaruh Family Caregiver Terhadap Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Ruang
 Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2017"

NO	HARI/TANGGAL	KEGIATAN/SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
i	23/11/2017	✓ perbaikan bab I ✓ lanjut bab II, III, IV	
ii	26/11/2017	✓ perbaikan konsep ✓ perbaikan populasi ✓ perbaikan responden	
iii	27/12/2017	✓ perbaikan teori □ perbaiki	
iv	2/1/2018	✓ perbaikan penome ✓ sampel	
v	16/01/2018	Revisi dengan	

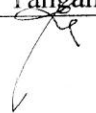


LEMBAR BIMBINGAN PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Melli Sasri Marsyah
 Nim : 14103084105019
 Pembimbing I : Ns. Lisa Mustika Sari, M. Kep
 Judul Skripsi : Hubungan Dampak Perilaku *Family Caregiver* dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018

Bimbingan	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	02/07/2018	Pabank Sesan Sesan	
2.	09/7.2018	Pabank Sesi Sesan	
3.	16/7.2018	Pabank Sesan Sesan Mashi tabel	
4.	17/7.2018	Pabank Abstrak	
5.	18/7.2018	Acc Ujian	
6.			


LEMBAR BIMBINGAN PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Melli Sasri Marsyah
Nim : 14103084105019
Pembimbing II : Ns. Dia Resti DND, M. Kep
Judul Skripsi : Hubungan Dampak Perilaku *Family Caregiver* dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018

Bimbingan	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	03/07/2018	perbaiki pembahasan saran. buat lanjutan abstrak	
2.	09/07/2018	perbaiki pembahasan Bikin Abstrak	
3.	18/07/2018	Acu Stujier	
4.			
5.			
6.			


LEMBAR KONSUL REVISI

Nama Mahasiswa : MELLI SASRI MARSYAH
NIM : 14103084105019
Penguji I : Ns. Muhammad Arif, M.Kep
Judul : Hubungan Perilaku *Caregiver* Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018.

NO	HARI / TANGGAL	KEGIATAN / MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING
		<i>Ac / Jilal</i>	

LEMBAR KONSUL REVISI

Nama Mahasiswa : MELLI SASRI MARSYAH
NIM : 14103084105019
Penguji II : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
Judul : Hubungan Perilaku *Caregiver* Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2018.

NO	HARI / TANGGAL	KEGIATAN / MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING
	27/7.2018	Revisi Abstract	
	30/7.2018	Revisi penulisan Manuskrip	