

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Panembahan Senopati Bantul merupakan rumah sakit milik pemerintah dan merupakan rumah sakit tipe B non pendidikan. RSUD Panembahan Senopati Bantul terletak di pusat kota Bantul yaitu di jalan Dr. Wahidin Sudirohusodo, Trirenggo, Bantul, Yogyakarta. Rumah sakit ini memberikan pelayanan kesehatan meliputi unit pelayanan spesialis *obsgyn*, penyakit dalam, THT, anak, bedah, radiologi, kulit dan kelamin, mata, gigi, saraf, jiwa, laboratorium dan mikrobiologi serta poli umum.

RSUD Panembahan Senopati Bantul memiliki pelayanan khusus rawat jalan atau poli sebanyak 15 unit yang salah satu diantaranya adalah Poli Penyakit Saraf. Peneliti menggunakan Poli penyakit saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul sebagai lokasi penelitian. Adapun pelayanan yang diberikan kepada responden yang berkunjung di Poli Penyakit Saraf meliputi pemeriksaan kesehatan, konsultasi, dan pemeriksaan penunjang laboratorium. Poli saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul buka setiap hari senin sampai sabtu, senin sampai Kamis dari pukul 07.30-12.00 WIB, jumat dari pukul 07.30-10.00WIB dan hari sabtu dari pukul 07.30-11.30 WIB. Poli saraf tersebut terdapat 2 dokter dan 4 perawat yang berjaga.

Responden yang terdiagnosis stroke datang ke Poli saraf. Responden dipanggil nama dan alamatnya oleh perawat kemudian masuk ke ruang pemeriksaan untuk diukur tinggi badan dan berat badan, setelah selesai pengukuran tersebut responden diperiksa oleh dokter. Apabila responden sudah selesai pemeriksaan atau konsultasi, responden diberi resep untuk mengambil obat sesuai kebutuhan. Responden pergi ke ruang farmasi untuk mengambil obat. Setelah mendapatkan obat responden pulang.

2. Karakteristik Responden

Responden penelitian ini yaitu dilakukan terhadap 39 responden yang melakukan kunjungan ke poli saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul. Distribusi frekuensi karakteristik responden yang dikelompokkan berdasar jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan dapat dilihat pada Tabel 4.1

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Pendidikan, Pekerjaan dan Pendapatan di Ruang Poli Saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul (n=39).

No	Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Jenis kelamin		
	- Laki-laki	26	66,7
	- Perempuan	13	33,3
Total		39	100
2	Umur		
	- 36-45 tahun	3	7,7
	- 46-55 tahun	4	10,3
	- 56-65 tahun	15	38,5
	- 66-75 tahun	11	28,2
	- 76-85 tahun	6	15,4
Total		39	100
3	Pendidikan		
	- SD	22	56,4
	- SLTP	8	20,5
	- SLTA	7	17,9
	- Perguruan Tinggi	2	5,1
Total		39	100
4	Pekerjaan		
	- Tidak bekerja	1	2,6
	- Buruh	20	51,3
	- PNS	8	20,5
	- Pegawai Swasta	7	17,9
	- Tani	3	7,7
Total		39	100
5	Pendapatan		
	- > UMK Rp 1.404.760	11	28,2
	- < UMK Rp 1.404.760	28	71,8
Total		39	100

Sumber: data primer diolah, 2016

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki sebesar 66,7%, berusia 56-65 tahun sebesar 38,5%, riwayat pendidikan SD sebesar 56,4%, pekerjaan buruh sebesar 51,3%, dan pendapatan <UMK sebesar 71,8%.

3. Analisis univariabel

Analisis ini dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik responden dari subyek penelitian sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna.

a. *Self care* (perawatan diri) responden stroke

Self care responden stroke di bagi menjadi dua kategori yaitu baik dan kurang. Distribusi frekuensi responden berdasarkan *self care* dapat dilihat pada Tabel 4.2

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan *Self Care* di Poli Saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul

No	Kategori	Frekuensi (n)	Persentase(%)
1	Baik	11	28,2
2	Kurang	28	71,8
Total		39	100

Sumber: data primer diolah, 2017

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai perilaku *self care* dalam kategori kurang yaitu sebesar 71,8%, sedangkan responden yang mempunyai perilaku *self care* dalam kategori baik sebesar 28,2%.

b. Kualitas hidup responden stroke

Kualitas hidup responden stroke dikategorikan menjadi tiga yaitu rendah, sedang dan tinggi. Distribusi frekuensi masing-masing kategori tersebut ditunjukkan pada Tabel 4.3

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kualitas Hidup di Poli Saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul

No	Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Rendah	20	51,3
2	Sedang	19	48,7
3	Tinggi	0	0
Total		39	100

Sumber: data primer diolah, 2017

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai kualitas hidup yang rendah yaitu sebesar 51,3%, sedangkan responden yang mempunyai kualitas hidup sedang sebesar 48,7% dan tidak ada responden yang mempunyai kualitas hidup tinggi.

4. Analisis Bivariabel

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan terikat yaitu *self care* (perawatan diri) dengan kualitas hidup. Uji hipotesis yang digunakan adalah *Kendall Tau C* untuk mengetahui nilai koefisien korelasi atau keeratan hubungan dari kedua variabel tersebut. Hubungan antara *self care* (perawatan diri) dan kualitas hidup pada responden stroke di poli saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Sebelum melakukan analisis bivariabel untuk menguji hipotesis penelitian tentang hubungan *self care* dan kualitas hidup responden stroke, terlebih dahulu dilakukan analisis dengan tabulasi silang antara karakteristik responden dengan *self care* dan kualitas hidup.

a. Karakteristik Responden dengan *Self Care*

Tabulasi silang antara karakteristik responden dengan *self care* responden ditunjukkan pada Tabel 4.4 berikut ini:

**Tabel 4.4 Tabulasi Silang antara Karakteristik Responden
(Pendidikan dan Pendapatan) dengan *Self Care* Responden di Poli
Saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul**

		<i>Self care</i>					
No	Karakteristik	Baik		Kurang		Jumlah	
		F	%	F	%	F	%
		1	Pendidikan				
	• SD	7	17,9	15	38,5	22	56,4
	• SMP						
	• SMA	3	7,7	5	12,8	8	20,5
	• Perguruan Tinggi	0	0	7	17,9	7	17,9
		1	2,6	1	2,6	2	5,1
	Total	19	48,7	20	51,3	39	100
2	Pendapatan						
	• >UMK	4	10,3	7	17,9	11	28,8
	• <UMK	7	17,9	21	53,8	28	71,2
	Total	11	28,2	28	71,8	39	100

Sumber: data primer diolah, 2017

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa berdasarkan tingkat pendidikan 15 responden mempunyai perilaku *self care* kurang. Tabel 4.4 menunjukkan bahwa pendapatan kurang dari UMK 21 responden mempunyai perilaku *self care* kurang.

Tabulasi silang antara karakteristik responden dengan kualitas hidup responden ditunjukkan pada Tabel 4.5 berikut ini:

Tabel 4.5 Tabulasi Silang antara Karakteristik Responden (Jenis Kelamin, Usia, Pendidikan, Pekerjaan dan Pendapatan) dengan Kualitas Hidup Responden di Poli Saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul

		Kualitas hidup					
No	Karakteristik	Sedang				Jumlah	
		Sedang		Kurang		F	%
		F	%	F	%		
1	Jenis kelamin						
	• Laki-laki	14	35,9	12	30,8	26	66,7
	• Perempuan	5	1,8	8	20,5	13	33,3
	Total	19	48,7	20	51,3	39	100
2	Usia						
	• 36-45 tahun	0	0	3	7,7	3	7,7
	• 46-55 tahun						
	• 56-65 tahun	2	5,1	2	5,1	4	10,3
	• 66-75 tahun						
	• 76-85 tahun	8	20,5	7	17,9	15	38,5
		4	10,3	7	17,9	11	28,2
		5	12,8	1	2,6	6	15,4
	Total	19	48,7	20	51,3	39	100
3	Pendidikan						
	• SD	13	33,3	9	23,1	22	56,4
	• SMP						
	• SMA	4	10,3	4	10,3	8	20,5
	• Perguruan Tinggi	1	2,6	6	15,4	7	17,9
		1	2,6	1	2,6	2	5,1
	Total	11	28,2	28	71,8	39	100
4	Pekerjaan						
	• Tidak bekerja	1	2,6	0	0	1	2,6
	• Buruh						

• Tani	11	28,2	9	23,1	20	51,3
• PNS						
• Pegawai swasta	2	5,1	1	2,6	3	7,7
	3	7,7	5	12,8	8	20,5
	2	2,6	5	12,8	7	17,9
Total	19	48,7	20	51,3	39	100
5	Pendapatan					
• >UMK	7	17,9	4	10,3	11	28,8
• <UMK	12	30,8	16	41,0	28	71,2
Total	9	48,7	20	51,3	39	100

Sumber: data primer diolah, 2017

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa berdasarkan jenis kelaminnya, terdapat 12 responden laki-laki yang mempunyai kualitas hidup rendah, sedangkan responden perempuan 8 responden kualitas hidup rendah. Tabel 4.5 menunjukkan bahwa berdasarkan kelompok usia 7 responden mempunyai kualitas hidup rendah yaitu kelompok usia 56-65 dan 66-75. Tabel 4.5 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan 9 responden mempunyai kualitas hidup rendah. Tabel 4.5 menunjukkan bahwa pekerja buruh 9 responden mempunyai kualitas hidup rendah. Tabel 4.5 menunjukkan bahwa pendapatan kurang dari UMK 16 responden mempunyai kualitas hidup rendah.

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan *Self Care* (Perawatan Diri) dan Kualitas Hidup di Poli Saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul

<i>Self care</i>	Kualitas Hidup				Total		<i>P-value</i>	<i>r</i>
	Sedang		Rendah		F	%		
	F	%	F	%				
Baik	11	28,2	0	0	11	28,2	0,000	0,579
Kurang	8	20,5	20	51,3	28	71,8		
Total	19	48,7	20	51,3	39	100		

Sumber: data primer diolah, 2017

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa 11 orang responden yang mempunyai perilaku *self care* baik dan terdapat 11 responden yang mempunyai kualitas hidup sedang. 28 responden mempunyai perilaku *self care* kurang terdapat 20 responden yang mempunyai kualitas hidup rendah. Dengan demikian semakin kurang perilaku *self care* maka semakin besar peluang kejadian kualitas hidupnya rendah. Hasil uji *Kendall Tau C* menunjukkan nilai koefisien korelasi sebesar 0,579 dan nilai signifikansi $0,000 < 0,05$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara *self care* dan kualitas hidup responden stroke di Poli Saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul. Nilai *r* positif berarti bahwa semakin baik perilaku *self care* maka semakin tinggi kualitas hidup responden stroke. Berdasarkan pada besarnya nilai koefisien korelasi maka dapat disimpulkan bahwa hubungan kedua variabel adalah sedang yaitu sebesar 0,579.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan pada jenis kelamin responden, jumlah responden laki-laki lebih banyak yaitu sebesar 66,7% dibandingkan perempuan yaitu sebesar 33,3%. Prevalensi laki-laki terserang stroke lebih banyak dibanding perempuan (Wijaya, 2013). Menurut Kobi, *et al* (2015), jumlah perbandingan responden laki-laki lebih besar dari pada perempuan yang di ambil secara acak dimana jumlah responden laki-laki 55% dan perempuan 45%. Penelitian tersebut sekaligus dapat membuktikan bahwa salah satu faktor resiko stroke adalah jenis kelamin. Jenis kelamin merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi. Jenis kelamin perempuan lebih jarang terkena stroke karena perempuan lebih terlindungi dari penyakit jantung dan stroke sampai pertengahan hidupnya, semua itu karena perempuan memiliki hormon estrogen. Penelitian Watila *et al*, (2012), kejadian stroke banyak terjadi pada laki-laki karena laki-laki lebih banyak mempunyai faktor risiko stroke lainnya seperti merokok dan minum alkohol.

Berdasarkan pada usia responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah responden yang berusia 56-65 tahun yaitu sebesar 38,5%. Usia termuda dari responden yang didapat adalah 43 tahun dan yang tertua usia 82 tahun. Penggolongan usia dalam penelitian ini berdasarkan klasifikasi usia Depkes RI (2009) yaitu masa dewasa awal, masa dewasa akhir, masa lansia awal, masa lansia akhir dan manula. Usia merupakan faktor risiko stroke yang tidak termodifikasi. Usia semakin tua mudah terserang stroke karena disebabkan oleh penyakit yang terjadi akibat gangguan aliran darah. Pembuluh darah cenderung mengalami perubahan secara degeneratif dan mulai semakin parah dari proses alterosklerosis. Cepat atau lambatnya proses alterosklerosis ini dapat menjadi faktor risiko stroke dan juga tergantung dari gaya hidup sehat serta perilaku (Price, 2006). Menurut Kristiyawati, (2013), peningkatan frekuensi stroke menurut usia berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi

tidak elastis sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah ke otak.

Berdasarkan pada pendidikan responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini berpendidikan SD yaitu sebesar 56,4% dari total responden dan paling sedikit responden berpendidikan sarjana yaitu sebesar 51%. Tingkat pendidikan lebih berhubungan dengan tingkat pengetahuan responden terhadap penyakitnya (stroke). Menurut Riskifani (2014), menyatakan bahwa sebagian besar respondennya berpendidikan SD sebesar 46%. Pengetahuan yang baik tentang gejala awal stroke dapat melakukan penanganan secara tepat dan cepat. Pengobatan sedini mungkin akan sangat memberikan hasil yang paling optimal sehingga dapat menurunkan angka kematian serta mengurangi kecacatan yang mungkin terjadi. Tingkat pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah menempuh jenjang formal di bidang tertentu. Seseorang dengan pendidikan yang baik akan lebih matang terhadap proses perubahan. Sehingga dirinya lebih mudah menerima pengaruh dari luar yang positif, objektif dan terbuka terhadap berbagai informasi termasuk informasi tentang kesehatan. Akan tetapi hal ini bukan menjadi faktor yang mempengaruhi terhadap kejadian penyakit stroke (Notoatmodjo, 2010).

Berdasarkan pada jenis pekerjaan responden menunjukkan bahwa mayoritas responden merupakan buruh yaitu sebesar 51,3%, sedangkan hanya ada satu responden yang tidak bekerja yaitu sebesar 2,6%. Beberapa penelitian bertentangan dengan penelitian tersebut, Riskifani (2014) menyatakan bahwa sebagian besar respondennya bekerja sebagai ibu rumah tangga yaitu sebesar 29%, sedangkan responden yang tidak bekerja yaitu sebanyak 4,1%. Beban kerja yang tinggi, tekanan hidup yang berat ataupun hal lainnya tanpa disadari dapat menyebabkan efek jangka panjang pada fisik dan mental. Stres juga dapat menimbulkan hipertensi, apabila stres tidak terkendali akan memicu naiknya tekanan darah dan beresiko terkena serangan jantung. Stres juga dapat menaikkan kadar kolesterol dalam darah. Kondisi

tersebut nantinya dapat membuat pembuluh darah tersumbat sehingga responden rentan terhadap stroke (Suirouka, 2012).

Berdasarkan pada pendapatan responden menunjukkan bahwa mayoritas responden berpendapatan kurang dari upah minimum kerja yaitu sebesar 71,8 %, sedangkan responden yang berpenghasilan diatas upah minimum kerja sebesar 28,2%. Sejalan dengan penelitian Adawiyah (2014) yang menyatakan bahwa respondennya merupakan kategori berpenghasilan rendah yaitu sebesar 83,7%. Status penghasilan responden yang sebagian rendah maka semakin tinggi kemampuan coping dan berdampak pada domain psikologis. Jika status ekonomi responden kurang memadai akan menyebabkan responden mengalami kesulitan untuk melakukan kunjungan ke pusat pelayanan kesehatan secara teratur, sehingga sulit untuk memantau bagaimana perkembangan status kesehatannya.

2. *Self Care* (Perawatan Diri) Responden Stroke

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden 71,8% mempunyai perilaku *self care* yang kurang dan selebihnya 28,2% mempunyai perilaku *self care* yang baik. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian sebelumnya Fatimah, (2014) yang menyatakan bahwa responden stroke sebagian besar mempunyai perilaku *self care* kurang. Banyaknya responden stroke yang mengalami perilaku *self care* kurang disebabkan karena pada penderita stroke terjadi defisit neurologi yang berakibat pada gangguan fisik. *Self care* perlu ditingkatkan oleh individu karena penatalaksanaan *self care* membutuhkan pembelajaran, pengetahuan, motivasi dan kemampuan (Taylor, 2011).

Perilaku *self care* responden stroke ditunjukkan pada semua dimensi yang menjadi alat ukur pada kuesioner *self care*, yaitu dimensi nilai kesehatan, energi, perhatian terhadap kesehatan, perasaan, pengetahuan dan kemampuan mengambil keputusan kesehatan dan kekuatan ego. Dimensi nilai kesehatan mencakup keseimbangan antara aktivitas dan istirahat. Dimensi energi mencakup pemeliharaan cukup asupan udara, air dan makanan. Dimensi perhatian terhadap kesehatan mencakup penyediaan pelayanan yang terkait

dengan proses eliminasi. Dimensi perasaan mencakup pemeliharaan keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial. Dimensi pengetahuan dan kemampuan mengambil keputusan kesehatan mencakup pencegahan bahaya hidup, fungsi dan kesejahteraan. Dimensi kekuatan ego mencakup keinginan hidup normal (Nursalam, 2013).

Rendahnya perilaku *self care* pada responden stroke ditunjukkan pada dimensi energi. Energi merupakan kebutuhan utama pada pasien stroke. Energi adalah salah satu bagian dari kesehatan fisik, dimana menggambarkan tingkat perpindahan yang mampu dilakukan oleh individu dengan mudah dan cepat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ardi (2012), yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara ketidakmampuan fisik dengan keputusan pada pasien stroke. Hal ini menunjukkan bahwa semakin mengalami ketidakmampuan fisik maka keputusan semakin meningkat. Kelumpuhan yang dialami pasien stroke menyebabkan ketidakmampuan dalam memenuhi aktivitas sehari-hari seperti makan, berakiaian dan merawat diri. Keterbatasan kondisi fisik dari pasien seperti adanya kelumpuhan yang menyebabkan pasien kehilangan kemampuan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri.

Dalam penelitian ini, perilaku *self care* dapat dihubungkan dengan karakteristik pendidikan dan penghasilan. Berdasarkan tabel 4.4 tingkat pendidikan, responden stroke dengan pendidikan semakin rendah maka semakin rendah perilaku *self care* dimana ditunjukkan peluang kejadian kualitas hidup responden berpendidikan SD 38,5%. Penelitian ini sesuai dengan Hermawati (2016), yang menyatakan bahwa sebagian besar responden dari hasil penelitian yang dilakukan memiliki pendidikan rendah sebesar 33,3%. Pendidikan tinggi memiliki faktor protektif 0,750 dibandingkan pendidikan rendah. Pendidikan menengah menjadi faktor protektif untuk memiliki *maximal care* yang mandiri dibandingkan pendidikan rendah. Beberapa bukti menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden berperan dalam meningkatkan *self care*, tetapi memahami instruksi pengobatan dan pentingnya perawatan mungkin lebih penting daripada

tingkat pendidikan responden. Penelitian tersebut juga mengatakn bahwa terdapat hubungan bermakna antara pendidikan dengan kemandirian. Fatoye (2009), menyatakan bahwapengetahuan tentang *hygiene* akan mempengaruhi praktik *self care*. Motivasi merupakan kunci penting dalam pelaksanaan *self care*. Kesulitan internal yang mempengaruhi praktik *self care* adalah ketiadaan motivasi kerana kurangnya pengetahuan.

Berdasarkan tabel 4.4 pendapatan, responden stroke dengan pendapatan dibawah rata-rata upah minimum kerja cenderung mempunyai kualitas hidup lebih rendah dibandingkan dengan responden yang mempunyai pendapatan diatas rata-rata upah minimum kerja karena pendapatan dibawah rata-rata peluangnya paling besar 53,8%. Penelitian ini sesuai dengan Hermawati (2016), yang menyatakan sebagian besar responden dari penelitian yang dilakukan memiliki penghasilan rendah 63,3%. Penelitian ini berpendapat bahwa kelompok dengan penghasilan tinggi memiliki peluang untuk memiliki *maximal care* dibandingkan kelompok dengan penghasilan rendah. Pendapatan responden secara langsung akan berdampak pada aspek sosio ekonomi, dimana kondisi penyakit menyebabkan responden mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari termasuk di dalamnya melaksanakan pekerjaan yang merupakan sumber penghasilan bagi responden dan keluarga. Kondisi menderita penyakit kronis ini menyebabkan keterbatasan fisik dan sosial, masalah emosional dan kekurangan finansial. Koh (2016), yang menyatakan status ekonomi akan mempengaruhi jenis dan sejauh mana praktik *self care* dilakukan. Jika individu mengalami masalah ekonomi, dirinya akan sulit berpartisipasi dalam aktivitas kesehatan seperti *self care* dasar.

3. Kualitas Hidup Responden Stroke

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden 51,3% mempunyai kualitas hidup rendah dan selebihnya 48,7% mempunyai kualitas hidup sedang. Pada penelitian ini tidak ada responden yang mempunyai kualitas hidup tinggi. Besarnya jumlah responden yang mempunyai kualitas hidup rendah sesuai dengan penelitian yang dilakukan Anggraeni (2016)

yang menemukan 65,63 % responden responden stroke di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Kualitas hidup responden stroke ditunjukkan pada semua dimensi yang menjadi alat ukur pada kuesioner kualitas hidup, yaitu dimensi kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan. Dimensi kesehatan fisik mencakup kekuatan, mobilitas, produktivitas kerja, penglihatan dan fungsi ekstermitas atas. Dimensi ini sebagian besar responden sangat tergantung pada obat-obatan, rasa sakit dan ketidaknyaman. Dimensi kesejahteraan psikologis mencakup *mood* dan pemikiran. Pada dimensi psikologis sebagian besar responden merasa yang ada pada dirinya didominasi perasaan negatif seperti perasaan putus asa dan merasa menjadi beban karena selalu merepotkan. Dimensi hubungan sosial mencakup bahasa, kepribadian dan peran sosial. Pada dimensi sosial kualitas hidup responden rendah karena sudah jarang bergaul dengan lingkungan sekitar atau teman-teman dan kerabat. Dimensi hubungan lingkungan mencakup peran keluarga dan kepribadian. Pada dimensi hubungan dengan lingkungan ditunjukkan dengan berkurangnya partisipasi dan kesempatan responden untuk melakukan kegiatan yang menyenangkan diluar rumah.

Rendahnya kualitas hidup responden stroke ditunjukkan pada dimensi kesehatan fisik yang mencakup kekuatan, mobilitas, produktivitas kerja, penglihatan dan fungsi ekstermitas atas. Juliana (2012) menyatakan penurunan kemampuan dapat terjadi dikarenakan penurunan kesadaran serta daerah otak tertentu tidak berfungsi yang disebabkan terganggunya aliran darah ditempat tersebut atau pecahnya pembuluh darah pada tempat tersebut. Penurunan kemampuan menyebabkan mobilitas pasien stroke kurang. Kesehatan fisik disaat sakit juga terganggu apabila pasien berada dalam kondisi fisik yang kurang baik, hal tersebut mengakibatkan pasien bergantung kepada orang lain. Hal tersebut juga didukung oleh usia responden yang mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke, semakin tua umur seseorang semakin menurun kemampuannya melakukan aktivitas.

Dalam penelitian ini, perilaku kualitas hidup dapat dihubungkan dengan karakteristik jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan. Berdasarkan tabel 4.5 jenis kelamin, responden stroke berjenis kelamin laki-laki cenderung mempunyai kualitas hidup rendah karena peluang laki-laki 30,8% dan perempuan 20,5%. Temuan tersebut sesuai dengan pendapat Sabin *et al* (2016), responden laki-laki penderita stroke mempunyai kualitas hidup lebih rendah dibanding perempuan pada semua domain kualitas hidup. Hal ini terjadi karena responden perempuan mempunyai perasaan mudah gelisah dibandingkan laki-laki. Laki-laki mempunyai sikap yang positif dibanding perempuan pada semua dimensi sehingga perbedaan jenis kelamin responden mempengaruhi kualitas hidup.

Berdasarkan tabel 4.5 kelompok umur 56-65 dan 66-75 tahun cenderung mempunyai kualitas hidup lebih rendah dibandingkan kelompok umur lainnya karena peluangnya paling besar 17,9 %. Menurut Alborg (2008) menyatakan bahwa responden stroke berumur produktif mempunyai dampak kesehatan mental yang lebih besar dibandingkan responden yang berusia lebih tua, dimana kesehatan mental merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Hal ini dimungkinkan karena kejadian stroke terjadi secara tiba-tiba dan tidak diharapkan dan responden produktif belum belajar strategi untuk mengatasi situasi kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan tabel 4.5 tingkat pendidikan, responden stroke dengan pendidikan semakin rendah maka semakin rendah kualitas hidupnya dimana ditunjukkan peluang kejadian kualitas hidup responden berpendidikan SD 23,1%. Hasil tersebut sesuai dengan temuan penelitian Higgins (2008) bahwa tingkat pendidikan responden yang semakin rendah maka kualitas hidupnya semakin rendah. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih mungkin untuk terlibat dalam perilaku sehat dan cenderung meniru kebiasaan yang sehat. Menurut Kemenkes (2013), pendidikan akan member kontribusi terhadap perubahan perilaku kesehatan melalui pengetahuan. Pengetahuan yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan merupakan faktor yang berperan untuk mempengaruhi keputusan seseorang dalam berperilaku sehat.

Berdasarkan tabel 4.5 pekerjaan, responden stroke dengan pekerjaan buruh cenderung mempunyai kualitas hidup lebih rendah rendah dibandingkan pekerjaan lainnya karena peluangnya paling besar 23,1%. Temuan tersebut sesuai dengan penelitian Adawiyah (2014), yang menyatakan bahwa responden yang bekerja mempunyai beban kerja yang besar. Beban kerja yang tinggi, tekanan hidup yang berat ataupun hal lainnya tanpa disadari dapat menyebabkan efek jangka panjang pada fisik dan mental kemudian akan terjadi stress. Keadaan stress tersebut mempengaruhi kualitas hidup.

Berdasarkan tabel 4.5 pendapatan, responden stroke dengan pendapatan dibawah rata-rata upah minimum kerja cenderung mempunyai kualitas hidup lebih rendah dibandingkan dengan responden yang mempunyai pendapatan diatas rata-rata upah minimum kerja karena pendapatan dibawah rata-rata peluangnya paling besar 41,0%. Menurut Adawiyah (2014), status ekonomi mempengaruhi kualitas hidup. Responden dengan penghasilan rendah dapat menggagu status ekonomi rumah tangga. Status ekonomi berhubungan dengan penyediaan sumber daya keuangan dalam usanya menyembuhkan stroke yang diderita. Responden dengan kemampuan ekonomi yang rendah tidak mampu menyediakan fasilitas untuk perawatan atau pengobatan strokenya karena keterbatasan finansial.

4. Hubungan *Self Care* (Perawatan Diri) dengan Kualitas Hidup Responden Stroke

Tabel 4.6 berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *Kendall Tau C* terhadap variabel *self-care* dengan kualitas hidup responden stroke menunjukan nilai signifikasi sebesar $0,000 < \alpha (0,05)$. Hasil analisis korelasi menunjukan adanya hubungan signifikasi antara *self care* dan kualitas hidup responden stroke di Poli Saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul. Didapatkan nilai koefisien korelasi sebesar 0,579 sehingga keeratan hubungan sedang karena terdapat faktor perancu yang tidak dikendalikan. Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Brilianti (2015) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara *self care* dengan kualitas hidup. Semakin baik

perilaku *self care* maka semakin tinggi kualitas hidup responden stroke (Nursalam, 2007).

Hubungan yang signifikan antara *self care* dengan kualitas hidup ini terjadi karena stroke adalah suatu kondisi kronis yang dapat memiliki efek psikologis dan sosial, serta fisik jangka panjang yang merupakan gejala sisa untuk responden yang terkena. *Self care* dapat meningkatkan kualitas hidup sebagai kekuatan individu untuk dapat lebih baik dalam merawat dirinya sendiri sehingga dapat mengoptimalkan kesehatan dan kesejahteraan (Kaawoan, 2012).

Menurut Hidayati (2012) menyatakan bahwa setiap responden memiliki faktor pendukung dan penghambat memenuhi kebutuhan diri yang berbeda. Faktor ekonomi, faktor mental serta faktor pemenuhan cairan dan nutrisi menghambat responden memaksimalkan kondisi tubuhnya. Faktor ekonomi merupakan komponen dari dimensi lingkungan sedangkan faktor mental merupakan komponen dimensi kesejahteraan psikologis dari kualitas hidup.

Berdasarkan penelitian yang terkait diatas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan *self care*. Menurut peneliti, hal tersebut dapat diakibatkan karena kekuatan, peran keluarga, bahasa, mobilitas, *mood*, kepribadian, perhatian diri, peran sosial, pemikiran, fungsi ekstermitas atas, penglihatan, produktivitas kerja responden stroke yang merupakan dimensi kualitas hidup dalam SS-QOL. Status kesehatan, kekuatan, perhatian diri dan mental yang kurang baik, dan juga disertai peran sosial dan dukungan keluarga yang kurang, dapat mengakibatkan responden tidak memiliki kemampuan ataupun kemauan untuk melakukan perawatan diri, sehingga mempengaruhi pemenuhan kebutuhan perawatan diri responden.

Dampak *self care* terhadap kualitas hidup dapat bertambah lebih besar jika dikaitkan dengan jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan dan pendapatan karena kelima hal tersebut cenderung berpengaruh terhadap *self care* dan kualitas hidup. Dimana responden perempuan lebih cenderung lebih buruk perilaku *self care* dan mempunyai kualitas hidup yang rendah. Usia produktif 56-65 tahun cenderung lebih buruk perilaku *self care* dan kualitas

hidup rendah. Responden berpendidikan rendah cenderung lebih buruk perilaku self care dan kualitas hidup rendah. Responden bekerja cenderung lebih buruk perilaku self care dan kualitas hidup rendah. Responden berpendapatan rendah cenderung lebih buruk perilaku self care dan kualitas hidup rendah.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki kesulitan dan kelemahan selama proses penelitian.

Kesulitan dan kelemahan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Kesulitan penelitian
 - a. Partisipasi responden, karena suasana di poli saraf yang terlalu ramai membuat responden tidak konsentrasi dalam menjawab pertanyaan yang diberikan oleh peneliti.
 - b. Keterbatasan waktu pengambilan data, karena waktu pemeriksaan di poli saraf yang terlalu singkat membuat responden memilih terburu-buru untuk pulang.
2. Kelemahan penelitian

Adanya variabel yang tidak terkontrol yaitu variabel pengganggu yang tidak dikendalikan oleh peneliti adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, jenis stroke dan ketergantungan hidup sehari-hari yang kemungkinan berpengaruh terhadap *self-care* (perawatan diri) dengan kualitas hidup responden.