

SKRIPSI

**DETERMINAN KUALITAS HIDUP PENDERITA STROKE
DI RSUD LABUANG BAJI KOTA MAKASSAR TAHUN 2021**

**VIKY INDRA MAHENDRA B.
K011171524**



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**DETERMINAN KUALITAS HIDUP PENDERITA STROKE
DI RSUD LABUANG BAJI KOTA MAKASSAR
TAHUN 2021**

Disusun dan diajukan oleh

**VIKY INDRA MAHENDRA B.
K011171524**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas
Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 9 April 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,


Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


Dr. Ida Leida Maria, S.KM, M.KM., MScPH
NIP. 196802261993032003


Andi Selvi Yusnitasari, S.KM., M.Kes
NIP. 199001232019032017

Ketua Program Studi,


Dr. Suriah, S.KM., M.Kes
NIP. 197405202002122001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Jum'at
Tanggal 9 April 2021.

Ketua : Dr. Ida Leida Maria, S.KM., M.KM., MScPH (.....)

Sekretaris : Andi Selvi Yusnitasari, S.KM., M.Kes. (.....)

Anggota :

1. Jumriani Ansar, S.KM., M.Kes (.....)

2. Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc. (.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Viky Indra Mahendra B.
NIM : K011171524
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
HP : 087840801075
E-mail : vikyindramahendra@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul artikel “Determinan Kualitas Hidup Penderita Stroke di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021” benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 15 April 2021


METERA
TEMPEL
BF035AHF911699439
6000
ENAM RIBU RUPIAH
Viky Indra Mahendra B.

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Epidemiologi

Viky Indra Mahendra B.

“Determinan Kualitas Hidup Penderita Stroke di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021” (xi + 110 Halaman + 30 Tabel + 3 Gambar + 8 Lampiran)

Stroke merupakan penyakit tidak menular yang memiliki tingkat mortalitas dan morbiditas yang tinggi dan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, yang mana berdampak terhadap kualitas hidup penderita. Karakteristik individu dan beberapa faktor lainnya diduga menjadi pemicu rendahnya kualitas hidup penderita stroke, sehingga perlu diketahui determinan yang mempengaruhi kualitas hidup penderita pasca stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui determinan kualitas hidup penderita stroke.

Desain penelitian menggunakan desain studi *cross sectional*. Adapun besar sampel penelitian sebanyak 102 sampel. Penelitian berlangsung pada tanggal 27 Januari-14 Maret 2021 di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Kota Makassar. Instrumen penelitian yang digunakan adalah WHOQOL-BREF, *Perceived Stress Scale* (PSS) dan Kuesioner Dukungan Keluarga. Teknik analisis data yang digunakan yaitu analisis univariat dan analisis bivariate menggunakan uji *chi-square*.

Hasil menunjukkan bahwa jenis kelamin ($p=0,035$), tingkat stres ($p=0,042$), dan dukungan keluarga ($p=0,037$) memiliki hubungan dengan kualitas hidup penderita stroke, dan tidak ada hubungan antara variabel umur ($p=0,530$), tingkat pendidikan ($p=0,367$), status pekerjaan ($p=0,142$), lama menderita ($p=0,681$), dan komorbid ($p=0,874$) dengan kualitas hidup penderita stroke. Jenis kelamin, tingkat stress, dan dukungan keluarga memiliki hubungan dengan kualitas hidup penderita stroke.

Kata Kunci : Stroke, Kualitas Hidup, Penderita Stroke.

Daftar Pustaka : 104 (2005-2020)

SUMMARY

*Hasanuddin University
Faculty of Public Health
Epidemiology*

Viky Indra Mahendra B.

“Determinants Quality of Life in Stroke Survivors at Provincial Hospital of Labuang Baji Makassar City in 2021” (xi + 110 pages + 30 tables + 3 figures + 8 attachments)

Stroke is an noncommunicable diseases with high amount of morbidity and mortality rates and stated as a public health problem, and affected quality of life of stroke survivors. Individual characteristics and any other factors expected to determine poor quality of life in stroke survivors, and study should find the determinants related to quality of life in stroke patients. This study tends to find determinants quality of life in stroke survivors.

This study used a cross sectional approach. The amount of respondents are 102 sampels. Data collected from 27th Januari until 14th March 2021 in Provincial Hospital of Labuang Baji Makassar City. Instrument used was WHOQOL-BREF, Perceived Stress Scale, and Family Support Questionnaire. Data analyzed with univariate analysis and bivariate analysis using chi-square test.

The study found that sex ($p=0,035$), stress level ($p=0,042$), and family support ($p=0,037$) associated with quality of life in stroke survivors, and there are no association between age ($p=0,530$), education level ($p=0,367$), occupational status ($p=0,142$), duration of illness ($p=0,681$), comorbidities ($p=0,874$) with quality of life in stroke survivors. The conclusion of this study is sex, stress level, and family support have association with quality of life in stroke patients

Keywords : **Stroke, Quality of Life, Stroke Survivors.**

Bibliography : **104 (2005-2020)**

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarokatuh.

Segala puji dan syukur bagi Allah *Shubahanahu Wa Ta'ala*, karena berkat rahmat dan ridha-Nya yang senantiasa memberikan kesehatan dan kemampuan berpikir kepada penulis sehingga tugas skripsi ini dapat terselesaikan. Shalawat dan salam tidak lupa diucapkan kepada Baginda Rasulullah *Shallallahu 'Alaihi Wa Sallam* yang merupakan sebaik-baiknya suri tauladan.

Alhamdulillah, dengan penuh usaha serta kerja keras dan doa dari keluarga, kerabat, serta seluruh pihak yang membantu dalam terselesaikannya skripsi ini dengan Judul “**Determinan Kualitas Hidup Penderita Stroke di RSUD Labuang Baji Kota Makasar Tahun 2021**” dapat terselesaikan yang merupakan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di tempat kami menimba ilmu selama kurang lebih 3,5 tahun lamanya. Skripsi ini saya dedikasikan yang paling utama kepada kedua orang tua saya, bapak saya, **Alm. Baharuddin K, S.H.**, dan ibu saya **Rohani**, yang selama ini telah menjadi sumber dukungan utama dan semangat dalam hidup sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini. Kasih sayang mu takkan pernah tergantikan sampai akhir hayat. Semoga dapat membuat ibu dan bapak bangga dengan ini. Tak lupa pula saya persembahkan kepada Saudara-Saudari Kandung saya, saya yang telah mendukung dan menyemangati selama pengerjaan skripsi.

Selama proses pengerjaan skripsi, begitu banyak bantuan, dukungan, serta motivasi yang didapatkan oleh peneliti dalam menghadapi lika-liku penelitian

serta pengerjaan karya ini. Namun, peneliti dapat melewati hambatan serta tantangan tersebut dengan mudah. Dengan segala kerendahan hati, disampaikan rasa terima kasih yang tulus oleh peneliti terkhusus kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A., selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, S.KM., M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Jumriani Ansar, S.KM., M.Kes selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Dr. Ida Leida Maria, S.KM., M.KM., M.ScPH selaku pembimbing I dan ibu Andi Selvi Yusnitasari, S.KM., M.Kes selaku pembimbing II yang tak henti-hentinya membimbing dan meluangkan waktu serta pikirannya di tengah kesibukannya demi terselesaikannya skripsi ini.
5. Bapak Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc. selaku penguji dari Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku dan ibu Jumriani Ansar, S.KM., M.Kes yang telah memberikan kritik, saran, serta arahan dalam perbaikan serta penyelesaian skripsi ini.
6. Ibu Dr. Suriah, S.KM., M.Kes selaku penasehat akademik yang telah memberikan nasehat, bimbingan, motivasi, serta dukungan dalam mengenyam akademik dunia perkuliahan di FKM Unhas.
7. Seluruh Bapak dan Ibu dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah mengajarkan segala hal dan pengalaman yang berharga terkait ilmu kesehatan masyarakat selama mengikuti perkuliahan di kelas.

8. Seluruh staf dan pegawai di FKM Unhas yang telah membantu dalam seluruh pengurusan dalam pelaksanaan kuliah selama di FKM Unhas baik secara langsung maupun tidak langsung.
9. Terutama kepada *support system* selama menempuh pendidikan S1 di FKM Unhas, BCD (Alifyadi, Renaldi, Fatur, Syalsa, Khofifah, Uthe, Tiwi, Athirah, Feby, Ayun, dan Irba) yang telah mewarnai kehidupan kampus setiap hari dan kebersamai di kala susah, senang, sedih, hingga duka. Semoga persahabatan ini akan terus ada dan terus berlanjut jika telah sukses di jalan masing-masing. Terima kasih, BCD.
10. Nurul Athirah Imran, yang telah meminjamkan laptopnya untuk keperluan skripsi, tanpa bantuan beliau skripsi ini tidak akan terselesaikan. Semoga Allah membalas kebaikanmu berlipat ganda. Terima kasih.
11. Rekan sahabat mahasiswa FKM Unhas angkatan 2017, terkhusus Epidemiologi angkatan 2017 yang telah kebersamai serta membantu dalam perkuliahan di jurusan Epidemiologi FKM Unhas.
12. Teman seperjuangan GASOLINE dan TEAMMATES (Laras, Aidah, Mute, Dika, Fita, dan Rafiqah) yang telah memberikan dukungan serta kerjasamanya dalam penyelesaian tugas-tugas selama masa perkuliahan di epidemiologi FKM Unhas.
13. Arista Larasati, sobat perjuangan skripsi jatuh bangun yang senantiasa menemani turun ke lapangan untuk wawancara responden di samping teriknya panas matahari memasuki rumah warga, terima kasih.

14. Sahabat CATFISH (Fhika, Lulu, Nabilah, dan Fatur) yang telah mewarnai perkuliahan di masa-masa semester awal di FKM Unhas.
15. Kakak-kakak alumni yang telah membantu dan memberikan dukungan berupa saran dan motivasi selama penyusunan skripsi, Kak Askar, Kak Muharfian, dan Kak Firman, Kak Riswan.
16. Kepada seluruh teman-teman dalam kepengurusan LD Al-‘Aafiyah pada periode 2018-2019 (Irham, Agung, Ahmad, Iskandar, Ihsan, dll) yang telah memberikan pengalaman serta atmosfer dalam berorganisasi di FKM Unhas.
17. Teman-teman relawan hura-hura serta kakak-kakak relawan KKP Kelas I Makassar, yang telah memberikan semangat, doa, dan dukungan kepada peneliti dalam penyusunan skripsi selama di lokasi kerja.
18. Pihak Rumah Sakit Labuang Baji, Bapak Firman, Bu Ida, serta Pak Ivan yang senantiasa membantu administrasi pengurusan penelitian.

Makassar, 17 Februari 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	1
RINGKASAN	i
SUMMARY	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Umum tentang Penyakit Stroke	9
B. Tinjauan Umum tentang Kualitas Hidup.....	18
C. Tinjauan Umum Variabel Penelitian	22
D. Kerangka Teori.....	34
BAB III KERANGKA KONSEP	36
A. Dasar Pemikiran Variabel yang diteliti	36
B. Kerangka Konsep	36
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	38
D. Hipotesis Penelitian.....	41
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	43
A. Jenis Penelitian	43
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	43
C. Populasi dan Sampel	43
D. Instrumen Penelitian.....	45
E. Sumber Data	45
F. Pengumpulan Data	46
G. Pengolahan dan Analisis Data.....	47
H. Penyajian Data.....	49
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	50
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	50
B. Hasil Penelitian.....	51
C. Pembahasan	77
D. Keterbatasan Penelitian	98
BAB VI PENUTUP	100
A. Kesimpulan	100
B. Saran	101
DAFTAR PUSTAKA	103
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Kelompok Umur Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021.....	51
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Jenis Kelamin Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021.....	52
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Tingkat Pendidikan Terakhir Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	52
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Pekerjaan Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021.....	53
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Suku Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021.....	53
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Sarana Wawancara Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021 ...	54
Tabel 5.7	Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok Umur dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	55
Tabel 5.8	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	55
Tabel 5.9	Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	56
Tabel 5.10	Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021.....	56
Tabel 5.11	Karakteristik Responden Berdasarkan Suku dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021.....	57
Tabel 5.12	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Stroke dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	57
Tabel 5.13	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Stroke yang diderita Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021 ...	58
Tabel 5.14	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kategori Umur Responden Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021.....	58
Tabel 5.15	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kategori Pendidikan Responden Pada Pasien RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	59
Tabel 5.16	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Pekerjaan Responden Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021.....	59

Tabel 5.17	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lama Menderita Penyakit Responden Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	60
Tabel 5.18	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Komorbid Responden Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021 ...	61
Tabel 5.19	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Stres Selama Sebulan Terakhir Responden Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	62
Tabel 5.20	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kategori Tingkat Stres Responden Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar tahun 2021.....	63
Tabel 5.21	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Dukungan Keluarga Responden Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	64
Tabel 5.22	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kategori Dukungan Keluarga Responden Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	65
Tabel 5.23	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Domain Kualitas Hidup Responden Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	65
Tabel 5.24	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kualitas Hidup Responden Pada Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021.....	66
Tabel 5.25	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Kesehatan Fisik Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021.....	67
Tabel 5.26	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Kesehatan Psikologis Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021.....	68
Tabel 5.27	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Hubungan Sosial Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021.....	71
Tabel 5.28	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Lingkungan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	72
Tabel 5.29	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021 ...	73
Tabel 5.30	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Beberapa Domain Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021	75

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2	Kerangka Teori.....	34
Gambar 3.1	Kerangka Konsep.....	37
Gambar 5.1	Denah RSUD Labuang Baji Kota Makassar.....	50

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesioner Penelitian
Lampiran 2	Lembar Perbaikan Proposal
Lampiran 3	Surat Izin Penelitian Kampus
Lampiran 4	Surat Izin Penelitian PTSP
Lampiran 5	Surat Rekomendasi Lokasi Penelitian
Lampiran 6	Dokumentasi Penelitian
Lampiran 7	Hasil Analisis SPSS
Lampiran 8	Riwayat Hidup peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan jenis penyakit pada sistem neurologis yang memiliki tingkat kematian dan kesakitan yang tinggi, meningkat seiring dengan bertambahnya usia, yaitu umumnya dijumpai pada usia di atas 55 tahun dan termasuk dalam penyebab kematian tertinggi atau dalam urutan tiga besar, umumnya terjadi pada negara sedang berkembang (Bustan, 2015). Stroke dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik merupakan kelainan pada pembuluh darah otak yang disebabkan adanya penumpukan plak pada dinding pembuluh darah sehingga terjadi *aterosklerosis* atau pembekuan pada pembuluh darah di otak, sedangkan stroke hemoragik adalah ketidaknormalan sirkulasi darah pada pembuluh darah otak disebabkan karena pecahnya pembuluh darah (Fauziah, Yarlitasari dan Muhsinin, 2016)

Secara global, stroke merupakan penyakit tertinggi kedua yang menyebabkan kematian dan ketiga yang menyebabkan kecacatan dan menyerang penduduk pada negara dengan pendapatan menengah ke bawah hingga rendah sekalipun. Selama 15 tahun, stroke telah menyebabkan banyak kematian dan mempengaruhi perkembangan sosial ekonomi masyarakat (Johnson *et al.*, 2016). Stroke memberikan kontribusi hampir 800.000 orang menderita penyakit stroke tiap tahunnya, dan lebih dari 140.000 orang meninggal dan yang sembuh dari stroke mengalami kecacatan. Setiap empat

puluh detik seseorang di Amerika Serikat terkena stroke, 3 dari 4 dari penderita stroke mengalami kematian, namun di samping fakta tersebut menunjukkan bahwa sekitar 80% stroke dapat dicegah. Orang berkulit hitam memiliki angka kematian tertinggi di antara ras atau etnis lainnya (CDC, 2017).

Stroke di Asia merupakan penyakit yang menjadi masalah serius di antara negara lainnya, mengingat populasi manusia di benua Asia mencakup 60% dari penduduk dunia. Kematian akibat stroke di Asia adalah tertinggi dibandingkan dengan negara-negara lainnya, seperti Amerika dan Australia. Angka kematian stroke di benua Asia khususnya negara seperti Jepang, Singapura, Bangladesh, Papua Nugini, dan Bhutan merupakan negara yang memiliki angka kematian stroke yang rendah, sedangkan Mongolia menduduki angka tertinggi, yaitu 222.6 per 100.000 penduduk per tahun, dan Indonesia memiliki angka kematian stroke 193.3 per 100.000 penduduk per tahun, disusul Korea Utara dan Myanmar (Venketasubramanian *et al.*, 2017).

Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan data kejadian stroke di Indonesia. Prevalensi stroke di Indonesia yaitu 10,9%, yang mana daerah yang tertinggi prevalensi stroke yaitu Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, yaitu 14,6%. Adapun prevalensi stroke di Provinsi Sulawesi Selatan yaitu 10,6%. Kelompok umur yang paling banyak mengalami stroke yaitu pada kelompok umur 75 tahun ke atas, yaitu 50,2%, umumnya laki-laki lebih berisiko terkena stroke. Stroke sering terjadi pada daerah perkotaan, dan proporsi kontrol stroke ke pelayanan kesehatan masih di bawah 50%. (Kemenkes, 2018). Data pada penelitian di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung periode

Januari-Desember 2011 menunjukkan bahwa persentase kejadian stroke yang paling sering adalah stroke iskemik dengan prevalensi sebanyak 74%, dengan rincian lokasi area pada sistem pembuluh darah akibat stroke paling sering terjadi pada sistem karotis, yaitu 89,6%. (Badriyah, Amalia dan Sumarwan, 2016).

Stroke dapat mengenai usia muda, dengan faktor risiko yaitu hipertensi, diabetes, hiperkolesterolemia, obesitas, dan sebagainya, namun faktor risiko pada usia 35-64 tahun tidak terdeteksi dan ditangani. (CDC, 2017). Stroke diperkirakan selama 20 tahun akan terus-menerus menjadi beban yang akan meningkat secara eksponensial dalam lingkup global (Mukherjee dan Patil, 2011). Kelompok umur serta masyarakat yang terkena stroke kian bervariasi dan semakin menuju ke usia produktif. Namun, tidak menutup kemungkinan bahwa stroke dapat mengenai golongan usia produktif. Pada usia produktif, yaitu usia 15 hingga 50 tahun menunjukkan insidensi penyakit stroke yang terus meningkat dan diperkirakan pada kisaran 15-18% dari seluruh stroke iskemik. (Kissela *et al.*, 2012). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa kejadian stroke pada usia lanjut masih tinggi, yaitu menurut penelitian Dinata, Safrita dan Sastri (2012) menyatakan bahwa stroke banyak diderita pada usia ≥ 50 tahun yaitu 81,25% dan < 50 tahun sebanyak 18,75% dan sebagian besar ibu rumah tangga menderita stroke iskemik.

Penyakit stroke yang memiliki morbiditas, mortalitas, hingga golongan umur yang terserang sangat bervariasi sehingga stroke masih menjadi masalah dalam kesehatan masyarakat. Selain itu, stroke merupakan penyakit yang dapat

mempengaruhi kualitas hidup penderita dikarenakan cacat yang diderita. Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap kehidupan meliputi budaya, sistem penilaian, target, harapan, dan rasa kekhawatiran untuk memiliki hidup yang baik. Faktor-faktor yang diduga mempengaruhi kualitas hidup penderita setelah serangan stroke terbagi dalam beberapa dimensi, yaitu fisik, mental, fungsional, serta sosial, seperti penyakit penyerta, tingkat pendidikan, tipe stroke, kurangnya aktivitas fisik, status fungsional, dan depresi (Jeong *et al.*, 2012).

Determinan sosial merupakan faktor penentu yang ada di dalam masyarakat meliputi dimensi budaya, politik, ekonomi, pendidikan, faktor biologi, dan perilaku yang berkontribusi terhadap derajat kesehatan masyarakat sehingga dapat menjadi indikator untuk mengetahui masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat dalam perspektif sosial (Amelia M, Thaha dan Masni, 2015). Kualitas hidup pasien stroke turut dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya faktor atau determinan kualitas hidup. Oleh karena itu, determinan yang mempengaruhi kualitas hidup penderita stroke perlu diteliti dan diidentifikasi, di antaranya umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, lama menderita, komorbid, tingkat stres, dan dukungan keluarga.

Karakteristik individu pasien stroke di antaranya umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan memiliki asosiasi dengan domain dalam pengukuran kualitas hidup, yang mana berdampak pada rendahnya kualitas hidup pasien stroke dan diperparah dengan adanya komorbid atau penyakit penyerta (Nichols-Larsen *et al.*, 2005). Berdasarkan penelitian menemukan bahwa

status pekerjaan memiliki hubungan yang signifikan terhadap kualitas hidup penderita stroke iskemik (Rachmania *et al.*, 2020). Tekanan psikologis atau *psychological distress* merupakan salah satu determinan pada pasien yang mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca serangan stroke dan memiliki hubungan yang kuat. Oleh karena itu, tekanan psikologis diduga menjadi salah satu faktor dominan yang memiliki hubungan dengan kualitas hidup penderita stroke (Jeong *et al.*, 2012). Stress merupakan salah satu faktor psikososial yang 15-25% ditemukan pada pasien stroke, dan pasien stroke yang mengalami gangguan dasar aktivitas sehari-hari sebanyak 30-40% (Marbun, Juanita dan Ariani, 2016). Dukungan keluarga juga merupakan salah satu aspek penting yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita stroke (Erlina, 2014).

Kasus stroke di Sulawesi Selatan berdasarkan data Surveilans Penyakit Tidak Menular (PTM) pada bidang P2PL Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2014, jumlah kasus penderita stroke lama sebanyak 1.811 kasus, dan penderita baru sebanyak 3.512 kasus, dengan 160 kematian. (Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2015). Berdasarkan data rekam medik RSUD Labuang Baji kota Makassar tahun 2017-2019, menunjukkan total kasus baru stroke yaitu 145 kasus. Penelitian ini dilakukan di RSUD Labuang Baji Kota Makassar yang merupakan salah satu rumah sakit pemerintah rujukan daerah di provinsi Sulawesi Selatan sehingga pasien stroke biasanya dirujuk di rumah sakit ini.

Stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular yang memiliki beban yang berat di dalam dunia kesehatan masyarakat, yaitu morbiditas dan

mortalitas yang terus meningkat sehingga masih menjadi masalah pada lingkup global maupun nasional. Kejadian stroke umumnya terjadi pada usia lanjut namun saat ini telah mengalami pergeseran ke umur yang lebih muda, sehingga serangan stroke terjadi pada golongan umur yang bervariasi. Stroke terjadi secara tiba-tiba yang menyerang sistem neurologis yang dapat menyebabkan kecacatan. Stroke dalam perjalanannya merupakan penyakit yang dapat memberikan kecacatan kepada penderita sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Dimensi dari kualitas hidup meliputi dimensi fisik, sosial, mental, serta fungsional sebagai determinan sosial pada penderita stroke. Oleh karena itu, pada penelitian ini menganalisis hubungan antara determinan sosial terhadap kualitas hidup penderita stroke di RSUD Labuang Baji kota Makassar tahun 2021.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah dijelaskan pada poin sebelumnya, maka rumusan masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

“Apakah faktor determinan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Labuang Baji Kota Makassar tahun 2021?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui determinan kualitas hidup penderita stroke di RSUD Labuang Baji Kota Makassar tahun 2021.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan antara umur dengan kualitas hidup penderita stroke.
- b. Untuk mengetahui hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup penderita stroke.
- c. Untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup penderita stroke.
- d. Untuk mengetahui hubungan antara status pekerjaan dengan kualitas hidup penderita stroke.
- e. Untuk mengetahui hubungan antara lama menderita dengan kualitas hidup penderita stroke.
- f. Untuk mengetahui hubungan antara komorbid dengan kualitas hidup penderita stroke.
- g. Untuk mengetahui hubungan antara tingkat stres dengan kualitas hidup penderita stroke.
- h. Untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita stroke.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Dari penelitian ini diharapkan mampu menggerakkan praktisi kesehatan masyarakat dalam mengetahui dan mengendalikan faktor-faktor yang berkaitan dengan determinan sosial pada pasien stroke sehingga dapat secara perlahan memperbaiki kualitas hidup pasien stroke.

2. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah referensi terkait hubungan antara determinan sosial terhadap kualitas hidup penderita stroke dan dapat digunakan dalam pengembangan topik penelitian yang berkaitan dengan stroke atau penyakit tidak menular yang lainnya.

3. Manfaat Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi kepada fasilitas kesehatan, khususnya pihak rumah sakit dalam pencegahan dan pengendalian determinan sosial terkait kualitas hidup penderita stroke serta perbaikan kualitas pelayanan perawatan pasien pasca stroke sehingga berdampak pada perbaikan kualitas hidup pasien stroke.

4. Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi kesehatan yang dapat digunakan oleh masyarakat dalam melakukan pencegahan dan pengendalian lebih dini terkait faktor sosial yang berpengaruh terhadap kejadian stroke serta penerapan pilar hidup sehat dalam mencegah penyakit tidak menular dan degeneratif khususnya peningkatan kualitas hidup pada pasien stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Penyakit Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke merupakan penyakit tidak menular yang termasuk dalam defisit neurologis pada sistem saraf pusat, termasuk infark serebral, pendarahan intraserebral, dan pendarahan subarachnoid. Stroke merupakan fase di mana gangguan atau disfungsi akut pada sistem saraf yang disebabkan oleh penumpukan plak atau pendarahan di pembuluh darah yang terjadi selama ≥ 24 jam hingga berujung kematian (Sacco *et al.*, 2013). Definsi lain stroke yaitu kejadian terhentinya aliran darah ke otak disebabkan adanya kejadian pecah pembuluh darah ke otak atau terjadi *infark* atau sumbatan yang disebabkan oleh plak di pembuluh darah sehingga tidak adanya aliran darah yang membawa zat-zat bagi otak (Kemenkes, 2019). Menurut Geyer (2009), stroke adalah sindrom klinis yang ditandai dengan berkembangnya tiba-tiba defisit neurologis persisten fokus sekunder terhadap peristiwa pembuluh darah.

2. Klasifikasi Stroke

Berdasarkan kelainan patologis, stroke dapat dibedakan menjadi dua, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Israr, 2008).

- a. Stroke Iskemik (non-hemoragik), yaitu gumpalan pembuluh darah yang disebabkan proses aterosklerosis. Klasifikasi stroke iskemik terbagi menjadi tiga macam, yaitu stroke embolik, stroke trombotik, dan stroke

hiperfusi.

- b. Stroke Hemoragik, yaitu pendarahan pembuluh darah otak disebabkan tingginya tekanan darah di otak disertai aneurisma. Stroke hemoragik terbagi menjadi dua, yaitu pendarahan pada subarachnoid dan pendarahan intraserebral. Pendarahan subarachnoid yaitu pendarahan yang terjadi pada tempat cairan serebrospinal dikarenakan trauma, aneurisma, serta kecacatan arterivenosa. Hematoma juga merupakan pendarahan diakibatkan stroke iskemik disebabkan tekanan darah tidak terkontrol. Hematoma sering disebabkan oleh trauma. Stroke hemoragik lebih mematikan daripada stroke iskemik. (Fagan and Hess, 2014).

3. Patofisiologi Stroke

Otak merupakan organ yang memiliki aktivitas metabolisme yang tinggi yang diperkirakan jaringan otak. sekitar 20% dari total curah jantung (Wahjoepramono, 2005). Iskemik otak adalah keadaan di mana gangguan pemasokan darah dalam otak sehingga berdampak pada sistem saraf pusat atau otak. Infark terjadi dikarenakan kurangnya suplai darah sampai ke tingkat paling rendah dari titik kritis yang diperlukan untuk kehidupan sel. Dua penyebab utama infark adalah thrombus dan emboli. Kasus infark stroke diduga banyak terjadi setelah thrombus pada pembuluh darah aterosklerotik. Oleh karena itu, kelainan tersebut mengakibatkan terjadinya iskemia dan berakhir pada kematian jaringan otak. Kematian jaringan pada otak ditandai dengan ciri-ciri yaitu adanya perubahan secara fisiologis yang

sesuai dengan tingkatan aliran darah, gangguan metabolisme, dan perubahan mikrosirkulasi (Bustan, 2015).

Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit, akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut. Alasannya adalah bahwa mungkin terdapat sirkulasi kolateral yang memadai ke daerah tersebut. Proses patologik yang mendasari mungkin salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Patologinya dapat berupa (1) keadaan penyakit pada pembuluh itu sendiri, seperti pada aterosklerosis dan trombosis, robeknya dinding pembuluh, atau peradangan; (2) berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositas darah; (3) gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstrakranium; atau (4) ruptur vaskular di dalam jaringan otak atau ruang subaraknoid (Price *et al.*, 2006)

Stroke iskemik terjadi dikarenakan asupan darah terhambat dikarenakan adanya plak yang disebabkan karena adanya trombus, emboli, dan hiperfusi fokal yang berdampak pada penurunan aliran darah otak. Stroke iskemik secara patofisiologis merupakan proses dinamis dimana semakin lama adanya penumpukan di pembuluh darah maka semakin besar ukuran *infark* (Kanyal, 2015). Percabangan arteri seberal merupakan lokasi yang paling sering terjadi trombus, yaitu daerah distribusi dari arteri karotis

interna (Woodruff *et al.*, 2011). Stenosis arteri menyebabkan turbulensi atau menghambatnya aliran darah, sehingga metabolisme glukosa di otak tidak berjalan. Bila tidak ada aliran selama lebih dari 2 menit menyebabkan aktivitas jaringan otak berhenti, dan seterusnya semakin lama suplai darah terhenti maka dapat menyebabkan kematian akibat stroke. (Hinkle and Guanci, 2007; Maas and Safdieh, 2009).

Stroke hemoragik terjadi disebabkan karena pecahnya arteri di otak atau tumpahnya darah ke otak atau rongga antara permukaan luar otak dan tengkorak. Stroke hemoragik terbagi menjadi dua, yaitu:

- a. Pendarahan intraserebral, disebabkan pecahnya mikroaneurisma akibat hipertensi maligna (Mitchell *et al.*, 2006). Penderita stroke dengan pendarahan intraserebral umumnya tidak memiliki riwayat hipertensi. Etiologi pendarahan intraserebral terbagi menjadi dua, yaitu Hypertensive Intracerebral Hemorrhage dan Non-hypertensive Intracerebral Hemorrhage. Yang termasuk Non-hypertensive Intracerebral Hemorrhage adalah Cerebral Amyloid Angiopathy (CAA), pemakai anti koagulansia/trombolitik, neoplasma, drug abuse, aneurisma/AVM, idiopatik, dan lain-lain (Nasution, 2006).
- b. Pada perdarahan subaraknoid, perdarahan terjadi di sekeliling otak hingga ke ruang subaraknoid dan ruang cairan serebrospinal. Penyebab perdarahan subaraknoid, antara lain aneurisma, malformasi arteriovenous, antikoagulan, tumor, vaskulitis, dan tidak diketahui (Mardjono, 2009).

4. Gejala dan Tanda Stroke

Gejala-gejala ringan stroke dapat dikenali seperti seringnya kesemutan ringan tanpa sebab, sakit kepala atau vertigo ringan, tiba-tiba sulit menggerakkan mulut dan sulit berbicara, lumpuh sebelah serta mendadak pikun dan cadel. Bagi mereka yang pernah mengalami serangan stroke lalu dikemudian hari terkena serangan stroke yang kedua, maka serangan stroke ulangan ini lebih berbahaya dan dapat menyebabkan kematian. (Sutrisno, 2007).

Bustan (2015) dalam bukunya menjabarkan terkait gambaran klinis penderita stroke iskemik. Perbedaan gambaran secara klinik penderita stroke iskemik dan stroke hemoragik memiliki kemiripan yang hampir sama sehingga sulit untuk didiagnosis, dikarenakan kasus stroke infark serebral yang memiliki gambaran klinis sama dengan stroke pendarahan intraserebral. Dalam mendiagnosis stroke iskemik maupun hemoragik telah dikembangkan berbagai metode selain CT Scan, yaitu Sistem Skoring oleh Djoenaidi tahun 1998, Guy's Hospital Score tahun 1985, dan Siriraj Hospital Score. Penderita stroke iskemik dengan tipe stroke trombotik memiliki gambaran klinis biasanya yaitu:

- a. Penderita saat santai atau tidur, kemudian bangun dengan keadaan lemah dan langsung terjatuh.
- b. Terasa pegal-pegal selama beberapa waktu atau kram separuh tubuh.
- c. Nyeri kepala yang hebat disertai mual, muntah dan demam.
- d. Umumnya terjadi pada umur 60 tahun ke atas.

5. Faktor Risiko Stroke

Secara umum, faktor risiko stroke dibedakan menjadi dua, yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi (*unchangeable*) dan faktor yang dapat dimodifikasi (*changeable*). Faktor risiko stroke yang termasuk tidak dapat dimodifikasi atau diubah adalah usia, jenis kelamin, ras, riwayat penyakit stroke pada keluarga, serta riwayat serangan stroke sebelumnya atau *Transient Ischaemic Attack* (TIA) (Hinkle dan Guanci, 2007). Adapun faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia, penyakit jantung, merokok, kebiasaan meminum alcohol, obesitas, dan penggunaan alat kontrasepsi oral, namun *Transient Ischaemic Attack* (TIA) juga merupakan faktor risiko yang dapat dimodifikasi (Bustan, 2015).

Faktor risiko stroke dapat dibagi dalam dua bagian, yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi (*modifiable risk factor*) dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi (*unmodifiable risk factor*)

a. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi (*modifiable risk factor*).

1) Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor risiko yang memiliki hubungan dengan kejadian stroke. Perokok memiliki risiko yang lebih tinggi terkena stroke dibandingkan dengan yang tidak merokok. Jika dilihat dari status perokok, perokok aktif lebih memiliki risiko 1,46 kali terkena stroke dan perokok pasif 1,45 kali dapat meningkatkan risiko stroke (Pan *et al.*, 2019). Namun,

penelitian lain yaitu Pradipta dalam Khairatunnisa dan Sari (2017) menemukan bahwa hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian stroke biasa saja khususnya pada perokok yang mengonsumsi lebih dari 20 batang rokok perharinya, oleh karena itu berhenti merokok dapat menurunkan insiden stroke.

2) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko utama seseorang terkena stroke. Stroke merupakan penyakit yang dapat menyebabkan kematian secara mendadak. Orang yang terkena hipertensi 6 kali lebih berisiko terkena stroke. Hipertensi yaitu keadaan tekanan darah di atas 140/90 mmHg. Hipertensi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah sehingga memudahkan terjadinya penyumbatan dan berujung pada pecahnya pembuluh darah otak. (Junaidi, 2011).

3) Fibrilasi Atrial (Gangguan Jantung)

Fibrilasi atrial merupakan gangguan irama jantung yang merupakan faktor risiko kejadian stroke hingga 4-5 kali lipat dan menyebabkan kematian hingga kecacatan (Westerberg, Heintz dan Daneshvar, 2015). Pasien yang memiliki fibrilasi atrial 5 kali lebih memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak memiliki fibrilasi atrial, namun penetapan stroke disertai dengan fibrilasi atrial belum ada cara dalam menetapkan etiologinya (D'Souza, Butcher dan Buck, 2018).

4) Diabetes Melitus

Seseorang yang memiliki riwayat diabetes mellitus berisiko terkena aterosklerosis pada pembuluh darah disertai dengan hipertensi atau dislipidemia. Pada tahun 2007, sekitar 17,9 juta atau 5,9% orang di Amerika terkena diabetes mellitus. Studi menunjukkan bahwa diabetes dapat meningkatkan 1,8 kali risiko terkena stroke. Berdasarkan data CDC menunjukkan berdasarkan usia, sekitar 9% orang yang terkena stroke menderita diabetes mellitus. (Goldstein *et al.*, 2011).

5) Dislipidemia

Dislipidemia merupakan salah satu faktor risiko stroke yang dapat dicegah atau dimodifikasi namun kurang terdokumentasi. (Bustan, 2015). Salah satu penyebab stroke iskemik adalah dislipidemia. Dislipidemia merupakan peningkatan kadar kolesterol total, kadar kolesterol densitas rendah (LDL-C), trigliserida, serta penurunan kadar kolesterol densitas tinggi (HDL-C). Oleh karena itu, dislipidemia dapat menyebabkan aterosklerosis pada pembuluh darah. Pembuluh darah yang mengalami penyumbatan serta kekurangan suplai oksigen akibat aterosklerosis menyebabkan terjadinya stroke. (Ary *et al.*, 2016).

6) Aktivitas fisik

Gaya hidup kurang aktifitas adalah 1 dari 10 penyebab kematian dan kecacatan di dunia. Lebih dari dua juta kematian setiap tahun

disebabkan oleh kurangnya bergerak/aktifitas fisik. Antara 60% hingga 85% orang dewasa tidak cukup beraktifitas fisik untuk memelihara fisik mereka. Sedentary life style pada masyarakat saat ini cenderung memicu penyakitpenyakit degeneratif. Kemajuan teknologi tanpa di sadari telah membuat aktivitas fisik berkurang. (Yulendasari, 2017).

b. Faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi (*unmodifiable risk factor*), yaitu:

1) Umur

Umur merupakan salah satu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Stroke menyerang berbagai kelompok umur, namun lebih sering terjadi pada golongan umur 50 tahun ke atas. Seiring dengan peningkatan umur maka semakin meningkat pula seseorang terkena penyakit tidak menular, salah satunya adalah stroke. Setelah berumur 55 tahun, Risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun (Wiratmoko, 2008).

2) Jenis Kelamin

Menurut Anwar B.T. (2004) dalam Wardhani dan Martini (2014), laki-laki mempunyai risiko stroke dua hingga tiga kali lebih besar daripada perempuan. Angka kematian pada laki-laki didapatkan lebih tinggi daripada perempuan akan tetapi setelah menopause hampir tidak didapatkan perbedaan dengan laki-laki. Sebagian besar responden memiliki pengetahuan mengenai faktor

risiko stroke pada kategori kurang. Faktor risiko adalah ciri sekelompok individu yang menunjuk mereka sebagai high-risk terhadap penyakit tertentu.

3) Riwayat Keluarga

Adanya penyakit bawaan seperti hipertensi, diabetes, dan cacat pada pembuluh darah diduga erat kaitannya dengan keturunan. Selain itu, gaya hidup pada keluarga yang turun-temurun menjadi faktor yang dapat meningkatkan risiko stroke pada anggota keluarga (Wiwit, 2010).

B. Tinjauan Umum tentang Kualitas Hidup

1. Pengertian kualitas hidup

Kualitas hidup menurut *World Health Organization* adalah persepsi individu terhadap kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai yang dihidupinya yang berkaitan dengan target, harapan, standar serta kekhawatiran seseorang meliputi fisik, psikologis, hubungan sosial, kepercayaan diri, serta hubungan atau interaksi dengan lingkungan sekitarnya (World Health Organization, 1997). Kualitas hidup merupakan persepsi secara subjektif dari individu mencakup beberapa aspek yaitu fisik, psikologis, sosial dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari (Sutikno, 2011). Menurut Polonsky, dalam Yusra (2011) kualitas hidup merupakan perasaan individu mengenai kesehatan dan kesejahteraannya yang meliputi fungsi fisik, fungsi psikologis dan fungsi sosial. Kualitas hidup dapat diartikan sebagai derajat seorang individu dalam menikmati

hidupnya yang terdiri dari kepuasan dan dampak yang dirasakan seorang individu dalam menjalankan kehidupannya sehari-hari (Weissman et all, dalam Yusra, 2011).

Kualitas hidup merupakan suatu cara hidup dengan menyemangati hidup yang meliputi aspek fisik dan mental yang dapat mendorong atau memperpanjang eksistensi hidup di masa yang akan datang dengan gambaran status sosial serta karakteristik dari individu tersebut. Kualitas hidup merupakan sesuatu yang mengukur secara objektif suatu individu menggunakan indikator berupa pendapatan, pekerjaan, edukasi, serta fungsi fisik individu (Webster, 1986, Frank-Stromberg, 1988, dalam Afiyanti, 2010). Kualitas hidup merupakan konsep kepuasan hidup, kesejahteraan, kebahagiaan dalam menjalani kehidupan. Definisi mengenai konsep hidup sangat bervariasi, namun inti dari konsep kualitas hidup meliputi domain fisik, psikososial, hubungan sosial, dan aspek lingkungan (Afiyanti, 2010).

Ware dalam Rachmawati (2013) mendefinisikan kualitas hidup merupakan suatu bentuk multidimensional, terdapat tiga konsep kualitas hidup yaitu menunjukkan suatu konsep multidimensional, yang berarti bahwa informasi yang dibutuhkan mempunyai rentang area kehidupan dari penderita itu, seperti kesejahteraan fisik, kemampuan fungsional, dan kesejahteraan emosi atau sosial, menilai celah antara keinginan atau harapan dengan sesuai kemampuan untuk melakukan perubahan dalam diri.

Oleh karena itu, berdasarkan teori sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi atau pandangan suatu individu

terkait hidupnya dalam konteks budaya dan sosial dalam menjalani hidup yang meliputi aspek fisik, psikososial, hubungan sosial, kesejahteraan sosial, serta aspek lingkungan yang mempengaruhi lamanya hidup terlepas dari penyakit atau kelemahan lainnya.

2. Ruang Lingkup Kualitas Hidup

Secara umum, WHO menggambarkan terdapat lima aspek yang meliputi kualitas hidup seseorang, yaitu fisik, psikologis, keleluasaan aktivitas, hubungan sosial, serta aspek lingkungan. Adapun secara rinci terkait aspek-aspek tersebut adalah sebagai berikut (Herman dalam Silitonga, 2007)

a. Kesehatan fisik (*Physical Health*)

Kesehatan fisik pada suatu individu meliputi kesehatan secara umum, energy dan vitalitas, kebiasaan secara seksual, pola tidur dan istirahat.

b. Kesehatan psikologis (*Psychological Health*)

Kesehatan secara psikologis meliputi pola berpikir suatu individu, cara belajar serta tingkat ingatan atau memori dan konsentrasi.

c. Tingkat aktivitas (*level of independence*)

Tingkat aktivitas meliputi mobilitas, aktivitas sehari-hari, komunikasi, dan kemampuan dalam bekerja.

d. Hubungan sosial (*social relationship*)

Hubungan sosial meliputi interaksi dalam kehidupan sosial serta dukungan sosial yang didapatkan dari lingkungan sekitar.

e. Lingkungan (*environment*)

Aspek dalam lingkungan meliputi keamanan, lingkungan rumah, serta kepuasan kerja.

3. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Raebun dan Rootman dalam Angriyani (2008) mengemukakan bahwa terdapat delapan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, yaitu:

- a. Kontrol, berkaitan dengan control terhadap perilaku yang dilakukan oleh seseorang, seperti pembahasan terhadap kegiatan untuk menjaga kondisi tubuh.
- b. Kesempatan yang potensial, berkaitan dengan seberapa seseorang dapat melihat peluang yang dimilikinya.
- c. Keterampilan, berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan keterampilan lain yang mengakibatkan ia dapat mengembangkan dirinya, seperti mengikuti suatu kegiatan atau kursus tertentu.
- d. Sistem dukungan, termasuk didalamnya dukungan yang berasal dari lingkungan keluarga, masyarakat maupun sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal atau rumah yang layak dan fasilitas-fasilitas yang memadai sehingga dapat menunjang kehidupan.
- e. Kejadian dalam hidup, hal ini terkait dengan tugas perkembangan dan stress yang diakibatkan oleh tugas tersebut. Kejadian dalam hidup sangat berhubungan erat dengan tugas perkembangan yang harus dijalani, dan terkadang kemampuan seseorang untuk menjalani tugas

tersebut mengakibatkan tekanan tersendiri.

- f. Sumber daya, terkait dengan kemampuan dan kondisi fisik seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah apa yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu.
- g. Perubahan lingkungan, berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar seperti rusaknya tempat tinggal akibat bencana.
- h. Perubahan politik, berkaitan dengan masalah Negara seperti krisis moneter sehingga menyebabkan orang kehilangan pekerjaan/mata pencaharian.

C. Tinjauan Umum Variabel Penelitian

1. Kualitas hidup penderita stroke

Stroke merupakan salah satu penyakit yang dapat memberi dampak pada beberapa aspek kehidupan, di antaranya aspek fisik, emosional, psikologis, sosial dan sebagainya dikarenakan pasien setelah terkena serangan stroke akan memberikan dampak berupa kecacatan pada anggota tubuh sehingga mempengaruhi mental dan fisik pasien yang berujung pada buruknya kualitas hidup pasien stroke (Hafdia, Andi dkk., 2018 dalam Kurnia dan Idris, 2020)). Pasien pasca terkena stroke terlebih mengalami kecacatan sangat memerlukan bantuan untuk merawat dirinya di lingkungan sekitarnya dan sangat bergantung pada orang lain dalam aktivitas sehari-hari disebabkan karena keterbatasannya, yang mana aktivitas semasa sebelum terkena stroke dirasakan berbeda setelah terkena stroke yang disertai cacat pada salah satu atau sebagian anggota tubuh, oleh karena itu hal ini dapat

mempengaruhi kualitas hidup penderita stroke (Ngatini, dkk., 2016 dalam (Kurnia dan Idris, 2020)).

Stroke yang menyerang sistem saraf setelah menyerang pasien memiliki dampak yaitu kecacatan atau kelumpuhan pada sebagian sisi anggota tubuh (hemiparesis/hemiplegia), kekakuan otot, kehilangan atau penurunan indra perasa, gangguan komunikasi atau berbicara, hingga gangguan fungsi mental dan kognitif dan berbagai tanda dan gejala lainnya sehingga menyebabkan ketidakmampuan dalam menjalani aktivitas dasar sehari-hari. Hal ini menyebabkan hilangnya kemandirian pasien dalam menjalani aktivitas, sehingga berdampak pada kualitas hidup pasien stroke yang rendah (Rahayu, 2013).

Kualitas hidup pada pasien stroke dapat mempengaruhi berbagai aspek dalam kehidupan. Adapun di antaranya yaitu pola hidup, psikologis, spiritual. Kualitas hidup pasien stroke dilihat melalui dimensi kualitas hidup seperti *psychological well being, burden, relationship with healthcare, administration and finances, coping, physical well being, self-esteem, leisure time, social support private life* (Patricia, et al., 2012).

Pada kuesioner WHO yang mengukur kualitas hidup yaitu WHOQOL-BREF merupakan instrument yang telah valid dan reliabel dalam mengukur kualitas hidup seseorang dan telah banyak digunakan untuk meneliti kualitas hidup manusia di Indonesia, yang merupakan standar yang dapat digunakan pada populasi yang menderita penyakit tertentu. Tidak hanya di Indonesia, namun telah digunakan di beberapa negara industry maupun berkembang

sebagai alat skrining penyakit kronik. WHOQOL-BREF terdiri dari 26 pertanyaan dan masing-masing empat domain, yaitu kesehatan fisik, psikologik, hubungan sosial, dan lingkungan. Pilihan jawaban setiap pertanyaan diberi skala 1-5, sehingga semakin tinggi angka yang dipilih responden maka nilai kualitas hidup semakin baik. Pada kuesioner WHOQOL-BREF yang telah terlampir, Domain 1 yaitu Kesehatan Fisik terdiri pada pertanyaan nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18. Domain 2 yaitu kesehatan psikologis terdiri pada pertanyaan nomor 5,6,7,11,19, dan 26. Domain 3, yaitu hubungan sosial terdiri dari pertanyaan 20,21, dan 22, serta Domain 4 yaitu lingkungan terdiri dari pertanyaan 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25. Keseluruhan domain dihitung dan ditotal skor rata-rata, ditransformasikan dan dimasukkan ke dalam kategori kualitas hidup, yaitu kualitas hidup baik dan kualitas hidup buruk, yang mana kualitas hidup baik jika responden memperoleh skor rata-rata ≥ 60 , dan kualitas hidup buruk jika responden memperoleh skor rata-rata < 60 .

2. Umur

Umur adalah usia suatu individu terhitung sejak tanggal dilahirkan hingga waktu sekarang. Kematangan seseorang dalam berpikir dilihat dari semakin cukupnya usia individu. Proses perkembangan mental dalam berpikir seiring berjalannya usia memiliki perbedaan pada usia muda dan usia lanjut usia, sehingga dengan bertambahnya usia suatu individu mempengaruhi daya ingatnya (Nursalam, (2001), Singgih, (1998) dan Abu Ahmadi (2001) dalam Hanifah, (2010)). Oleh karena itu, umur yang lebih

tua cenderung mengalami penurunan kualitas daya ingat, khususnya dalam perawatan diri dalam menjaga kesehatannya. Berdasarkan penelitian, kelompok umur yang memiliki kualitas hidup yang buruk pada penderita stroke yaitu pada kelompok umur lansia (≥ 55 tahun), dikarenakan berkurangnya elastisitas pembuluh darah sehingga terdapat penumpukan plak pada pembuluh darah (Bariroh, et al., 2016).

Umur merupakan sebuah satuan dalam bentuk waktu untuk melihat keberadaan suatu makhluk hidup. Pada penelitian tentang kualitas hidup pasien pascastroke menunjukkan bahwa salah satu faktor yang memiliki hubungan dengan kualitas hidup pasien adalah umur. Hal ini menunjukkan bahwa umur merupakan salah satu variabel yang harus diteliti lebih lanjut kaitannya dengan kualitas hidup (Rahmi, 2014 dalam Creamona, 2017).

Berdasarkan pembagiannya, umur atau usia dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu usia tua atau lansia dan usia muda atau produktif.

a. Usia Lanjut Usia atau Tua

Usia lanjut adalah suatu keadaan makhluk hidup yang telah mengalami penuaan dari segi ukuran dan fungsi tubuh disertai kemunduran diri seiring berjalannya waktu. (WHO, 2009). Manusia sudah pasti akan masuk ke dalam kategori lansia atau mengalami penuaan hingga penurunan fungsi dan produktivitas jika dikaruniai umur yang panjang, namun proses penuaan dapat dihambat kejadiannya. Berdasarkan kelompok pembagian usia menurut WHO, membagi menjadi empat kelompok, yaitu (Bandiyah, 2009)

- 1) usia pertengahan (*middle age*) yaitu kelompok usia 45-49 tahun,

- 2) lanjut usia (*elderly*) yaitu kelompok umur 60-74 tahun,
- 3) lanjut usia tua yaitu kelompok umur 75-90 tahun
- 4) usia sangat tua atau di atas 90 tahun

b. Usia produktif atau muda

Dalam penggolongan usia pada penduduk terbagi menjadi beberapa kelompok, salah satunya yaitu kelompok usia produktif. Kelompok usia produktif adalah penduduk yang termasuk dalam rentang kelompok umur 15-64 tahun dan dianggap memiliki kemampuan untuk melakukan aktivitas yang menghasilkan sebuah barang berupa jasa ataupun produk. Singkatnya, manusia pada kelompok usia produktif dapat melakukan sebuah pekerjaan. Sebaliknya jika telah lebih dari 64 tahun, maka termasuk dalam kelompok usia non-produktif atau lanjut usia (Sukmaningrum dan Imron, 2017).

3. Jenis Kelamin

Gender atau jenis kelamin adalah perbedaan kedudukan yaitu laki-laki dan perempuan yang dibedakan berdasarkan alat reproduksi yang dimiliki secara anatomi dan biologi, sehingga biasanya diistilahkan dengan istilah seks atau *sex* (Mubarak, 2009 dalam Aguswina Butar-Butar, 2013). Hangu dalam menyebutkan bahwa jenis kelamin merupakan perbedaan secara biologis antara laki-laki dan perempuan, yaitu laki-laki yang memproduksi sperma dan perempuan memproduksi sel telur, sehingga dengan adanya fungsi tersebut memberikan perbedaan antara laki-laki dan perempuan (Aguswina Butar-Butar, 2013).

Definisi jenis kelamin lainnya yaitu perbedaan yang ditinjau dari sisi

biologis, yaitu laki-laki yang memproduksi sperma dan perempuan memproduksi sel telur serta memiliki kemampuan untuk mengandung (hamil), menstruasi, dan menyusui sehingga kedua jenis kelamin tersebut dibedakan berdasarkan kemampuannya dan tidak dapat dipertukarkan satu sama lain (Hungu, 2007 dalam Creamona, 2017)

4. Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah upaya pemberian kegiatan pembelajaran kepada masyarakat terkait dengan teori dan praktik dalam pemecahan masalah dan meningkatkan kesehatannya yang didasarkan pada pengetahuan melalui proses pembelajaran sehingga dapat ditanamkan baik-baik di dalam diri individu (Notoatmodjo, 2010). Tingkat pendidikan adalah tahap pendidikan berkelanjutan yang diklasifikasikan berdasarkan jenjang perkembangan peserta didik serta tingkat kesulitan dan kompleksitas bahan atau materi yang diajarkan di segala tingkatan pendidikan. (Ihsan, 2006).

5. Status Pekerjaan

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS), status pekerjaan adalah jenis kedudukan seseorang dalam melakukan pekerjaan di perusahaan atau unit kerja. Mulai pada tahun 2001 menyebutkan bahwa status pekerjaan terbagi menjadi 7 kategori, yaitu (BPS, 2020):

- 1) Berusaha sendiri
- 2) Berusaha dibantu buruh tidak tetap/buruh tak dibayar
- 3) Berusaha dibantu buruh tetap/buruh dibayar
- 4) Buruh/karyawan/pegawai

- 5) Pekerja bebas di pertanian
- 6) Majikan
- 7) Pekerja bebas di nonpertanian
- 8) Pekerja keluarga/tak dibayar

6. Lama menderita

Lama menderita yaitu seseorang terkena penyakit dihitung dari kali pertama terkena penyakit hingga saat ini. Pasien yang menderita stroke memiliki waktu yang bervariasi mengenai lama menderita penyakit stroke. Lama menderita penyakit stroke juga mempengaruhi kondisi pasien dalam menerima keadaan sakitnya serta pengalaman yang telah didapatkan semasa terkena sakit hingga pulih dibandingkan dengan pasien yang baru terdiagnosis penyakit dalam kurun waktu yang pendek (Hayulita, Sari dan Depresi, 2014).

7. Komorbid

Penyakit penyerta atau komorbid merupakan komplikasi penyakit lain yang diderita selain penyakit utama. Pada penyakit stroke, beberapa penyakit yang sering berhubungan adalah yaitu hipertensi, diabetes mellitus, hiperkolesterolemia, dan sebagainya.

- a. Hipertensi, yaitu salah satu faktor risiko utama yang diduga menjadi penyebab stroke dan merupakan faktor yang paling dominan jika dibandingkan dengan faktor lain seperti status merokok dan riwayat keluarga stroke (Sorganvi *et al.*, 2014). Hal ini dikarenakan hipertensi dapat memicu adanya plak di bagian lumen pembuluh darah sehingga

dapat mempersempit pembuluh darah dan menyebabkan terjadinya stroke (Astannudinsyah, Rusmegawati dan Negara, 2020). Sebuah penelitian kohort pada penderita hipertensi menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berkaitan dengan peningkatan risiko secara signifikan yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien hipertensi, di antaranya adalah aktivitas fisik, obesitas, kepribadian tipe D, rangsangan marah, pengendalian rasa marah, dukungan keluarga, dan kepatuhan dalam berobat (Yunus, Maria dan Russeng, 2018).

- b. Hiperkolesterolemia, yaitu peningkatan kadar kolesterol dalam darah yang dapat memicu penimbunan plak pada dinding atau kumen pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan terjadinya aterosklerosis yang memicu stroke (Anies, 2015).
- c. Diabetes mellitus merupakan salah satu dari sekian faktor risiko yang dapat memicu terjadinya stroke. Kadar gula darah yang tinggi dapat membuat seseorang menjadi rentan terkena penyakit, khususnya penyakit tidak menular seperti stroke (Pinzon, 2019). Pada penderita diabetes mellitus, berdasarkan penelitian potong lintang mengenai perawatan diri pada pasien diabetes mellitus tipe 2 menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor yang signifikan berhubungan. Faktor-faktor tersebut di antaranya tingkat pengetahuan, kepemilikan asuransi kesehatan, dukungan keluarga (Maria *et al.*, 2018).

8. Tingkat stres

Stress adalah respon tubuh secara berlebihan meliputi perasaan yang

berlebihan, ketegangan, khawatir yang dapat mempengaruhi produktivitas kehidupan seseorang dalam beraktivitas atau dalam bekerja sehingga dalam jangka panjang dapat menimbulkan bahaya bagi manusia (APS, 2012). Stress adalah ketidaknyaman kondisi tubuh dikarenakan adanya beban pikiran yang dirasakan melebihi kapasitas manusia (Nazir, 2011). Dengan adanya stress ini maka dapat berubah ke tingkat yang lebih tinggi atau *psychological distress* berupa depresi dan kecemasan sehingga mengganggu psikis seseorang (Ramadhani, 2014). Ketidakmampuan dan ketidakseimbangan seseorang dalam mengimbangi sesuatu pada kehidupan sosialnya bisa jadi hal yang menjadikan stress itu muncul (Sukadiyanto, 2010).

Tingkatan stress menurut Potter dan Perry (2005) membagi menjadi tiga bagian, yaitu:

- a. Stres ringan, yaitu keadaan stress yang tidak menyebabkan gangguan pada diri manusia dan berlangsung sebentar.
- b. Stres sedang, yaitu keadaan stress yang muncul lebih lama dari tingkat ringan dan berlangsung beberapa jam ataupun hari.
- c. Stres berat, yaitu keadaan stress yang berlangsung dalam waktu lama, yaitu mingguan bahkan tahunan sehingga dikategorikan dalam tingkatan kompleks atau kronis.

Stres dipicu dikarenakan adanya penyebab, yaitu: (Kundarag dan Kadakol (2015) dalam Purnama, (2019):

- a. Faktor lembaga atau organisasi, yaitu faktor yang berhubungan dengan

status pekerjaan, seperti pekerjaan pribadi, kondisi fisik dalam bekerja, beban kerja yang berlebihan, serta waktu kerja yang sangat berat sehingga pekerjaan tidak stabil dan memicu stress.

- b. Faktor kepribadian, yaitu usia, seks atau jenis kelamin, gangguan kesehatan seperti sakit kepala, sesuatu yang sulit untuk diberikan kepastian hingga faktor lain seperti depresi secara pribadi atau personal.
- c. Faktor interaksi keluarga, yaitu tuntutan keluarga dan tuntutan di lingkungan kerja.

Stres pada penderita stroke memiliki hubungan yang bervariasi, tergantung pada kejadian berulang atau tidak berulangnya stroke dialami. Pada sebuah penelitian menggambarkan bahwa stress pada pasien stroke berulang lebih banyak mengalami stress dibandingkan pasien stroke yang tidak berulang. Stress dengan kategori berat paling banyak dijumpai pada pasien dengan kategori stroke berulang. Dengan hal tersebut, maka stress terhadap kejadian stroke juga bergantung pada repetisi atau kejadian berulang stroke pada pasien (Adientya dan Handayani, 2012).

Determinan sosial dan demografi diduga memiliki keterkaitan dengan kejadian depresi atau tekanan psikologis. Penelitian kasus kontrol *hospital based* di Indonesia pada pasien yang memiliki kelainan psikiatrik salah satunya yaitu depresi atau stress menunjukkan bahwa salah satu faktor yang memiliki hubungan dengan depresi adalah pada responden yang memiliki tingkat pendapatan yang tinggi. Oleh karena itu, tingginya

tingkat pendapatan memiliki hubungan dengan peningkatan risiko tinggi terkena depresi pada determinan sosiodemografi (Mumang *et al.*, 2020).

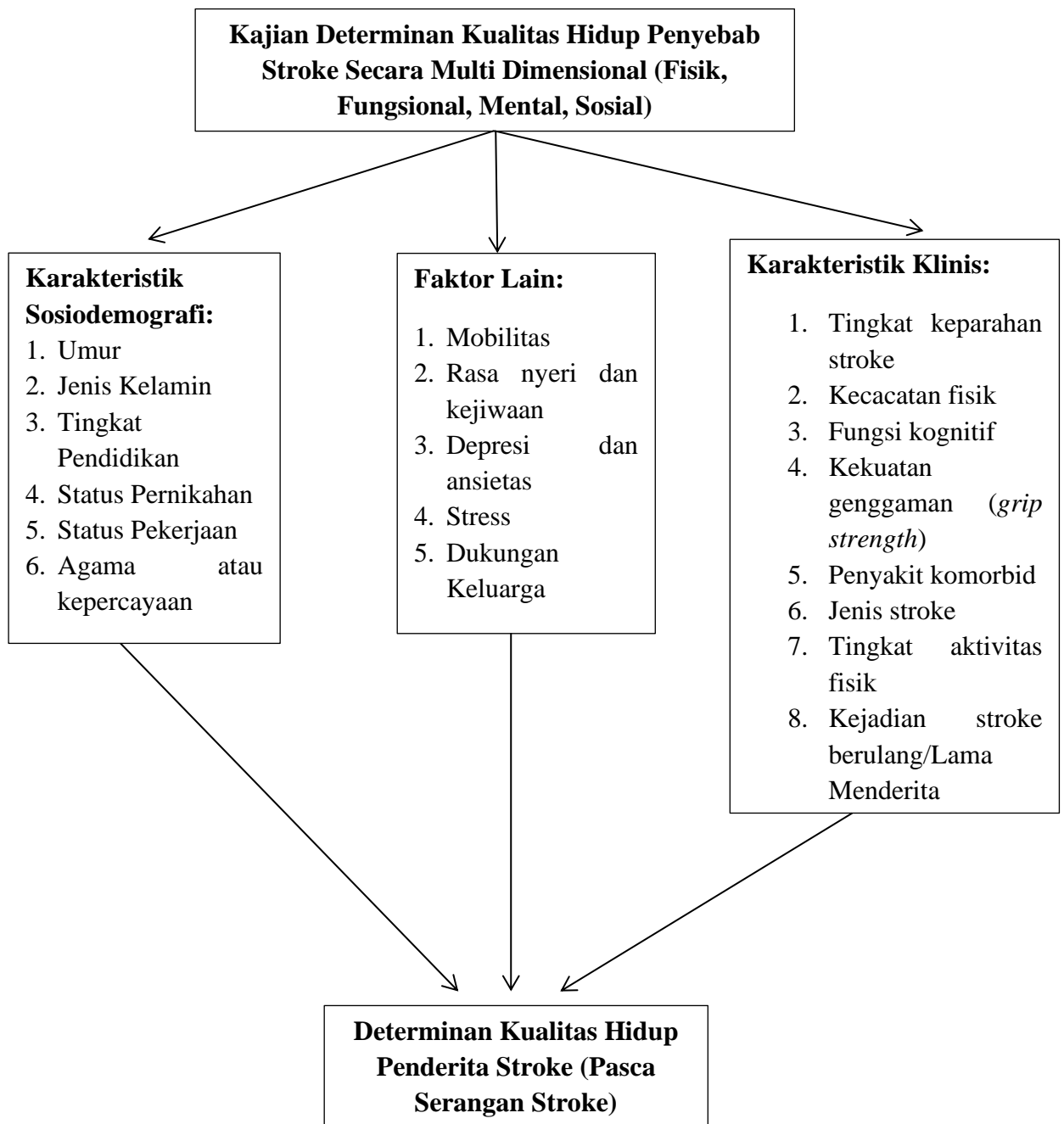
9. Dukungan keluarga

Keluarga merupakan kesatuan unit yang terdiri dari banyak orang yang terbentuk melalui perkawinan, ikatan darah, tindakan adopsi, dan sebagainya (APA Dictionary dalam Istifarani (2016)). Dukungan keluarga adalah segala bentuk dukungan yaitu emosional, informasional, instrumental dan segala sikap dan tindakan suatu keluarga dalam menerima anggota keluarganya (Friedman, 2010). Munarsih juga mendefinisikan bahwa dukungan keluarga adalah pemberian dukungan berupa bantuan pertolongan kepada anggota keluarga yang membutuhkan sebagai sikap, tindakan dan penerimaan anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merupakan bagian yang takkan terpisahkan di dalam lingkup keluarga (Murniasih dan Rahmawati, 2007).

Dukungan keluarga dinilai menjadi sumber pertolongan bagi pasien yang sangat praktis dalam mendukung masa perawatan pasien. Orang yang telah mengalami stroke atau pasca stroke umumnya mengalami gangguan fungsional pada anggota gerak tubuh sehingga mengharuskan untuk rehabilitasi, sehingga membutuhkan bantuan keluarga di sekitarnya. Oleh karena itu, dengan adanya dukungan keluarga pada pasien pasca stroke selama melakukan terapi atau rehabilitasi dapat membantu percepatan proses perawatan sehingga penderita stroke akan lebih mandiri dalam melakukan aktivitas (Karunia, 2016).

Stroke merupakan penyakit yang umumnya ditemukan pada usia lansia dan memiliki dampak kecacatan fisik bahkan kematian sehingga bergantung terhadap keluarga. Oleh karena itu, kualitas hidup pasien stroke sangat dipengaruhi oleh keadaan keluarga itu sendiri, salah satunya adalah dukungan keluarga, yang mana dukungan keluarga itu sendiri mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke (Erlina, 2014). Bentuk dukungan keluarga berupa rasa kasih sayang kepada pasien stroke sehingga dapat memberi motivasi dan semangat kepada pasien, memberitahu kondisi terkini terkait penyakitnya dan cara memulihkan serta biaya yang diperlukan, waktu dan tenaga pengobatan dan perawatan anggota keluarga yang sakit (Yenni, 2011). Dukungan keluarga juga merupakan salah satu faktor yang berisiko terhadap kualitas hidup penderita hipertensi, yang mana hipertensi merupakan salah satu faktor risiko utama penyebab stroke, dan memiliki keterkaitan satu sama lain (Yunus, Maria dan Russeng, 2018).

D. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber: Teori dari beberapa sumber, yaitu (Jeong et al., 2012), (Bariroh, et al., 2016), (Erlina, 2014), (Adientya and Handayani, 2012)

Kajian mengenai penyebab atau faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita stroke dapat dikaji secara multidimensional. Berdasarkan kerangka teori di atas, berdasarkan gabungan teori di atas menghasilkan sebuah konsep yaitu determinan kualitas hidup penderita stroke dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya faktor sosiodemografi, klinis, dan faktor lain. Di antara faktor di atas, yang menjadi faktor yang akan diteliti yaitu terdiri dari faktor sosiodemografi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan) dan faktor lain yaitu stress dan dukungan keluarga serta karakteristik klinis yaitu komorbid dan lama menderita.