

File Turnitin oke done (Dipulihkan Otomatis).docx

anonymous marking enabled

PERPUSTAKAAN AHMAD YANI
UNIVERSITAS JENDRAL
YOGYAKARTA

Submission date: 25-Dec-2024 01:10PM (UTC-0800)

Submission ID: 2466251745

File name: File_Turnitin_oke_done_DipulihkanOtomatis_.docx (126.04K)

Word count: 9826

Character count: 63584

PENDAHULUAN**A. Latar Belakang**

Stroke dianggap menjadi penyebab utama kecacatan serta pemicu kematian ketiga diseluruh dunia. Masalah bagi penderita stroke adalah gangguan otak berupa disfungsi neuropati fokal yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi serebral (Noor et al., 2024). Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), penyebab utama kematian ketika tahun 2018 adalah 13,7 juta, penyakit stroke berada pada proporsi untuk posisi teratas pada presentase 10,9% pada kategori penyakit tidak menular, yang diikuti hipertensi. Pada saat yang sama, kejadian stroke lebih dari 80 juta orang. Penyebab utama stroke terjadi pada 69% negara miskin. Angka kejadian stroke di Asia tertinggi terjadi di Indonesia (Zahra et al., 2023). Sementara itu, wilayah dengan kejadian stroke tertinggi adalah Provinsi Kalimantan Timur memiliki persentase 14,7%, DIY mencatat 14,6% dan Kepulauan Riau memiliki presentase 12,9% serta Kalimantan Selatan tercatat dengan persentase sebesar 12,7%. DI Yogyakarta (DIY) merupakan provinsi di Indonesia yang memiliki tingkat kejadian stroke tertinggi kedua, dimana prevalensinya pada tahun 2013 melebihi angka nasional sebesar 10,3 per juta penduduk (Noor et al., 2024).

DI Yogyakarta menempati peringkat kedua dalam hal kejadian stroke tertinggi di Indonesia setelah provinsi lain. Prevelensi stroke di DI Yogyakarta pada tahun 2013 melebihi rata-rata nasional sebesar 10,3 per seribu. Ini menunjukkan bahwa di Yogyakarta menghadapi tantangan serius terkait masalah kesehatan stroke pada waktu tersebut. Prevalensi stroke di DIY meningkat sebesar 7,1 per seribu sejak tahun 2007. Prevalensi kejadian stroke menurut Riskesdas DIY tahun 2018 menunjukkan angka kejadian stroke pada usia ≥ 15 tahun menurut dokter adalah 14,7% yang dimana persentase tersebut merupakan tertinggi menduduki posisi kedua di Indonesia, selepas provinsi Sulawesi Selatan (Riskesdas, 2018). Hal ini

menunjukkan bahwa stroke di DIY masih merupakan permasalahan besar yang perlu dikaji (Azzahra, 2022).

Stroke merupakan penyakit yang mengganggu fungsi kinerja otak, Stroke adalah kelainan otak yang bisa berakibat fatal jika tidak ditangani (Nugroho et al., 2023). *Studi Epidemiologi Stroke Neurological Association (ASNA) ASEAN* dengan data 2065 penderita stroke pada 28 Rumah sakit pada Indonesia. Usia rata-rata adalah 59 tahun, 13% di bawah 45 tahun serta 37% di atas 65 tahun. Stroke juga dikenal sebagai kecelakaan serebrovaskular, yaitu kondisi dimana fungsi otak terganggu karena terhambatnya transportasi darah ke area tertentu di otak. Keadaan ini sering terkait dengan penyakit serebrovaskular yang dapat berkembang selama bertahun-tahun. Stroke timbul secara mendadak serta ditandai dengan gejala klinis yang bisa bersifat umum dan terjadi seharian. Gangguan ini dapat mengakibatkan kematian karena gangguan aliran darah ke otak (Nugroho et al., 2023). Stroke merupakan kondisi klinis yang di tandai dengan hilangnya cara kerja otak dengan tiba-tiba yang dapat mengakibatkan kematian penderitanya. *Apoplexy* merupakan gangguan fungsi otak, yang bermanifestasi sebagai kelumpuhan saraf karena terhambatnya aliran darah menuju otak karena penyumbatan (stroke non-hemoragik) maupun pendarahan (stroke hemoragik) (Nugroho et al., 2023).

Stroke dipisahkan atas dua bagian yakni Iskemik serta Hemoragik. Kejadian stroke Iskemik bermanifestasi sebagai gejala penyumbatan aliran darah menuju otak maupun penyempitan akibat penggumpalan darah. Berbeda dengan stroke Hemoragik yang dialami saat pembuluh darah bocor (Noor et al., 2024). Stroke iskemik adalah kelompok stroke yang amat besar terjadi dengan angka kejadian 87%, sedangkan stroke hemoragik menyumbang 13%, sisanya memerlukan perawatan jangka panjang dan hanya 20% yang mampu mengatur aktivitas sehari-hari secara mandiri (Noor et al., 2024).

Disfungsi otak ini menimbulkan gejala stroke seperti ketidakseimbangan atau kelumpuhan pada anggota tubuh, habisnya sensasi pada wajah, bibir belum seimbang, bicara pelo (afasia), kesusahan menelan, kehilangan kesadaran, sakit kepala (vertigo), mual, muntah, serta kehilangan pandangan atau kebutaan. di satu

sisi (Sari et al., 2023), pemahaman mengenai indikasi awal terjadinya stroke biasanya sudah cukup di kenali, yang dimana sebuah sisi wajah tertarik atau belum seimbang, sakit kepala hingga muntah, mati rasa untuk suatu sisi tubuh maupun sekitar mulut, kaki maupun lengan lumpuh, suara hilang keseimbangan berjalan, senyumnya bengkok, dapat berbicara, pandangan pada salah satu maupun kedua mata mendadak menjadi kabur (Sari et al., 2019).

Adapun efek yang diakibatkan oleh stroke dapat berupa dampak jangka pendek dan panjang. Dampak yang ditimbulkan oleh stroke dalam jangka pendek antara lain Pendarahan intra serebral yang disebabkan oleh stroke melibatkan struktur otak bagian dalam seperti ganglia basalis, thalamus, pons, dan serebelum. Stroke dapat menyebabkan cacat permanen dalam waktu jangka panjang (Hermawan & Wihardja, 2020). Kelumpuhan satu sisi tubuh yang disebabkan oleh luka pada sisi yang berlawanan dari jaringan otak adalah salah satu gangguan fungsi motorik yang paling umum. Penderita stroke yang hidup menghadapi tantangan yang signifikan, termasuk mengalami kelumpuhan atau kecacatan dalam jangka panjang. Selain itu, sebagai penyebab utama kecacatan jangka panjang, stroke dapat menyebabkan dampak sosial ekonomi dan emosional yang merugikan bagi pasien dan keluarga mereka (Hermawan & Wihardja, 2020).

Afasia atau kesulitan bicara merupakan gejala stroke yang tidak dapat segera dipulihkan karena semua orang yang menderita afasia harus mendapatkan berbagai macam pengobatan, salah satunya adalah terapi. Akan tetapi, proses perubahan bahasa penderita tidak dapat kembali seperti sebelumnya karena ada kerusakan yang disebabkan oleh kelainan otak itu sendiri atau yang berasal darinya. Terapi afasia dilakukan secara menyeluruh, memeriksa kemampuan pasien dan masalah mereka. Penderita afasia juga diinstruksikan untuk menggunakan tanda-tanda komunikasi non-verbal lainnya selama proses terapi (Prindyanto & Jailani, 2023).

Menurut Prindyanto dan Jailani (2023), gangguan berbahasa secara global mempunyai dua sebab, yaitu gangguan karena faktor medis, yaitu gangguan karena gangguan fungsi otak atau gangguan pada alat bicara (Prindyanto & Jailani, 2023). Kedua, karena unsur-unsur lingkungan sosial seperti marginalisasi maupun isolasi

dari lingkungan sosial. Orang yang menderita penyakit otak, baik karena efek medis maupun kelainan akibat fungsi otak yang tidak normal, juga menjalani pembelajaran bahasa (Hermawan, 2020). Afasia terjadi ketika terjadi kerusakan pada area otak yang mengatur keterampilan berbahasa, seperti area *Broca* yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan motorik berbicara. Dan area *Wernicke* yaitu sensorik yang menerima dan memproses sistem pendengaran. Jika terjadi kerusakan pada area *Broca*, seseorang cukup dapat memahami bahasa tetapi mengalami kesusahan untuk berkata-kata. Namun, apabila terjadi kerusakan pada area *Wernicke*, kemampuan untuk memahami bahasa akan mengalami penurunan (Prindyanto, 2023). Adapun banyak jenis afasia seperti: Afasia Global, Afasia *Broca*, Afasia *Wernicke*, Afasia Anomis, Afasia Konduksi, Afasia Transkortikal Motoris, Afasia Transkortikal Sensoris dan Afasia Transkortikal Campuran (Amila et al., 2019).

Prevalensi afasia atau gangguan komunikasi oral pada Amerika Serikat adalah sekitar 100.000 orang per tahun, yaitu 82,37% pasien stroke. Orang dengan masalah komunikasi mungkin mempunyai masalah dengan pengucapan. Pengucapan adalah proses penyesuaian ruang di atas fonem. Sesuaikan posisi area tenggorokan saat tenggorokan digerakkan. Volume pengangkutan udara diatur oleh katup faring di mulut sehingga rahang dan lidah berubah posisi (Zuhir, 2023). Jika tidak segera ditangani, afasia dapat menyebabkan konsekuensi serius. Sekitar 53% penderita yang mengalami gangguan komunikasi, termasuk afasia, dilaporkan mengalami depresi (Amila et al., 2024).

Depresi setelah stroke dapat membatasi penyembuhan pemulihan kognitif, mengganggu kehidupan sehari-hari dan meningkatkan risiko kematian. Gangguan komunikasi verbal diekspresikan dalam kesulitan dalam mengungkapkan keinginan, dalam menyusun kalimat kata serta mengerti percakapan orang lain. Penderita merasa tidak memiliki harapan untuk terus hidup karena beberapa ketergantungan. Selain itu, pasien menarik diri dari aktivitas sosial, memiliki harga diri yang rendah, serta keadaan pasien bertambah memburuk. Dikarenakan keluarga tidak memahami pasien, keluarga yang merawat pasien stroke pun mengalami

kesulitan. Keadaan seperti ini memerlukan penanganan terapeutik berbentuk latihan berinteraksi secara lisan agar efek akibat stroke tidak semakin parah (Amila et al., 2019).

Faktor-faktor yang berdampak pada kualitas hidup menurut Abdu et al., (2022) yaitu umur, gender, pendidikan, pekerjaan, dan status pernikahan bisa memengaruhi kualitas hidup pasien setelah stroke. Beberapa masalah yang sering dialami pasien pasca stroke, seperti sulit melakukan fungsi dasar, kesulitan berkegiatan sepanjang-hari, sulit bersosialisasi, penurunan fungsi kognitif, serta masalah psikologis dan spiritual, dapat membuat kualitas hidup mereka menurun. Stroke, sebagai kondisi neurologis yang kompleks, nggak hanya memengaruhi kesehatan fisik, tapi juga berdampak buruk pada kesehatan mental, ekonomi, kesejahteraan sosial, serta rasa identitas diri dan kemandirian seseorang (Nurtanti, 2022). Dampak kualitas hidup pasien yang rendah bisa berdampak pada kehidupan pasien untuk beragam aspek baik fisik, emosional, USA psikologis, kognitif serta sosial (Selvia & Srinalesti, 2021).

Hasil penelitian terdahulu yang dilaksanakan oleh *Hyemi Hwang et al* memaparkan jika ¹⁴ pasien pasca stroke yang terjadi masalah suara mengalami pengurangan kualitas hidup yang cukup besar, bahkan setelah faktor perancu lainnya dikendalikan, termasuk defisit neurologis dan disfagia. mendapatkan hasil bahwa kesulitan berbicara pada pasien stroke dapat mengurangi kualitas hidup penderitanya walaupun sudah dilakukan control variable pengganggu lain Hwang et al., (2023) menyarankan adanya penelitian yang lebih lanjut dikarenakan penelitian gangguan berbicara dengan kualitas hidup yang dilakukannya merupakan penelitian yang pertama kali (Hwang et al., 2023).

Data dari Dinas Kesehatan Yogyakarta tahun 2028 menunjukkan prevalensi angka kejadian stroke di wilayah Kabupaten Kulon Progo 12,7%, Kabupaten Gunung Kidul 10,3%, kabupaten Bantul 10%, Kota Yogyakarta 9,2% dan Kabupaten Sleman 9,7%. Pravelensi tersebut mengidikasikan presentase individu yang mengalami stroke di masing-masing wilayah pada tahun 2018, ini

menunjukkan tingkat keparahan dan penyumbang penyakit stroke di Yogyakarta (Dinkes, 2018).

¹⁸ Rumah Sakit Panembahan Senopati (RSPS) Kabupaten Bantul termasuk rumah sakit rujukan kelas B di DIY sebanyak pengunjung terbanyak di DIY pada tahun 2018- 2022, pasien stroke sering kali mengunjungi klinik fisioterapi RSPS. Sebagian dari mereka mengalami gangguan sensorik yang signifikan 6-85%, yang diketahui mempengaruhi hasil fungsional setelah stroke, seperti rawat inap, resiko kecacatan, dan tingkat kematian. Dalam 2 tahun terakhir, Rumah Sakit Panembahan Senopati (RSPS) Kabupaten Bantul merawat 767 pasien stroke secara rawat inap dan 44 pasien stroke secara rawat jalan (Dinkes, 2018).

⁵⁴ Dari hasil studi pendahuluan yang dilaksanakan pada Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul untuk lima orang penderita stroke di poli saraf, didapatkan bahwa 4 orang (80%) mengalami gangguan berbicara dengan kategori ringan, dan sebanyak 1 orang (20%) mengalami gangguan bicara kategori sedang yang diukur menggunakan kuesioner *Voice Handicap Index*. Hasil pengkajian kualitas hidup didapatkan 3 orang mengalami kualitas hidup cukup baik serta 2 orang mengalami kualitas hidup sangat baik. Hasil wawancara dengan bagian penelitian pada RSUD Panembahan Senopati Bantul juga mendapatkan bahwa penelitian menyangkut hubungan antara kesulitan bicara pada kualitas hidup pada penderita stroke masih belum ada diadakan.

B. Rumusan Masalah

²⁴ Menurut latar belakang diatas makanya rumusan masalah pada penelitian ini yaitu apakah terdapat hubungan antara kesulitan berbicara dengan kualitas hidup pada pasien stroke.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum:

¹ Mengetahui hubungan antara kesulitan berbicara terhadap kualitas hidup pasien stroke di Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul

2. Tujuan Khusus:

- a. Mengetahui gambaran karakteristik demografi pasien stroke pada Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul.
- b. Mengetahui gambaran kesulitan bicara (afasia) pada pasien stroke di Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul.
- c. Mengetahui gambaran kualitas hidup pasien stroke di Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis:

Manfaat penelitian ini yaitu bisa dijadikan sebuah referensi pada pengembangan ilmu pengetahuan dan memberikan sebuah informasi tentang hubungan antara kesulitan berbicara terhadap kualitas hidup pasien stroke khususnya Keperawatan Medikal Bedah.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pasien

Penelitian ini diinginkan bisa memperbanyak pengetahuan serta wawasan peneliti terkait hubungan kesulitan berbicara melalui kualitas hidup pasien stroke.

b. Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan bisa menambah informasi terkait hubungan kesulitan berbicara terhadap kualitas hidup pasien stroke.

c. Peneliti selanjutnya

Peneliti ini diinginkan bisa dijadikan sebagai bahan kajian untuk penelitian berikutnya.

⁹ BAB III

METODELOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif yang menggunakan metode korelasional yang berguna agar mengembangkan hubungan antara dua atau lebih variabel yang akan diteliti (Munte et al., 2023). Penelitian ini memakai pendekatan *Cross Sectional*, yakni suatu pengukuran dan observasi variabel *Independent* serta *dependen* di waktu yang sama (Herdiani, 2021).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini diselenggarakan pada Rumah sakit Penembah Senopati, Jl. Dr Wahidin Sudiro Hudoso, Area Sawah, Trirenggo, Kec. Bantul, Kabupaten bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta

2. Waktu Penelitian

Penyusunan proposal penelitian diawali dari bulan November 2023 dengan rencana pengambilan data penelitian pada bulan Juli 2024. Estimasi waktu penelitian diawali mulai bulan November 2023 hingga bulan Agustus 2024.

¹ C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi seperti seluruh unsur penelitian, termasuk objek dan subjek yang mempunyai ciri-ciri khusus. Bisa disebut juga, populasi termasuk seluruh orang, hewan, peristiwa, maupun benda yang diam bersama di suatu tempat secara terencana untuk mencapai tujuan penelitian (Amin et al., 2023).

Populasi untuk penelitian ini khususnya pasien stroke yang sedang melangsungkan perawatan pada Rumah Sakit panembahan Senopati Bantul Yogyakarta berjumlah 811 pasien.

2. Sampel

Sampel yaitu beberapa atau wakil yang mempunyai ciri-ciri yang mewakili populasi. Agar bisa memilih maupun menentukan sampel yang sesuai diperpeneliti perlu mempunyai pengertian yang baik tentang pengambilan sampel, baik dalam menentukan jumlah sampel maupun memutuskan sampel mana yang akan diambil (Amin et al., 2023). Adapun sampel yang akan menjadi bahan penelitian yaitu responden yang sedang melakukan pengobatan pada Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. Untuk metode pengambilan sampel yang dipakai peneliti yaitu *Purposive sampling*. Ketika peneliti melakukan penelitian, Ada beberap syarat responden yang akan dipilih sebagai sampel menurut kriteria inklusi serta eksklusi.

Kriteria inklusi seperti kriteria yang menjadi pedoman bagi topik-topik yang akan dibahas, sementara kriteria eksklusi tidak akan digunakan dalam penelitian ini (Ariatmanto et al., 2024). Berikut ini kriteria inklusi serta kriteria eksklusi untuk penelitian ini seperti:

a. Kriteria Inklusi:

- 1) Responden yang mengalami stroke dengan pelo atau kesulitan berbicara
 - 2) Penderita setuju menjadi responden
 - 3) Penderita stroke yang sedang menjalani pengobatan di poli saraf dan rawat inap pada Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul
- Kriteria eksklusi:
- a) Responden yang memiliki gangguan kognitif
 - b) Responden yang bisu dan tuli

a. Besar sampel

Untuk mengetahui jumlah sampel penelitian ini, maka untuk penelitian ini diukur menurut Rumus slovin Di mana:

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

n = Ukuran sampel

N = Populasi

e = Persentase kelonggaran ketidakterikatan berhubung kesalahan pengambilan sampel yang tetap dimau (Amin et al., 2023)

$$n = \frac{811}{1 + N \cdot (0,10)^2}$$

$$n = \frac{811}{1 + 811 \cdot 0,01}$$

$$n = \frac{811}{1 + 8,11}$$

$$n = \frac{811}{9,11}$$

$$n = 89$$

Jumlah sampel menurut rumus slovin dengan jumlah populasi yang ada di Rumah Sakit Panembahan Senopati 811 yaitu 89 sampel. Rumus slovin digunakan untuk populasi yang jumlah populasinya diketahui (terbatas atau terdata).

D. Variabel Penelitian

Variabel penelitian merupakan gagasan, kejadian, ataupun karakteristik yang nilainya mungkin berfluktuasi selama berlangsungnya suatu penelitian (Susanto et al., 2024). Variabel dipisahkan atas 2 seperti:

²⁷
1. Variabel Bebas (*Independen*)

Variabel *Independen* atau Variabel bebas termasuk variabel yang memiliki kemungkinan teoritis untuk mengubah atau menciptakan variabel dependen. Variabel X biasanya mendai sebagai variabel bebas (Purwanto, 2019), Variabel bebas pada penelitian ini yaitu kesulitan berbicara

²⁷
2. Variabel Terikat (*Dependen*)

Variabel *dependen* termasuk variabel terikat yang nilainya ingin diprediksi maupun dijelaskan dari variabel independen. Koefisien regresi dalam analisis statistik menunjukkan seberapa besar perubahan yang diharapkan terjadi pada variabel dependen ketika variabel independen berubah satu satuan. Dengan kata lain, koefisien regresi memungkinkan untuk memprediksi seberapa besar variabel dependen akan berubah berdasarkan perubahan variabel independen (Purwanto, 2019).³⁷ Variabel terikat pada penelitian ini yaitu kualitas hidup pasien stroke.

E. Definisi Operasional

Definisi operasional termasuk spesifikasi yang sangat terinci mengenai cara mengukur dan mendefinisikan variabel dalam penelitian. Ini mencakup batasan yang jelas untuk tujuan variabel tersebut, metode pengukuran yang digunakan, dan jenis skala pengukuran (nominal, ordinal, interval, maupun rasio). Definisi operasional penting untuk memastikan konsistensi dalam pengumpulan data dan agar menjauhi interpretasi yang tidak sama oleh variabel yang sama di berbagai penelitian (Purwanto, 2019).

17
Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Variabel bebas: Kesulitan berbicara	Afasia adalah gangguan bahasa yang terjadi ketika bagian otak yang mengatur pemahaman dan ekspresi bahasa lisan dan tulisan rusak. Gangguan ini bisa disebabkan oleh berbagai kondisi, termasuk penyakit serebrovaskuler (seperti stroke), trauma otak (misalnya cedera kepala).	Instrumen VHI, terdiri dari 30 pertanyaan yang menilai aspek fungsional, fisik, dan emosional. Penilaian tersebut dilakukan berdasarkan persepsi pasien dengan cara menentukan skala keluhan untuk masing-masing pertanyaan 1= tidak pernah, 2= hampir tidak pernah, 3=kadang-kadang, 4= hampir selalu, 5 = selalu	Ordinal	1. Handicap ringan (skor VHI 0-30) 2. Handicap sedang (skor VHI 31-60) 3. Handicap berat (skor VHI 61-120)
Variabel terikat: Kualitas hidup pasien stroke	Kualitas hidup merupakan pandangan individu terhadap kedudukan hidupnya, dilihat baik dari konteks budaya maupun sistem nilai di mana ia hidup dan hidup, bersangkutan pada tujuan hidup, keinginan, standar dan fokusnya, yang mencakup beberapa aspek sekaligus.	Alat ukur yang dipakai yakni kuesioner <i>WHOQOL-BREF</i> . Alat ukur ini hanya mencakup empat aspek fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. <i>WHOQOL-BREF</i> memiliki 26 item pertanyaan setiap pertanyaan	Ordinal	1. Buruk (skor 26-60) 2. Sedang (Skor 61-95) 3. Baik (Skor 96-130)

1.3. Alat Dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data melalui metode menyebarkan kuesioner untuk responden yang ikut serta dalam penelitian. Kuesioner termasuk daftar pertanyaan yang mesti jawab atau diisi dari peserta atau orang yang di tunjuk sebagai responden. Melalui kuesioner, peneliti dapat memahami keadaan pribadi seseorang atau data, pengalaman, dan lain – lain yang diperoleh dari responden

(Pebriyanti & Suardana, 2023).

a. Karakteristik Responden

Identitas berisi menyangkut identitas responden berwujud; ⁶⁰ umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status perkawinan, Agama.

b. Kuesioner *Voice Handicap index (VHI)*

Variabel kesulitan berbicara akan diukur menggunakan kuesioner *Voice Handicap Index (VHI)* yang dipublikasikan oleh Jacob et al (1997). Pada Kuesioner *voice Handicap Index (VHI)* terdiri dari 30 pertanyaan yang dibagi menjadi 3 subskala. Item pada subskala **fungsiional (F)** mencerminkan pernyataan yang menggambarkan dampak gangguan suarayang sedang dialami seseorang terhadap aktivitas sehari hari. Subskala **Emosional (E)** subskala yang terdiri dari sebuah pertanyaan yang mewakili respons afektif (contohnya perasaan) seseorang terhadap gangguan suara. Yang terakhir terdapat subskalal **Fisik** adalah sebuah pernyataan yang mewakili persepsi diri seseorang tersebut terhadap ketidaknyamanan karakteristik keluaran suara.

c. ⁷ Kuesioner *World Health Organization Quality of Live-Bref (WHOQOL - BREF)*

Instrumen *WHOQOL-BREF* digunakan agar menghitung kualitas hidup dan termasuk versi ringkas dari *WHOQOL-100*, yang terbagi atas 26 pertanyaan. Setiap pertanyaan menggunakan ¹⁹ Skala *Likert* lima poin (1-5) dengan empat opsi jawaban yang fokus untuk intensitas, kapasitas, frekuensi, serta evaluasi.

1. ³⁵ Pertanyaan 1 dan 2: Mengkaji kualitas hidup melalui umum serta kesehatan dengan keseluruhan.
2. ⁸ Domain 1 (Kesehatan Fisik): Pertanyaan 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18.
3. Domain 2 (Kesehatan Psikologis): Pertanyaan 5, 6, 7, 11, 19, dan 26.
4. Domain 3 (Hubungan Sosial): Pertanyaan 20, 21, dan 22.
5. Domain 4 (Lingkungan): Pertanyaan 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25.

²⁹ Skor setiap domain (*raw score*) kemudian ditransformasikan ke dalam skala 0 - 100. Kualitas hidup yang baik dimaknai menjadi perasaan aman serta nyaman dalam keempat dimensinya; kebalikannya, bila seseorang merasa tidak aman serta tidak nyaman, sehingga kualitas hidupnya dianggap buruk.

Tabel 3. 2 Kisi-Kisi Kuesioner

⁵ NO	Faset dan Domain	Nomor Pertanyaan	Jumlah
1	Kualitas hidup secara umum	Q1	1
2	Kesehatan umum	Q2	1
3	Fisik	Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18	7
4	Psikologi	Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26	6
5	Hubungan Sosial	Q20, Q21, Q22	3
6	Lingkungan	Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25	8
	Jumlah		26

Sumber: (Rismawan et al., 2021)

Hasil transformasi skor mengidentifikasi kualitas hidup responden, di mana skor 0 menunjukkan kualitas hidup yang paling rendah serta skor 100 menunjukkan kualitas hidup yang sempurna.

2. Metode Pengumpulan Data

³⁶ Pada penelitian ini, peneliti memakai metode pengumpulan data memakai data primer serta data sekunder.

a. Data Primer

Data informasi yang sangat asli tanpa statistik yang dikumpulkan langsung oleh sumbernya disebut data primer (Nurjanah, 2024). Data primer pada penelitian ini didapatkan melalui langsung dari penelitian dengan cara membagikan sebuah kuesioner *Voice Handicap Index* (VHI) ⁴⁵ dan kuesioner *World Health Organization Quality of Live-Bref (WHOQOL-BREF)*

b. Data Sekunder

Data tambahan yang ditemukan melalui sumber sebelumnya daripada sumber utama disebut sebagai data sekunder (Jabnabillah et al., 2023).⁴⁶ pada penelitian ini, data sekunder yang digunakan berupa catatan rekam medis pasien stroke yang sudah tercatat pada Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul.³

G. Uji Validitas Dan Uji Reliabilitas

1. Uji Validitas

a. Uji Validitas kuesioner VHI (*Voice Handicap Index*)

Uji validitas dalam penelitian yang dilakukan oleh Safira Trifani Putri yang melakukan uji validitas kuesioner VHI (*Voice Handicap Index*) Pada penelitian ini dilakukan adaptasi lintas budaya kuesioner VHI dengan menggunakan metode WHO yang telah dimodifikasi yang dilaksanakan dengan uji korelasi menghitung nilai r dan menentukan korelasi antara skor total pertanyaan dengan skor pertanyaan secara keseluruhan. Dari hasil penelitian yang diadakan dari Safira Trifani diperoleh hasil yang valid dikarenakan memiliki hubungan yang bermakna antara satu butir pertanyaan dengan jumlah skor total skala fungsional nilai r berkisaran antara 0,548 hingga 0,868, demikian nilai relevan sebesar $p < 0,05$ (Putri et al., 2018).

b. Uji Validitas Kualitas hidup

Alat ukur *WHOQoL-BREF* adalah peningkatan dari alat ukur *WHOQoL-100* dan dibuat oleh tim WHO, digunakan untuk mengukur variabel kualitas hidup. Skor dari setiap dimensi digunakan untuk mengevaluasi validitas dan reliabilitas *WHOQoL-BREF*. Rismawan et al. (2021) melakukan uji validitas kuesioner menggunakan SPSS versi 24.0 dengan 10 responden tambahan di luar sampel penelitian. Pada tingkat kemaknaan 5%, hasilnya menunjukkan bahwa nilai r hitung lebih besar dari r tabel (0,632), dan berkisar antara 0,645 hingga 0,984, yang menandakan jika semua item kuesioner valid. Reliabilitas diuji

menggunakan Alfa Cronbach, dan dianggap reliabel bila nilai alpha lebih dari 0,6 (Rismawan et al., 2021).

2. Uji Reliabilitas

a. Uji Reliabilitas Kuesioner VHI (*Voice Handicam Index*)

Pada tahun 2018 Trifani Sisters melakukan uji reliabilitas, versi terbaru dari *Voice Handicap Index* (VHI) mengalami penyederhanaan dengan menyisakan 30 pertanyaan setelah uji reliabilitas test-retest. Hasil uji reliabilitas menunjukkan hubungan yang sedang hingga kuat antara skala fungsional, fisik, dan emosional dari VHI, dengan koefisien korelasi *Pearson Product-moment* berkisaran antara $r=0,70$ hingga $0,79$. Konsistensi internal dari kuesioner ini juga menunjukkan nilai yang kuat pada *Cronbach's alpha* sebesar 0,95, yang dianggap baik berhubung melebihi 0,75.

Kuesioner VHI versi final terdiri dari 10 pertanyaan fungsional, 10 pertanyaan fisik, dan 10 pertanyaan emosional. Tingkat gangguan suara diklasifikasikan sebagai ringan jika total skor VHI <30 , sedang jika 31-60, dan berat jika >61 .

Tabel 3. 3 Uji reliabilitas Adaptasi bahasa indonesia (Putri, 2018)

Skala	Cronbach- α
Fungsional	0,940
Fisik	0,912
Emosional	0,924
Total	0,963

Hasil uji reliabilitas VHI yang diadakan dari Trifani Putri bisa diperhatikan lewat Tabel 3.1 skor fungsional, fisik, emosional, serta keseluruhan mempunyai lebih dari 0,7 nilai alpha, ini memperlihatkan bahwa adaptasi bahasa Indonesia VHI adalah instrumen pemeriksaan yang dapat diandalkan. Nilai tertinggi dalam *Cronbach- α* adalah pada skala VHI total sebesar 0,963.

b. Uji Reliabilitas Kuesioner Kualitas Hidup

Rismawan et al., (2021) menguji reliabilitas kuesioner dan menemukan bahwa semua pertanyaan reliabel, dengan nilai *Alfa Cronbach* sebesar 0,990 (melebihi 0,6), sehingga kuesioner dinyatakan layak digunakan. Data dikelola dengan SPSS melalui langkah-langkah *editing, coding, entry/processing*, serta *cleaning*. Analisis data diadakan dengan univariat. Dengan hasil ini, kuesioner WHOQOL-BREF dianggap sah dan valid untuk mengukur kualitas hidup.

H. Metode Pengolahan dan Analisis Data

I. Pengolahan Data

Pengolahan informasi yang dibuat setelah pengambilan serta pengumpulan data dibuat memakai aplikasi komputer yaitu (*software* SPSS) yaitu:

a. Memeriksa data (*Editting*)

Editting yakni proses untuk memeriksa dan memastikan kebenaran data yang dikumpulkan maupun diperoleh. Tahap ini bisa dibuat baik sepanjang pengumpulan data maupun sesudah data terkumpul. Pada saat melakukan editing, peneliti meninjau setiap informasi yang terkumpul dan memeriksa jawaban untuk setiap pertanyaan dalam kuesioner (Payumi, & Imanuddin, 2021). Pada tahap editing, peneliti akan meninjau hasil dari distribusi kuesioner yang diisi oleh setiap responden. Jika ditemukan bahwa kuesioner tidak terisi lengkap, peneliti nanti meminta responden agar mengisi kembali kuesionernya. Hal tersebut dibuat untuk memastikan bahwa semua data yang diperlukan tercatat dengan baik dan akurat.

b. Mengkode data (*Coding*)

Coding merupakan proses memberikan angka atau kode untuk data yang terbagi dalam berbagai kategori. Ketika melakukan pengolahan serta analisis data memakai komputer, penggunaan kode ini sangatlah berguna. Agar memperlancar identifikasi serta mengerti lokasi serta makna variabel dalam kode, peneliti membuat sebuah buku kode atau

buku kode yang berisi daftar kode beserta penjekasannya. Dengan menambahkan kode ke setiap item data, peneliti mempermudah proses pengolahan data secara efisien (Payumi, & Imanuddin, 2021). Pemberian kode *coding* pada setiap variabel dalam penelitian ini yaitu seperti;

4

1. Jenis Kelamin

- a) Kode 1= Perempuan
- b) Kode 2= Laki-Laki

2. Usia

- a) Kode 1= 20 – 35 tahun
- b) Kode 2= 36 – 51 tahun
- c) Kode 3= 52 – 80tahun

3. Tingkat Pendidikan

- a) Kode 1: Tidak sekolah,
- b) Kode 2: SD
- c) Kode 3: SMP
- d) Kode 4: SMA
- e) Kode 5: Perguruan tinggi.

21

4. Pekerjaan

- a) Kode 1: Karyawan Swasta
- b) Kode 2: Petani
- c) Kode 3: Tidak bekerja

- d) Kode 4: Buruh
- e) Kode 5: Wiraswasta

5. Status pernikahan

- a) Kode 1: Menikah
- b) Kode 2: Belum Menikah
- c) Kode 3: Janda/Duda

6. *Voice Handicap Index* (Kesulitan berbicara)

- a) Skor VHI 0-30 = Handicap ringan = (1)
- b) Skor VHI 31-60 = Handicap sedang = (2)
- c) Skor VHI 61-120 = Handicap berat = (3)

7. *WHOQOL-BREF* (Kualitas hidup)

- a) Skor 26-60 = dikategorikan Buruk
- b) Skor 61-95 = dikategorikan Sedang
- c) Skor 96-130 = dikategorikan Baik

c. Menyusun data (*Tabulating*)

Tabeling adalah proses mengajukan data yang telah dikumpul pada wujud tabel, makanya memungkinkan pembaca untuk memperhatikan hasil penelitian secara rinci dan berstruktur. Sesudah proses tabulasi siap, datanya kemudian diolah menggunakan perangkat lunak komputer seperti SPSS 25 untuk analisis lebih lanjut (Bambang Siswanto, 2019).

d. Memasukan data (*Entry*)

Entri data merupakan suatu proses menggunakan program perangkat lunak untuk menginputkan data pada master tabel maupun data base komputasi, lalu menciptakan distribusi frekuensi sederhana juga menciptakan tabel kontingensi. Sebelum data diolah, peneliti menggabungkan seluruh data ke dalam satu set data yang terdiri dari data pandang dan variabel (Payumi & Imanuddin, 2021).

e. *Procesing*

Dalam tahap akhir pengolahan data, data yang telah dikumpulkan akan diproses melalui penggunaan komputer. Peneliti akan melakukan dua jenis analisis data, seperti analisis univariat (analisis statistik deskriptif yang menggambarkan satu variabel tunggal) dan analisis bivariat (analisis statistik yang menghubungkan dua variabel untuk melihat hubungan atau pengaruh antara keduanya). Tujuan dari proses ini adalah untuk mencapai hasil yang diinginkan berdasarkan analisis yang telah direncanakan sebelumnya (Payumi & Imanuddin, 2021).

f. *Cleaning data*

Untuk tahap ini, peneliti melakukan verifikasi data agar mengidentifikasi serta menjauhi kekeliruan. Mereka memeriksa data yang selesai dimasukan ke dalam komputer dan melakukan koreksi terhadap setiap kesalahan atau kekeliruan yang mungkin berlangsung selama proses pengisian kuesioner. Tujuannya adalah untuk memastikan integritas data sebelum dilakukan tahap analisis lebih lanjut (Payumi, 2021).

2. Analisis data

Analisis data yaitu proses sistematis untuk merangkai informasi dari observasi dan wawancara guna meningkatkan pemahaman peneliti terhadap studi mereka serta untuk mengkomunikasikan temuan penelitian kepada orang

lain (Siregar, 2021). Untuk mencaai hasil yang diharapkan, data dari kuesioner dimasukkan ke dalam program komputer menggunakan SPSS. Hasil analisis kemudian disajikan dalam tabel dan dimasukkan ke dalam laporan hasil penelitian. Analisa datanya mencakup:

a. Analisis univariat

Dalam analisis univariat, distribusi frekuensi responden berdasarkan variabel yang diteliti, baik variabel dependen juga variabel independen, digambarkan dalam tabel distribusi frekuensi (Payumi & Imanuddin, 2021).

$$P_1 = \frac{f_1}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P_1 : presentase tiap-tiap kelompok

f_1 : frekuensi maupun total untuk semua kelompok

N : total sampel penelitian

K ; konstanta (100%)

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah teknik agar mengeksplorasi menyatukan antara dua variabel, seperti variabel independen serta variabel dependen. Uji statistik yang diadakan pada penelitian ini seperti *Spearman Rank Correlation*, Menurut Achamd Tegar Sugianto dan Ginanjar Syamsuar (2020), *Spearman Rank Correlation* adalah teknik analisis data non-parametrik yang digunakan agar mengetahui hubungan antara dua variabel yang datanya sudah disusun berpasangan. Teknik ini membantu menggambarkan sejauh mana dua variabel saling berhubungan, baik secara teori maupun secara statistik, dengan mengukur besar hubungan itu menggunakan koefisien korelasi. Pada penelitian ini, analisis dibuat agar melihat hubungan antara kesulitan berbicara dengan kualitas hidup. Dari hasil analisis data, diperoleh nilai p-value < 0,005, yang berarti H1 diterima serta H0 ditolak.

Melalui membandingkan nilai sig. (2-tailed) dengan α (0.05) :

1. Jika nilai sig. (2-tailed) $> \alpha$ (0.05) sehingga H_0 diterima.
2. Jika nilai sig. (2-tailed) $< \alpha$ (0.05) sehingga H_a diterima.

Supaya bisa memahami besar atau kecilnya koefisien korelasi yang ditemukan, kita bisa merujuk untuk ketentuan interpretasi koefisien korelasi yang ada di tabel seperti:

Tabel 3. 4 Klasifikasi Koefisien Korelasi

Inteval Korelasi	Tingkat Hubungan
0,00 – 0,25	Sangat Lemah
0,26 – 0,50	Cukup
0,51 – 0,75	Kuat
0,76 – 0,99	Sangat Kuat
1,00	Sempurna

I. Etika Penelitian

Etika penelitian mengatur bagaimana peneliti bertindak selama penelitian. Dalam membuat desain penelitian, memperoleh data pada lapangan (lewat angket, wawancara, pengamatan, serta permintaan data pendukung), menyusun laporan penelitian, serta mempublikasikan temuan, etika penelitian mengatur berbagai peraturan. Beragam standar mengatur etika penelitian. Ini tergolong norma sopan-santun yang mempertimbangkan kebiasaan masyarakat, norma hukum yang menetapkan hukuman pada pelanggaran, serta norma moral yang mempertimbangkan etika serta kesadaran yang baik serta jujur selama penelitian (Putra et al., 2021).

Pada penelitian ini subjek penelitiannya adalah penderita afasia pada Rumah sakit Panembahan Senopati Bantul. Sehingga, hal awal sebelum melakukan penelitian, peneliti meminta dan memperoleh persetujuan dari komisi Etik Penelitian Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta tentang kelayakan penelitian. Di antara prinsip-prinsip etika penelitian adalah:

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Pada penelitian, hak-hak setiap subjek dihormati, termasuk keterbukaan informasi, kebebasan agar memilih, serta tanpa paksaan agar ikut serta.

Peneliti telah menjelaskan tujuan penelitian secara terbuka kepada subjek dan memberikan kesempatan untuk menentukan partisipasinya melalui persetujuan yang diinformasikan. Keputusan subjek untuk tidak berpartisipasi atau tidak menandatangani persetujuan dihormati sepenuhnya oleh peneliti.

1
2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)

Semua orang berhak atas hak penghitungan yang berguna serta fleksibilitas untuk memberikan informasi; dengan demikian, setiap individu berhak untuk memastikan bahwa data mereka aman kemudian berhak untuk menghindari memberi informasi mereka dengan orang lain. Sehingga, untuk mempertahankan data pribadi belum diketahui orang lain, inisial setiap peserta akan ditulis. Hal ini dijalankan karena tidak semua orang ingin data pribadi mereka dibuka, sampai setiap responden akan menerima simbol atau koding dari peneliti. Oleh karena itu, peneliti hanya memberikan pengkodean untuk menutupi identitas responden.

1
3. Keadilan dan inklusivitas (*respect for justice and inclusiveness*)

Keadilan adalah cara untuk menghargai moral seseorang, menjunjung tinggi prinsip keadilan, serta mempertahankan hak-hak mereka. Pada hal tersebut, peneliti nanti memastikan setiap responden akan dilayani dengan cara yang sama tanpa membedakannya. Peneliti tidak membedakan suku, ras, atau agama responden pada penelitian ini.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*)

Agar penelitian bermanfaat bagi responden dan dapat digeneralisasikan (*Beneficence*), peneliti harus melakukannya sesuai prosedur. Peneliti dalam penelitian ini telah menghindari atau mempertahankan pengaruh antagonis untuk pertanyaan menyangkut subjek. Melalui metode tersebut, manfaat penelitian, efek, dan hasilnya dipaparkan.

J. Rencana Pelaksanaan Penelitian

1. Tahap persiapan penelitian

- a. Memilih masalah penelitian melalui kejadian pada lapangan
- b. Mengusulkan judul penelitian dan meminta persetujuan pada PPPM Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta
- b. Berkonsultasi dengan dosen pembimbing tentang prosedur penyusunan proposal.
- c. Membuat surat rekomendasi studi pendahuluan pada PPM Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta
- d. Memberikan surat izin studi pendahuluan menuju Rumah Sakit
- e. Melakukan studi pendahuluan Rumah sakit Panembahan Senopati Bantul
- f. Menyusun laporan proposal dari BAB I sampai BAB III
- g. Menyelenggarakan ujian seminar proposal bersama dosen penguji proposal skripsi.
- h. Revisi laporan ujian proposal dengan masukan dan rekomendasi oleh pembimbing dan penguji sepanjang ujian seminar proposal, serta nanti berkonsultasi bersama dosen pembimbing.
- i. Mengurus izin penelitian oleh Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.

2. Tahap pelaksanaan

Penelitian ini didukung oleh 4 asisten dari program keperawatan yang dimana asisten penelitian fasih dalam berbahasa daerah yaitu bahasa Jawa untuk memudahkan komunikasi antara peneliti dengan responden.

- a. Peneliti menyiapkan semua kebutuhan yang diperlukan, termasuk kuesioner.
- b. Peneliti mengunjungi Rumah Sakit Panembahan Senopati untuk menjelaskan maksud serta tujuan penelitian kepada perawat yang bertugas pada bangsal rawat inap serta poli saraf

- c. Salah satu asisten peneliti dari kalangan perawat diajak untuk memfasilitasi pengambilan data, agar memudahkan proses penelitian.
- d. Sebelum kuesioner dibagikan kepada responden, peneliti melakukan pengecekan terhadap kuesioner yang telah disiapkan.
- e. Selanjutnya peneliti dan asisten menanyakan kepada seluruh calon responden apakah siap berpartisipasi pada penelitian ini, bila setuju akan diberikan dan mengisi lembar informed consent terlebih dahulu
- f. Jika responden bersetuju, bersama dengan asisten, peneliti membagikan kuesioner kepada responden. Asisten yang fasih berbahasa Jawa membantu peneliti dalam berkomunikasi dengan responden untuk menjelaskan tujuan penelitian.
- g. Jika diperlukan, peneliti dan asisten membantu dalam membacakan pertanyaan kepada responden yang mungkin kesulitan membaca.
- h. Setelah pengambilan data selesai, peneliti melakukan pengecekan ulang terhadap kelengkapan jawaban dalam kuesioner responden.
- i. Sebagai penghargaan atas bantuan mereka, peneliti memberikan uang kepada asisten perawat yang telah membantu dalam proses penelitian dan membagikan sovernir kepada responden yang telah berpartisipasi.
- j. Penelitian di poliklinik saraf dimulai dengan peneliti mengatur pertemuan dengan perawat untuk memberi tahu rencana penelitian yang akan dilakukan di poliklinik tersebut.
- k. Setelah mendapatkan izin dari perawat, peneliti mendekati calon responden, menjelaskan tujuan dan maksud penelitian, dan meminta mereka untuk menandatangani formulir persetujuan sebagai tanda kesediaan mereka berpartisipasi.
- l. Setelah persetujuan diperoleh, peneliti menyebarkan kuesioner yang sudah disiapkan untuk responden.
- m. Peneliti serta asistennya mengawasi dan membantu responden dalam membaca kuesioner jika diperlukan.

- n. Setelah kuesioner selesai diisi, peneliti dan asistennya mengumpulkan kuesioner yang telah terisi dan memeriksa kelengkapannya.
- o. Sebagai bentuk apresiasi, peneliti dan asistennya membagikan hadiah berupa suvenir kepada para responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian.

1
3.

Tahap akhir

- a. Menyimpulkan hasil penelitian
- b. Membuat laporan skripsi BAB IV serta BAB V
- c. Berkonsultasi bersama dosen pembimbing koreksi
- d. Memperbaiki laporan hingga di ACC nya laporan dari dosen pembimbing
- e. Mengadakan Ujian seminar hasil bersama dosen penguji
- f. Memperbaiki laporan serta konsul bersama dosen pembimbing
- g. Mengumpulkan hasil penelitian yang telah diperbaiki serta disahkan dari dosen penguji

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDRAL
YOGYAKARTA
ACHMAD YANI

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

¹ RSUD Panembahan Senopati berada pada pusat kota bantul, pastinya pada Jalan Wahidin Sudirohusono, Trienggo, Bantul Yogyakarta. Rumah sakit ini berfungsi sebagai pusat rujukan untuk puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya di Bantul, dengan Tujuan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas didukung oleh tenaga medis yang profesional. RSUD Panembahan Senopati menyediakan berbagai layanan kesehatan, termasuk spesialisasi dalam obstetri dan ginekologi (*obsygn*), ¹ penyakit dalam, THT, amnak, bedah, radiologi, neurologi, kulit dan kelamin, mata, gigi dan mulut, saraf, jiwa, laboratorium, serta mikrobiologi.

¹⁸ Rumah Sakit Panembahan Senopati (RSPS) Kabupaten Bantul, sebagai rumah sakit rujukan kelas B, mencatatkan total kunjungan pasien stroke tertinggi pada DIY. Selama periode 2018-2020, stroke menjadi penyebab ketiga terbanyak kunjungan pasien di unit fisioterapi rawat jalan. Sebagian besar pasien stroke terjadi masalah motorik serta sensorik, yang mengurangi kemampuan mereka dalam menjalani aktivitas sehari-hari.

Penelitian ini dilakukan di poli saraf dan beberapa ³³ bangsal rawat inap RSUD Panembahan Senopati Bantul, seperti bangsal Bima, Parikesit, dan Abimayu. Berdasarkan pengamatan dan wawancara dengan perawat di poli saraf dan bangsal rawat inap, ditemukan banyak pasien stroke yang mengalami cedera serebrovaskular, baik yang sedang menjalani pengobatan rawat jalan maupun rawat inap.

2. Analisis Univariat

a. ² Data Umum

Data umum untuk penelitian ini memaparkan karakteristik responden menurut gender, Usia, Pendidikan terakhir, profesi, Status pernikahan untuk

pasien pasca stroke pada RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta yang dipaparkan pada wujud tabel yang terbagi atas:

1) Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Karakteristik menurut umur yang dikelompokkan atas 3 (tiga) bisa diperhatikan lewat tabel 4. 1

Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Usia Pada Pasien Pasca Stroke di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Usia	Frekuensi (n)	Presentase (%)
20 – 35 Tahun	1	1,1
36 – 51 Tahun	17	19,1
52 – 80 Tahun	71	79,8
Total	89	100

Sumber: Data Primer, 2024

Menurut tabel 4. 1 diperoleh data sebelumnya mayoritas responden yang mayoritas berusia 52-80 tahun sebanyak 71 responden (79,8%), sedangkan usia 36-51 tahun sebanyak 17 responden (19,1%) serta yang sangat sedikit mayoritas umur 20-35 tahun hanya 1 responden (1,1%).

2) Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Karakteristik menurut usia yang digolongkan atas 2 (dua) bisa diperhatikan lewat tabel 4. 2

Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Jenis Kelamin Pada Pasien Pasca Stroke di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Perempuan	51	57,3
Laki-laki	38	42,7
Total	89	100

Sumber: Data Primer, 2024

Berdasarkan tabel 4. 2 diperoleh data diatas mayoritas responden yang mayoritas bergender wanita sebanyak 51 responden (57,3%) serta minoritas gender pria 38 responden (42,7%).

3) Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Karakteristik menurut pendidikan terakhir yang digolongkan atas 5 (lima) bisa diperhatikan lewat tabel 4. 3

Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Karakteristik pendidikan terakhir Pada Pasien Pasca Stroke di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Pendidikan Terakhir	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Tidak Sekolah	8	9,0
SD	44	49,4
SMP	3	3,4
SMA/SMK	27	30,3
Perguruan Tinggi	7	7,9
Total	89	100

Sumber: Data Primer, 2024

Menurut tabel 4. 3 perolehan data berdasarkan pendidikan terakhir responden paling banyak SD sebanyak 44 responden (49,4%), pendidikan terakhir SMA/SMK sebanyak 27 responden (30,3%), responden yang tidak sekolah sebanyak 8 responden (9%), pendidikan terakhir perguruan tinggi sebanyak 7 responden (7,9%) serta pendidikan terakhir SMP sebanyak 3 responden (3,4%).

4) Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Karakteristik menurut profesi yang digolongkan atas 5 (lima) bisa diperhatikan lewat tabel 4. 4

Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Pekerjaan Pada Pasien Pasca Stroke di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Pekerjaan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Karyawan Swasta	11	12,4
Petani	22	24,7
Tidak Bekerja	19	21,3
Buruh	16	18,0
Wiraswasta	21	23,6
Total	89	100

Sumber: Data Primer, 2024

Menurut tabel 4. 4 perolehan data berdasarkan pekerjaan responden terbanyak yaitu petani sebanyak 22 responden (24,7%), jenis pekerjaan

wiraswasta sebanyak 21 responden (23,6%), responden yang belum bekerja sebanyak 19 responden (21,3%), jenis pekerjaan buruh sebanyak 16 responden (18%) dan jenis pekerjaan karyawan swasta sebanyak 11 responden (12,4%).

5) Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan

Karakteristik menurut status yang digolongkan atas 3 (tiga) bisa diperhatikan lewat tabel 4. 5

Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Karakteristik Status Pernikahan Pada Pasien Pasca Stroke di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Status Pernikahan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Menikah	82	92,1
Belum Menikah	1	1,1
Janda/duda	6	6,7
Total	89	100

Sumber: Data Primer, 2024

Menurut tabel 4. 5 perolehan data berdasarkan status pernikahan responden terbanyak yaitu menikah sebanyak 82 responden (92,1%), yang menjadi janda/duda sebanyak 6 responden (6,7%) dan yang paling sedikit mayoritas yang belum menikah hanya 1 responden (1,1%).

b. Data Khusus

Data khusus memaparkan variabel independen serta variabel dependen seperti kesulitan berbicara pada kualitas hidup pasien pasca stroke pada RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta.

1) Kesulitan Berbicara

Berdasarkan tabel 4. 6 hasil penelitian yang sudah diselenggarakan pada RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta didapatkan hasil frekuensi kesulitan berbicara untuk pasien stroke adalah:

Tabel 4. 6 Distribusi Frekuensi Kesulitan Berbicara pada pasien stroke di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

Kesulitan Berbicara	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Ringan	16	18,0
Sedang	7	7,9
7 Berat	66	74,2
Total	89	100

Sumber: Data Primer, 2024

Menurut tabel 4.2 bisa disimpulkan jika kesulitan berbicara dengan pasien stroke pada RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta mayoritas pada golongan Berat yaitu sebanyak 66 responden (74,2%), sedangkan kategori ringan sebanyak 16 responden (18%) dan mayoritas dalam kategori sedang sebanyak 7 responden (7,9%).

2) Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel 4. 7 hasil penelitian yang sudah diadakan pada RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta seperti

Tabel 4. 7 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien Stroke RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta.

Kualitas Hidup	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Buruk	27	30,3
Sedang	23	25,8
Baik	39	43,8
Total	89	100

Sumber: Data Primer 2024

Menurut tabel 4. 7 dapat disimpulkan jika kualitas hidup untuk pasien stroke pada RSUD Panembahan Sonopati Bantul Yogyakarta mayoritas dalam kategori “Baik” sebanyak 39 responden (43,8%).

3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat untuk penelitian ini yaitu menganalisa ditemukannya hubungan antara variabel kesulitan pada kualitas hidup pasien stroke. Analisis untuk penelitian ini yaitu memakai uji *Spearman Rank Correlation* karena kedua variabel berskala ordinal.

Tabel 4. 8 Hubungan Antara Kesulitan Berbicara Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

	<i>P-Value</i>	<i>r</i>
Kesulitan Berbicara	0,000	0,597
Kualitas Hidup		

Sumber: Hasil Output SPSS, 2024

Uji *Spearman Rank Correlation* diperoleh nilai *P-value* 0,000 ($p < 0,05$), hal tersebut memaparkan jika ditemukan kaitan antara kesulitan berbicara terhadap kualitas hidup pasien stroke pada RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. Sedangkan hasil *Correlation Coefficient* atau *r*: 0,597 makanya bisa disimpulkan ada hubungan kuat antara kesulitan berbicara terhadap kualitas hidup pasien stroke pada RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden Berdasarkan usia, Jenis kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Status Pernikahan

a) Usia

Hasil penelitian memaparkan jika mayoritas pasien berumur 52-80 tahun, dengan jumlah 71 orang (79,8%). Usia 52-80 tahun termasuk kategori lanjut usia, di mana pembuluh darah biasanya rentan mengalami aterosklerosis. Kondisi ini dapat menyebabkan sumbatan dan berpotensi memicu perdarahan otak. Seiring bertambahnya usia, pembuluh darah mengalami penebalan pada lapisan intima akibat proses aterosklerosis serta tunika media berhubung penuaan. Akibatnya, risiko stroke iskemik dan perdarahan intracerebral meningkat. Faktanya, risiko tersebut bisa naik dua kali lipat per 10 tahun sesudah umur 55 tahun (Astina, 2020). Hal ini sejalan dengan penelitian Adhin Ahmad Fauzi (2022) Semakin bertambahnya usia menjadi suatu faktor yang bisa memengaruhi tingkat mortalitas pada stroke iskemik. Umur yang lebih tua biasanya membuat kondisi pembuluh darah semakin menurun,

sehingga risiko perburukan kondisi pasien meningkat dan dapat berujung pada kematian.

Penelitian ini pula dibenarkan dari penelitian Rosalinda (2023) menyangkut “hubungan fungsi keluarga dengan kualitas hidup” yang membenarkan jika umur berdampak pada kualitas hidup pengidap stroke. Pada peningkatan usia akan berdampak negatif terhadap kualitas hidup pasien stroke dikarenakan perubahan fungsi fisiologis pada pasien stroke. Menurut peneliti, semakin tua seseorang, semakin menurun kualitas hidupnya. Hal ini terjadi karena pengurangan struktur serta fungsi organ tubuh yang dialami lansia. Ditambah lagi, penyakit yang dialami sering menjadikan lansia sangat bergantung dengan keluarga untuk melangsungkan aktivitas sepanjang-hari. Akibatnya, banyak lansia merasa menjadi beban dan tidak berdaya, sehingga akhirnya pasrah dengan keadaan yang mereka alami.

Penelitian lainnya yang didukung oleh Abdu et al., (2022) Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 42 responden (40,8%) dari kelompok lanjut usia memperoleh kualitas hidup yang kurang baik. Usia menjadi salah satu faktor yang memengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke, terutama pada enam bulan pertama. Semakin tua usia pasien, semakin rendah kualitas hidupnya. Pasien pasca stroke yang berumur di atas 60 tahun cenderung memperoleh kualitas hidup lebih rendah daripada mereka yang berumur 22-39 tahun.

Penelitian oleh Bariroh et al, (2016), menyebutkan jika pasien berumur di atas 55 tahun lebih berisiko mengalami stroke. Perubahan yang terjadi seiring bertambahnya usia, seperti kekakuan pembuluh darah, penurunan elastisitas pembuluh otak, dan pembentukan plak di arteri otak selama bertahun-tahun, berkontribusi pada risiko ini. Ketidakmampuan fungsional akibat stroke, baik langsung maupun tidak langsung, bisa berdampak besar pada kualitas hidup pasien. Lansia yang mengalami stroke sering menghadapi masalah yang kompleks. Penurunan struktur dan fungsi organ tubuh, ditambah dengan kondisi

kronis seperti kecacatan, membuat lansia sangat bergantung pada keluarga untuk aktivitas sepanjang hari. Hal ini sering kali menjadikan pasien merasa menjadi beban, tidak berdaya, dan pasrah pada keadaan, yang akhirnya berdampak buruk pada kualitas hidup mereka.

Orang yang berusia lebih tua lebih rentan terkena stroke karena fungsi organ tubuh, termasuk pembuluh darah, mulai berkurang. Disamping hal tersebut, semakin tua umur, risiko jatuh saat beraktivitas juga meningkat karena kondisi fisik yang melemah. Jatuh ini bisa menyebabkan benturan pada tubuh, khususnya kepala, yang bisa memicu timbulnya stroke.

b) Jenis Kelamin

Pada penelitian ini, mayoritas responden adalah perempuan, yaitu sebanyak 51 orang (57,3%). Perempuan cenderung lebih berisiko mengidap stroke berhubung gaya hidup yang kurang sehat, seperti sering mengonsumsi makanan tinggi kolesterol serta jarang berolahraga. Sebaliknya, pasien laki-laki cenderung lebih terlindungi dari risiko stroke. Hasil ini mengikuti penelitian Siprianus et al. (2022), yang menunjukkan jika pasien pasca-stroke perempuan dengan kualitas hidup kurang baik mencapai 34 orang (33,0%), disamping pasien laki-laki pada kualitas hidup baik tercatat sebanyak 15 orang (14,6%).

Penelitian ini pula dibenarkan dari penelitian Asriani dan Johan (2022) tentang “hubungan pelengkapan kebutuhan kegiatan kehidupan sepanjang-hari pada kualitas hidup pasien pasca stroke” yang menyatakan jika mayoritas pasien stroke berjenis kelamin perempuan (57,4%), yang artinya perempuan kualitas hidup kurang baik.

Penelitian yang diadakan dari Itsnatur et al., (2022) yang memaparkan jika sebagian besar PFC (primary family caregiver) penderita stroke adalah perempuan. Hal ini karena kasus stroke lebih banyak terjadi pada laki-laki, dan mereka umumnya dirawat oleh pasangan mereka yang perempuan (57,3%). Selain itu, banyaknya PFC perempuan juga dipengaruhi oleh budaya di masyarakat, di mana

perempuan sering dianggap bertanggung jawab untuk ⁴⁹ mengurus rumah tangga, termasuk merawat anggota keluarga yang sakit di rumah.

Penelitian lainnya yang didukung oleh Nisak et al., (2023) dikatakan bahwa lebih banyak pasien perempuan dibanding laki-laki, dengan jumlah 33 responden (55,0%). Rata-rata usia perempuan lebih panjang, dan mereka lebih rentan terhadap penyakit autoimun serta gangguan inflamasi. Risiko stroke bisa meningkat setelah perempuan melewati masa menopause, karena produksi hormon estrogen berhenti. Hormon estrogen berperan untuk melebarkan arteri, sehingga bisa mengurangi risiko penyumbatan pembuluh darah (Wijayanti, 2020).

Jenis kelamin ternyata berpengaruh cukup besar. Perempuan cenderung memperoleh ¹³ kualitas hidup yang lebih rendah daripada laki-laki, karena mereka lebih matang secara emosional dan lebih mampu bertahan saat menghadapi masalah. Menurut peneliti, perempuan yang sudah mengalami menopause lebih rentan menderita stroke, karena berhentinya produksi hormon estrogen bisa meningkatkan risiko terkena stroke.

c) Pendidikan Terakhir

Dalam penelitian ini, ditemukan jika mayoritas responden memperoleh tingkat pendidikan SD, sebanyak 44 responden (49,4%). Pendidikan seseorang memang bisa mempengaruhi ² pengetahuan dan perilaku dalam mencegah penyakit. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mudah individu mengerti informasi atau materi yang diterimanya (Astina, 2020). Banyak kasus dialami berhubung kurangnya pengetahuan masyarakat menyangkut stroke, makanya ramai pasien stroke yang belum mendapatkan penanganan yang tepat. Hal ini mengikuti penelitian Ika Arianti et al., (2023) menyatakan bahwa Pasien stroke yang paling banyak memiliki pendidikan terakhir SD, yaitu 35 orang (3,2%). Tingkat pendidikan berpengaruh pada pengetahuan individu. Melalui pengetahuan yang cukup, individu bisa semakin lancar mengatasi masalah dan membuat keputusan yang tepat.

Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Sukron (2021) ³⁵ Penelitian ini menjelaskan jika responden pada pendidikan dasar memiliki kualitas hidup yang lebih rendah daripada yang memiliki pendidikan menengah, serta ditemukan kaitan antara tingkat pendidikan serta kualitas hidup pasien setelah stroke. Sedikitnya pengetahuan pasien serta keluarga menyangkut penyebab serta penyembuhan stroke, ditambah sedikitnya data menyangkut metode memanfaatkan fasilitas kesehatan, berkontribusi pada buruknya ⁶ kualitas hidup pasien pasca stroke yang berpendidikan rendah. Sehingga, saat mereka mengalami stroke, mereka cenderung merasa putus asa serta yakin jika mereka belum akan pernah sembuh atau bisa kembali melakukan aktivitas seperti sebelumnya.

Penelitian lainnya yang didukung dari Rosalinda (2023) yang menyatakan bahwa hampir setengah dari responden memiliki pendidikan dasar sebanyak 13 orang dengan presentase (40,6%), kualitas hidup yang buruk untuk pasien stroke biasanya ramai dialami untuk pasien yang memperoleh tingkat pendidikan yang rendah, hal tersebut dikarenakan menurunnya tingkat pengetahuan pasien dan cara pengobatan akan penyakit yang diderita dan kurangnya informasi yang didapat sehingga pasien tidak dapat ditangani dengan cepat dan benar sehingga penyakit semakin parah dan akan berdampak pada kualitas hidupnya.

Peneliti menyimpulkan bahwa orang dengan pendidikan tinggi cenderung terdapat pola pikir yang lebih berani saat membuat keputusan saat menangani masalah. Hal tersebut bisa menciptakan metode berpikir mereka, termasuk kemampuan agar mendalami faktor-faktor yang berkaitan pada penyakit serta memakai pengetahuan menyangkut kesehatan agar mempertahankan tubuh mereka.

d) Pekerjaan

⁶² Pekerjaan responden yang terbanyak adalah petani, dengan jumlah 22 responden (24,7%). Aktivitas fisik yang dilakukan dalam

pekerjaan ini bisa menimbulkan rangsangan pada tubuh dengan rutin, makanya tubuh bisa beradaptasi (Prasetya, 2017). Pekerjaan pula sebagai suatu aspek yang mempengaruhi kualitas hidup pasien yang rendah. Hal tersebut didukung dari penelitian yang diadakan Dwiyani dan Astrid (2021) Penelitian ini menjelaskan bahwa ditemukan kaitan yang erat antara status pekerjaan dan kualitas hidup pasien setelah stroke. Mayoritas pasien merasa jika keadaan fisik mereka memengaruhi keahliannya agar bekerja, serta mereka merasa tidak sama dari sebelumnya.

Penelitian ini pula dibenarkan dari penelitian Rosalinda (2023) yang memaparkan jika hampir separuh responden memiliki pekerjaan yaitu sebanyak (34, 4%). Kendala fisik akibat stroke dan rasa tidak berdaya karena kesulitan emosional dalam memenuhi kebutuhan keluarga bisa memunculkan keputusan. sehingga sesudah stroke, pribadi yang belum bisa balik bekerja berisiko menciptakan kualitas hidup yang buruk.

Penelitian ini didukung oleh penelitian Abdu et al. (2022) yang menjelaskan ada hubungan antara status pekerjaan dan kualitas hidup pasien setelah stroke. Hasil penelitian memaparkan bahwa pasien pasca stroke yang masih bekerja menimbulkan kualitas hidup yang lebih baik, dengan 22 responden (21,4%), sedangkan yang tidak bekerja maupun pensiun memiliki kualitas hidup yang kurang baik, sebanyak 33 responden (32,0%). Bekerja memang merupakan bagian penting dalam kehidupan individu, berhubung pengurangan kualitas hidup bisa dialami sebab rasa tidak puas berhubung tidak lagi bekerja.

Hasil penelitian lain yang pula membenarkan penelitian ini seperti Rachmania et al., (2020) Penelitian menunjukkan jika ditemukan kaitan antara status pekerjaan serta kualitas hidup pasien setelah stroke, baik pria juga wanita. Pasien yang belum bisa balik bekerja berhubung keterbatasan fisik sebab stroke sering merasa tidak berdaya serta merasa gagal memenuhi tanggung jawab mereka terhadap keluarga dan diri

sendiri. Mereka merasa kesulitan untuk melengkapi kebutuhan ekonomi keluarga dan membayar biaya pengobatan, yang akhirnya mempengaruhi proses penyembuhan serta kualitas hidup mereka.

Hal ini karena kehilangan pekerjaan berdampak pada penurunan pendapatan atau terganggunya kondisi ekonomi rumah tangga, sehingga pasien merasa kebingungan dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya maupun berobat. Hal inilah nantinya dapat mempengaruhi pasien selalu bergantung terhadap orang lain yang pada akhirnya dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

e) Status Pernikahan

Status pernikahan responden paling banyak yaitu status menikah sebanyak 82 responden (92,1%), Status pernikahan termasuk suatu wujud dukungan yang penting agar menaikkan kesehatan pasien setelah stroke. Dukungan dari pasangan sangat dibutuhkan selama masa perawatan, baik saat pada rumah sakit maupun setelah pasien kembali ke rumah. Kedekatan pasangan bisa berperan besar dalam proses penyembuhan pasien. Status pernikahan pula bisa memberi laba untuk pasien stroke, berhubung mereka bisa mendapatkan perawatan serta perhatian ekstra oleh pasangan. Hal ini mengikuti penelitian Rahman et al., (2017) yang memaparkan jika responden yang telah menikah serta punya pasangan memperoleh kualitas hidup yang lebih baik daripada mereka yang janda/duda atau belum ada pasangan. Status pernikahan adalah bentuk dukungan sosial dari orang terdekat pasien setelah stroke, dan pasangan hidup bisa memicu mereka agar terus positif terhadap penyembuhan serta membagikan dukungan lainnya.

Penelitian ini pula didukung dari penelitian Asriani et al., (2022) yang memaparkan jika status pernikahan mayoritas responden yang sudah menikah, Pasien stroke yang memperoleh keterbatasan saat menyelenggarakan kegiatan sepanjang-hari akan merasa terpengaruh dalam kualitas hidupnya. Ini terjadi karena hilangnya harapan untuk bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan mandiri, yang berujung untuk

kelemahan fisik atau bahkan kecacatan, makanya mereka harus bergantung pada orang lain, seperti pasangan

Hasil penelitian lain yang pula mendukung penelitian ini Ika Ariyanti et al., (2023) yang memaparkan jika berdasarkan status pernikahan yang paling banyak adalah status menikah sebanyak 73 orang (90,1%). Mayoritas responden yang sudah menikah merasa mendapatkan dukungan dan semangat dari keluarga, yang memberikan motivasi tambahan bagi mereka. Latihan fisik dengan model ROM terbukti efektif dalam membantu pasien pasca stroke menjadi lebih mandiri saat menjalani kegiatan sepanjang-hari. Peningkatan kemandirian dalam aktivitas fungsional (ADL) jelas berdampak pada kualitas hidup pasien. Sehingga, model latihan fisik ROM bisa diterapkan dari keluarga, perawat, atau bahkan pasien itu sendiri agar menaikkan kemampuan fungsional mereka saat pelengkapan ADL(Sandi & Bakri, 2021).

Pasien stroke yang kesulitan mengadakan aktivitas sepanjang-hari membutuhkan motivasi untuk beradaptasi dengan perubahan perilaku psikologis mereka. Semakin tinggi dorongan diri, semakin cepat pemulihan fisik pasien, serta perbaikan kualitas hidup mereka. Dukungan dari keluarga atau orang terdekat paling utama agar membantu pasien merasa semakin maksimal pada proses kesembuhannya(Utama & Nainggolan, 2022).

Keluarga memainkan peran penting sebagai motivator dan sistem pendukung bagi pasien pasca stroke. Dukungan keluarga merupakan faktor utama pada proses penyembuhan serta kenaikan kualitas hidup pasien. Keluarga yang memberikan dukungan dengan baik akan lebih paham tentang masalah kesehatan yang dihadapi oleh anggota keluarga yang terjadi perubahan status kesehatan. Dukungan keluarga bisa meliputi empat jenis, seperti dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, serta dukungan informasi

31

2. Kesulitan Berbicara pada pasien stroke di Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul

Afasia dapat diartikan sebagai gangguan bahasa yang terjadi akibat kerusakan pada otak, yang menyebabkan kesulitan dalam memahami atau memproduksi bahasa. Gangguan ini terjadi karena kerusakan pada korteks otak. Afasia adalah kondisi yang muncul setelah seseorang sudah memiliki kemampuan atau penguasaan terhadap bahasa, jadi penderita afasia adalah seseorang yang sebelumnya telah menguasai suatu bahasa (Kuntarto, 2017). Menurut hasil penelitian yang telah diadakan untuk 89 responden memaparkan jika kategori Berat yaitu sebanyak 66 responden (74,2%), sedangkan kategori ringan sebanyak 16 responden (18%) dan minoritas pada golongan sedang sebanyak 7 responden (7,9%). Hal ini mengikuti penelitian Hyemi Hwang et al, (2023) yang memaparkan jika Perubahan suara pasca-stroke secara signifikan memengaruhi kualitas hidup pasien, memainkan peran yang sebanding dengan gangguan fisik dan neurologis lainnya setelah stroke. Tingkat masalah bicara dapat sangat bervariasi dari sudut pandang pasien dan dipengaruhi oleh keadaan individu, seperti pekerjaan dan aktivitas sosial. Pengukuran sendiri dampak biopsikososial dari masalah suara sangat penting untuk memantau efektivitas terapi saat menilai dan merawat pasien dengan masalah suara. Pasien stroke umumnya mengalami kesulitan dalam menjelaskan pribadinya serta berbicara bersama orang lain.

Penelitian ini juga didukung dari penelitian Yunica et al., (2019) menjelaskan bahwa orang yang terjadi masalah bicara maupun afasia seringkali kesulitan saat berartikulasi. Terapi AIUEO terbukti lebih efektif untuk responden, karena mereka semakin lancar menirukan cara pembentukan vokal, serta gerakan lidah, bibir, dan rahang. Terapi AIUEO adalah metode yang diberikan untuk membantu pribadi yang mengidap masalah komunikasi, termasuk masalah bahasa serta bicara, terutama untuk pasien pada gangguan neurologis, seperti pasca stroke.

Penderita stroke sering mengalami kesulitan dalam berbicara, seperti kalimat yang terpotong, kata-kata yang terbalik, bicara yang lambat, atau

membutuhkan waktu lama untuk mengucapkan kalimat. Terkadang, kata-kata yang diucapkan hanya sebagian, seperti hanya menyebutkan awal atau akhir kata. Kesulitan berbicara ini disebabkan oleh kelumpuhan dan kelemahan otot-otot yang digunakan untuk artikulasi. Selain itu, kerusakan pada area korteks motorik yang mengontrol otot wajah juga menyebabkan gangguan dalam perintah otak ke otot-otot (seperti otot muka, lidah, dagu, dan tenggorokan) yang diperlukan untuk berbicara. (Sastra, 2009).

Untuk pasien stroke yang biasa mengidap masalah bicara serta komunikasi, suatu metode yang bisa dilakukan adalah latihan pada depan cermin agar melatih gerakan bibir, lidah, serta pengucapan kata-kata. Teknik yang diterangkan untuk penderita afasia bertujuan untuk melatih otot bicara yang dipakai agar menyebutkan bunyi bahasa mengikuti pola standar, agar bisa dimengerti dengan jelas. Proses ini dikenal dengan istilah artikulasi organ bicara, di mana pengucapan bunyi bahasa terbentuk melalui koordinasi tiga unsur: unsur motoris (pernapasan), unsur yang bergetar (tenggorokan dan pita suara), serta unsur yang beresonansi (rongga hidung, mulut, dan dada) (Gunawan, 2008).

3. **Kualitas Hidup pada pasien stroke di Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul**

Kualitas hidup adalah metode pribadi merespons posisinya pada kehidupan menurut budaya serta sistem nilai, serta hubungannya pada tujuan, harapan, serta standar yang tersedia. Hal ini mencakup kesehatan fisik, kondisi psikologis, keyakinan, hubungan sosial, dan seberapa terlibat individu melalui hal-hal berguna pada sekitarnya (Sasmiyanto, S. 2019). Menurut penelitian yang diadakan pada 89 responden, sebanyak 39 orang (43,8%) memperoleh kualitas hidup yang baik, sementara 27 orang (30,3%) memperoleh kualitas hidup yang buruk. Hasil ini mengikuti penelitian Wisma Fiscaria et al. (2023), yang memaparkan jika sekitar 59,64% responden memperoleh kualitas hidup yang baik, sedangkan 47,79% memperoleh kualitas hidup yang kurang baik. Faktor-faktor seperti umur, gender, depresi, stres emosional, serta kondisi misalnya perasaan kesepian,

tidak bahagia, keinginan bunuh diri, serta tingkat ekonomi berpengaruh besar pada penurunan kualitas hidup pasien stroke.

Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Ika Ariyanti (2023), yang memaparkan jika mayoritas responden memperoleh kualitas hidup yang tinggi, yakni 78 responden (96,3%). Pasien stroke yang belum bisa mengadakan aktivitas sepanjang hari dengan mandiri menginginkan motivasi agar menanggapi perubahan perilaku psikologis. Semakin tinggi kualitas hidup seseorang, semakin cepat pemulihan pasca-stroke serta kenaikan fungsi fisik, yang berujung pada perbaikan kualitas hidup.

Kualitas hidup berubah jadi suatu indikator utama untuk penderita stroke, yang bisa mempengaruhi sikap serta perilaku mereka saat mengidap penyakit. Beberapa faktor seperti umur, gender, status perkawinan, serta aktivitas fisik bisa berdampak pada kualitas hidup penderita stroke (Almasri et al, 2020). Semakin tinggi daya tahan diri seseorang, semakin baik kualitas hidupnya, termasuk dalam berbagai dimensi. Bisa disebut juga, penerimaan diri menjadi suatu kunci utama bagi pengidap stroke dalam mempertahankan daya tahan melewati keadaan sosial mereka. Seiring bertambahnya usia, kualitas hidup pengidap stroke bisa berkurang, khususnya untuk yang punya pemasukan ekonomi yang rendah (Kumar & Krishna, 2015). Disamping hal tersebut, kontrol emosi berubah jadi faktor yang bisa dikontrol, pada syarat adanya dukungan oleh orang-orang di sekitarnya (Vissenberg et al.,2017).

Secara umum, ada dua faktor yang memengaruhi kualitas hidup, seperti faktor internal dan eksternal. Faktor internal berkaitan padariwayat hidup serta kemampuan mengelola diri, sementara faktor eksternal mencakup lingkungan sosial serta pekerjaan pengidap stroke. Dari kedua faktornya, faktor eksternal memperoleh pengaruh yang lebih besar saat mengurangi kualitas hidup pengidap stroke.

4. Hubungan antara kesulitan berbicara terhadap kualitas hidup pasien Pasca stroke di Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul

Penelitian¹ ini menemukan adanya hubungan antara kesulitan berbicara dan kualitas hidup pasien pasca-stroke pada Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul. Dari analisis hubungan antara kesulitan berbicara dan kualitas hidup pasien pasca-stroke, diperoleh hasil uji korelasi Spearman's rank dengan p-value $0,000 < 0,05$, yang bermakna H1 diterima serta H0 ditolak. Ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kesulitan berbicara dan kualitas hidup pasien pasca-stroke pada rumah sakit tersebut. Hubungan ini cukup kuat, maknanya semakin besar kesulitan berbicara, semakin tinggi kualitas hidup pasien, dengan tingkat korelasi sebesar 0,597, yang menunjukkan korelasi yang kuat. Hal ini mengikuti penelitian Hyemi Hwang et al, (2023) yang memaparkan jika Perubahan suara pasca stroke secara signifikan memengaruhi kualitas hidup pasien, memainkan peran yang sebanding dengan gangguan fisik dan neurologis lainnya setelah stroke. Hasil mengungkapkan jika pasien pasca-stroke dengan masalah suara terjadi penurunan kualitas hidup yang cukup besar, bahkan setelah mengendalikan faktor-faktor pengganggu lainnya, termasuk defisit neurologis dan disfagia. Mereka yang memiliki VHI di atas nilai batas 24 mungkin memerlukan penilaian dan perawatan lebih rinci untuk masalah suara pasca-stroke. Diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai apakah menangani masalah ini melalui penerapan VHI dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Atas hasil penelitian yang diadakan, bisa disimpulkan jika seseorang yang mengalami kesulitan berbicara parah membutuhkan waktu lebih lama untuk mengucapkan kalimat dan perlu meyakinkan dirinya sendiri bahwa dia bisa mengontrol perasaan negatif yang bisa mempengaruhi kesehatannya. Kualitas hidup seseorang bisa dilihat dari beberapa aspek, seperti tujuan hidup, kontrol diri, hubungan dengan orang lain, perkembangan pribadi, kecerdasan, dan kondisi materi. Semua ini sering kali berhubungan dengan kesehatan yang lebih baik.

Dalam penelitian yang diadakan untuk pasien pasca stroke, terlihat jika mereka yang kesulitan berbicara sangat bergantung pada orang lain,

sehingga kualitas hidup mereka menurun. Contohnya, pasien yang harus menunggu bantuan keluarga saat ingin mandi karena tidak bisa melakukannya sendiri, atau yang tidak mampu naik turun tangga, maknya keluarga mesti membuat lingkungan yang aman untuk mereka. Pasien yang terdiagnosis stroke sering merasa sulit menerima kondisi mereka, yang sering menimbulkan kemarahan dan ketidaksabaran, yang pada akhirnya mengubah cara mereka menjalani hidup.

Pasien yang kesulitan merespons pertanyaan karena masalah berbicara bahkan sering menangis karena kesakitan, sementara keluarga membantu mengisi kuesioner untuk mereka. Hal ini membuat pasien merasa sedih, merasa kesulitan untuk bersosialisasi kembali. Beberapa pasien bahkan belum ada yang bisa menemani mereka untuk check-up berhubung kesibukan keluarga, makanya secara keseluruhan kehidupan mereka terasa terhambat, dan kesulitan berbicara semakin menurunkan kualitas hidup mereka.

PENUTUP

A. Kesimpulan

Menurut hasil penelitian hubungan kesulitan berbicara terhadap kualitas hidup pasien pasca stroke pada Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul.

Pada bulan November 2023 bisa dibuat kesimpulan seperti:

1. Melalui hasil penelitian memaparkan jika:
 - a. Mayoritas pasien pasca stroke berusia 52-80.
 - b. Mayoritas pasien pasca stroke bergender perempuan.
 - c. Sebagian besar pasien pasca stroke pada tingkat pendidikan terbanyak adalah SD (Pendidikan Dasar).
 - d. Mayoritas pasien pasca stroke dengan jenis pekerjaan responden paling banyak yaitu petani (Pekerja).
 - e. Sebagian besar pasien pasca stroke dengan status pernikahan responden paling banyak yaitu status menikah.
2. Mayoritas responden pasien pasca stroke membuat kesulitan berbicara dengan kategori Berat.
3. Sebagian besar responden pasien pasca stroke memperoleh kualitas hidup baik.
4. Ada kaitan antara kesulitan berbicara terhadap kualitas hidup pasien pasca stroke pada Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul.

B. Saran

1. Bagi Institusi

Menjadi referensi untuk institusi saat mengembangkan ilmu keperawatan dan memberikan informasi kepada masyarakat tentang bergunanya pengobatan kesulitan berbicara dengan pasien pasca stroke agar membantu meningkatkan kualitas hidup pasien.

2. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan bagi tenaga kerja kesehatan khususnya perawat dapat dijadikan motivasi untuk kedepannya supaya lebih memperhatikan lagi dalam

kesulitan berbicara pada pasien stroke yang dapat memberikan pengaruh lebih pada pasien, sehingga pasien memiliki kualitas hidup lebih baik dan mengurangi resiko komplikasi.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan dapat meningkatkan fungsi keluarga sehingga bisa meningkatkan kualitas hidup pasien selama menjalani pengobatan dan perawatan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian tersebut diinginkan sebagai bahan masukan terutama menyangkut kesulitan berbicara terhadap kualitas hidup pasien pasca stroke. Untuk peneliti selanjutnya diinginkan bisa mengembangkan penelitian melalui sampel yang lebih banyak serta variabel yang lain.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDRAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

File Turnitin oke done (DipulihkanOtomatis).docx

ORIGINALITY REPORT

17%

SIMILARITY INDEX

15%

INTERNET SOURCES

7%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.unjaya.ac.id Internet Source	3%
2	repository.stikesbcm.ac.id Internet Source	1%
3	Submitted to Konsorsium Perguruan Tinggi Swasta Indonesia II Student Paper	1%
4	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	1%
5	www.jurnal-ppni.org Internet Source	1%
6	Ika Ariyanti, Mula Tarigan, Hasnida Hasnida, Hasnida Hasnida. "Hubungan Status Fungsional dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke", Journal of Telenursing (JOTING), 2023 Publication	<1%
7	repository.umy.ac.id Internet Source	<1%

8	storage-imelda.s3.ap-southeast-1.amazonaws.com Internet Source	<1 %
9	docplayer.info Internet Source	<1 %
10	repository.stikesdrsoebandi.ac.id Internet Source	<1 %
11	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	<1 %
12	repository.usd.ac.id Internet Source	<1 %
13	www.scribd.com Internet Source	<1 %
14	Asriani Dwi Hindriana Nuraeniah, Johan Budhiana, Ida Ida. "Hubungan pemenuhan kebutuhan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan kualitas hidup pasien pasca stroke", Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah, 2022 Publication	<1 %
15	repositori.uma.ac.id Internet Source	<1 %
16	Maharani Putri Puspitasari, Muhammad Yunus, Dewi Lutfianawati, Octa Reni Setiawati. "HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN	<1 %

PASCA STROKE HAEMORRAGIC DI RSUD DR.
H. ABDUL MOELOEK", Jurnal Ilmu Kedokteran
dan Kesehatan, 2023

Publication

17

Submitted to Universitas Muhammadiyah
Surakarta

Student Paper

<1 %

18

dinkes.jogjaprovo.go.id

Internet Source

<1 %

19

eprints.undip.ac.id

Internet Source

<1 %

20

repository.unimugo.ac.id

Internet Source

<1 %

21

Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan
Tinggi Indonesia Jawa Timur II

Student Paper

<1 %

22

repository.helvetia.ac.id

Internet Source

<1 %

23

Siti Nur Hidayah, Viantika Kusumasari,
Suryati. "HUBUNGAN USIA MENIKAH
DENGAN KEJADIAN KANKER SERVIKS DI
WILAYAH KABUPATEN BANTUL YOGYAKARTA",
MEDIA ILMU KESEHATAN, 2021

Publication

<1 %

24

Submitted to Sriwijaya University

Student Paper

<1 %

25	cerdika.publikasiindonesia.id Internet Source	<1 %
26	repository.utu.ac.id Internet Source	<1 %
27	eprintslib.ummgl.ac.id Internet Source	<1 %
28	es.scribd.com Internet Source	<1 %
29	repository.bku.ac.id Internet Source	<1 %
30	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar Student Paper	<1 %
31	etd.repository.ugm.ac.id Internet Source	<1 %
32	etheses.uin-malang.ac.id Internet Source	<1 %
33	id.123dok.com Internet Source	<1 %
34	Indra Frana Jaya KK. "PENGARUH PENERAPAN SHAKER EXERCISE TERHADAP GANGGUAN MENELAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI RSUD SITI FATIMAH PROVINSI SUMSEL", Jurnal Keperawatan Sriwijaya, 2024	<1 %

35

123dok.com

Internet Source

<1 %

36

Submitted to Konsorsium PTS Indonesia -
Small Campus II

Student Paper

<1 %

37

Submitted to Universitas Jenderal Soedirman

Student Paper

<1 %

38

repository.unmul.ac.id

Internet Source

<1 %

39

Dian Ayu, Diah Argarini, Susan Widiastuti.

"Hubungan Pola Asuh dan Sikap Orang Tua
dengan Kemandirian Personal Hygiene pada
Anak usia Pra sekolah", MAHESA : Malahayati
Health Student Journal, 2022

Publication

<1 %

40

Fitri Rahmawati, Rahma Eliya, Nurul Aryastuti,
Satrio Lelono, Dessy Hermawan. "Hubungan
Tingkat Kecemasan dan Depresi Dengan
Manajemen Koping Keluarga Pasien Stroke",
Media Informasi, 2022

Publication

<1 %

41

dukcapil.kuburayakab.go.id

Internet Source

<1 %

42

garuda.kemdikbud.go.id

Internet Source

<1 %

43	perpusnwu.web.id Internet Source	<1 %
44	repository.uinjkt.ac.id Internet Source	<1 %
45	text-id.123dok.com Internet Source	<1 %
46	DEWI ZULYANI POMALINGO, ISMAIL DJAKARIA, BOBY RANTOW PAYU. "PERBANDINGAN METODE LIFE TABLE DAN METODE KAPLAN MEIER PADA ANALISIS SURVIVAL PENDERITA STROKE DI RSUD ALOEI SABOE KOTA GORONTALO PADA AGUSTUS SAMPAI DENGAN DESEMBER 2019", Jambura Journal of Probability and Statistics, 2022 Publication	<1 %
47	Submitted to Universitas Islam Syekh-Yusuf Tangerang Student Paper	<1 %
48	adoc.pub Internet Source	<1 %
49	jurnal.unissula.ac.id Internet Source	<1 %
50	repository.stikesmukla.ac.id Internet Source	<1 %
51	Defi Amalia Setia Ningrum, Santi Martini. "STATUS KUALITAS HIDUP 2 TAHUN PASCA	<1 %

STROKE", Jurnal Ilmiah Kesehatan Media
Husada, 2016

Publication

52

Lisa Mustika Sari, Lilisa Murni, Iga Nurmalia.
"HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA
TENTANG DETEKSI DINI TANDA DAN GEJALA
STROKE DENGAN TINGKAT KEPARAHAN
STROKE", Jurnal Kesehatan Tambusai, 2023

Publication

<1 %

53

Wina Fiscarina, Wasisto Utomo, Sri Wahyuni.
"Hubungan Dukungan Keluarga Dengan
Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke :
Literature Review", An Idea Nursing Journal,
2023

Publication

<1 %

54

digilib.unisayogya.ac.id

Internet Source

<1 %

55

eprints.pancabudi.ac.id

Internet Source

<1 %

56

eprints.unisa-bandung.ac.id

Internet Source

<1 %

57

journal.umpalangkaraya.ac.id

Internet Source

<1 %

58

obesitasdengankualitashidupanak.blogspot.com

Internet Source

<1 %

59

repository.ub.ac.id

Internet Source

<1 %

60

repository.unhas.ac.id

Internet Source

<1 %

61

www.slideshare.net

Internet Source

<1 %

62

Monalisa Raming. "SURVEI PERILAKU MASYARAKAT TERHADAP POPULASI TUNGAU DEBU RUMAH DI KELURAHAN PERKAMIL KECAMATAN PAAL 2 KOTA MANADO", Jurnal e-Biomedik, 2013

Publication

<1 %

63

journal.ugm.ac.id

Internet Source

<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

PERPUSTAKAAN
JENDRAL ACHMAD YANI
UNIVERSITAS YOGYAKARTA

File Turnitin oke done (DipulihkanOtomatis).docx

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14

PAGE 15

PAGE 16

PAGE 17

PAGE 18

PAGE 19

PAGE 20

PAGE 21

PAGE 22

PAGE 23

PAGE 24

PAGE 25

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDRAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

PAGE 26

PAGE 27

PAGE 28

PAGE 29

PAGE 30

PAGE 31

PAGE 32

PAGE 33

PAGE 34

PAGE 35

PAGE 36

PAGE 37

PAGE 38

PAGE 39

PAGE 40

PAGE 41

PAGE 42

PAGE 43

PAGE 44

PAGE 45

PAGE 46

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDRAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA