

SKRIPSI

**DETERMINAN KUALITAS HIDUP PENDERITA STROKE DI
RSKD DADI KOTA MAKASSAR**

ANDI NURKHAFIFAH

K011171351



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

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HA SANUDDIN
MAKASSAR
2022**

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**DETERMINAN KUALITAS HIDUP PENDERITA STROKE DI RSKD DADI
KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

**ANDI NURKHAFIFAH
K011171351**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
pada tanggal 23 Agustus 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama



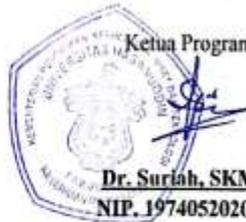
Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes, CWM
NIP. 196212311991031178

Pembimbing Pendamping



Dr. Wahiduddin, SKM, M.Kes
NIP. 197604072005011004

Ketua Program Studi,



Dr. Surtah, SKM, 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 Rabu
Tanggal 23 Agustus 2022.

Ketua : Prof.Dr.drg.A. Arsunan Arsin, M.Kes,CWM (.....)



Sekretaris : Dr. Wahiduddin,SKM.,M.Kes (.....)



Anggota :

1. Indra Dwinata, SKM, MPH



2. Nasrah, SKM., M.Kes



SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Andi Nurkhafifah
NIM : K011171351
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Hp : 087840031369
E-mail : andi.fifah@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul skripsi **“Determinan Kualitas Hidup Penderita Stroke di RSKD Dadi Kota Makassar”** benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 26 Agustus 2022

Yang membuat pernyataan



Andi Nurkhafifah

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Epidemiologi
Makassar, Agustus 2022

A Nurkhafifah. Determinan Kualitas Hidup Penderita Stroke Di Rskd Dadi Kota Makassar(dibimbing oleh Arsunan Arsin dan Wahiduddin).

Stroke merupakan tanda klinis fokal yang berkembang pesat (atau global) gangguan fungsi otak, berlangsung lama lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian karena penyebab vascular. Kualitas hidup pasien stroke turut dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya faktor atau determinan sosial

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui determinan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar.**Metode:** Desain penelitian ini menggunakan desain studi cross sectional. Adapun besar sampel penelitian sebanyak 140 sampel. Teknik pengambilan data yang digunakan menggunakan teknik purposive sampling. Penelitian dilakukan di RSKD Dadi Kota Makassar yang berlangsung pada bulan Juni – Juli 2022. Instrumen penelitian yang digunakan adalah SS-QoL dan Perceived Stress Scale (PSS). Teknik analisis data yang digunakan yaitu analisis univariat dan analisis bivariat menggunakan uji chi-square.

Hasil: Hasil menunjukkan bahwa umur ($p=0.239$), jenis kelamin ($p=0.769$), status pendidikan ($p=0.000$), status pernikahan ($p=0.632$) tidak memiliki hubungan dengan kualitas hidup sedangkan status pekerjaan ($p=0.000$), komorbid ($p=0.000$), lama menderita stroke ($p=0.004$), dan tingkat stres ($p=0.000$) memiliki hubungan dengan kualitas hidup penderita stroke

Kesimpulan: Umur, jenis kelamin, status pernikahan tidak memiliki hubungan dengan kualitas hidup penderita stroke tetapi status pendidikan, status pekerjaan, komorbid, lama menderita stroke, dan tingkat stres memiliki hubungan dengan kualitas hidup penderita stroke.

Kata Kunci : Determinan, Kualitas Hidup, Stroke

SUMMARY

Hasanuddin University
Public Health Faculty
Epidemiology
Makassar, Agustus 2022

A Nurkhafifah. Determinants of Quality of Life in Stroke Survivors at RSKD DADI Makassar City (Guided by Arsunan Arsin dan Wahiduddin).

Stroke is a focal clinical sign that develops rapidly (or globally) of impaired brain function, lasts longer than 24 hours or causes death from vascular causes. The quality of life of stroke patients is also influenced by several factors, including social factors or determinants.

Purpose: This study tends to find determinants quality of life in stroke survivor at RSKD Dadi Makassar. **Methods:** This study used a cross sectional approach. The amount of respondents are 140 sampels. Data collected from June until July 2022 in RSKD Dadi Makassar City. The purposive sampling was used in this study. Instrument used was SS-QoL and Perceived Stress Scale (PSS). Data analyzed with univariate analysis and bivariate analysis using chi-square test..

Results: The study found tha age ($p=0.0239$), sex ($p=0.769$), association between marital status ($p=0632$) don't associated with quality of life in stroke survivors but education level ($p=0.000$), occupational status ($p=0.000$), comorbidities ($p=0.000$), duration of illness ($p=0.004$), dand stress level ($p=0.000$) associated with quality of life in stroke survivors

Coclusions: Age, sex,marital status not associated with quality of life in stroke survivors but education level, occupational status, comorbidities, duration of illness, and stress leve havel associated with quality of life in stroke survivors.

Keywords: Determinant, Quality of Life, Stroke

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmaanirrahim

Assalamu'alaikum Waohmatullahi Wabarokatuh

Alhamdulillahirrabbi lalamin. Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT tuhan yang maha Esa yang karena-Nya kita masih dapat melaksanakan berbagai aktivitas keseharian kita dan dengan rahmat-Nya Penulis dapat menyelesaikan tugas akhir Skripsi yang kemudian akan menjadi sebuah syarat bagi Penulis untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat. Dan tak lupa pula salam serta shalawat kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang telah mengajarkan kita hal yang Haq dan yang batil.

Skripsi ini berjudul “Determinan Kualitas Hidup Penderita Stroke Di RSKD Dadi Kota Makassar”. Dan tentu bahwa dalam proses penyusunan skripsi ini tidak akan terselesaikan tanpa adanya bimbingan dan dukungan dari dosen Pembimbing. Maka dari itu, Penulis menyampaikan rasa hormat, terima kasih dan apresiasi yang setinggi-tingginya kepada Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes, CWM selaku Pembimbing 1 dan Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes selaku pembimbing 2 yang dalam proses penyusunan skripsi ini sangat mengarahkan serta mendukung penuh segala proses yang dilalui oleh Penulis. Selain itu, rasa hormat, terima kasih serta apresiasi yang setinggi-tingginya kepada Indra Dwinata, SKM, MPH selaku Penguji 1 dan Nasrah, SKM, M.Kes selaku penguji 2 yang senangtiasa memberikan masukan dan saran yang sangat membangun.

Selain itu, dalam kesempatan ini Penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku rektor Universitas Hasanuddin periode 2018-2022 dan Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc. selaku Rektor Universitas Hasanuddin Periode 2022-sekarang

2. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.Ed Selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Periode 2018-2022 dan Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc.PH, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Periode 2022-sekarang.

3. Dr. Suriah, SKM, M.Kes selaku ketua Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Periode 2018-2022.

4. Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes selaku ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

5. Segenap Dosen dan Pegawai Fakultas Kesehatan Masyarakat yang selama ini memberikan pengajaran berharga dan membantu penulis dalam dalam setiap urusan selama menempuh pendidikan di Program Studi ini. Dan khusus kepada Kak Ani dan Kak Werda serta Saudara Arman penulis ucapkan terima kasih dan apresiasi yang setinggi tingginya atas semua bantuan dan pengarahan selama menempuh pendidikan khususnya di Departemen Epidemiologi

6. Seluruh Pejabat Struktural di RSKD Dadi Makassar atas kerja samanya dalam menyelesaikan penelitian.

7. Segenap Pengurus Himpunan Mahasiswa Epidemiologi Kesehatan Masyarakat Periode 2019-2020.

8. Pengurus BEM FKM Unhas Periode 2020-2021, Renaldi selaku Presiden, Alifah sebagai Sekretaris Umum, Milan sebagai Bendahara Umum, Yaya selaku Menteri PnPK, Aldi selaku menteri Kemahasiswaan, Sakinah selaku Menteri Kastrad, Pipit selaku Menteri P3M, Ridha selaku Menteri Humas dan Jaringan Alumni, Cici selaku menteri MnB, dan Nunul selaku menteri Kewirausahaan. Dan teman-teman seperjuangan di lembaga KM FKM Unhas 2017 khususnya Hira, Dayen, Andini, Wulan, Lisa, yang selalu memberikan supportnya dalam menyelesaikan skripsi ini.

9. Kawan-kawan penulis yaitu Moris, Mira, Afif, Wahid, Arul, Ade, Nopri, Goza, Aulia, Usy, Syadrah, Salwa, Wiwi, dan seluruh kawan yang telah mendukung sepenuh hati. Juga kepada Ryan Akmal Suryadi sebagai salah satu support system penulis.

Skripsi ini penulis dedikasikan kepada kedua orangtua penulis, almarhum bapak dan juga Ibu yang selalu menemani hingga hari ini serta memberikan do'a dan nasihat terbaik bagi anak-anaknya dalam meraih kesuksesan kelak. Terimakasih kepada saudara-saudaraku Fatimah dan Fadly. Semoga suatu saat nanti kita bisa menjadi memberikan kebahagiaan kepada kedua orang tua kita. Terima kasih kepada seluruh teman-teman KM FKM Unhas yang selalu memberikan supportnya dalam menyelesaikan studi di FKM Unhas.

DAFTAR ISI

SAMPUL	
RINGKASAN	ii
SUMMARY	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Tinjauan Umum Tentang Penyakit Stroke	12
B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup.....	21
C. Tinjauan Umum Variabel Penelitian	26
D. Kerangka Teori	33
BAB III KERANGKA KONSEP	35
A. Dasar Pemikiran Variabel yang diteliti	35
B. Kerangka Konsep.....	36
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	38
D. Hipotesis Penelitian	41
BAB IV METODE PENELITIAN	42
A. Jenis Penelitian	42
B.. Populasi dan Sampel.....	42
C. Instrumen Penelitian	42
D. Pengumpulan Data.....	45
E. Pengolahan dan Analisis Data.....	45
F. Penyajian Data.....	46

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	49
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	49
B. Hasi Penelitian	51
C. Pembahasan	63
BAB V PENUTUP	79
A. Kesimpulan.....	79
B. Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	82
LAMPIRAN.....	92

DAFTAR TABEL

Tabel 5. 1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Kategori Umur Pada Pasien Stroke RSKD Dadi Makassar.....	50
Tabel 5. 2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Kelompok Umur Pada Pasien Stroke RSKD Dadi Makassar.....	50
Tabel 5. 3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Tingkat Pendidikan Pada Pasien Stroke RSKD Dadi Makassar.....	50
Tabel 5. 4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Pendidikan Pada Pasien Stroke RSKD Dadi Makassar.....	50
Tabel 5. 6 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Status Pekerjaan Pada Pasien Stroke RSKD Dadi Makassar.....	50
Tabel 5. 7 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Status Pernikahan Pada Pasien Stroke RSKD Dadi Makassar.....	50
Tabel 5. 8 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Komorbid Pada Pasien Stroke RSKD Dadi Makassar.....	50
Tabel 5. 9 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Stress Pada Pasien Stroke RSKD Dadi Makassar.....	50
Tabel 5. 10 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lama Menderita Pada Pasien Stroke RSKD Dadi Makassar.....	50
Tabel 5. 11 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke RSKD Dadi Makassar.....	50
Tabel 5. 12 Analisis Hubungan Variabel Umur dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSKD Dadi Kota Makassar.....	50
Tabel 5. 13 Analisis Hubungan Variabel Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSKD Dadi Kota Makassar.....	50
Tabel 5. 14 Analisis Hubungan Variabel Tingkat Pendidikan dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSKD Dadi Kota Makassar.....	50
Tabel 5. 15 Analisis Hubungan Variabel Status Pekerjaan dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSKD Dadi Kota Makassar.....	50

Tabel 5. 16 Analisis Hubungan Variabel Status Pernikahan dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSKD Dadi Kota Makassar.....	60
Tabel 5. 17 Analisis Hubungan Variabel Stress dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSKD Dadi Kota Makassar	61
Tabel 5. 18 Analisis Hubungan Variabel Lama Menderita dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSKD Dadi Kota Makassar	61
Tabel 5. 19 Analisis Hubungan Variabel Komorbid dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke RSKD Dadi Kota Makassar	61

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuosioner Penelitian.....	92
Lampiran 2 Hasil Analisis.....	98
Lampiran 3 Surat Izin Penelitian dari Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.....	98
Lampiran 4 Riwayat Hidup.....	50

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) menetapkan definisi stroke sebagai 'tanda klinis fokal yang berkembang pesat (atau global) gangguan fungsi otak, berlangsung lama lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian karena penyebab vascular. (Coupland et al., 2017). Stroke adalah salah satu jenis penyakit pada sistem saraf dimana memiliki tingkat kesakitan dan kematian yang sangat tinggi, juga meningkat seiring usia bertambah, yaitu umumnya ditemukan pada umur 55 tahun ke atas. Stroke merupakan penyebab kematian tertinggi dalam urutan tiga besar, dan umumnya terjadi pada negara yang sedang berkembang.(Bustan, 2015). Secara garis besar, stroke dibagi menjadi stroke hemoragik (stroke perdarahan) yang ditandai dengan terlalu banyak darah dalam rongga tengkorak tertutup, dan stroke non hemoragik (stroke iskemik) yang ditandai dengan terlalu sedikit darah untuk memasok oksigen dan nutrisi supaya cukup ke bagian otak. Perbedaan antara stroke hemoragik dengan stroke non hemoragik dalam mendiagnosis sangatlah penting untuk manajemen stroke dan penentuan terapi. Keseluruhan kasus stroke yang terjadi 88% di antaranya merupakan stroke non hemoragik dan 12% sisanya adalah stroke hemoragik (Fauziah, Yarlitasari dan Muhsinin, 2016)

Stroke adalah penyakit tertinggi kedua yang mengakibatkan kematian . Selain itu juga 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. Kurang lebih selama 15 tahun, stroke sudah menyebabkan kematian dan mempengaruhi perkembangan sosial ekonomi masyarakat (Johnson *et al.*, 2016). Sekitar 800.000 orang menderita stroke setiap tahunnya serta sekitar 140.000 orang meninggal juga mengalami kecacat pasca sembuh dari stroke. Setiap empat puluh detik di Amerika Serikat terkena penyakit stroke, tiga dari empat penderita stroke mengalami kematian, namun didapatkan fakta bahwa sekitar 80 persen stroke dapat dicegah. Dijelaskan juga bahwa orang dengan ras kulit hitam memiliki angka kematian tertinggi di antara etnis atau ras lainnya . Secara global, stroke memiliki angka yang cukup tinggi. Angka kematian mencapai 150.000 kematian akibat stroke. (CDC, 2020).

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%. 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).

Kasus stroke di Sulawesi Selatan berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 Provinsi Sulawesi Selatan menunjukkan prevalensi stroke di Provinsi Sulawesi Selatan yaitu 10,6%. Prevalensi stroke tertinggi pada kelompok umur ≥ 75 tahun (48,2%).

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).

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).

Kualitas hidup pasien stroke turut dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya faktor atau determinan sosial. Oleh karena itu, determinan sosial yang mempengaruhi kualitas hidup penderita stroke perlu diteliti dan diidentifikasi, di antaranya umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, lama menderita, komorbid, dan tingkat stres.

Umur merupakan faktor yang mempengaruhi penderita stroke. Sebagian besar lansia yang terkena stroke berada pada kelompok usia 60-69 tahun. Hal ini disebabkan karena pada usia yang semakin tua, lansia akan dihadapkan pada berbagai macam penyakit. Komplikasi sebagai akibat penyakit stroke pada lansia tua juga semakin banyak. Akibatnya, usia harapan hidup pada lansia pasca stroke yang berusia ≥ 70 tahun juga semakin rendah. Menurut Maas *et al.* (2016), pada lanjut usia kepatenan pembuluh darah dapat terganggu akibat kondisi yang menyebabkan obstruksi lumen pembuluh darah sehingga menyebabkan vasokonstriksi dan meningkatkan tekanan mekanis. Obstruksi aliran darah arteri pada lansia sering disebabkan oleh adanya arteriosklerosis yang ditandai dengan penumpukan plak sehingga menurunkan aliran darah ke otak. Hal inilah yang memicu terjadinya stroke pada lansia. 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.

Jenis Kelamin juga adalah faktor pada kualitas hidup penderita stroke. Hal ini sesuai dengan penelitian Muthmainna dkk (2013) dimana laki-laki mempunyai risiko 1,29 kali lebih besar mengalami kejadian stroke daripada perempuan. Laki-laki memiliki risiko lebih besar terkena stroke dibandingkan perempuan. Hal inilah yang memicu terjadinya stroke dan lebih mempengaruhi kualitas hidup penderita stroke (Farida dan Amalia, 2013).

Tingkat pendidikan akan sangat berperan dengan pengetahuan mereka tentang kesehatan. Status sosial ekonomi yang rendah secara konsisten berhubungan dengan risiko terjadinya stroke. Status sosial ekonomi akan mempengaruhi pola hidup dan lingkungan. Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan kurangnya pengetahuan tentang menjaga kesehatan atau tingkat penghasilan yang rendah menyebabkan kurangnya perhatian dan kesadaran tentang kesehatan. Hal ini sesuai dengan penelitian Rachmania bahwa status pendidikan penderita Stroke mempengaruhi kualitas hidup mereka.

Status pekerjaan juga mempengaruhi kualitas hidup penderita Stroke. Serangan stroke dapat menyebabkan individu mengalami kecacatan dan kemunduran fisik berupa keterbatasan dalam bergerak akibat kelemahan atau kelumpuhan pada ekstremitas tubuh, gangguan

dalam berkomunikasi serta berfikir. Pada penderita pasca stroke, sebagian dari mereka mampu bekerja kembali, tetapi skill yang mereka miliki sudah berbeda dari yang dulu sebelum terkena stroke. Makanya, dalam penelitian Safrita dan Sastri (2012) didapatkan bahwa status pekerjaan berpengaruh dengan kualitas hidup penderita stroke.

Status pernikahan juga berpengaruh pada penderita Stroke. Pasangan hidup dinilai memiliki fungsi sebagai supporting dalam berbagai hal termasuk masalah emosi, problem solving, keuangan serta pengasuhan. Keberadaan pasangan hidup memberikan keuntungan bagi kesehatan seseorang dikarenakan mereka mendapat perhatian dari pasangan sehingga mempunyai sumber coping yang adekuat dalam menghadapi stressor (Tamara, 2014). Berdasarkan penelitian menemukan bahwa status pernikahan memiliki hubungan yang signifikan terhadap kualitas hidup penderita stroke iskemik (Rachmania *et al.*, 2020).

Penyakit penyera atau komorbid juga berhubungan dengan Stroke. Hal ini dikarenakan pada lansia terjadi proses penuaan yang menyebabkan lansia lebih mudah terserang berbagai penyakit. Proses penuaan merupakan tahapan kehidupan yang ditandai dengan penurunan berbagai fungsi organ tubuh sehingga lansia lebih rentan terkena serangan berbagai penyakit baik degeneratif maupun infeksi. Hal tersebut disebabkan karena seiring dengan meningkatnya usia seseorang, maka terjadi perubahan dalam struktur serta fungsi sel, jaringan serta sistem organ tubuh (Suardiman, 2011). Karakteristik individu pasien stroke,

yang mana berdampak pada rendahnya kualitas hidup pasien stroke dan diperparah dengan adanya komorbid atau penyakit penyerta (Nichols-Larsen *et al.*, 2005).

Tingkat Stress juga berpengaruh pada penderita Stroke. Secara psikologis kondisi stroke akan mengakibatkan depresi, kemarahan, kehilangan kesadaran dan harga diri, isolasi dan kelebihan emosi. Selain itu, menurut Serido, Almeida dan Wethington stresor harian yang didapatkan pasien dapat mengurangi kesejahteraan psikologis dalam jangka pendek dan menghasilkan simtom fisik, sehingga stresor harian dapat menghasilkan stress dan memperburuk kesehatan fisik dan psikologis (Melina, 2011).

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).

Stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular yang memiliki beban yang berat di dalam dunia kesehatan masyarakat, yaitu morbiditas dan mortalitas yang terus meningkat hingga masih menjadi masalah pada lingkup global maupun nasional. 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 ingin menganalisis hubungan antara determinan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar.

B. Rumusan Masalah

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

“Determinan apa saja yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan penderita stroke di RSKD Dadi Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan umur dengan kualitas hidup penderita stroke.
- b. Untuk mengetahui hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup penderita stroke.
- c. Untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup penderita stroke.

- d. Untuk mengetahui hubungan status pekerjaan dengan kualitas hidup penderita stroke.
- e. Untuk mengetahui hubungan status pernikahan dengan kualitas hidup penderita stroke.
- f. Untuk mengetahui hubungan komorbid dengan kualitas hidup penderita stroke.
- g. Untuk mengetahui hubungan tingkat stres dengan kualitas hidup penderita stroke.
- h. Untuk mengetahui hubungan lama menderita dengan kualitas hidup penderita stroke.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Dari penelitian ini 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 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 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 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

Menurut Kementerian Kesehatan pada tahun 2018, stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sebagian selsel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Dalam jaringan otak, kurangnya aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel-sel saraf otak. Sementara menurut WHO (*World Health Organization*) mendefinisikan stroke adalah manifestasi klinis dari gangguan fungsi otak, baik fokal maupun global (menyeluruh), yang berlangsung cepat, berlangsung lebih dari 24 jam atau sampai menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler (WHO, 2012).

Stroke adalah suatu sindrom yang ditandai dengan gejala dan atau tanda klinis yang berkembang dengan cepat yang berupa gangguan fungsional otak fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali ada intervensi bedah atau membawa kematian), yang tidak disebabkan oleh sebab lain selain penyebab vaskuler. Stroke disebut juga *brain attack* atau serangan otak yang selalu terjadi secara tiba-tiba dengan berbagai macam gejala. Namun sebagian besar gejala yang sering ditemukan adalah kondisi

badan yang lumpuh separuh dan disertai dengan penurunan kesadaran (Syafni, 2021).

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis yang disebabkan oleh perdarahan ataupun sumbatan dengan gejala dan tanda yang sesuai pada bagian otak yang terkena, yang dapat menimbulkan cacat atau kematian. Kerusakan neurologi yang bersifat permanen dapat terjadi jika penanganan stroke diberikan melebihi rentang waktu yang ideal (Lengkong, dkk. 2019).

Stroke dapat disebabkan oleh cedera kepala yang terjadi pada daerah kepala yang dapat mengenai kulit kepala, tulang tengkorak, atau otak. Penyebab cedera kepala terbanyak adalah akibat kecelakaan lalu lintas, disusul dengan jatuh (Syafni, 2020). Stroke terjadi ketika pembuluh darah otak gagal menyuplai oksigen ke sel-sel otak. Jika sel otak tidak menerima nutrisi dan oksigen dari darah, maka terjadilah kerusakan pada sel otak (Sholihany, 2021).

2. Klasifikasi Stroke

a. Stroke iskemik

Stroke iskemik terjadi ketika gumpalan darah menyumbat aliran darah yang menuju otak. Gumpalan darah ini paling sering disebabkan oleh aterosklerosis. Aterosklerosis adalah penumpukan lemak pada dinding pembuluh darah. Tumpukan lemak ini bisa terlepas lalu menyumbat pembuluh darah di otak. Faktor Risiko kejadian sroke iskemik dibagi menjadi faktor yang tidak dapat dimodifikasi (*non-modifiable risk factors*) seperti umur, jenis kelamin, ras, genetik, dan riwayat TIA (*Transient*

Ischemic Attack), dan faktor yang dapat dimodifikasi (*modifiable risk factors*) seperti hipertensi, diabetes, kolesterol tinggi (*hiperkolesterolemia*), perilaku merokok, obesitas, penyakit jantung, konsumsi alkohol berlebihan, aterosklerosis, penyalahgunaan obat, dan gangguan pernapasan saat tidur (Tamburian, dkk. 2020).

Pasien stroke iskemik mengalami penurunan *cerebral blood flow* akibat adanya iskemik pada serebral. Adanya iskemik serebral mengakibatkan gangguan transpot ion kalium (K^+), Kalsium (Ca^{2+}) dan Natrium (Na^+) serta tidak adanya gambaran *electroencephalogram*, daerah ini yang dinamakan penumbra (Dancer, Brown *et al*, 2017).

Pada iskemik sel serebral terjadi metabolisme anaerob yang mengakibatkan kegagalan pembentukan adenosine triphosphate (ATP) dan ketidakseimbangan ion dalam tubuh. Hal ini jika terjadi secara berkelanjutan dapat menyebabkan edema cerebral, sehingga mempengaruhi hasil perawatan pasien. Proses terjadinya iskemik serebral berlangsung cepat selama 8 sampai 12 jam neuron mengecil, sitoplasma dan nucleus rusak sehingga penatalaksanaan stroke iskemik harus cepat dan diharapkan dapat meminimalisir tingkat defisit neurologis pasien. Faktor utama penyebab adanya iskemik di daerah penumbra adalah penurunan cerebral blood flow, kejadian ini dapat diperbaiki dengan pemberian Tindakan medis dan Tindakan keperawatan yang tepat (Faizah, dkk. 2021).

b. Stroke hemoragik

Stroke perdarahan intraserebral (*Intracerebral Hemorrhage*, ICH) atau yang biasa dikenal sebagai stroke hemoragik, yang diakibatkan pecahnya pembuluh intraserebral. Kondisi tersebut menimbulkan gejala neurologis yang berlaku secara mendadak dan seringkali diikuti gejala nyeri kepala yang berat pada saat melakukan aktivitas akibat efek desak ruang atau peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Stroke hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah yang ada di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel di dalam otak. Stroke hemoragik umumnya didahului oleh penyakit hipertensi (Setiawan, 2021).

c. Transient ischemic attack (TIA)

Transient ischemic attack (TIA) disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah di otak, yang bersifat sementara. Kondisi ini juga lebih dikenal dengan istilah stroke ringan. Berbeda dengan klasifikasi stroke lain, gejala TIA cuma berlangsung singkat. Durasi gejala ini biasanya tidak lebih dari lima menit, dan akan menghilang dalam 24 jam. Meskipun gejala stroke ringan umumnya menghilang dengan sendirinya, kondisi ini merupakan tanda bahaya bahwa stroke berisiko terjadi di kemudian hari. Sama seperti jenis stroke iskemik atau hemoragik, TIA juga membutuhkan penanganan segera. Lebih dari sepertiga pasien yang tidak menjalani pengobatan lebih lanjut, akan mengalami stroke dalam waktu satu tahun setelah TIA.

1. Patofisiologi Stroke

a. Patofisiologi Stroke Isekemik.

Patofisiologi stroke iskemik dibagi menjadi dua bagian: vaskular dan metabolisme. Iskemia terjadi disebabkan oleh oklusi vaskular. Oklusi vaskular yang menyebabkan iskemia ini dapat disebabkan oleh emboli, thrombus, plak, dan penyebab lainnya. Iskemia menyebabkan hipoksia dan akhirnya kematian jaringan otak. Oklusi vaskular yang terjadi menyebabkan terjadinya tanda dan gejala pada stroke iskemik yang muncul berdasarkan lokasi terjadinya iskemia. Sel-sel pada otak akan mati dalam hitungan menit dari awal terjadinya oklusi. Hal ini berujung pada onset stroke yang tiba-tiba.

Infark serebri diawali dengan terjadinya penurunan Cerebral Blood Flow (CBF) yang menyebabkan suplai oksigen ke otak akan berkurang. Nilai kritis CBF adalah 23 ml/100 gram per menit, dengan nilai normal 50 ml/100 gram per menit. Penurunan CBF di bawah nilai normal dapat menyebabkan infark. Suatu penelitian menyebutkan bahwa nilai CBF pada pasien dengan infark adalah 4,8-8,4ml/100 gram per menit. Gangguan metabolisme terjadi pada tingkat selular, berupa kerusakan pompa natrium-kalium yang meningkatkan kadar natrium dalam sel. Hal ini menyebabkan air tertarik masuk ke dalam sel dan berujung pada kematian sel akibat edema sitotoksik. Selain pompa natrium-kalium, pertukaran natrium dan kalsium juga terganggu.

Gangguan ini menyebabkan influks kalsium yang melepaskan berbagai neurotransmitter dan pelepasan glutamat yang memperparah iskemia serta mengaktivasi enzim degradatif. Kerusakan sawar darah otak juga terjadi, disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah oleh proses di atas, yang menyebabkan masuknya air ke dalam rongga ekstraselular yang berujung pada edema. Hal ini terus berlanjut hingga tiga sampai 5 hari dan sembuh beberapa minggu kemudian. Setelah beberapa jam, sitokin terbentuk dan terjadi inflamasi.

Akumulasi asam laktat pada jaringan otak bersifat neurotoksik dan berperan dalam perluasan kerusakan sel. Hal ini terjadi apabila kadar glukosa darah otak tinggi sehingga terjadi peningkatan glikolisis dalam keadaan iskemia dan kabar buruknya adalah Stroke iskemik dapat berubah menjadi stroke hemorragik. Perdarahan yang terjadi tidak selalu menyebabkan defisit neurologis. Defisit neurologis terjadi apabila perdarahan yang terjadi luas. Hal ini dapat disebabkan oleh rusaknya sawar darah otak, sehingga sel darah merah terekstrasvasasi dari dinding kapiler yang lemah (Siswanti, 2021).

a. Patofisiologi Stroke Hemorragik

Pada perdarahan intraserebral, perdarahan masuk ke dalam parenkim otak akibat pecahnya arteri penetrans yang merupakan cabang dari pembuluh darah superficial dan berjalan tegak lurus menuju parenkim otak yang di bagian distalnya berupa anyaman kapiler. Hal ini dapat disebabkan oleh diathesis perdarahan dan penggunaan antikoagulan seperti heparin,

hipertensi kronis, serta aneurisma. Masuknya darah ke dalam parenkim otak menyebabkan terjadinya penekanan pada berbagai bagian otak seperti serebelum, batang otak, dan thalamus.

Darah mendorong struktur otak dan merembes ke sekitarnya bahkan dapat masuk ke dalam ventrikel atau ke rongga subaraknoid yang akan bercampur dengan cairan serebrospinal dan merangsang meningen. Hal ini menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial yang menimbulkan tanda dan gejala seperti nyeri kepala hebat, papil edema, dan muntah proyektil. Lokasi perdarahan umumnya terletak pada daerah ganglia basalis, pons, serebelum dan thalamus (Khairunnisa, 2014).

Perdarahan pada ganglia basalis sering meluas hingga mengenai kapsula interna dan kadang-kadang ruptur ke dalam ventrikel lateral lalu menyebar melalui sistem ventrikuler ke dalam rongga subaraknoid dengan adanya perluasan intraventrikuler sering berakibat fatal (Siswanti, 2021).

4. Gejala dan Tanda Stroke

Gejala stroke yang muncul sangat bergantung pada bagian otak yang terganggu, gejala kelemahan sampai kelumpuhan anggota gerak, bibir tidak simetris, bicara pelo atau tidak dapat berbicara (afasia), nyeri kepala, penurunan kesadaran, dan gangguan rasa (misalnya kebas di salah satu anggota gerak). Sedangkan stroke yang menyerang cerebellum akan memberikan gejala pusing berputar atau biasa disebut vertigo (Diponegoro 19 University Library, 2016).

Gejala stroke untuk pertama kalinya biasa disebut dengan stroke ringan. Perbedaan mendasar antara stroke ringan dengan stroke adalah ukuran atau tingkat keparahan sumbatan yang menghalangi aliran darah ke otak. Pada stroke ringan, sumbatan masih kecil dan belum menyebabkan kerusakan saraf otak yang permanen. Gejala stroke ringan bisa membaik dalam hitungan jam. Sedangkan pada stroke, sumbatan yang terjadi sudah lebih besar atau parah, dan biasanya sudah ada kerusakan pada saraf otak. Gejala umum yang terjadi pada stroke yaitu wajah, tangan atau kaki yang tiba-tiba kaku atau mati rasa dan lemah, biasanya terjadi pada satu sisi tubuh. Gejala lainnya yaitu pusing, kesulitan untuk berbicara atau mengerti perkataan, kesulitan untuk melihat baik dengan satu mata maupun kedua mata, kesulitan jalan, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, pingsan atau kehilangan kesadaran, dan sakit kepala yang berat dengan penyebab yang tidak diketahui (Suwaryo, 2019).

Gejala stroke biasanya muncul secara tiba-tiba, dengan kehilangan kekuatan pada salah satu sisi tubuh, bingung, sulit bicara atau sulit memahami, ada masalah pada penglihatan, sulit berjalan, sakit kepala, dan hilang keseimbangan (Sholihany dkk, 2021). Stroke biasanya ditandai dengan kelumpuhan anggota gerak pada salah satu sisi anggota tubuh (Maria, 2020).

Berikut Gejala-gejala stroke ringan sebelum menuju stroke yang lebih parah (WHO, 2012):

- a. Stroke ringan dapat menyebabkan kelemahan otot wajah, tandatandanya adalah wajah turun ke salah satu sisi (wajah terlihat tidak simetris), tidak bisa senyum, tidak dapat mengerutkan dahi, dan mata atau mulut turun ke bawah.
- b. Penderita stroke ringan kemungkinan tidak mampu mengangkat kedua lengan dan tungkai. Hal ini terjadi karena anggota gerak mereka lemas atau mati rasa pada salah satu sisi.
- c. Kesemutan di bagian tubuh yang terkena serangan stroke ringan, seperti wajah, lengan, dan tungkai pada sisi yang terganggu
- d. Kemampuan bicara juga bisa terganggu. Misalnya bicara cadel, tidak beraturan, tidak dapat memahami ucapan orang lain, atau bahkan tidak mampu bicara sama sekali.
- e. Pandangan terganggu pada salah satu atau kedua mata, sakit kepala dan pusing.
- f. Kesulitan berjalan atau mempertahankan posisi tubuh karena adanya gangguan sistem koordinasi tubuh. Kesulitan berjalan juga bisa disebabkan oleh kelemahan pada tungkai dan kaki.

5. Faktor Risiko Stroke

Hiperglikemia adalah suatu faktor risiko independen untuk hasil klinis yang buruk pada pasien stroke. Hiperglikemia terjadi pada 30-40% dari pasien dengan stroke iskemik akut dan 43–59% pasien stroke hemoragik. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa hiperglikemia reaktif pada stroke fase akut merupakan respons terhadap stres (Saskia, 2021).

Terdapat beberapa faktor yang meningkatkan risiko stroke. Selain stroke, faktor risiko ini juga dapat meningkatkan risiko serangan jantung.

Faktor-faktor tersebut meliputi:

- a. Faktor kesehatan, yang meliputi hipertensi, diabetes, kolesterol tinggi, obesitas, penyakit jantung seperti gagal jantung, penyakit jantung bawaan, infeksi jantung, atau aritmia, sleep apnea, pernah mengalami TIA atau serangan jantung sebelumnya.
- b. Faktor gaya hidup, yang meliputi merokok, kurang olahraga atau aktivitas fisik, konsumsi obat-obatan terlarang dan kecanduan alkohol.
- c. Faktor lainnya, seperti faktor keturunan. Orang yang memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami stroke, berisiko tinggi mengalami penyakit yang sama juga dan engan bertambahnya usia, seseorang memiliki risiko stroke lebih tinggi dibandingkan orang yang lebih muda.

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 al, 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.

4. Instrumen Kualitas Hidup Penderita Stroke

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

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

C. Tinjauan Umum Variabel Penelitian

1. 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).

2. 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). Hungu 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).

3. 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 dikasifikasikan berdasarkan jenjang perkembangan peserta didik serta tingkat kesulitan dan kompleksitas bahan atau materi yang diajarkan di segala tingkatan pendidikan. (Ihsan, 2006).

4. 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

5. Status Pernikahan

Status pernikahan memiliki hubungan terhadap kualitas hidup

penderita stroke. Individu yang tidak menikah, yang menikah dan bercerai atau janda terdapat perbedaan kualitas hidup (moons, dkk 2004)

6. 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).
- 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).

7. 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):

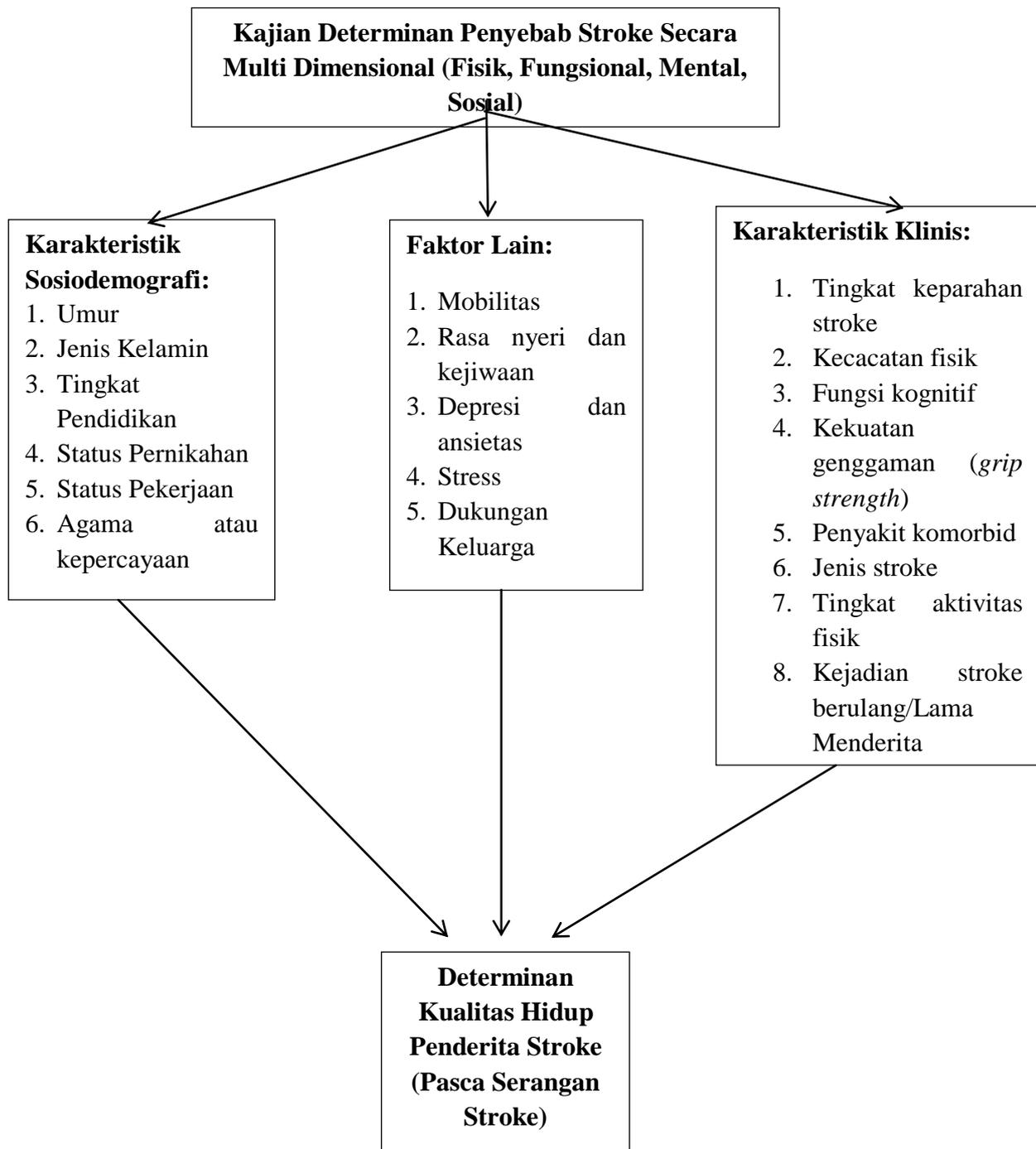
- a. Faktor lembaga atau organisasi, yaitu faktor yang berhubungan dengan status pekerjaan, seperti pekerjaan pribadi, kondisi fisik dalam bekerja, beban kerja yang berlebihan, serta waktu kerja yang sangat berat sehingga pekerjaan tidak stabil dan memicu stress.
- b. Faktor kepribadian, yaitu usia, 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)

8. 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).

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

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel yang diteliti

Stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) dengan tren kejadian secara global maupun nasional memiliki peningkatan secara eksponensial dan termasuk lima penyakit yang menyebabkan kematian tertinggi. Tingkat kesakitan dan kematian yang tinggi sehingga menjadikan stroke sebagai beban dalam dunia kesehatan global, nasional, maupun regional. Stroke merupakan penyakit yang mengenai sistem saraf atau neuron yang memberikan dampak kecacatan pada orang tua maupun usia muda. Secara patofisiologis, stroke sangat erat kaitannya dengan penurunan asupan atau suplai aliran darah pada pembuluh darah otak. Serangan stroke dapat terjadi secara mendadak dan menimbulkan kematian jika tidak ditangani secepat mungkin, sehingga diperlukan penelusuran terkait determinan atau faktor-faktor yang berisiko terhadap kejadian stroke, khususnya pada stroke iskemik yang mana 80% kejadian stroke yaitu stroke iskemik.

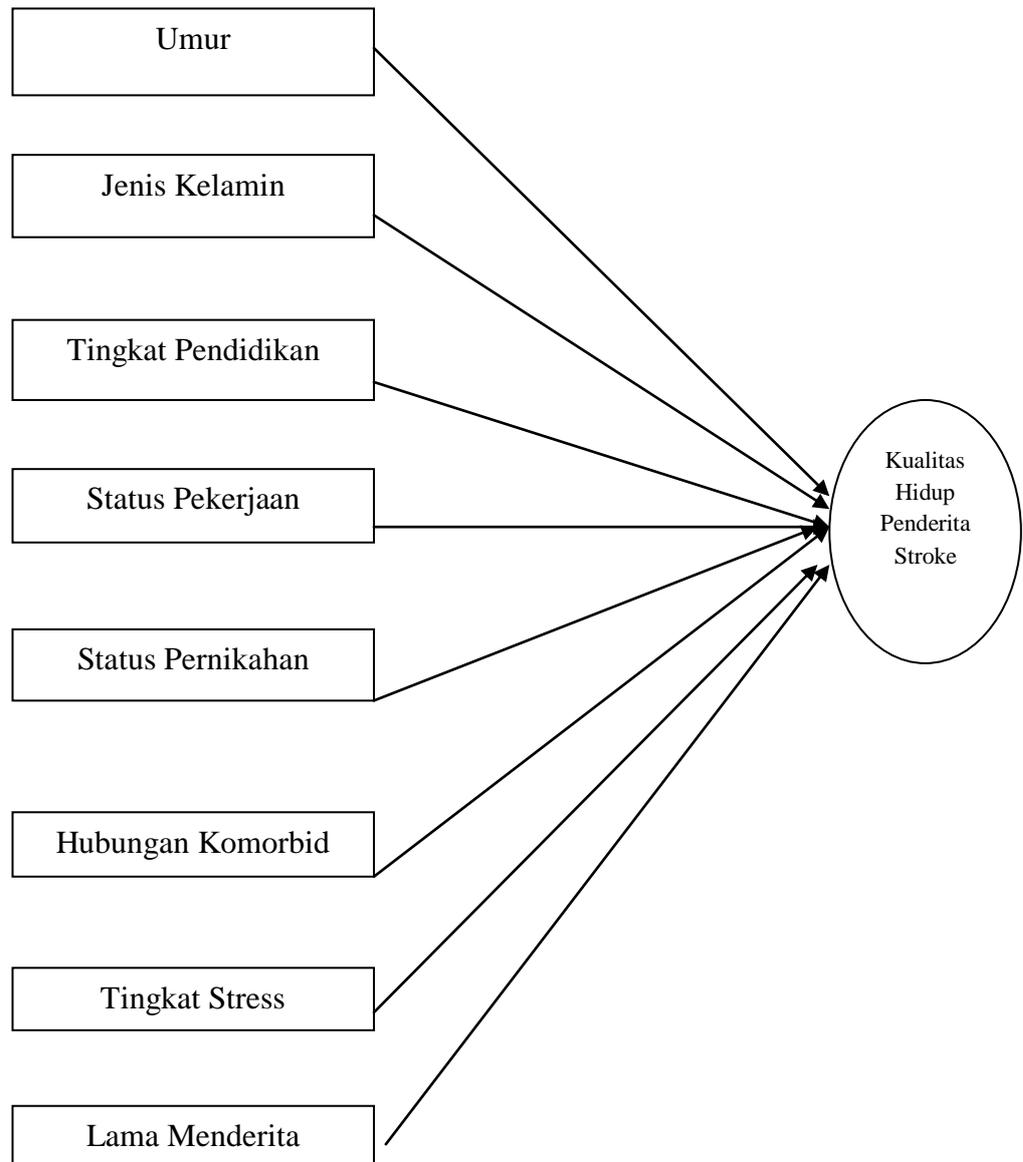
Pasien yang telah mengalami serangan stroke dalam jangka waktu pendek atau lama memiliki kualitas hidup yang berbeda-beda. Hal tersebut tergantung pada faktor yang mempengaruhi mereka dalam melakukan proses pemulihan akibat serangan stroke. Determinan yang mempengaruhi kualitas hidup penderita stroke antara lain faktor fisik, mental, fungsional, dan sosial pasien tersebut. Berdasarkan jurnal

penelitian, telah dikaitkan beberapa variabel yang diduga memiliki pengaruh ataupun hubungan dengan kualitas hidup penderita stroke, yaitu variabel sosiodemografi, klinis, dan variabel lainnya. Oleh karena itu, di dalam penelitian ini, variabel penelitian yang diteliti yaitu variabel sosiodemografi dan psikologis pada penderita stroke.

Dengan melihat tingginya insidensi maupun prevalensi penyakit stroke serta dampak kecacatan yang tinggi menimbulkan keingintahuan peneliti terkait hubungannya dikaitkan dengan variabel kualitas hidup, yaitu persepsi individu terhadap kehidupan yang meliputi dimensi fisik, sosial, mental terhadap penyakit yang dideritanya. Oleh karena itu, uraian di atas merupakan dasar pemikiran untuk meneliti hubungan antara determinan sosial di antaranya umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, komorbid, tingkat stress terhadap kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar tahun 2020.

B. Kerangka Konsep

Berdasarkan dasar pemikiran terkait variabel penelitian yaitu stroke yang memiliki prevalensi dan insidensi yang meningkat secara eksponensial disebabkan faktor-faktor risiko, maka hubungan variabel-variabel independen dengan variabel dependen dapat dipetakan melalui kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan:

 = Variabel Independen/Bebas (variabel yang mempengaruhi)

 = Variabel Dependen/Terikat (variabel yang dipengaruhi)

 = Arah yang menunjukkan kemungkinan terjadinya pengaruh

C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Adapun definisi operasional dan kriteria objektif dari variabel penelitian adalah sebagai berikut:

1. Kualitas hidup

- a. Definisi: Pemahaman pasien stroke dalam lingkup budaya dan sosial atas keberadaannya yang dipengaruhi oleh kesehatan fisik, kondisi psikologis, hubungan sosial dan lingkungan menggunakan kuesioner *Stroke Specific Quality of Life Scale- (SSQOL)* yang terdiri dari 12 item pertanyaan skala Likert (1-4).
- b. Kriteria objektif:
 - 1) Kualitas hidup tinggi: bila jumlah skor 36-48
 - 2) Kualitas hidup sedang: bila jumlah skor 24-35
 - 3) Kualitas hidup rendah: bila skor 12-23

2. Umur

- a. Definisi: lama responden hidup sejak dilahirkan hingga waktu saat ini (penelitian) berdasarkan identitas atau sesuai rekam medik pasien.
- b. Kriteria objektif:
 - 1) Usia Lansia: umur ≥ 55 tahun
 - 2) Usia Produktif: umur < 55 tahun

3. Jenis Kelamin

- a. Definisi: Karakteristik biologis yang dilihat dari penampilan luar.
- b. Kriteria objektif:
 - 1) Laki-laki

2) Perempuan

4. Tingkat Pendidikan

a. Definisi: jenjang pendidikan formal terakhir yang ditamati oleh responden berdasarkan ijazah.

b. Kriteria objektif:

1) Pendidikan tinggi, jika responden memiliki tingkat pendidikan terakhir minimal SMA.

2) Pendidikan rendah, jika responden memiliki tingkat pendidikan terakhir di bawah SMA.

5. Status Pekerjaan

a. Definisi: Kegiatan utama yang dilakukan responden dan mendapat penghasilan atas kegiatan tersebut serta masih dilakukan pada saat di wawancarai.

b. Kriteria objektif:

1) Bekerja, jika ada kegiatan dalam memenuhi kebutuhan ekonomi

2) Tidak Bekerja, jika tidak ada kegiatan dalam memenuhi kebutuhan ekonomi.

6. Status Pernikahan

a. Definisi: Individu yang tidak menikah, yang menikah dan bercerai atau janda terdapat perbedaan kualitas hidup (moons, dkk 2004)

b. Kriteria objektif:

1. Menikah

2. Tidak Menikah

7. Komorbid

a. Definisi: Penyakit penyerta yang merupakan akibat keparahan stroke seperti DM, hipertensi, dislipidemia, jantung, dan sebagainya.

b. Kriteria objektif:

- 1) Tidak memiliki komplikasi sesuai data rekam medik pasien.
- 2) Memiliki 1 komplikasi sesuai data rekam medik pasien.
- 3) Memiliki lebih dari 1 komplikasi sesuai data rekam medik pasien.

8. Tingkat Stres

a. Definisi: Nilai skor stres berdasarkan hasil pengukuran pada kuesioner *Perceived Stress Scale* (PSS).

b. Kriteria objektif:

- 1) Stres rendah, apabila nilai hasil pengukuran yaitu 0-13.
- 2) Stres ringan, apabila nilai hasil pengukuran yaitu 14-26.
- 3) Stres tinggi, apabila nilai hasil pengukuran yaitu 27-40.

9. Lama menderita

a. Definisi: Waktu lamanya seseorang menderita stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sesuai data rekam medik pasien.

b. Kriteria objektif:

- 1) Durasi pendek, jika <1 tahun menderita stroke

2) Durasi sedang, jika 1-5 tahun menderita stroke

D. Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis null (H_0), yaitu hipotesis yang diuji secara statistik menggunakan uji statistik.
 - a. Tidak ada hubungan umur dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar
 - b. Tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar
 - c. Tidak ada hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar
 - d. Tidak ada hubungan status pekerjaan dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar
 - e. Tidak ada hubungan status pernikahan dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar
 - f. Tidak ada hubungan komorbid dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar
 - g. Tidak ada hubungan tingkat stres dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar
 - h. Tidak ada hubungan lama menderita dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar
2. Hipotesis Alternatif (H_a), yaitu hipotesis yang diuji kebenarannya di dalam penelitian.
 - a. Ada hubungan umur dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar.

- b. Ada hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar.
- c. Ada hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar.
- d. Ada hubungan status pekerjaan dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar.
- e. Ada hubungan status pernikahan dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar.
- f. Ada hubungan komorbid dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar.
- g. Ada hubungan tingkat stres dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar.
- h. Ada hubungan lama menderita dengan kualitas hidup penderita stroke di RSKD Dadi Makassar.