

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN
KUALITAS HIDUP PENDERITA PASKA STROKE PADA MASA
PANDEMI COVID-19 DI KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh

RIZKA NISA WIJAYANTI

NIM 22020117120011

DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS DIPONEGORO

SEMARANG, 2022

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Rizka Nisa Wijayanti
NIM : 22020117120011
Fakultas/ Departemen : Kedokteran/ Keperawatan
Jenis : Skripsi
Judul : Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke pada Masa Pandemi COVID-19 di Kota Semarang

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada perpustakaan Jurusan Keperawatan UNDIP atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/ mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan Departemen Keperawatan UNDIP, tanpa perlu meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Departemen Keperawatan UNDIP dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 7 April 2022

Yang Menyatakan,



Rizka Nisa Wijayanti

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Nama : Rizka Nisa Wijayanti
Tempat dan tanggal lahir : Kendal, 06 April 1998
Alamat Rumah : Desa Pucangrejo RT. 13/ RW. 3 Kecamatan Pegandon Kabupaten Kendal
No. Telp : 081325782560
Email : rizkawijayanti09@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke pada Masa Pandemi COVID-19 di Kota Semarang” bebas dari plagiarism dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh bagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarism, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsur paksaan dari siapapun.

Semarang, 7 April 2022

Yang Menyatakan



Rizka Nisa Wijayanti

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul:

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA PASKA STROKE PADA MASA PANDEMI COVID-19 DI
KOTA SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Rizka Nisa Wijayanti

22020117120011

Telah disetujui sebagai usulan penelitian dan dinyatakan

telah memenuhi syarat untuk di *review*

Pembimbing,

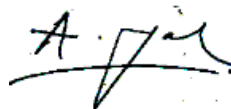


Dr. Fitria Handayani, M.Kep.,Sp.KMB

19781014 200312 2 001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan



Agus Santoso, S.Kp.,M.Kep

19720821 199903 1 002

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :
**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA PASKA STROKE PADA MASA PANDEMI COVID-19 DI
KOTA SEMARANG**

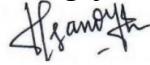
Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Rizka Nisa Wijayanti

NIM : 22020117120011

Telah diuji pada tanggal 27 April 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk
melakukan penelitian

Penguji I



Megah Andriany, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom., Ph.D

197905072002122001

Penguji II



Ns. Niken Safitri Dyan Kusumaningrum S.Kep., M.Si.Med

198107272008122001

Penguji III



Dr. Fitria Handayani, M.Kep.,Sp.KMB

19781014 200312 2 001

Ketua Departemen Keperawatan



Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kes

19710919 199403 1 001

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur peneliti panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, karunia, serta hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul **“HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN KUALITAS HIDUP PENDERITA PASKA STROKE PADA MASA PANDEMI COVID-19 DI KOTA SEMARANG”**. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan di Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro.

Peneliti menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca sangat peneliti harapkan. Peneliti juga berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya dalam bidang keperawatan.

Semarang, 7 April 2022



Rizka Nisa Wijayanti

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah puji syukur peneliti panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, karunia serta hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul **“HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN KUALITAS HIDUP PENDERITA PASKA STROKE PADA MASA PANDEMI COVID-19 DI KOTA SEMARANG”**.

Penyusunan skripsi ini dapat selesai dengan keterlibatan banyak pihak yang telah memberikan kekuatan, bimbingan, arahan, bantuan dan motivasi kepada peneliti. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Dr. Fitria Handayani, M.Kep., Sp.KMB selaku dosen pembimbing yang telah memberikan banyak bimbingan, arahan, masukan dan motivasi kepada peneliti dalam penyusunan skripsi ini.
2. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro.
3. Bapak Agus Santoso, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro.
4. Dosen penguji Megah Andriany, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom., Ph.D dan Ns. Niken Safitri Dyan Kusumaningrum S.Kep., M.Si.Med
5. Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang yang telah memberikan persetujuan dan membantu peneliti dalam penyusunan skripsi ini.

6. Kedua orang tua peneliti, Bapak Dimyati dan Ibu Sulamah serta keempat kakak peneliti yaitu Anisa Kusuma Wahdati, Rahmat Budiman, Suryo Widi Nugraha, Dian Uning Ariyanti, yang senantiasa mendoakan, memberikan perhatian, kasih sayang dan dukungan kepada peneliti.
7. Semua pihak yang telah membantu peneliti dalam penyusunan skripsi ini.

Semarang, 7 April 2022

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'R' followed by several loops and a final horizontal stroke.

Rizka Nisa Wijayanti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	1
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH.....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
UCAPAN TERIMAKASIH.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
ABSTRAK	xvii
ABSTRACT	xviii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	11
1.3. Tujuan Penelitian	13
1.3.1. Tujuan Umum	13
1.3.2. Tujuan Khusus	13
1.4. Manfaat Penelitian	14
1.4.1. Bagi Pelayanan Keperawatan.....	14
1.4.2. Bagi Mahasiswa Keperawatan	14
1.4.3. Bagi Penelitian Selanjutnya	15
BAB II	16
TINJAUAN PUSTAKA.....	16
2.1. Stroke dan Pandemi COVID-19	16
2.2. Dukungan Keluarga pada Masa Pandemi COVID-19	18

2.2.1. Dukungan Emosional pada Masa Pandemi COVID-19.....	25
2.2.2. Dukungan Instrumental pada Masa Pandemi COVID-19.....	27
2.2.3. Dukungan Informasional pada Masa Pandemi COVID-19	28
2.2.4. Dukungan Penghargaan pada Masa Pandemi COVID-19	29
2.3. Faktor yang Mempengaruhi Pemberian Dukungan Keluarga pada Penderita Paska Stroke	30
2.4. Kualitas Hidup Penderita Stroke pada Masa Pandemi COVID-19.....	33
2.5. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke.....	35
2.6. Instrumen Penelitian Kualitas Hidup Penderita Stroke	39
2.7. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke Pada Masa Pandemi COVID-19.....	41
2.8. Kerangka Teori	43
2.9. Kerangka Konsep.....	44
2.10. Hipotesis	45
BAB III	46
METODE PENELITIAN.....	46
3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian	46
3.2. Populasi dan Sampel Penelitian.....	46
3.2.1. Populasi	46
3.2.2. Sampel.....	46
3.3. Tempat dan Waktu Penelitian	48
3.3.1. Tempat Penelitian.....	48
3.3.2. Waktu Penelitian	49
3.4. Variabel penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran.....	49
3.4.1. Variabel Penelitian	49
3.4.2. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran.....	49
3.5. Instrumen Penelitian dan Metode Pengumpulan Data	57
3.5.1. Instrumen Penelitian.....	57
3.5.2. Validitas dan Reliabilitas	59
3.5.3. Metode Pengumpulan Data	61
3.6. Teknik Pengolahan dan Analisa Data	63
3.6.1. Teknik Pengolahan Data	63

3.6.2. Teknik Analisis Data.....	68
3.7. Etika Penelitian	69
BAB IV	72
HASIL PENELITIAN	72
4.1. Karakteristik Demografi Penderita Paska Stroke	72
4.2. Lama Menderita Stroke	74
4.3. Dukungan Keluarga Pada Penderita Paska Stroke	74
4.4. Domain Dukungan Keluarga Penderita Paska Stroke	74
4.5. Sebaran Jawaban Tiap Domain Dukungan Keluarga.....	75
4.6. Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke	77
4.7. Aspek Fisik Kualitas Hidup	77
4.8. Aspek Psikososial Kualitas Hidup	78
4.9. Sebaran Jawaban Tiap Aspek Kualitas Hidup	78
4.10. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup	80
4.11. Hubungan Setiap Domain Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup ..	81
4.12. Tabulasi Silang Dukungan Keluarga terhadap Aspek Fisik	82
4.13. Tabulasi Silang Dukungan Keluarga terhadap Aspek Psikososial	83
4.14. Tabulasi Silang Variabel Luar dan Kualitas Hidup.....	83
BAB V.....	87
PEMBAHASAN	87
5.1. Karakteristik Demografi	87
5.1.1 Jenis Kelamin.....	87
5.1.2 Usia	88
5.1.3 Pendidikan.....	89
5.1.4 Jenis Pekerjaan	90
5.1.5 Tingkat Pendapatan.....	91
5.1.6 Lama Menderita Stroke	91
5.1.7 Waktu Serangan Stroke	92
5.1.8 Jenis Komorbiditas Stroke	93
5.1.9 MMSE	96
5.2. Dukungan Keluarga.....	98

5.2.1	Domain Emosional.....	100
5.2.2	Domain Instrumental.....	102
5.2.3	Domain Informasional	104
5.2.4	Domain Penghargaan	107
5.3.	Kualitas Hidup	109
5.3.1	Aspek Fisik	111
5.3.2	Aspek Psikososial	113
5.4.	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke	114
5.4.1	Hubungan Dukungan Emosional dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke.....	117
5.4.2	Hubungan Dukungan Instrumental dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke.....	120
5.4.3	Hubungan Dukungan Informasional dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke.....	121
5.4.4	Hubungan Dukungan Penghargaan dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke.....	123
5.5.	Tabulasi Silang Dukungan Keluarga dengan Aspek Fisik dan Psikososial	125
5.6.	Tabulasi Silang Variabel Luar dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke	126
5.6.1	Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke	126
5.6.2	Usia dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke.....	127
5.6.3	Pendidikan dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke	128
5.6.4	Jenis Pekerjaan dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke	128
5.6.5	Tingkat Pendapatan dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke	130
5.6.6	Lama Menderita Stroke dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke.....	131
5.6.7	Waktu Serangan Stroke dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke.....	132
5.6.8	Jenis Komordibitas dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke	133
5.6.9	MMSE dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke	133
BAB VI		135
PENUTUP		135
6.1	Kesimpulan	135

6.2	Saran	136
6.2.1	Bagi Profesi Keperawatan.....	136
6.2.2	Bagi Institusi Pendidikan	136
6.2.3	Bagi penelitian selanjutnya	136
DAFTAR PUSTAKA.....		138
LAMPIRAN.....		xix

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
3.4.2	Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	51
3.5.1	Penilaian Item Pertanyaan SS-QOL-12	59
3.6.1	Penilaian <i>Short Version of Stroke Specific Quality of Life</i>	66
4.1	Karakteristik Demografi Penderita Paska Stroke	72
4.2	Lama Menderita Stroke	74
4.3	Dukungan Keluarga Pada Penderita Paska Stroke	74
4.4	Domain Dukungan Keluarga Penderita Paska Stroke	74
4.5	Sebaran Jawaban Tiap Dukungan Keluarga	75
4.6	Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke	77
4.7	Aspek Fisik Kualitas Hidup	77
4.8	Aspek Psikososial Kualitas Hidup	78
4.9	Sebaran Jawaban Tiap Aspek Kualitas Hidup	78
4.10	Hubungan Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup	80
4.11	Hubungan Setiap Domain Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup	81
4.12	Tabulasi Silang Dukungan Keluarga terhadap Aspek Fisik Kualitas Hidup	82
4.13	Tabulasi Silang Dukungan Keluarga terhadap Aspek Psikososial Kualitas Hidup	83
4.14	Tabulasi Silang Variabel luar dan Kualitas Hidup	83

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
2.4	Kerangka Teori	43
2.5	Kerangka Konsep Penelitian	44

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
1	Surat Permohonan Menjadi Responden	xix
2	Surat Persetujuan Menjadi Responden	xx
3	Instumen Penelitian	xxi
4	Perizinan Penggunaan Instrumen Penelitian	xxix
5	Surat Pengambilan Data Awal Dinas Kesehatan Kota Semarang	xxx
6	Surat Pengambilan Data Awal Puskesmas	xxxii
7	Lembar Ethical Clearence	xxxii
8	Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan Kota Semarang	xxxiv
9	Surat Izin Penelitian Puskesmas	xxxv
10	Hasil Rapid Antigen	xxxvi
11	Sertifikat Vaksin Dosis 1 dan 2	xxxvii
12	Output SPSS	xxxviii
13	Lembar Konsultasi	xxix
14	<i>Logbook</i> Bimbingan Skripsi	lxxv

ABSTRAK

Rizka Nisa Wijayanti

Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke pada Masa Pandemi COVID-19 di Kota Semarang

XIX + 157 Halaman + 17 Tabel + 2 Gambar + 13 Lampiran

Kondisi pandemi COVID-19 menyebabkan banyak hambatan dalam perawatan penderita paska stroke yang mengakibatkan kualitas hidup menurun. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup adalah memberikan dukungan keluarga. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan kualitas hidup pada masa pandemi COVID-19. Desain penelitian ini menggunakan korelasi deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian berjumlah 110 responden dengan menggunakan teknik *probability sampling*. *Instrument* yang digunakan adalah kuesioner dukungan keluarga dan kuesioner SS-QOL-12. Hasil penelitian diperoleh karakteristik responden laki-laki (53,6%), berusia ≥ 61 tahun (50%), tidak bersekolah (27,3%), tidak bekerja/IRT (76,4%), tidak memiliki pendapatan (76%), serangan stroke berulang (82%), lama menderita stroke ≥ 1 tahun (80,9%), riwayat penyakit hipertensi (73,64%), status kognitif normal (81,8%). Hasil analisis uji *chi-square* setiap domain dukungan keluarga menunjukkan domain emosional $p(0,00) < \alpha(0,05)$, domain informasional $p(0,01) < \alpha(0,05)$, domain penghargaan $p(0,00) < \alpha(0,05)$ yang berarti terdapat hubungan antara domain emosional, domain informasional, dan domain penghargaan dengan kualitas hidup. Domain instrumental menunjukkan nilai $p(0,21) > \alpha(0,05)$ yang berarti tidak ada hubungan antara domain instrumental dengan kualitas hidup.

Kata Kunci : Dukungan Keluarga, Kualitas Hidup, Stroke

Daftar Pustaka : 157 (2010-2022)

ABSTRACT

Rizka Nisa Wijayanti

The Relation between Family Support with the Quality of Life Post-stroke Survivors during the COVID-19 Pandemi in Semarang City

XIX + 157 Pages + 17 Tables + Two Figures+13 Appendices

Condition of COVID-19 pandemic has caused many obstacles in the care of post-stroke survivors and resulting in a decreased quality of life. One of the efforts that can be done to improve the quality of life is to provide family support. The purpose of this study was to determine the relationship between family support and quality of life during the COVID-19 pandemic. The design of this study used descriptive analytic correlation with a cross sectional approach. The research sample amounted to 110 respondents using probability sampling technique. The instruments used were the family support and the SS-QOL-12 questionnaire. The results showed that the characteristics are male respondents (53.6%), aged 61 years (50%), none (27.3%), did not work/IRT (76.4%), did not have income (76%) , recurrent stroke (82%), duration of stroke 1 year (80.9%), history of hypertension (73.64%), normal cognitive status (81.8%). The results of the chi-square test analysis for each family support showed that the emotional domain was $p(0.00) < \alpha(0.05)$, the informational domain was $p(0.01) < \alpha(0.05)$, the reward domain was $p(0.00) < \alpha(0.05)$ which means that there is a relationship between emotional domain, informational domain, and reward domain with the quality of life. The instrumental domain shows the $p(0,21) > \alpha(0,05)$ which means that there is no relationship between the instrumental domain and the quality of life.

Keywords : Family Support, Quality of Life, Stroke

Bibliography : 157 (2010-2022)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit stroke menurut *American Heart Association* merupakan gangguan fungsional otak baik fokal maupun global secara mendadak akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah arteri atau vena.¹ Penyakit stroke jika tidak ditangani dalam kurun waktu 24 jam beresiko menyebabkan kematian.² Penyakit stroke sendiri diketahui menjadi penyebab kematian kedua didunia setelah penyakit jantung iskemik dan menjadi penyebab utama disabilitas fisik.^{3,4}

Penyakit stroke termasuk penyakit tidak menular yang prevalensi penyakitnya di Indonesia meningkat setiap tahun.^{7,8,10} Prevalensi penderita stroke di Kota Semarang sendiri mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2012 sebanyak 713 kasus dan meningkat pada tahun 2020 sebanyak 2.917 kasus.⁹ Namun prevalensi penderita stroke yang datang ke UGD sejak pandemi COVID-19 menurun diberbagai belahan dunia, meskipun hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan pada penderita infeksi SARS-CoV-2 yang mengalami komplikasi penyakit serebrovaskular seperti stroke.^{11,12}

Penurunan kasus stroke terjadi akibat ketakutan penderita (terutama dengan kondisi klinis stroke ringan) jika dinyatakan mengalami COVID-19 saat datang ke UGD. Sehingga penderita stroke yang datang ke UGD biasanya sudah dalam kondisi derajat berat.^{16,18,19} Penderita stroke juga takut mendapatkan stigma negatif serta diskriminasi apabila didiagnosa terinfeksi karena dianggap membawa penyakit dan membahayakan masyarakat disekitarnya.^{13,15} Penelitian yang dilakukan oleh Khandelwal, dkk menyebutkan dari 66 penderita LVO, 17 penderita mengalami *near-complete infarcts* dan terlambat untuk trombektomi saat berada di UGD.¹⁷

Pandemi COVID-19 selain mempengaruhi prevalensi penderita stroke juga mempengaruhi kondisi ekonomi keluarga, psikososial, pelayanan kesehatan, dan berakibat pada penurunan kualitas hidup penderita paska stroke.^{18,19,20} Di China kualitas hidup penderita paska stroke dilaporkan menurun selama masa pandemi COVID-19.²¹ Penelitian yang dilakukan oleh Pham, dkk menyebutkan penderita stroke dengan penyakit penyerta menunjukkan kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan penderita stroke tanpa penyakit penyerta pada masa pandemi COVID-19.²²

Kualitas hidup yang buruk juga dipengaruhi oleh usia lansia, latar belakang pendidikan yang rendah, tidak bekerja, jenis stroke iskemik, tidak menikah, dan serangan stroke berulang.^{6,23,24} Kualitas hidup yang buruk dan terjadi secara terus menerus dapat mengakibatkan frustrasi, depresi, kehilangan antusiasme untuk hidup, bahkan dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas pada penderita stroke.²² Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas hidup penderita paska stroke yaitu

memberikan dukungan baik secara fisik maupun mental dari orang terdekatnya terutama keluarga.

Dukungan keluarga pada masa pandemi COVID-19 akan sangat berbeda dari kondisi normal akibat keterbatasan yang terjadi selama pandemi, dimana keluarga perlu mempertimbangkan berbagai kebutuhan penderita sambil mengantisipasi penularan virus SARS-CoV-2 pada penderita paska stroke. Kebutuhan penderita paska stroke dapat berupa aktifitas sehari-hari, menyediakan informasi, cek kesehatan, istirahat cukup, dan mengurangi gangguan psikosial.²⁵

Kebutuhan aktivitas sehari-hari pada penderita stroke dapat berupa mandi, *toileting*, berpakaian, transfer ke tempat tidur atau kursi, naik turun tangga, latihan fisik, serta makan dan minum.²⁶ Pada kondisi normal keluarga dapat memberikan bantuan secara penuh. Namun sejak pandemi COVID-19, pemberian dukungan keluarga dapat terganggu salah satunya keluarga tidak lagi mengantarkan penderita ke rumah sakit karena takut tertular virus SARS-CoV-2. Selain itu ada beberapa kebijakan rumah sakit yang tidak mengizinkan penderita untuk datang ke rumah sakit.

Fenomena ini menyebabkan penderita dianjurkan untuk melakukan latihan fisik dirumah dengan didampingi keluarga, namun tidak semua keluarga memiliki pengetahuan yang cukup untuk membantu penderita melakukan latihan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan. Sehingga penderita stroke selama pandemi kurang melakukan latihan aktivitas fisik, kurang termotivasi, dan lebih banyak menghabiskan waktunya untuk duduk atau berbaring dirumah.²⁰ Pola aktivitas buruk

yang ditandai dengan malas bergerak dan malas berolahraga ini dapat menyebabkan penderita stroke beresiko mengalami obesitas dan stroke berulang.²⁸

Bagi penderita stroke dengan ketergantungan sedang hingga berat dan terdampak COVID-19 yang melakukan isolasi mandiri dirumah juga akan mengalami kesulitan untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Dukungan dari keluarga seperti membantu memandikan, berpakaian, transfer, latihan aktivitas fisik sangat diperlukan, namun keluarga belum tentu memiliki APD yang menunjang untuk merawat penderita stroke. Selain itu keluarga juga tentu akan merasa khawatir jika tertular virus SARS-CoV-2. Penelitian yang dilakukan oleh Redondo, dkk menyebutkan adanya penurunan yang signifikan pada skor *barthel index* penderita yang tertular virus SARS-CoV-2 dan dirawat di rumah.²⁷

Aktivitas sehari-hari seperti makan dan minum bagi penderita stroke pada masa pandemi juga cenderung memburuk. Pola makan yang buruk ini ditandai dengan ketidakpatuhan diet, mengonsumsi makanan tinggi garam dan kolesterol, serta mengonsumsi makanan cepat saji.¹⁹ Pola makan yang buruk juga dapat disebabkan oleh stres dan kondisi finansial keluarga sehingga keluarga kesulitan untuk memberikan dukungan dengan menyediakan makanan yang sesuai dan membantu kesembuhan penderita stroke.

Kondisi finansial yang buruk juga dapat mempengaruhi keluarga dalam memberikan dukungan informasi mengenai penyakit, pencegahan, pengobatan, penanganan stroke akut, dan pelayanan stroke di rumah sakit pada masa pandemi yang tersebar di internet. Bagi penderita dan keluarga yang tidak bisa

mengoperasikan dan tidak memiliki sarana seperti *smart phone* akan kesulitan untuk mengakses informasi yang dibutuhkan untuk menunjang perawatan penderita stroke.²⁹

Penelitian yang dilakukan oleh Utama, dkk menyebutkan sejak adanya pandemi COVID-19 beberapa fasilitas kesehatan di beberapa negara seperti konsultasi kesehatan dan fisioterapi dialihkan menjadi *telemedicine consultation system*, namun bagi keluarga dengan tingkat ekonomi rendah dan tidak memiliki sarana yang menunjang akhirnya tidak dapat menggunakan fasilitas tersebut.³² Ketidakmampuan mengakses informasi ini berisiko menyebabkan penderita dan keluarga rawan terpapar berita hoax seputar pandemi COVID-19 yang banyak beredar di masyarakat.²⁹

Kondisi finansial keluarga yang buruk juga berakibat pada kurangnya kemampuan keluarga untuk melakukan pemeriksaan kesehatan seperti membutuhkan biaya transportasi yang banyak karena jarak ke rumah sakit yang jauh.²⁹ Namun ada juga keluarga yang memiliki kondisi finansial yang baik tetapi memilih untuk tidak melakukan pemeriksaan kesehatan akibat takut tertular virus SARS-CoV-2.³⁰ Pemeriksaan kesehatan yang jarang dilakukan berisiko membuat penderita stroke tidak mendapatkan obat sesuai dengan kebutuhan dan mengkonsumsinya dengan tidak teratur. Penelitian yang dilakukan oleh Cholisoh, dkk menyebutkan ketidakpatuhan mengkonsumsi obat berisiko meningkatkan kejadian stroke berulang, kecacatan, dan mortalitas.³¹

Kebutuhan penderita paska stroke berupa istirahat yang cukup juga perlu diperhatikan pada masa pandemi COVID-19. Banyaknya korban yang meninggal akibat COVID-19, kebijakan *social distancing*, dan *lockdown* dapat memicu kecemasan dan stres sehingga mengganggu kualitas tidur penderita stroke.³³ Dukungan keluarga sangat penting untuk diberikan untuk membantu meningkatkan kualitas tidur penderita paska stroke. Dukungan yang dapat diberikan berupa menemani penderita stroke beraktivitas, mengurangi jam tidur siang penderita, menyediakan lingkungan tempat tidur yang bersih dan nyaman, mandi sore dengan air hangat, tidak makan sebelum tidur, dll.³⁴

Kondisi pandemi COVID-19 akan memaksa keluarga untuk beradaptasi dengan keadaan sehingga keluarga akan banyak menghabiskan waktu bekerja dari rumah. Kesibukan ini akan membuat keluarga jarang meluangkan waktu untuk menemani penderita stroke melakukan aktivitas seperti berjemur, berjalan kaki, menemani penderita pergi ke tempat yang diinginkan, dan mendengarkan keluhan dari penderita. Penderita paska stroke yang kurang beraktivitas dan banyak tidur pada siang hari dapat mengakibatkan terganggunya kualitas tidur penderita paska stroke.³⁴

Kebutuhan lain penderita paska stroke yaitu mengurangi gangguan psikososial yang diakibatkan oleh penyakit stroke pada masa pandemi COVID-19. Pandemi COVID-19 dapat menyebabkan peningkatan kecemasan dan stres akibat sistem *lockdown*, *social distancing*, isolasi mandiri, dan kematian lansia dengan penyakit penyerta yang meningkat.³⁵ Kecemasan dan stres yang tidak segera

ditangani dapat menyebabkan depresi. Depresi pada penderita stroke menyebabkan penderita stroke lebih jarang menggunakan layanan rehabilitasi, memiliki status fungsional rendah, dan berisiko mengalami komplikasi medis seperti penyakit kardiovaskular, sindrom metabolik, atau nyeri kronis.^{36,37}

Banyaknya kendala yang ditemui dalam memberikan dukungan keluarga bagi penderita stroke pada masa pandemi COVID-19 sebaiknya tidak membuat dukungan keluarga yang diberikan menurun kualitasnya sebab dukungan ini sangat bermanfaat baik bagi penderita ataupun keluarga yang merawat. Manfaat dukungan keluarga bagi penderita stroke yaitu menurunkan kecemasan, meningkatkan kualitas tidur, meningkatkan efikasi diri, mengurangi stres, mengoptimalkan pemulihan, meningkatkan status fungsional, meningkatkan status psikososial, meningkatkan motivasi untuk melakukan rehabilitasi, mengurangi rasa kesepian, dan efektif menyelesaikan masalah sosial.^{37,38} Manfaat pemberian dukungan keluarga dan kualitas perawatan yang baik bagi keluarga antaralain dapat membantu mempertahankan dan meningkatkan fungsi keluarga, mengurangi ketegangan, biaya, beban, serta meningkatkan kualitas hidup keluarga yang merawat penderita paska stroke.^{39, 24}

Pemberian dukungan keluarga juga perlu memperhatikan indikator-indikator dukungan keluarga agar manfaat dari dukungan keluarga dapat dirasakan secara maksimal. Beberapa indikator dukungan keluarga pada penderita paska stroke yaitu tingkat pengetahuan dan keterampilan keluarga, jaminan sosial, akses ketempat pelayanan kesehatan, serta kesiapan keluarga merawat penderita paska stroke

dirumah.^{40,41,42} Penelitian Simeone, dkk menyebutkan rata-rata keluarga kurang persiapan dalam merawat penderita stroke dengan disabilitas yang memiliki inkontinensia urin atau inkontinensia feses dirumah sehingga dukungan keluarga yang diberikan kurang optimal.⁴³

Keluarga mengatakan perlu adanya pelatihan dari tenaga profesional kesehatan saat penderita paska stroke berada dirumah sakit sebelum membawa penderita stroke pulang kerumah. Keluarga juga mengungkapkan takut melakukan kesalahan yang fatal pada saat melakukan perawatan.⁴³ Indikator pemberian dukungan keluarga yang tidak terpenuhi akan menimbulkan berbagai masalah pada penderita paska stroke dan keluarga yang merawat penderita paska stroke.^{44, 45, 46}

Dukungan keluarga yang kurang dapat menimbulkan berbagai masalah bagi penderita paska stroke. Masalah yang timbul pada penderita stroke akibat kurangnya dukungan keluarga antara lain stres, kecemasan, perilaku agresif, koping maladaptif, dan depresi.⁴⁷⁻⁵² Penelitian yang dilakukan oleh Wurtiningsih menyebutkan dukungan emosional yang dapat diberikan pada penderita stroke untuk mengatasi gangguan emosi dapat berupa pemberian kasih sayang, perhatian, diam ketika penderita stroke sedang mengungkapkan amarahnya, mendengarkan keluhan yang disampaikan, memberikan pengertian, dan tidak membalas kemarahan penderita stroke.⁵³

Penelitian mengenai hubungan dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita stroke beberapa kali telah dilakukan seperti penelitian yang dilakukan oleh Arista, Luidana, dkk serta Vihandayani, dkk. Hasil penelitian tersebut menunjukkan

adanya hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita paska stroke dengan nilai $p = 0,000 < \alpha (0,05)$.^{54, 55, 56} Namun penelitian tersebut tidak menjelaskan bagaimana hubungan setiap domain dukungan keluarga dengan kualitas hidup.

Penelitian yang membahas mengenai hubungan setiap domain dukungan keluarga dengan kualitas hidup yang ditemukan peneliti antara lain penelitian yang dilakukan oleh Hamalding, dkk dan Rahman, dkk. Penelitian yang dilakukan oleh Hamalding, dkk menunjukkan meskipun pemberian dukungan emosional dalam kategori cukup namun kualitas hidup penderita paska stroke dalam kategori kurang. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara domain emosional dengan kualitas hidup.⁵⁷ Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Rahman, dkk dimana tidak terdapat hubungan antara dukungan emosional dengan kualitas hidup penderita paska stroke. Nilai dukungan emosional memiliki korelasi yang negatif dimana semakin meningkat nilai dukungan emosional maka kualitas hidup penderita paska stroke semakin rendah.⁵⁸

Penelitian Rahman, dkk menyebutkan domain informasi memiliki korelasi yang positif dengan kualitas hidup, yang berarti semakin meningkat nilai dukungan informasi akan meningkatkan kualitas hidup sebanyak 40%.⁵⁸ Informasi yang diberikan keluarga dapat menambah wawasan penderita paska stroke dan sebagai tanda bahwa keluarga perhatian dengan penderita stroke. Penelitian tersebut tidak sejalan dengan penelitian Hamalding, dkk dimana hasil uji statistik

menunjukkan terdapat tidak ada hubungan antara dukungan informasi dengan kualitas hidup.⁵⁷

Penelitian Rahman, dkk menyebutkan dukungan instrumental memiliki nilai korelasi negatif, dimana semakin tinggi nilai dukungan instrumental maka kualitas hidup penderita paska stroke semakin rendah.⁵⁸ Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hamalding, dkk menunjukkan tidak terdapat hubungan antara dukungan instrumental dengan kualitas hidup penderita paska stroke.⁵⁷

Penelitian yang dilakukan oleh Rahman, dkk menunjukkan pada domain penghargaan memiliki korelasi yang positif dengan kualitas hidup penderita, dimana semakin tinggi dukungan penghargaan dapat meningkatkan kualitas hidup sebanyak 13.8%.⁵⁸ Penelitian tersebut tidak sejalan dengan penelitian Hamalding, Muharwati yang menunjukkan tidak terdapat hubungan antara domain penghargaan dengan kualitas hidup penderita stroke.⁵⁷

Berdasarkan latar belakang diatas diketahui meskipun penelitian yang membahas tentang hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita paska stroke telah banyak dilakukan, namun penelitian yang menganalisis hubungan setiap domain dukungan keluarga dan kualitas hidup masih jarang dilakukan. Selain itu pada beberapa sumber jurnal yang ditemukan terdapat berbagai perbedaan domain yang berhubungan dengan kualitas hidup pada penderita paska stroke. Penelitian yang membahas mengenai domain yang berhubungan dengan kualitas hidup pada masa pandemi COVID-19 dan aspek kualitas hidup mana yang

berhubungan dengan dukungan keluarga juga masih jarang dilakukan. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita paska stroke pada masa COVID-19.

1.2. Rumusan Masalah

Penyakit stroke menjadi penyebab kematian kedua didunia setelah penyakit jantung iskemik dan menjadi penyebab utama disabilitas fisik. Penyakit stroke termasuk penyakit tidak menular yang prevalensi penyakitnya di Indonesia meningkat setiap tahun. Namun prevalensi penderita stroke yang datang ke UGD sejak pandemi COVID-19 menurun diberbagai belahan dunia.

Pandemi COVID-19 selain mempengaruhi prevalensi penderita stroke juga mempengaruhi kondisi ekonomi keluarga, psikososial, pelayanan kesehatan, dan berakibat pada penurunan kualitas hidup penderita paska stroke. Penurunan kualitas hidup menyebabkan peran keluarga sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita stroke maupun keluarga itu sendiri. Keluarga merupakan sumber dukungan utama bagi penderita paska stroke sehingga dukungan dari keluarga sangat penting untuk diberikan..

Manfaat pemberian dukungan keluarga bagi penderita stroke antara lain menurunkan kecemasan, meningkatkan kualitas tidur, meningkatkan efikasi diri, mengurangi stres, mengoptimalkan pemulihan, meningkatkan status fungsional, meningkatkan status psikososial, meningkatkan motivasi untuk melakukan rehabilitasi, mengurangi rasa kesepian, dan efektif menyelesaikan masalah sosial.

Dampak yang ditimbulkan akibat kurangnya dukungan keluarga dapat berupa gangguan emosional dan koping maladaptive, kecemasan, stres, depresi, perilaku agresif, menurunnya status fungsional, dan menurunnya kualitas hidup penderita paska stroke.

Beberapa penelitian mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita paska stroke telah banyak dilakukan. Pada penelitian lainnya menunjukkan bahwa dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup penderita paska stroke, namun terdapat hasil yang berbeda pada setiap domain yang berhubungan. Meskipun terdapat berbagai perbedaan mengenai domain yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita paska stroke, besar kecilnya dukungan keluarga yang diberikan sangat bermanfaat bagi penderita paska stroke.

Selain itu, penelitian yang membahas mengenai aspek kualitas hidup mana yang berhubungan dengan dukungan keluarga serta hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita paska stroke pada masa pandemi di Kota Semarang belum banyak dilakukan. Oleh karena itu peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu “Bagaimana hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita paska stroke pada masa pandemi COVID-19 di Kota Semarang”.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pada penderita paska stroke pada masa pandemi COVID-19 di wilayah Kerja Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Mendeskripsikan karakteristik demografi penderita paska stroke seperti jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pendapatan, pekerjaan, waktu serangan stroke, lama penyakit stroke, kormobiditas, dan status kognitif penderita paska stroke pada masa pandemi COVID-19.
- 2) Mengukur tingkat dukungan keluarga penderita paska stroke pada domain emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan pada masa pandemi COVID-19 di wilayah Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang.
- 3) Mengukur tingkat kualitas hidup penderita paska stroke pada masa pandemi COVID-19 di wilayah Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang.
- 4) Menganalisis hubungan setiap domain dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita paska stroke pada masa pandemi COVID-19.
- 5) Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan setiap aspek pada kualitas hidup penderita paska stroke pada masa pandemi COVID-19.

- 6) Menganalisis hubungan variable luar (karakteristik demografi) dengan kualitas hidup penderita paska stroke pada masa pandemi COVID-19.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi perawat mengenai domain dukungan keluarga yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita paska stroke. Sehingga perawat dapat memfokuskan pemberian motivasi dan edukasi terkait domain dukungan yang berhubungan dengan kualitas hidup pada keluarga yang merawat penderita stroke pada masa pandemi COVID-19. Bagi domain yang tidak berhubungan perawat tetap perlu menyampaikannya namun memberikan peringatan pada keluarga agar tidak perlu fokus dalam memberikannya karena tidak berpengaruh pada kualitas hidup penderita paska stroke.

1.4.2. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Informasi dari hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan yang sedang mempelajari tentang kualitas hidup penderita stroke pada masa pandemi COVID-19, dimana salah satu upaya untuk memaksimalkan kualitas hidup adalah dengan memberikan dukungan sesuai dengan domain yang berhubungan. Informasi ini juga dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan sumber informasi mahasiswa yang sedang mengerjakan tugas

berupa makalah atau presentasi mengenai dukungan keluarga dan penderita paska stroke.

1.4.3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Informasi pada penelitian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan pada saat melakukan penelitian mengenai dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita stroke di masa pandemi COVID-19. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan pembanding bagi mahasiswa yang akan meneliti mengenai pemberian dukungan keluarga pada masa pandemi dan setelah pandemi COVID-19.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKAN

2.1. Stroke dan Pandemi COVID-19

Virus SARS-CoV-2 mulai menyebar di Wuhan, Cina pada bulan Desember 2019 dan telah menyebabkan pandemi diseluruh dunia. Penyebaran virus diawali oleh hewan liar seperti burung, ular, dan kelelawar kemudian menular ke manusia melalui kontak langsung dan tidak langsung.^{11,12} Lebih dari 538 juta orang diseluruh terinfeksi dan tercatat sampai bulan Juni 2022 terdapat 6,3 juta orang meninggal dunia. Di Indonesia sendiri tercatat 6 juta kasus terinfeksi dan 156.702 orang meninggal dunia.

Virus SARS-CoV-2 diketahui sebagai penyakit yang menginfeksi saluran pernafasan saja namun sekarang manifestasi klinisnya beragam termasuk manifestasi kelainan neurologis.¹² Invasi virus menyebabkan badai sitokin yang menyebabkan *vascular leakage*, koagulasi intravaskular, dan meningkatkan permeabilitas sawar darah otak serta mengakibatkan virus bias menginvasi system saraf.¹³ Selain itu secara umum patofisiologi yang dapat menimbulkan gangguan pada sistem saraf adalah hipoksia akibat pneumonia pada penderita yang terinfeksi SARS-CoV-2 dapat menyebabkan metabolisme anaerob dan kerusakan saraf.¹⁸

Salah satu kelainan neurologis yang mendapatkan perhatian karena morbiditas dan mortalitasnya dapat ditekan adalah penyakit stroke. Penatalaksanaan

stroke pada masa pandemi di rumah sakit dibagi menjadi pra hospital, hospitalisasi, dan pasca hospitalisasi. Pra hospital dimulai dari evaluasi kondisi dan skrining COVID-19 dan menempatkannya sesuai risiko COVID-19 dengan menggunakan APD lengkap. Hospitalisasi dimulai saat penderita sudah transfer ke ruangan dan menjalani pemeriksaan neurologis, TTV, radiologi, dan terapi. Tahap pre hospital dimulai saat monitoring, perencanaan pulang, edukasi dan *follow up* penderita stroke.¹⁸

Penatalaksanaan stroke di rumah di mulai dengan mengenalkan kondisi pandemi seperti asal virus SARS-CoV-2, proses penyebaran, tanda dan gejala terinfeksi COVID-19, edukasi 3 M (mencuci tangan, memakai masker, menjaga jarak), mengenalkan protokol kesehatan di tempat/transportasi umum, menyediakan makanan dan minuman untuk meningkatkan imun tubuh, edukasi vaksin, mengajarkan penggunaan komunikasi jarak jauh, dan mengenalkan kebijakan/peraturan dari pemerintah semasa pandemi (isolasi mandiri, tes swab/PCR, *work from home*, dll).^{14,15,16}

Salah satu kebijakan yang diterapkan pemerintah antara lain *social distancing* dan *lockdown* yang berdampak pada kurangnya ruang gerak penderita paska stroke. Keluarga perlu memberikan dukungan agar penderita paska stroke tidak hanya berdiam diri di rumah untuk mengurangi dampak negatif akibat terisolasi secara sosial. Dampak negatif dari tersebut antara lain merasa kesepian, tidak berguna, kurang motivasi untuk menjalankan terapi, malas bergerak, meningkatkan kecemasan dan depresi pada penderita stroke.^{67,68} Keluarga perlu membantu penderita stroke agar

dapat beradaptasi secara fisik maupun psikososial dengan kondisi pandemic COVID-19. Bentuk bantuan yang dapat keluarga lakukan adalah dengan memberikan dukungan keluarga pada penderita paska stroke.

2.2. Dukungan Keluarga pada Masa Pandemi COVID-19

Dukungan sosial merupakan sebuah bentuk interaksi yang menghasilkan perasaan positif seperti dicintai, perasaan aman, nyaman, perasaan dimiliki, fasilitator dan penyedia emosional, bantuan fisik dan informasi.⁵⁹ Dukungan sosial dibagi menjadi beberapa sistem antara lain sistem dukungan natural, sistem dukungan teman sebaya, sistem dukungan organisasi keagamaan, dan sistem dukungan tenaga profesional. Sistem dukungan natural atau dukungan keluarga merupakan kelompok pendukung utama yang sangat diperlukan bagi penderita paska stroke.⁶⁰

Friedman menyebutkan dukungan keluarga merupakan perilaku dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya.⁵⁹ Dukungan keluarga merupakan tindakan moriil, materiil, memberikan informasi, merawat, dan memfasilitasi penderita stroke untuk berinteraksi dengan masyarakat.⁶¹ Pemberian dukungan keluarga pada masa pandemi COVID-19 tentunya berbeda dengan kondisi normal karena banyak kendala yang ditemui saat pandemi COVID-19. Kendala tersebut dapat berupa penurunan ekonomi keluarga, pelayanan kesehatan, dan gangguan psikososial bagi penderita paska stroke.

Pertumbuhan ekonomi bangsa yang menurun akibat pembatasan sosial dan karantina wilayah dapat mengakibatkan sirkulasi barang dan jasa terganggu. Selain itu meningkatnya jumlah pengurangan karyawan terutama yang berkerja dibidang transportasi, pariwisata, dan perdagangan juga menyebabkan banyak kepala keluarga menganggur. Fenomena ini akan sangat berdampak bagi kondisi ekonomi keluarga keluarga yang merawat penderita stroke, dimana perawatan penderita stroke membutuhkan biaya yang tidak sedikit.

Biaya tersebut seperti biaya untuk mendatangkan fisioterapis dirumah, melakukan pengobatan tradisional seperti pijat dan minuman herbal, transportasi ke rumah sakit, obat-obatan, alat bantu gerak, dan fasilitas lain yang dibutuhkan penderita paska stroke. Bagi keluarga yang memiliki penghasilan rendah tentunya akan sangat kesulitan dalam memenuhi kebutuhan perawatan penderita paska stroke sehingga penderita stroke mendapatkan perawatan yang seadanya dan mengakibatkan kualitas hidup penderita menurun.

Selain itu sejak adanya pandemi COVID-19 beberapa fasilitas kesehatan di beberapa negara seperti konsultasi kesehatan dan fisioterapi dialihkan menjadi *telemedicine consultation system*, namun bagi keluarga dengan tingkat ekonomi rendah dan kurang informasi tidak dapat menggunakan fasilitas tersebut.³² Meskipun terdapat dana bantuan langsung dari desa, namun jika dana untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari masih kurang maka besar kemungkinan dana untuk perawatan penderita paskak stroke pasti juga kurang.

Kendala lain yaitu perubahan sistem pelayanan kesehatan pada masa pandemi COVID-19 lebih berfokus pada penderita yang terinfeksi virus SARS-CoV-2 akibat banyaknya jumlah penderita yang datang ke rumah sakit.¹⁸ Fenomena ini menyebabkan beban kerja tenaga kesehatan meningkat yang berdampak pada kesejahteraan fisik dan mental tenaga kesehatan sehingga terjadi penundaan pelayanan dan kualitas pelayanan di rumah sakit menurun. Penderita stroke berisiko mendapatkan pelayanan dan fasilitas yang tidak sesuai dengan standar perawatan, mengalami keterlambatan perawatan, lama rawat inap dikurangi, dan kurangnya caring perawat terhadap penderita stroke.⁷⁴

Bagi keluarga dan penderita paska stroke yang belum terlalu memahami bagaimana alur penerimaan dan pelayanan penderita stroke akut di UGD juga cenderung tidak mau pergi ke rumah sakit karena takut jika dianggap terinfeksi COVID-19. Sehingga penderita paska stroke dengan gejala ringan jarang yang memeriksakan diri. Penderita paska stroke yang datang ke UGD rata-rata sudah kondisi memburuk dan memerlukan perawatan di ICU atau sudah terlambat untuk mendapatkan pertolongan.¹⁷

Kendala lain yang dialami gangguan psikososial yang dialami penderita paska stroke seperti stres, kecemasan, panik, rendah diri, isolasi diri, dll. Banyaknya korban yang meninggal akibat COVID-19, terbatasnya ruang gerak penderita stroke akibat *social distancing* dan *lockdown*, banyaknya informasi hoax mengenai COVID-19 dapat memicu kecemasan dan stres pada penderita paska stroke. Bagi keluarga yang tidak mampu memberikan dukungan untuk mengatasi

gangguan psikososial yang dialami penderita paska stroke dapat mengakibatkan kualitas hidup penderita stroke dan keluarga terganggu.

Kondisi pandemi COVID-19 juga akan menyebabkan banyak perubahan pada perilaku dan gaya hidup masyarakat seperti pemanfaatan teknologi digital, kepekaan terhadap kebersihan, *work from home*, belanja kebutuhan secara online, perubahan perilaku kesehatan (telemedicine, apotik online, konsultasi online), dan hubungan sosial (kedekatan dengan keluarga dan jarang bertemu dengan orang lain seperti teman atau kerabat). Dampak pada perubahan perilaku dan gaya hidup akibat pandemi ini salah satunya adalah peningkatan berat badan, meningkatnya perilaku konsumtif seperti memesan makanan dan belanja secara online, pola aktivitas fisik terganggu, kurangnya bersosialisasi, meningkatnya gangguan psikososial, serta meningkatnya tekanan darah dan risiko penyakit kardiovaskular.⁶⁰

Penderita paska stroke dan keluarga perlu beradaptasi dengan memodifikasi gaya hidup selama masa pandemi COVID-19. Perubahan gaya hidup yang lebih sehat lebih dianjurkan daripada mengkonsumsi obat-obatan dimasa pandemi COVID-19. Penatalaksanaan bagi penderita stroke pada masa pandemi COVID-19 di rumah antara lain pengontrolan berat badan, diit seimbang (seperti diit garam bagi penderita stroke dengan hipertensi), konsumsi makanan yang bergizi, menghindari konsumsi rokok dan alcohol, adaptasi dengan kondisi tubuh yang terkonfirmasi COVID-19, melakukan aktivitas fisik (transfer dari tempat tidur ke kursi, latihan berjalan, rentang pergerakan sendi).²

Meskipun banyak kendala yang dialami akibat pandemi COVID-19 pemberian dukungan keluarga tetap perlu untuk diberikan sambil memperhatikan prinsip perawatan pada penderita paska stroke di rumah. Perawatan penderita paska stroke di rumah antara lain mendukung latihan aktivitas fisik, membantu perawatan diri, menyediakan makanan dan minuman, menyediakan informasi, mencegah risiko jatuh, mencegah risiko dekubitus, dan memberikan dukungan agar patuh dalam menjalani proses rehabilitasi.^{62,63}

Keluarga mendukung latihan aktivitas fisik berarti keluarga berpartisipasi dalam membantu penderita stroke untuk melakukan latihan aktivitas fisik seperti latihan untuk berdiri, transfer dari kursi ke kursi, latihan berjalan, latihan naik turun tangga, dan latihan pergerakan sendi.⁶⁴ Keluarga membantu perawatan diri penderita stroke berarti keluarga membantu melakukan perawatan diri seperti mandi, membantu pengendalian BAB dan BAK, perawatan mulut berupa gosok gigi dengan menggunakan sikat yang lembut.²

Pada penderita stroke yang mengalami gangguan BAB seperti sembelit, dapat dibantu dengan menyediakan makanan yang berserat dan apabila perlu disesuaikan dengan anjuran medis atau dapat menggunakan obat pencakar. Pada penderita stroke yang mengalami inkontonensia urin, keluarga dapat memfasilitasi dengan menyediakan pispot didekat tempat tidur untuk memudahkan penderita berkemih atau memberikan popok dan menggantinya.

Keluarga membantu penderita untuk menyediakan makanan dengan gizi seimbang dan cairan yang cukup, berarti keluarga memperhatikan apa yang

dikonsumsi oleh penderita paska stroke. Pada penderita stroke dengan hipertensi misalnya keluarga dianjurkan untuk mengawasi diet yang bertujuan untuk membantu menurunkan tekanan darah dan mengurangi penimbunan garam dalam tubuh penderita stroke. Keluarga juga membantu untuk memilih makanan yang boleh dikonsumsi dan tidak boleh dikonsumsi serta menjaga pola makan penderita paska stroke.^{2,65}

Keluarga memahami faktor risiko yang dapat menyebabkan penderita stroke jatuh antarlain gangguan keseimbangan tubuh penderita, obat sedatif, gangguan pada ekstremitas atas dan bawah, inkontinensia, gangguan penglihatan.² Tindakan yang dapat dilakukan keluarga yaitu membantu penderita untuk berpindah, membuat penerangan yang cukup, mengusahakan lantai tidak licin agar tidak membuat penderita terpeleset, merapikan perkakas agar tidak menghalangi penderita saat berjalan, menyediakan pegangan di kamar mandi penderita paska stroke.

Tindakan yang dapat dilakukan keluarga untuk mencegah terjadinya dekubitus pada penderita stroke yang mengalami *bedrest* antara lain memiringkan penderita paska stroke setiap 2 jam sekali, memijat, dan memberikan pelembab pada bagian tubuh yang tertekan. Tujuan memiringkan penderita ke kanan atau kekiri setiap 2 jam sekali yaitu mengurangi tekanan, kelembapan kulit, gesekan antara kulit dan tempat tidur, serta memberikan kesempatan untuk kulit yang tertekan agar terekpos udara.⁶⁰

Kepatuhan penderita stroke untuk melakukan rehabilitasi sangat penting untuk meminimalisir risiko cacat yang mungkin terjadi. Rehabilitasi terdiri

dari latihan fisik, terapi okupasi, terapi wicara, dan pengobatan. Perkembangan riset dan teknologi tidak akan ada artinya apabila tidak diikuti oleh kepatuhan penderita dalam menjalankan rehabilitasi. Dukungan keluarga sangat mempengaruhi motivasi dan konsistensi penderita paska stroke dalam melaksanakan rehabilitasi.

Keluarga sebagai unit terdekat penderita berperan untuk menjadi edukator dan motivator dalam mendukung penderita stroke untuk melaksanakan program rehabilitasi.⁴⁶ Tidak adanya dukungan dari keluarga dapat menyebabkan peluang keberhasilan rehabilitasi menjadi kecil. Keluarga dapat membantu penderita stroke meningkatkan kepatuhan rehabilitasi dengan cara memberikan semangat dan memotivasi penderita, mengantarkan penderita ke tempat rehabilitasi, mendatangkan terapis ke rumah, menyediakan dana untuk penderita rehabilitasi, memberikan informasi berkaitan dengan rehabilitasi yang dijalankan penderita stroke.

Dukungan keluarga sangat bermanfaat bagi penderita paska stroke dan keluarga yang merawat penderita paska stroke. Manfaat dukungan keluarga bagi penderita stroke antara lain dapat mengoptimalkan pemulihan, meningkatkan status fungsional, meningkatkan status psikososial, meningkatkan motivasi untuk melakukan rehabilitasi, meningkatkan kualitas hidup, penderita stroke juga tidak akan merasa kesepian, efektif untuk menyelesaikan masalah sosial, dan meminimalkan stres yang dialami.^{32,41,62} Manfaat dukungan keluarga bagi keluarga yang merawat penderita stroke antara lain dapat membantu mempertahankan dan meningkatkan fungsi keluarga untuk hidup dengan penderita paska stroke. Kualitas perawatan yang

baik dari keluarga dapat mengurangi ketegangan, biaya, beban, serta meningkatkan kualitas hidup keluarga dengan penderita stroke.^{39, 24}

Dukungan keluarga dibagi menjadi empat domain meliputi emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan. Keluarga juga memiliki fungsi pendukung antara lain dukungan sosial, dukungan penilaian, dukungan tambahan, dan dukungan emosional.⁶⁰ Berdasarkan uraian diatas diambil beberapa bentuk dukungan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidupnya antara lain :

2.2.1. Dukungan Emosional pada Masa Pandemi COVID-19

Dukungan emosional melibatkan interaksi secara verbal maupun non verbal antara anggota keluarga untuk memahami situasi yang dialami oleh penderita paska stroke. Interaksi tersebut dapat berupa empati, kasih sayang, dan perhatian yang akan membantu penderita stroke merasa lebih baik, dimiliki, dihormati, dan dipercaya dari keluarga.⁶⁶

Kondisi pandemi COVID-19 dapat menimbulkan berbagai masalah akibat banyaknya perubahan yang terjadi dalam kehidupan. Dampak pandemi terhadap kesehatan jiwa keluarga antara lain kecemasan, stres, rendah diri, depresi, gangguan panik, ketakutan akan penyakit dan stigma negatif dari masyarakat, bosan karena ruang gerak terbatas, perubahan pola komunikasi keluarga.⁶⁷

Dukungan emosional sangat penting untuk diberikan kepada keluarga terutama pada keluarga yang memiliki kebutuhan khusus seperti penderita paska stroke. Dukungan emosional yang dapat diberikan pada penderita paska stroke pada

masa pandemi COVID-19 yaitu melihat kebutuhan penderita, menanyakan dan mendengarkan keluhan, memberikan rasa nyaman, memberikan solusi untuk masalah yang dialami, memfasilitasi untuk mengenang atau bercerita hal yang menyenangkan, serta memberikan perawatan dengan tulus ikhlas dan penuh dengan kasih sayang.^{67,68} Bagi penderita paska stroke yang tinggal dirumah sendiri dukungan emosional dapat dilakukan lewat *smart phone*, jika tidak memungkinkan keluarga dapat mengunjungi penderita stroke namun tetap menjaga protokol kesehatan.⁶⁸

Bagi penderita paska stroke yang memiliki masalah seperti stres, kecemasan, panik, depresi dll dukungan yang dapat diberikan keluarga pada masa pandemi yaitu mengenali penyebab dan gejala, memberikan dukungan untuk mengatasi penyebab yang menimbulkan gangguan, memfasilitasi ke puskesmas terdekat atau layanan profesional.⁶⁷ Dukungan emosional efektif untuk mengatasi tekanan dan meminimalkan distres psikologi pada masa sulit seperti kondisi pandemi COVID-19.⁶⁹

Bagi penderita paska stroke yang termasuk dalam yang melakukan isolasi mandiri dirumah, dan mengalami masalah bentuk dukungan emosional yang dapat diberikan antara lain mengurangi stresor, menanyakan kebutuhan, mendengarkan keluhan, mempertahankan komunikasi melalui media sosial, memfasilitasi untuk dapat berkonsultasi dengan tenaga profesional, edukasi untuk melakukan relaksasi fisik (tarik nafas dalam, relaksasi otot progresif, olahraga ringan), berempati, meningkatkan komunikasi dengan penuh kasih sayang.

2.2.2. Dukungan Instrumental pada Masa Pandemi COVID-19

Dukungan instrumental merupakan bantuan yang termasuk dalam perawatan kesehatan dan ekonomi untuk penderita paska stroke.⁷⁰ Penderita paska stroke terutama yang berusia lanjut dan memasuki masa pensiun akan mengalami perubahan fisik dan psikologis. Tingkat ketergantungan penderita paska stroke juga akan meningkat seiring dengan keparahan stroke yang dialami, sehingga penderita membutuhkan bantuan untuk memenuhi kebutuhan perawatan, pengontrolan kesehatannya, dan kebutuhan ADLnya.⁶⁰

. Dukungan instrumental bertujuan untuk memudahkan penderita paska stroke melakukan aktivitasnya dalam menghadapi masalah akibat penyakit yang dialami.⁶⁰ Bentuk dukungan instrumental seperti membantu penderita membersihkan diri, melakukan aktivitas sehari-hari, memberikan ketenangan di rumah, menyiapkan dana untuk berobat, menyiapkan obat-obatan, menyiapkan alat untuk melakukan latihan pergerakan tubuh, dan membantu melakukan latihan pergerakan tubuh.⁷¹

Dukungan instrumental yang dapat diberikan pada penderita paska stroke saat masa pandemi COVID-19 antara lain memberikan pemahaman mengenai kondisi pandemi COVID-19 dan penerapan protokol kesehatan dengan media foto atau video, menyediakan alat perlindungan diri (masker, sabun, *hand sanitizer*, dan alat desinfektan), menyediakan tensimeter digital, menyediakan thermometer digital, menyiapkan makanan yang bergizi dan minuman multivitamin, menemani penderita

melakukan latihan fisik dengan memanfaatkan video tutorial, menggantikan penderita stroke untuk mengambil obat dirumah sakit, dan menyediakan dana darurat.⁷²

Dukungan instrumental yang dapat dilakukan bagi penderita paska stroke yang melaksanakan isolasi dirumah antara lain menyediakan peralatan perawatan (masker, *hand sanitizer*, desinfektan, alat bantu gerak, APD) dan pengobatan yang diperlukan, menghubungi dan menyediakan layanan kesehatan primer dari puskesmas atau klinik, menyediakan makanan yang bergizi dan multivitamin, mengajukan dana bantuan (bagi keluarga yang kemampuan ekonominya rendah).^{68,72}

2.2.3. Dukungan Informasional pada Masa Pandemi COVID-19

Dukungan informasional merupakan pemberian informasi untuk meningkatkan wawasan kesehatan dan menanggulangi persoalan yang dihadapi oleh penderita paska stroke.⁵⁹ Dukungan informasi termasuk dalam fungsi perawatan kesehatan dimana keluarga berperan sebagai kolektor dan diseminator (penyebarkan informasi) mengenai kondisi penyakit, perawatan, pengobatan bagi penderita paska stroke.⁶⁰

Penderita paska stroke lansia akan mengalami penurunan fungsional dan fungsi kognitif yang menyebabkan penurunan proses belajar, persepsi, dan pemahaman. Sehingga penderita paska stroke membutuhkan bantuan berupa dukungan informasi untuk memahami kondisinya seperti penyakit, perawatan, pengobatan.⁶⁰ Dukungan informasional dapat berupa pemberian nasihat, pengarahan,

ide-ide atau informasi mengenai penyakit stroke yang diderita, waktu minum obat, informasi untuk melakukan ROM, dan lain-lain.^{66,60}

Dukungan informasional yang dapat diberikan kepada penderita pada masa pandemi COVID-19 antara lain menjelaskan pentingnya menjaga kesehatan saat pandemi, menjelaskan factor risiko stroke, mengingatkan untuk minum obat, memberikan informasi yang benar dan mudah dimengerti mengenai pandemi COVID-19, mengedukasi protokol kesehatan seperti 3M (memakai masker, mencuci tangan, dan menjaga jarak), memberikan informasi terkait vaksin COVID-19, mengajari penderita menggunakan alat komunikasi jarak jauh seperti *smart phone* (mengajari menggunakan video call, telfon, menggunakan aplikasi zoom dll).^{60,72,73}

Dukungan informasional yang dapat diberikan bagi penderita paska stroke yang melakukan isolasi mandiri dirumah antara lain menginformasika kondisi kesehatan penderita kepada tenaga medis dan ketua RT/RW/Kepala desa, berdiskusi dengan petugas kesehatan mengenai perawatan penderita dirumah, mengingatkan penderita untuk mematuhi protokol kesehatan, mengingatkan agar tidak keluar rumah, menginformasikan mengenai tahapan pengobatan dan lama isolasi mandiri dirumah, tetap menghubungi keluarga lewat *smart phone* (apabila keluarga jauh dengan penderita paska stroke), menginformasikan kedatangan petugas kesehatan.^{68,72}

2.2.4. Dukungan Penghargaan pada Masa Pandemi COVID-19

Dukungan penghargaan merupakan suatu bentuk penilaian atau respons positif keluarga pada penderita paska stroke.⁶⁶ Dukungan penghargaan

merupakan bentuk fungsi afektif keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial penderita paska stroke. Dukungan penghargaan meliputi penghargaan positif seperti memberikan dorongan semangat, motivasi, dan memberikan respon secara positif, menyetujui ide, memiliki rasa empati, dan mengikut sertakan penderita dalam diskusi keluarga, menanyakan pendapat mengenai tempat berobat, mempertimbangkan saran penderita stroke, mengikut sertakan dalam acara keluarga, menerima kondisi penderita stroke apa adanya.⁶⁰

Dukungan penghargaan yang dapat diberikan pada masa pandemi COVID-19 antara lain menghormati dan menghargai pendapat penderita stroke, bersikap santun dan lemah lembut, memberikan pengertian untuk tetap mematuhi protocol kesehatan saat mengajak penderita stroke keluar rumah, melibatkan penderita dalam acara dirumah.⁶⁹ Bagi penderita stroke yang melakukan isolasi mandiri dirumah keluarga diharapkan untuk tetap memberikan dukungan penghargaan dan tidak mendiskriminasi apalagi mengucilkan penderita paska stroke.

2.3. Faktor yang Mempengaruhi Pemberian Dukungan Keluarga pada Penderita Paska Stroke

Keluarga memiliki pengaruh yang besar dalam menentukan status kesehatan penderita paska stroke. Faktor yang berhubungan dengan status kesehatan diantaranya adalah dukungan keluarga sebagai faktor penguat dan karakteristik individu sebagai *predisposing factor*.⁶⁰ Dukungan keluarga menjadi aspek yang sangat penting untuk mendukung individu beradaptasi dengan kondisinya dan

membantu menekan faktor risiko stroke dengan cara memodifikasi gaya hidup. Pemberian dukungan keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pendidikan, tahap perkembangan keluarga, faktor emosi, dan faktor spiritual, praktik keluarga, pendapatan, dan latar belakang budaya.⁷⁵

Dukungan keluarga dapat ditentukan melalui tingkat pendidikan dari keluarga yang merawat sebab pendidikan menentukan pengalaman dan informasi yang pernah diterima.⁷⁶ Tingkat pendidikan keluarga berpengaruh pada sikap dan tindakan keluarga dalam memelihara kesehatan.⁷⁷ Pengetahuan yang baik salah satunya diperoleh dari tingkat pendidikan karena semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi pula tingkat pengetahuan. Pengetahuan yang baik akan menentukan kemampuan seseorang untuk berfikir dan memahami faktor yang berhubungan dengan penyakit serta cara menjaga kesehatan.

Dukungan keluarga dapat ditentukan dari tahap perkembangan keluarga, dimana semakin tinggi tahap perkembangan keluarga maka pemahaman dan respon dari keluarga mengenai perubahan status kesehatan anggota keluarga akan semakin baik.⁷⁶ Faktor selanjutnya yaitu faktor emosional yang berpengaruh terhadap keyakinan keluarga dalam memberikan suatu dukungan dan cara melaksanakan dukungan tersebut. Setiap anggota keluarga memiliki respon stres yang berbeda terhadap stresor yang dialami. Anggota keluarga yang mengalami stres berlebihan pada setiap perubahan hidupnya cenderung mudah berespon terhadap penyakit yang dapat mengancam hidupnya.⁷⁰ Faktor spiritual terlihat dari nilai dan keyakinan anggota keluarga dalam menjalani hidupnya. Spiritual yang baik penting untuk

dimiliki anggota keluarga untuk mendukung kepercayaanya dalam mengatasi penderitaan yang dialami.⁷⁶

Dukungan keluarga ditentukan melalui praktik keluarga, dimana menurut Friedman praktik keluarga merupakan cara keluarga memberikan dukungan pada anggotanya dengan mempengaruhi praktek pelaksanaan kesehatan.⁵⁹ Firmansyah, dkk menyebutkan sebanyak 73% keluarga memiliki praktik keluarga yang baik sehingga cenderung memberikan dukungan keluarga yang baik dibandingkan keluarga dengan praktik keluarga yang kurang. Pada penelitian ini praktik keluarga ditunjukkan melalui tindakan keluarga membatasi konsumsi alkohol. Keluarga menyadari mengonsumsi alkohol dapat berisiko mengalami penyakit kronis. Praktik keluarga yang buruk ditunjukkan melalui rendahnya kesadaran keluarga terhadap perilaku merokok. Keluarga menyebutkan perilaku merokok masih sulit untuk dihilangkan.

Tingkat ekonomi atau pendapatan dari keluarga dan penderita paska stroke akan berpengaruh terhadap pemberian dukungan keluarganya. Keluarga dengan pendapatannya tinggi akan lebih mudah untuk memberikan perawatan seperti biaya pengobatan, terapi, alat kesehatan, membeli makanan sesuai diet yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan, dan memenuhi kebutuhan dalam pemeliharaan kesehatan penderita stroke serta pencegahan penyakit kronis lain.⁷⁶ Penyakit stroke membutuhkan perawatan jangka panjang dengan biaya yang tidak sedikit. Sehingga semakin tinggi pendapatan keluarga semakin baik dukungan keluarga yang dapat diberikan.

Dukungan keluarga ditentukan dari latar belakang budaya, dimana budaya berpengaruh terhadap keyakinan, nilai dan individu. Latar belakang juga mempengaruhi status kesehatan individu dan perilakunya dalam melakukan perawatan kesehatan. Pada kebudayaan masyarakat minang misalnya, masyarakat Minang gemar mengonsumsi makanan berlemak dari santan kelapa, lemak daging dan jeroan, sehingga berisiko menderita stroke lebih tinggi dibandingkan dengan suku lainnya.⁶⁰

2.4. Kualitas Hidup Penderita Stroke pada Masa Pandemi COVID-19

Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan, konteks budaya, sistem nilai dimana individu berada. WHO membagi kualitas hidup menjadi empat domain yaitu domain kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.⁷⁹ Masalah yang mencakup kualitas hidup sangat luas dan kompleks termasuk masalah kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial dan lingkungan dimana individu berada.²⁴

Penderita stroke cenderung memiliki kualitas hidup yang rendah akibat manifestasi dari stroke, terutama akibat defisit motorik dan kognitif sehingga meningkatkan ketergantungan pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Penderita stroke cenderung memiliki kualitas hidup yang buruk dilihat dari karakteristik penderita stroke yaitu memiliki usia ≥ 55 tahun, memiliki pendidikan yang rendah, tidak bekerja, memiliki jenis stroke iskemik, tidak menikah, dan memiliki riwayat stroke berulang.^{23,24} Kualitas hidup penderita stroke yang buruk juga dilihat dari kesehatan

fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan hubungan penderita stroke dengan lingkungannya.^{6,80}

Kualitas hidup penderita paska stroke dapat menurun selain dari kondisi akibat penyakitnya juga dapat diakibatkan oleh kondisi pandemi COVID-19. Pandemi COVID-19 menyebabkan kondisi yang tidak pasti, kebijakan *social distancing*, lockdown akan menyebabkan penderita paska stroke terbatas aktivitasnya karena penderita stroke disarankan untuk tidak pergi keluar rumah jika tidak dalam kondisi darurat.²² Pelayanan kesehatan pada masa pandemi COVID-19 juga lebih berfokus pada penanganan pasien COVID-19. Sehingga beberapa fasilitas kesehatan membatasi jumlah kunjungan yang menyebabkan proses rehabilitasi untuk penderita stroke terhambat. Kurangnya aktivitas fungsional akan berdampak pada kemandirian penderita paska stroke dan dapat menyebabkan kualitas hidup penderita menurun.⁸¹

Banyaknya informasi hoax mengenai COVID-19, tingginya angka kematian akibat COVID-19, ekonomi keluarga menurun dapat berdampak pada kondisi kesehatan jiwa penderita paska stroke. Penderita paska stroke dapat berisiko mengalami stres, kecemasan, ketakutan, dan depresi. Kondisi kesehatan jiwa yang terganggu dapat berpengaruh pada motivasi untuk sembuh dan menurunkan motivasi untuk menjalani rehabilitasi sehingga menyebabkan kualitas hidup penderita menurun.⁷²

Penelitian yang dilakukan oleh Chiou menunjukkan penderita paska stroke dengan gangguan bicara memiliki jaringan sosial yang lebih kecil

dibandingkan saat kondisinya masih sehat.⁹⁰ Kebijakan social distancing menyebabkan penderita stroke apalagi yang memiliki gangguan bicara semakin terbatas untuk berinteraksi dengan orang lain.

Penelitian yang dilakukan di Washington oleh Fama et al menyebutkan penderita paska stroke dengan gangguan bicara dilaporkan memiliki lebih sedikit teman untuk berinteraksi dan berkomunikasi, gangguan psikososial meningkat, dan mempengaruhi kualitas hidup penderita paska stroke secara keseluruhan. Meskipun sudah disediakan beberapa media untuk memfasilitasi rehabilitasi pasien stroke dengan gangguan bicara lewat zoom, skype, atau whatsapp penderita stroke masih jarang yang menggunakan dan lebih tertarik untuk berinteraksi secara langsung.⁹¹

Di negara lain seperti China kualitas hidup penderita paska stroke pada masa pandemi COVID-19 dilaporkan menurun selama masa pandemi COVID-19.²¹ Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di negara Vietnam oleh Pham, et al yang menyebutkan penderita stroke dengan penyakit penyerta menunjukkan kualitas hidup lebih rendah dibandingkan penderita stroke tanpa penyakit penyerta pada masa pandemi COVID-19.²²

2.5. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penderita paska stroke antara lain usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, waktu serangan stroke,

lama menderita stroke, komorbid, fungsi kognitif, dan dukungan keluarga.⁸² Penderita stroke yang berusia ≥ 60 tahun akan mengalami penurunan fungsi fisik, psikologis, dan kognitif sehingga dapat berpengaruh pada kualitas hidup penderita paska stroke.

Jenis kelamin laki-laki memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami stroke dibandingkan perempuan sebab laki-laki cenderung untuk melakukan aktivitas yang berisiko menyebabkan stroke seperti merokok dan mengonsumsi alkohol. Rokok mengandung nikotin yang menyebabkan elastisitas pembuluh darah berkurang dan meningkatkan faktor pembekuan darah akibat kadar fibrinogen yang tinggi. Pembuluh darah yang sempit dan kaku akan sangat berisiko untuk terjadi stroke.⁸³

Namun perempuan yang mengonsumsi kontrasepsi oral dan terapi pengganti hormone dapat mengaktifkan sistem renin angiotensin sehingga mempengaruhi peningkatan tekanan darah yang menjadi faktor risiko dari stroke.⁸⁵ Perempuan menopause juga memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami stroke sebab terjadi penurunan estrogen sebanyak 60% sehingga katabolisme LDL dan HDL menurun dan menyebabkan aterosklerosis yang menjadi faktor risiko stroke.⁸⁴

Berdasarkan pernyataan diatas jenis kelamin laki-laki, perempuan yang menopause, dan perempuan yang mengonsumsi pil KB lebih berisiko untuk mengalami kejadian stroke dan berisiko memiliki kualitas hidup yang lebih rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Adawiyah menyebutkan perempuan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan laki-laki.⁸⁶ Namun penelitian yang dilakukan oleh

Kurnia, dkk menyebutkan laki-laki yang sudah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan perempuan sebab laki-laki mendapatkan dukungan dari semua pihak seperti istri dan seluruh anggota keluarga.⁸⁷

Pendidikan yang lebih tinggi akan mempengaruhi pengetahuan penderita paska stroke dalam memahami dan mengimplementasikan dalam bentuk tindakan, serta mempengaruhi perilaku penderita paska stroke dalam meningkatkan dan memelihara kesehatan. Dewi menyebutkan semakin tinggi pendidikan maka semakin baik pula kualitas hidup seseorang.⁸⁷ Penelitian yang dilakukan oleh Bariroh menyebutkan penderita paska stroke yang memiliki tingkat pendidikan perguruan tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan yang memiliki pendidikan rendah seperti SD.²⁴

Penyakit stroke termasuk penyakit menahun yang membutuhkan dana perawatan yang tidak sedikit. Sehingga keluarga yang memiliki pendapatan tinggi akan memungkinkan penderita paska stroke dan keluarga untuk dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Selain itu bagi penderita stroke yang masih memiliki pendapatan akan membuatnya lebih mandiri dan percaya diri sebab tidak merasa bergantung pada pendapatan keluarga sehingga kualitas hidup penderita stroke akan meningkat.⁸²

Penyakit stroke menyebabkan gangguan fisik berupa kelumpuhan sebagian atau seluruh anggota gerak tubuh, meningkatkan ketegangan otot, mengganggu keseimbangan tubuh penderita stroke. Gangguan ini menyebabkan penderita paska stroke sulit untuk bekerja. Bagi penderita stroke yang tetap memilih

bekerja kemampuannya akan berkurang dan tidak sama dengan saat kondisinya masih sehat. Bariroh menyebutkan penderita paska stroke yang tidak bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan penderita stroke yang bekerja.²⁴

Penderita paska stroke yang mengalami serangan berulang akan berisiko mengalami kecacatan atau disabilitas fisik yang lebih parah hingga kematian. Disabilitas fisik sangat berpengaruh pada tingkat kemandirian penderita paska stroke dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Penderita paskak stroke stroke yang mengalami stroke berulang menunjukkan kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan penderita paska stroke serangan pertama.⁵⁴

Penderita paska stroke yang sudah lama menderita penyakit stroke (>1 tahun) dan tidak mengalami kemajuan dalam pengobatannya berisiko menurunkan motivasi untuk melaksanakan rehabilitasi, malas latihan fisik, dan meminum obat secara teratur sehingga kualitas hidup penderita paska stroke menurun.⁸² Penelitian yang dilakukan oleh Bariroh menyebutkan semakin lama menderita penyakit stroke maka kualitas hidup penderita paska stroke akan menurun.

Penelitian yang dilakukan oleh Rismawan, dkk dan Arista, dkk menyebutkan komorbiditas penderita paska stroke berupa stroke antara lain hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, obesitas, tidak memiliki penyakit, hyperlipidemia, merokok, kebiasaan minum alkohol, menggunakan pil kontraseptif.^{54,88} Penderita paska stroke yang memiliki penyakit penyerta berisiko

memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan yang tidak memiliki penyakit penyerta.²²

Penderita paska stroke akan memiliki tingkat ketergantungan yang lebih banyak dibandingkan kondisi normal. Ketergantungan lebih sering ditemukan pada penderita stroke lansia. Salah satu penyebab ketergantungan pada penderita paska stroke lansia adalah penurunan fungsi kognitif. Fungsi kognitif yang berkurang akan sangat berdampak pada kualitas hidup penderita paska stroke.⁸⁹

Dukungan keluarga memiliki banyak sekali manfaat bagi penderita stroke dan keluarga yang merawat penderita paska stroke. Manfaat dukungan keluarga bagi penderita stroke yaitu menurunkan kecemasan, meningkatkan kualitas tidur, meningkatkan efikasi diri, mengurangi stres, mengoptimalkan pemulihan, meningkatkan status fungsional, meningkatkan status psikososial, meningkatkan motivasi untuk melakukan rehabilitasi, mengurangi rasa kesepian, dan efektif menyelesaikan masalah sosial.^{37,38} Manfaat pemberian dukungan keluarga dan kualitas perawatan yang baik bagi keluarga antaralain dapat membantu mempertahankan dan meningkatkan fungsi keluarga, mengurangi ketegangan, biaya, beban, serta meningkatkan kualitas hidup keluarga yang merawat penderita paska stroke.^{39, 24}

2.6. Instrumen Penelitian Kualitas Hidup Penderita Stroke

Instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup penderita stroke salah satunya adalah *Stroke Specific Quality of Life* (SS-QOL). Instrumen SS-

QOL mengalami perkembangan dari 49 item pertanyaan kemudian disederhanakan menjadi SSQOL versi pendek yang terdiri dari 12 item. Instrumen tersebut sudah disesuaikan pada *setting* klinik maupun penelitian. Kelebihan instrumen penelitian ini yaitu bersifat holistik, menyeluruh, spesifik, dan tidak memakan banyak waktu. Terdapat 12 domain kualitas hidup *Short Version of SS-QOL* yang diklasifikasikan menjadi dua dimensi yaitu dimensi fisik dan dimensi psikososial. Dimensi fisik terdiri dari domain perawatan diri, mobilitas, fungsi ekstremitas atas, bahasa, penglihatan, dan produktivitas/kerja.⁹²

Domain perawatan diri berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan diri seperti mandi. Domain mobilitas berkaitan dengan masalah yang dialami saat berjalan atau menggunakan kursi roda (misalnya banyak berhenti dan beristirahat karena lelah/tidak mampu). Domain bahasa ditunjukkan melalui sejauh mana masalah yang dialami saat berbicara seperti mengulang pembicaraan supaya individu lain memahami apa yang penderita katakan. Domain penglihatan berkaitan dengan persepsi individu terkait masalah penglihatan yang dialami saat menonton TV dan menikmati tayangan. Domain produktivitas/kerja berkaitan dengan persepsi individu terkait sejauh mana masalah yang dihadapi saat menyelesaikan pekerjaan sehari-hari di rumah.

Sedangkan dimensi psikososial terdiri dari domain berpikir, peran keluarga, peran sosial, personalia, mood, dan energi.⁹² Domain berpikir berkaitan dengan persepsi individu terkait sejauh mana masalah yang dihadapi saat mengingat

suatu hal. Domain peran keluarga berkaitan dengan persepsi individu terkait perasaan menjadi beban bagi keluarga. Domain peran sosial berkaitan dengan persepsi individu terkait sejauh mana perasaan yang menganggap kondisi fisiknya mengganggu kehidupan sosial seperti berkumpul dengan teman dan masyarakat. Domain personalia berkaitan dengan persepsi individu terkait perasaan bahwa kepribadian telah berubah. Domain mood berkaitan dengan persepsi individu terkait perasaan berkecil hati memandang masa depan. Domain energi berkaitan dengan sejauh mana perasaan terlalu lemah untuk melakukan kegiatan yang biasa dilakukan.

2.7. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke Pada Masa Pandemi COVID-19

Pandemi COVID-19 berpengaruh pada penurunan prevalensi penderita stroke, kondisi ekonomi keluarga, keadaan psikososial penderita stroke dan keluarga, serta pelayanan kesehatan di rumah sakit yang mengakibatkan perubahan perilaku dan gaya hidup masyarakat. Meskipun ada perubahan perilaku dan gaya hidup, pemberian dukungan keluarga tetap harus memperhatikan prinsip perawatan penderita stroke di rumah.

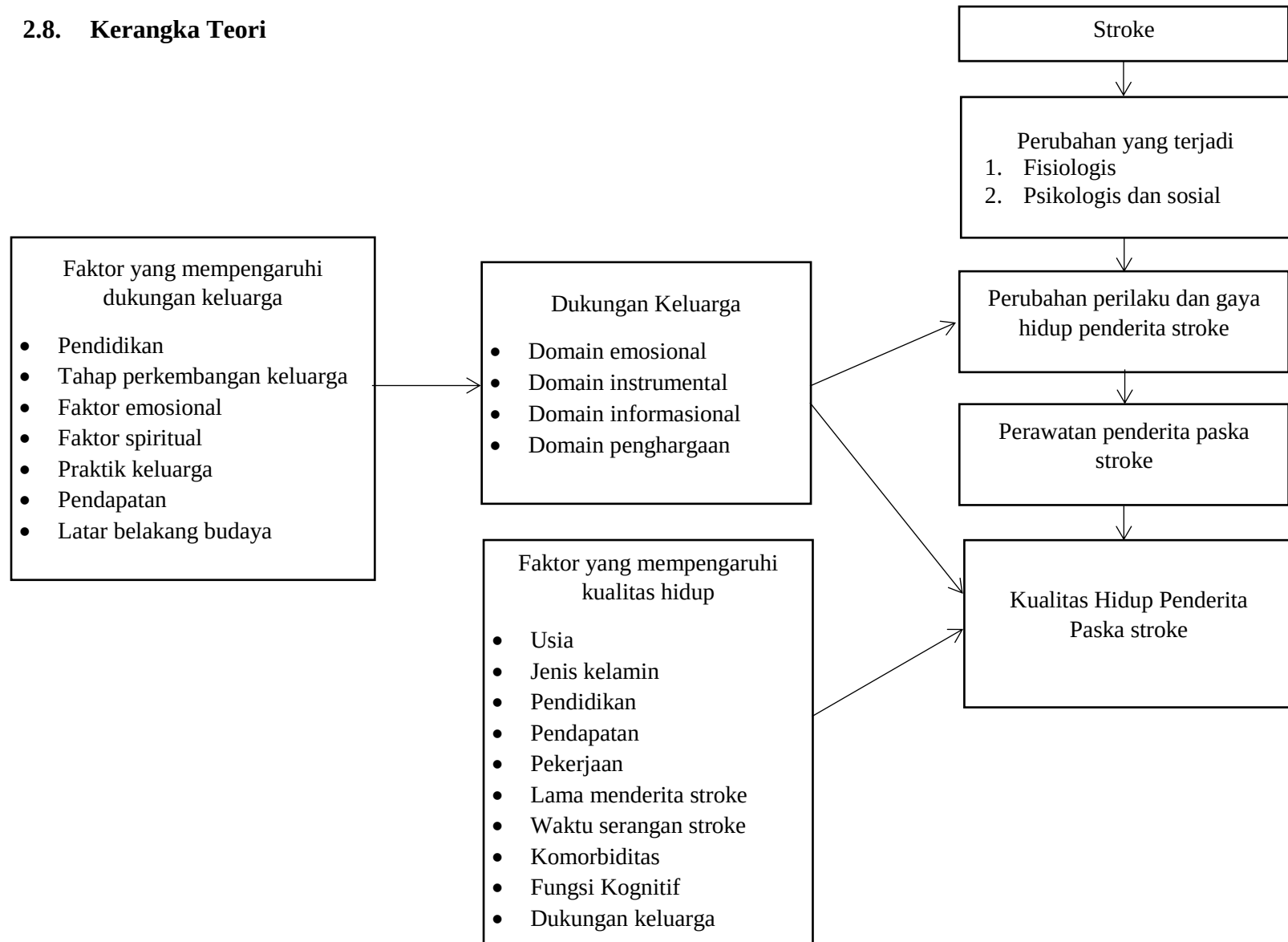
Dukungan keluarga yang diberikan pada masa pandemi COVID-19 tentunya akan berbeda dengan pemberian dukungan keluarga pada kondisi normal terutama bagi penderita yang melakukan isolasi mandiri di rumah. Dimana keluarga harus bisa menyesuaikan pemberian dukungan kepada penderita stroke dengan

keterbatasan yang terjadi pada masa pandemi, namun tetap memenuhi kebutuhan dukungan bagi penderita paska stroke.

Dukungan keluarga secara umum dibagi menjadi empat domain yaitu domain emosional, domain instrumental, domain informasional, dan domain penghargaan. Pemberian dukungan keluarga dipengaruhi oleh pendidikan, tahap perkembangan keluarga, faktor emosi, dan faktor spiritual, praktik keluarga, pendapatan, dan latar belakang budaya.

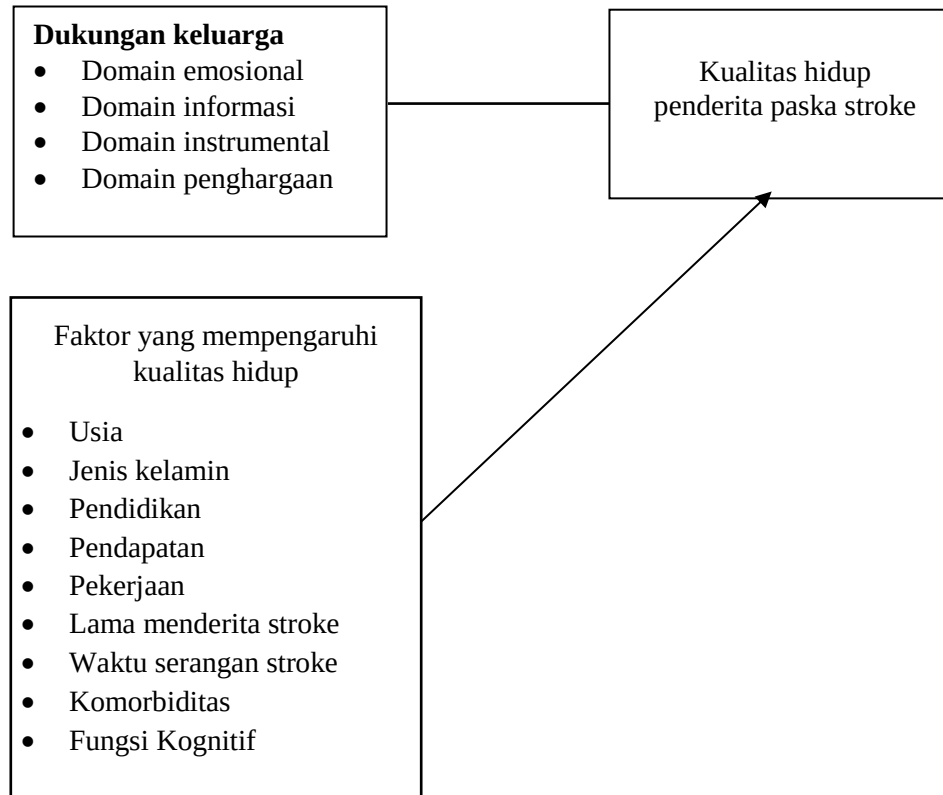
Pemberian dukungan keluarga akan sangat bermanfaat bagi penderita paska stroke. Salah satu manfaat pemberian dukungan keluarga bagi penderita paska stroke adalah meningkatnya kualitas hidup penderita paska stroke. Selain dukungan keluarga faktor lain yang berpengaruh pada kualitas hidup penderita paska stroke antara lain usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, waktu serangan stroke, lama menderita stroke, komorbid, fungsi kognitif.

2.8. Kerangka Teori



Modifikasi dari Green dan Kreuter, 1991; Mc Murray, 2003; House, 1981; Kakinen et al, 2010; Lewis et al, 2007; Mauk, 2010; Pender, Murdaugh & Parson, 2002; Meiner & Lukenotte, 2006 dalam Yenni 2011

2.9. Kerangka Konsep



Keterangan

Berhubungan : —————

Mempengaruhi : —————>

2.10. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep diatas maka hipotesis atau jawaban sementara pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita paska stroke.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *non-exsperimental* deskriptif analitik korelasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* (potong lintang) dimana penelitian dilakukan dalam satu waktu. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif bersifat korelasional untuk menguji hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita paska stroke.

3.2. Populasi dan Sampel Penelitian

3.2.1. Populasi

Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh penderita paska stroke di wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang berdasarkan data yang didapatkan jumlah populasi penderita paska stroke sampai bulan Januari 2021 adalah 133 penderita paska stroke.

3.2.2. Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah penderita paska stroke yang memiliki kriteria tertentu sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1) Kriteria Inklusi

- a) Penderita yang tinggal di rumah
- b) Penderita stroke dengan kesadaran penuh dan tidak mengalami gangguan pendengaran berat
- c) Penderita paska stroke yang tidak mengalami gangguan kognitif berat (skor MMSE <12)
- d) Penderita paska stroke tidak berada dalam kondisi terminal

3.2.2.1. Besar Sampel

Sampel yang baik adalah sampel yang jumlahnya representatif, yakni dapat memberi gambaran dari keseluruhan populasi.¹⁸ Penentuan besar sampel menggunakan rumus slovin sebagai berikut :

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

$$n = \frac{133}{133 (0,05^2) + 1}$$

$$n = \frac{133}{1,3325}$$

$$n = 99,81$$

$$\approx 100 \text{ orang}$$

Keterangan:

N = jumlah populasi

n = besar sampel

d = tingkat kemaknaan($\alpha = 5\%$)

Tambahan 10% untuk mengantisipasi *sample error* = $10\% \times 100$

$$= 10$$

≈ 110 orang

Dengan demikian, didapatkan hasil perhitungan sampel sebesar 110 orang.

3.2.2.2. Teknik Sampling

Teknik sampling adalah tindakan dalam pengambilan sampel agar memperoleh sampel yang sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian.⁹³ Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan teknik *probability sampling* dengan metode *simple random sampling*. Metode *simple random sampling*. Metode tersebut dilakukan dengan cara memberikan penomoran pada setiap nama penderita paska stroke yang ditulis di selembar kertas kecil, kemudian penomoran itu digulung dan dimasukkan kedalam wadah, lalu mengambil nomor tersebut secara acak dengan cara diundi. Pemenuhan sampel akan dilakukan dengan mendatangi setiap rumah dari responden yang terpilih dari nomor yang telah diacak.

3.3. Tempat dan Waktu Penelitian

3.3.1. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang yang meliputi 7 kelurahan yaitu Kelurahan Kedungmundu, Kelurahan Tandang, Kelurahan Jangli, Kelurahan Sendangguwo, Kelurahan Sendangmulyo, Kelurahan Sambiroto, dan Kelurahan Mangunharjo.

3.3.2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada secara bertahap yakni dimulai dari pembuatan proposal sampai dengan pengurusan EC yang dimulai dari bulan Oktober 2020 – November 2021, dengan pengambilan data penelitian yang dilakukan pada 28 Oktober 2021-15 Desember 2021.

3.4. Variabel penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

3.4.1. Variabel Penelitian

1) Variabel bebas (*independent variable*)

Pada penelitian ini variable independen penelitian yang digunakan adalah dukungan keluarga pada penderita paska stroke yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang.

2) Variabel terikat (*dependent variable*)

Pada penelitian ini variable dependen yang digunakan adalah kualitas hidup penderita paska stroke di wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang.

3.4.2. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Definisi operasional merupakan petunjuk tentang bagaimana suatu variabel diukur.⁹⁴ Skala pengukuran adalah acuan atau tolak ukur untuk menentukan ukuran kuantifikasi pada alat ukur sehingga menghasilkan data yang akurat. Skala

pengukuran dibagi menjadi skala nominal, skala ordinal, skala interval, dan skala rasio.⁹⁵

Tabel 3.4.2 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
1	Data Demografi				
	Jenis kelamin	Perbedaan biologis untuk membedakan antara laki-laki dengan perempuan	Kuesioner data demografi	Laki-laki Perempuan	Nominal
	Usia	Waktu yang terlewat sejak individu dilahirkan	Kuesioner data demografi	1. Dewasa Awal (18-29 tahun) 2. Dewasa Tengah (30-60 tahun) 3. Dewasa Akhir (≥ 61 tahun)	Ordinal
	Pendidikan	Jenjang pendidikan yang ditempuh responden	Kuesioner data demografi	1. Tidak sekolah/tidak tamat SD 2. SD/Sederajat 3. SMP/Sederajat 4. SMA/Sederajat 5. Perguruan Tinggi	Nominal
	Pekerjaan	Profesi yang dimiliki responden	Kuesioner data demografi	1. Buruh 2. Petani/pedagang 3. Pegawai swasta 4. Pegawai negeri 5. TNI/Polri 6. Pensiunan 7. Tidak bekerja/IRT	Nominal
	Pendapatan	Jumlah uang yang diperoleh responden dari pekerjaan yang	Kuesioner data demografi	1. $\geq$ UMK 2. $<$ UMK	Ordinal

		dimiliki (UMK Kota Semarang 2021 = Rp. 2.810.025	3. Tidak memiliki pendapatan	
Waktu serangan stroke	Waktu terjadinya serangan stroke Wpada responden	Kuesioner karakteristik yang berhubungan dengan stroke	1. Serangan stroke pertama 2. Serangan stroke berulang	Ordinal
Lama menderita penyakit	Lama waktu sakit yang diderita responden	Kuesioner karakteristik yang berhubungan dengan stroke	Dinyatakan dengan lamanya responden menderita dalam tahun 1. ≥ 1 tahun 2. < 1 tahun	Ordinal
Komordibitas	Penyakit penyerta yang diderita responden stroke	Kuesioner karakteristik yang berhubungan dengan stroke	1. Hipertensi 2. Penyakit jantung koroner 3. Depresi 4. Diabetes 5. Penyakit ginjal kronik 6. Konstipasi 7. Fibrilasi atrium (AF) 8. Gangguan tiroid 9. COPD 10. Penyakit lainnya 11. Tidak memiliki penyakit penyerta	Nominal
2	MMSE			
Mini Mental	Mini Mental State	Kuesioner MMSE	Skor maksimal pada	Interval

State Examination	Examination (MMSE) adalah skrining yang digunakan untuk menilai fungsi kognitif penderita paska stroke		kuesioner MMSE adalah 30 responden yang memiliki skor <12 tidak dapat memenuhi kriteria penelitian	
			1. Gangguan kognitif sedang (12-23) 2. Demensia ringan (24-26) 3. Kognitif normal (27-30)	
2 Dukungan keluarga				
Dukungan keluarga	Dukung yang diberikan oleh keluarga terhadap anggota keluarganya yang terdiri dari empat domain yaitu emosional, instrumental, informasi, dan penghargaan	Kuesioner dukungan keluarga	Pengkategorian dilakukan dengan menggunakan <i>cut of point</i> median dari skor total dukungan keluarga	Ordinal
			6. Dukungan keluarga baik jika ≥ 53 7. Dukungan keluarga buruk jika < 53	
Domain Emosional	Dukungan emosional melibatkan interaksi secara verbal maupun non verbal antara anggota keluarga untuk memahami situasi yang dialami oleh anggota keluarga yang sakit	Kuesioner dukungan keluarga	Pengkategorian dilakukan dengan menggunakan <i>cut of point</i> median dari skor total dukungan emosional yaitu 15	Ordinal
			1. Domain emosional baik jika ≥ 15	

Domain Instrumental	Dukungan informasional merupakan pemberian informasi untuk meningkatkan kesehatan dan menanggulangi persoalan yang dihadapi oleh anggota keluarga kepada keluarga yang mengalami sakit	Kuesioner dukungan keluarga	2. Domain emosional buruk jika <15 Pengkategorian dilakukan dengan menggunakan <i>cut of point</i> median dari skor total dukungan instrumental yaitu 12 1. Domain instrumental baik jika ≥ 12 2. Domain instrumental buruk jika <12	Ordinal
Domain Informasional	Dukungan instrumental merupakan bantuan yang termasuk dalam perawatan kesehatan dan ekonomi untuk penderita paska stroke	Kuesioner dukungan keluarga	Pengkategorian dilakukan dengan menggunakan <i>cut of point</i> median dari skor total dukungan informasional yaitu 13 1. Domain informasional baik jika ≥ 13 2. Domain informasional buruk jika <13	Ordinal
Domain Penghargaan	Dukungan penghargaan merupakan suatu bentuk respons positif yang diberikan	Kuesioner dukungan keluarga	Pengkategorian dilakukan dengan menggunakan <i>cut of</i>	Ordinal

kepada penderita paska stroke

point median dari skor total dukungan penghargaan yaitu 13

1. Domain penghargaan baik jika ≥ 13
2. Domain penghargaan buruk jika < 13

5	Kualitas hidup				
Kualitas hidup	Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan meliputi konteks budaya, sistem nilai dimana individu berada	SS-QOL-12	Kategori dibagi menjadi dua berdasarkan <i>cut of point</i> nilai tengah antara 12-48 yaitu skor 30.	Ordinal	
			1. Kualitas hidup tinggi (skor ≥ 30) 2. Kualitas hidup rendah (skor < 30)		
Aspek Fisik	Presepsi individu terhadap kesehatan fisik yang dialami	SS-QOL-12	Kategori dibagi menjadi dua berdasarkan <i>cut of point</i> skor total aspek fisik yaitu 22	Ordinal	
			1. Aspek fisik baik jika skor ≥ 22 2. Aspek fisik		

Aspek Psikososial	Presepsi kesehatan dialami	individu psikososial	terhadap yang	SS-QOL-12	kurang jika skor <22	Kategori dibagi menjadi dua berdasarkan <i>cut of point</i> skor total aspek psikososial yaitu 15	Ordinal
						1. Aspek psikososial baik jika skor ≥ 15	
						2. Aspek psikososial buruk jika <15	

3.5. Instrumen Penelitian dan Metode Pengumpulan Data

3.5.1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat ukur yang digunakan untuk mengumpulkan, memeriksa, mengolah informasi kuantitatif. Penelitian ini menggunakan empat instrument penelitian yaitu kuesioner data demografi, MMSE, kuesioner dukungan keluarga, dan kuesioner *stroke specific quality of life-12* (SS-QOL-12).

a) Kuesioner Data Demografi

Kuesioner pada bagian pertama berisi lembar data demografi. Terdapat beberapa pertanyaan yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, waktu serangan stroke, lama menderita penyakit, dan komorbiditas/ penyakit penyerta yang dialami. Responden mengisi nama pada lembar kuesioner dan memberikan tanda *checklist* (✓) pada kolom dan tempat yang disediakan.

b) Kuesioner MMSE

Mini Mental State Examination (MMSE) adalah sebuah tes yang banyak digunakan mengetahui fungsi kognitif penderita paska stroke. Fungsi kognitif tersebut terdiri dari orientasi, *recall*, konsentrasi, pengingatan nama, artikulasi, menulis kalimat, dan pemahaman perintah. Skor maksimal pada kuesioner ini adalah 30 poin, sedangkan responden yang memiliki skor <12 poin tidak dapat memenuhi kriteria penilaian.⁹⁶

d) Kuesioner Dukungan Keluarga

Kuesioner dukungan keluarga yang digunakan telah dikembangkan dan dimodifikasi oleh Zulfitri dukungan kemudian diuji lagi validitas dan reabilitasnya oleh Yenni.⁶⁰ Pada kuesioner keluarga terdiri dari 20 pertanyaan yang meliputi empat domain yaitu domain dukungan emosional, domain informasi, dan domain instrumental. Bentuk pernyataan yang digunakan yaitu skala likert dengan kriteria jawaban sebagai yaitu 4= selalu, 3= sering, 2= kadang-kadang, 1= tidak pernah. Skor tertinggi pada instrumen dukungan keluarga adalah sebanyak 80 poin, sedangkan skor terendah adalah 20 poin. Responden mengisi salah satu jawaban dengan memberi tanda *checklist* (✓) pada kolom yang disediakan.

b) Kuesioner Kualitas Hidup

Instrumen penelitian untuk mengukur kualitas hidup penderita paska stroke menggunakan *stroke specific quality of life-12* (SS-QOL-12) yang berjumlah 12 item pertanyaan. Instrumen ini dikembangkan oleh Williams, Weinberger, Harris, Clark, Biller kemudian dikembangkan lagi oleh Post, Boosman, Zandvoort, Passier, Rinkel, Visser. Setiap item pada kuesioner ini mewakili setiap domain dari kualitas hidup.⁹² Domain kualitas hidup pada SS-QOL-12 terdiri dari domain perawatan diri, mobilitas, fungsi ekstremitas atas, bahasa, bekerja, berpikir, peran dalam keluarga, peran dalam sosia, kepribadian, mood, energi. Pada 6 domain pertama menunjukkan aspek fisik sedangkan pada enam domain selanjutnya menunjukkan aspek psikologis. Penilaian pada setiap domain menggunakan metode skala *likert* sebagai berikut

Tabel 3.5.1 Penilaian Item Pertanyaan SS-QOL-12

No	Tipe Pertanyaan	Pilihan Jawaban	Skor
1	Aspek Fisik	Tidak mampu melakukan sama sekali	1
		Banyak masalah	2
		Sedikit masalah	3
		Tidak ada masalah	4
2	Aspek Psikologis	Sangat setuju	1
		Setuju	2
		Tidak setuju	3
		Sangat tidak setuju	4

Total nilai maksimal pada kuesioner kualitas adalah 48 poin. Pemilihan

instrumen karena instrumen penelitian ini spesifik untuk mengukur dan sesuai dengan kualitas hidup penderita stroke. Pertanyaan dari SS-QOL sebelumnya merupakan pertanyaan yang terbukti paling berhubungan dengan nilai total setiap domain, sehingga satu item yang paling representative dapat mewakili setiap domain. Pertanyaan pada kuesioner ini juga lebih ringkas dan sederhana serta tidak memerlukan waktu yang lama untuk menjawab pertanyaan. Waktu yang singkat dalam menjawab pertanyaan diharapkan tidak membebani penderita stroke dalam menjawab pertanyaan. Instrumen ini membutuhkan waktu sekitar 10 menit untuk menjawab semua pertanyaan.

3.5.2. Validitas dan Reliabilitas

1) Instrumen dukungan keluarga

Instrumen diuji di wilayah kerja Puskesmas Guguk Panjang pada 30 responden yang berada di luar Puskesmas. Tim penelitian terdiri dari enam orang mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah melakukan pelatihan untuk menyamakan persepsi tentang penelitian ini.⁶⁰ Hasil uji *validitas* dilakukan pada 30 responden, dari 25 pernyataan terdapat 5 pernyataan yang nilai r hitungnya < r tabel

(0.361) yaitu pernyataan nomor 6, 10, 15, 24 dan 25. Sehingga dari 25 pernyataan terdapat 20 pertanyaan yang dapat dianggap valid dan 5 pernyataan yang tidak valid dihilangkan. Hasil uji validitas pertanyaan yang lain menunjukkan nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$ (0.671-0.895) sehingga selain 5 pertanyaan tersebut 20 pertanyaan lainnya valid untuk digunakan. Pernyataan yang valid, kemudian diuji *reliabilitasnya* dan menunjukkan nilai $r_{alpha} = 0.949$ dimana $r_{hitung} > r_{tabel}$. Sehingga instrumen dukungan keluarga tersebut *reliable* untuk digunakan.⁶⁰

2) Instrumen SS-QOL-12

Uji validitas yang dilakukan oleh Kelana pada 30 responden paska stroke di Kota Singkawang menunjukkan semua item pertanyaan memiliki validitas yang baik dengan skor validitas diantara 0.393-0.717 ($r > 0.30$). Uji reliabilitas instrumen SSQOL-12 item menggunakan rumus *Cronbach alpha* menunjukkan skor 0.882 yang berarti reabilitas instrumen pada penelitian ini cukup baik dan dapat digunakan dalam pengukuran. Rerata skor setiap pertanyaan untuk SSQOL versi singkat 12 item adalah 3.31 ± 0.95 , sedangkan untuk SSQOL versi 49 item adalah 3.33 ± 0.84 . Reliabilitas yang diuji dengan *cronbach alpha* untuk SSQOL versi 12 item adalah sebesar 0.88, sedangkan pada versi 49 item adalah sebesar 0.96. Uji korelasi kedua alat ukur menghasilkan koefisien korelasi sebesar 0.98 yang menunjukkan bahwa kedua alat ukur ini sangat berkorelasi.⁹²

3.5.3. Metode Pengumpulan Data

Penelitian yang telah dilakukan menggunakan teknik pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner. Data yang dikumpulkan berupa data primer dan data sekunder. Peneliti memperoleh data primer dari wawancara dan pengisian kuesioner dengan berkunjung ke rumah responden untuk memperoleh informasi terkait data demografi, MMSE, dukungan keluarga, dan kualitas hidup. Sementara itu, data sekunder juga diperoleh dari catatan medis dari Puskesmas Kedungmundu untuk melihat demografi responden seperti nama, usia, jenis kelamin dan alamat rumah. Ada beberapa cara yang dilakukan dalam proses pengumpulan data diantaranya sebagai berikut:

a) Tahap Persiapan

- 1) Melakukan perizinan ke pihak akademik Program Sarjana Keperawatan dan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- 2) Membuat surat permohonan izin pengambilan data awal ke pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk mendapatkan data prevalensi kasus stroke di seluruh wilayah kerja puskesmas di Kota Semarang
- 3) Melakukan koordinasi dan perizinan ke Puskesmas Kedungmundu
- 4) Melakukan studi pendahuluan di Puskesmas Kedungmundu
- 5) Peneliti menjalani proses seminar proposal
- 6) Mengajukan permohonan *Ethical Clearance* ke KEPK Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

- 7) Peneliti mengajukan surat permohonan izin penelitian ke Dinas Kesehatan Kota Semarang dan ke Puskesmas Kedungmundu, Kota Semarang.
 - 8) Peneliti mulai proses pengambilan data penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu, Kota Semarang
- b) Tahap Pelaksanaan
- 1) Proses pengumpulan data dilakukan dengan cara mengunjungi rumah penderita (*door to door*). Sebelum berkunjung ke rumah penderita paska stroke peneliti melakukan prosedur vaksin sebanyak dua kali yaitu vaksin pertama dan vaksin kedua, tes swab antigen maksimal 2 hari sebelum pengambilan data dan dilakukan dalam dua minggu sebanyak 2 kali tes yaitu sebelum dan akhir minggu setelah selesai pengambilan data. Pada saat kunjungan ke rumah peneliti tetap menjaga protokol kesehatan ketat yakni mengenakan *double mask*, menjaga jarak 1 meter, dan rutin mencuci tangan/ *handsanitizer*.
 - 2) Peneliti melakukan bina hubungan saling percaya serta menjelaskan maksud, tujuan, dan prosedur penelitian yang akan dilakukan.
 - 3) Peneliti memberikan kuesioner kepada klien yang bersedia menjadi responden. Responden diminta untuk menandatangani *informed consent* yang telah diberikan dan kemudian mengisi kuesioner demografi, MMSE, dukungan keluarga dan *Short Version of SS-QOL* sesuai dengan petunjuk pengisian.
 - 4) Peneliti wajib menjelaskan mengenai cara pengisian kuesioner. Penderita paska stroke mengisi kuesioner secara mandiri, namun apabila penderita tidak dapat menulis, mengalami gangguan penglihatan, atau gangguan motorik pada tangan

peneliti akan membantu penderita dengan memberikan pertanyaan dan jawaban yang diberikan ditulis pada lembar kuesioner oleh peneliti.

- 5) Apabila ditemukan responden penderita paska stroke dengan afasia ekspresif, maka peneliti akan menggunakan media cetak berupa poster berisikan pilihan jawaban kuesioner kualitas hidup yang sudah di *laminating* sehingga responden dapat memilih jawaban yang sesuai kondisi dengan mengedipkan mata ataupun menunjuk kuesioner yang telah diisi, kemudian dikumpulkan ke peneliti, lalu diperiksa kelengkapannya.
- 6) Apabila terdapat kuesioner yang belum lengkap, maka akan dilengkapi pada saat itu juga oleh peneliti.
- 7) Peneliti berpamitan serta memberikan souvenir sebagai bentuk rasa terimakasih kepada responden.
- 8) Peneliti memberikan souvenir sebagai bentuk rasa terimakasih kepada responden.

3.6. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

3.6.1. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data adalah suatu proses yang dilakukan untuk mendapatkan data dari setiap variabel penelitian yang akan dianalisis. Teknik pengolahan data pada penelitian ini meliputi :

- 1) *Editing*

Editing adalah proses seleksi data melalui kuesioner setelah dikumpulkan.⁹⁷ Pada proses ini dilakukan pemeriksaan terhadap jawaban yang telah diberikan oleh responden dan memastikan semua pertanyaan pada kuesioner terisi.

2) *Coding*

Coding yaitu proses pemberian kode dengan menggunakan angka pada data yang telah disusun untuk memudahkan pengoperasian lewat komputer.⁹⁷

a. Pekerjaan

- 1) Buruh diberi kode 1
- 2) Petani/pedagang diberi kode 2
- 3) Pegawai Swasta diberi kode 3
- 4) Pegawai Negeri diberi kode 4
- 5) TNI/Polri diberi kode 5
- 6) Pensiunan diberi kode 6
- 7) Tidak bekerja/IRT diberi kode 7

b. Pendapatan

- 1) $\geq$ UMK diberi kode 1
- 2) $<$ UMK diberi kode 2

c. Waktu Serangan Stroke

- 1) Serangan pertama diberi kode 1
- 2) Serangan berulang diberi kode 2

d. Lama menderita diberi kode L

e. Komorbiditas

- 1) Hipertensi diberi kode 1
- 2) Penyakit jantung koroner diberi kode 2
- 3) Depresi diberi kode 3
- 4) Diabetes diberi kode 4
- 5) Penyakit ginjal kronik diberi kode 5
- 6) Konstipasi diberi kode 6
- 7) Fibrilasi atrium diberi kode 7
- 8) Gangguan tiroid diberi kode 8
- 9) COPD diberi kode 9
- 10) Penyakit lainnya diberi kode 10
- 11) Tidak memiliki penyakit penyerta diberi kode 11

f. MMSE

- 1) Gangguan kognitif sedang diberi kode 1
- 2) Demensia ringan diberi kode 2
- 3) Kognitif normal diberi kode 3

g. Dukungan keluarga diberi kode X

- 1) ≥ 53 diberi kode 1
- 2) < 53 diberi kode 2

h. Kualitas hidup diberi kode Y

- 1) ≥ 30 diberi kode 1
- 2) < 30 diberi kode 2

3) *Scoring*

Scoring adalah tindakan pemberian nilai pada item pertanyaan dalam instrumen dan menjumlahkan hasil dari pertanyaan tersebut.⁹⁸ Penilaian dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita dapat diketahui dari penilaian dengan menggunakan form dukungan keluarga dan SS-QOL.

a. Pemberian scoring untuk dukungan keluarga

Penilaian dukungan keluarga menggunakan skala Likert dengan dengan kriteria jawaban yaitu 4=selalu, 3=sering, 2=kadang-kadang, 1=tidak pernah. Skor tertinggi pada instrumen dukungan keluarga adalah sebanyak 60 poin, sedangkan skor terendah adalah 0 poin. Yenni melakukan pembagian kategori dengan *cut of point* median dukungan keluarga yaitu 53. Dukungan keluarga baik jika (skor ≥ 53) dan dukungan keluarga kurang (skor < 53). Pada Semakin besar nilai total menunjukkan semakin baik dukungan keluarga pada penderita paska stroke.⁶⁰

b. Pemberian scoring untuk kualitas hidup

Secara keseluruhan instrumen *Short Version of SSQOL* (12 item) terdiri dari dua tipe pertanyaan (aspek fisik dan psikososial) dengan penilaian sebagai berikut:

Tabel 1.6.1 Penilaian *Short Version of Stroke Specific Quality of Life*

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

2.	Pertanyaan tentang ekspresi subjektif responden terhadap masalah psikososial yang dialaminya	Sangat setuju	1
		Setuju	2
		Tidak setuju	3
		Sangat tidak setuju	4

Rentang nilai pada kuesioner kualitas hidup adalah 12–48. Dharma

melakukan pembagian kategori dengan hasil kualitas hidup baik ($\text{skor} \geq 30$) dan kualitas hidup kurang ($\text{skor} < 30$). Semakin besar nilai total menunjukkan semakin baik kualitas hidup penderita paska stroke.¹⁵

4) *Entry Data*

Entry data yaitu proses memasukkan data yang telah diubah kedalam kode untuk diolah dan dianalisis menggunakan komputer.⁸¹ Pada penelitian ini peneliti memasukkan data jawaban yang terkait data demografi, dukungan keluarga, dan kualitas hidup penderita paska stroke kedalam *microsoft office excel*. Setelah dimasukkan data diberikan kode dan dipindah ke SPSS untuk diolah dan dianalisis.

5) *Tabulating*

Tabulating merupakan proses penyusunan data hasil kuesioner untuk mempermudah penjumlahan dan penataan data yang akan disajikan.⁸² *Tabulating* dalam penelitian ini dilakukan dengan memasukkan data dan disusun ke dalam SPSS (*Statistical Package for the Social Science*).

6) *Cleaning*

Cleaning merupakan proses memeriksa data yang sudah dimasukkan ke SPSS untuk dianalisa.⁸³ Tujuan proses ini adalah menghindari hasil penelitian dan interpretasi yang salah.

3.6.2. Teknik Analisis Data

1) Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendefinisikan karakteristik dari setiap variabel yang akan diteliti dan mengetahui gambaran pemusatan data.⁸⁴ Penelitian ini menyajikan data data demografi, dukungan keluarga, dan kualitas hidup yang ada akan disajikan dalam bentuk kategori (n) dan presentase (%).

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang digunakan untuk mengetahui adakah hubungan yang signifikan antara variabel satu dengan variabel lainnya.⁹⁴ Analisa data bivariat merupakan salah satu cara analisis data yang dilakukan untuk mengetahui adanya perbedaan atau hubungan antara dua variabel. Penelitian ini terdiri atas dua variabel interval yaitu variabel bebas (dukungan keluarga) dan variabel terikat (kualitas hidup). Penelitian ini menggunakan data kategorik sehingga data sudah dipastikan tidak normal dan tidak memerlukan pengujian normalitas data.

Uji statistik menggunakan uji *chi-square* untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas (dukungan keluarga) dengan variabel terikat (kualitas hidup),. Ho pada penelitian ini adalah apabila $\rho > \alpha$ (0,05) maka tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita paska stroke. Ha pada penelitian ini yaitu $\rho < \alpha$ (0,05) maka terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita paska stroke.

3.7. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan acuan bagi peneliti dalam melaksanakan penelitian yang meliputi norma sopan santun di masyarakat dan norma hukum mengenai sanksi apabila terjadi pelanggaran yaitu sebagai berikut :

Penelitian ini menggunakan obyek manusia yang memiliki kebebasan dalam menentukan dirinya maka peneliti harus memahami hak dasar manusia. *Ethical Clearance* pada penelitian ini diterbitkan oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro untuk dilakukan penelitian. Peneliti sangat menjunjung tinggi prinsip etika penelitian yang merupakan standar etika dalam melakukan penelitian sebagaimana dikemukakan oleh Polit dan Beck sebagai berikut :⁹⁸

1. *Respect for Autonomy*

Responden memiliki hak untuk membuat keputusan secara sadar untuk menerima atau menolak menjadi responden. Peneliti menjelaskan kepada responden tentang proses penelitian, selanjutnya responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau menolak untuk berpartisipasi pada penelitian.

2. *Privacy atau dignity*

Responden memiliki hak untuk dihargai tentang apa yang mereka lakukan dan apa yang dilakukan terhadap mereka serta untuk mengontrol kapan dan bagaimana informasi tentang mereka dibagi dengan orang lain. Pada penelitian ini

untuk menjaga *privacy* responden saat melakukan pengambilan data peneliti menutup tirai sekat tempat tidur pasien sehingga tidak terlihat oleh orang lain. Peneliti hanya melakukan pengkajian pada waktu yang telah disepakati dengan responden. Setting pengkajian pada waktu yang telah disepakati dengan responden. Setting pengkajian dibuat berdasarkan pertimbangan terciptanya suasana aman, santai dan kondusif.

3. *Anonymity dan Confidentialy*

Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa identitas terjamin kerahasiaannya dengan menggunakan pengkodean atau inisial sebagai pengganti identitas responden. Selain itu peneliti menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data disimpan dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh peneliti. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses analisis sampai penyusunan laporan penelitian sehingga responden tidak perlu takut data yang bersifat rahasia dan pribadi diketahui orang lain.

4. *Justice*

Peneliti memberikan kesempatan yang sama bagi pasien yang memenuhi kriteria untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Selain itu, peneliti memberikan kesempatan yang sama kepada responden untuk mengungkapkan perasaannya.

5. *Beneficence dan Nonmaleficence*

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilampirkan pada hasil riset.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1. Karakteristik Demografi Penderita Paska Stroke

Tabel 4.1 Karakteristik Demografi Penderita Paska Stroke

Karakteristik	Kategori	Jumlah (n)	Presentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	59	53,6
	Perempuan	51	46,4
Usia	Dewasa awal (18-40 tahun)	1	0,9
	Dewasa akhir (41-60 tahun)	54	49,1
	Lansia (≥ 61 tahun)	55	50
	Tidak sekolah/tidak tamat SD	30	27,3
Pendidikan Terakhir	SD/Sederajat	20	18,2
	SMP/Sederajat	18	16,4
	SMA/Sederajat	24	21,8
	Pendidikan Tinggi	18	16,4
Jenis Pekerjaan	Buruh	3	2,7
	Wiraswasta	2	1,8
	Petani/Pedagang	12	10,9
	Pegawai Swasta	6	5,5
	Pegawai Negeri	3	2,7
	Tidak Bekerja/IRT	84	76,4
	$\geq$ UMK	11	10
	$<$ UMK	15	13,6
Tingkat Pendapatan	Tidak berpendapatan	84	76,4
Lama Menderita Stroke	<1 tahun	21	19,1
	≥ 1 tahun	89	80,9

Waktu Serangan Stroke	Serangan Stroke Pertama		90	81,8
	Serangan Stroke Berulang		20	18,2
Jenis Komordibitas Stroke	Hipertensi	Ya	81	73,6
		Tidak	29	26,4
	Penyakit Jantung Koroner	Ya	4	3,6
		Tidak	106	96,4
	Diabetes	Ya	35	31,8
		Tidak	75	68,2
	Penyakit Ginjal Kronik	Ya	1	0,9
		Tidak	109	99,1
	Konstipasi	Ya	1	0,9
		Tidak	109	99,1
	Penyakit lainnya	Ya	15	13,6
		Tidak	95	86,4
	Tidak memiliki penyakit penyerta	Ya	17	15,5
		Tidak	83	84,6
	Tidak memiliki penyakit penyerta		16	14,5
	Memiliki 1 penyakit penyerta		55	50
	Memiliki 2 penyakit penyerta		34	30,9
	Memiliki 3 penyakit penyerta		4	3,6
	Memiliki 4 penyakit penyerta		1	0,9
MMSE	Gangguan kognitif sedang		9	8,2
	Demensia ringan		11	10
	Kognitif normal		90	81,8

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki 59 (53.6%), dewasa akhir (≥ 61 tahun) 55 (50%), tidak sekolah/tidak tamat SD 30 (27.3%), tidak bekerja/IRT 84 (76.4%), tidak berpendapatan 84 (76.4%), lama menderita stroke ≥ 1 tahun 89 responden (80.9%), serangan stroke pertama 90

(81.8%), memiliki hipertensi 81 (73.64%), memiliki 1 penyakit penyerta 55 (50%).
memiliki skor MMSE tinggi sebanyak 90 (81.8%) responden.

4.2. Lama Menderita Stroke

Tabel 4.2 Lama Menderita Stroke

Variabel	N	Mean	Min	Max	Std. Deviasi
Lama Menderita Stroke	110	1.115,53	106	4.063	950,610

Berdasarkan table 4.2 didapatkan data rata-rata lama menderita stroke adalah 1.115,53 hari atau 3,05 tahun dengan lama menderita stroke paling sedikit 106 hari (3,48 bulan) dan paling banyak adalah 4.063 hari (11,1 tahun).

4.3. Dukungan Keluarga Pada Penderita Paska Stroke

Tabel 4.3 Dukungan Keluarga Penderita Paska Stroke

Variabel	Kategori	Jumlah (n)	Presentase (%)	Min	Max	Mean	Med	IQR
Dukungan Keluarga	Baik	59	53,6	24	77	53,5	53	13
	Buruk	51	46,4					

Berdasarkan tabel 4.3 kategori dukungan keluarga lebih didominasi kategori baik sebanyak 59 (53.6%) responden.

4.4. Domain Dukungan Keluarga Penderita Paska Stroke

Tabel 4.4 Domain Dukungan Keluarga Penderita Paska Stroke

Variabel	Kategori	Jumlah (n)	Presentase (%)	Min	Max	Mean	Med	IQR
Domain	Baik	71	64,5	5	20	14,9	20	14,9

Emosional	Buruk	39	35,5					
Domain	Baik	55	50	5	20	12,2	12,5	3
Instrumental	Buruk	55	50					
Domain	Baik	69	62,7	5	20	13,2	13,3	4
Informasi	Buruk	41	37,3					
Domain	Baik	64	58,2	5	20	13,1	13	4
Penghargaan	Buruk	46	41,8					

Tabel 4.4 menunjukkan mayoritas responden mendapatkan dukungan keluarga tertinggi pada domain emosional dengan kategori baik sebanyak 71 (64,5%) responden.

4.5. Sebaran Jawaban Tiap Domain Dukungan Keluarga

Tabel 4.5 Sebaran Jawaban Tiap Item Domain Dukungan Keluarga

No.	Domain Dukungan Emosional	Skor Pilihan Jawaban				Total
		4	3	2	1	
1	Keluarga menunjukkan wajah yang menyenangkan saat membantu atau melayani bapak/ibu	35 (31,8%)	58 (52,7%)	13 (11,8%)	4 (3,6%)	110 (100%)
2	Keluarga merawat bapak/ibu dengan penuh kasih sayang	40 (36,4%)	59 (53,6%)	7 (6,4%)	4 (3,6%)	110 (100%)
3	Keluarga membantu bapak/ibu dengan tulus ikhlas	37 (33,6%)	62 (56,4%)	8 (7,3%)	3 (2,7%)	110 (100%)
4	Keluarga mendengarkan keluhan-keluhan yang bapak/ibu dirasakan	19 (17,3%)	58 (52,7%)	27 (24,5%)	6 (5,5%)	110 (100%)
5	Keluarga menanyakan keluhan-keluhan yang bapak/ibu rasakan	11 (10%)	51 (46,4%)	36 (32,7%)	12 (10,9%)	110 (100%)
No.	Domain Dukungan Instrumental	Skor Pilihan Jawaban				Total
		4	3	2	1	
1	Keluarga mengantar bapak/ibu untuk berobat atau memeriksakan kesehatan	33 (30%)	48 (43,6%)	15 (13,6%)	14 (12,7%)	110 (100%)
2	Keluarga meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan-keluhan yang ingin disampaikan bapak/ibu	23 (20,9%)	56 (50,9%)	26 (23,6%)	5 (4,5%)	110 (100%)

3	Keluarga menemani bapak/ibu untuk berolahraga	5 (4,5%)	30 (27,3%)	33 (30%)	42 (38,2%)	110 (100%)
4	Keluarga mempersiapkan dana khusus untuk biaya berobat atau memeriksakan kesehatan bapak/ibu	4 (3,6%)	21 (19,1%)	23 (20,9%)	62 (56,4%)	110 (100%)
5	Keluarga menyediakan makanan khusus rendah garam untuk bapak/ibu	33 (30%)	33 (30%)	21 (19,1%)	23 (20,9%)	110 (100%)

No.	Domain Dukungan Informasional	Skor Pilihan Jawaban				Total
		4	3	2	1	
1	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu tentang pentingnya menjaga kesehatannya	29 (26,4%)	60 (54,5%)	15 (13,6%)	6 (5,5%)	110 (100%)
2	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu tentang bahaya merokok, bahaya mengonsumsi makanan tinggi garam, bahaya makanan bersantan, dan perilaku lain yang dapat memperburuk kondisi kesehatan	20 (18,2%)	55 (50%)	31 (28,2%)	4 (3,6%)	110 (100%)
3	Keluarga menanyakan kepada bapak/ibu untuk mengonsumsi buah dan sayur, melakukan olahraga secara rutin, mengontrol tekanan darah, dan menjaga berat badan agar tidak mengalami obesitas/kegemukan	21 (19,1%)	51 (46,4%)	29 (26,4%)	9 (8,2%)	110 (100%)
4	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu pentingnya meminum obat secara teratur	18 (16,4%)	36 (32,7%)	28 (25,5%)	28 (25,5%)	110 (100%)
5	Keluarga menanyakan kepada bapak/ibu untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin di puskesmas atau rumah sakit	14 (12,7%)	35 (31,8%)	29 (26,4%)	32 (29,1%)	110 (100%)

No,	Domain Dukungan Penghargaan	Skor Pilihan Jawaban				Total
		4	3	2	1	
1	Keluarga meminta pendapat bapak/ibu untuk menentukan tempat berobat atau memeriksakan kesehatannya	11 (10%)	21 (19,1%)	28 (25,5%)	50 (45,5%)	110 (100%)
2	Keluarga mendengarkan saran yang diberikan bapak/ibu	26 (23,6%)	60 (54,5%)	18 (16,4%)	6 (5,5%)	110 (100%)
3	Keluarga mengikutsertakan bapak/ibu dalam setiap acara keluarga	14 (12,7%)	52 (47,3%)	28 (25,5%)	16 (14,5%)	110 (100%)
4	Keluarga mengajak bapak/ibu apabila ada acara keluarga diluar rumah	10 (9,1%)	31 (28,2%)	40 (36,4%)	29 (26,4%)	110 (100%)

5	Keluarga menerima bapak/ibu apa adanya dengan segala keterbatasannya	56 (50,9%)	46 (41,8%)	6 (5,5%)	2 (1,8%)	110 (100%)
---	--	---------------	---------------	-------------	-------------	---------------

Tabel 4.5 menunjukkan dari keseluruhan item pada domain emosional,

mayoritas jawaban responden menyatakan bahwa keluarga menunjukkan wajah yang menyenangkan saat membantu atau melayani responden dalam kategori sering sebanyak 58 (52,7%) responden, Pada domain intrumental, mayoritas responden menyatakan keluarga meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan-keluhan yang ingin disampaikan responden memiliki kategori sering sebanyak 56 (50,9%) responden. Pada domain informasi, responden menyatakan mayoritas keluarga menjelaskan kepada responden tentang pentingnya menjaga kesehatannya memiliki kategori sering sebanyak 60 (54,5%) responden. Pada domain penghargaan bahwa responden menyatakan keluarga mendengarkan saran yang diberikan responden memiliki kategori sering sebanyak 60 (54,5%) responden.

4.6. Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Variabel	Kategori	Jumlah (n)	Presentase (%)	Min	Max	Mean	Med	IQR
Kualitas Hidup	Tinggi	91	82,7	15	45	35,1	35,5	8
	Rendah	19	17,3					

Berdasarkan tabel 4.6 didapatkan data kualitas hidup dengan kategori

terbanyak adalah kategori tinggi sebesar 91 responden (82,7%), Sedangkan kategori rendah sebanyak 19 responden (17,3%).

4.7. Aspek Fisik Kualitas Hidup

Tabel 4.7 Aspek Fisik Kualitas Hidup

Variabel	Kategori	Jumlah (n)	Presentase (%)	Min	Max	Mean	Med	IQR
Aspek Fisik	Tinggi	56	50,9%	7	24	20	22	5
	Rendah	54	49,1%					

Berdasarkan tabel 4.7 didapatkan data mayoritas kategori aspek fisik

kualitas hidup adalah kategori tinggi sebanyak 56 (50,9%) responden.

4.8. Aspek Psikososial Kualitas Hidup

Tabel 4.8 Aspek Psikososial Kualitas Hidup

Variabel	Kategori	Jumlah (n)	Presentase (%)	Min	Max	Mean	Med	IQR
Aspek Psikososial	Tinggi	68	61,8%	8	21	15,1	15	3
	Rendah	42	38,2%					

Berdasarkan table 4.8 didapatkan data mayoritas kategori aspek

psikososial kualitas hidup adalah kategori tinggi sebanyak 68 (61,8%) responden.

4.9. Sebaran Jawaban Tiap Aspek Kualitas Hidup

Tabel 4.9 Sebaran Jawaban Aspek Fisik pada Kualitas Hidup Penderita

No,	Item Pertanyaan <i>Short Version of SSQOL</i>	Pilihan Jawaban				Total
		Tidak Mampu Melakukan Sama Sekali	Banyak Masalah	Sedikit Masalah	Tidak Ada Masalah	
Domain Fisik						
1,	Penglihatan	0	4	30	76	110
	“Sejauh mana masalah penglihatan yang bapak/ibu alami seperti masalah saat menonton TV untuk dapat menikmati acaranya?”	(0%)	(3,6%)	(27,3%)	(69,1%)	(100%)
2,	Perawatan Diri	9	10	11	80	110
	“Sejauh mana masalah yang bapak/ibu alami saat memenuhi	(8,2%)	(9,1%)	(10,0%)	(72,7%)	(100%)

	kebutuhan diri seperti mandi?”					
3,	Bahasa “Sejauh mana masalah bapak/ibu alami saat berbicara? (seperti mengulang berbicara agar orang lain dapat memahami apa yang bapak/ibu katakan)”	4 (3,6%)	7 (6,4%)	34 (30,9%)	65 (59,1%)	110 (100%)
4,	Fungsi Ekstremitas Atas “Sejauh mana masalah yang bapak/ibu alami saat mengancing baju?”	6 (5,5%)	15 (13,6%)	22 (20,0%)	67 (60,9%)	110 (100%)
5,	Mobilitas “Sejauh mana masalah yang bapak/ibu alami saat berjalan atau menggunakan kursi roda? (misalnya banyak berhenti dan beristirahat karena lelah atau tidak mampu)”	7 (6,4%)	21 (19,1%)	34 (30,9%)	48 (43,6%)	110 (100%)
6	Produktivitas/Kerja “Sejauh mana masalah yang bapak/ibu alami saat melakukan pekerjaan sehari-hari di rumah?”	21 (19,1%)	15 (13,6%)	24 (21,8%)	50 (45,5%)	110 (100%)

No,	Item Pertanyaan <i>Short Version of SSQOL</i>	Sangat Setuju	Pilihan Jawaban		Sangat Tidak Setuju	Total
			Setuju	Tidak Setuju		
	Aspek Psikososial					
7,	Berpikir Saya kesulitan dalam mengingat sesuatu	6 (5,5%)	30 (27,3%)	57 (51,8%)	17 (15,5%)	110 (100%)
8,	Peran Keluarga Saya merasa menjadi beban bagi keluarga	5 (4,5%)	38 (34,5%)	60 (54,5%)	7 (6,4%)	110 (100%)
9,	Mood Saya merasa berkecil hati memandang masa depan saya	7 (6,4%)	36 (32,7%)	60 (54,5%)	7 (6,4%)	110 (100%)

10, Peran Sosial	15	30	59	6	110
Kondisi fisik saya mengganggu kehidupan sosial saya, seperti berkumpul dengan teman atau masyarakat	(13,6%)	(27,3%)	(53,6%)	(5,5%)	(100%)
11, Personalia	10	44	53	3	110
Saya merasakan bahwa kepribadian saya telah berubah	(9,1%)	(40,0%)	(48,2%)	(2,7%)	(100%)
12, Energi	28	45	33	4	110
Saya terlalu lelah untuk melakukan kegiatan yang biasanya saya lakukan	(25,5%)	(40,9%)	(30,0%)	(3,6%)	(100%)

Tabel 4.9 menunjukkan pada aspek fisik, sebagian besar responden memiliki kategori tidak ada masalah pada item penglihatan sebanyak 76 (69,1%) responden, perawatan diri sebanyak 80 (72,7%) responden, bahasa sebanyak 65 (59,1%) responden, fungsi ekstremitas atas sebanyak 67 (60,9%) responden, mobilitas sebanyak 48 (43,6%) responden, dan produktivitas kerja 50 (45,5%) responden.

Pada aspek psikososial sebagian responden memilih kategori tidak setuju untuk item pertanyaan berpikir 57 (51,8%) responden, peran keluarga 60 (54,5%) responden, mood 59 (53,6%) responden, peran sosial 53 (48,2%) responden, dan personalia 60 (54,5%) responden, Sedangkan pada item energi sebagian responden memilih setuju sebanyak 45 (40,9%) responden.

4.10. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup

Tabel 4.10 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup

Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup		Jumlah	<i>p-value</i>	X^2	OR
	Tinggi	Rendah				

Baik	56 (50,9%)	3 (2,7%)	59 (53,6%)			
Buruk	35 (31,8%)	16 (14,5%)	51 (46,4%)	0,00	13,2	8,5
Jumlah	91 (82,7%)	19 (17,3%)	110 (100%)			

Tabel 4.10 menunjukkan terdapat mayoritas responden memiliki dukungan keluarga yang baik dengan kualitas hidup tinggi sebanyak 59 (53,6%) responden. Tabel tersebut juga menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita paska stroke dimana nilai $p(0,00) < \alpha(0,05)$. Dari tabel tersebut didapatkan nilai $OR=8,5$ dimana dukungan keluarga yang baik akan meningkatkan kualitas hidup sebanyak 8,3 kali lebih banyak dibandingkan penderita paska stroke yang mendapatkan dukungan keluarga yang buruk.

4.11. Hubungan Setiap Domain Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup

Tabel 4.11 Hubungan Setiap Domain Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup

Variabel		Kualitas Hidup		Jumlah	<i>p-value</i>	X^2	OR
		Tinggi	Rendah				
Domain Emosional	Baik	65 (59,1%)	6 (5,5%)	71 (64,5%)	0,00	10,907	5,4
	Buruk	26 (23,6%)	13 (11,8%)	39 (35,5%)			
Domain Instrumental	Baik	48 (43,6%)	7 (6,4%)	55 (50%)	0,21	1,591	1,9
	Buruk	43 (39,1%)	12 (10,9%)	55 (50%)			
Dimain Informasi	Baik	62 (56,4%)	7 (6,4%)	69 (62,7%)	0,01	6,582	3,7
	Buruk	29 (26,4%)	12 (10,9%)	41 (37,3%)			

Domain Penghargaan	Baik	62 (56,4%)	2 (1,8%)	64 (58,2%)	0,00	0,05	21,4
	Buruk	29 (26,4%)	17 (15,5%)	46 (41,8%)			
Jumlah		91 (82,7%)	19 (17,3%)	110 (100%)			

Tabel 4.11 menunjukkan setiap domain dukungan keluarga mayoritas memiliki kategori dukungan keluarga baik dengan kualitas hidup tinggi. Dukungan emosional memiliki kategori dukungan keluarga baik dan kualitas hidup tinggi dengan nilai tertinggi sebanyak 65 (59,1%) responden. Pada domain emosional, domain domain informasi, dan domain penghargaan diketahui berhubungan dengan kualitas hidup dimana nilai $p < \alpha$ (0,05). Pada domain instrumental nilai $p(0,21) > \alpha$ (0,05) yang berarti tidak ada hubungan antara domain instrumental dengan kualitas hidup penderita paska stroke. Nilai OR tertinggi ada pada domain penghargaan OR= 21,4 dimana semakin baik dukungan penghargaan yang diberikan, akan meningkatkan 21,4 kali kualitas hidup penderita paska stroke.

4.12. Tabulasi Silang Dukungan Keluarga terhadap Aspek Fisik

Tabel 4.12 Tabulasi Silang Dukungan Keluarga terhadap Aspek Fisik

Dukungan Keluarga	Aspek Fisik		Jumlah	Min	Max	Mean	Med	IQR
	Tinggi	Rendah						
Baik	37 (66,1%)	22 (37,3%)	59 (53,6%)	7	24	20	22	5
Buruk	19 (17,3%)	32 (29,1%)	51 (46,4%)					
Jumlah	56 (50,9%)	19 (49,1%)	110 (100%)					

Tabel 4.12 menunjukkan terdapat mayoritas dukungan keluarga baik dengan aspek fisik yang tinggi sebanyak 37 (66,1%) responden.

4.13. Tabulasi Silang Dukungan Keluarga terhadap Aspek Psikososial

Tabel 4.13 Tabulasi Silang Dukungan Keluarga terhadap Aspek Psikososial

Dukungan Keluarga	Aspek Psikososial		Jumlah	Min	Max	Mean	Med	IQR
	Tinggi	Rendah						
Baik	40 (36,4%)	19 (17,3%)	59 (53,7%)	8	21	15,1	15	3
Buruk	28 (25,5%)	23 (20,9%)	51 (46,4%)					
Jumlah	68 (61,8%)	42 (38,2%)	110 (100%)					

Tabel 4.13 menunjukkan mayoritas dukungan keluarga baik dengan aspek psikososial tinggi sebanyak 40 (36,4%) responden.

4.14. Tabulasi Silang Variabel Luar dan Kualitas Hidup

Tabel 4.14 Tabulasi Silang Variabel Luar dan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke Bulan Oktober-Desember 2021(N=110)

Variabel		Kualitas Hidup		Total
		Tinggi	Rendah	
Jenis Kelamin	Laki-laki	49 (44,50%)	10 (9,10%)	59 (53,60%)
	Perempuan	42 (38,20%)	9 (8,20%)	51 (46,40%)
Usia	Dewasa awal (18-40 tahun)	1 (0,90%)	0 (0,000%)	1 (0,90%)
	Dewasa akhir (41-60 tahun)	47 (42,70%)	7 (6,40%)	54 (49,10%)

Pendidikan Terakhir	Lansia (≥ 61 tahun)	43 (39,10%)	12 (10,90%)	55 (50,00%)
	Tidak sekolah/tidak tamat SD	24 (21,80%)	6 (5,50%)	30 (27,30%)
	SD/Sederajat	15 (13,60%)	5 (4,50%)	20 (18,20%)
	SMP/Sederajat	14 (12,70%)	4 (3,60%)	18 (16,40%)
	SMA/Sederajat	23 (20,90%)	1 (0,90%)	24 (21,80%)
	Pendidikan Tinggi	15 (13,60%)	3 (2,70%)	18 (16,40%)
	Buruh	3 (2,70%)	0 (0,00%)	3 (2,70%)
	Wiraswasta	2 (1,80%)	0 (0,00%)	2 (1,80%)
	Petani/Pedagang	11 (10,00%)	1 (0,90%)	12 (10,90%)
	Pegawai Swasta	6 (5,50%)	0 (0,00%)	6 (5,50%)
Jenis Pekerjaan	Pegawai Negeri	2 (1,80%)	1 (0,90%)	3 (2,70%)
Tingkat Pendapatan	Tidak Bekerja/IRT	67 (60,90%)	17 (15,50%)	84 (76,40%)
	$\geq$ UMK	10 (9,10%)	1 (0,90%)	11 (10,00%)
	$<$ UMK	14 (12,70%)	1 (0,90%)	15 (13,60%)
	Tidak berpendapatan	67 (60,90%)	17 (15,50%)	84 (76,40%)
Waktu Serangan Stroke	Serangan Stroke Pertama	78 (70,90%)	12 (10,90%)	90 (81,80%)

	Serangan Stroke Berulang	13 (11,80%)	7 (6,40%)	20 (18,20%)
Lama Menderita Stroke	<1 tahun	15 (13,60%)	6 (5,50%)	21 (19,10%)
	≥1 tahun	76 (69,10%)	13 (11,80%)	89 (80,90%)
	Tidak memiliki penyakit penyerta	14 (12,70%)	2 (1,80%)	16 (14,50%)
Komorbiditas	Memiliki 1 penyakit penyerta	43 (39,10%)	12 (10,90%)	55 (50,00%)
	Memiliki 2 penyakit penyerta	29 (26,40%)	5 (4,50%)	34 (30,90%)
	Memiliki 3 penyakit penyerta	4 (3,60%)	0 (0,00%)	4 (3,60%)
	Memiliki 4 penyakit penyerta	1 (0,90%)	0 (0,00%)	1 (0,90%)
	Cukup	2 (1,80%)	7 (6,40%)	9 (8,30%)
MMSE	Sedang	9 (8,30%)	2 (1,80%)	11 (10,10%)
	Tinggi	80 (73,40%)	9 (8,30%)	89 (81,70%)

Tabel 4.14 menunjukkan bahwa mayoritas penderita paska stroke yang memiliki kualitas hidup tinggi memiliki kategori jenis kelamin laki-laki sebanyak 49 (44,5%), usia dewasa akhir sebanyak 47 (42,7%), tidak bersekolah/tidak tamat SD sebanyak 24 (21,8%), tidak bekerja sebanyak 67 (60,9%), tidak memiliki pendapatan 67 (60,9%), waktu serangan stroke pertama sebanyak 78 (70,9%), lama menderita stroke ≥ 1 tahun sebanyak 76 (69,1%), memiliki 1 penyakit penyerta sebanyak 43 (39,1%), memiliki skor MMSE tinggi sebanyak 80 (73,4%),

BAB V

PEMBAHASAN

Bab lima ini berisi pembahasan hasil penelitian Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke pada Masa Pandemi COVID-19 di Kota Semarang. Interpretasi hasil penelitian membahas kesesuaian antara hasil penelitian dengan teori maupun konsep yang mendasari penelitian.

5.1. Karakteristik Demografi

5.1.1 Jenis Kelamin

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian responden pada penelitian ini adalah laki-laki sebanyak 53,6% responden. Penelitian yang dilakukan di China oleh Zhao juga menunjukkan mayoritas penderita paska stroke berjenis kelamin laki-laki sebanyak 54,8% responden.⁹⁹ Penelitian ini sejalan yang dilakukan di Polandia juga menunjukkan mayoritas penderita paska stroke adalah laki-laki sebanyak 52% responden.¹⁰⁰ Penelitian yang dilakukan di Paris juga menyebutkan rata-rata penderita paska stroke adalah laki-laki sebanyak 22 responden.¹⁰¹

American Heart Association menyebutkan bahwa kejadian stroke lebih banyak dialami laki-laki akibat kurangnya menjaga diri dari beberapa faktor risiko penyebab stroke salah satunya adalah merokok. Rokok mengandung nikotin yang menyebabkan elastisitas pembuluh darah berkurang dan meningkatkan faktor

pembekuan darah akibat kadar fiibrinogen yang tinggi. Pembuluh darah yang sempit dan kaku akan sangat berisiko untuk terjadi stroke.¹⁰² Selain itu prevalensi hipertensi, infark miokard, penyakit arteri perifer, dan konsumsi rokok serta alkohol yang merupakan faktor risiko stroke lebih tinggi dialami pada laki-laki dibandingkan perempuan.

Perempuan memiliki hormon estrogen yang berefek positif pada sirkulasi serebral sehingga mencegah terjadinya stroke terutama tipe non kardioemboli.⁹⁶ Namun pada masa transisi perempuan menopause terjadi penurunan estrogen sebanyak 60% sehingga katabolisme LDL dan HDL menurun dan menyebabkan aterosklerosis yang menjadi faktor risiko stroke.¹⁰³ Perempuan yang mengkonsumsi pil KB seperti pil kombinasi dapat mengaktifkan sistem renin angiotensin sehingga mempengaruhi peningkatan tekanan darah yang menjadi faktor risiko dari stroke.¹⁰⁴ Penggunaan kontrasepsi lain seperti KB suntik jenis cyclofem dan depoprogestin pada perempuan usia subur juga berpengaruh pada peningkatan tekanan darah dan berat badan yang menjadi faktor risiko dari penyakit stroke.¹⁰⁵

5.1.2 Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki kategori Lansia (≥ 61 tahun) sebesar 50% responden. Penelitian yang dilakukan di China menunjukkan mayoritas responden berusia (≥ 61 tahun) sebanyak 82,8% responden.⁹⁹ Penelitian yang dilakukan di Afrika menunjukkan mayoritas responden berusia ≥ 60 tahun sebanyak 106 responden.¹⁰⁶ Penelitian ini sesuai dengan penelitian

yang dilakukan di New Jersey dimana mayoritas penderita paska stroke berusia ≥ 58 tahun sebanyak 66% responden.¹⁰⁷

Usia menjadi salah satu faktor risiko stroke yang tidak dapat diubah, Kejadian stroke akan bertambah seiring dengan bertambahnya usia (>45 tahun), dimana semakin bertambah pula risiko untuk mengalami stroke. Adanya perubahan fisiologis yang dapat terjadi salah satunya perubahan elastisitas pembuluh darah dan akumulasi plak sklerotik yang menyebabkan vaskular menjadi kaku dan berisiko menyebabkan stroke.⁶⁰ Perubahan psikososial seiring bertambahnya usia dapat berupa kecemasan, stres, depresi, dan merasa kesepian akibat masalah yang semakin bertambah sehingga dapat menurunkan kualitas hidup penderita stroke serta meningkatnya risiko komplikasi medis seperti penyakit kardiovaskular, sindrom metabolik, atau nyeri kronis.³⁷

5.1.3 Pendidikan

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan formal yang rendah dimana responden tidak sekolah atau tidak tamat SD sebanyak 27,3%. Di Negara Polandia, China, Nigeria mayoritas penderita paska stroke memiliki pendidikan yang rendah sebanyak 48% dan 30,5%, 79,4% responden.^{99,100,107} Penelitian ini sejalan dengan hasil Riskesdas dimana mayoritas penderita stroke yang tidak tamat SD sebanyak 18,6% dan tidak pernah sekolah sebanyak 21,2%.¹⁰⁸

Tingginya prevalensi penderita stroke yang terjadi pada kelompok dengan latar belakang rendah kemungkinan terjadi karena karena kurangnya pengetahuan mengenai tanda gejala, faktor risiko, pencegahan, dan penatalaksanaan responden yang mengalami serangan stroke. Pendidikan sangat erat hubungannya dengan kemampuan seseorang dalam mengolah dan memahami suatu informasi, serta mempengaruhi perilaku penderita paska stroke dalam meningkatkan dan memelihara kesehatan.^{76,77}

5.1.4 Jenis Pekerjaan

Mayoritas responden pada penelitian ini tidak bekerja/IRT sebanyak 76,4% responden. Beberapa penelitian yang dilakukan di Negara China, Polandia, dan Thailand juga menunjukkan hasil yang sama dimana mayoritas responden tidak bekerja sebanyak 83,8%, 52%, 77,7% responden.^{99,100,109} Penderita stroke tidak dapat bekerja dikarenakan penurunan fungsi fisik akibat bertambahnya usia dan gangguan fisik seperti bicara pelo, kekakuan otot, hemiparese, dan hemiplegia yang mengganggu aktivitas sehari-hari penderita stroke.

Penderita paska stroke yang tidak bekerja menghabiskan waktunya dengan melakukan aktivitas sederhana seperti latihan berjalan, melakukan ROM (didampingi keluarga), berjemur di pagi hari, membantu keluarga (menjaga toko, menjaga cucu, dan membantu membersihkan rumah, dll), melakukan hobi (membaca buku, bermain game, dan merawat tanaman). Penderita paska stroke memiliki lebih banyak waktu untuk bersantai dan menghabiskan waktu bersama orang terdekat

sehingga tingkat stres akibat pekerjaan yang selama ini dirasakan saat penderita masih bekerja berkurang bahkan tidak ada.

5.1.5 Tingkat Pendapatan

Hasil penelitian ini menunjukkan mayoritas responden tidak memiliki pendapatan sebanyak 76,4% responden. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Iran dimana mayoritas responden memiliki pendapatan yang rendah.⁶⁶ Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Cina dimana mayoritas penderita paska stroke tidak memiliki pendapatan sebanyak 34,7%.¹⁰⁰ Stroke menyebabkan gangguan fisik dan psikologis sehingga menyebabkan penderitanya kesulitan untuk beraktivitas dan bekerja.

Penderita paska stroke yang tidak bekerja akan kehilangan sumber penghasilannya sehingga tidak memiliki pendapatan. Penderita stroke akan bergantung dari pendapatan keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Namun tidak semua penderita stroke yang tidak bekerja tidak memiliki pendapatan sendiri. Beberapa penderita masih memiliki pendapatan yang berasal dari dana pensiun setiap bulan, tabungan, usaha, dan investasi.

5.1.6 Lama Menderita Stroke

Mayoritas responden stroke memiliki lama menderita penyakit ≥ 1 tahun sebanyak 80% responden dengan data rata-rata lama menderita stroke adalah 1.115,53 hari atau 3,05 tahun. Rata-rata lama menderita stroke paling sedikit 106 hari

(3,5 bulan) dan paling banyak adalah 4.063 hari (11,1 tahun). Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di New York yang menunjukkan penderita paska stroke mayoritas memiliki *survival rate* ≥ 1 tahun.¹¹⁰

Penelitian sebelumnya yang dilakukan di Brazil juga menunjukkan tingkat kematian penderita paska stroke pada 30 hari pertama (22% dari korban meninggal setiap tahun) lebih tinggi dari pada tingkat kematian penderita paska stroke setelah lebih dari 1 tahun (3-5% dari korban meninggal setiap tahun).¹¹¹ Penderita paska stroke < 1 tahun lebih berisiko mengalami kematian sebab serangan stroke berulang, operasi ulang akibat adanya pendarahan dan koma paska operasi CABG (*coronary artery bypass grafting*), serta gagal ginjal. Penderita stroke dengan gagal ginjal paska operasi memiliki risiko lebih tinggi untuk terjadi mortalitas akibat perubahan biologis pada gagal ginjal yang mempercepat timbulnya penyakit-penyakit kardiovaskular.¹¹⁰

5.1.7 Waktu Serangan Stroke

Hasil penelitian ini menunjukkan mayoritas serangan stroke berada pada kategori serangan pertama sebanyak 81,8% responden. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Wahyuni dan Dewi dimana mayoritas penderita stroke memiliki kategori stroke pertama sebanyak 80% responden.¹¹² Penelitian lain yang dilakukan Prihatin, dkk juga menunjukkan serangan stroke terbanyak memiliki kategori serangan stroke pertama sebanyak 87,5% responden.¹¹³ Kedua penelitian ini sesuai dengan Data CDC menyebutkan sebanyak 795,000 penderita stroke di Amerika,

sebanyak 610,000 mengalami serangan pertama dan 185,000 memiliki serangan stroke berulang.¹¹⁴

Serangan stroke diakibatkan oleh faktor risiko stroke yang dapat diubah dan tidak dapat diubah. Faktor risiko yang dapat diubah antaralain atrial fibrilasi, hipertensi, dan diabetes mellitus, dislipidemia, obesitas, konsumsi alkohol, kebiasaan merokok, stres, dan kurang aktivitas.^{1,2} Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dapat berupa usia, jenis kelamin dan riwayat keluarga. Stroke berulang dapat menimbulkan kecacatan yang lebih parah sehingga dapat menurunkan kualitas hidup penderita paska stroke bahkan dapat menyebabkan kematian.²

5.1.8 Jenis Komordibitas Stroke

Hasil penelitian ini menunjukkan penderita stroke memiliki komordibitas penyakit berupa hipertensi sebanyak 73,64%, penyakit jantung koroner 3,64%, diabetes 31,82%, penyakit ginjal kronik 0,91%, konstipasi sebanyak 0,9%, penyakit lain sebanyak 13,64% (hiperlipidemia, parkinson, asma, anemia, Ca mamae, arthitis, epilepsi, TB, vertigo), dan tidak memiliki penyakit penyerta sebanyak 15,45%. Hasil penelitian ini menunjukkan penyakit hipertensi dan diabetes menjadi komordibitas stroke terbanyak.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Negara Brazil dimana mayoritas penderita paska stroke memiliki penyakit komorbid hipertensi 39%, diabetes 23%, atrial fibrillation 11%, infark miokard 9%.¹¹¹ Penelitian lain yang dilakukan di New Jersey pada masa pandemi COVID-19

menunjukkan mayoritas penderita paska stroke memiliki penyakit komorbid hipertensi (76,1%), dislipidemia (53,9%), diabetes (35,6%), arteri koroner (18,7%), atrialfibrillation (16%), CHF (14,8%).¹⁰⁷ Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rismawan, dkk dimana mayoritas faktor risiko yang dialami penderita stroke antara lain hipertensi (45,3%), diabetes mellitus (20,8%), penyakit jantung (11,6%), obesitas (5,7%), dan tidak memiliki penyakit (5,7%).⁸⁸

Penelitian sebelumnya yang dilakukan Laily juga menyebutkan mayoritas penderita stroke memiliki faktor risiko hipertensi stroke sebanyak 97.7% responden.⁷⁶ Penyakit hipertensi menjadi faktor utama terjadinya stroke. Seseorang dengan hipertensi 3-4 kali lebih berisiko mengalami stroke dibandingkan orang yang tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi.⁷⁶ Hipertensi dapat memicu stres oksidatif, disfungsi barorefleks, dan inflamasi yang menyebabkan stroke sebagai komplikasi jangka panjang.^{115,116}

Penelitian yang dilakukan Nasution menyebutkan penyakit jantung koroner menjadi salah satu faktor risiko utama penyebab stroke dimana 75% penderita stroke mengalami penyakit jantung koroner.⁹⁵ Penyakit jantung koroner dapat terjadi karena aterosklerosis mempersempit arteri koroner yang berdampak pada penurunan suplai darah dan oksigen ke otot jantung. Hal ini diperparah dengan hipertensi dimana dapat terjadi vasokonstriksi yang menyebabkan hipertrofi miokard dan berakibat pada iskemik miokard.^{117,118} Aterosklerosis dapat menyebabkan trombus, jika terbawa aliran darah ke pembuluh darah kecil seperti di otak dapat menyebabkan penyumbatan sehingga terjadi stroke.¹¹⁹

Berdasarkan data rekam medis di RSUD RA Basoeni Mojokerto menunjukkan terjadi peningkatan 1,5% pada penderita diabetes dan 1,2% penderita stroke dengan diabetes dibandingkan bulan sebelumnya. Hal ini dapat menunjukkan bahwa terjadi keterikatan dan akan terus meningkat jika tidak dilakukan pencegahan faktor risiko diabetes dan stroke.¹²⁰ Diabetes mellitus akan menyebabkan peningkatan insulin dalam darah. kondisi ini mempengaruhi peningkatan penyerapan natrium dan meningkatkan kadar kalium dalam tubuh. Kalium akan menstimulai sistem syaraf simpatik yang mempengaruhi fungsi jantung dan tekanan darah dan secara tidak langsung mempengaruhi terjadinya hipertensi serta stroke sebagai risiko jangka panjang.¹¹⁷

Pada diabetes mellitus tipe dua terjadi resistensi insulin yang menyebabkan penurunan efek insulin. Hal ini menyebabkan lipogenesis berkurang dan lipolisis meningkat sehingga terjadi *glucotoxicity* dan *lipotoxicity* yang mengakibatkan peningkatan LDL sehingga membentuk plak aterosklerosis.¹²⁰ Diabetes juga mengakibatkan lemak darah meningkat sebab adanya gangguan pada konversi lemak tubuh sehingga meningkatkan risiko penyakit jantung dan stroke, Selain itu diabetes juga menyebabkan kadar glukosa darah meningkat pada stroke dan akan memperluas area infark sebab asam laktat terbentuk akibat metabolisme glukosa yang dilakukan secara anaerob dan dapat merusak jaringan otak.¹²¹

Stroke pada penderita penyakit ginjal kronik dapat terjadi akibat beberapa faktor risiko stroke yang dapat ditemukan pada penderita penyakit ginjal kronik yaitu tromboemboli, aterosklerosis, inflamasi, dan kardioemboli,

Aterosklerosis menjadi faktor utama terjadinya stroke pada penderita ginjal kronik.^{122,123} Serangan stroke pada penderita penyakit ginjal dapat terjadi pada saat proses hemodialysis. Di Jepang 39% serangan stroke iskemik terjadi selama atau dalam waktu 30 menit pada saat hemodialisis dilakukan. Hal ini juga menunjukkan pengobatan dari penyakit ginjal kronik seperti diabetes dapat memediasi risiko serangan stroke.¹²¹

Dislipidemia dan hiperlipidemia adalah salah satu faktor risiko stroke yang ditandai dengan penurunan atau peningkatan profil lipid. Profil lipid yang utama adalah kadar kolesterol total, trigliserida, HDL dan LDL. Penelitian yang dilakukan oleh Ma`sum menunjukkan adanya hubungan antara dislipidemia dengan kejadian stroke iskemik. Hasil analisis chi-square juga menunjukkan adanya hubungan antara kadar kolesterol total, kolesterol LDL, kolesterol HDL, dan trigliserida dengan kejadian stroke iskemik. Analisis regresi logistik menunjukkan kolesterol LDL memiliki kekuatan hubungan paling besar.¹²⁵ Penelitian yang dilakukan oleh Suwito menyebutkan terdapat hubungan yang signifikan antara hiperlipidemia dengan kejadian stroke dimana analisa bivariat antara hiperlipidemia dengan luaran fungsional stroke memberikan hasil yang bermakna secara statistik ($P = 0,023$).¹²⁶

5.1.9 MMSE

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas skor MMSE penderita paska stroke terdapat pada kategori kognitif normal (27-30) sebanyak 81,8% penderita stroke. Pada saat diteliti mayoritas responden dengan nilai kognitif

normal menunjukkan beberapa kemampuan seperti mengingat, menulis, dan mengulang perintah dengan baik. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusumaningrum dimana mayoritas skor MMSE penderita stroke ada pada kategori kognitif normal sebanyak 50,2%.⁸⁰ Penelitian lain yang dilakukan di China menunjukkan mayoritas penderita paska stroke memiliki fungsi kognitif baik sebanyak 64%.⁹⁹

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Korea dimana mayoritas responden yang berusia ≥ 65 tahun sebanyak 58,4% responden memiliki nilai kognitif yang normal. Fungsi kognitif pasien menunjukkan adanya peningkatan dari bulan ke-3 hingga bulan ke-12.¹²⁷ Penelitian lain yang dilakukan di Negara Bosnia dan Herzegovina menunjukkan mayoritas penderita paska stroke memiliki fungsi kognitif normal dengan rata-rata skor MMSE yaitu 28-29 poin.¹²⁸

Peningkatan fungsi kognitif dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, hipertensi, ADL, fungsi motorik, mobilitas, dan kualitas hidup penderita paska stroke.¹²⁷ Faktor lain yang berpengaruh pada peningkatan fungsi kognitif penderita paska stroke adalah kualitas tidur. Kualitas tidur yang buruk berpengaruh menyebabkan gangguan beta-amyloid dan berakibat pada penyakit neurodegeneratif sehingga menyebabkan gangguan pada memori dan proses belajar penderita paska stroke.¹²⁹

5.2. Dukungan Keluarga

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian penderita stroke memiliki dukungan keluarga dengan kategori baik sebanyak 53,6% responden. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Nigeria dimana mayoritas penderita paska stroke memiliki kategori dukungan keluarga baik sebanyak 95%.¹⁰⁷ Penelitian lain yang dilakukan di China dimana mayoritas responden memiliki dukungan keluarga yang baik sebanyak 84%.⁹⁹ Penelitian ini sesuai dengan ciri khas budaya masyarakat Indonesia dimana anggota keluarga yang sakit menjadi tanggung jawab keluarga untuk merawat dan memberikan dukungan keluarga secara penuh, sehingga tingkat dukungan keluarga memiliki kategori yang baik.⁹⁶

Kehadiran keluarga pada masa pandemi COVID-19 tentunya sangat dibutuhkan bagi masyarakat yang memiliki kebutuhan khusus seperti penderita paska stroke. Penderita paska stroke membutuhkan pendampingan dan perawatan yang lebih sebab banyaknya kebijakan dan keterbatasan yang dapat mempengaruhi rehabilitasi dan pemulihan kesehatan penderita paska stroke. Salah satu kebijakan pada masa pandemi COVID-19 yang perlu ditaati adalah kebijakan 3M (mencuci tangan, memakai masker, dan menjaga jarak). Penelitian yang dilakukan oleh Kamasturyani menunjukkan 94,1% responden memiliki dukungan keluarga yang baik dan kepatuhan yang tinggi terhadap kebijakan 3M.⁷³

Keterbatasan keluarga yang terjadi pada masa pandemi antara lain beban ekonomi perawatan penderita stroke, keterbatasan kunjungan ke rumah sakit,

tidak menguasai IT (*information and technology*), kurangnya informasi mengenai perawatan dan penanganan penyakit stroke saat pandemi, tidak mengetahui pencegahan dan perawatan penderita paska stroke dengan gangguan kesehatan jiwa akibat pandemi COVID-19, dll.^{60,62,71}

Meskipun banyak keterbatasan yang terjadi pemberian dukungan keluarga tetap harus dimaksimalkan karena dukungan keluarga memiliki banyak manfaat bagi penderita paska stroke dimasa pandemi COVID-19. Dukungan keluarga bermanfaat untuk meningkatkan motivasi penderita paska stroke untuk melaksanakan *continuity of care*, meningkatkan ADL, meningkatkan kepatuhan berobat, menurunkan stres, mencegah depresi, meningkatkan kualitas tidur, dan meningkatkan kualitas hidup penderita paska stroke.^{44,67,102,129}

Dukungan keluarga yang diberikan pada masa pandemi COVID-19 dapat berupa memberikan informasi mengenai pandemi COVID-19, menyediakan masker dan desinfektan, meluruskan berita hoax mengenai COVID-19, memenuhi kebutuhan ADL penderita stroke, mengingatkan untuk minum obat, mengajari penderita menggunakan alat komunikasi (*handphone*), menyediakan akses ke pelayanan kesehatan, memberikan perawatan dengan penuh ikhlas.⁷²

Pada penelitian ini dukungan keluarga yang diberikan pada penderita paska stroke pada saat pandemi COVID-19 antara lain merawat penderita paska stroke dengan tulus ikhlas, menanyakan dan meluangkan waktu mendengarkan keluhan, mengantar berobat, menemani olahraga, menyiapkan dana khusus untuk berobat, menyediakan makanan dan minuman, menjelaskan pentingnya menjaga

kesehatan, mengingatkan untuk minum obat, menjelaskan makanan dan minuman yang tidak boleh dikonsumsi dan gaya hidup yang tidak boleh dilakukan, meminta pendapat untuk berobat, mendengarkan saran, mengikutsertakan dalam acara keluarga diluar dan didalam rumah, dan menerima bapak ibu apa adanya.

5.2.1 Domain Emosional

Pada penelitian ini domain emosional memiliki kategori baik sebanyak 64,5% responden. Penelitian yang dilakukan di Jerman menunjukkan sebagian penderita paska stroke memiliki dukungan emosional yang baik sebanyak 72%.¹³⁰ Penelitian ini sejalan dengan Yunani dimana mayoritas penderita stroke memiliki kategori dukungan emosional yang baik sebanyak 80%.¹³¹ Penelitian yang dilakukan di UK menyebutkan sebagian responden menyatakan membutuhkan dukungan emosional dari keluarga ataupun tenaga kesehatan sebanyak 32,9%, penelitian ini juga menunjukkan responden mendapatkan dukungan emosional yang baik sebanyak 42,9%.¹³²

Penderita stroke dilaporkan seringkali mengalami stres (67%) dan depresi (59%) selama masa pemulihan kesehatan. Penderita stroke menyatakan kurangnya pengetahuan keluarga tentang bagaimana cara memberikan dukungan dan menghadapi gangguan emosional menjadi salah satu penyebab utama dukungan emosional dari keluarga kurang.¹³² Kondisi pandemi COVID-19 dapat memperparah gangguan emosional penderita stroke akibat banyaknya korban yang meninggal, kebingungan akibat banyaknya informasi, stigma negatif pada penderita yang

terinfeksi, kebijakan social distancing, pola komunikasi yang berubah, dan kejenuhan akibat ruang gerak terbatas.⁶⁷

Dukungan emosional yang dapat diberikan pada masa pandemi COVID-19 yaitu melihat kebutuhan penderita, menanyakan dan mendengarkan keluhan, memberikan rasa nyaman, memberikan solusi untuk masalah yang dialami, memfasilitasi untuk mengenang atau bercerita hal yang menyenangkan, serta memberikan perawatan dengan tulus ikhlas dan penuh dengan kasih sayang.^{67,68} Bagi penderita paska stroke yang tinggal dirumah sendiri dukungan emosional dapat dilakukan lewat *smart phone*, jika tidak memungkinkan keluarga dapat mengunjungi penderita stroke namun tetap menjaga protokol kesehatan.⁶⁸ Dukungan emosional bermanfaat untuk memberikan perlindungan psikososial, mengurangi efek stres, meningkatkan kesehatan penderita stroke dan keluarga.¹³³

Dukungan emosional yang diberikan keluarga pada penelitian ini saat pandemi COVID-19 antara lain menunjukkan ekspresi yang menyenangkan, merawat dengan penuh kasih sayang dan tulus ikhlas, menanyakan dan mendengarkan keluhan dari penderita paska stroke. Penelitian ini menunjukkan mayoritas penderita paska stroke menyatakan keluarga membantu penderita paska stroke dengan tulus ikhlas sebanyak 56,4%. Ketulusan yang diberikan keluarga dapat dirasakan melalui tindakan keluarga saat membantu, berkomunikasi, dan bersikap pada penderita stroke.

Ketulusan menjadi bagian dari *support system* dalam memberikan dukungan secara emosional dan menjadi aspek yang penting dalam dukungan

keluarga, sebab 75-85% keberhasilan proses penyembuhan didukung oleh empati dan perhatian keluarga.⁵⁶ Ketulusan dan sikap penghargaan pada penderita stroke juga mempercepat kesembuhan karena ada sugesti positif dari penderita stroke yang dikomunikasikan oleh keluarga selama perawatan.

5.2.2 Domain Instrumental

Pada penelitian ini diketahui dukungan keluarga pada domain instrumental memiliki kategori baik dan buruk sama sebanyak 50% responden. Penelitian yang dilakukan di Yunani menunjukkan mayoritas penderita paska stroke memiliki dukungan instrumental yang baik sebanyak 60%.¹³¹ Penelitian yang dilakukan di Thailand menunjukkan dukungan instrumental penderita paska stroke berada pada katagori baik.¹⁰⁹ Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Rahman, dkk juga menunjukkan hal yang sama dimana sebagian responden penderita stroke memiliki dukungan instrumental yang baik sebanyak 53,42%.⁵⁸

Pandemi COVID-19 menyebabkan mayoritas keluarga mengalami penurunan ekonomi akibat kebijakan pembatasan sosial, karantina wilayah, dan banyak kepala keluarga menganggur. Fenomena ini akan berdampak bagi kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan instrumental bagi penderita stroke, dimana perawatan penderita stroke membutuhkan biaya yang tinggi.⁷¹ Biaya yang dibutuhkan kurang lebih USD 4.466/penderita stroke setiap bulan untuk perawatan, pengobatan, dan terapi rehabilitasi. Meskipun ada keterbatasan ekonomi mengenai namun keluarga tetap perlu mengupayakan dukungan keluarga. Keluarga

dapat mencari dana bantuan dari pemerintah, memanfaatkan asuransi kesehatan, meminjam, atau menjual asset yang dimiliki sehingga dukungan instrumental tetap dapat terpenuhi.

Bagi keluarga yang tidak terdampak ekonomi saat masa pandemi COVID-19, dukungan instrumental yang dapat diberikan antara lain menyediakan alat perlindungan diri (masker, sabun, *hand sanitizer*, dan alat desinfektan), menyediakan tensimeter digital, menyediakan thermometer digital, menyiapkan makanan yang bergizi dan minuman multivitamin, menemani penderita melakukan latihan fisik dengan memanfaatkan video tutorial, mendatangkan terapis kerumah, menggantikan penderita stroke untuk mengambil obat dirumah sakit, dan menyediakan dana darurat.⁷²

Penelitian ini menunjukkan dukungan instrumental yang diberikan pada penderita paska stroke pada saat pandemi COVID-19 antara lain mengantar berobat, meluangkan waktu, menemani olahraga, menyediakan makanan dan minuman, dan mempersiapkan dana untuk berobat. Berdasarkan hasil sebaran jawaban kuesioner dukungan keluarga, mayoritas penderita paska stroke menyatakan keluarga menyiapkan dana khusus untuk berobat 56,4% dengan kategori tidak pernah.

Keluarga menyatakan dana berobat penderita paska stroke mayoritas sudah dibiayai oleh asuransi kesehatan seperti BPJS, sehingga keluarga tidak lagi mengeluarkan dana untuk terapi dan obat. Jika penderita stroke atau keluarga mengalami sakit dan tidak memiliki biaya untuk berobat biasanya keluarga akan membawa penderita paska paska stroke ke puskesmas karena gratis. Hasil penelitian

ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Hamalding, dkk dimana dukungan instrumental penderita stroke kurang namun memiliki kualitas hidup yang cukup karena masalah dana kesehatan dibantu oleh BPJS sehingga memudahkan penderita stroke untuk mendapatkan perawatan kesehatan dengan harga yang lebih terjangkau.⁵⁸

Hasil sebaran jawaban dukungan instrumental juga menyebutkan sebagian keluarga meluangkan waktu untuk penderita paska stroke. Meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan penderita stroke dapat membuat penderita stroke merasa diperhatikan dan disayangi. Keluarga yang jarang meluangkan waktu untuk sekedar mendengarkan keluhan, melakukan aktivitas, dan berkomunikasi dengan penderita stroke akan mempengaruhi keadaan psikologis serta berdampak pada motivasi penderita stroke untuk sembuh.¹³⁴ Keluarga sebagai *support system* utama bagi penderita stroke dianjurkan untuk mendengarkan secara aktif, memahami, membantu mencari solusi, dan menyelesaikan masalah atas keluhan-keluhan yang dialami oleh penderita stroke.¹³⁵

5.2.3 Domain Informasional

Pada penelitian ini didapatkan data bahwa domain informasi memiliki kategori baik sebanyak 70% responden. Penelitian yang dilakukan di Yunani menunjukkan mayoritas dukungan informasional berada pada kategori baik sebanyak 79% responden.¹³¹ Penelitian yang dilakukan di Belanda menyebutkan 75% responden memiliki dukungan informasi yang baik. Mayoritas penderita stroke

diberikan informasi mengenai diagnosa, resiko komplikasi, pilihan pengobatan, manfaat pengobatan dan terapi, dan pelayanan yang didapatkan saat di UGD, rawat inap, dan dirumah.¹³⁶ Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Rahman, dkk yang menunjukkan bahwa mayoritas dukungan informasi memiliki kategori baik sebanyak 89% responden.⁵⁸

Kebijakan *social distancing* dan *lockdown* menyebabkan masyarakat lebih banyak menghabiskan waktunya dirumah serta menggunakan media sosial untuk memenuhi kebutuhan akan informasi. Bagi keluarga yang memiliki pendapatan ekonomi dan tingkat pendidikan sedang hingga tinggi, mendapatkan kesempatan untuk memperoleh dan memahami informasi dengan lebih mudah. Namun bagi keluarga dengan pendapatan rendah dan tidak memiliki perangkat media seperti TV atau HP mengakibatkan kesulitan untuk mendapatkan informasi serta lebih berisiko mempercayai informasi hoax (tidak benar). Informasi hoax pada saat pandemi COVID-19 antara lain mendapatkan diagnosa COVID-19 jika dirawat di rumah sakit, penguburan jenazah yang terinfeksi SARS-CoV-2 di tanah dapat menyebabkan tertular virus, konsumsi bawang putih dapat mencegah terinfeksi SARS-CoV-2, konsumsi antibiotik dapat menyembuhkan COVID-19, menyembprotkan alcohol/klorin ke seluruh tubuh dapat membunuh virus COVID-19, vaksin dapat menyebabkan kelumpuhan dll.

Dukungan informasi dari keluarga sangat diperlukan pada masa pandemi COVID-19 untuk mencegah penderita stroke menerima informasi hoax, memperoleh informasi mengenai perawatan selama masa pandemi, mengetahui

kondisi penyakit, mengetahui perkembangan selama proses rehabilitasi, serta mengurangi kecemasan dan stress akibat pandemi COVID-19. Dukungan informasional yang dapat diberikan antara lain menjelaskan pentingnya menjaga kesehatan saat pandemi, mengingatkan untuk minum obat, memberikan informasi yang benar dan mudah dimengerti mengenai pandemi COVID-19, edukasi protokol 3M (memakai masker, mencuci tangan, dan menjaga jarak), memberikan informasi terkait vaksin COVID-19, mengajari penderita menggunakan alat komunikasi jarak jauh seperti *smart phone*.^{60,72,73}

Berdasarkan sebaran jawaban pada penelitian ini dukungan informasi yang paling banyak diterima penderita paska stroke adalah penjelasan tentang pentingnya menjaga kesehatan dengan kategori sering sebanyak 60% responden. Penjelasan mengenai pentingnya menjaga kesehatan terutama di masa pandemi COVID-19 sangat penting untuk dilakukan, sebab keluarga merupakan tempat perilaku kesehatan dan perawatandijalankan. Keluarga disini bertindak untuk memberikan promosi, preventif, dan perawatan bagi penderita stroke selama masa pandemi COVID-19.

Penjelasan mengenai pentingnya menjaga kesehatan akan berdampak pada bertambahnya informasi dan pemahaman, meningkatnya kesadaran, perubahan gaya hidup, dan perubahan perilaku penderita paska stroke. Meskipun perubahan gaya hidup dan perilaku tidak bisa dilakukan sesaat setelah informasi diberikan, setidaknya pemahaman akan pentingnya menjaga kesehatan meningkat jika dilakukan secara konsisten. Sehingga penderita stroke dapat terhindar dari risiko komplikasi

seperti serangan stroke berulang, terpapar virus SARS-CoV-2, dll. Selain itu penderita paska stroke juga akan merasa lebih disayangi dan diperhatikan karena merasa keluarga peduli dengan kondisi yang sedang dialami.

5.2.4 Domain Penghargaan

Penelitian ini menunjukkan dukungan penghargaan penderita stroke memiliki kategori baik sebanyak 58,2% responden. Penelitian yang dilakukan di Sri Lanka menyebutkan dukungan penghargaan bagi penderita stroke dalam kategori baik sebanyak 80%.¹³⁷ Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Setyoadi, dkk juga menyebutkan dukungan keluarga berada pada kategori baik sebanyak 77,8%.¹³⁸ Penelitian lain yang dilakukan oleh Rahman menunjukkan bahwa dukungan penghargaan memiliki kategori baik sebanyak 53,42% responden.⁵⁸

Dukungan penghargaan penting untuk diberikan keluarga pada penderita paska stroke terutama pada masa pandemi COVID-19. Kesibukan akan proses adaptasi selama masa pandemi COVID-19 terkadang membuat keluarga lupa untuk menghargai setiap usaha kecil yang dilakukan penderita stroke. Sehingga penderita paska stroke merasa tidak dihargai dan diasingkan. Hal ini dapat menyebabkan semangat dan motivasi penderita paska stroke menurun, sehingga proses pemulihan kesehatan tidak dapat berjalan dengan optimal.¹³⁷

Keluarga perlu memberikan semangat, menghormati dengan bersikap sopan dan santun, memberikan pujian, dan menunjukkan sikap yang menyenangkan selama merawat terutama merawat penderita paska stroke yang terdampak COVID-

19.⁶⁷ Penderita paska stroke tentunya akan sangat membutuhkan dukungan untuk melewati proses perawatan, sehingga penderita paska stroke akan merasa antusias untuk mencapai suatu level dari proses penyembuhan dan dapat kembali beraktifitas dalam kondisi normal.¹³⁸

Penelitian yang dilakukan oleh Hamalding, dkk menunjukkan hasil yang berbeda dari penelitian lain dimana dukungan penghargaan bagi penderita paska stroke memiliki kategori kurang.⁵⁷ Penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wurtiningsih dimana dukungan penghargaan dari keluarga terhadap penderita paska stroke kurang/tidak diberikan selama proses perawatan.⁴³ Dukungan penghargaan sangat jarang diberikan karena keluarga merasa tidak terbiasa untuk mengungkapkan perasaan atau memberikan pujian pada penderita paska stroke. Keluarga berpendapat selama dukungan instrumental dan informasi sudah diberikan, maka tanggung jawab keluarga dalam memberikan dukungan sudah terpenuhi.⁵⁷

Meskipun keluarga tidak terbiasa atau jarang memberikan dukungan penghargaan, dukungan penghargaan diharapkan tetap diberikan karena akan sangat membantu proses pemulihan kesehatan penderita paska stroke. Penilaian dukungan penghargaan yang diberikan pada penelitian ini selama pandemic COVID-19 antara lain meminta pendapat untuk tempat berobat, mendengarkan saran yang diberikan penderita stroke, mengikutsertakan penderita stroke pada acara keluarga didalam atau diluar rumah, dan menerima kondisi penderita stroke apa adanya.

Berdasarkan sebaran jawaban pada penelitian ini didapatkan data

bahwa mayoritas responden mengatakan keluarga menerima keadaan responden apa adanya dengan kategori selalu sebanyak 56% responden. Penderita paska stroke pada awal terdiagnosa stroke mayoritas akan merasa kesulitan untuk menerima kondisinya, terutama jika mengalami kelumpuhan dan kesulitan bicara. Gangguan secara fisik ini akan mempengaruhi citra tubuh serta mengganggu konsep diri, sehingga meningkatkan rasa tidak percaya diri dan stress bagi penderita paska stroke. Keluarga sebagai orang terdekat perlu memberikan dukungan penghargaan seperti menerima kondisi penderita paska stroke apa adanya, sehingga penderita stroke merasa tidak menjadi beban bagi keluarga.

5.3.Kualitas Hidup

Penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas kualitas hidup penderita paska stroke memiliki kategori tinggi sebanyak 82,7% responden. Penelitian ini sejalan dengan penelitian di Norwegia dan Denmark dimana kualitas hidup penderita stroke berada pada kategori yang tinggi.¹³⁹ Penelitian lain yang dilakukan di Brazil menunjukkan mayoritas penderita paska stroke memiliki kategori baik dengan rata-rata skor SS-QOL 153,24 poin.¹⁴⁰ Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Rahman, dkk dimana kualitas penderita stroke memiliki kategori baik sebanyak 50,31% responden.⁵⁸

Kualitas hidup penderita paska stroke dipengaruhi oleh usia, latar belakang pendidikan, pekerjaan, jenis stroke, status pernikahan, serangan stroke, komorbiditas, ADL, dan dukungan keluarga.^{6,23,140} Selain itu kondisi pandemi

COVID-19 juga berdampak pada kualitas hidup penderita paska stroke. Kualitas hidup penderita paska stroke dapat menurun akibat meningkatnya kecemasan dan stres akibat banyaknya informasi hoax, banyak korban COVID-19 yang meninggal, serta keterbatasan ruang gerak penderita paska stroke.⁶⁷

Penderita paska stroke pada masa pandemi COVID-19 juga dilaporkan memiliki aktivitas fungsional yang menurun dan tingkat ketergantungan yang tinggi. Peristiwa ini terjadi karena kurangnya motivasi penderita stroke untuk melakukan aktifitas fisik seperti olahraga, latihan berjalan, berjemur di pagi hari, dll. Selain itu *social distancing* menyebabkan penderita paska stroke lebih banyak menghabiskan waktu dirumah dengan menonton TV, duduk, bermain *handphone*, atau hanya berbaring ditempat tidur. Penderita paska stroke juga dilaporkan lebih jarang melakukan interaksi dengan tetangga atau temannya dibandingkan pada saat kondisi normal.¹²

Kebijakan pelayanan kesehatan pada masa pandemic juga lebih memprioritaskan pelayanan gawat darurat bagi penderita COVID-19 dan penyakit yang mengancam nyawa, sehingga pelayanan seperti rehabilitasi stroke mengalami keterbatasan. Keterbatasan terjadi karena rumah sakit menerapkan kebijakan pembatasan kunjungan untuk mencegah terjadinya kerumunan yang berisiko menjadi tempat penyebaran virus SARS-CoV-2. Pelayanan rehabilitasi seperti fisioterapi setiap minggu di rumah sakit penting untuk dilakukan untuk mengembalikan status fungsional sehingga kualitas hidup penderita stroke meningkat.¹⁸

Meskipun beberapa penelitian menyebutkan penderita paska stroke pada masa pandemic COVID-19 memiliki risiko kualitas hidup yang menurun, namun pada penelitian ini kualitas hidup penderita paska stroke termasuk dalam kategori yang tinggi. Hal ini terlihat dari mayoritas jawaban penderita paska stroke pada aspek fisik yang menyatakan tidak memiliki masalah dalam penglihatan, perawatan diri, bahasa, fungsi ekstremitas, mobilitas, dan produktifitas/kerja. Selain itu pada aspek psikososial penderita stroke mayoritas menyatakan tidak kesulitan dalam berpikir, tidak merasa menjadi beban keluarga, tidak pesimis dengan masa depan, kondisinya tidak mengganggu interaksi social, dan kepribadiaannya tidak berubah.

5.3.1 Aspek Fisik

Penelitian ini menggunakan instrument SS-QOL, dimana terdapat dua aspek (aspek fisik dan psikososial) yang menjadi fokus utama pada penilaian kualitas hidup penderita paska stroke. Aspek fisik pada domain penelitian ini meliputi dua belas domain yaitu penglihatan, perawatan diri, bahasa, fungsi ekstremitas, mobilitas, dan produktifitas/kerja. Aspek fisik pada penelitian ini memiliki kategori yang tinggi sebanyak 50,9% responden dan kategori rendah sebanyak 49,1% responden.

Hasil sebaran jawaban pada aspek fisik menunjukkan domain perawatan diri memiliki skor tertinggi dimana mayoritas responden menyebutkan tidak ada masalah pada pemenuhan kebutuhan perawatan diri seperti mandi sebanyak 72,2% responden. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di

Norwegia dimana pada domain perawatan diri memiliki kategori yang baik dan memiliki pengaruh yang signifikan dengan peningkatan kualitas hidup penderita paska stroke.¹⁴¹ Penelitian lain yang dilakukan di Paris menunjukkan perawatan diri menjadi domain dengan nilai tertinggi dibandingkan domain lain.¹⁴²

Sebagian responden pada penelitian ini menyatakan dalam melakukan perawatan diri seperti mandi penderita stroke masih membutuhkan bantuan untuk melepaskan pakaian saat hendak mandi, namun mayoritas responden menyatakan dapat mandi dan menggunakan gayung sendiri tanpa dibantu oleh keluarga. Responden memilih untuk mandi sendiri dikarenakan ada perasaan malu dan tidak ingin terlalu merepotkan keluarga. Meskipun responden dapat melakukan perawatan diri sendiri, keluarga tetap perlu memberikan dukungan seperti menjaga lantai disekitar kamar mandi tetap bersih dan kering, menyediakan pegangan di kamar mandi, membantu menyiapkan peralatan mandi, dan membantu memakaikan atau melepas pakaian jika penderita membutuhkan.²⁵

Legris, dkk menyebutkan kemampuan perawatan diri pada penderita paska stroke dipengaruhi oleh usia <75 tahun, dimana penderita stroke dengan usia <75 tahun dilaporkan memiliki kemampuan fisik dan motivasi untuk menjalani rehabilitasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri lebih baik dibandingkan penderita stroke dengan usia >75 tahun. Tingkat keparahan stroke juga mempengaruhi kemampuan perawatan diri, dimana penderita stroke dengan tingkat keparahan stroke yang rendah menunjukkan tingkat ketergantungan yang rendah sehingga dalam perawatan diri seperti mandi penderita stroke dapat melakukannya

sendiri. Selain itu terapi *mechanical thrombectomy* (MT) juga mempengaruhi kemampuan perawatan diri, sebab mayoritas penderita stroke dengan terapi MT dilakukan pada penderita stroke dengan tingkat keparahan dan ketergantungan yang berat.¹⁴²

5.3.2 Aspek Psikososial

Penelitian ini menunjukkan aspek psikososial penderita paska stroke memiliki kategori tinggi sebanyak 61,8%. Aspek psikososial terdiri dari enam domain dimana berdasarkan hasil sebaran jawaban, domain peran keluarga memiliki nilai tertinggi. Sebagian penderita paska stroke menyatakan tidak setuju dan tidak merasa menjadi beban dalam keluarga. Meskipun mengalami keterbatasan gerak penderita paska stroke menyatakan tetap berusaha melakukan aktivitas seperti makan, minum, mandi, *toileting*, dan berpakaian sendiri.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Norwegia dan Denmark dimana penilaian kualitas hidup menggunakan SS-QOL, yang menunjukkan kualitas hidup yang tinggi pada aspek psikososial (energi, berpikir, mood, peran sosial, dan peran keluarga) dibandingkan aspek fisik. Kedua negara tersebut menunjukkan kualitas hidup yang tinggi pada aspek psikososial dengan perbedaan yang kecil namun signifikan.¹³⁹ Penelitian lain yang dilakukan di Brazil juga menunjukkan menunjukkan aspek psikososial (energi, berpikir, peran sosial, dan peran keluarga) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kualitas hidup penderita

paska stroke. Penelitian ini menunjukkan domain peran keluarga memiliki nilai paling tinggi dibandingkan domain lain pada aspek psikososial.¹⁴⁰

Peran keluarga sebagai *support system* utama bagi penderita paska stroke akan sangat membantu perkembangan kesehatan dan berdampak pada tingkat kemandirian penderita paska stroke. Penelitian yang membahas mengenai hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian ADL telah banyak dilakukan, dimana hasil penelitian tersebut menunjukkan semakin baik dukungan keluarga yang diberikan maka ADL semakin meningkat. Selain itu makin meningkat kemandirian penderita paska stroke maka semakin meningkatkan pula kualitas hidup penderita paska stroke.^{26,83,134}

5.4. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini menunjukkan mayoritas responden memiliki dukungan keluarga yang baik dengan kualitas hidup yang tinggi sebanyak 53,6% responden. Penelitian ini juga menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita paska stroke dan nilai OR=8,5 dimana dukungan keluarga yang baik akan meningkatkan kualitas hidup sebanyak 8,3 kali lebih banyak dibandingkan penderita paska stroke yang mendapatkan dukungan keluarga yang buruk.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Brazil dimana dukungan keluarga memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup

penderita paska stroke.¹¹¹ Penelitian lain yang dilakukan di China dimana dukungan keluarga efektif untuk membantu meningkatkan kualitas hidup penderita paska stroke setelah 4 minggu paska serangan stroke.¹⁴³ Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Saputro, dkk juga menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita stroke dengan tingkat keeratan 0,862, dimana semakin baik dukungan keluarga yang diberikan maka semakin tinggi kualitas hidup penderita paska stroke.¹⁴⁴

Dukungan keluarga pada masa pandemi sangat dibutuhkan untuk membantu penderita stroke beradaptasi dengan keadaan dan kebiasaan baru. Adaptasi kebiasaan baru lebih difokuskan pada upaya pemanfaatan teknologi digital, peningkatan kesehatan, dan kesadaran kebersihan. Teknologi digital dapat dimanfaatkan keluarga untuk memberikan informasi mengenai perawatan, pengobatan, dan pencegahan risiko komplikasi penyakit. Selain itu keluarga dapat memanfaatkan teknologi informasi untuk tetap menjalin komunikasi jarak jauh dengan penderita stroke, memberikan hiburan lewat musik dan video atau foto.⁶⁰

Dukungan keluarga sebagai upaya peningkatan kesehatan penderita paska stroke dapat berupa modifikasi gaya hidup lebih sehat dan penatalaksanaan penderita stroke pada masa pandemi COVID-19 di rumah. Aktivitas yang dapat dilakukan antara lain pengontrolan berat badan, diet seimbang (seperti diet garam bagi penderita stroke dengan hipertensi), konsumsi makanan yang bergizi, menghindari konsumsi rokok dan alkohol, adaptasi dengan kondisi tubuh yang terkonfirmasi

COVID-19, melakukan aktivitas fisik (transfer dari tempat tidur ke kursi, latihan berjalan, rentang pergerakan sendi).²

Peran dan dukungan keluarga sangat penting untuk dilakukan selama masa pandemi COVID-19. Dukungan dari keluarga terbukti dapat menurunkan stres, mengurangi resiko depresi, mengurangi kecemasan, meningkatkan kepercayaan diri, meningkatkan harga diri, meningkatkan motivasi, menurunkan tingkat keparahan stroke, mengurangi resiko stroke berulang, dan meningkatkan ADL pada penderita stroke.^{26,38,62} Peran keluarga secara signifikan juga mempengaruhi kualitas hidup penderita paska lebih banyak dibandingkan domain lain pada aspek psikososial kualitas hidup penderita paska stroke.^{139,140}

Meskipun banyak kendala yang dialami akibat pemberian dukungan keluarga tetap perlu untuk diberikan sambil memperhatikan prinsip perawatan pada penderita paska stroke di rumah. Perawatan penderita paska stroke di rumah antara lain mendukung latihan aktivitas fisik, membantu perawatan diri, menyediakan makanan dan minuman, menyediakan informasi, mencegah risiko jatuh, mencegah risiko dekubitus, dan memberikan dukungan agar patuh dalam menjalani proses rehabilitasi.^{62,63}

Pemberian dukungan keluarga selain bermanfaat untuk penderita paska stroke juga bermanfaat bagi keluarga yang merawat penderita paska stroke. Manfaat dukungan keluarga antara lain dapat membantu meningkatkan fungsi keluarga untuk hidup dengan penderita paska stroke dan meningkatkan kualitas hidup

keluarga. Kualitas perawatan yang baik dari keluarga dapat mengurangi ketegangan, biaya, beban, serta meningkatkan kualitas hidup keluarga dengan penderita stroke.^{24,39}

Namun dalam pemberian dukungan keluarga, keluarga perlu mempersiapkan pengetahuan dan ketrampilan dalam merawat penderita paska stroke dirumah. Kurangnya pengetahuan dan ketrampilan dapat mengakibatkan penderita stroke mendapatkan perawatan yang tidak sesuai standard an berisiko menurunkan kualitas hidup penderita dan keluarga yang merawat penderita paska stroke

5.4.1 Hubungan Dukungan Emosional dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini menunjukkan mayoritas responden memiliki dukungan emosional yang baik dengan kualitas hidup yang tinggi sebanyak 59,1% responden. Penelitian ini juga menunjukkan adanya hubungan antara dukungan emosional dengan kualitas hidup dengan nilai $OR=5,4$, dimana semakin baik dukungan emosional yang diberikan maka kualitas hidup penderita paska penderita paska stroke semakin meningkat 5,4 kali lebih tinggi.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan di China dimana pemberian dukungan emosional pada penderita stroke secara signifikan

meningkatkan kualitas hidup, terutama penderita paska stroke yang masih lajang dan lansia. Penderita stroke yang belum menikah dan berada pada usia yang produktif atau lansia membutuhkan dukungan secara emosional dari keluarga agar penderita tidak merasa rendah diri, putus asa, serta merasa keberadaanya di hargai dan disayangi. Penelitian yang dilakukan oleh Chen juga menyebutkan dukungan emosional terbukti efektif untuk menurunkan stres dan kecemasan pada penderita stroke yang belum menikah dan lansia.¹⁴²

Penelitian lain yang dilakukan di Jerman menunjukkan hubungan yang signifikan antara dukungan emosional dengan kualitas hidup penderita paska stroke.¹³⁰ Dukungan emosional dapat mempengaruhi psikologi penderita stroke, dimana penderita paska stroke menunjukkan rasa percaya diri yang baik, merasa senang karena keluarga mendengarkan keluhan penderita stroke, lebih menerima keadaan, dan meningkatkan motivasi untuk pemulihan kesehatan. Kurangnya dukungan emosional dalam jangka waktu yang lama selama masa rehabilitasi berisiko menyebabkan depresi dan menurunkan kualitas hidup penderita stroke.¹³⁰

Depresi dapat terjadi akibat kurangnya perawatan dan dukungan emosional, pendidikan yang rendah, dan pendapatan keluarga yang rendah.¹³⁰ Pada masa pandemi COVID-19 penderita stroke berisiko kekurangan dukungan emosional dari kerluarga akibat kesibukan keluarga untuk beradaptasi pada masa pandemi sambil merawat penderita paska stroke. Kesibukan tersebut menyebabkan kelelahan, nyeri pada anggota tubuh, stress dan frustasi yang dirasakan oleh keluarga sehingga interaksi keluarga pada penderita paska stroke terganggu. Keluarga seperti

menunjukkan ekspresi yang tidak menyenangkan, kurangnya kesabaran saat berkomunikasi, bersikap acuh, dan tidak mau mendengarkan keluhan penderita stroke.⁶⁷ Hal ini menyebabkan penderita stroke kekurangan dukungan emosional dari keluarga dan menurunkan kualitas hidup penderita stroke.¹³⁰

Tingkat pendidikan berpengaruh pada tingkat pemahaman keluarga dalam merawat dan memberikan dukungan pada penderita stroke. Semakin baik pendidikan keluarga kemungkinan dalam kemudahan menerima informasi berkaitan dengan perawatan kesehatan semakin meningkat. Keluarga juga perlu memahami bahwa dukungan yang diberikan tidak hanya berfokus pada pemberian informasi dan mencukupi kebutuhan secara ekonomi, namun dukungan secara emosional juga sangat penting untuk dilakukan.

Pendapatan ekonomi yang cukup memungkinkan keluarga memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan penderita stroke seperti makan dan minum, pengobatan, mendatangkan fisioterapis, dll. Pendapatan ekonomi yang cukup juga memberikan keluarga ketenangan dalam beraktivitas dan memberikan kesempatan keluarga untuk memberikan dukungan emosional dengan penderita stroke lebih baik. Hal ini terjadi karena keluarga tidak lagi perlu mencari tambahan uang yang dapat menyita waktu untuk berinteraksi dan memberikan dukungan emosional secara penuh kepada penderita paska stroke. Pemberian dukungan emosional membutuhkan kerjasama antara anggota keluarga untuk membagi tugas dalam merawat penderita paska stroke, sehingga risiko kelelahan, depresi, dan kurangnya dukungan emosional pada penderita paska stroke dapat teratasi.¹³⁰

5.4.2 Hubungan Dukungan Instrumental dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini menunjukkan penderita paska stroke memiliki dukungan instrumental yang baik dengan kualitas hidup yang tinggi dan rendah dengan total 50% responden. Selain itu dukungan instrumental yang buruk dengan kualitas tinggi dan rendah juga menunjukkan nilai total yang sama sebanyak 50% responden. Penelitian ini juga menunjukkan tidak adanya hubungan antara dukungan instrumental dengan kualitas hidup penderita paska stroke.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahman, dkk dimana dukungan instrumental berkorelasi negatif dengan kualitas hidup penderita paska stroke.⁵⁸ Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hamalding, dkk yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara dukungan instrumental dengan kualitas hidup penderita paska stroke.⁵⁷ Penelitian sebelumnya yang dilakukan di Belanda juga menunjukkan tidak adanya hubungan antara dukungan instrumental dengan kualitas hidup penderita paska stroke.¹⁴⁴

Dukungan instrumental pada penelitian tidak berhubungan dengan kualitas hidup penderita paska stroke dikarenakan mayoritas keluarga tidak memiliki dana khusus untuk penderita paska stroke berobat. Pembiayaan kesehatan di tanggung oleh pemerintah lewat bantuan dan juga asuransi kesehatan seperti BPJS. Selain itu keluarga juga jarang menemani penderita paska stroke untuk berolahraga sehingga penderita paska stroke kurang termotivasi dan merasa sendiri dalam proses pemulihan

kesehatan. Mayoritas penderita stroke juga menganggap mengantarkan penderita paska stroke ke berobat, meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan, dan menyiapkan makanan bukan sesuatu yang berdampak banyak bagi kesembuhan akibat kelumpuhan, afasia, dan meningkatnya pada kualitas hidup penderita paska stroke selama masa pandemic COVID-19.

Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Saputro, dkk dimana pada penelitian itu disebutkan dukungan instrumental berhubungan dengan kualitas hidup penderita paska stroke. Saputro, dkk berpendapat dukungan instrumental tetap penting untuk diberikan sebagai bentuk usaha keluarga dalam mendukung kesembuhan penderita paska stroke. Dukungan instrumental juga menjadi salah satu bukti bahwa keluarga masih mencintai, menghormati penderita stroke, berharap akan kesembuhan, dan masih ingin menghabiskan waktu bersama meskipun salah satu anggotanya mengalami stroke.¹⁴⁵

5.4.3 Hubungan Dukungan Informasional dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini menunjukkan mayoritas penderita paska stroke mendapatkan dukungan informasi dan memiliki kualitas hidup yang tinggi sebanyak 56,4%. Pada penelitian ini juga menunjukkan adanya hubungan antara dukungan informasi dengan kualitas hidup, dimana nilai $OR = 3,7$ yang berarti pemberian

dukungan informasi akan meningkatkan kualitas hidup penderita paska stroke sebanyak 3,6 lebih tinggi.

Dukungan informasional memiliki kategori baik dengan kualitas hidup yang baik dikarenakan keluarga memberikan banyak penejelasan mengenai pentingnya menjaga kesehatan terutama dimasa pandemi COVID-19 dengan baik seperti menginformasikan untuk makan makanan bergizi, menjelaskan tentang protokol 3M, mengingatkan untuk minum obat secara teratur, dll. Penderita stroke juga menyampaikan bahwa keluarga selalu mengingatkan penderita stroke mengenai factor resiko yang dapat menyebabkan stroke berulang.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Yunani dimana dukungan informasi memiliki hubungan dengan kualitas hidup penderita paska stroke.¹³¹ Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Rahman, dkk juga menyebutkan bahwa dukungan informasi berhubungan dengan kualitas hidup penderita paska stroke. Pemberian dukungan informasi pada penderita paska stroke bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman penderita stroke mengenai kondisi penyakit, perkembangan proses rehabilitasi, dan memberikan kemudahan dalam menentukan pilihan perawatan yang akan dijalani.¹³⁶

Pada masa pandemi COVID-19 dukungan informasi menjadi hal yang penting untuk diberikan karena banyaknya informasi hoax yang beredar, banyaknya kebijakan baru pada bidang pelayanan kesehatan, dan juga banyaknya kebijakan untuk mencegah penularan COVID-19. Keluarga perlu memberikan informasi dengan bijak sesuai dengan tingkat kemampuan penderita paska stroke dalam menerima

informasi sehingga informasi yang diberikan dapat diterima secara maksimal. Keluarga yang memberikan pendampingan dengan memberikan informasi sesuai kebutuhan penderita paska stroke akan berdampak positif pada meningkatnya fungsi keluarga, memudahkan mendapatkan pelayanan kesehatan, dan kualitas hidup bagi keluarga maupun penderita paska stroke.

5.4.4 Hubungan Dukungan Penghargaan dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini menunjukkan dukungan penghargaan memiliki kategori baik dengan kualitas hidup yang tinggi sebanyak 56,4% responden. Penelitian ini juga menunjukkan adanya hubungan antara dukungan penghargaan dengan kualitas hidup penderita paska stroke dengan nilai $OR = 21,4$, dimana dukungan penghargaan yang baik akan meningkatkan kualitas hidup penderita paska stroke sebanyak 21,4 kali lebih tinggi.

Dukungan penghargaan penderita paska stroke memiliki kategori baik dan kualitas hidup yang tinggi dikarenakan keluarga menghargai keberadaan penderita paska stroke salah satunya dengan mendengarkan dengan aktif saran yang diberikan dan tidak menyela pembicaraan penderita paska stroke. Penderita stroke menyampaikan bahwa pada saat keluarga menerima kondisi penderita paska stroke apa adanya sehingga penderita paska stroke merasa di sayangi, dihargai, dan dihormati keberadaannya. Penderita stroke juga akan merasa lebih bersemangat dan

termotivasi dalam menjalankan pengobatan apabila keluarga menerima kondisi penderita stroke apa adanya.⁵⁷

Pemberian dukungan penghargaan memiliki kepada penderita stroke terutama penderita stroke lansia memiliki kategori baik juga bisa disebabkan karena budaya masyarakat Jawa yang menghormati kedudukan dan peranan lansia di dalam rumah. Lansia terutama dengan jenis kelamin laki-laki memperoleh posisi penting sebagai pemimpin keluarga dimana nasihat dan perintahnya ditaati dan dihormati terutama untuk masalah yang berkaitan dengan adat.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Sri Lanka dimana dukungan penghargaan berhubungan dengan kualitas hidup penderita paska stroke.¹³⁷ Penelitian sebelumnya yang dilakukan di oleh Rahman dimana, dukungan penghargaan berkorelasi positif dengan kualitas hidup, semakin meningkat kualitas hidup maka akan meningkatkan kualitas hidup penderita paska stroke sebanyak 13,8%.⁵⁸ Penelitian lain yang dilakukan oleh Setyoadi, dkk juga menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita paska stroke.

Dukungan penghargaan pada saat pandemi sangat penting untuk diberikan karena dapat meningkatkan semangat, motivasi, menghilangkan perasaan negatif, meningkatkan status psikososial, dan meningkatkan kualitas hidup penderita paska stroke sehingga proses pemulihan kesehatan berjalan dengan lebih optimal.^{137,138} Penderita paska stroke juga akan merasa diakui atas kemampuan dan

keahlian yang dimiliki sehingga mengurangi perasaan merasa minder atau tidak percaya diri dan menurunkan tingkat stress yang dimiliki.⁵⁷

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hamaliding, dkk dimana pada penelitian tersebut menunjukkan tidak adanya hubungan antara dukungan penghargaan dengan kualitas hidup penderita paska stroke.⁵⁷ Penelitian yang dilakukan di Belanda juga menyebutkan tidak ada hubungan antara dukungan penghargaan dengan kualitas hidup penderita paska stroke. Hamaliding, dkk menyebutkan dukungan penghargaan jarang diberikan karena keluarga tidak terbiasa atau merasa malu dalam memberikan pujian karena kebiasaan dari keluarga sendiri yang jarang memberi pujian antar anggota keluarga.⁵⁷

5.5. Tabulasi Silang Dukungan Keluarga dengan Aspek Fisik dan Psikososial

Penelitian ini menunjukkan mayoritas dukungan keluarga memiliki kategori baik dengan aspek fisik yang tinggi sebanyak 66,1% responden. Pada aspek psikososial keluarga juga memiliki kategori baik dengan aspek psikososial yang tinggi sebanyak 36,4% responden. Penelitian ini menunjukkan bahwa penderita stroke yang mengalami masalah secara fisik dan psikososial akan berusaha mencari dukungan dari orang terdekat dengan harapan akan mengurangi sakit, tekanan, dan stres yang dirasakan. Dukungan dari keluarga sebagai orang terdekat akan memberikan pengaruh positif terhadap kesehatan, dimana semakin baik dukungan keluarga semakin baik pula adaptasi fisik dan psikososial penderita stroke terhadap masalah yang dialami.¹⁴⁶

Adaptasi secara fisik dan psikososial sangat diperlukan terutama pada kondisi pandemi saat ini. Adaptasi yang dapat dilakukan pada saat pandemi antara lain mengenal protokol kesehatan saat berada didalam dan diluar ruangan, tetap melakukan latihan fisik meski didalam rumah, mengkonsumsi makanan dan minuman untuk meningkatkan imunitas tubuh, memanfaatkan teknologi informasi seperti untuk belanja dan mengirim uang/barang, dan tetap melakukan interaksi sosial dengan teman atau keluarga seperti komunikasi lewat *handphone*.

Adaptasi ini perlu dilakukan akibat aktifitas fisik dan sosial penderita stroke akan semakin berkurang karena penderita paska stroke akan jarang meninggalkan rumah sebab kebijakan *social distancing* dan *lockdown*. Penderita stroke yang kurang melakukan aktivitas fisik dan sosial dapat berdampak pada kekakuan otot dan sendi, kemampuan merawat diri menurun, fungsi ekstremitas menurun, kemampuan mobilitas yang berkurang, meningkatkan stress, dan menurunkan kualitas hidup penderita paska stroke.^{140,146}

5.6. Tabulasi Silang Variabel Luar dengan Kualitas Hidup Penderita Paska

Stroke

5.6.1 Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini menemukan mayoritas penderita paska stroke yang berjenis kelamin laki-laki memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada perempuan sebanyak 44,5% responden. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Afrika dimana perempuan memiliki kualitas hidup lebih rendah

dibandingkan laki-laki.¹⁰⁶ Kualitas hidup perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki disebabkan karena perempuan lansia mengalami stroke yang lebih parah dari pada laki-laki. Perempuan juga lebih sering mengeluh atau lebih mudah mengekspresikan sakit yang dialami dari pada laki-laki.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bariroh dimana pada penelitian ini menyebutkan kualitas hidup penderita stroke laki-laki jauh lebih buruk dibandingkan perempuan.²⁴ Perempuan memiliki kualitas hidup yang lebih baik disebabkan karena perempuan lebih banyak mengetahui informasi berkaitan dengan sakit yang dialami, sebab perannya dalam menjaga kesehatan keluarga. Banyaknya informasi mengenai penyakit, penyebab, pengobatan, dan perawatan akan berpengaruh pada tingkat pemahaman responden terhadap suatu informasi. Pemahaman yang baik akan memudahkan responden untuk memilih sikap yang perlu untuk dilakukan demi meningkatkan kesehatan dan kualitas hidupnya.

5.6.2 Usia dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini menunjukkan mayoritas penderita stroke dengan kategori lansia (≥ 61 tahun) memiliki kualitas hidup yang tinggi sebanyak 50%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Brazil dimana mayoritas penderita stroke berusia >65 tahun memiliki kualitas hidup yang baik. Hal ini dikarenakan dalam fase transisi dari dewasa ke lansia penderita stroke sebagian mandiri dalam menjalankan kesehariannya aktivitas hidup, peran sosial, memiliki tingkat keparahan dan ketergantungan yang rendah.¹³⁹

Hal ini terjadi karena usia berhubungan dengan perkembangan status kesehatan dan kemampuan perawatan diri seseorang dalam mengelola penyakitnya. Kematangan berfikir pada usia dewasa akhir mampu mengelola emosinya dengan baik. Emosi yang tidak dikelola dengan baik dapat menyebabkan gangguan kesehatan jiwa seperti kecemasan, stres, dan depresi.²⁴

5.6.3 Pendidikan dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini menemukan mayoritas penderita stroke dengan pendidikan terakhir SMA memiliki kualitas hidup yang tinggi sebesar 20,9%. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Polandia dimana mayoritas responden dengan tinggi dan dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan responden yang memiliki berpendidikan tinggi.¹⁰⁰

Penelitian yang dilakukan di China menunjukkan terdapat hubungan antara pendidikan dengan kualitas hidup penderita stroke.⁹⁸ Penderita stroke yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih mudah memahami lebih banyak informasi dan menyadari tentang dampak negatif yang dapat ditimbulkan akibat tidak menjaga kesehatan, sehingga tingkat kecemasan, depresi responden menurun, dan meningkatkan kualitas hidup penderita paska stroke

5.6.4 Jenis Pekerjaan dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini menunjukkan sebagian responden memiliki kategori tidak bekerja/IRT dengan kualitas hidup yang tinggi sebanyak 60,9% responden.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di lakukan di Sri Lanka dimana pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup penderita paska stroke. Penelitian di Sri Lanka menunjukkan mayoritas penderita stroke tidak bekerja sebanyak 57% responden.

Pada sebagian besar penderita stroke yang tidak bekerja maka akan bergantung kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhannya.¹⁰⁸ Bagi keluarga yang memiliki ekonomi rendah akibat terdampak pandemi COVID-19 (PHK, penjualan menurun, pariwisata menjadi sepi, dll), tetap akan berusaha untuk memenuhi kebutuhan penderita paska stroke karena sudah menjadi kewajiban bagi keluarga untuk merawat anggota keluarga yang sakit.

Beberapa usaha yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan penderita stroke antara lain mengajukan bantuan dana langsung tunai atau dana sembako dari pemerintah setempat, memanfaatkan jaminan kesehatan dari pemerintah daerah/nasional untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis, dan tetap mengusahakan perawatan (aktivitas fisik, memberikan makanan dan minuman, membantu transfer, perawatan diri, mengingatkan minum obat, dll) semampu keluarga dirumah. Besar kecilnya dukungan baik secara ekonomi, emosi, penghargaan ataupun informasi yang diberikan agar perawatan penderita stroke tetap dilakukan secara maksimal tentunya akan berpengaruh pada kualitas hidup penderita paska stroke.

Penderita paska stroke yang tidak bekerja menghabiskan waktunya dengan melakukan aktivitas sederhana, memiliki lebih banyak waktu untuk bersantai,

dan menghabiskan waktu bersama orang terdekat sehingga tingkat stres akibat pekerjaan yang selama ini dirasakan saat penderita masih bekerja berkurang bahkan tidak ada. Kondisi ini dapat berpengaruh pada ketenangan dan kebahagiaan penderita paska stroke sehingga kualitas hidupnya meningkat.

Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rachmania, dkk yang menyebutkan penderita stroke yang memiliki pekerjaan atau kembali bekerja setelah stroke akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan penderita paska stroke yang tidak bekerja.¹¹² Hal ini disebabkan penderita stroke yang kembali bekerja setelah mengalami stroke, dapat membantu meningkatkan fungsi fisik dan mencegah depresi. Bekerja atau menyibukkan diri dapat mengalihkan fokus penderita yang semula hanya fokus pada penyakitnya, berganti pada aktivitas lain yang lebih produktif.

5.6.5 Tingkat Pendapatan dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini menemukan mayoritas penderita stroke yang tidak memiliki pendapatan dan memiliki kualitas hidup yang tinggi sebanyak 60,9% responden. Penderita stroke yang tidak memiliki pendapatan tapi memiliki kualitas hidup yang tinggi dikarenakan penderita stroke pada penelitian ini mendapatkan dukungan dari keluarga dengan kategori yang baik sehingga penderita stroke tidak lagi memikirkan biaya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Biaya pengobatan penderita stroke rata-rata ditanggung oleh pemerintah dan untuk makanan, minuman, dan tempat tinggal sudah disiapkan oleh keluarga.

Penelitian yang dilakukan di Sri Lanka menunjukkan penderit stroke dengan pendapatan rendah dapat mempengaruhi kualitas hidup menjadi semakin buruk.¹⁴⁶ Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Juniastira dimana penderita stroke yang memiliki pendapatan sendiri memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan penderita paska stroke yang tidak memiliki penghasilan pribadi.¹¹³ Penderita stroke yang memiliki pendapatan sendiri lebih bebas untuk menggunakan uangnya untuk berobat, melakukan hobinya, membeli barang yang diinginkan, dll.

Berbeda dengan penderita stroke yang menggantungkan kebutuhannya pada keluarga, sebab kemungkin penderita akan merasa menjadi beban dalam keluarga. Tingkat pendapatan berpengaruh dengan kualitas hidup dimana semakin tinggi pendapatan semakin mudah bagi penderita untuk memenuhi kebutuhannya untuk mendukung kesembuhan penderita stroke.

5.6.6 Lama Menderita Stroke dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini juga menemukan mayoritas lama menderita stroke ≥ 1 th dengan kualitas hidup yang tinggi sebanyak 69,10% responden. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di New York oleh Wagner, et al menunjukkan penderita paska stroke ≥ 1 tahun memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan penderita paska stroke < 1 tahun sebanyak 1.124 responden. Penderita paska stroke < 1 tahun lebih berisiko mengalami kematian sebab serangan stroke berulang, operasi ulang akibat adanya pendarahan dan koma akibat operasi CABG

(*coronary artery bypass grafting*), serta gagal ginjal. Penderita stroke dengan gagal ginjal paska operasi memiliki risiko lebih tinggi untuk terjadi mortalitas akibat perubahan biologis pada gagal ginjal mempercepat timbulnya penyakit penyakit kardiovaskular.¹¹⁴

Penelitian sebelumnya yang dilakukan di Brazil menunjukkan tingkat kematian penderita paska stroke pada 30 hari pertama (22% dari korban meninggal setiap tahun) lebih tinggi dari pada tingkat kematian penderita paska stroke setelah lebih dari 1 tahun (3-5% dari korban meninggal setiap tahun). Resiko kematian pada stroke iskemik 3,6 kali lebih tinggi dari pada kardioemboli dan 3,3 kali lebih tinggi dari oklusi arteri kecil pada stroke iskemik. Selain itu komplikasi dari penyakit kardiovaskulas juga menjadi salah satu factor risiko terjadinya mortalitas paling banyak ditemui pada penderita paska stroke.¹¹⁵

5.6.7 Waktu Serangan Stroke dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Hasil penelitian ini juga menunjukkan mayoritas penderita stroke memiliki waktu serangan stroke pertama dengan kualitas hidup yang tinggi sebanyak 70,9%. Penelitian yang dilakukan oleh Dewi, dkk menyebutkan mayoritas penderita stroke memiliki serangan pertama dengan kualitas hidup baik sebanyak 72,7%.¹²⁰ Penderita stroke yang pernah mengalami stroke, kemungkinan 30% akan mengalami stroke berulang. Stroke berulang dapat memicu hal yang fatal dan menurunkan kualitas hidup penderita paska stroke. Penderita stroke perlu menyadari dan

mengendalikan faktor resiko stroke, sebab faktor resiko diketahui dapat dijadikan dasar untuk mencegah terjadinya stroke berulang.¹²¹

5.6.8 Jenis Komorbiditas dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini juga menunjukkan penderita paska stroke dengan satu penyakit penyerta (hipertensi) dan memiliki kualitas hidup yang tinggi sebanyak 39,10% responden. Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan di Melbourne dimana komorbiditas berhubungan dengan kualitas hidup penderita paska stroke.¹⁴⁷ Penelitian ini sesuai dengan teori yang menyebutkan semakin banyak komorbiditas, maka sangat menurunkan kualitas hidup stroke. Komorbiditas yang banyak berisiko menimbulkan penyakit komplek, menambah menambah rasa sakit, dan resiko stroke berulang lebih besar dari penderita stroke yang memiliki komorbid sedikit atau tanpa komorbiditas.⁴⁰

5.6.9 MMSE dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Penelitian ini menemukan mayoritas penderita stroke memiliki kategori kognitif normal (skor 27-30) sebanyak 73.60% responden . Penelitian di Tunisia menyebutkan skor MMSE berhubungan dengan faktor fisik, psikososial, dan lingkungan pada kualitas hidup penderita paska stroke. Kemampuan kognitif yang baik dapat dilihat dari kemampuan mengingat dan komunikasi yang baik.¹⁴⁸

Kognitif yang baik akan memberikan banyak kemudahan bagi penderita stroke terutama untuk berkomunikasi. Penelitian yang dilakukan di China menunjukkan terdapat hubungan antara gangguan kognitif dengan kualitas hidup,

dimana semakin bertambahnya usia semakin menurunnya kemampuan fisiologis, merendahnya daya ingat, dan konsentrasi.¹⁴⁹

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusumaningrum dimana ada hubungan antara skor MMSE dan kualitas hidup penderita paska stroke.⁹⁵ Skor MMSE menunjukkan hasil fungsi kognitif penderita paska stroke, dimana semakin tinggi skor semakin baik pula kognitif penderita paska stroke.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang Hubungan Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut : Mayoritas responden adalah laki-laki sebanyak 53,6% responden, berusia ≥ 61 tahun keatas sebanyak 50% responden, tidak bersekolah sebanyak 27,3% responden, tidak bekerja/IRT sebanyak 76,4% responden, tidak memiliki pendapatan 76% responden, serangan stroke berulang 82%, lama menderita stroke ≥ 1 tahun sebanyak 80,9% responden, memiliki riwayat penyakit hipertensi sebanyak 73,64% responden, memiliki skor MMSE antara 27-30 sebanyak 81,8% responden,

Hasil uji korelasi, menunjukkan ada hubungan antara domain emosional, domain informasi, domain penghargaan dengan kualitas hidup penderita paska stroke dimana nilai $p < \alpha$ (0,05), Sedangkan pada domain instrumental tidak menunjukkan adanya korelasi dengan kualitas hidup penderita paska stroke dimana nilai $p > \alpha$ (0,05),

Mayoritas penderita paska stroke yang memiliki kualitas hidup tinggi memiliki kategori jenis kelamin laki-laki sebanyak 44,5%, usia dewasa akhir sebanyak 42,7%, tidak sekolah/tidak tamat SD sebanyak 21,8%, tidak bekerja 60,9%,

tidak memiliki pendapatan 60,9%, waktu serangan stroke pertama 70,9%, lama menderita stroke ≥ 1 tahun 69,1%, memiliki 1 penyakit penyerta 49,1%, memiliki skor MMSE 27-30 sebanyak 73,4%,

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Profesi Keperawatan

Perawat diharapkan lebih menyadari tentang pentingnya peran keluarga dalam membantu proses kesembuhan penderita stroke, Perawat diharapkan dapat memberikan edukasi dan pelatihan mengenai penyakit, pengobatan, terapi, dan perawatan penderita stroke di rumah sehingga keluarga lebih siap dalam merawat penderita paska stroke di rumah,

6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi pengembangan kompetensi pembelajaran bagi mahasiswa seperti penambahan materi pembelajaran mengenai pemberian dukungan keluarga pada masa pandemi, perawatan penderita stroke di rumah, dan cara meningkatkan kualitas hidup penderita paska stroke,

6.2.3 Bagi penelitian selanjutnya

Penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian mengenai dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita stroke di masa pandemi COVID-19 dengan menambahkan faktor-faktor yang berhubungan dengan dukungan

keluarga seperti tahap perkembangan keluarga, faktor emosi, faktor spiritual, praktik keluarga, dan latar belakang budaya, Penelitian selanjutnya juga diharapkan mencari karakteristik yang berhubungan dengan kualitas hidup secara lebih spesifik berkaitan dengan kondisi pandemi COVID-19,

DAFTAR PUSTAKA

1. Handayani, Bintang AK, Kaelan C. Hubungan hipertensi, diabetes mellitus dan dislipidemia dengan luaran klinis pasien iskemik stroke dengan hypersomnia. *Jurnal kesehatan tadulako*. 2018; (4)1: 1-6,
2. Widyastuti R H, Handayani F, Eridani D .Buku panduan penatalaksanaan stroke. Edisi ke-1. Semarang: Universitas Diponegoro, 2019.
3. Mutiarasari D. Ischemic stroke: symptoms, risk factors, and prevention. *Jurnal ilmiah kedokteran*. 2019; 6(1): 60-73.
4. WHO. Global Health Estimates 2016: Estimated deaths by age, sex, and cause. April 2018, Available from : <https://www.who.int/data/global-health-estimates>
5. Karuniawati, Hidayah, Ikawati Z, Gofir A. Secondary prevention to reduce the occurrence of recurrent stroke on ischemic stroke, *Journal of management and pharmacy practice*. 2015; 5(1): 14-21.
6. Jatendra WKI, Aniroh U, Wijayanti F. Studi deskriptif kualitas hidup penderita paska stroke yang sedang melakukan rawat jalan di rsud ungaran [internet], Diss, Universitas Ngudi Waluyo, Ungaran; 2020, 1-13p, Available from : http://repository2.unw.ac.id/714/1/S1_010115A053_ARTIKEL.pdf
7. Permatasari N. Perbandingan stroke non hemoragik dengan gangguan motorik penderita memiliki faktor risiko diabetes melitus dan hipertensi. *Jurnal ilmiah kesehatan sandi husada*. 2020; 11(1): 298-304,
8. Kemenkes RI. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar [Internet], Kementerian

- Kesehatan RI, Jakarta; 2018, 1–582 p, Available from: www.litbang.kemkes.go.id
9. Riskesdas, Laporan Provinsi Jawa Tengah riskesdas, 2018,1-506p, Available from:
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dinkesjatengprov.go.id/v2018/storage/2019/12/CETAK-LAPORAN-RISKESDAS-JATENG-2018-ACCPIMRED.pdf&ved=2ahUKEwjVnvnY78jvAhUTT30KHdBtDRQQFjACegQIDBAC&usg=AOvVaw3cQH8gpsoPMoeolcNf9Lae>
 10. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Buku profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2012. 3 Maret 2022 1-118p. Available from:<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dinkes.jatengprov.go.id/wpcontent/uploads/2019/08/Renstra2018.pdf&ved=2ahUKEwjX9dS69MjvAhXUXCsKHa6AAVYQFjABegQIBRAC&usg=AOvVaw09QGhvQTLJ7bCJIxHUUwyJ>
 11. Siegler JE, et al. Falling stroke rates during COVID-19 pandemi at a comprehensive stroke center. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*. 2020; 8(29): 1-8.
 12. Kurnianto, Aditya, et al. Penyakit Stroke dan Infeksi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19): Sebuah Tinjauan Literatur. *Medica hospitalia: journal of clinical medicine*. 2020; 7(1): 241-248.
 13. Umar, Ernawati, Hamdiah D. Dampak persepsi dan stigma masyarakat tentang COVID-19, *Faletehan health journal*. 2021; 8(3): 203-209.
 14. Yulianti, Pamungkas CH. Diskriminasi masyarakat terhadap pasien dan eks pasien COVID-19, *Journal of humanity and social justice*. 2021; 3(2): 150-163.
 15. Laras WS, Hadi EN. Stigma masyarakat terhadap penyintas COVID-19 di Kecamatan

- Duren Sawit Jakarta Timur. Jurnal kesehatan masyarakat. 2021; 2(5): 1143-1151.
16. Srivastava PK, Zhang S, Xian Y, Xu H, Rutan C, Alger HM, et al, Acute ischemic stroke in patients with COVID-19. Stroke 2021; 52: 100-125.
 17. Khandelwal P, Al-Mufti F, et al. Incidence, characteristics and outcomes of large vessel stroke in COVID-19: An International Multicenter Study. Neurosurg. 2021; 89(1):35-41.
 18. Hamidjoyo, Priyanto B, Wreksoatmodjo BR. Pengaruh coronavirus disease 2019 (COVID-19) terhadap insiden dan tatalaksana penyakit serebrovaskular. Cermin dunia kedokteran. 2021; 48(8): 283-288.
 19. Maryuni, Nugroho SS, Rahman A. Hubungan pola makan dan aktivitas di masa pandemi COVID-19 dengan kejadian stroke berulang. Jurnal vokasi keperawatan. 2021; 1(4): 229-240.
 20. Gagnon, Andrée M, Batcho CS, & Krista L. A description of physical activity behaviors, barriers, and motivators in stroke survivors in Quebec. Disability and health journal. 2022; 15(1): 1-7.
 21. Zhao L, Yang X, Yang F, Sui G, Sui Y, Xu B, et al, Increased quality of life in patients with stroke during the COVID-19 pandemi: a matched-pair study. 2021;11(1):1-10.
 22. Pham, Thu TM, et al. Negative impact of comorbidity on health-related quality of life among patients with stroke as modified by good diet quality, Frontiers in Medicin., 2022; 9(1): 1-12.

23. Lestari, Mustika A. Gambaran kualitas hidup dan karakteristik penderita paska stroke di Poli Syaraf RSUD dr, Soekardjo Kota Tasikmalaya [internet]. Diss, Stikes bth Tasikmalaya. Tasikmalaya; 2019, 1-75p, Available from: <http://hellis,litbang,kemkes,go,id:8080/handle/123456789/38559?show=full>.
24. Bariroh U, Susanto HS, Adi MS. Kualitas hidup berdasarkan karakteristik penderita paska stroke (studi di RSUD Tugurejo Kota Semarang). Jurnal kesehatan masyarakat (e-Journal). 2016; 4(4): 486-495.
25. Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng, Perawatan penderita paska stroke [internet], Kabupaten Buleleng: Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng, (2018), Available from : <https://dinkes,bulelengkab,go,id/artikel/perawatan-penderita-paska-stroke-di-rumah-39>
26. Sriadi, Sukarni, Ligita T. Kemandirian aktivitas hidup sehari-hari bagi pasien paska stroke. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2020; 1(1): 1-14,
27. Trevisón-Redondo, Bibiana, et al. Use of the barthel index to assess activities of daily living before and after sars-covid 19 infection of institutionalized nursing home patients, International journal of environmental research and public health. 2021; 14(18): 1-11.
28. Maryuni, Nugroho SS, Rahman A. Hubungan pola makan dan aktivitas di masa pandemi COVID-19 dengan kejadian stroke berulang, Jurnal vokasi keperawatan. 2021; 1(4): 229-240.
29. Utama, Budi MI, Asrun A. Penyuluhan dan Pemeriksaan Kesehatan di Masa Pandemi COVID-19. Abdimas Singkerru. 2022; 1(2): 36-39.

30. Hamidjoyo, Priyanto B, Wreksoatmodjo BR. Pengaruh coronavirus disease 2019 (COVID-19) terhadap insiden dan tatalaksana penyakit serebrovaskular, *Cermin dunia kedokteran*. 2021; 48(8): 283-288.
31. Cholisoh Z, Karuniawati H, Zaenab TA, & Hekmah ZL. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dalam melakukan terapi pencegahan sekunder pada pasien stroke iskemik. 2018; 2(8): 90-99.
32. Kurniawati N, Aulia DA, Sativani Z, Pandini EA. Pengaruh tele-fisioterapi terhadap kualitas hidup penderita paska stroke selama pandemi COVID-19. 2021; 1(21): 37-50.
33. Baillieul, Sébastien, et al. Sleep apnoea and ischaemic stroke: current knowledge and future directions. *The lancet neurology*. 2022; 1(21): 78-88.
34. Nazaruddin, Yusnayanti C, et al. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian quality of sleep pada lansia selama pandemi COVID-19. *Nursing inside community*. 2021; 3(3): 89-97.
35. Tobing CPRL, Wulandari ISM. Tingkat kecemasan bagi lansia yang memiliki penyakit penyerta ditengah situasi pandemik COVID-19 di kecamatan parongpong Bandung barat. *Community of publishing in nursing*. 2021; 2(9): 135-142.
36. Amila, Sinaga J, Sembiring E. Pencegahan stroke berulang melalui pemberdayaan keluarga dan modifikasi gaya hidup. *Jurnal abdimas* 2019; 22(2): 143-150,
37. Bica T, Castello R, Toussaint LL, Monteso-Curto P. Depression as a risk factor of organic diseases: an international integrative review. *J Nurs Scholarship*. 2017; 49(4): 389–399.

38. Aryani N, Amilia, Hawalia A. Hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada pasie paska stroke di Puskesmas Simpang Tiga Redelong Bener Meriah. Jurnal kesehatan masyarakat. 2019; 7(2) :1-13.
39. Santoso, Yuri DM. Dukungan keluarga dalam situasi pandemi covid 19. Jurnal litbang sukowati: media penelitian dan pengembangan. 2021; 5(1): 11-26.
40. Hafdia ANA, Arman A, Alwi MK, Asrina A. Analisis kualitas hidup penderita paska stroke di RSUD Kabupaten Polewali Mandar. In prosiding seminar nasional sinergitas multidisiplin ilmu pengetahuan dan teknologi. 2018; 1(1): 111-118.
41. Smith LN, Lawrence M, Kerr SM, Langhorne P, Lees KR. Informal carers experience of caring for stroke survivors. J Adv Nurs. 2015; 46(3): 235-244.
42. Dharma KK, Damhudi D, Yarden N, Haeriyanto S. Increase in the functional capacity and quality of life among stroke patients by family caregiver empowerment program based on adaptation model. International journal of nursing sciences. 2018; 5(4): 355-366.
43. Simeone S, Coehn MZ, Savini S, Pucciarelli G, Alvaro R, Vellone E, The lived experiences of stroke caregivers three months after discharge of patients from rehabilitation hospitals, 2016, 103-112p, Available from: https://www.researchgate.net/profile/Ercole_Vellone/publication/306056798_The_lived_experiences_of_stroke_caregivers_three_months_after_discharge_of_patients_from_rehabilitation_hospitals/links/55ac9ac908ae42ba52b24894.pdf

44. Dalvandi, Asgar. Lack of continuity of rehabilitation care for stroke survivor: Iranian family caregiver experience. *Middle East Journal of age and ageing*. 2015; 8(4): 28-35
45. Aryani N, Amilia, Hawalia A. Hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada pasie paska stroke di Puskesmas Simpang Tiga Redelong Bener Meriah. *Jurnal kesehatan masyarakat*. 2019; 7(2) :1-13.
46. Kim JS. Management of post-stroke mood and emotional disturbances, Expert review of neurotherapeutics. 2017; 17(12): 1179-1188.
47. Rayani D, Purqoti DNS, & Aryani M. Gambaran kemampuan adaptasi psikologis penderita stroke di RSUD provinsi NTB. *Jurnal bimbingan dan konseling*. 2019; 4(7): 685-690.
48. Adientya G, Handayani F. Stres pada kejadian stroke. *Jurnal nursing studies*. 2012; 1(1): 183-188.
49. Aryani, Novita, Amila, & Hawalia A. Hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada pasien paska stroke di puskesmas simpang tiga redelong bener meriah. *Jurkessutra: Jurnal Kesehatan Surya Nusantara*. 2019; 7(2) 23-34
50. Morrison V, Pollard B, Johnston M, & MacWalter R. Anxiety and depression 3 years following stroke: demographic, clinical, and psychological predictors. *J Psychosom Res*. 2015; 59(3): 209- 213.
51. Putri J. Hubungan antara dukungan sosial keluarga dan emotion focused coping pada penderita stroke di Klinik X Kediri. *Jurnal experientia*. 2019; 7(2): 21-25.

52. Kosasih EC, Puntmatharith B, Boonyasopum U. Family support for patients with stroke: a sistematic review. *Journal of advanced pharmacy education & research*. 2020; 10(3): 47-56.
53. Wurtiningsih B. Dukungan keluarga pada pasien stroke di ruang saraf RSUP Dr, Kariadi Semarang. *Media hospital*. 2012; 1(1): 57-59,
54. Arista WP. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita stroke di RSUD prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Doctoral dissertation, Universitas Jenderal Soedirman, 2018
55. Ludiana L, Supardi S. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderitapaska stroke di wilayah kerja puskesmas banjarsari metro. *Jurnal wacana kesehatan*. 2020; 5(1): 505-511
56. Vihandayani M, Wiratmo PA, Hijriati Y. Hubungan dukungan keluarga sebagai support sistem dan kualitas hidup penderita stroke infark. *Binawan student journal*. 2019; 1(2): 74-79.
57. Hamalding H, Muharwati M. Relationship of family support with quality of life (qol) stroke occurrence. *Promotif: jurnal kesehatan masyarakat*. 2017; 7(2): 146-152
58. Rahman, Dewi FST, Setyopranoto I. Dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita stroke pada fase paska akut di Wonogiri. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2017; 33(8): 383-390.
59. Kusuma H. Hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUP Dr, Cipto Mangunkusumo Jakanrta [internet]. *Diss Universitas Indonesia*; 2014: 1-185p,

- Available from : <https://www.pdfdrive.com/universitas-indonesia-universitas-indonesia-hubungan-antara-depresi-dan-dukungan-keluarga-kie50200936.html>
60. Yenni. Hubungan dukungan keluarga dan karakteristik lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi [internet]. Thesis Universitas Indonesia; 2011: 1-140p, Available from : <https://www.pdfdrive.com/hubungan-dukungan-keluarga-dan-karakteristik-lansia-dengan-kejadian-stroke-pada-lansia-e56978414.html>
 61. Yuzar F. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada penderita paska stroke nonhemoragik di RSUD Sultan Syarif Mohammad Al Qadrie. Jurnal prones, 2015; 3(1): 44-50.
 62. Santoso. Yuri DM, Dukungan keluarga dalam situasi pandemi covid 19, Jurnal litbang sukowati: media penelitian dan pengembangan. 2021; 5(1): 11-26.
 63. Antara. Psikolog bagikan cara beri dukungan sosial saat pandemi COVID-19 [internet]. 2020. 102-107p. Available from: <https://www.antaranews.com/berita/1455688/psikolog-bagikan-cara-beri-dukungansosial-saat-pandemi-COVID-19>
 64. Friedman, Marilyn M. Buku ajar keperawatan keluarga. Jakarta: EGC; 2010.
 65. Gaag VD, Smith L, Davis S, Cornelius V, Laing S, Mowles C. Therapy and support service for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study. Clinical rehabilitation. 2015; 19(4): 372-380.

66. Azizi A, Khatiban M, Mollai Z, & Mohammadi Y. Effect of informational support on anxiety in family caregivers of patients with hemiplegic stroke. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*. 2020; 29(9):105-120.
67. Satuan Tugas Penanganan COVID-19. Panduan kesehatan jiwa pada masa pandemi COVID-19. Edisi ke-1. Jakarta: CV, Inti prima karya; 2020,
68. Kemenkes RI. Pedoman kesehatan jiwa dan psikososial pada masa pandemi COVID-19. Edisi ke-1. Jakarta: Kemenkes RI; 2020,
69. Wiraini TP, Zukhra RM, Hasneli Y. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia pada masa pandemi COVID-19. *Jurnal kesehatan*. 2021; 1(10): 44-53.
70. Firmansyah RS, Lukman M, & Mambangsari CW. Faktor-faktor yang berhubungan dengan dukungan keluarga dalam pencegahan primer hipertensi. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*. 2017; 5(2):24-23.
71. Aeni N. Pandemi COVID-19: Dampak Kesehatan, Ekonomi, & Sosial. *Jurnal litbang: media informasi penelitian, pengembangan dan IPTEK*. 2021; 17(1): 17-34. Kemenkes RI,
72. Kamasturyani Y, Rosalia. Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan 3m (memakai masker, mencuci tangan dan menjaga jarak) selama pandemi COVID-19 pada lansia di wilayah kerja upkd puskesmas talun-kabupaten Cirebon. *Jurnal ilmiah multidisiplin Indonesia*. 2021; 1(1): 70-80.
73. Burns, Perea S, et al. Stroke recovery during the COVID-19 pandemic: a position paper on recommendations for rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2022; 4(102): 1-30.

74. Amelia, Muharina, Sofiana Nurchayati, & Veny Elita. Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien diabetes mellitus dalam menjalani diet. JOM PSIK. (2014);1(2);,1-10.
75. Laily RS. Hubungan karakteristik penderita dan hipertensi dengan kejadian stroke iskemik. Jurnal berkala epidemiologi. 2017; 5(1): 48-59.
76. Tsouna E, Vemmous KN, Zakopoulos N, Stamatelopoulos. First-stroke recovery process: the role of family social support. Archive of Physical Medicine & Rehabilitation. 2011; 81(7):38-47.
77. Hanum, Parida, Lubis R, Rasmaliah. Hubungan karakteristik dan dukungan keluarga lansia dengan kejadian stroke pada lansia hipertensi diRumah Sakit umum pusat haji adam malik medan. JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan), 2018; 8(1): 72-88.
78. Endarti AT. Kualitas hidup kesehatan : konsep, model, dan penggunaan, Jurnal ilmiah kesehatan. 2015; 2(7): 97-108.
79. Nunes HJM, Queiros PJP. Exploratory study of patients' life situation after a stroke. International journal of caring sciences. 2015; 8(1): 101-107.
80. Pristianto A, Primadasa GF, Murtafiah. Critical review: dampak kondisi pandemi COVID-19 terhadap kualitas hidup stroke survivor. Indonesian journal of physiotherapy research and education. 2021; 2(2): 15-22.
81. Sukma BA. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat Ii Baladhika Husada Kabupaten Jember [internet]. 2020. 1-182p, Aavailable from : <https://repository.unej.ac.id/handle/123456789/99245>.

82. Mayasari, Diana. Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam activity daily living pada pasien paska stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr, H, Abdul Moeloek Bandar Lampung. *Agromedicine*. 2019: (6)2; 277-282.
83. Yohana, Yune, Rahayu C, & Destriana SB, Hubungan nilai D-Dimer dan LDL kolesterol pada penderita stroke iskemik di RSUD BUDHI ASIH Jakarta Timur. *Anakes: Jurnal Ilmiah Analis Kesehatan*. 2020: (6)2; 114-125.
84. Sari, Puspita A. Faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada akseptor KB Pil kombinasi. *Babul Ilmi Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*. 2019:(10)1; 29-37.
85. Adawiyah R. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita stroke [internet]. 2014. 1-9p. Available from : <https://docplayer.info/48193513-Faktor-faktor-yang-berhubungan-dengan-kualitas-hidup-pada-pasien-pasca-stroke.html>
86. Dewi EU. Widari NP. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker pada masa pandemi COVID-19 di Yayasan Kanker Indonesia Surabaya. *Jurnal keperawatan* 2021; 2(10): 10-19.
87. Rismawan W, Lestari AM, Irmayanti E. Gambaran kualitas hidup dan karakteristik pasien paska stroke di poli syaraf RSUD dr, Soekardjo Kota Tasikmalaya, *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-ilmu Keperawatan. Analis Kesehatan dan Farmasi*. 2021: 21(2); 247-262.
88. Yuwanda K, Laksmidewi AAAP, Widyastuti K. Korelasi antara lokasi stroke dengan gangguan kognitif pada penderita stroke di RSUP Sanglah Denpasar. *Callosum Neurology*. 2020; 3(1): 1-5.

89. Chiou, Hsinhuei S, Vickie YY. Measuring life participation, communicative confidence, language, and cognition in people with aphasia. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2018; 3(2): 4-12.
90. Fama, Mackenzie E, et al. The impact of the COVID-19 public health crisis on communication and quality of life: insights from a community of stroke and brain trauma survivors, *American journal of speech-language pathology*. 2021; 4(30): 1805-1818.
91. Dharma KK. Efektifitas intervensi model adaptasi paska stroke (IMAPS) terhadap respon adaptasi dan kualitas hidup pasien paska stroke [internet]. Disertasi. 1-272p. Available from : <https://nursing.ui.ac.id/intervensi-model-adaptasi-paska-stroke-efektif-meningkatkan-respon-adaptasi-dan-kualitas-hidup-pasien/>
92. Alimul A. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknis Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika; 2010.
93. Budiaji W, Skala pengukuran dan jumlah respon skala likert, *Jurnal ilmu pertanian dan perikanan*. (2013); 2(2): 127-133.
94. Nasution, Hamni F. Instrumen penelitian dan urgensinya dalam penelitian kuantitatif, *Al-Masharif Jurnal Ilmu Ekonomi dan Keislaman*. 2016: (4)1; 59-75.
95. Kusumaningrum N. Hubungan dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup pasien paska stroke di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta [internet]. Diss, Universitas Gajah Mada; 2016. 1-99p. Available from : nkusumaningrum-2016-etd.repository.ugm.ac.id
96. Swarjana IK. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: CV, Andi Offset;

2015.

97. Sabri L, Hastono SP. Statistik kesehatan. Edisi ke-1. Jakarta: Rajawali Pers; 2018.
98. Zhao, Lihui, et al. Mediation effect of perceived social support and resilience between physical disability and depression in acute stroke patients in China: A cross-sectional survey. *Journal of affective disorders*. 2022; 30(8): 155-159.
99. Bender D, Marta, et al. The impact of ischemic cerebral stroke on the quality of life of patients based on clinical, social, and psychoemotional factors. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*. 2017; 26(1): 101-107.
100. Compagnat, Maxence, et al. The impact of the energy cost of walking on the quality of life of post-stroke individuals: A one-year longitudinal study. *Disability and Health Journal*. 2022: 101345.
101. Mayasari, Diana. Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam activity daily living pada pasien paska stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung. *Agromedicine*. 2019: (6)2; 277-282.
102. Yohana, Yune, Rahayu C, & Destriana SB. Hubungan nilai D-Dimer dan LDL kolesterol pada penderita stroke iskemik di RSUD BUDHI ASIH Jakarta Timur. *Anakes: Jurnal Ilmiah Analisis Kesehatan*. 2020: (6)2; 114-125.
103. Sari, Puspita A. Faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada akseptor KB Pil kombinasi. *Babul Ilmi Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*. 2019:(10)1; 29-37.

104. Hasibuan, Hasanah UF, & Wulandary H. Manfaat daun kopi sebagai alternative penurunan tekanan darah tinggi pada akseptor kb suntik. Prosiding seminar nasional hasil pengabdian. 2020: (3)1; 407-411.
105. Walker, richard. Osuntokun award lecture 2021: challenges of measuring the burden of stroke in africa. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*. 2022; 31(4): 1-6.
106. Thau, Lauren, et al. Decline in rehab transfers among rehab-eligible stroke patients during the COVID-19 pandemic. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*. 2021; 30(8): 1-7.
107. Sarfo, Stephen F, et al. Frequency and factors linked to refractory hypertension among stroke survivors in Ghana. *Journal of the neurological sciences*. 2020; 4(15): 1-26.
108. Cabral, Norberto Luiz, et al. Three-year survival and recurrence after first-ever stroke: the Joinville stroke registry. *BMC neurology*. 2015; 15(1): 1-7.
109. Juniastira, Savira. Hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien stroke. [interet]. 2018. Available from : <https://dspace.uui.ac.id/handle/123456789/8391>
110. Wagner, Brandie D., et al. Factors associated with long-term survival in patients with stroke after coronary artery bypass grafting. *Journal of international medical research*. 2020; 48(7): 1-28
111. Wahyuni S, Dewi C. Faktor-faktor yang berhubungan dengan efikasi diri pasien paska stroke: studi cross sectional di RSUD Gambiran Kediri. *Jurnal Wiyata: Penelitian Sains dan Kesehatan*. 2019: (5)2; 85-92.

112. Prihatin, Wahyu L, Kristiyawati SP, & Syamsul MASN. Perbedaan efektivitas terapi aiueo dan melodic intonation therapy (mit) terhadap waktu kemampuan bicara pada pasien stroke dengan afasia motorik di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. Karya Ilmiah. 2017: (6)1; 1-14.
113. Agustin, Liza. Faktor–faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien fase rehabilitasi paska stroke di Rumah Sakit Haji Medan. Health Science and Rehabilitation Journal. 2021: (1)1; 35-41.
114. Yonata A, Pratama ASP. Hipertensi sebagai faktor pencetus terjadinya stroke. Jurnal Majority. 2016; (5)3: 17-21.
115. Guang YJ, Zhou RR, Jun CG. From hypertension to stroke: mechanism and potential prevention strategies. CNS Neuroscience & Therapeutics. 2011; 17(5): 577-584.
116. RSUD Buleleng. Penyakit Jantung Koroner dan Stroke [internet]. (2018). Available from:<https://rsud.bulelengkab.go.id/informasi/detail/artikel/penyakit-jantung-koroner-dan-stroke-85>
117. Ivan, Ignatius, Wreksoatmodjo BR, & Darmawan O. Hubungan antara riwayat penyakit jantung dengan tingkat keparahan stroke iskemik akut pertama kali. Majalah Kedokteran Neurosains Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia. 2019: 37(1); 21-43 .
118. Tamburian, Andrytha Gicella, Budi T. Ratag, and Jeini Ester Nelwan. Hubungan antara hipertensi, diabetes melitus, dan hiperkolesterolemia dengan kejadian stroke iskemik. Indonesian journal of public health and community medicine. 2020: 1(1);67-79.

119. Rahayu PN. Hubungan kadar gula darah puasa dan profil lipid pada penderita diabetes melitus tipe 2 dengan kejadian stroke iskemik di RSUD RA Basoeni Mojokerto. *Jurnal Biosains Paskasarjana* 2020; 22(2); 50-62.
120. Sari, Karmila E, Agatha A, & Adistiana A. Korelasi riwayat hipertensi dan diabetes mellitus dengan kejadian stroke. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia* 2021; 2(2); 21-28.
121. Power A. Stroke in dialysis and chronic kidney disease. *Blood Purification J.* 2013; 36(3-4): 179-83.
122. Toyoda K, Ninomiya T. Stroke and cerebrovasculer disease in patient with chronic kidney disease. *Lancet Neurol.* 2014; 13(8): 823-33.
123. Ariani SD, Tugasworo D, & Samekto MIW. Faktor-faktor risiko stroke pada penyakit ginjal kronik stadium V yang menjalani hemodialisis. *Majalah Kedokteran Neurosains Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia.* 2018; 35(2); 30-36.
124. Ma'sum GA. Hubungan dislipidemia dengan kejadian stroke iskemik di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Periode Januari-Desember 2017. Diss. Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta. [internet]. 2020. Available from : <https://repository.upnvj.ac.id/9399/>
125. Suwito B. Hubungan antara hiperlipidemia dengan luaran fungsional pada pasien stroke di RSUP Dr. Sardjito. Diss. Universitas Gadjah Mada. [internet]. (2018). Available from : <http://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/167147>.
126. Yoon, Jin A, et al. Factors associated with improvement or decline in cognitive function after an ischemic stroke in Korea: the Korean stroke cohort for functioning

- and rehabilitation (KOSCO) study. *BMC neurology*. 2017; 17(1): 1-12.
127. Pašić, zejneba, et al. The effect of fatigue syndrome on cognitive functioning and quality of life of a patient after an ischemic stroke. *Acta medica saliniana*. 2017; 1(46): 22-26.
 128. Zulfitri, Muis A, et al. The effect of sleep quality and cognitive patient function in acute ischemic stroke. *Medicina clinica practica*. 2021; 4(1): 1-2.
 129. Padberg, Inken, et al. Unmet need for social and emotional support and lack of recalled screening is associated with depression in the long-term course after stroke. *Risk management and healthcare policy*. 2020; 13(1): 285-293.
 130. Kavga, Anna, et al. Factors associated with social support for family members who care for stroke survivors. *AIMS public health*. 2021; 9(1): 142-154.
 131. Platten, Melanie. Identifying and meeting people's post-stroke emotional needs: a service evaluation. *British journal of neuroscience nursing*. 2016; 10(4): 191-197.
 132. Jennum P, Iversen HK, Ibsen R, Kjellberg J. Cost of stroke: a controlled national study evaluating societal effects on patients and their partners. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15(1): 466-475.
 133. Sugiharti, Nisa, et al. Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam self-care (perawatan diri) pada penderita stroke di Wilayah Kecamatan Ciamis. *Jurnal Keperawatan Galuh*. 2020; 2(2): 79-84.
 134. Dewi, Mala C, Darliana D. Dukungan keluarga dengan depresi pada pasien paska stroke. *Idea Nursing Journal*. 2017; 8(2): 1-7
 135. Prick JCM, et al. Experiences with information provision and preferences for decision

- making of patients with acute stroke. *Patient education and counseling*. 2022; 105(5): 1123-1129.
136. Muthucumarana W, Muditha, Samarasinghe K, & Elgán C. Caring for stroke survivors: experiences of family caregivers in Sri Lanka. *Topics in stroke rehabilitation*. 2018; 25(6): 397-402.
 137. Setyoadi, Nasution TH, & Kardinasari A. Family Support in Improving Independence of Stroke Patients. *Journal of Nursing Science*. 2019; 6(1): 96-107.
 138. Pedersen, Synne Garder, et al. Stroke-Specific Quality of Life one-year post-stroke in two Scandinavian country-regions with different organisation of rehabilitation services: a prospective study. *Disability and rehabilitation*. 2021; 43(26): 3810-3820.
 139. Lima R, Melo MJ, et al. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics*. [internet]. 2018. Available from : <http://10.6061/clinics/2017/e418>
 140. Pedersen, Synne Garder, et al. Validity, reliability and Norwegian adaptation of the Stroke-Specific Quality of Life (SS-QOL) scale. *SAGE open medicine*. 2018; 6(1): 1-10.
 141. Legris, Nicolas, et al. French validation of the stroke specific quality of life scale (SS-QOL). *NeuroRehabilitation*. 2018; 42(1): 17-27.
 142. Chen, Qi, et al. Health related quality of life in stroke patients and risk factors associated with patients for return to work. *Medicine*. 2019; 98(16).
 143. Saputro H, Camo MI, Suraksono B. Analysis support families with quality of life after stroke patients. *Jurnal ilmiah kesehatan*. 2019; 8(2): 172-176.

144. Kruithof, Willeke J, et al. Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life—a systematic review. *Patient education and counseling*. 2016; 93(2): 169-176.
145. Tyas, Cahyaning KF, et al. Hubungan antara rehabilitasi dan dukungan keluarga dengan kejadian stroke berulang (studi kasus di RSUD Dr. Adhyatma, Tugurejo Semarang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*. 2019; 4(7); 728-734.
146. Mahesh PKB, et al. Factors influencing pre-stroke and post-stroke quality of life among stroke survivors in a lower middle-income country. *Neurological Sciences*. (2018); 39(2): 287-295.
147. Strum JW, et al. Quality of life after stroke the North East Melbourne stroke incidence. Study (NEMRSIS) [internet]. 2013. 12-15p. Available from : <http://stroke.ahajournals.org/>.
148. Chen, Chien-Min, et al. Potential predictors for health-related quality of life in stroke patients undergoing inpatient rehabilitation. *Health and quality of life outcomes*. 2015; 13(1): 1-10.
149. Pan,WC, Wang Xingzhi, Ma Qinghua, Sun, PH, Xu Yong, Wang Pei. Cognitive dysfunction and health related quality of life among older Chinese. [internet]. (2017). Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4658548/diakses>

LAMPIRAN

Lampiran 1. Permohonan Pengambilan Menjadi Responden

JUDUL PENELITIAN:

Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke Pada Masa Pandemi COVID-19 Di Kota Semarang

INSTANSI PELAKSANA:

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (*INFORMED CONSENT*)

Bapak/Ibu/Sdr/i:

Perkenalkan nama saya Rizka Nisa Wijayanti, mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan, saya harus menyusun sebuah skripsi/penelitian. Penelitian yang akan saya lakukan berjudul “Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke pada masa Pandemi Covid-19 di Kota Semarang”.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada penderita paska stroke di wilayah Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang. Penelitian ini juga memiliki manfaat yaitu dapat memberikan gambaran tingkat dukungan keluarga dan kualitas hidup kepada Bapak/Ibu/Sdr/i. Penelitian ini saya lakukan dengan memberikan kuesioner tentang dukungan keluarga dan kualitas hidup kepada Bapak/Ibu/Sdr/i. Untuk itu, saya bermaksud meminta kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menjadi responden pada penelitian ini dengan cara mengisi kuesioner sesuai dengan kondisi yang bapak ibu alami selama kurang lebih 15 menit.

Setiap data dan informasi yang Bapak/Ibu/Sdr/i berikan dalam penelitian ini dapat saya jamin kerahasiaannya, yaitu dengan tidak mencantumkan identitas Bapak/Ibu/Sdr/i dan data tersebut hanya akan saya gunakan untuk kepentingan penelitian, pendidikan dan ilmu pengetahuan. Penelitian ini juga bersifat sukarela tanpa adanya unsur paksaan, sehingga Bapak/Ibu/Sdr/i berhak menolak atau menerima untuk dijadikan sebagai responden. Demikian permohonan dari saya, saya ucapkan terimakasih kepada Bapak/Ibu/Sdr/i atas perhatian dan kerjasamanya dalam penelitian ini. Apabila ada informasi yang belum jelas, Bapak/ Ibu/Saudara bisa menghubungi saya,

Lampiran 2. Persetujuan Menjadi Responden

Rizka Nisa Wijayanti 081325782560/ rizkawijayanti9@gmail.com Pembimbing: Dr. FitriaHandayani, M.Kep., Sp.KMB
--

Demikian penjelasan dari saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya sampaikan terimakasih.

Setelah mendengar dan memahami penjelasan sebelum penelitian, dengan ini saya:

Nama :
 Umur :
 Alamat :
 No,Telepon/HP :

SETUJU / TIDAK SETUJU

Untuk ikut sebagai responden/sampel penelitian,

* coret yang tidak perlu

Semarang,,

(.....)

Peneliti

(.....)

Responden

(.....)

Saksi

(.....)

Saksi

Lampiran 3. Instrumen Penelitian

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA PASKA STROKE PADA MASA PANDEMI DI WILAYAH KERJA

PUSKESMAS KEDUNGmundu

Nomor Responden (diisi oleh peneliti):

Petunjuk Pengisian:

- a. Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut dengan apa adanya dan sejujur-jujurnya.
- b. Berikan tanda *checklist*/centang (✓) pada kotak/tempat yang tersedia sesuai dengan jawaban yang Bapak/Ibu/Sdr/i pilih.

A. KUESIONER DATA DEMOGRAFI

Berilah tanda (✓) pada setiap kolom jawaban yang tersedia di bawah ini sesuai dengan kondisi dan situasi yang Anda alami.

1. Nama (Inisial) :

2. Usia :,tahun

3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

4. Pendidikan : ☐ Tidak tamat SD ☐ SMA/Sederajat
☐ SD/Sederajat ☐ Perguruan Tinggi
☐ SMP/Sederajat

5. Pekerjaan : ☐ Buruh ☐ TNI/Polri
☐ Petani/pedagang ☐ Pensiunan
☐ Pegawai Swasta ☐ Tidak bekerja/IRT

1. Pegawai Negeri ☐

6. Pendapatan : ☐ ≥ UMK ☐ < UMK

7. Waktu Serangan : (dd/mm/yy)

Stroke

☐

Serangan Pertama

☐

Serangan Berulang

8. Lama menderita stroke : (dd/mm/yy)

9. Waktu serangan : ☐ Serangan Pertama ☐ Serangan Berulang

10. Komorbiditas : ☐ Hipertensi ☐ Konstipasi
☐ Penyakit Jantung Koroner ☐ Fibrilasi Atrium
☐ Depresi ☐ Gangguan Tiroid
☐ Diabetes ☐ COPD (PPOK)
☐ Penyakit Ginjal ☐ Penyakit penyerta :
Kronik
☐ Tidak memiliki penyakit penyerta

B. KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

a. Tujuan

Untuk mengetahui skor dukungan keluarga pada penderita paska stroke

b. Petunjuk Pengisian Kuesioner

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang sesuai dengan kondisi anda :

Nama :

Usia : ...tahun

No	Dukungan Keluarga	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
	Dukungan Emosional				
1	Keluarga menunjukkan wajah yang menyenangkan saat membantu atau melayani bapak/ibu				
2	Keluarga merawat bapak/ibu dengan penuh kasih sayang				
3	Keluarga membantu bapak/ibu dengan tulus ikhlas				
4	Keluarga mendengarkan keluhan-keluhan yang bapak/ibu dirasakan				
5,	Keluarga menanyakan keluhan-keluhan yang bapak/ibu rasakan				
	Dukungan Instrumental				
6	Keluarga mengantar bapak/ibu untuk berobat atau memeriksakan kesehatan				
7	Keluarga meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan-keluhan yang ingin disampaikan bapak/ibu				
8	Keluarga menemani bapak/ibu untuk berolahraga				
9	Keluarga mempersiapkan dana khusus untuk biaya berobat atau memeriksakan kesehatan bapak/ibu				
10	Keluarga menyediakan makanan khusus rendah garam untuk bapak/ibu				
	Dukungan informasi				
11	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu tentang pentingnya menjaga kesehatannya				
12	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu tentang bahaya merokok, bahaya mengonsumsi makanan tinggi garam, bahaya				

	makanan bersantan, dan perilaku lain yang dapat memperburuk kondisi kesehatan				
13	Keluarga menanyakan kepada bapak/ibu untuk mengonsumsi buah dan sayur, melakukan olahraga secara rutin, mengontrol tekanan darah, dan menjaga berat badan agar tidak mengalami obesitas/kegemukan				
14	Keluarga menjelaskan kepada bapak/ibu pentingnya meminum obat secara teratur				
15	Keluarga menanyakan kepada bapak/ibu untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin di puskesmas atau rumah sakit				
	Dukungan Penghargaan				
16	Keluarga meminta pendapat bapak/ibu untuk menentukan tempat berobat atau memeriksakan kesehatannya				
17	Keluarga mendengarkan saran yang diberikan bapak/ibu				
18	Keluarga mengikutsertakan bapak/ibu dalam setiap acara keluarga				
19	Keluarga mengajak bapak/ibu apabila ada acara keluarga diluar rumah				
20	Keluarga menerima bapak/ibu apa adanya dengan segala keterbatasannya				

C. INSTRUMEN SS-QOL

KUESIONER D KUALITAS HIDUP PENDERITA STROKE (Short Version of Stroke Specific of Quality of Life Scale)

I. Kualitas hidup aspek fisik

Petunjuk pengisian:

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

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

II. Kualitas hidup aspek psikososial

Petunjuk pengisian:

- c. Pilihlah salah satu jawaban dari setiap pertanyaan yang paling sesuai dengan kondisi bapak/ibu saat ini.
 - 5) Pilihlah jawaban **“Sangat Setuju” (SS)** jika bapak/ibu sangat setuju dengan pernyataan pada kolom di sebelah kiri
 - 6) Pilihlah jawaban **“Setuju” (S)** jika bapak/ibu setuju dengan pernyataan pada kolom di sebelah kiri
 - 7) Pilihlah jawaban **“Tidak Setuju” (TS)** jika bapak/ibu tidak setuju dengan pernyataan pada kolom di sebelah kiri
 - 8) Pilihlah jawaban **“Sangat Tidak Setuju” (STS)** jika bapak/ibu sangat tidak setuju dengan pernyataan pada kolom di sebelah kiri
- d. Berikan tanda **checklist** (✓) pada kolom di sebelah kanan pertanyaan sesuai dengan jawaban yang bapak/ibu pilih

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

D. MINI-MENTAL STATE EXAM (MMSE)

Nama :(Lk / Pr)

Umur :

Riwayat Penyakit:

Stroke() DM() Hipertensi() Jantung() Lain-lain() Sebutkan()

Pemeriksa :

Tgl pemeriksaan :

Item	Tes	Nilai maks,	Nilai
ORIENTASI			
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	
2	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (rumah sakit), (lantai/kamar)	5	
REGISTRASI			
3	Sebutkan 3 buah nama benda (jeruk, uang, mawar), tiap benda 1 detik, penderita disuruh mengulangi ketiga nama benda tadi, Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar, Ulangi sampai penderita dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	
ATENSI DAN KALKULASI			
4	Kurangi 100 dengan 7, Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar, Hentikan setelah 5 jawaban, Atau disuruh mengeja terbalik kata “WAHYU” (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; misalnya uyahw=2 nilai)	5	
MENGINGAT KEMBALI (RECALL)			
5	Penderita disuruh menyebut kembali 3 nama benda di atas (jeruk, uang, mawar)	3	
BAHASA			
	Penderita diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, arloji)	2	
	Penderita diminta mengulang rangkaian kata: ”tanpa kalau dan atau tetapi ”	1	
	Penderita diminta melakukan perintah: “ Ambil kertas ini dengan tangan kanan, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai”,	3	

Penderita diminta membaca dan melakukan perintah “Angkatlah tangan kiri anda”	1	
Penderita diminta menulis sebuah kalimat (spontan)	1	
Penderita diminta meniru gambar tertentu	1	
Skor Total	30	

Lampiran 4. Perizinan Penggunaan Instrumen Penelitian

<

Perizinan Penggunaan Kuesioner Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke

Rizka Nisa Wijayanti 5 Des
 kepada kelana_dharma ▾

<

Assalamualaikum warahmatullahi wabarokatuh
Selamat pagi Bapak Kelana

Mohon maaf telah mengganggu aktivitas Bapak Perkenalkan saya Rizka Nisa Wijayanti dari ilmu keperawatan Undip 2017

Saat ini saya sedang mengerjakan tugas skripsi dengan judul "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke"

Jika diizinkan apakah saya diperbolehkan untuk menggunakan kuesioner kualitas hidup pasien paska stroke pada disertasi bapak yang berjudul ":Efektifitas intervensi model adaptasi paska stroke (IMAPS) terhadap respon adaptasi dan kualitas hidup pasien paska stroke"

Mohon konfirmasinya Bapak Kelana Terimakasih atas perhatiannya pak Waalaikumsalam warahmatullahi wabarokatuh

K

kelana dharma 7 Des
 Yth Mbak Rizka Nisa Wijayanti Silakan digunakan instrumen tersebut dengan

Rizka Nisa Wijayanti 7 Des
 Terimakasih atas konfirmasinya bapak Kelana

<

K

kelana dharma 7 Des
 kepada saya ▾

<

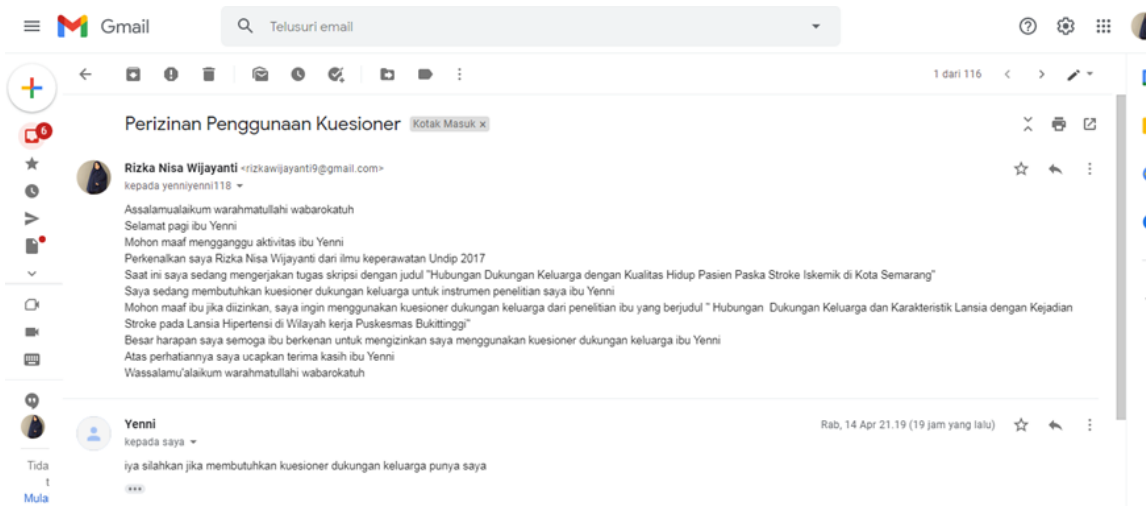
Sama2...sukses selalu

[Tampilkan kutipan teks](#)

<
Balas

<<
Balas ke semua

>
Teruskan



Lampiran 5. Surat Permohonan Pengambilan Data Awal

	KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN UNIVERSITAS DIPONEGORO FAKULTAS KEDOKTERAN	Jalan Prof. Sudarto, S.H. Tembalang Semarang Kode Pos 50275 Telp/Faks (024) 75928010 www.fk.undip.ac.id email: dean@fk.undip.ac.id
Nomor : 8706 /UN7.5.4.2.1/DL/2020 Perihal : Permohonan Pengambilan Data Awal		27 NOV 2020
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang Jln. Pandanaran No.79 Mugasari Lantai 08 Semarang		
Sehubungan dengan pelaksanaan pengambilan data awal (studi pendahuluan) pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan izin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :		
Nama : NIM : No. HP : Judul/Topik : Pembimbing :	RIZKA NISA WIJAYANTI 22020117120011 6281325782560 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Wetan Dr. Fitria Handayani, S.Kp., Ns.Sp.Kep.MB.	
Adapun tempat studi pendahuluan yang dituju adalah : Bagian Epidemiologi Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Puskesmas Tlogosari Wetan.		
Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.		
		
Dr. Hermina Sukmaningtyas, M.Kes., Sp.Rad(K)		
Tembusan : 1. Kaprodi Sarjana Keperawatan Undip 2. Dosen Pembimbing 3. Dekan Fakultas Kedokteran Undip		



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Prof. Sudarto, S.H.
Tembalang Semarang Kode Pos 50275
Telp. (024) 79826012
www.undip.ac.id | email: dean@f.kedokteran.undip.ac.id

Nomor : 9509 /UN7.5.4.2.1/DL/2020
Perihal : Permohonan Pengambilan Data Awal

30 DEC 2020

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang
Jln. Pandanaran No. 79, Mugesari Lantai 08
Semarang

Selubungan dengan pelaksanaan pengambilan data awal (studi pendahuluan) pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan izin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : RIZKA NISA WIJAYANTI
NIM : 22020117120011
No. HP : 6281325782560
Judul/Topik : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke
Pembimbing : Dr. Fitria Handayani, S.Kp., Ns.Sp.Kep.MB.

Adapun tempat studi pendahuluan yang dituju adalah : di Puskesmas Srandol dan Puskesmas Kedungmunda.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

an. Dekan
Wakil Dekan Akademik dan Kemahasiswaan,

Dr. dr. Hermina Sukmaningtyas, M.Kes., Sp.Rad(Kg)
NIP. 196706201998022001

Tembusan :
1. Kaprodi Sarjana Keperawatan Undip
2. Dosen Pembimbing
3. Dekan Fakultas Kedokteran Undip
4. Kepala Puskesmas Srandol
5. Kepala Puskesmas Kedungmunda

Lampiran 6. Surat Permohonan Pengambilan Data Awal Dinas Kota Semarang



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
DINAS KESEHATAN
 Jl. Pandanaran 79 Telp. (024) 8415269 - 8318771 Kode Pos : 50241 SEMARANG

Nomor : 15 / 16085 / 072 / KH / 2020
 Sifat :
 Lampiran :
 Perihal : Permohonan Pengambilan Data Awal

Semarang, 07 DEC 2020
 Kepada :
 Yth. Ka. Bidang P2P

di -
SEMARANG

Dasar surat dari Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, tanggal 27 November 2020, Nomor: 8706/UN7.5.4.2.1/DU/2020 perihal tersebut pada pokok surat.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, bersama ini kami hadapkan mahasiswa atas nama :

Nama : Rizka Nisa Wijayanti
 NIM/NIP : 22020117120011
 Judul : "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke "

Yang akan melaksanakan kegiatan pengambilan data di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang dilaksanakan pada bulan Desember 2020 s/d Januari 2021 dengan catatan selama melaksanakan kegiatan tersebut tetap harus menaati peraturan dan protokol kesehatan yang berlaku di Dinas Kesehatan dan Pemerintah Kota Semarang.

Demikian harap maklum, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

a.n. KEPALA DINAS KESEHATAN
 Sekretaris

 dr. Lilik Faridah
 Paparahat, I
 NIP. 1976031200904 2 001

TEMBUSAN, Kepada Yth. :

1. Kepala Dinas Kesehatan (sebagai laporan);
2. Dekan Fakultas Kedokteran UNDIP;
3. Yang bersangkutan;
4. Arsip.



PEMERINTAH KOTA SEMARANG DINAS KESEHATAN

Jl. Pandanaran 79 Telp. (024) 8415269 - 8318771 Kode Pos : 50241 SEMARANG

Nomor : B/0442/072/1/2021
Sifat :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Pengambilan data Awal

Semarang, 07 JAN 2021

Kepada ;
Yth. 1. Ka. Puskesmas Srandol
2. Ka. Puskesmas Kedungmundu

di -

SEMARANG

Dasar surat dari Fakultas Kedokteran Program Sarjana Keperawatan Universitas Diponegoro, tanggal 30 Desember, Nomor; 9589/UN7.5.4.2.1/DL/2020 perihal tersebut pada pokok surat.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, bersama ini kami hadapkan mahasiswa atas nama :

Nama : Rizka Nisa Wijayanti
NIM/NIP : 22020117120011
Judul : "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke"

Yang akan melaksanakan kegiatan pengambilan data awal di wilayah kerja Puskesmas saudara dilaksanakan pada bulan Januari 2021 s/d Februari 2021 dengan catatan selama melaksanakan kegiatan tersebut tetap harus mentaati peraturan dan protokol kesehatan yang berlaku di Puskesmas dan Pemerintah Kota Semarang.

Demikian harap maklum, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

a.n. KEPALA DINAS KESEHATAN

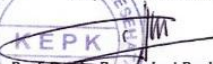
Sekretaris



TEMBUSAN, Kepada Yth :

1. Kepala Dinas Kesehatan (sebagai laporan);
2. Dekan Fakultas Kedokteran Departemen Ilmu Keperawatan UNDIP ;
3. Yang bersangkutan;

Lembar 7. Lembar Ethical Clearance

	KOMISI PENELITIAN KESEHATAN HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE UNIVERSITAS DIPONEGORO FAKULTAS KEDOKTERAN		Sekretariat : Kantor Dekanat Lama FK UNDIP Lt. 1 Jl. Dr. Soetomo 18, Semarang, Telp. 024-769280010; 769280011 pswt 7820, email : komisietik@gmail.com
	ETHICAL CLEARANCE No. 302/EC/KEPK/FK-UNDIP/VIII/2021		
	Protokol penelitian yang diusulkan oleh : <i>The research protocol proposed by</i>		
<u>Peneliti Utama</u> <i>Principal Investigator</i>		: Rizka Nisa Wijayanti	
<u>Pembimbing</u> <i>Mentor</i>		: Dr. Fitria Handayani, M.Kep., Sp.KMB	
<u>Nama Institusi</u> <i>Name of the Institution</i>		: Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang	
<u>Dengan Judul</u> <i>Title</i>		: Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke pada Masa Pandemi Covid-19 di Kota Semarang	
Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar. <i>Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.</i> Pernyataan Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 18 Agustus 2021 sampai dengan tanggal 18 Agustus 2022. <i>This declaration of ethics applies during the period August 18, 2021 until August 18, 2022</i>			
August 18, 2021 Professor and Chairperson,  Prof. Dr. dr. Basundari Rachmawati, Sp.PK(K) NIP. 19600606 198811 2 002			

Lembar 8. Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan Kota Semarang



PEMERINTAH KOTA SEMARANG DINAS KESEHATAN

Jl. Pandanaran 79 Telp.(024) 8415269 - 8318771 Kode Pos : 50241 SEMARANG

Nomor : 8/21961/072/X/2021
Sifat :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Semarang, 25 OCT 2021

Kepada ;
Yth. Ka. Puskesmas Kedungmundu

di –
SEMARANG

Dasar surat dari Fakultas Kedokteran Program Sarjana Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro, tanggal 22 Oktober 2021, Nomor; 9081/UN7.5.4.2.1/DL/2021 perihal tersebut pada pokok surat.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, bersama ini kami hadapkan mahasiswa atas nama :

Nama : Rizka Nisa Wijayanti
NIM/NIP : 22020117120011
Judul : "Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke Pada Masa Pandemi Covid 19 di Kota Semarang"

Yang akan melaksanakan kegiatan Penelitian di wilayah kerja Puskesmas saudara dilaksanakan pada bulan Oktober 2021 s/d Maret 2022 dengan catatan selama melaksanakan kegiatan tersebut tetap harus mentaati peraturan dan protokol kesehatan yang berlaku di Puskesmas dan Pemerintah Kota Semarang.

Demikian harap maklum, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

a.n. KEPALA DINAS KESEHATAN
Ka. Bidang SDK



dr. Noegroho Edy Rijanto, M.Kes

TEMBUSAN, Kepada Yth :

1. Kepala Dinas Kesehatan (sebagai laporan);
2. Ka. Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP ;
3. Yang bersangkutan;
4. Arsip.

Lembar 9. Surat Izin Penelitian Puskesmas



**PEMERINTAH KOTA SEMARANG
DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG
UPTD PUSKESMAS KEDUNGUMUNDU**

Jl. Sambiroto Rt.01 Rw.I Kel.Sambiroto ☎ (024) 6717053
Kec.Tembalang-Semarang Kode Pos.50276
email : puskesmas_kdm@yahoo.com



Semarang, 29 Okt 2021

Nomor : B/3480/072/X/2021
Sifat :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada,
Yth. Lurah
di -
SEMARANG.

Berdasarkan surat dari Dinas Kesehatan Kota Semarang nomor : B/21961/072/X/2021 tanggal 25 Oktober 2021 perihal seperti tersebut pada pokok surat.

Sehubungan hal tersebut diatas, bersama ini kami mohon bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin kepada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Program Sarjana Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro, atas nama :

Nama : Rizka Nisa Wijayanti
NIM : 22020117120011

Untuk melaksanakan kegiatan penelitian guna penyusunan Karya Tulis Ilmiah tentang “Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke Pada Masa Pandemi Covid-19 di Kota Semarang” di wilayah kerja UPTD Puskesmas Kedungmundu. Dengan catatan selama melaksanakan kegiatan tersebut tetap harus mentaati peraturan yang berlaku.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Mengetahui,
Kepala UPTD Puskesmas Kedungmundu



dr. Gita Nur Fitriandari
NIP. 197709142007012014

Lampiran 10. Kartu Vaksin Dosis 1 dan Dosis 2





KARTU VAKSINASI COVID-19

No. Tiket : P-KKR3UX90
 Nama Lengkap : RIZKA NISA WIJAYANTI
 Tanggal Lahir : 1998-04-06
 No. HP : 08132578256
 Alamat : DESA PUCANGREJO
 Lokasi Menerima : RSUP DR. KARIADI - 1101R001

No. NIK : 3324104604980002

Riwayat Pemberian Vaksin Covid-19

Tanggal Vaksinasi	Nama Vaksin	No. Batch	Lokasi Menerima	Keterangan
2021-07-06 13:49:00	CoronaVac	24002621	RSUP DR. KARIADI - 1101R001	Vaksin kedua 21 Juli 2021, waktu sesuai vaksin pertama.

Catatan:
 Apabila terdapat gejala pasca dilakukan vaksinasi dapat menghubungi :
 Nama : dr. Rettv Kharisma Sari, Sp.PD





KARTU VAKSINASI COVID-19

No. Tiket : Q-000BQ16K
 Nama Lengkap : RIZKA NISA WIJAYANTI
 Tanggal Lahir : 1998-04-06
 No. HP : 08132578256
 Alamat : DESA PUCANGREJO
 Lokasi Menerima : RSUP DR. KARIADI - 1101R001

No. NIK : 3324104604980002

Riwayat Pemberian Vaksin Covid-19

Tanggal Vaksinasi	Nama Vaksin	No. Batch	Lokasi Menerima	Keterangan
2021-07-06 13:49:00	CoronaVac	24002621	RSUP DR. KARIADI - 1101R001	Vaksin kedua 21 Juli 2021, waktu sesuai vaksin pertama.
2021-08-03 11:20:00	CoronaVac	24201121	RSUP DR. KARIADI - 1101R001	TERVAKSIN LENGKAP

Catatan:

Lembar 11. Hasil Rapid Antigen



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PANDANARAN
PANDANARAN NO 79 SEMARANG



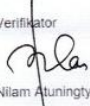
No Lab	: 199/15122021	Tgl Periksa	: 15-12-2021
No RM	: 906915801	Dokter Pengirim	: dr. Muslikha Tri Astuti
Nama	: RIZKA NISA WIJAYANTI (P) RT.001/RW.001	Tgl Lahir	: 06-04-1998
Jenis Kelamin	: Perempuan	Umur	: 23thn 8bln 9hr
Alamat	: DESA PUCANGREJO, KEL. PUCANGREJO, PEGANDON RT/Rw.13/03	Kelurahan	: Luar Kota

LAPORAN HASIL PEMERIKSAAN

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
Imunologi			
COVID-19 Antigen Test	NEGATIF	NEGATIF	

Keterangan :

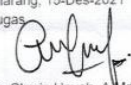
Verifikator



Niliam Atuningtyas, S.Tr.Ak

Semarang, 15-Des-2021

Petugas



Skifa Chorin Hayah, A.Md.AK



Kepala Puskesmas Pandanaran



dr. Agus Susanto

Penata Tk. I

NIP. 19770923 201104 1 002



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PANDANARAN
 PANDANARAN NO 79 SEMARANG



No Lab : 434/28102021 Tgl Periksa : 28-10-2021
 No RM : 906915801 Dokter Pengirim : dr. Muslikha Tri Astuti
 Nama : RIZKA NISA WIJAYANTI (P) RDT/AGM : 06-04-1998
 Jenis Kelamin : Perempuan Umur : 23thn 6bln 22hr
 Alamat : DESA PUCANGREJO, KEL. Kelurahan : Luar Kota
 PUCANGREJO, PEGANDON
 Rt/Rw:13/03

LAPORAN HASIL PEMERIKSAAN

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
Imunologi			
COVID-19 Antigen Test	NEGATIF	NEGATIF	

Keterangan :

Verifikasi

Skifa Chodir Hayah, A.Md.AK

Semarang, 28-Okt-2021
 Petugas

[Signature]

Nilam Aturingtyas, S.Tr.Ak

Kepala Puskesmas Pandanaran



Lampiran 12. Output SPSS

A. Data Demografi

1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin

JENIS KELAMIN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	59	53,6	53,6	53,6
	Perempuan	51	46,4	46,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia

USIA					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-40	1	,9	,9	,9
	41-60	54	49,1	49,1	50,0
	>60	55	50,0	50,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

3. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan Terakhir

PENDIDIKAN TERAKHIR					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sekolah/tidak tamat SD	30	27,3	27,3	27,3
	SD/Sederajat	20	18,2	18,2	45,5
	SMP/Sederajat	18	16,4	16,4	61,8
	SMA/Sederajat	24	21,8	21,8	83,6
	Pendidikan Tinggi	18	16,4	16,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

4. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendapatan

PENDIDIKAN TERAKHIR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak sekolah/tidak tamat SD	30	27,3	27,3	27,3
SD/Sederajat	20	18,2	18,2	45,5
SMP/Sederajat	18	16,4	16,4	61,8
SMA/Sederajat	24	21,8	21,8	83,6
Pendidikan Tinggi	18	16,4	16,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

5. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Pekerjaan

JENIS PEKERJAAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruh	3	2,7	2,7	2,7
Wiraswasta	2	1,8	1,8	4,5
Petani/Pedagang	12	10,9	10,9	15,5
Pegawai Swasta	6	5,5	5,5	20,9
Pegawai Negeri	3	2,7	2,7	23,6
Tidak Memiliki Pekerjaan	84	76,4	76,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

6. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Pendapatan

TINGKAT PENDAPATAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid $\geq$ UMK	11	10,0	10,0	10,0
<UMK	15	13,6	13,6	23,6

Tidak berpendapatan	84	76,4	76,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

B. Karakteristik yang Berhubungan dengan Stroke

1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lama Menderita Stroke

LAMA MENDERITA STROKE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <1 tahun	21	19,1	19,1	19,1
≥1 tahun	89	80,9	80,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Waktu Serangan Stroke

WAKTU SERANGAN STROKE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Serangan Pertama	90	81,8	81,8	81,8
Serangan Berulang	20	18,2	18,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

3. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Komorbiditas

Kode	Komorbidity	Frekuensi	Persentase
1	Hipertensi	81	73,64%
2	Penyakit Jantung Koroner	4	3,64%
3	Diabetes	35	31,82%
4	Penyakit Ginjal Kronik	1	0,91%
5	Konstipasi	1	0,91%
6	Penyakit lainnya	15	13,64%
7	Tidak memiliki penyakit Penyerta	17	15,45%

Presentase diambil dari total responden ($n/110 \times 100\%$)

KOMORDIBITAS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 11	16	14,5	14,5	14,5
12	55	50,0	50,0	64,5
13	34	30,9	30,9	95,5
14	4	3,6	3,6	99,1
15	1	,9	,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

4. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Skor MMSE

MMSE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 12-23	9	8,2	8,2	8,2
24-26	11	10,0	10,1	18,2
27-30	90	81,8	81,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

C. Dukungan Keluarga

1. Distribusi Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	59	53,6	53,6	53,6
Buruk	51	46,4	46,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

2. Distribusi Setiap Domain Dukungan Keluarga

DOMAIN EMOSIONAL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	71	64,5	64,5	64,5
Buruk	39	35,5	35,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DOMAIN INSTRUMENTAL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	70	63,6	63,6	63,6
Buruk	40	36,4	36,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DOMAIN INFORMASIONAL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	77	70,0	70,0	70,0
Buruk	33	30,0	30,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DOMAIN PENGHARGAAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	64	58,2	58,2	58,2
Buruk	46	41,8	41,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

3. Distribusi Sebaran Jawaban Dukungan Keluarga

a. Domain Emosional

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN EMOSIONAL 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	4	3,6	3,6	3,6
Kadang-Kadang	13	11,8	11,8	15,5
Sering	58	52,7	52,7	68,2
Selalu	35	31,8	31,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN EMOSIONAL 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	4	3,6	3,6	3,6
Kadang-Kadang	7	6,4	6,4	10,0
Sering	59	53,6	53,6	63,6
Selalu	40	36,4	36,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN EMOSIONAL 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	3	2,7	2,7	2,7
Kadang-Kadang	8	7,3	7,3	10,0
Sering	62	56,4	56,4	66,4

Selalu	37	33,6	33,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN EMOSIONAL 4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	3	2,7	2,7	2,7
Kadang-Kadang	8	7,3	7,3	10
Sering	62	56,4	56,4	66,4
Selalu	37	33,6	33,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN EMOSIONAL 5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	12	10,9	10,9	10,9
Kadang-Kadang	36	32,7	32,7	43,6
Sering	51	46,4	46,4	90,0
Selalu	11	10,0	10,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

b. Domain Instrumental

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN INSTRUMENTAL 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	14	12,7	12,7	12,7
Kadang-Kadang	15	13,6	13,6	26,4
Sering	48	43,6	43,6	70,0
Selalu	33	30,0	30,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN INSTRUMENTAL 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	5	4,5	4,5	4,5
Kadang-Kadang	26	23,6	23,6	28,2
Sering	56	50,9	50,9	79,1
Selalu	23	20,9	20,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN INSTRUMENTAL 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	42	38,2	38,2	38,2
Kadang-Kadang	33	30,0	30,0	68,2
Sering	30	27,3	27,3	95,5

Selalu	5	4,5	4,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN INSTRUMENTAL 4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	62	56,4	56,4	56,4
Kadang-Kadang	23	20,9	20,9	77,3
Sering	21	19,1	19,1	96,4
Selalu	4	3,6	3,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN INSTRUMENTAL 5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	23	20,9	20,9	20,9
Kadang-Kadang	21	19,1	19,1	40,0
Sering	33	30,0	30,0	70,0
Selalu	33	30,0	30,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

c. Domain Informasional

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN INFORMASI 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	6	5,5	5,5	5,5
Kadang-Kadang	15	13,6	13,6	19,1
Sering	60	54,5	54,5	73,6
Selalu	29	26,4	26,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN INFORMASI 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	4	3,6	3,6	3,6
Kadang-Kadang	31	28,2	28,2	31,8
Sering	55	50,0	50,0	81,8
Selalu	20	18,2	18,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN INFORMASI 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	9	8,2	8,2	8,2
Kadang-Kadang	29	26,4	26,4	34,5
Sering	51	46,4	46,4	80,9

Selalu	20	18,2	18,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN INFORMASI 4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	28	25,5	25,5	25,5
Kadang-Kadang	28	25,5	25,5	50,9
Sering	36	32,7	32,7	83,6
Selalu	18	16,4	16,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN INFORMASI 5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	32	29,1	29,1	29,1
Kadang-Kadang	29	26,4	26,4	55,5
Sering	35	31,8	31,8	87,3
Selalu	14	12,7	12,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

d. Domain Penghargaan

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN PENGHARGAAN 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	50	45,5	45,5	45,5
Kadang-Kadang	28	25,5	25,5	70,9
Sering	21	19,1	19,1	90,0
Selalu	11	10,0	10,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN PENGHARGAAN 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	6	5,5	5,5	5,5
Kadang-Kadang	18	16,4	16,4	21,8
Sering	60	54,5	54,5	76,4
Selalu	26	23,6	23,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN PENGHARGAAN 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	16	14,5	14,5	14,5
Kadang-Kadang	28	25,5	25,5	40,0
Sering	52	47,3	47,3	87,3
Selalu	14	12,7	12,7	100,0

Total	110	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN PENGHARGAAN 4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	29	26,4	26,4	26,4
Kadang-Kadang	40	36,4	36,4	62,7
Sering	31	28,2	28,2	90,9
Selalu	10	9,1	9,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

DISTRIBUSI JAWABAN DOMAIN PENGHARGAAN 5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	2	1,8	1,8	1,8
Kadang-Kadang	6	5,5	5,5	7,3
Sering	46	41,8	41,8	49,1
Selalu	56	50,9	50,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

D. Kualitas Hidup

1. Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup

KUALITAS HIDUP

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi	91	82,7	82,7	82,7
Rendah	19	17,3	17,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

2. Distribusi Setiap Aspek Kualitas Hidup

ASPEK FISIK

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi	56	50,9	50,9	50,9
Rendah	54	49,1	49,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

ASPEK PSIKOSOSIAL

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi	68	61,8	61,8	61,8
Rendah	42	38,2	38,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

3. Distribusi Frekuensi Sebaran Jawaban Kualitas Hidup

a. Aspek Fisik

PENGLIHATAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Banyak Masalah	4	3,6	3,6	3,6
Sedikit Masalah	30	27,3	27,3	30,9
Tidak Ada Masalah	76	69,1	69,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

PERAWATAN DIRI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Mampu Melakukan Sama Sekali	9	8,2	8,2	8,2
Banyak Masalah	10	9,1	9,1	17,3
Sedikit Masalah	11	10,0	10,0	27,3
Tidak Ada Masalah	80	72,7	72,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

BAHASA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Mampu Melakukan Sama Sekali	4	3,6	3,6	3,6
Banyak Masalah	7	6,4	6,4	10,0
Sedikit Masalah	34	30,9	30,9	40,9
Tidak Ada Masalah	65	3,6	3,6	3,6
Total	110	100,0	100,0	

FUNGSI EKSTREMITAS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Mampu Melakukan Sama Sekali	6	5,5	5,5	5,5
Banyak Masalah	15	13,6	13,6	19,1
Sedikit Masalah	22	20,0	20,0	39,1
Tidak Ada Masalah	67	60,9	60,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

MOBILITAS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Tidak Mampu Melakukan Sama Sekali	7	6,4	6,4	6,4
	Banyak Masalah	21	19,1	19,1	25,5
	Sedikit Masalah	34	30,9	30,9	56,4
	Tidak Ada Masalah	48	43,6	43,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

PRODUKTIVITAS KERJA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Mampu Melakukan Sama Sekali	21	19,1	19,1	19,1
Banyak Masalah	15	13,6	13,6	32,7
Sedikit Masalah	24	21,8	21,8	54,5
Tidak Ada Masalah	50	45,5	45,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

b. Aspek Psikososial

BERPIKIR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat Setuju	6	5,5	5,5	5,5
Setuju	30	27,3	27,3	32,7
Tidak Setuju	57	51,8	51,8	84,5
Sangat Tidak Setuju	17	15,5	15,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

BERPIKIR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat Setuju	6	5,5	5,5	5,5
Setuju	30	27,3	27,3	32,7
Tidak Setuju	57	51,8	51,8	84,5
Sangat Tidak Setuju	17	15,5	15,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

BERPIKIR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat Setuju	6	5,5	5,5	5,5
Setuju	30	27,3	27,3	32,7
Tidak Setuju	57	51,8	51,8	84,5
Sangat Tidak Setuju	17	15,5	15,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

BERPIKIR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat Setuju	6	5,5	5,5	5,5
Setuju	30	27,3	27,3	32,7
Tidak Setuju	57	51,8	51,8	84,5
Sangat Tidak Setuju	17	15,5	15,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

PERAN KELUARGA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat Setuju	5	4,5	4,5	4,5
Setuju	38	34,5	34,5	39,1

Tidak Setuju	60	54,5	54,5	93,6
Sangat Tidak Setuju	7	6,4	6,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

MOOD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat Setuju	15	13,6	13,6	13,6
Setuju	30	27,3	27,3	40,9
Tidak Setuju	59	53,6	53,6	94,5
Sangat Tidak Setuju	6	5,5	5,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

PERAN SOSIAL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat Setuju	10	9,1	9,1	9,1
Setuju	44	40,0	40,0	49,1
Tidak Setuju	53	48,2	48,2	97,3
Sangat Tidak Setuju	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

PERSONALIA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat Setuju	7	6,4	6,4	6,4
Setuju	36	32,7	32,7	39,1

Tidak Setuju	60	54,5	54,5	93,6
Sangat Tidak Setuju	7	6,4	6,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

ENERGI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat Setuju	28	25,5	25,5	25,5
Setuju	45	40,9	40,9	66,4
Tidak Setuju	33	30,0	30,0	96,4
Sangat Tidak Setuju	4	3,6	3,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

E. HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KUALITAS HIDUP

1. Korelasi Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup

Dukungan Keluarga * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Tinggi	Rendah	
Dukungan Keluarga	Baik	Count	56	3	59
		Expected	48,8	10,2	59,0
		Count			
		% Of Total	50,9%	2,7%	53,6%
	Kurang	Count	35	16	51
		Expected	42,2	8,8	51,0
		Count			
		% Of Total	31,8%	14,5%	46,4%
Total		Count	91	19	110
		Expected		91,0	110,0
		Count		19,0	

		% Of Total	82,7%	100,0%
			17,3%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig, (2-sided)	Exact Sig, (1- sided)
Pearson Chi-Square	13,229 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	11,453	1	,001		
Likelihood Ratio	14,073	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	13,109	1	,000		
N of Valid Cases	110				

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			8,533
ln(Estimate)			2,144
Standard Error of ln(Estimate)			,665
Asymptotic Significance (2-sided)			,001
Asymptotic 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	2,318
		Upper Bound	
			31,419
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	,841
		Upper Bound	3,447

2. Korelasi Setiap Domain Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup

Domain Emosional * Kualitas Hidup Crosstabulation

		Kualitas Hidup			
			Tinggi	Rendah	Total
Domain Emosional	Baik	Count	65	6	71
		Expected	58,7	12,3	71,0
		Count			
		% Of Total	59,1%	5,5%	64,5%
	Kurang	Count	26	13	39
		Expected	32,3	6,7	39,0
		Count			
		% Of Total	23,6%	11,8%	35,5%
Total		Count	91	19	110
		Expected	91,0	19,0	110,0
		Count			
		% Of Total	82,7%	17,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig, (2-sided)	Exact Sig, (1- sided)
Pearson Chi-Square	10,907 ^a	1	,001	,002	,001
Continuity Correction ^b	9,235	1	,002		
Likelihood Ratio	10,463	1	,001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	10,808	1	,001		
N of Valid Cases	110				

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate	5,417
ln(Estimate)	1,689
Standard Error of ln(Estimate)	,545
Asymptotic Significance (2-sided)	,002

Asymptotic 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1,860
		Upper Bound	15,775
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	,621
		Upper Bound	2,758

Domain Instrumental * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Tinggi	Rendah	
Domain Instrumental	Baik	Count	48	7	55
		Expected Count	45,5	9,5	55,0
		% Of Total	43,6%	6,4%	50,0%
		Count	43	12	55
	Kurang	Expected Count	45,5	9,5	55,0
		% Of Total	39,1%	10,9%	50,0%
		Count	91	19	110
		Expected Count	91,0	19,0	110,0
Total		% Of Total	82,7%	17,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig, (2-sided)	Exact Sig, (1- sided)
Pearson Chi-Square	1,591 ^a	1	,207	,313	,157
Continuity Correction ^b	1,018	1	,313		
Likelihood Ratio	1,606	1	,205		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,576	1	,209		
N of Valid Cases	110				

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			1,914
ln(Estimate)			,649
Standard Error of ln(Estimate)			,520
Asymptotic Significance (2-sided)			,212
Asymptotic 95% Common Odds Ratio	Lower		,691
Confidence Interval	Bound		
	Upper Bound	5,301	
	ln(Common Odds	Lower	-,370
	Ratio)	Bound	
	Upper Bound	1,668	

Domain Informasi * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Tinggi	Rendah	
Domain Informasi	Baik	Count	62	7	69
		Expected	57,1	11,9	69,0
		Count			
		% Of Total	56,4%	6,4%	62,7%
	Kurang	Count	29	12	41
		Expected	33,9	7,1	41,0
		Count			
		% Of Total	26,4%	10,9%	37,3%
Total		Count	91	19	110
		Expected	91,0	19,0	110,0
		Count			
		% Of Total	82,7%	17,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig, (2-sided)	Exact Sig, (1- sided)
Pearson Chi-Square	6,582 ^a	1	,010	,017	,011
Continuity Correction ^b	5,312	1	,021		
Likelihood Ratio	6,369	1	,012		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,522	1	,011		
N of Valid Cases	110				

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			3,665
ln(Estimate)			1,299
Standard Error of ln(Estimate)			,526
Asymptotic Significance (2-sided)			,014
Asymptotic 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1,307
		Upper Bound	10,278
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	,268
		Upper Bound	2,330

Domain Penghargaan * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Tinggi	Rendah	
Domain Penghargaan	Baik	Count	62	2	64
		Expected	52,9	11,1	64,0
		Count			
		% Of Total	56,4%	1,8%	58,2%
	Kurang	Count	29	17	46
		Expected	38,1	7,9	46,0
		Count			
		% Of Total	26,4%	15,5%	41,8%
Total		Count	91	19	110

	Expected Count	91,0	19,0	110,0
	% Of Total	82,7%	17,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig, (2-sided)	Exact Sig, (1- sided)
Pearson Chi-Square	21,438 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	19,135	1	,000		
Likelihood Ratio	22,838	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	21,243	1	,000		
N of Valid Cases	110				

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate	18,172		
ln(Estimate)	2,900		
Standard Error of ln(Estimate)	,781		
Asymptotic Significance (2-sided)	,000		
Asymptotic 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	3,935
		Upper Bound	83,929
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,370
		Upper Bound	4,430

3. Korelasi Dukungan Keluarga dengan Aspek Fisik dan Aspek Psikososial dengan Kualitas Hidup

Dukungan Keluarga * Aspek Fisik Crosstabulation

			Aspek Fisik		
			Tinggi	Rendah	Total
Dukungan Keluarga	Baik	Count	37	22	59
		Expected Count	30,0	29,0	59,0
		% of Total	33,6%	20,0%	53,6%
	Buruk	Count	19	32	51
		Expected Count	26,0	25,0	51,0
		% of Total	17,3%	29,1%	46,4%
		% of Total	50,9%	49,1%	100,0%
Total	Count		56	54	110
	Expected Count		56,0	54,0	110,0
	Count				
	% of Total				

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,093 ^a	1	,008	,013	,007
Continuity Correction ^b	6,111	1	,013		
Likelihood Ratio	7,170	1	,007		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	7,029	1	,008		
N of Valid Cases	110				

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate	2,833
ln(Estimate)	1,041
Standard Error of ln(Estimate)	,395

Asymptotic Significance (2-sided)			,008
Asymptotic 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1,305
		Upper Bound	6,148
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	,266
		Upper Bound	1,816

Dukungan Keluarga * Aspek Psikososial Crosstabulation

			Aspek Psikososial		Total
			Tinggi	Rendah	
Dukungan Keluarga	Baik	Count	40	19	59
		Expected Count	36,5	22,5	59,0
		% of Total	36,4%	17,3%	53,6%
	Buruk	Count	28	23	51
		Expected Count	31,5	19,5	51,0
		% of Total	25,5%	20,9%	46,4%
Total		Count	68	42	110
		Expected Count	68,0	42,0	110,0
		% of Total	61,8%	38,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig, (2-sided)	Exact Sig, (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,759 ^a	1	,016		
Continuity Correction ^b	4,869	1	,027		
Likelihood Ratio	5,796	1	,016		
Fisher's Exact Test				,021	,014

Linear-by-Linear Association	5,707	1	,017	
N of Valid Cases	110			

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			2,563
ln(Estimate)			,941
Standard Error of ln(Estimate)			,396
Asymptotic Significance (2-sided)			,017
Asymptotic 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1,179
		Upper Bound	5,570
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	,165
		Upper Bound	1,717

4. Korelasi Variabel Luar dengan Kualitas Hidup Penderita Paska Stroke

Jenis Kelamin * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		
			Tinggi	Rendah	Total
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Count	49	10	59
		% Within Jenis Kelamin	83,1%	16,9%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	53,8%	52,6%	53,6%
		% Of Total	44,5%	9,1%	53,6%
	Perempuan	Count	42	9	51
		% Within Jenis Kelamin	82,4%	17,6%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	46,2%	47,4%	46,4%
		% Of Total	38,2%	8,2%	46,4%
Total		Count	91	19	110

	% Within Jenis Kelamin	82,7%	17,3%	100,0%
	% Within Kualitas Hidup	100,0%	100,0%	100,0%
	% Of Total	82,7%	17,3%	100,0%

Usia * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Tinggi	Rendah	
Usia	18-40	Count	1	0	1
		% Within Usia	100,0%	0,0%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	1,1%	0,0%	0,9%
		% Of Total	0,9%	0,0%	0,9%
	41-60	Count	47	7	54
		% Within Usia	87,0%	13,0%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	51,6%	36,8%	49,1%
		% Of Total	42,7%	6,4%	49,1%
	>60	Count	43	12	55
		% Within Usia	78,2%	21,8%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	47,3%	63,2%	50,0%
		% Of Total	39,1%	10,9%	50,0%
Total		Count	91	19	110
		% Within Usia	82,7%	17,3%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	100,0%	100,0%	100,0%
		% Of Total	82,7%	17,3%	100,0%

Pendidikan Terakhir * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Tinggi	Rendah	
Pendidikan Terakhir	Tidak Sekolah/Tidak Tamat Sd	Count	24	6	30
		% Within Pendidikan Terakhir	80,0%	20,0%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	26,4%	31,6%	27,3%
		% Of Total	21,8%	5,5%	27,3%
	Sd/Sederajat	Count	15	5	20
		% Within Pendidikan Terakhir	75,0%	25,0%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	16,5%	26,3%	18,2%
		% Of Total	13,6%	4,5%	18,2%
	Smp/Sederajat	Count	14	4	18
		% Within Pendidikan Terakhir	77,8%	22,2%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	15,4%	21,1%	16,4%
		% Of Total	12,7%	3,6%	16,4%
	Sma/Sederajat	Count	23	1	24
		% Within Pendidikan Terakhir	95,8%	4,2%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	25,3%	5,3%	21,8%
		% Of Total	20,9%	0,9%	21,8%
	Pendidikan Tinggi	Count	15	3	18
		% Within Pendidikan Terakhir	83,3%	16,7%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	16,5%	15,8%	16,4%
		% Of Total	13,6%	2,7%	16,4%
Total		Count	91	19	110
		% Within Pendidikan Terakhir	82,7%	17,3%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	100,0%	100,0%	100,0%
		% Of Total	82,7%	17,3%	100,0%

Jenis Pekerjaan * Kualitas Hidup Crosstabulation

Jenis Pekerjaan			Kualitas Hidup		Total
			Tinggi	Rendah	
Jenis Pekerjaan	Buruh	Count	3	0	3
		% Within Jenis Pekerjaan	100,0%	0,0%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	3,3%	0,0%	2,7%
		% Of Total	2,7%	0,0%	2,7%
	Wiraswasta	Count	2	0	2
		% Within Jenis Pekerjaan	100,0%	0,0%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	2,2%	0,0%	1,8%
		% Of Total	1,8%	0,0%	1,8%
	Petani/Pedagang	Count	11	1	12
		% Within Jenis Pekerjaan	91,7%	8,3%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	12,1%	5,3%	10,9%
		% Of Total	10,0%	0,9%	10,9%
	Pegawai Swasta	Count	6	0	6
		% Within Jenis Pekerjaan	100,0%	0,0%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	6,6%	0,0%	5,5%
		% Of Total	5,5%	0,0%	5,5%
	Pegawai Negeri	Count	2	1	3
		% Within Jenis Pekerjaan	66,7%	33,3%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	2,2%	5,3%	2,7%
		% Of Total	1,8%	0,9%	2,7%
	Tidak Bekerja/IRT	Count	67	17	84
		% Within Jenis Pekerjaan	79,8%	20,2%	100,0%

Total		% Within Kualitas Hidup	73,6%	89,5%	76,4%
		% Of Total	60,9%	15,5%	76,4%
		Count	91	19	110
		% Within Jenis Pekerjaan	82,7%	17,3%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	100,0%	100,0%	100,0%
		% Of Total	82,7%	17,3%	100,0%

Tingkat Pendapatan * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Tinggi	Rendah	
Tingkat Pendapatan	≥Umk	Count	10	1	11
		% Within Tingkat Pendapatan	90,9%	9,1%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	11,0%	5,3%	10,0%
		% Of Total	9,1%	0,9%	10,0%
	<Umk	Count	14	1	15
		% Within Tingkat Pendapatan	93,3%	6,7%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	15,4%	5,3%	13,6%
		% Of Total	12,7%	0,9%	13,6%
	Tidak Berpendapatan	Count	67	17	84
		% Within Tingkat Pendapatan	79,8%	20,2%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	73,6%	89,5%	76,4%
		% Of Total	60,9%	15,5%	76,4%
Total		Count	91	19	110
		% Within Tingkat Pendapatan	82,7%	17,3%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	100,0%	100,0%	100,0%
		% Of Total	82,7%	17,3%	100,0%

Waktu Serangan Stroke * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Tinggi	Rendah	
Waktu Serangan Stroke	Serangan Pertama	Count	78	12	90
		% Within Waktu Serangan Stroke	86,7%	13,3%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	85,7%	63,2%	81,8%
		% Of Total	70,9%	10,9%	81,8%
	Serangan Berulang	Count	13	7	20
		% Within Waktu Serangan Stroke	65,0%	35,0%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	14,3%	36,8%	18,2%
		% Of Total	11,8%	6,4%	18,2%
	Total	Count	91	19	110
		% Within Waktu Serangan Stroke	82,7%	17,3%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	100,0%	100,0%	100,0%
		% Of Total	82,7%	17,3%	100,0%

Komordibitas * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Tinggi	Rendah	
Komordibitas	11	Count	14	2	16
		% Within Komordibitas	87,5%	12,5%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	15,4%	10,5%	14,5%
		% Of Total	12,7%	1,8%	14,5%
	12	Count	43	12	55
		% Within Komordibitas	87,5%	12,5%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	15,4%	10,5%	14,5%
		% Of Total	12,7%	1,8%	14,5%

		% Within Komordibitas	78,2%	21,8%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	47,3%	63,2%	50,0%
		% Of Total	39,1%	10,9%	50,0%
		Count	29	5	34
	13	% Within Komordibitas	85,3%	14,7%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	31,9%	26,3%	30,9%
		% Of Total	26,4%	4,5%	30,9%
		Count	4	0	4
	14	% Within Komordibitas	100,0%	0,0%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	4,4%	0,0%	3,6%
		% Of Total	3,6%	0,0%	3,6%
		Count	1	0	1
	15	% Within Komordibitas	100,0%	0,0%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	1,1%	0,0%	0,9%
		% Of Total	0,9%	0,0%	0,9%
		Count	91	19	110
Total		% Within Komordibitas	82,7%	17,3%	100,0%
		% Within Kualitas Hidup	100,0%	100,0%	100,0%
		% Of Total	82,7%	17,3%	100,0%
		Count	91	19	110

Mmse * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		Total
			Tinggi	Rendah	
Mmse	12-23	Count	2	7	9

Total	24-26	% Within Mmse	22,2%	77,8%	100,0%
		% Within Kualitas	2,2%	38,9%	8,3%
		Hidup			
		% Of Total	1,8%	6,4%	8,3%
		Count	9	2	11
	27-30	% Within Mmse	81,8%	18,2%	100,0%
		% Within Kualitas	9,9%	11,1%	10,1%
		Hidup			
		% Of Total	8,3%	1,8%	10,1%
		Count	80	9	89
	Total	% Within Mmse	89,9%	10,1%	100,0%
		% Within Kualitas	87,9%	50,0%	81,7%
		Hidup			
		% Of Total	73,4%	8,3%	81,7%
		Count	91	18	109
		% Within Mmse	83,5%	16,5%	100,0%
		% Within Kualitas	100,0%	100,0%	100,0%
		Hidup			
		% Of Total	83,5%	16,5%	100,0%

Lampiran 13. Lembar Konsultasi

Nama : Rizka Nisa Wijayanti
 NIM : 22020117120011
 Dosen Pembimbing : Dr. Fitria Handayani, M.Kep.,Sp.KMB

LEMBAR KONSULTASI

No.	Tanggal	Materi Konsultasi	Keterangan
1.	18 September 2020	Konsultasi fenomena masalah dan judul	ACC judul skripsi
2.	29 September 2020	Konsultasi BAB I	Revisi BAB 1 sesuai dengan 6 pokok pikiran.
3.	19 Oktober 2020	Konsultasi BAB I	Pertajam lagi BAB I dan lanjut ke BAB II dan BAB III
4.	21 Oktober 2020	Konsultasi BAB I	Mempertajam gabe study dan memperbaiki rumusan masalah.
5.	27 Oktober 2020	Konsultasi BAB I, III, dan instrumen penelitian	Memperbaiki gabe study dan definisi operasional khususnya skala pengukuran.
6.	20 Desember 2020	Konsultasi BAB II, dan III, dan instrumen penelitian	Memperbaiki kajian teori pada BAB II, kriteria inklusi dan eksklusi, data demografi, dan pemberian skor MMSE perlu di perhatikan. Mencari kuesioner kualitas hidup pada penderita stroke yang lebih singkat.
7.	20 Januari 2021	Konsultasi BAB III	Perbaiki jumlah sampel, tambahkan waktu serangan stroke pada demografi kuesioner dan di definisi operasional, berikan sitasi pada halaman 3 baris ke-8.
8.	21 Februari	Konsultasi BAB I,	Memperbaiki penulisan kata yang salah,

	2021	BAB II, BAB III	penulisan alur alenia, spesifikasikan tujuan dan manfaat pada penelitian. Memperbaiki pembahasan teori pada BAB II, menuliskan sumber kerangka teori, memperbaiki informed consent, kriteria inklusi dan eksklusi, penulisan kutipan dan referensi menggunakan vancouver.
9.	3 April 2021	Konsultasi BAB III	Perbaiki skala pengukuran pada definisi operasional, mengganti kuesioner dukungan keluarga, menambahkan kuesioner MMSE.
10.	5 April 2021	Konsultasi BAB I	Pada bab satu perlu disederhanakan lagi pengantar tentang stroke, kualitas hidup, perlunya dukungan keluarga pada kualitas hidup, dan terakhir gabe studynya perlu diperjelas lagi.
11.	19 April 2021	Konsultasi BAB III	Memperbaiki kriteria eksklusi.
12	30 Maret 2022	Konsultasi BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V	Menambahkan pembahasan kategori setiap domain dukungan keluarga pada definisi operasional, mengganti pengujian bivariate dengan uji chi-square.
13	1 April 2022	Persetujuan sidang skripsi	Konsultasi terkait hasil analisis korelasi variable luar dengan kualitas hidup penderita paska stroke.
14	27 April 2022	Revisi BAB I	Gap penelitian disampaikan di akhir Tidak perlu menampilkan data hasil statistic Perlu mempertajam lagi pembahasan mengenai stroke pada masa pandemi COVID-19 Perlu memperhatikan penulisan kata "kategori", dan menulis sesuai SPOK Tuliskan kata "COVID-19" pada semua tujuan khusus Bedakan tujuan khusus dengan tujuan umum pada poin ke 5 Perhatikan tujuan dalam penulisan tujuan

			husus pada poin ke 7 dan ke 8 Bedakan pelayanan keperawatan dengan profesi keperawatan Tuliskan dengan jelas manfaat penelitian bagi pelayanan keperawatan, mahasiswa keperawatan, penelitian selanjutnya
		Revisi BAB II	Perhatikan penulisan "tinjauan pustaka" bukan "pustakan" Penulisan COVID-19 ditulis dengan huruf capital Perhatikan penulisan kata "di rumah" bukan "dirumah" dan "antara lain" bukan "antaratlain" Perlu pembahasan yang lebih tajam mengenai dukungan keluarga dan kualitas hidup pada masa pandemi COVID-19 Pembuatan kerangka mewakili pembahasan pada tinjauan pustaka Tuliskan hipotesis penelitian anda sebagai peneliti
		Revisi BAB III	Perlu menjelaskan lebih detail mengenai penggunaan teknik sampling Perhatikan skala pengukuran pada kategori dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita pasca stroke Perlu menjelaskan lebih detail mengenai hasil ukur pada domain dukungan keluarga dan kualitas hidup Tambahkan pembahasan mengenai EC pada etika penelitian Perhatikan penulisan besar sampel penelitian Perhatikan spasi pada penulisan setiap kata Perhatikan skala pengukuran pada waktu serangan stroke Apakah instrumen penelitian digunakan untuk meneliti dukungan keluarga dan kualitas hidup secara khusus pada masa pandemi COVID-19 Checklist menggunakan font italic
		Revisi BAB IV	Penulisan hasil penelitian sesuai judulnya

			Menggunakan koma untuk hasil penelitian decimal Jelaskan arti OR Judul diganti menjadi "karakteristik demografi penderita paska stroke" Angka dipisah dengan koma dan dibelakang koma tentukan menggunakan 1 atau 2 angka Masukkan karakteristik yang berhubungan dengan stroke ke dalam data demografi Menjelaskan makna OR
		Revisi BAB V	Jelaskan lebih mendalam mengapa variabel pada penelitian tersebut tersebut berhubungan dan tidak berhubungan Tambahkan pembahasan mengenai pandemi COVID-19 tidak ada Jawaban yang diberikan masing-masing responden dapat digunakan untuk mendukung justifikasi peneliti
		Revisi BAB VI	Kurang operasional
15	2 Juni 2022	Revisi BAB IV	Lama menderita stroke dikaitkan dengan survival rate penderita paska stroke Waktu serangan stroke dikaitkan dengan serangan stroke berulang dan tidak berulang Terjemahkan kategori skor MMSE Dukungan keluarga dan kualitas hidup tambahkan nilai median, mean, max, IQR Cari penyebab aspek fisik dan psikososial kualitas hidup tinggi atau rendah Cari perbandingan presentase hasil penelitian di negara berkembang misalnya samakan pendidikan tinggi dengan perguruan tinggi atau bekerja dengan tidak bekerja
16	6 Juni 2022	Revisi BAB IV dan BAB V	Mengganti nilai mean, median, modus, max, dan IQR pada table dukungan keluarga, kualitas hidup, dan tabulasi silang. Melanjutkan penulisan BAB 5 dan artikel
17	24 Juni 2022	Revisi BAB I dan BAB IV	Penulisan abstrak perlu memperhatikan berapa kata yang digunakan Memperhatikan penomoran table

