

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DAN POLA HIDUP
DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai
Gelar Sarjana Keperawatan

HENDRA MAULANA

NIM. MB1218056



**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA TASIKMALAYA**

2022

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DAN POLA
HIDUP DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN
STROKE

NAMA LENGKAP : HENDRA MAULANA

NIM : MB1218056

Telah Disetujui untuk Diajukan pada Sidang Akhir
pada Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Menyetujui :

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Ns. Heni Aguspita Dewi, S.Kep., M.Kep

Ns. Ade Iwan Mutiudin, S.Kep., M.Kep

Program Studi Sarjana Keperawatan

Ketua

Ns. Hilman Mulyana, S.Kep., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DAN POLA
HIDUP DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN
STROKE

NAMA LENGKAP : HENDRA MAULANA

NIM : MB1218056

Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dan Telah Diperbaiki Sesuai Dengan
Masukan Dewan Penguji Skripsi Pada Program Studi Sarjana
Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Pada Tanggal 13 Maret 2023

Mengesahkan

Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Penguji I

Penguji II

Ns. Ana Ikhsan Hidayatulloh, S.Kep.,M.Kep

Ns. Ai Rahmawati, S.Kep.,M.Kep

Fakultas Keperawatan

Dekan

R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

- a. Penelitian saya, dalam skripsi ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (S.Kep), baik dari Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana maupun di Perguruan tinggi lain.
- b. Penelitian dalam skripsi ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing.
- c. Dalam penelitian ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan daftar pustaka.
- d. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Bhakti Kencana.

Tasikmalaya, 13 Maret 2023
Yang Membuat Pernyataan

MATERAI 10000

HENDRA MAULANA
NIM : MB1218056

Abstrak

Stroke berdampak pada kesehatan mental. Dampak ini dapat berupa masalah pada emosional seperti rasa takut, cemas, frustrasi, marah dan sedih. Stroke juga dapat menimbulkan beberapa gangguan misalnya Pasien mengalami gangguan fungsi vital otak. Kemunduran fisik yang terjadi membuat seseorang menjadi tergantung pada orang lain baik sebagian dibantu maupun ketergantungan seluruhnya. Perubahan yang terjadi meliputi beberapa aspek kehidupan sehingga secara keseluruhan kualitas hidup penderita terpengaruh. Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik, Rancangan yang digunakan adalah *Cross Sectional*. Teknik sampling menggunakan teknik *non probability sampling* dengan jumlah sampel 82 pasien. Pasien stroke yang mengalami tingkat kecemasan sedang/berat (74%), pola hidup tidak baik (68%) dan kualitas hidup tidak baik (30%).

Simpulan: ada hubungan antara tingkat kecemasan dan pola hidup pada kualitas hidup pasien stroke. Stres dan gaya hidup yang tidak baik dapat mengakibatkan kualitas hidup pasien stroke semakin tidak baik.

Kata kunci: tingkat kecemasan, pola hidup, stroke.

Abstract

Stroke has an impact on mental health. This impact can be in the form of emotional problems such as fear, anxiety, frustration, anger and sadness. Stroke can also cause several disorders, for example, the patient has impaired vital brain function. Physical setbacks that occur make a person dependent on others either partially assisted or totally dependent. The changes that occur cover several aspects of life so that the overall quality of life of sufferers is affected. This study method is analytical descriptive, the research design is Cross Sectional. The samples of this research are 82 stroke patients who were taken by accidental sampling. Stroke patients who have moderate/severe levels of anxiety (74%), lifestyle is not good (68%) and quality of life is not good (30%).

It can be concluded that there is a relationship of levels of anxiety and lifestyle and quality of life of stroke patients. Levels of anxiety and lifestyle can lead to better quality of life for patients with stroke are not good.

Key words : levels of anxiety, lifestyle, quality of life

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Alloh SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah, serta Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Tingkat Kecemasan dan Pola Hidup dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke”. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mengerjakan skripsi pada Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Bhakti Kencana Tasikmalaya tahun 2022. Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Karena itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., MH.Kes selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung;
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana;
3. R. Siti Jundiah, M.Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana;
4. Ns. Asep Mulyana, S.Kep., MM., M.Kep selaku Koordinator Universitas Bhakti Kencana Tasikmalaya;
5. Ns. Hilman Mulyana, S.Kep., M.Kep selaku Koordinator Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Tasikmalaya;
6. Ns. Heni Aguspita Dewi, S.Kep., M.Kep, selaku Dosen Pembimbing I atas bimbingan, saran dan motivasi yang diberikan.
7. Ns. Ade Iwan Mutiudin, S.Kep., M.Kep, selaku Dosen Pembimbing II atas bimbingan, saran dan motivasi yang diberikan.
8. Dr Dasep Padilah, selaku Direktur RSUD Syifa Medina Tasikmalaya.

9. Gina Rahmi, A.Md RMIK., S.K.M selaku Kepala Ruang Rekam Medis RSUD Syifa Medina Tasikmalaya.
10. Orang tua, saudara-saudara, dan teman seperjuangan atas do'a dan motivasinya.

Penulis menyadari skripsi ini tidak luput dari berbagai kekurangan. Penulis mengharapkan saran dan kritik demi kesempurnaan dan perbaikannya sehingga akhirnya skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi bidang pendidikan dan penerapan di lapangan serta bisa dikembangkan lagi lebih lanjut.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
Abstrak	v
<i>Abstract</i>	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	8
E. Ruang Lingkup Penelitian	9
BAB II.....	10
TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Gambaran Umum Penyakit Stroke	10
B. Kecemasan.....	14
C. Pola Hidup.....	19
D. Kualitas Hidup.....	23
E. Kerangka Konseptual	29
BAB III.....	31
METODOLOGI PENELITIAN	31
A. Rancangan Penelitian	31
B. Paradigma Penelitian.....	32
C. Hipotesis Penelitian	32
D. Variabel Penelitian	33

E. Definisi Konseptual dan Definisi Operasional.....	34
F. Populasi dan Sampel.....	37
G. Instrumen Penelitian.....	38
H. Teknik Pengumpulan Data	45
I. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	45
J. Pengolahan dan Rencana Analisis Data	47
K. Etika Penelitian.....	51
L. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	53
BAB IV	54
HASIL PENELITIAN.....	54
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	54
B. Hasil Analisis Univariat	56
C. Analisis Bivariat	58
D. Hasil Analisis Multivariat.....	59
BAB V.....	61
PEMBAHASAN	61
A. Kecemasan pada Pasien Stroke	61
B. Pola Hidup Pasien Stroke	62
C. Kualitas Hidup Pasien Stroke	63
D. Hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke..	65
E. Hubungan antara Pola Hidup dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke.....	66
F. Hubungan Tingkat Kecemasan dan Pola Hidup dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke di RSUD Syifa Medina	67
BAB VI	69
KESIMPULAN DAN SARAN.....	69
A. Kesimpulan.....	69
B. Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	71
Lampiran	76

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Keaslian Penelitian

Table 3.1 Definisi Operasional

Tabel 3.2 Kisi-kisi Kuesioner *HARS*

Tabel 3.3 Metode untuk Mengubah *Raw Score* ke *Transformed Score*

Tabel 3.4 Kisi-kisi Kuesioner *WHOQOL-BREF*

Tabel 3.5 Subjek penelitian yang akan dibuat distribusi frekuensi

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi berdasarkan Tingkat Kecemasan Responden

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi berdasarkan Pola Hidup Responden

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi berdasarkan Kualitas Hidup Responden

Tabel 4.5 Hasil Uji Spearman Rank antara Tingkat Kecemasan dan Kualitas Hidup pada Pasien Stroke

Tabel 4.6 Hasil Uji Spearman Rank antara Pola Hidup dengan Kualitas Hidup pada Pasien Stroke

Tabel 4.7 Model Regresi Logistik Berganda Responden

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori

Gambar 3.1 Paradigma Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke memiliki peran sebagai pemicu utama kecacatan jangka panjang, dan dapat memengaruhi kehidupan pasien pada aspek fisik, emosional, psikologis, kognitif dan sosial (Kurnia, 2019). Hasil penelitian Kurnia (2019), dari empat domain kualitas hidup yang diteliti, aspek fisik dan psikologis adalah aspek yang paling buruk dari pasien stroke dengan kategori kurang baik. Aspek fisik menjadi domain yang sangat berpengaruh pada perubahan kualitas hidup pasien stroke, sementara aspek psikologis menjadi aspek yang mengganggu kehidupan pasien karena merasa tidak lagi dapat menjalankan perannya dalam keluarga. Masniah (2017), menyebutkan bahwa kualitas hidup yang berubah merupakan respon psikologis akibat kelemahan fisik, fungsional, psikologis dalam rentang waktu lama. Penelitian ini juga menyebutkan pasien stroke yang memiliki aktivitas dasar sehari-hari pada kategori rendah, akan mengalami stres sesuai dengan tingkatan dalam beraktivitas. Suryati (2009) menyebutkan, bahwa keadaan tersebut dapat membuat penderita tertekan, ketika ada kebutuhan baik yang sifatnya darurat ataupun dapat menunggu hanya bisa terpenuhi dengan mengandalkan bantuan orang lain.

Gangguan yang terjadi pada pasien stroke dapat menimbulkan masalah seperti sulitnya beradaptasi dan kurangnya dalam melakukan interaksi sosial

dengan lingkungan sekitar (Kurnia, 2019). Gangguan ini dapat menimbulkan kecemasan pada penderita stroke, yaitu kondisi perasaan yang tidak menyenangkan seperti khawatir, takut dan was-was (Hafdia, 2017).

Data *World Health Organization* (2002-2006) menunjukkan 15 juta orang menderita stroke di seluruh dunia setiap tahun. Sebanyak 5 juta orang lainnya mengalami kematian dan 5 juta orang mengalami kecacatan yang menetap. Stroke merupakan penyebab kematian kedua terbanyak di negara maju dan ketiga terbanyak di negara berkembang. Prevalensi stroke di Asia 50–400 orang per 100.000 penduduk per tahun. Tingginya angka kejadian stroke bukan hanya di negara maju saja, tapi juga menyerang negara berkembang seperti Indonesia karena perubahan tingkah laku dan pola hidup masyarakat. Perubahan gaya hidup terutama di kota–kota besar menyebabkan meningkatnya prevalensi penyakit *degenerative* (Marbun, 2016).

Merujuk data WHO (2017), Indonesia memiliki peringkat pertama sebagai negara dengan peringkat kematian tertinggi karena stroke di dunia. Kematian karena stroke mencapai 20% dari total kematian, oleh karena itu pemerintah memberikan perhatian yang sangat besar pada penyakit stroke dengan salah satunya yaitu penelitian terkait penyakit stroke. Prevalensi penyakit tidak menular seperti kanker, penyakit ginjal kronis, diabetes melitus, hipertensi dan stroke berdasarkan hasil Riset Kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 meningkat dibandingkan tahun 2013. Prevalensi stroke meningkat dari 7% menjadi 10,9%. Secara nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur

≥15 tahun sebesar 10,9%, atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. (Infodatin, 2019).

Menurut WHO, stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda klinis yang berkembang cepat berupa *deficit neurologic fokal global*, yang dapat memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Menurut data *Centers for Diseases Control* (CDC) stroke adalah penyebab utama kematian di Amerika Serikat dan merupakan penyebab utama kecacatan serius bagi orang dewasa. Penyakit stroke merupakan penyebab kematian kedua dan penyebab disabilitas ketiga di dunia. Stroke terjadi ketika suplai darah ke bagian otak terganggu atau berkurang. Akibatnya, jaringan otak tidak bisa mendapatkan oksigen dan nutrisi yang memicu kematian sel-sel di dalamnya. Sekitar 795.000 orang di Amerika Serikat mengalami stroke setiap tahun (Kemenkes RI, 2018).

Kualitas hidup adalah suatu kondisi penderita yang dapat tetap merasakan nyaman secara fisik, psikologis, sosial maupun spiritual secara optimal dalam memanfaatkan hidupnya untuk kebahagiaan dirinya maupun orang lain (Suhud, 2009). Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap kondisi kesehatan, kesejahteraan dan kepuasan hidupnya yang dapat mempengaruhi kesehatan secara umum (WHOQOL-BREF, 2012). Stroke merupakan salah satu penyakit yang dapat mempengaruhi kehidupan pasien dalam berbagai aspek, antara lain fisik, emosional, psikologis, kognitif dan

sosial. Tingkat kecacatan fisik dan mental pada pasien stroke dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien (Hafdia, 2017).

Dampak yang diakibatkan stroke ini bagi kehidupan bersifat sangat kompleks. Stroke ini dapat menimbulkan beberapa gangguan misalnya Pasien mengalami gangguan fungsi vital otak seperti gangguan koordinasi, gangguan kontrol postur tubuh, gangguan sensasi dan gangguan refleks gerak dapat menurunkan kemampuan aktivitas fungsional. (Kurnia, 2019). Kemunduran fisik yang terjadi membuat seseorang menjadi tergantung pada orang lain baik sebagian dibantu maupun ketergantungan seluruhnya. Perubahan yang begitu mendadak tidak jarang menimbulkan masalah bagi penderita, seperti sulitnya beradaptasi dengan kondisi baru dan kurangnya dalam melakukan interaksi sosial dengan lingkungan sekitar. Perubahan yang terjadi meliputi beberapa aspek kehidupan sehingga secara keseluruhan kualitas hidup penderita terpengaruh (Mayorita YID, 2015).

Penelitian yang dilakukan (Anggraini, 2016) menyatakan bahwa rata-rata penderita pasca stroke memiliki kualitas hidup rendah (65,63%). Penelitian (Nur Khamidah, 2017) yang menyatakan bahwa rata-rata penderita pasca stroke dengan kualitas cukup (59,6%). Penelitian yang dilakukan oleh (Yulsifa, 2016) menunjukkan bahwa rata-rata pasien pasca stroke dengan kualitas hidup rendah (64,3%). (Cahyati, Nurachmah, & Hastono, 2013) menyatakan sebagian besar pasien pasca stroke memiliki kekuatan otot yang baik disemua ekstremitas, yang memberikan kontribusi dalam kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Pada jurnal internasional oleh

(Haghgoo HA, Pazuki ES, Hosseini AS, 2013) menyatakan (65,5%) dari peserta yang diteliti bergantung sepenuhnya atau membutuhkan bantuan dalam beraktivitas sehari-hari, terdapat korelasi yang kuat antara aktivitas sehari-hari dan kualitas hidup. Penelitian (Opara & Jaracz, 2010) mengatakan bahwa stroke memiliki dampak besar pada kualitas hidup pasien dan keluarga mereka yang memberikan jangka panjang perawatan sehari-hari.

Stroke juga berdampak pada kesehatan mental. Dampak ini dapat berupa masalah pada emosional seperti rasa takut, cemas, frustrasi, marah dan sedih (Lamina, 2020). Menurut (WHO), penyakit stroke juga merupakan faktor penyebab demensia dan depresi.

Penelitian Ananda (2017), menunjukkan bahwa 74% pasien stroke mempersepsikan kualitas hidupnya kurang. Menurut Larasati (2017), stroke bahkan dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup dan peningkatan level depresi (Kurnia, 2019). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hafdia (2017) menunjukkan bahwa pasien pasca stroke dengan kualitas hidup buruk lebih banyak pada kondisi cemas dibandingkan dengan kondisi normal. Demikian pula dengan pasien pasca stroke dengan kualitas hidup baik lebih banyak pada kondisi normal dibandingkan dengan kondisi cemas. Hasil penelitian Kustiawan, R (2014) menyatakan bahwa tingkat kecemasan pada pasien stroke iskemik yang memiliki kecemasan ringan 10,30%, yang mengalami kecemasan sedang 71,80%, dan yang mengalami kecemasan berat 17,90%.

Terdapat sejumlah faktor yang menyebabkan seseorang beresiko terkena stroke salah satunya faktor perilaku yaitu gaya hidup yang meliputi

kurang olahraga dan kurang aktifitas, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, pola makan, kepatuhan minum obat (Marbun, 2016). Marbun (2016) juga menyatakan adanya kekuatan atau keeratan hubungan antara gaya hidup dengan kualitas hidup dengan nilai $r = 0,376$ artinya kedua variabel memiliki hubungan yang kuat. Arah hubungan penelitian ini yaitu positif artinya jika gaya hidup pasien stroke baik maka kualitas hidup pasien stroke baik, jika pasien stroke mengalami gaya hidup tidak baik maka kualitas hidup pasien stroke tidak baik. Peneliti juga menyatakan bahwa penelitian ini masih mungkin dikembangkan pada responden dengan metode dan tempat yang berbeda. Seiring berubahnya gaya hidup di perkotaan yang mengikuti era globalisasi, kasus stroke terus meningkat, gaya hidup yang gemar makan makanan *fast food* yang kaya akan lemak, malas berolahraga, kebiasaan merokok, alkohol dan kurangnya aktifitas bisa memicu serangan stroke (Marbun, 2016).

Hasil survey awal yang telah dilakukan, frekuensi penyakit stroke di rawat jalan dalam satu tahun, periode bulan Juni 2021 sampai bulan Maret 2022 yaitu sebanyak 438 kasus. Stroke juga merupakan penyakit yang termasuk kedalam 10 besar penyakit dan merupakan peringkat tertinggi ke dua di RSUD Syifa Medina pada tahun 2021. (Rekam Medis, 2021)

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan kepada beberapa orang pasien stroke terkait kualitas hidup, mereka memberikan pernyataan bahwa semenjak mengalami stroke merasakan penurunan pada aktivitas karena tidak dapat melakukan secara total tugas dan fungsi mereka dan masih

harus memerlukan bantuan dari orang sekitar karena ada keterbatasan fisik dalam melakukan kegiatan. Salah satunya terdapat pasien yang lumpuh dan hanya dapat menggerakkan satu bagian tubuh, adapun yang masih dapat berkegiatan namun tidak bias dalam jangka yang panjang. Dari lima pasien yang bersedia mengisi kuesioner, terdapat 40% dengan kecemasan ringan dan 60% mengalami kecemasan sedang. Memiliki berat badan normal. Dua dari tiga pasien memiliki kebiasaan merokok dan tidak terdapat pasien dengan kebiasaan minum alkohol. Kualitas hidup mereka tergolong ke dalam kualitas hidup sedang.

Rehabilitasi medik memainkan peran kunci dalam mengatasi masalah itu sehingga pasien bisa kembali menjalani aktivitas sehari-hari (Elfira, 2015). Dalam hal ini peran perawat di poliklinik sangat dibutuhkan selain memberikan perawatan, perawat juga dapat memberikan edukasi yang dapat membantu proses pemulihan pasien pasca stroke.

Berdasarkan uraian- uraian di atas, penulis belum menemukan penelitian yang meneliti hubungan kecemasan dan pola hidup pasien stroke yang berobat di rawat jalan, sehingga penulis merasa tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dengan judul “Hubungan Tingkat Kecemasan dan Pola Hidup dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke”

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian yaitu “Bagaimana Hubungan Tingkat Kecemasan dan Pola Hidup dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan tingkat kecemasan dan pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan pasien stroke
- b. Untuk mengetahui gambaran pola hidup pasien stroke
- c. Untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien stroke
- d. Untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke
- e. Untuk mengetahui hubungan pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi

Melalui hasil ini dapat menyumbang ilmu terhadap institusi Pendidikan sebagai bahan tinjauan mengenai hubungan tingkat kecemasan dan pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke.

2. Bagi Pelayanan Keperawatan

Menyampaikan pengetahuan mengenai tingkat kecemasan dan pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke yang berobat rawat jalan, sehingga petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan dengan efisien.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti diharapkan dapat membagikan pengetahuan mengenai hubungan tingkat kecemasan dan pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke dan diharapkan mampu menjadi bahan masukan bagi penelitian selanjutnya.

E. Ruang Lingkup Penelitian

1. Lingkup Waktu

Pelaksanaan Penelitian akan dilaksanakan pada bulan Juni – Agustus 2022

2. Lingkup Tempat

Lokasi penelitian di Rumah Sakit Umum Syifa Medina Tasikmalaya

3. Lingkup Materi

Materi dibatasi pada “Hubungan tingkat kecemasan dan pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke”. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif, dengan menggunakan desain penelitian observasional. Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik. Rancangan yang digunakan adalah *Cross Sectional* yaitu suatu penelitian yang mempelajari korelasi antara paparan atau faktor risiko (tingkat kecemasan dan pola hidup) dengan akibat atau efek (kualitas hidup).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gambaran Umum Penyakit Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah kerusakan otak akibat berkurangnya aliran darah ke otak. Penurunan aliran darah ke otak dapat disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah di otak. Selain itu juga dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Ketika aliran darah ke otak berkurang maka akan terjadi kerusakan sebagian daerah otak. Kerusakan otak ini menyebabkan berbagai gejala seperti kelumpuhan atau kelemahan pada separuh tubuh yang terjadi secara tiba – tiba, kesulitan berbicara, wajah tidak seimbang, kesulitan menelan, dan gangguan keseimbangan. Semakin luas daerah otak yang mengalami kerusakan, maka akan semakin banyak gejala yang akan dialami oleh pasien. (Dharma, 2018)

2. Penyebab Stroke

Stroke terjadi karena dua hal yaitu sumbatan dan pecahnya pembuluh darah di otak. Sumbatan pembuluh darah otak dapat terjadi karena tumpukan lemak pada dinding pembuluh darah atau akibat bekuan darah yang terhenti pada pembuluh darah otak. Sedangkan pecahnya pembuluh darah otak dapat disebabkan oleh tekanan darah yang sangat tinggi. Kelebihan lemak jahat di dalam tubuh dapat menempel pada dinding pembuluh darah. Dalam jumlah yang besar dapat

menyumbat pembuluh darah. Sumbatan pada pembuluh darah di otak menyebabkan kerusakan jaringan otak sehingga menimbulkan gejala stroke. Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah di otak. Sehingga darah memenuhi ruang otak dan menyebabkan kerusakan dan kematian jaringan otak (Dharma, 2018).

3. Tanda dan gejala serangan stroke

Berikut merupakan tanda dan gejala serangan stroke menurut Dharma (2018) :

- a. Wajah tidak simetris
- b. Ekstremitas lemah atau tidak dapat digerakkan yang terjadi secara tiba-tiba
- c. Sulit berbicara atau bicara pelo
- d. Gejala lainnya seperti pusing berat, muntah bahkan sampai terjadi penurunan kesadaran, pingsan dan tiba-tiba jatuh.

4. Manifestasi Klinis Stroke

Menurut Price dan Wilson (2006) tanda dan gejala stroke tergantung pada arteri serebral yang mengalami perdarahan maupun sumbatan yang disebut dengan *syndrome neurovascular*, diantaranya :

- a. Sindrom arteri karotis interna
- b. Sindrom arteri serebri media
- c. Sindrom arteri serebri anterior
- d. Sindrom arteri posterior
- e. Sindrom sistem vertebrobasilar

5. Faktor Risiko Stroke

Menurut *National stroke Assocation* (2009), ada dua tipe faktor risiko terjadinya stroke yaitu faktor yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi:

a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi:

- 1) Umur
- 2) Jenis Kelamin
- 3) Ras
- 4) Riwayat Keluarga

b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi:

- 1) Segi Medis
 - a) Tekanan darah tinggi (Hipertensi)
 - b) Fibrilasi atrium
 - c) Hiperkolesterol
 - d) Diabetes Mellitus (DM)
 - e) Riwayat Stroke
 - f) Dislipidemia
- 2) Pola Hidup

Menurut Dharma (2018), pola hidup merupakan faktor risiko penyebab stroke yang dapat diubah, diantaranya :

- a) Kebiasaan Merokok
- b) Kebiasaan Konsumsi Alkohol
- c) Kadar kolesterol darah yang tinggi

d) Aktivitas fisik/olahraga

e) Pola Makan

Ditinjau dari faktor risiko stroke diatas, salah satu yang saat ini diduga sangat berpengaruh adalah pola hidup. Pola hidup sehat banyak berhubungan dengan kesehatan jantung serta jaringan pembuluh darah termasuk stroke (Yastroki, 2007).

6. Dampak serangan stroke

Dampak serangan stroke menurut Fitriani (2019), pada individu dapat menimbulkan beberapa perubahan diantaranya berupa perubahan fisik, sosial maupun psikologis.

a. Perubahan Fisik

Perubahan fisik yang terjadi diantaranya kehilangan fungsi motorik yaitu diantaranya kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, tidak dapat berjalan tanpa bantuan, penurunan refleks tendon, kesulitan menelan, ketidakmampuan menginterpretasikan sensasi, penurunan fungsi penglihatan serta adanya perubahan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari (Fitriani, 2019).

b. Perubahan Sosial

Dampak sosial yang terjadi pada pasien paska stroke salah satunya disebabkan karena adanya masalah komunikasi diantaranya adalah kesulitan dalam berbicara, gangguan bicara, ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya. Gejala sisa fungsional pada pasien paska stroke juga menyebabkan terjadinya

perubahan penampilan, perubahan peran, reintegrasi serta pembatasan partisipasi terhadap masyarakat, serta penurunan aktivitas sosial (Fitriani, 2019).

c. Perubahan Psikologis

Dampak psikologis dan Gangguan fungsi kognitif dimana pasien menunjukkan gejala lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, pelupa, depresi, kecemasan dan kurang motivasi sehingga pasien mengalami frustrasi dalam perawatan penyembuhan (Fitriani, 2019).

B. Kecemasan

1. Pengertian

Menurut Stuart dan Sundeen (2016) kecemasan adalah keadaan emosi tanpa objek tertentu. Kecemasan dipicu oleh hal yang tidak diketahui dan menyertai semua pengalaman baru, seperti masuk sekolah, memulai pekerjaan baru atau melahirkan anak. Karakteristik kecemasan ini yang membedakan dari rasa takut. Kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam dan merupakan hal normal yang terjadi yang disertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru, serta dalam menemukan identitas diri dan hidup (Kaplan, 2010)

Kecemasan sangat berhubungan dengan perasaan tidak pasti dan ketidakberdayaan sebagai hasil penilaian terhadap suatu objek atau keadaan. Cemas timbul sebagai respon terhadap stres, baik stres fisik dan fisiologis. Artinya, ansietas terjadi ketika seorang merasa terancam baik

fisik maupun psikologis. Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya dengan keadaan emosi yang tidak memiliki objek (Stuart, 2016).

Menurut Zakariah (2015) kecemasan adalah suatu perasaan yang tidak menyenangkan yang digambarkan dengan kegelisahan atau ketegangan dan tanda-tanda hemodinamik yang abnormal sebagai konsekuensi dari stimulasi simpatik, parasimpatik dan endokrin. Kecemasan ini terjadi segera setelah prosedur bedah direncanakan. Menurut Rachmad (2009) dalam Anita (2018) kecemasan timbul karena adanya sesuatu yang tidak jelas atau tidak diketahui sehingga muncul perasaan yang tidak tenang, rasa khawatir, atau ketakutan. Menurut Ratih (2012) dalam Anita (2018) kecemasan merupakan perwujudan tingkah laku psikologis dan berbagai pola perilaku yang timbul dari perasaan kekhawatiran subjektif dan ketegangan.

2. Teori-teori Kecemasan

Konsep kecemasan berkembangnya dari zaman dahulu sampai sekarang. Masing-masing model mengembangkan beberapa teori tertentu dari fenomena kecemasan. Teori-teori ini saling diperlukan untuk memahami kecemasan secara komprehensif. Berikut beberapa teori kecemasan menurut (Kaplan, 2010) yaitu :

a. Teori Genetik

Pada sebagian manusia yang menunjukkan kecemasan, riwayat hidup dan riwayat keluarga merupakan predisposisi untuk berperilaku cemas. Sejak kanak-kanak mereka merasa risau, takut dan merasa tidak pasti tentang sesuatu yang bersifat sehari-hari. Penelitian riwayat keluarga dan anak kembar menunjukkan faktor genetik ikut berperan dalam gangguan kecemasan (Kaplan, 2010).

b. Teori Katekolamin

Situasi-situasi yang ditandai oleh sesuatu yang baru, ketidakpastian perubahan lingkungan, biasanya menimbulkan peningkatan sekresi adrenalin (epinefrin) yang berkaitan dengan intensitas reaksi-reaksi yang subjektif, yang ditimbulkan oleh kondisi yang merangsangnya. Teori ini menyatakan bahwa reaksi cemas berkaitan dengan peningkatan kadar katekolamin yang beredar dalam badan (Kaplan, 2010).

c. Teori James-Lange

Kecemasan adalah jawaban terhadap rangsangan fisik perifer, seperti peningkatan denyut jantung dan pernapasan.

d. Teori Psikoanalisa

Kecemasan berasal dari *impulse anxiety*, ketakutan berpisah (*separation anxiety*), kecemasan kastrasi (*castration anxiety*) dan ketakutan terhadap perasaan berdosa yang menyiksa (*superego anxiety*) (Kaplan, 2010).

e. Teori Perilaku atau Teori Belajar

Teori ini menyatakan bahwa kecemasan dapat dipandang sebagai sesuatu yang dikondisikan oleh ketakutan terhadap rangsangan lingkungan yang spesifik. Jadi kecemasan disini dipandang sebagai suatu respon yang terkondisi atau respon yang diperoleh melalui proses belajar (Kaplan, 2010).

f. Teori Perilaku Kognitif

Kecemasan adalah bentuk penderitaan yang berasal dari pola pikir maladaptive (Kaplan, 2010).

g. Teori Belajar Sosial

Kecemasan dapat dibentuk oleh pengaruh tokoh–tokoh penting masa kanak–kanak (Kaplan, 2010).

h. Teori Sosial

Kecemasan sebagai suatu respon terhadap stressor lingkungan, seperti pengalaman–pengalaman hidup yang penuh dengan ketegangan (Kaplan, 2010).

i. Teori Eksistensi

Kecemasan sebagai suatu ketakutan terhadap ketidakberdayaan dirinya dan respon terhadap kehidupan yang hampa dan tidak berarti (Kaplan, 2010).

3. Tingkat Kecemasan

Menurut Yusuf (2015) rentang respon kecemasan atau tingkat kecemasan adalah sebagai berikut:

a. Ansietas ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas menumbuhkan motivasi belajar serta menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas (Yusuf, 2015).

b. Ansietas sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif tetapi dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah (Yusuf, 2015).

c. Ansietas berat

Adanya kecenderungan untuk memusatkan pada suatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain (Yusuf, 2015).

d. Tingkat panik

Tingkat panik dan ansietas berhubungan dengan kekuatan dan merasa diteror, selain itu hal ini dapat berhubungan dengan ketidakmampuan melakukan apapun walaupun dengan pengarahan. Panik dapat meningkatkan aktivitas motorik, menurunkan kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, serta kehilangan pemikiran rasional (Yusuf, 2015).

4. Alat Ukur Kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat atau panik menggunakan alat ukur (instrument) yang dikenal dengan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Terdapat empat belas kategori gejala, setiap item mendapat skor antara 0 dan 4 (total 0-56). Skor ≤ 7 menunjukkan tidak ada kecemasan, kecemasan ringan < 17 , kecemasan sedang 18-24, tingkat panik memiliki skor ≥ 25 (Nursalam, 2013).

C. Pola Hidup

1. Pengertian

Pola hidup merupakan kebiasaan/gaya hidup seseorang secara keseluruhan di dunia yang terungkap pada aktivitas, minat dan opininya. Pola hidup ini dapat dipengaruhi oleh gaya hidup seseorang yang digambarkan melalui cara seseorang berinteraksi dengan lingkungannya (Aditya M, 2019). Pola hidup yang sehat merupakan bentuk usaha dalam melakukan kebiasaan hidup dengan baik dengan merubah gaya hidup sehat untuk dapat menerapkan pola hidup baik dan menghilangkan hal yang tidak baik yang merusak kesehatan (Dewi, 2017). Pola hidup sehat memiliki pengertian sebagai upaya untuk menerapkan kebiasaan yang baik agar dapat menciptakan hidup yang sehat dan menghindari kebiasaan buruk yang dapat merugikan Kesehatan (Soenarjo R.J, 2022). Pola hidup sehat dapat diartikan hidup dengan fisik, psikologi lingkungan

dan finansial yang sehat, cukup dan baik sehingga memberikan kondisi positif bagi diri sendiri dan lingkungan (Mister, 2008).

Dari beberapa definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa pola hidup memiliki pengertian kebiasaan seseorang dalam berperilaku sehari-hari sejak bangun tidur sampai tidur lagi. Pola hidup yang terbentuk dipengaruhi oleh gaya hidup seseorang melalui kegiatan sehari-harinya yang dihasilkan dari interaksi dengan lingkungannya.

2. Jenis – jenis Pola Hidup

a. Kebiasaan Merokok

Merokok berisiko 2 kali lipat untuk terkena stroke jika dibandingkan dengan yang bukan perokok. Merokok mengurangi jumlah oksigen dalam darah, sehingga jantung bekerja lebih keras dan memudahkan terbentuknya bekuan darah. Merokok juga meningkatkan terbentuknya plak di arteri yang menghambat aliran darah otak, sehingga menyebabkan stroke. Merokok terbukti menjadi faktor risiko penyakit vaskuler dan stroke yang diakibatkan karena sel darah menggumpal di dinding arteri yang dapat menambah resiko terjadinya plak yang disebabkan penumpukkan zat lemak/aterosklerosis (Junaidi, 2011).

Kebiasaan merokok dapat mempersulit kesanggupan untuk mengelola stress akibat dari zat kimia rokok yaitu kadar oksigen menjadi berkurang. Sehingga berakibat metabolisme tidak berproses

dengan sebaiknya. Efek buruk dari kebiasaan merokok dapat menyebabkan penyakit jantung dan stroke.

b. Kebiasaan Mengonsumsi Alkohol

Meminum alkohol lebih dari 2 gelas/hari meningkatkan risiko terjadinya stroke 50%. Namun, hubungan antara alkohol dan terjadinya stroke masih belum jelas (PERDOSSI, 2011). Konsumsi alkohol mempunyai efek ganda atas risiko stroke, yang menguntungkan dan yang merugikan. Apabila minum sedikit alkohol (kurang dari 40 ml perhari) secara merata setiap hari akan mengurangi kejadian stroke iskemik dengan jalan meningkatkan kadar HDL dalam darah. Tetapi bila minum banyak alkohol yaitu lebih dari 60 ml perhari akan menambah risiko stroke (Junaidi, 2003).

Alkohol yang diproses menjadi bagian minuman keras kemudian dikonsumsi terlalu banyak dan terus menerus dalam waktu lama dapat menjadi berbahaya dan merusak tubuh. Darah yang mengandung alkohol dapat merusak jaringan tubuh terutama hati, memicu stress dan menyebabkan gangguan tidur. Hal ini dapat beresiko menyebabkan stress. (Lembaga Pengkajian Pangan dan Obat – obatan dan Kosmetika Majelis Ulama Indonesia, 2014).

c. Obesitas

Obesitas dan kelebihan berat badan akan mempengaruhi sistem sirkulasi. Obesitas juga menyebabkan seseorang memiliki kecenderungan memiliki kolesterol tinggi, tekanan darah tinggi, dan DM, yang semuanya dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke (PERDOSSI, 2011).

d. Aktivitas fisik/olahraga

Aktivitas fisik merupakan suatu pergerakan tubuh dan otot dalam proses mengeluarkan sejumlah tenaga dan energi tubuh. Aktivitas fisik yang kurang dapat mempengaruhi terjadinya penyakit kronis dan dapat menyebabkan terjadinya mortality secara menyeluruh (WHO, 2008). Salah satu bentuk aktivitas fisik adalah olahraga yang dilakukan secara teratur dan berkelanjutan (Kemenkes RI, 2002). Melakukan aktivitas fisik yang mempunyai nilai aerobik (jalan cepat, bersepeda, berenang dan lain-lain) secara teratur minimal 3 kali seminggu untuk dewasa, tiap kali 20-30 menit akan dapat menurunkan tekanan darah, memperbaiki kontrol diabetes, memperbaiki kebiasaan makan dan menurunkan berat badan (Kelompok Studi Serebrovaskuler, 2004).

e. Pola Makan

Pola makan dapat memengaruhi risiko stroke melalui efeknya pada tekanan darah, kadar kolesterol serum, gula darah, berat badan dan sebagai prekursor aterosklerosis lainnya. Memiliki pola konsumsi makanan yang dengan jumlah yang cukup dan seimbang dapat

menjaga Kesehatan secara optimal (Kemenkes RI, 2012). Pola makan dipercaya dapat berpengaruh pada terjadinya stroke karena memiliki efek terhadap tekanan darah, gula darah, kadar kolesterol dan berat badan (Dewi, 2017).

D. Kualitas Hidup

1. Definisi

Definisi WHO (1997) tentang kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap kehidupan yang dijalannya sesuai dengan budaya dan nilai-nilai tempat individu tersebut tinggal kemudian membandingkan kehidupannya dengan tujuanm harapan, standar, dan tujuan yang ditetapkan individu (Endarti, 2015). Kualitas hidup merupakan penilaian Kesehatan fisik dan mental secara subjektif yang sangat dipengaruhi oleh nilai dan budaya di lingkungan sekitar dan aspek sosial ekonomi pada setiap individu (Endarti, 2015). Unit penelitian kualitas hidup Universitas Toronto (2004) menyatakan bahwa kualitas hidup merupakan tingkat dimana seseorang menikmati hal-hal penting yang mungkin terjadi dalam hidupnya (Elfira, 2015).

Kualitas hidup merupakan sehat fisik, mental dan sosial dan terlepas dari penyakit (Elfira, 2015). Kualitas hidup berarti hidup yang baik, hidup yang baik sama seperti hidup dengan kehidupan yang berkualitas tinggi (Ventegodt, Merrick, Andersen, 2003).

2. Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup

WHO mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, yaitu:

- a. Faktor fisik, seperti energi dan rasa sakit yang dirasakan
- b. Faktor psikologis seperti depresi dan kesulitan dalam berkonsentrasi
- c. Faktor klinis seperti efek samping dari pengobatan
- d. Faktor sosial ekonomi seperti pendapatan, status pernikahan, dan dukungan keluarga maupun orang terdekat.

3. Domain Kualitas Hidup

Domain kualitas hidup yang digunakan pada penelitian ini mengacu pada kualitas hidup yang terdapat pada WHOQOL-BREF *version* karena sudah mencakup keseluruhan kualitas hidup. Menurut WHOQOL Group (Lopez, 2004), kualitas hidup memiliki enam aspek yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat kemandirian hubungan social, hubungan dengan lingkungan, dan keadaan spiritual. WHOQoL ini kemudian dibagi lagi menjadi empat domain yaitu sebagai berikut:

a. Domain Kesehatan Fisik

Hal-hal yang mencakup kesehatan fisik antara lain aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bahan-bahan medis (misal: obat-obatan) dan pertolongan medis (misal: perawatan di rumah sakit), tenaga dan kelelahan (Novita, 2016).

b. Domain Psikologis

Hal-hal yang termasuk didalam domain ini yaitu: *body image* dan penampilan. *Body image* merupakan komponen dari konsep diri,

yang sangat dipengaruhi oleh penyakit yang diderita. Selain *body image* dan penampilan, domain psikologikal juga meliputi perasaan-perasaan negatif dan positif; *self-esteem*; pikiran, belajar, memori dan konsentrasi; dan spiritualitas/agama/kepercayaan personal. Spiritualitas dijelaskan sebagai pandangan seseorang tentang makna kehidupan, arah, tujuan dan keterhubungannya dengan hal lain, orang lain, dan dengan masa lalu dan masa depan. Sedangkan agama merupakan suatu keyakinan umum dan terikat dengan praktek yang berhubungan dengan hal-hal spiritual (Novita, 2016).

c. Domain Sosial

Hal-hal yang termasuk dalam domain ini yaitu hubungan personal, hubungan sosial serta dukungan sosial. Dukungan sosial menurut Sarason (1995) adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai, dan menyayangi kita (Karangora, 2012). Dukungan sosial yang diterima seseorang dalam lingkungannya, baik berupa dorongan semangat, perhatian, penghargaan, bantuan maupun kasih sayang membuatnya akan memiliki pandangan positif teradap diri dan lingkungannya. Dengan adanya pandangan positif terhadap diri dan lingkungannya, seseorang akan mampu menerima kehidupan yang dihadapi serta mempunyai sikap pendirian dan pandangan hidup yang jelas, sehingga mampu hidup di tengah-tengah masyarakat luas secara harmonis (Novita, 2016).

d. Domain Lingkungan

Hal-hal yang terkait dengan domain ini antara lain: sumber-sumber finansial (penghasilan) yang dimiliki penderita stroke baik untuk kehidupan sehari-hari maupun yang digunakan dalam pengobatan/perawatan penyakitnya; aksesibilitas pada rumah sakit/klinik/dokter yang dapat menangani penyakit stroke dan kualitas perawatan yang diperoleh; lingkungan rumah; kesempatan untuk memperoleh informasi dan belajar keterampilan baru; berpartisipasi dalam suatu kegiatan untuk waktu luang yang dimiliki; keadaan lingkungan fisik seperti polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim; serta transportasi (Novita, 2016).

4. Pengukuran Kualitas Hidup

Instrument WHOQOL-BREF terdiri dari 26 item, merupakan instrument kualitas kehidupan paling pendek, namun instrument ini bisa mengakomodasi ukuran dan kualitas kehidupan seperti yang ditunjukkan dalam sifat psikometrik dan hasil pemeriksaan internasional versi pendek ini lebih sesuai, praktis dan sedikit memakan waktu. The WHOQOL-BREF telah terbukti valid dan reliabel untuk mengukur kualitas hidup yang terdiri dari 26 item dan 4 domain, yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan) (Koesmanto, 2013)

5. Keaslian Penelitian

Literatur artikel jurnal keaslian penelitian yang dicari oleh peneliti yaitu dengan memanfaatkan database Google scholar dan Repository

beberapa Universitas, misalnya Universitas Airlangga dan Yogyakarta, dengan menggunakan kata kunci pencarian yang disesuaikan berdasarkan judul. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian literatur adalah Kecemasan/stres, Pola Hidup/Gaya Hidup, Kualitas Hidup, dan Penyakit Stroke.

Hasil penelitian yang diperoleh selanjutnya peneliti memilah jurnal yang didapat dengan membaca dan menyesuaikan judul beserta abstrak dan didapatkan. Jurnal yang memiliki kesesuaian dalam penelitian ini, diantaranya:

Tabel 2.1
Keaslian Penelitian

Peneliti, Judul dan Tahun	Jumlah Sampel dan Kuesioner yang digunakan	Hasil
Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang V Rumah Sakit Umum Kota Tasikmalaya (Kustiawan, R., 2014)	Jumlah sampel : 39 Kuesioner kecemasan : <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i> (HARS)	Hasil penelitian ini memberikan gambaran tingkat kecemasan pasien stroke, yaitu terdapat 71,8% dengan kecemasan sedang, 17,9% dengan kecemasan berat, dan 10,3% dengan kecemasan ringan.
Gambaran Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis paru di Puskesmas Padasuka Kecamatan Cibeunying Kidul Kota Bandung (Arifah, 2015)	Jumlah sampel : 21 Kuesioner kualitas hidup : WHOQOL-BREF	Hasil penelitian menunjukkan sebagian responden memiliki kualitas hidup yang tergolong sedang yaitu sebanyak 13 orang (62%), kategori baik sebanyak 5 orang (24%) dan kategori buruk sebanyak 3 orang (14%).
Hubungan Status Fungsional dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Iskemik di Rumah Sakit Kota Medan (Elfira, 2015)	Jumlah sampel : 99 Kuesioner kualitas hidup : <i>The MOS (SF-36)</i>	Hasil penelitian hubungan status fungsional dengan kualitas hidup pasien stroke iskemik $p = 0.089$ dengan $r = 0.17$ yang menunjukkan tidak ada hubungan antara status fungsional dengan kualitas hidup pasien stroke iskemik
Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke (Juniastira, 2015)	Jumlah sampel : 46 Kuesioner dukungan sosial : <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)</i> Kuesioner kualitas hidup : WHOQOL-BREF	Bahwa dimensi dukungan sosial yang memiliki koefisien korelasi paling kuat terhadap variabel kualitas hidup adalah dimensi dukungan orang terdekat ($r = 0.887$), sedangkan yang terendah adalah dimensi dukungan teman ($r = 0.842$). Selain itu, dapat dilihat juga bahwa dimensi kualitas hidup

		yang memiliki koefisien korelasi paling besar terhadap variabel dukungan sosial adalah dimensi psikologis ($r= 0.918$), sedangkan yang terendah adalah dimensi kesehatan fisik ($r=0.829$).
Hubungan Antara Stress Dan Gaya Hidup Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke (Marbun, A.S., 2016)	Jumlah sampel : 85 Kuesioner kualitas hidup : WHOQOL-BREF	Hasil penelitian diperoleh bahwa variable stress dan gaya hidup memiliki hubungan dengan kualitas hidup pasien stroke dengan hasil <i>OR</i> (stress=0,023, gaya hidup=0,087). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pasien stroke yang memiliki stress tinggi lebih beresiko 0,023 memiliki kualitas hidup tidak baik dan pasien stroke yang memiliki gaya hidup tidak baik lebih beresiko 0,087 memiliki kualitas hidup tidak baik
Kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke (Ananda, 2017)	Jumlah sampel : 96 Kuesioner kecemasan : <i>Beck Anxiety Inventory</i> (BAI) Kuesioner kualitas hidup : WHOQOL-BREF	Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke di Poliklinik Saraf RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh dengan <i>p-value</i> = 0,000
Kualitas hidup pasien stroke di Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit Swasta Yogyakarta (Larasati, 2017)	Jumlah sampel : 30 Kuesioner kualitas hidup : WHOQOL-BREF	Hasil penelitian ini didapatkan kualitas hidup masing-masing dimensi, yaitu dimensi fisik sebanyak 67% dengan hasil sedang, dimensi psikologis sebanyak 71% dengan hasil sedang, dimensi sosial 67% dengan hasil sedang, dan 63% pada dimensi lingkungan dengan hasil sedang.
Analisis Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di RSUD Kabupaten Polewali Mandar (Hafdia, 2017)	Jumlah sampel : 170 Kuesioner kualitas hidup : WHOQOL-BREF	Bahwa pasien pasca stroke dengan kualitas hidup buruk lebih banyak pada kondisi cemas dibandingkan dengan kondisi normal. Demikian pula dengan pasien pasca stroke dengan kualitas hidup baik lebih banyak pada kondisi normal dibandingkan dengan kondisi cemas. Hasil uji analisis statistik diperoleh nilai $p (0,001) < \alpha (0,05)$, berarti ada hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di RSUD Kabupaten Polewali Mandar
Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke di RSUD Ulin Banjarmasin (Masniah, 2017)	Jumlah sampel : 5 Teknik pengumpulan data dengan wawancara mandalam pada pasien pasca stroke dengan menggunakan analisis data Colaizzi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien pasca stroke mengalami gangguan fisik dan fungsional tubuh yang bersifat jangka panjang dan menimbulkan gangguan respon psikologis, sosial maupun spiritualnya yang mempengaruhi perubahan kualitas hidupnya
Kualitas hidup pada pasien pasca stroke (Kurnia, 2019)	Jumlah sampel : 85 Kuesioner kualitas hidup : HR-QOL	Hasil penelitian ini menunjukkan 54,1% kualitas hidup pasien pasca stroke adalah baik, 45,9% dengan kualitas hidup tidak baik. Pasien stroke dengan kualitas hidup dengan kategori tidak baik lebih banyak pada umur beresiko

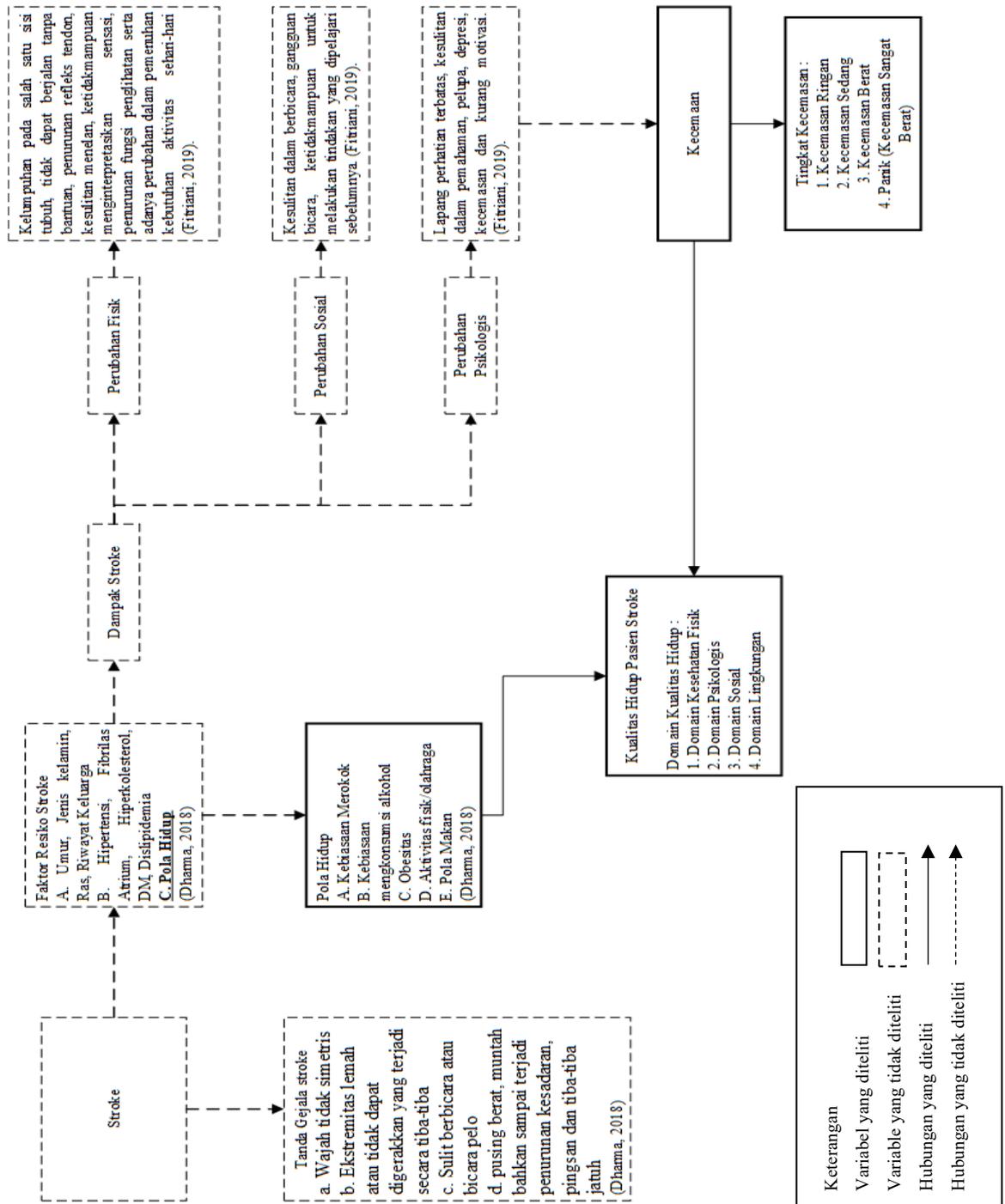
		yaitu > 50 tahun dibandingkan pada umur beresiko rendah
--	--	---

E. Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual dari penelitian ini menjelaskan antara keterkaitan suatu variable dengan variable lainnya, sehingga ada atau tidaknya hubungan antara variabel terjadi atau tidaknya suatu hubungan. Peneliti akan meneliti tiga variabel tersebut, yaitu tingkat kecemasan dan pola hidup sebagai variabel Independen dan kualitas hidup sebagai variabel Dependen.

Pada variabel tingkat kecemasan akan menghasilkan hasil ukur cemas ringan, sedang, berat dan panik. Pada variabel pola hidup akan menghasilkan

pola hidup baik dan tidak baik. Sedangkan untuk variabel kualitas hidup akan menghasilkan kualitas hidup baik, sedang dan buruk.



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan hal penting dalam mengatur strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan peneliti untuk keperluan pengujian hipotesis atau untuk menjawab pertanyaan penelitian. Selain itu rancangan ini dapat digunakan sebagai alat untuk mengontrol variabel yang berpengaruh dalam penelitian (Sugiyono, 2010).

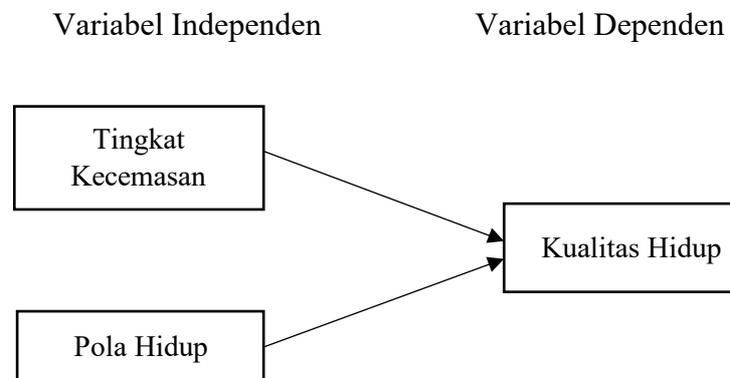
Jenis penelitian ini adalah kuantitatif, dengan menggunakan desain penelitian observasional, merupakan penelitian yang tidak melakukan intervensi atau perlakuan terhadap variabel. Penelitian ini hanya untuk mengamati kualitas hidup pasien stroke dengan sampel penelitian merupakan bagian dari populasi. Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik, yaitu penelitian untuk melihat gambaran, mengetahui bagaimana hubungan tingkat kecemasan dan pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke melalui sebuah analisis statistik seperti korelasi antara sebab dan akibat. Rancangan yang digunakan adalah *Cross Sectional* yaitu suatu penelitian yang mempelajari korelasi antara paparan atau faktor risiko (tingkat kecemasan dan pola hidup) dengan akibat atau efek (kualitas hidup), dengan pengumpulan data dilakukan bersamaan secara serentak dalam satu waktu antara faktor risiko dengan efeknya. (Kemenkes RI, 2018).

B. Paradigma Penelitian

Paradigma penelitian dapat diartikan sebagai pola pikir yang menunjukkan hubungan antara variable yang akan diteliti sekaligus mencerminkan jenis dan jumlah rumusan masalah yang perlu dijawab melalui penelitian, teori yang digunakan untuk merumuskan hipotesis, jenis dan jumlah hipotesis dan teknik analisis statistik yang digunakan (Sugiyono, 2010).

Penelitian menggunakan bentuk paradigma sederhana yaitu paradigma yang terdiri dari dua variabel Independen (X) dan satu variabel Dependen (Y).

Hal ini digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.1 Paradigma Penelitian

C. Hipotesis Penelitian

Jawaban sementara terhadap masalah penelitian yang sejara teoritis dianggap paling tinggi tingkat kebenarannya disebut hipotesis. Dengan kata

lain merupakan perkiraan keadaan populasi yang akan diuji kebenarannya melalui data yang diperoleh dari sampel penelitian. Hipotesis merupakan pernyataan keadaan parameter yang akan diuji melalui statistik sampel (Sutanta, 2019)

1. Hipotesis Alternatif (H_a)

- a. H_{a1} = terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke.
- b. H_{a2} = terdapat hubungan antara tingkat pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke.
- c. H_{a3} = terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dan pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke.

2. Hipotesis Nol (H_0)

- a. H_{01} = tidak terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke.
- b. H_{02} = tidak terdapat hubungan antara tingkat pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke.
- c. H_{03} = tidak terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dan pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke.

D. Variabel Penelitian

Menurut Sugiyono (2016) variabel penelitian merupakan segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya.

1. Variabel bebas (Independen)

Variabel bebas merupakan variabel yang dapat mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel Dependen (terikat). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan dan pola hidup.

2. Variabel terikat (Dependen)

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat timbulnya variabel Independen (bebas). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup.

E. Definisi Konseptual dan Definisi Operasional

1. Definisi Konseptual

Definisi konseptual adalah menjelaskan sesuatu berdasarkan kriteria konseptual yang akan diteliti (Nursalam, 2015). Dalam penelitian ini yaitu menggunakan variabel :

- a. Definisi kecemasan

Kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam dan merupakan hal normal yang terjadi yang disertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru, serta dalam menemukan identitas diri dan hidup (Elfira, 2015)

- b. Definisi pola hidup

Pola hidup merupakan kebiasaan/gaya hidup seseorang secara keseluruhan di dunia yang terungkap pada aktivitas, minat dan opininya (Aditya M, 2019).

c. Definisi kualitas hidup

Kualitas hidup merupakan tingkat dimana seseorang menikmati hal-hal penting yang mungkin terjadi dalam hidupnya. Masing-masing orang memiliki kesempatan dan keterbatasan dalam hidupnya yang merefleksikan interaksi dan lingkungan (Elfira, 2015).

2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemungkinan dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2013).

Table. 3.1
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Kategori	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Kecemasan	Respon pasien stroke terhadap kondisi fisiknya yang dianggap mengancam fisik dan psikologisnya	Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i> (HARS) yang terdiri dari 14 indikator kecemasan. (Nursalam, 2013)	Kuesioner terdiri dari 14 pertanyaan untuk menilai kecemasan	a. Skor ≤ 7 = tidak ada kecemasan, b. Skor < 17 = kecemasan ringan, c. Skor 18-24 = kecemasan sedang, d. Skor ≥ 25 = tingkat panik	Skala ordinal

					(Nursalam, 2013)	
2	Pola Hidup	Kebiasaan yang dilakukan pasien stroke yang dihubungkan dengan kebiasaan merokok, kebiasaan mengkonsumsi alkohol lebih dari 60 ml per hari dan obesitas	Lembar ceklis	Kuesioner terdiri dari beberapa pertanyaan untuk menilai pola hidup	Pola hidup 1= baik 2= tidak baik	Skala ordinal
3	Kualitas Hidup	Persepsi pasien stroke tentang standar hidup dan harapan yang meliputi empat Domain Kualitas Hidup, yaitu domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain sosial dan domain lingkungan	Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner WHOQOL-BREF (WHO, 2004)	WHOQOL-BREF mengukur kualitas hidup yang terdiri dari 26 item dan 4 domain. Setiap pertanyaan memiliki pilihan skala 1-5. Nilai skala yang dipilih akan dijumlah menjadi skor. a. Dimensi Kesehatan fisik : skor 7-35 b. Dimensi psikologis : skor 6-30 c. Dimensi social : skor 3-15 d. Dimensi lingkungan skor : 8-40 Seluruh hasil perhitungan akan	a. Skor <33 termasuk kategori kualitas hidup buruk b. Skor ≥ 33 dan < 67 termasuk kategori kualitas hidup sedang c. Skor ≥ 67 termasuk kategori kualitas hidup baik (Koesmanto, 2013)	Skala ordinal

				ditransformasikan menjadi 0-100 (Sari, Y.P., 2019).		
--	--	--	--	---	--	--

F. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian dapat ditarik kesimpulannya (sintesis). Populasi ini bersifat homogen yaitu sumber data yang unsurnya memiliki sifat yang sama dan tidak perlu dipersoalkan jumlahnya secara kuantitatif. (Kemenkes RI, 2018). Pada penelitian ini yang menjadi populasinya adalah seluruh pasien yang berobat rawat jalan di RSUD Syifa Medina. Populasi pada penelitian ini sebanyak 438 responden.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang secara nyata diteliti dan ditarik kesimpulan. Teknik sampling menggunakan teknik *non probability sampling* yaitu cara pengambilan sampel dengan semua objek atau elemen dalam populasi tidak memiliki kesempatan yang sama untuk dipilih sebagai sampel. Teknik pengambilan sampling dengan cara *sampling aksidental* yang dilakukan berdasarkan faktor spontanitas atau kebetulan. Artinya siapa saja yang secara sengaja bertemu dengan peneliti makan orang tersebut dapat dijadikan sampel. (Kemenkes RI, 2018)

Untuk menentukan jumlah sampel, peneliti menghitung jumlah sampel penelitian menggunakan rumus slovin sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

n = jumlah sampel yang dicari

N = jumlah populasi = 438 responden

e = margin eror yang ditoleransi = 10% = 0,1

$$n = \frac{438}{1+(438 \times (0,1)^2)}$$

$$n = \frac{438}{1+(438 \times 0,01)}$$

$$n = \frac{438}{1+4,38}$$

$$n = \frac{438}{5,38} = 81,412639 \text{ sampel}$$

dibulatkan jadi 82 responden

Kriteria inklusi yang digunakan yaitu :

1. Pasien di diagnosis stroke di poliklinik RSUD Syifa Medina
2. Bersedia menjadi responden dalam penelitian
3. Pasien yang memiliki pendamping yang mengetahui kehidupan sehari – hari
4. Pasien / pendamping yang kooperatif

Kriteria eksklusi yang digunakan yaitu :

1. Pasien yang tidak mampu berkomunikasi dengan baik,

G. Instrumen Penelitian

1. Instrumen kecemasan

Skala Kecemasan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur yang disebut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala rating kecemasan Hamilton ini merupakan alat yang banyak digunakan dan memiliki validitas alat ukur yang baik untuk mengukur keparahan kecemasan yang dialami oleh seseorang. Alat ini baiknya dikelola oleh seorang penguji yang telah berpengalaman, dengan memakan waktu antara 15-20 menit untuk menyelesaikan wawancara dan skor hasilnya. pengukuran kecemasan pada *Hamilton Anxiety Rating Scale*, didasarkan pada munculnya gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 gejala yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item mendapat skor antara 0 dan 4 (total 0-56). Skor ≤ 7 menunjukkan tidak ada kecemasan, kecemasan ringan < 17 , kecemasan sedang 18-24, tingkat panik memiliki skor ≥ 25 (Selami, 2020).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh dr. Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial clinic* yaitu 0,972. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliabel. skala telah terbukti berguna tidak hanya dalam mengikuti pasien individu tetapi juga dalam penelitian yang melibatkan banyak pasien. Penilaian

kecemasan menurut skala HARS yang dikutip Nuraslam (2013), penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi :

- a. Perasaan cemas ; cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan ; merasa tegang, lesu, tidak bisa istirahat dengan tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah.
- c. Ketakutan ; takut terhadap gelisah, takut pada keramaian lalu lintas, takut ditinggal sendiri, takut terhadap orang lain, takut pada binatang besar dan takut kerumunan orang banyak.
- d. Gangguan tidur ; sulit memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas, terbangun dengan lesu, dan mimpi buruk dan menakutkan.
- e. Gangguan kecerdasan ; sukar konsentrasi, penurunan daya ingat, dan sering bingung
- f. Perasaan depresi ; hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari
- g. Gejala somatik/fisik (otot) ; sakit dan nyeri pada otot-otot dan kaku, gigi gemerutuk, suara tidak stabil, dan kedutan otot.
- h. Gejala sensorik ; tinnitus (telinga berdenging), perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, serta merasa lemah.
- i. Gejala kardiovaskuler ; takikardi, berdebar-debar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/lemas seperti mau pingsan dan detak jantung hilang sekejap.

- j. Gejala pernapasan ; rasa tertekan atau sempit di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas pendek/sesak.
- k. Gejala gastrointestinal ; sulit menelan, obstipasi (perut melilit), berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas/terbakar di perut.
- l. Gejala urogenital ; sering kencing, tidak dapat menahan kencing,
- m. Gejala vegetatif ; mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, kepala pusing, kepala terasa berat, sakit kepala.
- n. Perilaku sewaktu wawancara ; gelisah, tidak tenang, jari-jari gemetar, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat/otot tegang, muka merah dan napas pendek dan cepat.
- o. Penilaian :
 - 0 : Tidak ada (Tidak ada gejala sama sekali)
 - 1 : Ringan (Satu pilihan dari gejala yang ada)
 - 2 : Sedang (Separuh dari gejala yang ada)
 - 3 : Berat (Lebih dari separuh dari gejala yang ada)
 - 4 : Sangat berat (Semua gejala ada)
- p. Penentuan derajat kecemasan, dilakukan dengan cara menjumlahkan nilai pernyataan 1 hingga 14 dengan hasil :
 - a. Skor ≤ 7 = tidak ada kecemasan,
 - b. < 17 = kecemasan ringan,
 - c. 18-24 = kecemasan sedang,
 - d. ≥ 25 = tingkat panik

Kisi-kisi kuesioner tersebut bisa dilihat dalam table berikut:

Tabel 3.2
Kisi-kisi kuesioner HARS

No.	Kelompok	Butir Pertanyaan
1.	Perasaan cemas	1
2.	Ketegangan	2
3.	Ketakutan	3
4.	Gangguan tidur	4
5.	Gangguan kecerdasan	5
6.	Gangguan depresi	6
7.	Gejala somatik (otot-otot)	7
8.	Gejala somatic (sensori)	8
9.	Gejala kardiovaskuler	9
10.	Gejala pernapasan	10
11.	Gejala gastrointestinal	11
12.	Gejala urogenitalia	12
13.	Gejala otonom	13
14.	Apa yang anda rasakan	14

2. Instrumen pola hidup

Pengukuran pola hidup didapat dari lembar ceklis data responden.

3. Instrumen Kualitas hidup

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner WHOQOL – BREF. Kuesioner ini merupakan kuesioner versi pendek tentang *quality of life* yang dibuat oleh WHO. Kuesioner terdiri dari 26 pertanyaan yang terdiri dari, dua pertanyaan umum tentang kualitas hidup dan kepuasan hidup yang tidak dimasukkan kedalam skoring kualitas hidup. 24 pertanyaan lainnya berisi tentang keempat domain kualitas hidup dengan penilaian menggunakan skala ordinal. Skor dimensi merupakan skala positif yang menyatakan semakin tinggi skor menandakan semakin tinggi kualitas hidup individu (WHO, 1996).

Instrumen WHOQOL-BREF berbentuk ceklis dan terdiri dari 26 pertanyaan yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup keluarga dalam empat minggu terakhir yang terdiri dari 4 domain yaitu Kesehatan fisik, psikologis, lingkungan dan dukungan sosial (Sari, Y.P., 2019). Untuk dimensi Kesehatan fisik terdiri dari 7 item pertanyaan, yaitu pertanyaan nomer 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18. Dimensi psikologis terdiri dari 6 pertanyaan, yaitu pertanyaan nomer 5, 6, 7, 11, 19, dan 26. Dimensi lingkungan 8 pertanyaan, yaitu nomer 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25. Dimensi social 3 pertanyaan, yaitu nomer 20, 21, dan 22. Dan 2 pertanyaan yaitu nomer 1 dan 2 yang merupakan gambaran kualitas hidup secara umum, dan 2 pertanyaan ini tidak termasuk kedalam perhitungan. (Sari, Y.P., 2019).

Skor diperoleh dengan melewati beberapa tahap, yaitu :

- a. Responden akan diminta memilih satu angka dari skala 1-5 pada masing-masing pertanyaan
- b. Menentukan skor akhir untuk masing – masing domain kualitas hidup.
- c. Pada penelitian ini skor setiap domain (*raw score*) ditransformasikan dalam skala 0-100 dengan menggunakan tabel transformasi yang sudah ditetapkan oleh WHO (1996) berikut :

Table 3.3
Metode untuk Mengubah *Raw Score* ke *Transformed Score*

Domain Fisik		Domain Psikologis		Domain Hubungan Sosial		Domain Lingkungan	
<i>Raw Score</i>	<i>Transformed score</i>	<i>Raw Score</i>	<i>Transformed score</i>	<i>Raw Score</i>	<i>Transformed score</i>	<i>Raw Score</i>	<i>Transformed score</i>
	0-100		0-100		0-100		0-100
7	0	6	0	3	0	8	0
8	6	7	6	4	6	9	6
9	6	8	6	5	19	10	6
10	13	9	13	6	25	11	13

11	13	10	19	7	31	12	13
12	19	11	19	8	44	13	19
13	19	12	25	9	50	14	19
14	25	13	31	10	56	15	25
15	31	14	31	11	69	16	25
16	31	15	38	12	75	17	31
17	38	16	44	13	81	18	31
18	38	17	44	14	94	19	38
19	44	18	50	15	100	20	38
20	44	19	56			21	44
21	50	20	56			22	44
22	56	21	63			23	50
23	56	22	69			24	50
24	63	23	69			25	56
25	63	24	75			26	56
26	69	25	81			27	63
27	69	26	81			28	63
28	75	27	88			29	69
29	81	28	94			30	69
30	81	29	94			31	75
31	88	30	100			32	75
32	88					33	81
33	94					34	81
34	94					35	88
35	100					36	88
						37	94
						38	94
						39	100
						40	100

- d. Akumulasikan keempat skor domain dan dibagi empat.
- e. Setelah didapat skor tersebut, tahap selanjutnya adalah interpretasi kelompok skor (Kathiravellu, 2016). Semakin tinggi skor yang didapat semakin baik kualitas hidup pasien, dan semakin rendah skor yang didapat, maka semakin buruk kualitas hidup pasien (Sari, Y.P., 2019). Skor tersebut sebagai berikut (Kathiravellu, 2016):
- 1) Skor < 33 termasuk kategori kualitas hidup buruk
 - 2) Skor ≥ 33 dan < 67 termasuk kategori kualitas hidup sedang
 - 3) Skor ≥ 67 termasuk kategori kualitas hidup baik

Tabel 3.4
Kisi-kisi kuesioner WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF	Pertanyaan Nomor	Jumlah Butir
Dimensi Fisik	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18	7
Dimensi Kesejahteraan Psikologis	5, 6, 7, 11, 19, 26	6

Dimensi Sosial	20, 21, 22	3
Dimensi Lingkungan	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	8

H. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner, dengan cara memberikan sejumlah pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab (Kemenkes RI, 2018). Langkah-langkahnya seperti berikut :

a. Pengisian Lembar Karakteristik Dasar Subjek Penelitian dan Kuesioner Tingkat Kecemasan

Responden mengisi lembar data demografi, data fisik dan kuesioner tingkat kecemasan HARS yang kemudian akan diproses oleh peneliti agar dapat menghasilkan skor tingkat kecemasan.

b. Pengisian kuesioner kualitas hidup

Responden mengisi lembar kuesioner kualitas hidup WHOQOL-BREF yang kemudian akan diproses peneliti sehingga dapat menghasilkan skor kualitas hidup responden.

I. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji Validitas

Pada penelitian ini uji Validitas tidak lagi dilakukan oleh peneliti karena alat ukur kecemasan yang digunakan peneliti merupakan kuesioner baku. Alat ukur yang digunakan adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) dapat digunakan karena memiliki konsistensi yang sangat baik. Validitas konstruk juga telah dibuktikan dalam sampel klinis

(Ranti, 2022). Kuesioner HARS yang terdiri dari 14 pernyataan yang telah terstandar, dengan tingkat validitas sebesar 0,93 dan reliabilitas sebesar 0,97. Maka dapat disimpulkan bahwa kuesioner ini sudah valid.

Pada penelitian ini uji Validitas tidak lagi dilakukan oleh peneliti karena instrument mengukur kualitas hidup diadopsi dari model instrumen *World Health Organization Quality of Life-BREF* (1997) yang telah diterjemahkan dan diuji validitasnya oleh Wulandari (2004). Hasil uji konsistensi internal menunjukkan nilai *Cronbach Alpha* yang tertinggi adalah 0,7808 dan terendah adalah 0,6138 (WHO, 2004).

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas merupakan suatu pengujian yang digunakan untuk mengetahui konsistensi alat ukur dan dapat diandalkan (Kemenkes, 2018). Peneliti tidak melakukan uji reliabilitas pada kuesioner kecemasan karena kuesioner kecemasan menggunakan HARS yang sudah berstandar internasional dan telah dipublikasikan. Uji reliabilitas kuesioner *HARS* dengan menggunakan rumus *Alpha Cronbach*. Kuesioner dikatakan reliabel jika nilai koefisien *Alpha Cronbach* > nilai koefisien pembanding 0.06. Hasil uji *Reliability Statistics* terlihat bahwa nilai *Cronbach's Alpha* adalah 0.793 dengan jumlah *items* 14 butir. Oleh karena nilai *Cronbach's Alpha* = 0.793 ternyata lebih besar dari 0.06, maka kuisisioner yang digunakan terbukti reliabel $0.793 > 0.6$ (Kautsar, 2015).

Pada kuesioner WHOQOL-BREF juga, peneliti tidak melakukan uji reliabilitas karena kuesioner WHOQOL-BREF merupakan kuesioner baku. Uji reliabilitas dilakukan menggunakan *coefficient Alpha Cronbach* dan menghasilkan nilai $r=0,8756$, sehingga dapat dinyatakan alat ukur WHOQOL-BREF, kuesioner yang berisi 26 pertanyaan dari empat domain kualitas hidup merupakan alat ukur yang *reliable* dalam mengukur kualitas hidup (Arifah, 2015).

J. Pengolahan dan Rencana Analisis Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan melalui beberapa tahapan, sebagai berikut :

a. *Editing* atau pemeriksaan data

Editing merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian kuesioner. Setelah kuesioner selesai diisi kemudian dikumpulkan langsung oleh peneliti dan selanjutnya diperiksa kelengkapan data apakah dapat dibaca atau tidak dan kelengkapan isian. Jika isian belum lengkap responden diminta untuk melengkapi lembar kuesioner pada saat itu juga.

b. *Coding* atau Pengkodean

Setelah semua data didapat kemudian diedit atau disunting. Selanjutnya dilakukan pengkodean atau "*coding*", yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. *Coding* atau pemberian kode ini sangat berguna dalam

memasukkan data (*data entry*). Pengkodean pada penelitian ini dilakukan dengan memberi kode jawaban dari hasil pemeriksaan pada lembar format wawancara dengan memberi kode pada masing-masing kategori. Pada kategori jenis kelamin diberi kode 1=laki-laki, dan 2=perempuan. Pada kategori Pendidikan diberi kode 1=Tidak sekolah, 2=SD, 3=SMP, 4=SMU dan 5=Diploma/Sarjana. Pada kategori Pekerjaan diberi kode 1=Petani, 2=Wiraswasta, 3=Pegawai Negeri, 4=Karyawan, 5=Pelajar dan 6=Lain-lain

c. *Data entry*

Pada tahap ini dilakukan kegiatan proses data terhadap kuesioner yang telah lengkap dan benar untuk dianalisis. Selanjutnya mengisi kolom dengan kode sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan. Pengolahan data dilakukan dengan system komputerisasi dengan menggunakan program computer.

d. *Cleaning data*

Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di entry. Peneliti mengecek kesalahan entry dan pengkodean pada tahap ini.

2. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah statistik yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendiskripsikan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang

berlaku untuk umum (Kemenkes RI, 2018). Data yang ditampilkan dapat berupa :

- a. Distribusi frekuensi dan persentase karakteristik subjek penelitian yaitu pasien dengan diagnosa stroke yang berobat di Rawat Jalan RSUD Syifa Medina sehingga diperoleh gambaran umum data yang disajikan dalam bentuk tabel.

Rumus persentase (Notoatmodjo. 2012) :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Persentase

F = Jumlah jawaban yang didapat

N = Jumlah sampel

- b. Distribusi frekuensi subjek berdasarkan variabel yang diteliti. Terdapat 3 (tiga) distribusi pada penelitian seperti tabel dibawah ini:

Tabel 3.5
Subjek penelitian yang akan dibuat distribusi frekuensi

Karakteristik Subjek Penelitian	Skor hasil
Tingkat kecemasan	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada kecemasan • kecemasan ringan • kecemasan sedang • tingkat panik
Pola hidup	<ul style="list-style-type: none"> • Baik • Tidak baik
Kualitas hidup	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitas Hidup Buruk • Kualitas Hidup Sedang • Kualitas Hidup Baik

3. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan apabila telah dilakukan analisis univariat dengan hasilnya yang telah diketahui distribusi setiap variabel (Notoatmodjo, 2018). Analisis ini dilakukan untuk mencari hubungan yang bermakna secara statistik antara tingkat kecemasan dan pola hidup dengan kualitas hidup dengan menggunakan uji korelasi *rank spearman* dan hasil akhirnya dapat berupa angka-angka yang kemudian bisa dikategorikan dalam beberapa hubungan. Setelah itu kita dapat melihat signifikan hubungan yang terjadi, yaitu melihat variabel berhubungan dengan sangat atau tidak berhubungan sama sekali (Sugiyono, 2012).

Rumus:

$$P_{xy} = 1 - \frac{6\sum d^2}{N(N^2-1)}$$

Keterangan:

P_{xy} = koefisien korelasi Rank Spearman

d = rangking data variabel Xi-Y

N = Jumlah responden

Setelah melalui analisis Rank Spearman, kemudian data dilakukan pengujian dengan menggunakan kriteria yang ditetapkan, kriteria yang dimaksud adalah dengan membandingkan nilai p hitung dengan p table yang dirumuskan sebagai berikut:

Jika, p hitung $> 0,05$ berarti H_0 diterima dan H_a ditolak

Jika, p hitung $\leq 0,05$ berarti H_0 ditolak dan H_a diterima

(Sugiyono, 2012).

4. Analisis Multivariat

Analisis multivariat memiliki tujuan untuk menganalisis data yang terdiri dari dua variabel bebas yaitu tingkat kecemasan dan pola hidup, satu variabel terikat yaitu kualitas hidup setelah ditentukan antar variabel tersebut saling berhubungan satu sama lain dengan menggunakan teknik analisis *multiple regression* atau regresi berganda. Sementara, untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh variabel tingkat kecemasan dan pola hidup secara parsial (sendiri-sendiri) terhadap variabel kualitas hidup, dapat melakukan uji t parsial dalam analisis regresi ini.

Rumus mencari nilai t tabel :

$$t \text{ tabel} = (a/2 ; n-k-1 \text{ atau df residual})$$

$$t \text{ tabel} = (0,05/2 ; 47-2-1)$$

$$t \text{ tabel} = (0,025 ; 44)$$

Keterangan :

a = tingkat kepercayaan penelitian

n = jumlah sampel yang digunakan

k = jumlah variabel independen (tingkat kecemasan dan pola hidup)

df residual = derajat kebebasan residual

K. Etika Penelitian

Menurut Sumantri (2011), etika penelitian yang harus dipahami oleh peneliti dengan memperhatikan macam – macam prinsip dibawah ini :

1. Menghormati harkat dan martabat manusia

Peneliti perlu mempertimbangkan hak – hak subjek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dengan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian. Peneliti menjelaskan terlebih dahulu latar belakang dilakukannya penelitian dengan bahasa yang mudah dimengerti, selanjutnya peneliti melakukan *informed consent* dengan responden terkait ketersediaan menjadi responden dan responden berhak memberikan keputusannya tanpa ada paksaan/sukarela. Responden berhak memberhentikan partisipasinya sebagai responden kapan saja, apabila ada kendala.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian

Peneliti menjamin kerahasiaan responden yang diteliti dengan memberikan kode identifikasi nomer pada kuesioner yang dilakukan untuk penelitian.

3. Keadilan dan inklusivitas

Peneliti menyampaikan maksud dan tujuannya dengan menggunakan bahasa yang sopan dan perilaku yang ramah serta memperhatikan keamanan lingkungan pada saat penelitian dengan memberikan kenyamanan area/mencari area yang tenang selama penelitian.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan

Apabila ditengah perjalanan responden mengeluh untuk tidak melanjutkan penelitian, maka peneliti harus menghormati keputusan tersebut dengan memperhatikan keadaan responden.

L. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Rumah Sakit Umum Syifa Medina Tasikmalaya, pada bulan juli 2022. Alasan peneliti memilih lokasi tersebut karena frekuensi pasien penyakit stroke di rawat jalan dalam satu tahun, periode bulan Juni 2021 sampai bulan Maret 2022 yaitu sebanyak 438 kasus. Stroke juga merupakan penyakit yang termasuk kedalam 10 besar penyakit dan merupakan peringkat tertinggi ke dua di RSUD Syifa Medina pada tahun 2021. (Rekam Medis, 2021)

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Berikut ini merupakan hasil dan pembahasan dari pengumpulan data tentang hubungan tingkat kecemasan dan pola hidup dan pada kualitas hidup pasien stroke di RSUD Syifa Medina Kota Tasikmalaya yang dilakukan pada bulan Agustus-Oktober 2022. Hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden dan variabel yang diukur yaitu tingkat kecemasan, pola hidup dan kualitas hidup pasien stroke. Data tingkat kecemasan diperoleh dengan pengisian kuesioner HARS, pola hidup diperoleh dengan pengisian kuesioner skrining kesehatan dan kualitas hidup diperoleh dengan pengisian kuesioner WHOQoL BREF kepada 47 responden. Kemudian dilakukan pembahasan tentang hasil yang telah didapatkan sesuai dengan teori yang telah dikemukakan. Uji yang digunakan untuk mengetahui tingkat signifikansi dan menganalisis hubungan antara variabel adalah uji statistik *rank spearman*.

Hasil Penelitian

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

a. Sejarah Rumah Sakit

Semangat tinggi pengabdian dr. H. Deddy Tjandiaman Affandi, Sp.B sebagai Dokter di dunia kesehatan membuat beliau bertekad untuk mendirikan sebuah klinik pelayanan masyarakat yang diberi nama Balai Pengobatan Santosa pada tahun 1997. Seiring berjalannya waktu pada tahun 2002, Balai Pengobatan Santosa berkembang menjadi

Rumah Sakit Khusus Bedah Bhakti Santosa. Semangat dr. H. Deddy Tjandiaman Affandi, Sp.B membuat Rumah Sakit Khusus Bedah Bhakti Santosa berevolusi menjadi RSUD Syifa Medina pada tahun 2010.

b. Legalitas Rumah Sakit

RSUD Syifa Medina merupakan rumah sakit swasta yang kepemilikannya dikelola oleh PT Megah Syifa Medina Berdasarkan Akta Pendirian Perseroan Terbatas "PT. Megah Syifa Medina" No. 35- Tanggal 09 Juli 2010 melalui Notaris Heri Hendriyana, SH, MH. Pada saat ini, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.03/I/0354/2013 yang diterbitkan pada tanggal 21 Februari 2013 ditetapkan RSUD Syifa Medina sebagai RSUD Swasta kelas D. RSUD Syifa Medina telah mendapatkan Izin operasional tetap dari Pemerintah Kota Tasikmalaya berdasarkan Keputusan Badan Pelayanan Perijinan Terpadu Kota Tasikmalaya Nomor 503.2/02/445.1/X/2013 yang diterbitkan pada tanggal 1 Oktober 2013.

c. Alamat Rumah Sakit

RSUD Syifa Medina beralamat di Jalan Bantar No. 15A RT. 005 RW. 001 Kelurahan Argasari Kecamatan Cihideung Kota Tasikmalaya Provinsi Jawa Barat. No. Telepon (0265) 334544 No. Fax. (0265) 331232 Kode Pos 46122.

B. Hasil Analisis Univariat

Tabel 4.1
Distribusi frekuensi karakteristik responden

No	Karakteristik Responden	Kategori	F	%
1	Umur (menurut depkes RI tahun 2009)	Masa Remaja awal (12-16 tahun)	1	2%
		Masa Dewasa Akhir (36-45 tahun)	3	6%
		Masa Lansia Awal (46-55 tahun)	15	32%
		masa lansia Akhir (56-65 tahun)	13	28%
		Masa Manula (65-ke atas)	15	32%
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	24	51,1%
		Perempuan	23	48,9%
3	Pendidikan	Tidak Sekolah	5	11%
		SD	5	11%
		SMP	8	17%
		SMA	13	28%
		Diploma	8	17%
		Sarjana	8	17%
4	Pekerjaan	PNS/TNI/Polri/Pensiunan	10	21%
		Karyawan Swasta	18	38%
		Wiraswasta	12	26%
		Lain-lain	9	19%
5	Cara Bayar	Umum	6	13%
		BPJS	41	87%

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan karakteristik responden pasien stroke yang diperoleh saat pengumpulan data berdasarkan umur, jenis kelamin, Pendidikan terakhir, pekerjaan, dan cara bayar. Tabel ini juga menunjukkan bahwa frekuensi tertinggi responden berdasarkan umur adalah masa lansia awal (46-55 tahun) dan masa manula (65 tahun keatas) yaitu berjumlah 15 orang (32%). Berdasarkan jenis kelamin adalah laki-laki yaitu berjumlah 24 (51,1%). Berdasarkan pendidikan yaitu SMA berjumlah 13 orang (28%). Berdasarkan pekerjaan yaitu karyawan swasta

berjumlah 18 orang (38%). Berdasarkan cara bayar yaitu BPJS berjumlah 41 orang (87%).

Tabel 4.2
Distribusi frekuensi berdasarkan Tingkat Kecemasan Responden

Tingkat Kecemasan	F	%
Tidak ada kecemasan	2	4%
Kecemasan ringan	8	17%
Kecemasan sedang/berat	35	74%
Tingkat panik	2	4%

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan gambaran tingkat kecemasan pasien stroke dengan tingkat kecemasan sedang/berat sebanyak 35 orang (74%).

Tabel 4.3
Distribusi frekuensi berdasarkan Pola Hidup Responden

Pola Hidup	F	%
Baik	15	32%
Tidak Baik	32	68%

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan gambaran pola hidup pada pasien stroke dengan pola hidup tidak baik sebanyak 32 orang (68%).

Tabel 4.4
Distribusi frekuensi berdasarkan Kualitas Hidup Responden

Kualitas Hidup	F	%
Kualitas Hidup Buruk	13	28%
Kualitas Hidup Sedang	20	43%
Kualitas Hidup Baik	14	30%

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan gambaran kualitas hidup pasien stroke dengan kualitas hidup sedang sebanyak 20 orang (43%).

C. Analisis Bivariat

Tabel 4.5
Hasil Uji Spearman Rank antara Tingkat Kecemasan dan Kualitas Hidup pada Pasien Stroke

Tingkat Kecemasan	Kualitas Hidup						Total	<i>P</i> value	<i>r</i>
	Buruk		Sedang		Baik				
	n	%	n	%	n	%			
Tidak ada kecemasan	0	0	0	0	2	100	2		
Kecemasan ringan	0	0	0	0	8	100	8		
Kecemasan sedang/berat	11	31,4	20	57,1	4	11,5	35	0,000	-0,703
Tingkat panik	2	100	0	0	0	0	2		
Total	13	27,7	20	42,5	14	29,8	47		

Tabel 4.5 menyajikan data distribusi yang menjelaskan tentang pola hubungan antara variabel penelitian yaitu tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke. Tabel ini menunjukkan bahwa dari 47 orang pasien stroke yang mengalami tingkat kecemasan sedang/berat terdapat 57,1% pasien stroke yang juga mempersepsikan kualitas hidupnya sedang. Melalui uji statistik *rank spearman* didapatkan bahwa nilai $P\text{-value}=0,000$. Kesimpulannya $P\text{-value} < 0,05$ sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada hubungan signifikan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke di RSUD Syifa Medina Kota Tasikmalaya. Diketahui juga nilai koefisien korelasi sebesar -0,703 maka nilai ini menandakan hubungan yang tinggi antara tingkat kecemasan dan kualitas hidup pada pasien stroke.

Tabel 4.6
Hasil Uji Spearman Rank antara Pola Hidup dengan Kualitas Hidup pada Pasien Stroke

Pola Hidup	Kualitas Hidup						Total	P value	r
	Buruk		Sedang		Baik				
	n	%	n	%	n	%			
Baik	12	80	1	6,7	2	13,3	15		
Tidak Baik	1	3,2	19	59,3	12	37,5	32	0,000	0,617
Total	13	27,7	20	42,5	14	29,8	47		

Tabel 4.6 menyajikan data distribusi yang menjelaskan tentang pola hubungan antara variabel penelitian yaitu pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke. Tabel ini menunjukkan bahwa dari 47 orang pasien stroke yang mengalami pola hidup tidak baik terdapat 59,3% pasien stroke yang juga mempersepsikan kualitas hidupnya buruk. Sedangkan, yang mengalami pola hidup baik terdapat 80% yang mempersepsikan kualitas hidupnya sedang. Melalui uji statistik *rank spearman* didapatkan bahwa nilai P-value=0,000 Kesimpulannya P-value < 0,05 sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada hubungan signifikan antara pola hidup dengan kualitas hidup pada pasien stroke di RSUD Syifa Medina Kota Tasikmalaya. Diketahui juga nilai koefisien korelasi sebesar 0,617 maka nilai ini menandakan hubungan yang tinggi antara pola hidup dan kualitas hidup pada pasien stroke.

D. Hasil Analisis Multivariat

Tabel 4.7
Model Regresi Logistik Berganda Responden

Variabel	B	P Value	t
Tingkat Kecemasan	-0,857	0,000	-10,218

Pola Hidup	0,994	0,000	9,514
Constant	2,738	0,000	9,173

Hasil penelitian diperoleh bahwa variabel tingkat kecemasan dan pola hidup memiliki hubungan dengan kualitas hidup pasien stroke dengan *OR* (tingkat kecemasan =0,000 ; pola hidup=0,000). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien stroke yang memiliki tingkat kecemasan tinggi lebih beresiko

Berdasarkan output SPSS diatas dapat diketahui nilai t hitung tingkat kecemasan adalah $-10,218 > t$ tabel 2,015 maka hipotesis pertama diterima, artinya ada pengaruh antara tingkat kecemasan dan kualitas hidup pasien stroke. Nilai t hitung berada di area pengaruh negatif atau pengaruh tidak searah. Artinya, semakin tinggi tingkat kecemasan pasien stroke maka akan semakin buruk pula kualitas hidup pasien stroke. Nilai t hitung pola hidup adalah $9,514 > t$ tabel 2,015 maka hipotesis kedua diterima, artinya ada pengaruh antara pola hidup dan kualitas hidup pasien stroke. Nilai t hitung berada di area pengaruh positif, artinya semakin baik pola hidup pasien stroke maka akan semakin baik pula kualitas hidup pasien stroke.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Kecemasan pada Pasien Stroke

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien stroke mengalami kecemasan sedang/berat sebanyak 35 responden (74%). Hal ini terlihat bahwa sebanyak 18 orang (38,3%) merasakan takut ketika terjadi hal buruk, terdapat 18 orang (38,3%) merasa takut ketika ketika merasa cemas atau gelisah. Kecemasan sebagai suatu ketakutan terhadap ketidakberdayaan dirinya dan respon terhadap kehidupan yang hampa dan tidak berarti (Kaplan, 2010).

Cemas adalah reaksi/respons tubuh terhadap stresor psikososial (tekanan mental/beban kehidupan). Perasaan cemas dewasa ini digunakan secara bergantian untuk menjelaskan berbagai stimulus dengan intensitas berlebihan yang tidak disukai berupa respons fisiologis, perilaku, dan subjektif terhadap rasa cemas; konteks yang menjembatani pertemuan antara individu dengan stimulus yang membuat rasa cemas, semua sebagai suatu system (Sarwono, 2006).

Setelah dianalisis, umur berpengaruh terhadap kecemasan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Marbun (2016) bahwa umur berpengaruh terhadap sering munculnya kecemasan, terbukti pada penelitian ini bahwa pasien yang mengalami kecemasan mayoritas berumur >50 tahun. Berdasarkan hasil pengolahan data, menunjukkan bahwa pendidikan terakhir pada penelitian ini yaitu responden dengan pendidikan rendah 18 orang (38,3%).

Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Dinarsari dan Dewi (2009) yang menunjukkan bahwa Pendidikan dan ilmu pengetahuan akan sangat mendukung terhadap perkembangan penyakit yang diderita pasien, cara pasien mengatasi setiap gejala yang muncul dan mencegah komplikasi. Kecemasan dapat terjadi pada individu dengan pengetahuan yang rendah, hal ini disebabkan karena kurangnya informasi yang diperoleh dan kurangnya kemauan mencari informasi terkait penyakitnya, hal tersebut membuat pasien menjadi kurang memahami masalah kesehatan yang sedang dihadapi.

B. Pola Hidup Pasien Stroke

Berdasarkan hasil pengolahan data, menunjukkan bahwa pola hidup pasien stroke tidak baik sebanyak 32 orang (68%). Pola hidup seseorang dapat dinyatakan dalam kehidupan sehari-hari seperti dalam kegiatan, minta dan pendapat. Pola hidup ini juga dapat mencerminkan keseluruhan pribadi yang berinteraksi dengan lingkungan. Hasil penelitian mempertegas bahwa hubungan pola hidup yang buruk pada pasien hipertensi lebih tinggi untuk memiliki risiko terjadinya stroke.

Sebagian besar responden pada penelitian ini berjenis kelamin laki-laki yang diperlihatkan pada tabel 4.1 dengan jumlah 24 orang (51,1%). Banyaknya angka kejadian stroke pada laki-laki disebabkan karena gaya hidup yang buruk seperti kebiasaan merokok, zat-zat beracun yang terdapat dalam rokok dapat merusak dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan

pembuluh darah menjadi sempit dan plak-plak kolesterol mudah menempel. Jika penyumbatan terjadi di bagian otak membuat darah tidak mampu mensuplai nutrisi dan oksigen pada sel-sel otak sehingga membuat sel otak mati.

Berdasarkan hasil penelitian mayoritas pasien stroke berusia >50 tahun. Umur merupakan variabel yang selalu diperhatikan dalam penyelidikan epidemiologi, angka kesakitan maupun kematian hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur (Notoatmodjo, 2018). Sesuai besarnya umur, terdapat kemungkinan perbedaan dalam mendapatkan faktor keterpaparan tertentu berdasarkan lama perjalanan hidupnya. Pada segi umur pula tampak adanya peningkatan kecenderungan terjadinya penyakit dengan bertambahnya usia. Semakin tua seseorang semakin peka penyakit dan semakin banyak keterpaparan yang dialami (Marbun, 2016).

C. Kualitas Hidup Pasien Stroke

Berdasarkan hasil pengolahan data, menunjukkan bahwa tingkat kualitas hidup paling tinggi yaitu pasien stroke yang merasakan kualitas hidup sedang yang diperlihatkan pada tabel 4.4 dengan jumlah 20 orang (43%). Artinya bahwa lebih dari sebagian responden masih mampu melakukan aktivitas fisik dan mobilitas tanpa tergantung penuh pada orang lain. Selain itu mereka juga masih memiliki perasaan diri dan kepuasan diri yang cukup karena masih ada dalam dukung dukungan orang lain maupun keluarga dan masih memiliki relasi dengan orang lain.

Berdasarkan WHO, usia 80 tahun memasuki lanjut usia tua (*old*) dimana sesuai dengan fisiologis seseorang, semakin bertambahnya usia seseorang lebih rentan terhadap penyakit karena seiring peningkatan usia seseorang maka akan terjadi proses degeneratif pada semua sistem, salah satunya adalah sistem kardiovaskuler. Pembuluh darah menjadi kurang elastis bahkan kemungkinan terjadi penumpukan plak sehingga mempengaruhi percabangan pembuluh darah otak secara terus menerus akan mengganggu sirkulasi darah ke otak yang menyebabkan terjadinya iskemik dan akhirnya infark cerebral.

Pada umumnya, kita mengetahui bahwa salah satu faktor risiko stroke adalah peningkatan tekanan darah. Sehingga dapat disimpulkan bahwa peningkatan usia secara tidak langsung mempengaruhi terjadinya stroke yang juga akan berpengaruh pada kualitas hidup seseorang. Menurut Larasati (2018) dalam penelitiannya menyatakan bahwa prevalensi pasca stroke semakin meningkat (11-68%) seiring meningkatnya umur penderita. Hal ini disebabkan depresi dan emosi yang labil pada penderita stroke (Rambe, 2015).

Selain itu, ada perubahan dalam cara hidup seperti merasa kesepian dan sadar akan kematian, hidup sendiri, perubahan dalam hal ekonomi, penyakit kronis, kekuatan fisik melemah, perubahan mental, keterampilan psikomotor berkurang, perubahan psikososial seperti pensiun, akan kehilangan sumber pendapatan, kehilangan pasangan atau teman dan berkurangnya kegiatan yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

D. Hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa 74 % pasien stroke yang mengalami kecemasan sedang/berat, terdapat 28% pasien stroke yang mempersepsikan kualitas hidupnya kurang. Melalui uji statistik *rank spearman test*, didapatkan bahwa nilai P-value=0,000. Kesimpulannya P-value <0,05 sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada hubungan signifikan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke di RSUD Syifa Medina Kota Tasikmalaya. Diketahui juga nilai koefisien korelasi sebesar -0,703 maka nilai ini menandakan hubungan yang tinggi antara tingkat kecemasan dan kualitas hidup pada pasien stroke. Arah hubungan penelitian ini yaitu negatif artinya semakin tinggi tingkat kecemasan maka akan semakin menurun kualitas hidupnya.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ananda, Z (2017) yang berjudul Kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke. Hal ini terlihat pada hasil kuesioner penelitian 84% pasien stroke yang mengalami kecemasan sedang/berat mempersepsikan kualitas hidupnya kurang.

Kecemasan yang terjadi pada pasien stroke disebabkan karena adanya berbagai gangguan neurologi seperti kehilangan motorik berupa hemiplegi dan hemiparesis, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, disfungsi kandung kemih, kerusakan fungsi kognitif dan perubahan psikologi serta

adanya keterbatasan dalam bergerak akibat penyakit yang dideritanya. (Smeltzer, 2017).

Kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu sebagai laki-laki dan perempuan dalam hidup ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian mereka. Hal ini terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

Hasil penelitian pasien stroke di RSUD Syifa Medina menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pasien stroke. Hal ini terlihat pada hasil kuesioner penelitian 31,4% pasien stroke yang mengalami kecemasan sedang/berat mempersepsikan kualitas hidupnya buruk dan 57,1% pasien stroke mempersepsikan kualitas hidupnya sedang seperti kesulitan berkonsentrasi, kondisi fisik yang melemah, penderita didominasi oleh usia manula, kesulitan dalam beraktifitas mengalami kelumpuhan, merasa kesepian, putus asa, cemas dan memiliki hubungan yang kurang. Bagi mereka yang memiliki dukungan orang terdekat, hal ini bisa jadi sebagian dari mereka masih dapat melakukan aktifitas sendiri dan tidak terlalu sering berpikiran negatif.

E. Hubungan antara Pola Hidup dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke

Pada penelitian ini diketahui adanya kekuatan atau keeratan hubungan antara pola hidup dengan kualitas hidup dengan nilai $r = 0,617$ artinya kedua

variabel memiliki hubungan yang kuat. Arah hubungan penelitian ini yaitu positif artinya jika pola hidup pasien stroke baik maka kualitas hidup pasien stroke baik, jika pasien stroke mengalami pola hidup yang tidak baik maka kualitas hidup pasien stroke tidak baik.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Marbun (2016) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara gaya hidup dengan kualitas hidup pasien stroke dengan hubungan yang kuat dengan nilai $r = 0.376$. Hasil penelitian Hartaty (2020) menunjukkan bahwa merokok, konsumsi alkohol, pola makan dan olahraga yang merupakan gaya hidup ini memiliki hubungan dengan kejadian stroke.

Pencegahan serangan stroke dapat dilakukan oleh semua orang, terutama mereka yang mempunyai risiko stroke. Sejak dini sudah harus mempunyai tingkat kesadaran yang tinggi dan penuh disiplin mengikuti pola hidup sehat dengan tidak merokok, tidak minum minuman keras, tidak mengkonsumsi makanan yang mengandung kolesterol tinggi, serta mengikuti langkah-langkah hidup sehat sejahtera lainnya dengan olahraga secara teratur dan menghindari pekerjaan-pekerjaan dengan tingkat stres yang tinggi (Suryati, 2009).

F. Hubungan Tingkat Kecemasan dan Pola Hidup dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke di RSUD Syifa Medina

Hasil penelitian diperoleh bahwa variabel tingkat kecemasan dan pola hidup memiliki hubungan dengan kualitas hidup pasien stroke dengan *OR*

(tingkat kecemasan = ; pola hidup=). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien stroke yang memiliki tingkat kecemasan tinggi lebih beresiko.

Ketidakmampuan fisik, emosi dan kehidupan social pasien stroke tentu saja mempengaruhi peranan sosialnya. Hal tersebut memberikan pengaruh yang besar terhadap kualitas hidup terkait Kesehatan pada pasien stroke. Hal ini akan berdampak pada kemampuan pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti makan, berpakaian dan kebersihan diri dan lainnya. Kondisi tersebut akan mempengaruhi psikologis pasien stroke. Psikologis pasien stroke sangat bervariasi sesuai dengan penerimaan dan pemahaman pasien terhadap dirinya. Salah satu kondisi yang terpengaruh berkaitan dengan status fisik pasien setelah serangan stroke adalah kualitas hidup (Walters, 2009).

Pola hidup yang sehat memerlukan pertahanan diri yang baik dengan cara menghindari kelebihan dan kekurangan yang menyebabkan ketidakseimbangan tubuh, menurunkan kekebalan, dan semua hal yang mendatangkan penyakit. Penyakit-penyakit kronik seperti diabetes melitus, tekanan darah tinggi, penyakit jantung, dan stroke dapat diatasi dengan cara menghindari rokok, minuman yang mengandung alcohol, makanan yang mengandung banyak garam, olahraga yang teratur, tidak melakukan aktifitas fisik dan otak yang berlebihan, serta harus mengontrol emosi, menerapkan pola hidup yang teratur serta rutin berkonsultasi dengan dokter (Marbun, 2016)

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada responden di RSUD Syifa Medina dengan judul hubungan antara tingkat kecemasan dan pola hidup pada pasien stroke dapat disimpulkan bahwa:

1. Terdapat hubungan antara tingkat kecemasan pada kualitas hidup pasien stroke. Arah hubungan penelitian ini yaitu negatif artinya semakin tinggi tingkat kecemasan maka akan semakin menurun kualitas hidupnya.
2. Terdapat hubungan antara pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke dengan arah hubungan positif artinya jika pola hidup pasien stroke baik maka kualitas hidup pasien stroke baik, jika pasien stroke mengalami pola hidup yang tidak baik maka kualitas hidup pasien stroke tidak baik.
3. Terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dan pola hidup pada kualitas hidup pasien stroke.

B. Saran

1. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sebuah ide atau kerja sama dengan lembaga terkait untuk dapat memberikan fasilitas agar terbentuk komunitas sesama pasien pasca stroke agar dapat saling berbagi pengalaman positif.

2. Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi usulan untuk tenaga keperawatan khususnya yang menangani bagian neurologi agar dapat mengikuti pelatihan terkait penanganan pasien stroke sehingga perawat dapat memberikan penyuluhan, dapat mengidentifikasi tingkat kecemasan dan pola hidup serta dapat memberikan dukungan terkait kualitas hidup pasien stroke.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti diharapkan dapat membagikan pengetahuan mengenai hubungan tingkat kecemasan dan pola hidup dengan kualitas hidup pasien stroke dan diharapkan mampu menjadi bahan masukan bagi penelitian selanjutnya. Penelitian ini masih mungkin dikembangkan pada responden dengan metode dan tempat yang berbeda, serta diharapkan dapat mengontrol faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kualitas hidup.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, M. (2019). Pengaruh Gaya Hidup dan Citra Merek terhadap Keputusan Pembelian Smartphone Apple pada Mahasiswa Program Studi Manajemen Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Medan Area. *Retrieved* 13 Juni 2022, *from* : repository.uma.ac.id
- Ananda, Z. (2017). Kecemasan dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke. *Retrieved* 18 November 2022, *from* https://www.academia.edu/79634270/Kecemasan_Dengan_Kualitas_Hidup_Pada_Pasien_Stroke
- Anita, M. (2018). Pengaruh Pemberian Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi Dengan Anestesi Umum di RSUD Sleman Yogyakarta. *Jurnal Info Kesehatan*, 4(2), 2–3. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/239/>
- Arifah, T.N. (2015). Gambaran Kualitas Hidup pada Pasien Tuberkulosis Paru di Puskesmas Padasuka Kecamatan Cibeunying Kidul Kota Bandung. *Retrieved* 10 Juni 2022, *from* repository.upi.edu/18615/5/D3_PER_1205899_Chapter3.pdf
- Balela, S.A. (2015). Hubungan Antara Kualitas Hidup dengan Harga Diri Lansia yang Tinggal di Rumah RW.8 Bratang Binangun Kelurahan Barata Jaya Kecamatan Gubeng Surabaya. *Retrieved* 28 April 2022, *from* <http://repository.wima.ac.id/3841/9/Lampiran.pdf>.
- Dharma, K. K (2018). Pemberdayaan Keluarga untuk Mengoptimalkan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke. (2022). *Retrieved* 24 April 2022, *from* https://books.google.co.id/books?id=j1tHDwAAQBAJ&pg=PA1&hl=id&source=gbv_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
- Dunia-MFB: Definisi pola hidup sehat menurut para ahli. (2020). *Retrieved* 27 May 2022, *from* <https://www.duniamfb.my.id/2020/09/definisi-pola-hidup-sehat-menurut-para-ahli>.
- Elfira, E. (2015). Hubungan Status Fungsional dengan Kualitas Hidup Pasien

Stroke Iskemik di Rumah Sakit Kota Medan. *Retrieved* 28 April 2022, *from* <https://repositori.usu.ac.id/>

Hartaty. (2020). Hubungan Gaya Hidup dengan Kejadian Stroke. *Retrieved* 19 November 2022, *from* <https://akper-sandikarsa.e-journal.id/JIKSH V>

Kemenkes RI. 2018. Klasifikasi Obesitas setelah Menghitung IMT. *Retrieved* 28 April 2022 *from* <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/obesitas/klasifikasi-obesitas-setelah-pengukuran-imt>

Kemenkes RI. 2018. Apa itu Stroke ?. *Retrieved* 18 April 2022, *from* <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/page/8/apa-itu-stroke>

Kemenkes RI. (2006). UU 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. *Retrieved* 28 April 2022, *from* <https://infeksiemerging.kemkes.go.id/document/Undang-undang-No--362009-tentang-Kesehatan-623/view>

Kurnia, E. 2019. Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke. *Retrieved* 12 Juni 2022, *from* <https://jurnal.stikesbaptis.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/496/406>

Kustiawan, R. (2014). GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DI RUANG V RUMAH SAKIT UMUM KOTA TASIKMALAYA. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-Ilmu Keperawatan, Analisis Kesehatan Dan Farmasi*, 12(1), 10. doi: 10.36465/jkbth.v12i1.61. *Retrieved* 28 April 2022 *from* https://ejournal.universitas-bth.ac.id/index.php/P3M_JKBTH/article/view/61

Larasati. 2017. Kualitas Hidup Pasien Stroke di Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit Swasta Yogyakarta. *Retrieved* 12 Juni 2022, *from* : <https://ejournal.unjaya.ac.id/index.php/mik/article/download/243/244/>.

Lamina, A. (2020, Juli 28). Klinik Nyeri Tulang Belakang. *Retrieved* 24 April 2022 *from* <https://kliniknyeritulangbelakang.com/rehabilitasi-medik-pasca-stroke/>

- Lopez, S.J. (2004). *Positive psychological assessment : a handbook of models and measures*. Washington, DC : American Psychological Association. Retrived 25 Mei 2022 from <http://repository.uin-suska.ac.id/6344/>
- Marbun, A. S. (2016). Hubungan Antara Stress dan Gaya Hidup dengan Kualitas Hidup pasien Stroke. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*. Retrieved 28 Mei 2022, from https://ejournal.unsri.ac.id/index.php/jk_sriwijaya/article/download/6401/3417.
- Masniah. (2017). Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke di RSUD Ulin Banjarmasin. Retrieved 16 Juni 2022, from <https://ojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id/>
- Masturoh, Imas et al., 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Muhadi. (2016). *JNC 8 : Evidence-based Guideline*. Penanganan Pasien Hipertensi Dewasa. Retrieved 3 Juni 2022 from <http://www.cdkjournal.com/index.php/CDK/article/view/11/9>
- Notoatmodjo. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pokdi Stroke Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI). *Guideline Stroke 2011*. Jakarta: PERDOSSI; 2011.
- Pray, S. (2022). Kuesioner Tingkat kecemasan -HARS (HAMILTON ANXIETY RATING SCALE. Retrieved 1 May 2022, from https://www.academia.edu/38036863/Kuesioner_Tingkat_kecemasan_HARS_HAMILTON_ANXIETY_RATING_SCALE
- Price, Wilson. 2006. *Patofisiologi Vol 2 ; Konsep Kllinis Proses-proses Penyakit*. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta

- Rehabilitasi Medik Untuk Pasien Pasca Stroke - Primaya Hospital. (2020). Retrieved 18 April 2022, from <https://primayahospital.com/rehab-medik/rehabilitasi-medik-untuk-pasien-pasca-stroke/>
- Rambe, A.S. *Stroke: Sekilas tentang definisi, penyebab, efek dan faktor risiko*. Departemen Neurologi FK-USU/RSUP H. Adam Malik, Medan. 2015
- Salim, O. Ch., dkk. (2007). Validitas dan reliabilitas World Health Organization Kualitas hidup-BREF untuk mengukur kualitas hidup lanjut usia. *Universa Medicina*, Vo. 26, No. 1.
- Selami. (2020). *Effect of the Covid-19 pandemic on the anxiety and depression levels in patients who applied to the cosmetology unit Running Head: Evaluation of anxiety of cosmetology patients*
- Skala HARS – Alat Ukur Skala Kecemasan. (2022). Retrieved 25 May 2022, from <https://www.psychologymania.com/2021/10/skala-hars-alat-ukur-skala-kecemasan.html>
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Buku 1 & 2. 1st Indonesia edition, by Keliat & Pasaribu. Elsevier Singapore Pte Ltd
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Suryati, F. (2009). Pengaruh pola hidup terhadap penyakit stroke pada pasien yang dirawat inap di RSUD DR. Zaeonel Abidin Banda Aceh. Retrieved 18 November 2022 from <https://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/35703>
- Sumantri, A. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. (2022). Retrieved 28 April 2022, from https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=Cpo-DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=etika+penelitian+kesehatan&ots=c9IyL1JnPV&sig=2iHLQG4niIZ7rr3RzeOzXSxSYl0&redir_esc=y#v=onepage&q=etika%20penelitian%20kesehatan&f=false

- Walter, S.J. (2009). *Quality of life outcomes in clinical trials and health care evaluation: a practical guide to analysis and interpretation*. Retrieved 19 November 2022 from https://ejournal.unsri.ac.id/index.php/jk_sriwijaya/article/download/6401/3417
- Wardhana, W.A. 2011. *Strategi Mengatasi & Bangkit Dari Stroke*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- WHO. (2012). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. Retrieved 30 Mei, from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HIS-Rev.2012.03>
- WHO. (2016). *WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring generic version of the assessment : field trial version*, December 1996. Retrieved 30 Mei, from <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>
- Yusuf, A. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika

Lampiran

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Responden yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Hendra Maulana

NIM : MB1218056

Alamat : Jl Sukarindik II, Kel. Sukarindik, Kec. Bungursari Kota
Tasikmalaya

Saya sebagai mahasiswa Program S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Kota Tasikmalaya, bahwa saya mengadakan penelitian ini untuk menyelesaikan tugas akhir program S1 Keperawatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan Tingkat Kecemasan dan Pola Hidup dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke yang Berobat Rawat Jalan di RSUD Syifa Medina Kota Tasikmalaya.

Sehubungan dengan hal diatas saya mengharapkan kesediaan bapak/ibu/saudara/i untuk memberikan jawaban terhadap pertanyaan yang ada dalam angket sesuai dengan pendapat saya sendiri tanpa dipengaruhi oleh pihak lain sesuai dengan petunjuk. Saya menjamin kerahasiaan pendapat bapak/ibu/saudara/i. Identitas dan informasi yang bapak/ibu/saudara/i berikan hanya digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan dan tidak digunakan untuk maksud- maksud lain.

Atas bantuan dan kerjasama yang telah diberikan, saya mengucapkan terima kasih.

Tasikmalaya,.....2022

Hendra Maulana
NIM. MB1218056

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*INFORMED
CONSENT*)**

Judul : Hubungan Tingkat Kecemasan dan Pola Hidup dengan
 Penelitian Kualitas Hidup Pasien Stroke yang Berobat Rawat Jalan
 di RSUD Syifa Medina Tahun 2022

Peneliti : Hendra Maulana
 NIM : MB1218056

Saya bersedia menjadi responden penelitian. Saya mengerti bahwa saya menjadi bagian dari penelitian ini yang bertujuan untuk mengetahui Hubungan Tingkat Kecemasan Dan Pola Hidup Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke yang Berobat Rawat Jalan di RSUD Syifa Medina Tahun 2022.

Saya telah diberitahukan bahwa partisipasi atau penolakan ini tidak merugikan saya dan saya mengerti bahwa tujuan dari penelitian ini akan sangat bermanfaat bagi saya maupun bagi dunia kesehatan.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapa pun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Tasikmalaya

Peneliti

Responden

(Hendra Maulana)

()

KUESIONER PENELITIAN

LEMBAR KUESIONER *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda (√) pada jawaban yang anda anggap sesuai jika terdapat gejala yang terjadi selama menderita stroke !

Perasaan cemas saya hari ini <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Firasat buruk <input type="checkbox"/> Takut akan pikiran sendiri <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung	Skore :
Saya merasakan ketegangan hari ini : <input type="checkbox"/> Merasa tegang <input type="checkbox"/> Lesuz <input type="checkbox"/> Mudah terkejut <input type="checkbox"/> Tidak bisa istirahat dengan tenang <input type="checkbox"/> Mudah menangis <input type="checkbox"/> Gemetar <input type="checkbox"/> Gelisah	Skore :
Saya merasakan takut seperti <input type="checkbox"/> Takut terhadap gelisah <input type="checkbox"/> Takut pada keramaian lalu lintass <input type="checkbox"/> Takut ditinggal sendiri <input type="checkbox"/> Takut pada binatang besar <input type="checkbox"/> Takut terhadap orang lain <input type="checkbox"/> Takut kerumunan orang banyak	Skore :
Pola tidur saya hari ini : <input type="checkbox"/> Sulit memulai tidur <input type="checkbox"/> Terbangun pada malam hari <input type="checkbox"/> Tidur tidak pulas <input type="checkbox"/> Terbangun dengan lesu <input type="checkbox"/> Mimpi buruk dan menakutkan	Skore :
Saya merasakan gangguan ingatan seperti : <input type="checkbox"/> Sukar konsentrasi <input type="checkbox"/> Daya ingat menurun <input type="checkbox"/> Sering bingung	Skore :
Perasaan saya saat ini : <input type="checkbox"/> Kehilangan minat <input type="checkbox"/> Berkurangnya kesenangan pada hobi <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari	Skore :
Gejala yang saya rasakan saat ini :	Skore :

<input type="checkbox"/> Sakit dan nyeri pada otot-otot <input type="checkbox"/> Kaku <input type="checkbox"/> Gigi gemerutuk <input type="checkbox"/> Suara tidak stabil <input type="checkbox"/> Kedutan otot	
Saya merasakan sakit seperti : <input type="checkbox"/> Telinga berdenging <input type="checkbox"/> Penglihatan kabur <input type="checkbox"/> Perasaan ditusuk-tusuk <input type="checkbox"/> Muka Merah dan pucat <input type="checkbox"/> Merasa lemah	Skore :
Gejala jantung yang saya rasakan saat ini : <input type="checkbox"/> Berdebar debar <input type="checkbox"/> Nyeri dada <input type="checkbox"/> Denyut nadi tumbuh cepat <input type="checkbox"/> Rasa lemah <input type="checkbox"/> Detak jantung hilang sekejap	Skore :
Perasaan yang saya rasakan pada pernapasan saat ini : <input type="checkbox"/> Rasa tertekan di dada <input type="checkbox"/> Perasaan tercekik <input type="checkbox"/> Merasa sesak <input type="checkbox"/> Sering menarik nafas panjang	Skore :
Sistem pencernaan yang saya rasakan saat ini : <input type="checkbox"/> Sulit menelan <input type="checkbox"/> Mual muntah <input type="checkbox"/> Sulit buang air besar <input type="checkbox"/> Gangguan pencernaan	Skore :
Saluran kencing yang saya rasakan saat ini : <input type="checkbox"/> Sering kencing <input type="checkbox"/> Tidak dapat menahan kencing <input type="checkbox"/> Haid tidak teratur	Skore :
Yang saya rasakan saat ini : <input type="checkbox"/> Mulut kering <input type="checkbox"/> Mudah keringat <input type="checkbox"/> Pusing <input type="checkbox"/> Bulu roma berdiri	Skore :
Keadaan yang saya rasakan saat ini : <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Tidak tenang <input type="checkbox"/> Jari gemetar <input type="checkbox"/> Nafas pendek dan cepat <input type="checkbox"/> Muka tegang <input type="checkbox"/> Dahi berkerut	Skore :
TOTAL	

IDENTITAS RESPONDEN

1. No. Responden	:	
2. Identitas Responden (Inisial)	:	Umur : tahun
3. Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
4. Pendidikan		<input type="checkbox"/> Tidak Sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMU <input type="checkbox"/> Diploma/Sarjana
5. Pekerjaan		<input type="checkbox"/> Petani <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Pegawai Negeri <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Pelajar <input type="checkbox"/> Lain-lain

PERTANYAAN RIWAYAT STROKE

6. Apakah ada anggota keluarga (ayah, ibu, kakek, nenek) yang menderita stroke?
- Tidak,
 - Kadang-kadang

PERTANYAAN TENTANG KEBIASAAN MEROKOK

1. Apakah anda merokok dalam 3 bulan terakhir sebelum menderita stroke ?
- Ya
 - Tidak
2. Bila Ya, sejak umur berapa anda Ketika pertama kali merokok ? tahun
3. Berapa jumlah rokok yang anda hisap setiap hari ?
- Perokok berat ≥ 20 batang rokok per hari
 - Perokok sedang < 20 batang rokok per hari

PERTANYAAN TENTANG RIWAYAT KESEHATAN

1. Apakah anda mempunyai kebiasaan mengkonsumsi alcohol dalam 1 bulan terakhir sebelum stroke ?
- Ya, saya merasa haus secara normal saja
 - Kadang-kadang
 - Ya, sering dan selalu haus
2. Apakah anda sering terbangun disaat tidur malam akibat buang air kecil berkali-kali?
- Tidak
 - Kadang-kadang, 2-3 kali
 - Ya, lebih dari 3 kali
3. Apakah anda selalu merasa lapar walaupun sudah makan besar (nasi, lauk pauk, dsb) beberapa saat sebelumnya?
- Tidak, saya makan 2-3 kali sehari dengan porsi normal
 - Kadang-kadang, saya makan 3-5 kali sehari
 - Ya, saya selalu merasa lapar meskipun sudah makan banyak dan berkali-kali (makan lebih dari 5 kali)
4. Apakah anda mengalami berat badan semakin turun, meskipun makan dan minum anda melebihi normal ?
- Tidak
 - Kadang-kadang
 - Ya
5. Apakah anda merasa cepat lelah dan mudah mengantuk, meskipun anda tidak dalam aktivitas berlebihan dan cukup tidur?

- a. Tidak
 - b. Kadang-kadang
 - c. Ya, saya selalu merasa cepat lelah dan mudah mengantuk
6. Apakah anda mengalami penglihatan kabur atau sering berganti-ganti ukuran kacamata dalam waktu 1 tahun terakhir ?
- a. Tidak, saya tidak pernah berganti ukuran kacamata
 - b. Saya ganti kacamata 2 kali dalam setahun terakhir
 - c. Ya, saya merasa penglihatan kabur dan berganti ukuran kacamata > kali dalam setahun terakhir
7. Apakah gigi anda mudah goyang/tanggal?
- a. Tidak
 - b. Kadang-kadang
 - c. Ya
8. Apakah anda sering mengalami gatal di daerah sekitar kemaluan anda ?
- a. Tidak pernah
 - b. Kadang-kadang
 - c. Ya
9. Apakah anda mempunyai kebiasaan makan makanan yang berasa asin?
- a. Tidak
 - b. Kadang-kadang, saya mengkonsumsi makanan yang berasa asin (seminggu 3 kali)
 - c. Ya, hampir setiap hari saya mengkonsumsi makanan yang berasa asin
10. Apakah anda mempunyai kebiasaan mengkonsumsi minuman beralkohol?
- a. Tidak, saya tidak pernah mengkonsumsi minuman beralkohol
 - b. Sebulan 1-2 kali saya mengkonsumsi minuman beralkohol
 - c. Ya, hampir setiap minggu saya mengkonsumsi minuman beralkohol
11. Apakah anda mengkonsumsi kopi?
- a. Tidak, saya tidak pernah mengkonsumsi
 - b. Terkadang saya mengkonsumsi kopi (1-2 kali dalam sebulan)
 - c. Ya, saya hampir selalu mengkonsumsi kopi setiap hari lebih dari 3 gelas sehari
12. Apakah anda mengkonsumsi pil KB?
- a. Tidak
 - b. Kadang-kadang/pernah mengkonsumsi pil KB
 - c. Ya, saya saat ini mengkonsumsi pil KB
13. Apakah anda suka merokok ?
- a. Tidak
 - b. Dulu saya pernah merokok tapi sekarang sudah berhenti
 - c. Ya, saya merokok hampir setiap hari lebih dari 1 bungkus
14. Apakah pekerjaan anda menuntut anda untuk bekerja keras dan penuh persaingan, sehingga anda merasakan sering mudah lelah, susah tidur dan cepat terbangun di pagi hari ?
- a. Tidak, tempat kerja kami terasa nyaman, meski penuh persaingan namun tidak menegangkan. Kami cukup tidur dan nyaman
 - b. Tempat kerja kami terasa cukup nyaman, namun persaingan cukup terasa, sehingga terkadang saya merasa sangat tegang, susah tidur dan terkadang saya terbangun pada dini hari dengan tanpa sebab yang jelas
-

- c. Ya, saya merasa suasana persaingan di tempat kerja saya sangat tinggi, sehingga saya merasa tidak nyaman di tempat kerja. Ketika di rumah saya merasa susah tidur dan saya tidak bisa tidur nyenyak, saya sering terbangun dini hari
15. Apakah punya kebiasaan olahraga rutin dan teratur ?
- a. Ya, saya rutin olahraga sedikitnya 2 kali seminggu
 - b. Ya, saya berolahraga tapi tidak rutin dan tidak teratur
 - c. Tidak, saya jarang berolahraga
16. Apakah anda pernah memperoleh hasil pemeriksaan Kolesterol LDL (Low Density Lipoprotein) tinggi ?
- a. Tidak, hasil LDL saya normal
 - b. Lupa/tidak tahun karena tidak pernah periksa
 - c. Ya, hasil LDL saya dinyatakan tinggi
-

RIWAYAT PENYAKIT PRIBADI

Apakah anda sedang/pernah mengidap penyakit dibawah ini ?

1. Diabetes Melitus (kencing manis)
 - a. Ya
 - b. Tidak
 2. Stroke
 - a. Ya
 - b. Tidak
 3. Penyakit pembuluh darah tepi
 - a. Ya
 - b. Tidak
 4. Katarak
 - a. Ya
 - b. Tidak
 5. Penyakit pada retina/mata
 - a. Ya
 - b. Tidak
 6. Glaucoma
 - a. Ya
 - b. Tidak
 7. Hipertensi/tekanan darah tinggi
 - a. Ya
 - b. Tidak
 8. Penyakit jantung coroner
 - a. Ya
 - b. Tidak
 9. Kolesterol tinggi
 - a. Ya
 - b. Tidak
 10. Penyakit ginjal
 - a. Ya
 - b. Tidak
-

-
11. Asam urat tinggi
 - a. Ya
 - b. Tidak
 12. Penyakit hati/liver
 - a. Ya
 - b. Tidak
 13. Pengapuran pada sendi lutut
 - a. Ya
 - b. Tidak
 14. Pernah amputasi
 - a. Ya
 - b. Tidak
 15. Pernah operasi pancreas
 - a. Ya
 - b. Tidak
 16. Kista pada indung telur
 - a. Ya
 - b. Tidak
 17. Melahirkan bayi besar $\geq 4\text{kg}$
 - a. Ya
 - b. Tidak

RIWAYAT PENYAKIT KELURGA

Pilih Riwayat penyakit dalam keluarga anda

1. Hypertensi/tekanan darah tinggi

a. Ya	b. Tidak
-------	----------

2. Diabetes mellitus/kencing manis

a. Ya	b. Tidak
-------	----------

3. Penyakit jantung coroner

a. Ya	b. Tidak
-------	----------

4. Penyakit ginjal

a. Ya	b. Tidak
-------	----------

5. Gangguan kejiwaan/depresi

a. Ya	b. Tidak
-------	----------

6. Serangan jantung di usia muda

a. Ya	b. Tidak
-------	----------

POLA KONSUMSI MAKANAN

Pilih makanan yang sering anda konsumsi dalam kehidupan sehari-hari

1. Masakan bersantan

a. Ya	b. Tidak
-------	----------

2. Makanan cepat saji (KFC, Mc Donald, dll)

a. Ya	b. Tidak
-------	----------

Jerohan, otak, dll

a. Ya	b. Tidak
-------	----------

Sup buntut, sup daging, sup jerohan, dll

a. Ya	b. Tidak
Pecel, urap	
a. Ya	b. Tidak
Tahu, tempe	
a. Ya	b. Tidak
Minuman bersoda	
a. Ya	b. Tidak
The manis >3 gelas/hari	
a. Ya	b. Tidak

The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF

© World Health Organization 2004

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications—whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Publications, at the above address (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The World Health Organization does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

Acknowledgements Translation of this document was performed on behalf of the World Health Organization by Dr Ratna Mardiaty; Satya Joewana, Catholic University Atma Jaya, Jakarta; Dr Hartati Kurniadi; Isfandari, Indonesia Ministry of Health and Riza Sarasvita, Fatmawati Drug Dependence Hospital, Jakarta.

LEMBAR KUESIONER *WHOQOL – BREF*

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal - hal lain dalam hidup anda. Saya akan membacakan setiap pertanyaan kepada anda, bersamaan dengan pilihan jawaban. Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai. Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.

Camkanlah dalam pikiran anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian anda. Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda pada empat minggu terakhir

No		Sangat Buruk	Buruk	Biasa – biasa saja	Baik	Sangat Baik
1	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5

		Sangat Tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa – biasa saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
2	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang seberapa sering anda telah mengalami hal – hal berikut ini dalam empat minggu terakhir.

		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah berlebihan
3	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?	5	4	3	2	1
4	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dpt berfungsi dlm kehidupan sehari-hari anda?	5	4	3	2	1
5	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5

8	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dlm kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
9	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dgn sarana dan prasarana)	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda mengalami hal – hal berikut ini dalam empat minggu terakhir ?

		Tdk sama sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya dialami
10	Apakah anda memiliki vitalitas yg cukup untuk beraktivitas sehari2 ?	1	2	3	4	5
11	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12	Apakah anda memiliki cukup uang utk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenangsenang /rekreasi?	1	2	3	4	5

		Sangat buruk	Buruk	Biasa – biasa saja	Baik	Sangat baik
15	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16	Seberapa puaskah anda dg tidur anda?	1	2	3	4	5
17	Seberapa puaskah anda dg kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5

18	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal / sosial anda?	1	2	3	4	5
21	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yg anda peroleh dr teman anda?	1	2	3	4	5
23	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24	Seberapa puaskah anda dgn akses anda pd layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yg hrs anda jalani?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal – hal berikut dalam empat minggu terakhir.

		Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	selalu
26	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti feeling blue (kesepian), putus ada, cemas, depresi ?	5	4	3	2	1

Komentar pewawancara tentang penilaian ini ?

Tabel berikut ini harus dilengkapi setelah wawancara selesai

		Equations for computig domain scores	Raw score	Transformed scores*	
				4 - 20	0 - 100
27	Domain 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$	a.=	b.=	c.=

		$\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
28	Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	a.=	b.=	c.=
29	Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$	a.=	b.=	c.=
30	Domain 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square$	a.=	b.=	c.=

Correlations

			Pola Hidup	Kualitas Hidup
Spearman's rho	Pola Hidup	Correlation Coefficient	1,000	,617**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	47	47
	Kualitas Hidup	Correlation Coefficient	,617**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	47	47

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

			Tingkat Kecemasan	Kualitas Hidup
Spearman's rho	Tingkat Kecemasan	Correlation Coefficient	1,000	-,703**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	47	47
	Kualitas Hidup	Correlation Coefficient	-,703**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	47	47

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Tingkat Kecemasan, Pola Hidup ^b		Enter

a. Dependent Variable: Kualitas Hidup

b. All requested variables entered.

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Tingkat Kecemasan, Pola Hidup ^b		Enter

a. Dependent Variable: Kualitas Hidup

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,904 ^a	,818	,810	,334	,818	98,952	2	44	,000

a. Predictors: (Constant), Tingkat Kecemasan, Pola Hidup

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	22,072	2	11,036	98,952	,000 ^b
	Residual	4,907	44	,112		
	Total	26,979	46			

a. Dependent Variable: Kualitas Hidup

b. Predictors: (Constant), Tingkat Kecemasan, Pola Hidup

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,738	,298		9,173	,000
	Pola Hidup	,994	,105	,612	9,514	,000
	Tingkat Kecemasan	-,857	,084	-,657	-10,218	,000

a. Dependent Variable: Kualitas Hidup

Tingkat Kecemasan * Kualitas Hidup Crosstabulation

Count

		Kualitas Hidup			Total
		Buruk	Sedang	Baik	
Tingkat Kecemasan	Tidak ada	0	0	2	2
	Ringan	0	0	8	8
	Sedang/Berat	11	20	4	35
	Panik	2	0	0	2
Total		13	20	14	47

Pola Hidup * Kualitas Hidup Crosstabulation

Count

		Kualitas Hidup			Total
		Buruk	Sedang	Baik	
Pola Hidup	Baik	12	1	2	15
	Tidak Baik	1	19	12	32
Total		13	20	14	47

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Kualitas Hidup	2,02	,766	47
Tingkat Kecemasan	2,79	,587	47
Pola Hidup	1,68	,471	47

Correlations

		Kualitas Hidup	Tingkat Kecemasan	Pola Hidup
Pearson Correlation	Kualitas Hidup	1,000	-,666	,622
	Tingkat Kecemasan	-,666	1,000	-,015
	Pola Hidup	,622	-,015	1,000
Sig. (1-tailed)	Kualitas Hidup	.	,000	,000
	Tingkat Kecemasan	,000	.	,460
	Pola Hidup	,000	,460	.
N	Kualitas Hidup	47	47	47
	Tingkat Kecemasan	47	47	47
	Pola Hidup	47	47	47

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Pola Hidup, Tingkat Kecemasan ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: Kualitas Hidup

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,904 ^a	,818	,810	,334	,818	98,952	2	44	,000

a. Predictors: (Constant), Pola Hidup, Tingkat Kecemasan

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	22,072	2	11,036	98,952	,000 ^b
	Residual	4,907	44	,112		
	Total	26,979	46			

a. Dependent Variable: Kualitas Hidup

b. Predictors: (Constant), Pola Hidup, Tingkat Kecemasan

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
		1	(Constant)	2,738			,298		9,173	,000	
	Tingkat Kecemasan	-,857	,084	-,657	-10,218	,000	-,666	-,839	-,657	1,000	1,000
	Pola Hidup	,994	,105	,612	9,514	,000	,622	,820	,612	1,000	1,000

a. Dependent Variable: Kualitas Hidup

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	Tingkat Kecemasan	Pola Hidup
1	1	2,923	1,000	,00	,00	,01
	2	,059	7,016	,01	,25	,73
	3	,017	13,063	,98	,74	,26

a. Dependent Variable: Kualitas Hidup

Daftar Riwayat Hidup

Pendidikan

Nama Lengkap : Hendra Maulana
NIM : MB1218056
Tempat, Tanggal Lahir : Tasikmalaya, 19 Agustus 1995
Alamat : Sukarindik 2

1. SD Negeri Cikiara Tahun 2002-2008
 2. SMP Negeri 3 Tasikmalaya Tahun 2008-2011
 3. SMK Negeri 2 Tasikmalaya Tahun 2011-2014
 4. Universitas Bhakti Kencana Tasikmalaya Tahun 2018-2022
- S1 Keperawatan