

Hubungan Kepatuhan Rehabilitasi dengan Kualitas Hidup Pasien pasca Stroke berdasarkan WHOQOL-BREF

Aghnia Rahmawati Putri¹, Tri Wahyuliati².

ABSTRAK

Latar Belakang: Stroke merupakan penyakit *cardiovascular* yang berkaitan dengan gangguan suplai darah ke otak akibat adanya pembuluh darah yang tersumbat atau rusak. Hal ini mengakibatkan terganggunya fungsi otak sehingga menimbulkan gejala seperti kelemahan anggota gerak, gangguan penglihatan, kesulitan berbicara, dan gangguan lainnya^{1,2}. Komplikasi serangan stroke akan berdampak pada penurunan fungsi fisik, psikologis, dan sosial, sehingga akan menyebabkan menurunnya kualitas hidup. Rehabilitasi menjadi salah satu solusi yang dapat dilakukan untuk mengurangi dampak yang ditimbulkan penyakit stroke sehingga diharapkan kualitas hidup dapat ditingkatkan^{2,3}.

Tujuan Penelitian: Menganalisis hubungan antara kepatuhan rehabilitasi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke berdasarkan WHOQOL-BREF.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross-sectional*. Pengambilan sampel dilakukan di RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi dengan teknik *accidental sampling* yang sesuai kriteria inklusi dan eksklusi dengan sampel berjumlah 125 subjek. Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner tentang data demografi, *Moronsky Medication Adherence Scale (MMAS)*, dan WHOQOL-BREF. Uji korelasi *Spearman* dan Koefisien kontingensi digunakan untuk menganalisis hubungan antara dua variabel.

Hasil: Sebagian besar responden termasuk dalam kategori masa lansia akhir yaitu dalam rentang 56-65 tahun (35,2%), memiliki jenis kelamin laki-laki (64%), bekerja (64%), pendidikan terakhir SD (32,8%), dan telah menjalani rehabilitasi selama 2-6 bulan (37,6%). Hubungan kepatuhan rehabilitasi dengan kualitas hidup diperoleh nilai signifikansi (*p value*) 0,001 ($p < 0,05$) dan nilai $r = 0,0390$ yang bermakna korelasi positif dengan kekuatan korelasi lemah.

Kesimpulan: Terdapat hubungan lemah yang bermakna antara kepatuhan rehabilitasi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke berdasarkan uji WHOQOL-BREF.

Kata Kunci: Kualitas Hidup, Kepatuhan Rehabilitasi, Stroke, WHOQOL-BREF.

Relationship between Rehabilitation Compliance with Quality of Life of Post-Stroke

Patients based on WHOQOL-BREF

Aghnia Rahmawati Putri¹, Tri Wahyuliati².

ABSTRACT

Background: Stroke is a cardiovascular disease associated with interruption of blood supply to the brain due to blocked or damaged blood vessels. This results in disruption of brain function, causing symptoms such as weakness of the limbs, impaired vision, difficulty speaking, and other disorders ^{1,2}. Complications of a stroke will have an impact on the decline in physical, psychological, and social functions, which will cause a decrease in the quality of life. Rehabilitation is one of the solutions that can be done to reduce the impact of stroke so it is expected that the quality of life can be improved ^{2,3}.

Research Objectives: To analyze the relationship between rehabilitation adherence with the quality of life of post-stroke patients based on WHOQOL-BREF.

Method: This study used a cross-sectional study design. Sampling was done in RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi by accidental sampling technique that matches the inclusion and exclusion criteria with a sample of 125 subject. The instruments in this study were demographic data questionnaire, Moronsky Medication Adherence Scale (MMAS), and WHOQOL-BREF. The Spearman correlation test and the contingency coefficient were used to analyze the relationship between two variables.

Results: Most of subjects were included in the category of late elderly namely in the range of 56-65 years (35.2%), had male sex (64%), worked (64%), had elementary school education (32.8%), and had undergone rehabilitation for 2 -6 months (37.6%). The relationship of rehabilitation compliance with quality of life obtained a significance value (p value) of 0.001 ($p < 0.05$) and a value of $r = 0.0390$ which means a positive correlation with a weak strength correlation.

Conclusion: There is a significant weak relationship between rehabilitation adherence with the quality of life of patients after stroke in based on the WHOQOL-BREF test.

Keywords: *Quality of Life, Rehabilitation Compliance, Stroke, WHOQOL-BREF.*

Pendahuluan

Stroke merupakan suatu penyakit *cardiovascular* yang berkaitan dengan gangguan suplai darah ke otak akibat adanya pembuluh darah yang tersumbat atau mengalami kerusakan. Hal ini mengakibatkan terganggunya fungsi otak sehingga menimbulkan gejala seperti kelemahan anggota gerak, gangguan penglihatan, kesulitan berbicara, dan gangguan lainnya^{1,2}.

Stroke menyumbang angka 11,8% penyebab kematian di dunia pada tahun 2015, hal ini menjadikan stroke sebagai penyebab kematian tertinggi kedua di dunia setelah penyakit jantung¹. Angka kematian akibat stroke di Asia cenderung lebih tinggi dibandingkan dengan wilayah Eropa, Amerika, dan Australia⁴. Di Indonesia, berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan memiliki prevalensi angka kejadian stroke tertinggi yaitu 17,9%, diikuti Daerah Istimewa Yogyakarta sebanyak 16,9%, Sulawesi Tengah 16,6%, dan Jawa Tengah

sebanyak 12,3%. Di Kabupaten Klaten, stroke termasuk ke dalam 5 besar penyakit tidak menular yang banyak diderita masyarakat Kabupaten Klaten yang pada tahun 2015 jumlahnya mencapai 1239 orang⁵.

Kerusakan saraf yang ditimbulkan oleh penyakit stroke dapat menjadi penyebab terjadinya kecacatan. Sepertiga penderita stroke mengalami aphasia karena gangguan pada pusat bahasa di otak yang menyebabkan terganggunya komunikasi dan kompleks bahasa seperti kesulitan dalam memahami bahasa, berbicara, membaca dan menulis. Stroke juga menyebabkan kelemahan pada lengan dan kaki pada tiga perempat penderitanya yang dapat membuat penderita kehilangan keseimbangan dan kesulitan untuk berjalan sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari⁶.

Komplikasi yang dialami penderita setelah serangan stroke akan berdampak pada penurunan fungsi fisik, psikologis, dan sosial, sehingga akan menyebabkan

menurunnya kualitas hidup. Rehabilitasi menjadi salah satu solusi yang dapat dilakukan untuk mengurangi dampak yang ditimbulkan penyakit stroke sehingga diharapkan kualitas hidup dapat ditingkatkan. Program rehabilitasi merupakan program pelayanan kesehatan untuk memaksimalkan fungsi yang masih dimiliki yang terdiri atas pendekatan medik, vokasional-psikososial-edukational^{2,3}.

Rehabilitasi menjadi hal yang penting untuk pasien pasca stroke mengingat kualitas hidup dan tingkat kecacatan memiliki hubungan yang signifikan. Pasien stroke memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dari pada individu normal dan cenderung semakin menurun seiring berjalannya waktu³. Kecepatan penyembuhan pasien dari kecacatan dapat dipengaruhi oleh kepatuhan pasien stroke dalam melakukan rehabilitasi². Proses rehabilitasi membutuhkan waktu agar dapat terlihat hasilnya, sedangkan kepatuhan rehabilitasi tidak selalu sama⁸.

WHOQOL-BREF merupakan salah satu alat penilaian kualitas hidup yang dikembangkan oleh WHO yang berupa kuesioner umum turunan dari WHOQOL-100 yang tervalidasi dengan baik, *cross-cultural*, dapat diterapkan untuk berbagai kondisi klinis, dan memiliki cakupan luas yang dibagi dalam empat domain antara lain, lingkungan, psikologis, hubungan sosial, dan kesehatan fisik. Salah satu manfaat dari WHOQOL-BREF yaitu dapat digunakan dalam berbagai penelitian dengan berbagai intervensi dan pengaturan⁹.

RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi Klaten, Jawa Tengah memiliki data pasien dengan kejadian stroke yang cukup tinggi yaitu pada tahun 2011 sebanyak 160 pasien¹⁰. Berdasarkan data diatas, maka perlu dilakukan penelitian tentang hubungan antara tingkat kepatuhan rehabilitasi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke dengan WHOQOL-BREF sebagai instrumen untuk pengukuran kualitas hidupnya.

Metode

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross-sectional*, untuk menganalisis hubungan antara kepatuhan rehabilitasi dengan fisioterapi dan kualitas hidup pasien pasca stroke yang dilakukan dengan WHOQOL-BREF.

Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *accidental sampling* yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi sehingga didapatkan sampel berjumlah 125 orang. Kriteria inklusi adalah pasien rawat jalan RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi yang kontrol di poliklinik saraf atau instalasi rehabilitasi medik, umur 40 – 70 tahun, mengalami kelemahan pada minimal satu anggota gerak dengan derajat kekuatan otot minimal dua, mampu berkomunikasi secara lisan, tidak mengalami gangguan jiwa dan disorientasi waktu, ruang, maupun orang, serta bersedia menjadi subjek, sedangkan kriteria eksklusi adalah pasien yang mengundurkan diri menjadi subjek atas keinginannya sendiri karena alasan tertentu.

Penelitian ini dilakukan di unit rehabilitasi dan poliklinik saraf RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi pada bulan Oktober - Desember 2018 atau sampai jumlah sampel terpenuhi.

Pengumpulan data diawali dengan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan cara pengisian kuesioner pada subjek yang kemudian dilanjutkan dengan pengisian lembar *informed consent* dan kuesioner oleh subjek. Subjek yang tidak mampu mengisi kuesioner sendiri, maka akan dilakukan dengan cara wawancara terpimpin.

Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner tentang data demografi, *Moronsky Medication Adherence Scale (MMAS)*, dan WHOQOL-BREF. Kuesioner Data Demografi yang digunakan berisi identitas subjek (nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan lama menjalani rehabilitasi). Kuesioner *Medication Adherence Scale (MMAS)* digunakan sebagai instrumen pengukuran kepatuhan rehabilitasi yang

terdiri dari delapan pertanyaan dengan hasil skoring kepatuhan dikelompokkan menjadi kepatuhan tinggi yaitu apabila total skor ≥ 8 , kepatuhan sedang yaitu apabila total skor $6 < 8$, dan kepatuhan rendah yaitu apabila total skor < 6 . Kuesioner tersebut telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas sebelumnya oleh Kurniawan (2016) dengan hasil validitas 0,852 dan reliabilitas 0,921. Instrumen *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF) terdiri dari 26 pertanyaan dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas sebelumnya oleh Nurcahayarti (2011) dengan hasil validitas 0,798 dan reliabilitas 0,941, serta telah dialih bahasakan ke dalam bahasa Indonesia digunakan untuk mengukur kualitas hidup subjek dengan seluruh hasil dari skor kualitas hidup kemudian ditransformasikan menjadi 0-100 sesuai ketentuan WHOQOL-BREF. Semakin rendah skor yang didapat, semakin buruk kualitas hidup subjek, begitu juga sebaliknya, bila skor yang didapat semakin

tinggi maka kualitas hidup subjek semakin baik. Kualitas hidup dapat dikatakan baik apabila skor ≥ 50 dan dikatakan buruk apabila skor < 50 .

Analisis univariat dilakukan pada data karakteristik demografi (usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan lama menjalani rehabilitasi), data kuesioner kepatuhan rehabilitasi dan kualitas hidup secara deskriptif dengan menghitung persentase dan distribusi frekuensi. Analisis bivariat dilakukan pada variabel kepatuhan rehabilitasi dan variabel kualitas hidup dengan menggunakan uji korelasi *Spearman* dan Koefisien kontingensi.

Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

Karakteristik subjek penelitian yaitu pasien dengan diagnosa medis stroke yang menjalani rehabilitasi di RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi pada bulan Oktober – Desember 2018 yang dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1 Karakteristik Dasar Subjek Penelitian (n=125).

Karakteristik Subyek Penelitian	Jumlah (n=125)	Persentasi (%)
Usia		
Masa Dewasa Akhir (40-45 tahun)	10	8
Masa Lansia Awal (46-55 tahun)	38	30,4
Masa Lansia Akhir (56-65 tahun)	44	35,2
Masa Manula (66-70 tahun)	33	26,4
Jenis kelamin		
Laki-Laki	80	64
Perempuan	45	36
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	45	36
Bekerja	80	64
Pendidikan Terakhir		
Tidak Sekolah	19	15,2
SD	41	32,8
SMP	18	14,4
SMA	31	24,8
Perguruan Tinggi	16	12,8
Lama Menjalani Rehabilitasi		
2-6 bulan	47	37,6
7-12 bulan	45	36
13-18 bulan	11	8,8
19-24 bulan	22	17,6

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar subjek termasuk dalam kategori masa lansia akhir yaitu dalam rentang 56-65 tahun (35,2%) dan memiliki jenis kelamin laki-laki (64%). Subjek mayoritas bekerja (64%) dan memiliki pendidikan terakhir SD (32,8%). Sebagian besar subjek telah menjalani rehabilitasi selama 2-6 bulan (37,6%).

Tabel 2 Distribusi Subjek Berdasarkan Kepatuhan Rehabilitasi dan Tingkat Kualitas Hidup (n=125)

Karakteristik Subyek Penelitian	Jumlah (n)	Persentasi (%)
Kepatuhan Rehabilitasi		
Patuh Tinggi	37	29,6
Patuh Sedang	43	34,4
Patuh Rendah	45	36,0
Tingkat Kualitas Hidup		
Baik	85	68,0
Buruk	40	32,0

Tabel 2 memberikan hasil jumlah subjek yang memiliki kualitas hidup dengan kategori baik adalah 85 subjek (68,0%) sedangkan yang memiliki kualitas hidup buruk adalah 40 subjek (32,0%). Hasil tingkat kepatuhan rehabilitasi menunjukkan sebanyak 45 subjek (36,0%) memiliki tingkat kepatuhan rendah, 43 subjek (34,4%) memiliki kepatuhan sedang, dan 37 subjek (29,6%) memiliki kepatuhan tinggi.

2. Analisis Bivariat

Penelitian ini menggunakan Uji Spearman untuk mengetahui adanya hubungan antar variabel dan kekuatan korelasi. Hasil uji spearman pada penelitian ini tertera pada tabel berikut:

Tabel 3 Analisis Hubungan Kepatuhan Rehabilitasi dengan Kualitas Hidup Subjek (n=125)

Kualitas Hidup	Kepatuhan Rehabilitasi						Total	<i>p</i>	<i>r</i>	
	Patuh Tinggi		Patuh Sedang		Patuh Rendah					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baik	35	28,0	28	22,4	22	17,6	85	68,0	0,001	0,390
Buruk	2	1,6	15	12,0	23	18,4	40	32,0		
Total	37	29,6	43	34,4	45	36,0	125	100		

buruk sebanyak 2 subjek (1,6%). 28

Tabel 3 menunjukkan adanya hubungan kepatuhan rehabilitasi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi. Hasil korelasi Spearman Rho diperoleh nilai signifikansi (*p* value) sebesar 0,001 ($p < 0,05$). Jumlah subjek dengan kepatuhan rehabilitasi tinggi dan kualitas hidup baik sebanyak 35 subjek (28%) sedangkan subjek dengan kepatuhan rehabilitasi tinggi dan kualitas hidup

subjek (22,4%) memiliki kepatuhan rehabilitasi sedang dan kualitas hidup baik dan 15 subjek (12%) memiliki kepatuhan rehabilitasi sedang dan kualitas hidup buruk. Subjek dengan kepatuhan rehabilitasi rendah dan kualitas hidup baik sebanyak 22 subjek (17,6%) sedangkan subjek dengan kepatuhan rehabilitasi buruk dan kualitas hidup buruk sebanyak 23 subjek (18,4%).

Tabel 4 Analisis Hubungan variabel pengganggu dengan Kualitas Hidup Pasien pasca Stroke di RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi tahun 2018 (N=125)

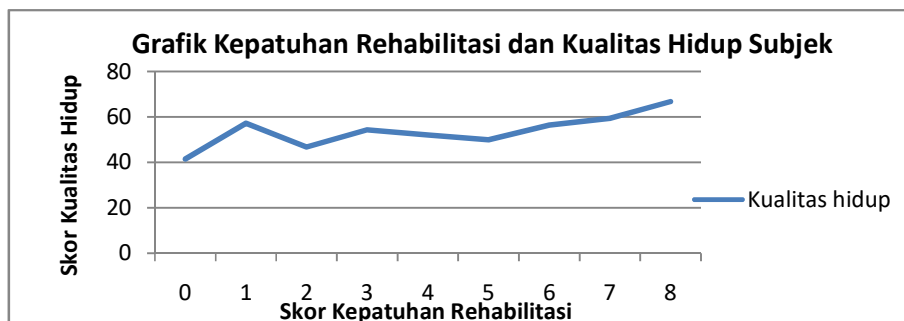
Karakteristik Responden	Kualitas Hidup		p-value
	Buruk (n) %	Baik (n) %	
Usia			
Dewasa Akhir	2 (1,6%)	8 (6,4%)	0,423
Lansia Awal	10 (8,0%)	28 (22,4%)	
Lansia Akhir	18 (14,4%)	26 (20,8%)	
Masa Manula	10 (8,0%)	23 (18,4%)	
Pendidikan			
Tidak Sekolah	8 (6,4%)	11 (8,8%)	0,088
SD	14 (11,2%)	27 (21,6%)	
SMP	7 (5,6%)	11 (8,8%)	
SMA	9 (7,2%)	22 (17,6%)	
Perguruan Tinggi	2 (1,6%)	14 (11,2%)	
Pekerjaan			
Tidak Bekerja	17 (13,6%)	28 (22,4%)	0,303
Bekerja	23 (18,4%)	57 (45,6%)	
Jenis Kelamin			
Laki-laki	23 (18,4%)	57 (45,6%)	0,299
Perempuan	17 (13,6%)	28 (22,4%)	
Lama Menjalani Rehabilitasi			
2-6 bulan	16 (12,8%)	31 (24,8%)	0,807
7-12 bulan	14 (11,2%)	31 (24,8%)	
13-18 bulan	2 (1,6%)	9 (7,2%)	
19-24 bulan	8 (6,4%)	14 (11,2%)	

Tabel 4.4 memberikan hasil usia sebagian besar subjek berada pada masa lansia akhir (35,2%) dengan subjek yang memiliki kualitas hidup buruk (14,4%) dan subjek yang memiliki kualitas hidup baik (20,8%). Hasil menunjukkan tidak adanya hubungan antara usia dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi

dengan korelasi Spearman Rho diperoleh nilai signifikansi (p value) sebesar 0,432 ($p > 0,05$). Tingkat pendidikan subjek terbanyak adalah SD (32,8%) dengan subjek berkualitas hidup buruk (11,2%) dan subjek berkualitas hidup baik (21,6%). Hasil korelasi Spearman Rho menunjukkan nilai signifikansi (p value) sebesar 0,088 ($p > 0,05$) yang

berarti tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi. Tabel diatas memberikan hasil sebagian besar subjek bekerja (64%) dengan subjek yang memiliki kualitas hidup buruk (18,4%) dan kualitas hidup baik (45,6%). Hasil korelasi Spearman Rho didapatkan nilai signifikansi (p value) sebesar 0,303 ($p>0,05$) sehingga tidak menunjukkan adanya hubungan antara pekerjaan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi. Subjek penelitian sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (64%) dengan subjek yang memiliki kualitas hidup buruk (18,4%) dan kualitas hidup baik (45,6%).

Hasil menunjukkan tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi dengan korelasi koefisien kontingensi didapatkan nilai signifikansi (p value) sebesar 0,299 ($p>0,05$). Sebagian besar subjek telah menjalani rehabilitasi selama 2-6 bulan (37,6%) dengan subjek yang memiliki kualitas hidup buruk (12,8%) dan kualitas hidup baik (24,8%). Hasil korelasi Spearman Rho menunjukkan nilai signifikansi (p value) sebesar 0,807 ($p>0,05$) yang berarti tidak ada hubungan antara lama rehabilitasi dengan kualitas hidup. Hasil tersebut dapat dilihat secara lebih jelas pada grafik berikut:



Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara kepatuhan rehabilitasi dengan kualitas hidup dengan p value 0,001 ($p < 0,05$) dan nilai $r = 0,0390$ yang bermakna korelasi positif dengan kekuatan korelasi lemah. Penelitian ini menunjukkan hasil tidak adanya hubungan antara faktor pengganggu (usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan jenis kelamin) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi.

1. Umur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada masa lansia akhir (35,2%) yaitu pada rentang usia 56-65 tahun. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Ghani *et al.*, (2016)¹¹ bahwa risiko terkena penyakit stroke lebih besar 5 kali pada kelompok usia ≥ 55 tahun dan angka kejadian stroke semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Subjek penelitian yang berada pada masa dewasa akhir, lansia

awal, lansia akhir, maupun manula sebagian besar memiliki kualitas hidup baik. Penelitian ini menunjukkan hasil tidak adanya hubungan antara usia dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rahman *et al.*, (2017)¹² bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kualitas hidup pasien stroke. Hal ini dapat terjadi karena sebagian lansia memang akan mengalami penurunan kualitas hidup yang disebabkan oleh kemunduran kondisi kesehatan fisik secara keseluruhan ketika memasuki fase lanjut usia, sedangkan sebagian lainnya masih mampu berinteraksi dan mendapatkan dukungan penuh dari keluarga serta masyarakat di sekitar tempat tinggalnya, sehingga merasa kehidupannya masih berguna bagi orang lain, hal tersebut menjadikan kualitas hidup mereka menjadi lebih baik.¹³ Selain itu, usia seseorang dapat mempengaruhi kepatuhan seseorang dalam menjalani terapi atau pengobatan, termasuk

rehabilitasi. Semakin tua usia seseorang, maka semakin baik dalam memutuskan tindakan atau sikap untuk memperbaiki atau meningkatkan kesehatannya.¹⁴ Hal ini bertentangan dengan penelitian Behzadifar *et al.*, (2016)¹⁵ yang menjelaskan bahwa usia dapat memicu penurunan kualitas hidup terutama pada dimensi mental dan fisik. Penurunan tersebut diakibatkan oleh keterbatasan fisik, perubahan situasi emosional yang terjadi karena proses penuaan. Perbedaan hasil yang didapatkan dapat terjadi akibat perbedaan kondisi subjek penelitian, seperti dalam faktor ekonomi, sosial, lingkungan, dan kondisi fisik.

2. Jenis kelamin

Penelitian ini menunjukkan hasil subjek laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang sebelumnya dilakukan oleh Wardhani and Martini (2015)² bahwa penyakit stroke paling banyak terjadi pada laki-laki. Laki-laki lebih berisiko terkena

penyakit stroke karena memiliki tingkat kepatuhan rendah untuk memeriksakan tekanan darahnya secara rutin dan kebiasaan merokok yang menjadi salah satu faktor risiko terjadinya penyakit stroke.¹³ Subjek penelitian baik laki-laki maupun perempuan cenderung memiliki kualitas hidup yang baik. Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Hafdia *et al.*, (2018)¹⁶ dan Rahman *et al.*, (2017)¹² yang mendapatkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Jenis kelamin juga tidak terlalu berpengaruh terhadap kepatuhan seseorang dalam menjalani terapi.²

3. Tingkat pendidikan

Penelitian ini memberikan hasil subjek sebagian besar memiliki tingkat pendidikan SD. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Wardhani dan

Martini (2015)² yang menyebutkan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor sosial ekonomi yang dapat mempengaruhi kejadian stroke secara tidak langsung. Hal ini berhubungan dengan kurangnya pengetahuan akibat rendahnya pendidikan, sehingga kurang mengetahui gaya hidup yang salah dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit termasuk stroke.¹¹ Tingkat pendidikan tidak terlalu mempengaruhi kepatuhan seseorang dalam menjalani rehabilitasi medik. Tingkat pendidikan mempengaruhi pemahaman seseorang terhadap informasi, akan tetapi tidak semua orang dengan pendidikan tinggi mendapatkan informasi yang sama sehingga pendidikan tinggi tidak menjamin seseorang patuh untuk melakukan rehabilitasi.² Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi. Hal ini bertentangan

dengan hasil penelitian Rahman *et al.*, (2017)¹² yang menemukan hubungan negatif antara tingkat pendidikan dan kualitas hidup. Tetapi hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmi (2011)¹⁷ yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup. Hal ini terjadi akibat banyaknya faktor lain yang lebih berperan dalam mempengaruhi kualitas hidup seperti kondisi fisik dan sosial.

4. Pekerjaan

Penelitian ini memberikan hasil subjek yang bekerja lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak bekerja yaitu sebanyak (64%). Menurut Wardhani dan Martini (2015)² pekerjaan merupakan salah satu faktor risiko tidak langsung dalam kejadian stroke. Pekerjaan memiliki kaitan yang erat dengan terjadinya serangan stroke pada seseorang.¹⁸ Hal ini berkaitan dengan tingkat stres seseorang dan pekerjaan merupakan salah satu faktor yang dapat

menyebabkan stres. Stres yang dialami seseorang secara terus menerus dalam waktu yang lama dapat meningkatkan risiko serangan stroke. Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kualitas hidup. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adawiyah (2014)¹⁹ yang menerangkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kualitas hidup, akan tetapi terdapat hubungan lemah antara pekerjaan dengan kepatuhan rehabilitasi. Jenis pekerjaan dapat menentukan tingkat ekonomi dan sosial ekonomi yang merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan pasien.²

5. Lama menjalani rehabilitasi

Penelitian ini menunjukkan hasil sebagian besar subjek telah menjalani rehabilitasi selama 2-6 bulan (37,6%). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Hayulita dan Sari (2014)²⁰ bahwa sebagian besar pasien stroke sudah menderita penyakit stroke selama

6 bulan bahkan lebih. Lama pasien dalam menderita stroke dapat digunakan untuk menentukan pemberian pengelolaan medis terutama rehabilitasi yang tepat.¹⁸

Penelitian *randomized control, single-blinded study*, yang telah dilakukan oleh Werner dan Kessler (1996)²¹ menunjukkan bahwa peningkatan fungsional tubuh yang signifikan dapat terjadi setelah terapi yang intensif pada pasien stroke setidaknya selama 6 bulan. Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara lama menjalani rehabilitasi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di RSJD. Dr. RM. Soedjarwadi. Hal ini sejalan dengan penelitian Kauhanen (1999)²² yang menjelaskan bahwa lama rehabilitasi tidak terlalu berpengaruh pada kualitas hidup, pada fase post stroke memang akan terjadi peningkatan skor kualitas hidup pasien stroke, akan tetapi pada selang waktu satu tahun setelah serangan stroke peningkatan yang terjadi sudah tidak akan signifikan. Berdasarkan

penelitian Winstein *et al.*, (2016)²³ salah satu bentuk rehabilitasi fisik pada fase kronik yaitu latihan fisik dapat menurunkan depresi atau rasa putus asa yang dialami pasien stroke.

6. Kepatuhan rehabilitasi dan kualitas hidup

Penelitian ini memberikan hasil subjek yang memiliki tingkat kepatuhan yang rendah (36%), sedangkan yang memiliki kepatuhan sedang dan tinggi (64%). Hal ini sesuai dengan penelitian Wardhani dan Martini (2015)² bahwa sebagian besar pasien telah patuh menjalani rehabilitasi, akan tetapi penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian Anggleni (2010)²⁴ yang menunjukkan bahwa lebih dari separuh (66,7%) pasien pasca stroke tidak patuh dalam menjalani rehabilitasi. Tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani rehabilitasi mempengaruhi cepat lambatnya proses penyembuhan pasien stroke dari kecacatan. Semakin teratur pasien menjalani rehabilitasi maka

pengembalian fungsi tubuh akan semakin cepat dan risiko komplikasi yang dapat ditimbulkan dapat dicegah.²⁵ Kepatuhan dalam menjalani rehabilitasi pasien stroke akan memperbaiki status kesehatan mereka kembali.¹⁸

Penelitian ini menunjukkan hasil 85 subjek memiliki kualitas hidup baik (68%) dan 40 subjek memiliki kualitas hidup buruk (32%). Berbeda dengan hasil penelitian Tamara dan Nauli (2014)²⁶ yang mendapatkan hasil 50% manula memiliki kualitas hidup baik dan 50% manula lainnya memiliki kualitas hidup buruk. *World Health Organization* menyatakan bahwa kualitas hidup dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu kondisi fisik, sosial, keadaan psikologis, dan lingkungan. Peningkatan kualitas hidup adalah tujuan akhir dari program rehabilitasi medik, karena salah satu aspek yang sangat mempengaruhi kualitas hidup seseorang adalah mobilitas.²⁷

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara kepatuhan rehabilitasi dengan kualitas hidup dengan p value 0,001 ($p < 0,05$). Hal ini sejalan dengan penelitian Dewi (2018)²⁸ yang menemukan adanya hubungan antara level aktivitas fisik yang tinggi dengan kualitas hidup baik dari lansia. Lansia yang memiliki permasalahan kesehatan seperti stroke pada umumnya juga akan mengalami keterbatasan aktivitas fisik. Gangguan fungsi otak yang terjadi akibat penyakit stroke dapat menyebabkan kecacatan fungsi motorik, sensorik, maupun kognitif sehingga menghambat kemampuan fungsional seperti aktivitas fisik hingga komunikasi dengan orang sekitar.²⁹ Penurunan aktivitas fisik tersebut akan memperburuk kondisi kesehatan dan kualitas hidup lansia.²⁸ Penurunan kondisi fisik yang menyebabkan keterbatasan fisik dapat menghambat kesejahteraan sehingga menyebabkan penurunan kualitas

hidup.³⁰ Rehabilitasi fisik pada pasien pasca stroke dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot guna memperbaiki fungsi fisik dan mencegah terjadinya kekakuan otot.³¹ Menurut Wardhani dan Martini (2015)², kepatuhan rehabilitasi yang baik dapat meningkatkan kecepatan pengembalian fungsi fisik pasien. Semakin tinggi kepatuhan rehabilitasi pasien maka fungsi tubuh akan kembali lebih cepat dan risiko komplikasi menurun, begitu juga sebaliknya, rehabilitasi yang tidak dilakukan secara teratur akan meningkatkan risiko kelumpuhan secara permanen.² Kepatuhan rehabilitasi yang tinggi dapat meningkatkan fungsi fisik pasien pasca stroke sehingga kualitas hidup pasien akan meningkat.

Kesimpulan

Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat hubungan lemah yang bermakna antara kepatuhan rehabilitasi dengan kualitas hidup pasien

pasca stroke berdasarkan WHOQOL-BREF.

Saran

Saran bagi peneliti selanjutnya diharapkan untuk dapat meneliti faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke seperti faktor psikologis, lingkungan, sosial, dan fisik, serta dapat menggunakan metode penelitian yang lebih tinggi seperti kohort dalam menilai kualitas hidup pasien. Peneliti selanjutnya juga diharapkan dapat membedakan subjek penelitian berdasarkan jenis stroke untuk melihat perbedaan antara dua kelompok dan menilai derajat keparahan stroke.

Daftar Pustaka

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, et al. An Updated Definition of Stroke for the 21st Century: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(7):2064-2089. doi:10.1161/STR.0b013e318296aeca
2. Wardhani IO, Martini S. The Relationship between Stroke Patients Characteristics and Family Support with Compliance Rehabilitation. *J Berk Epidemiol*. 2015;3(1):24. doi:10.20473/jbe.v3i1.2015.24-34
3. Tastekin N. Rehabilitation and Quality of Life in Stroke Patients. *Türkiye Fiz Tip Ve Rehabil Derg*. 2015;61(2):97-98. doi:10.5152/tftrd.2015.001
4. Pandian J, Navarro JC. Stroke Epidemiology in South, East, and South-East Asia: A Review. *J Stroke*. 2017;19(3):286-294. doi:10.5853/jos.2017.00234
5. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013. 2014.
6. Stroke Association. State of the Nation Stroke statistics. *Stroke Assoc Resour Sheet*. 2017;(January):1-37. doi:10.2307/j.ctt80ggr
7. Tastekin N. Rehabilitation and Quality of Life in Stroke Patients. *Türkiye Fiz Tip Ve Rehabil Derg*. 2015;61(2):97-98. doi:10.5152/tftrd.2015.001
8. Yao M, Chen J, Jing J, Sheng H, Tan X, Jin J. Defining the rehabilitation adherence curve and adherence phases of stroke patients: an observational study. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:1435-1441. doi:10.2147/PPA.S139854
9. Kar N, Swain SP, Patra S, Kar B. The WHOQOL-BREF: Translation and validation of the odia version in a sample of patients with mental illness. *Indian J Soc Psychiatry*. 2017;33(3):269-273. doi:10.4103/0971-9962.214599
10. Pramono C. EFEKTIVITAS LATIHAN ROM (Range of Motion) TERHADAP PENINGKATAN KEMANDIRIAN ADL (Activity Daily Living) PADA LANSIA

- STROKE. *TRIAGE J Ilmu Keperawatan*. 2016;7(1). <http://ejournal.stikesmukla.ac.id/index.php/triage/article/view/178>. Accessed July 7, 2019.
11. Ghani L, Mihardja LK, Delima D. Faktor Risiko Dominan Penderita Stroke di Indonesia. *Bul Penelit Kesehat*. 2016;44(1). doi:10.22435/bpk.v44i1.4949.49-58
 12. Rahman R, Dewi FST, Setyopranoto I. Dukungan keluarga dan kualitas hidup bagi penderita stroke pada fase pasca akut di Kabupaten Wonogiri. *Ber Kedokt Masy*. 2017;33(8):383. doi:10.22146/bkm.22599
 13. Octaviani R. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia Pasca Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Gajahan Surakarta. *Univ Muhammadiyah Surak*. 2014:17.
 14. Notoatmodjo S. *Ilmu kesehatan masyarakat: prinsip-prinsip dasar*. Jakarta: Rineka Cipta; 1997.
 15. Behzadifar M, Behzadifar M, Saroukhani M, Sayehmiri K, Delpisheh A. Evaluation of Effective Indexes on Quality of Life Related to Health in Western Iran in 2013. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(11). doi:10.5812/ircmj.23781
 16. Hafdia ANA, Alwi MK, Asrina A. Analisis Kualitas Hidup Pasien pasca Stroke di RSUD Kabupaten Polewali Mandar. *Univ Muslim Indones Makassar*. 2018;1:8.
 17. Rahmi U. Pengaruh Discharge Planning Terstruktur terhadap Kualitas Hidup Pasien Stroke Iskemik. *Univ Indones*. 2011:130.
 18. Kurniawan R. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Rehabilitasi Fisik Pasien Stroke di RSUD Kota Yogyakarta. *Univ Muhammadiyah Yogyak*. 2017:21.
 19. Adawiyah R. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup pada Pasien pasca Stroke. *Univ Indones*. 2014:9.
 20. Hayulita S, Sari DR. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Depresi pada Pasien pasca Stroke di Ruang Rawat Jalan Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukit Tinggi Tahun 2014. *Univ Indones*. 2014:14.
 21. Werner RA, Kessler S. Effectiveness of an intensive outpatient rehabilitation program for postacute stroke patients. *Am J Phys Med Rehabil*. 1996;75(2):114-120.
 22. Kauhanen M, Korpelainen JT, Hiltunen P, et al. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. *Stroke*. 1999;30(9):1875-1880.
 23. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016;47(6). doi:10.1161/STR.0000000000000098
 24. Cholisoh Z, Karuniawati H, Azizah T, Zaenab Z, Hekmah LN. Factors Affecting Non-Adherence to Secondary Stroke Prevention Therapy in Ischemic Stroke Patients. *J Manaj DAN PELAYANAN Farm J Manag Pharm Pract*. 2018;8(2):90. doi:10.22146/jmpf.34434
 25. Nastiti D. Gambaran Faktor Risiko Kejadian Stroke pada Pasien Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit Krakatau Medika Tahun 2011. *Univ Indones*. 2011:117.

26. Tamara E, Nauli FA. Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Univ Indones.* 2014;7.
27. Oxtavia V-, Jumaini - -, Lestari W-. Hubungan Citra Tubuh Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis. *J Online Mhs JOM Bid Ilmu Keperawatan.* 2014;1(1):1-10.
28. Dewi SK. Level Aktivitas Fisik dan Kualitas Hidup Warga Lanjut Usia. *Media Kesehat Masy Indones.* 2018;14(3):241.
doi:10.30597/mkmi.v14i3.4604
29. Bariroh U. Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pasien pasca Stroke (Studi di RSUD Tugurejo Kota Semarang). *J Kesehat Masy.* 2016;4:10.
30. Rohmah AIN, Bariyah K. Kualitas Hidup Lanjut Usia. *J KEPERAWATAN.* 2012;3:13.
31. Pradana MD. Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro. *Univ Muhammadiyah Surak.* 2016:22.