

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RS PKU Muhammadiyah Gamping merupakan salah satu amal usaha milik Persyerikatan Muhammadiyah yang bergerak dalam pelayanan kesehatan. RS PKU Muhammadiyah Gamping berkedudukan di Jl. Wates km 5,5 Ambarketawang, Gamping, Sleman, Daerah istimewa Yogyakarta. Rumah sakit PKU berdiri sejak tanggal 15 Februari 2009.

Visi Rumah sakit adalah mewujudkan RS Pendidikan dan riset dengan jejaring dan kemitraan yang kuat. Misinya adalah pelayanan publik dan social, pendidikan, penelitian dan pengembangan, dakwah. RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah salah satu rumah sakit swasta type C dengan predikat Paripurna, yang mempunyai kapasitas rawat inap 215 tempat tidur yang terbagi 12 bangsal perawatan , serta memiliki layanan rawat jalan , pelayanan IGD 24 jam , dan layanan *Holistic health Care* di seluruh pelayanan rumah sakit.

Peneliti melakukan penelitian di 6 bangsal yaitu: bangsal Zaitun, Wardah, Az-zahra, At-Tin, Ar-Royan, Al-Kautsar di karenakan pasien stroke terbanyak pada bangsal tersebut, dalam sehari peneliti bisa mendapatkan 3 sampai 4 pasien per hari pada pasien stroke yang belum di beri layanan *HHC*. Dan seteleh di beri layanan *HHC*.

## B. Hasil Penelitian

Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 36 responden rawat inap sebelum dan setelah diberikan layanan *HHC* pada pasien yang sama serta bersedia menjadi responden, di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

### 1. Analisa Univariat

#### a. Gambaran karakteristik Responden

**Tabel 4. 1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik, pendidikan jenis kelamin dan usia**

No	Karakteristik responden	Jumlah (N)	Persentase (%)
1	<b>Pendidikan</b>		
	SD	10	27,8
	SMP	6	16,7
	SMA	11	30,6
	Perguruan Tinggi	9	25,0
	Total	36	100,0
2	<b>Jenis Kelamin</b>		
	Laki-laki	22	61,1
	Perempuan	14	38,9
3	<b>Usia</b>		
	Mean±SD	59,69±7,16	
	Min-Max	47-69	
	Total	36	100,0

*Sumber: Data Primer 2020*

Pada tabel 4.1 di atas dapat digambarkan bahwa distribusi karakteristik responden berdasarkan pendidikan tertinggi adalah sekolah menengah atau SMA sebanyak 11 responden (30,6%). Jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki sebesar 22 responden

(61,1%). usia responden rerata 59,69 tahun. Dengan usia minimum 47 tahun dan maximum 69 tahun.

**b. Gambaran kualitas hidup pasien stroke sebelum dan setelah diberikan layanan HHC**

**Tabel 4. 2 Distribusi kualitas hidup pasien stroke sebelum dan setelah diberi layanan *intervensi* HHC**

Variable	Domain	Pre Test		Post Test		Selisih
		Mean±SD	Min-Max	Mean±SD	Min-Max	
Kualitas hidup pasien stroke	Fisik (D1)	22,16±4,03	11-29	23,36±4,00	11-31	1,20
	Psiko Emosional (D2)	21,33±4,21	13-31	22,66±4,02	14-35	1,33
	Kognitif (D3)	16,22±3,89	8-24	17,27±3,69	8-25	1,05
	Economii social (D4)	24,80±4,06	15-35	25,47±3,69	15-35	0,67
	Jiwa (D5)	23,86±5,70	15-49	23,69±3,67	17-30	0,17
	Spiritual (D6)	15,88±2,74	10-20	16,22±2,47	10-20	0,34
	Interaksi Spiritual (D7)	15,47±2,75	9-20	16,05±2,44	9-20	0,58
Total		139,75		144,75		5

*Sumber: Data Primer 2020*

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa rerata seluruh domain (D1-D7) dari hasil kuisisioner kualitas hidup pasien stroke *pre* layanan HHC adalah (139,75). Sedangkan hasil kuesioner kualitas hidup pasien stroke *post* layanan dan *intervensi* HHC

diseluruh domain (D1-D7) mengalami peningkatan (144,75). Dengan selisih secara keseluruhan domain adalah 5.

**Tabel 4. 3 kategori hasil Assessment layanan HHC**

Kategori HHC	Assessment Awal		Assessment Ulang	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Sorrow	1	3	0	0
Guide	2	6	0	0
Revive	3	8	0	0
Nirvana	30	83	36	100
<b>Total</b>	36	100	36	100

Sumber: hasil e-HHC 2020

Dari tabel 4.3 kategori hasil Asesment awal pada *HHC* didapatkan kategori tertinggi adalah *Nirvana* (83%), dan kategori terendah adalah *Sorrow* (3%). Setelah dilakukan intervensi dilakukan Asessment ulang didapatkan hasil semua kategori *Nirvana* (100%).

## 2. Analisis Bivariat

Pada analisis bivariat dilakukan dengan metode *paired sample T-test*. Metode ini dipilih karena data penelitian merupakan data numerik dan data berdistribusi normal.

**Tabel 4. 4 Data Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan tingkat Pendidikan, Jenis Kelamin dan Usia dan perubahan kualitas hidup pasien stroke**

No	Variabel	Perubahan QOL (n=36)				Nilai <i>P-Value</i>
		Menurun		Meningkat		
		f	%	f	%	
1	<b>Pendidikan</b>					
	SD & SMP	4	11,1%	12	33,3%	0,343
	SMA&Perguruan Tinggi	8	22,2%	12	33,3%	
2	<b>Jenis Kelamin</b>					
	Laki-laki	6	16,7%	16	44,4%	0,334
	Perempuan	6	16,7%	8	22,2%	
3	<b>Usia</b>					
	< 60	7	19,4%	10	27,8%	0,345
	> 60	5	13,9%	14	38,9%	

*Sumber : Data Primer 2020*

Tabel 4,4 hasil analisis karakteristik responden terhadap perubahan kualitas hidup pasien stroke didapatkan tingkat pendidikan dengan *P-value* = 0,343, Jenis kelamin *P-value* = 0,334, usia *P-value* = 0,345. Hal ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan, jenis kelamin dan usia terhadap perubahan kualitas hidup pasien.

**Tabel 4. 5 Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Stroke Pretest dan Posttest HHC**

Variabel	Domain	Pretest Mean	Posttest Mean	Selisih	Nilai <i>P</i>
Kualitas hidup pasien stroke	Fisik (D1)	22,16	23,36	1,20	0.009**
	Psiko Emosional (D2)	21,33	22,66	1,33	0.009**
	Kognitif (D3)	16,22	17,27	1,05	0.008**
	Economii social (D4)	24,80	25,47	0,67	0.025*
	Jiwa (D5)	23,86	23,69	0,17	0.097
	Spiritual (D6)	15,88	16,22	0,34	0.070
	Interaksi Spiritual (D7)	15,47	16,05	0,58	0.022*
Total <i>QOL</i>		139,75	144,75	5	0,004**

*Sumber: Data Primer 2020*

Table 4.5 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kualitas hidup pasien stroke yang signifikan pada saat dilakukan *pretest* dan *posttest*. Kenaikan tersebut dapat dilihat pada setiap domain (D1) terdapat kenaikan selisih 1,20. Dengan nilai  $P=0.009$ , (D2) terjadi kenaikan selisih 1,33 dengan nilai  $P= 0.009$ , (D3) kenaikan selisih 1,05 dengan nilai  $P= 0.008$ , (D4) kenaikan selisih 0,67. Dengan nilai  $P= 0.025$ , (D5) kenaikan selisih 0,17. Dengan nilai  $P= 0.097$ , (D6) kenaikan selisih 0,34. Dengan nilai  $P= 0.070$ , (D7) kenaikan selisih 0,58. Dengan nilai  $P= 0.022$ .

Dari hasil secara keseluruhan pada domain (D1-D7) didapatkan kenaikan yang signifikan 144,75 dengan nilai  $P=0.004$  Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh *Holistic Health Care* terhadap Kualitas Hidup pasien Stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping

### 3. Hasil Uji *Effect Size*

Uji effect size menurut (Goulet-Pelletier & Cousineau, 2018) untuk mengetahui *effect size* pada dua kelompok dapat menggunakan rumus

$$Cohen's d = \frac{M_1 - M_2}{SD_{pooled}} \quad SD_{pooled} = \frac{\sqrt{(n_1 - 1)Sd_1^2 + (n_2 - 1)Sd_2^2}}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$SD_{pooled} = \frac{\sqrt{(36 - 1)20,428^2 + (36 - 1)19,262^2}}{36 + 36 - 2}$$

$$SD_{pooled} = \frac{\sqrt{27591,473}}{70}$$

$$SD_{Pooled} = 19,853561$$

$$Cohen's d = \frac{139,75 - 144,75}{19,853561}$$

$$Cohen's d = 0,25$$

Hasil analisis dengan uji *effect size* pada kedua kelompok pasien stroke *pre* dan *post* pemberian layanan intervensi *HHC* berdasarkan rumus *cohen's* didapatkan nilai *effect* 0.25 (*effect*

sedang) sehingga dapat dikatakan bahwa *HHC* mempunyai efek yang sedang pada perubahan kualitas hidup pasien.

## **C. Pembahasan**

### **1. Gambaran Karakteristik Responden**

#### **a. Pendidikan**

Berdasarkan data karakteristik rata-rata pendidikan Responden dalam penelitian ini mayoritas berpendidikan menengah atau SMA (30,6%). Tingkat pendidikan ini termasuk cukup baik untuk seseorang dalam meningkatkan kualitas hidup manusia itu sendiri. Hal ini membuktikan bahwa pendidikan mempunyai pengaruh yang besar dalam kehidupan seseorang atau kelompok agar seseorang menjadi dewasa untuk mencapai tingkat penghidupan yang lebih tinggi dalam arti mental. (Adam Idris, 2019). Dalam penelitian (Bariroh, 2016) menyatakan penderita stroke 22 orang berpendidikan SMP-SMA dan berpeluang terkena stroke 1,74. dalam penelitian (Khalid et al., 2016). Hasil penelitian menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien adalah tingkat pendidikan. Sehingga pendidikan menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

#### **b. Jenis Kelamin**

Dalam penelitian ini mayoritas jenis kelamin laki-laki (61,1%). Karena ada beberapa faktor kebiasaan yang sering dilakukan pada umumnya laki-laki salah satunya merokok, hal ini juga banyak dialami oleh 76 % perokok lebih beresiko mengakibatkan stroke, (Hafdia et al., 2018). Sehingga kualitas hidup perempuan pasien stroke lebih rendah dari pada pasien stroke berjenis kelamin laki-laki. Hal ini sesuai penelitian (Bariroh, 2016) yang menyatakan jenis kelamin perempuan memiliki prevalensi devresi dan tingkat kecemasan yang tinggi sehingga pada perempuan kualitas hidup lebih rendah dari pada laki-laki.

**c. Usia**

Usia responden dalam penelitian ini rerata 59 tahun, karena dalam melakukan penelitian ini peneliti membatasi usia responden sesuai Boehme *et al.*, (2017) adalah 44-69 tahun. Karena seiring bertambahnya usia pada seseorang secara normal akan terjadi perubahan baik fisik, psikologis bahkan intelektual sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup dalam proses kesembuhan pasien stroke. (Hafdia *et al.*, 2018). Menyatakan Bahwa responden yang memiliki kualitas hidup yang buruk pada usia beresiko pada

kelompok umur 55 tahun dibandingkan dengan usia yang tidak berisiko.

**d. Kategori *HHC***

Kategori tertinggi pada assessment *HHC* adalah *NIRVANA* (83 %) sedangkan (17%) terbagi dalam kategori *sorrow*, *Guide* dan *revive*. Dari hasil kategor ini menunjukkan bahwa ada beberapa pasien stroke yang mengalami perubahan cara penerimaan dan coping religius terhadap penyakitnya sehingga terjadi perubahan kategori dalam penilaian dalam layanan *HHC*. (Tim Kelompok Kerja Pokja Spiritual Care, 2015) yang menyatakan bahwa setiap manusia akan merespon penyakitnya secara berbeda baik dalam penerimaan ataupun penolakan disetiap kejadian pada dirinya. Hal ini sesuai dengan penelitian (Fryer *et al.*, 2016) menyatakan terdapat faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke dalam berinteraksi antara lain faktor fisik, fungsional, social, dan mental sehingga kualitas hidup pada penderita stroke lebih rendah dan partisipasi peran serta dalam kegiatan komunitas sangat berkurang.

**2. Gambaran kualitas hidup pasien stroke sebelum dan setelah diberikan intervensi layanan *HHC***

**a. Data Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan tingkat Pendidikan, Jenis Kelamin dan Usia dan perubahan kualitas hidup pasien stroke**

Berdasarkan tabel 4.5 hasil distribusi karakteristik pendidikan, jenis kelamin dan usia tidak ada pengaruh terhadap perubahan kualitas hidup pasien. Karena pendidikan yang tinggi mampu membuat seseorang menjadi dewasa dan mampu mengendalikan rasa cemas serta meningkatkan kualitas hidup pasien itu sendiri. Hal tersebut mendukung penelitian (Adam Idris, 2019) bahwa pendidikan mempunyai pengaruh yang besar terhadap seseorang dalam membuka fikiran dan pengetahuan untuk meningkatkan potensi yang dimiliki seseorang sehingga kehidupan seseorang menjadi lebih baik, karena pendidikan berfungsi untuk meningkatkan kualitas manusia itu sendiri.

Pada Jenis kelamin didapatkan hasil yang tidak signifikan terhadap perubahan kualitas hidup pasien stroke. pernyataan sejalan dengan penelitian (Rachmania, Nindita *et al.*, 2020) dengan hasil penelitiannya mengatakan jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien stroke. Pernyataan ini berbeda menurut penelitian (Hafdia *et al.*, 2018) yang menunjukkan bahwa pasien pasca stroke dengan

kualitas hidup buruk banyak terjadi pada laki-laki dengan hasil persentasi 52,1%, pada kelompok perempuan kualitas hidup baik dengan persentasi tertinggi 51,9%.

Sedangkan untuk karakteristik usia dalam penelitian ini tidak ada pengaruh terhadap perubahan kualitas hidup pasien stroke. karena usia 49-69 tahun tersebut mampu mengontrol emosi dan mampu mengontrol kecemasan, sehingga usia bukanlah faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien. Menurut (Bariroh, 2016) dalam penelitiannya mengatakan bahwa kelompok umur  $\geq 55$  tahun terjadi peningkatan kualitas hidup baik dengan persentasi tertinggi 67,7%. Hal ini sangat bertentangan pada hasil penelitian (Rachmania, Nindita *et al.*, 2020) yang menyatakan usia memiliki hubungan signifikan terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik.

### **3. Distribusi kualitas hidup pasien stroke sebelum dan setelah diberi layanan intervensi *HHC***

Berdasarkan hasil penelitian kepada 36 responden didapatkan bahwa gambaran kualitas hidup pasien stroke *pre* layanan *HHC* dan *post* layanan *HHC* mengalami peningkatan yang signifikan secara keseluruhan pada domain (D1-D7). dikarenakan pada penderita stroke yang dirawat inap mampu menerapkan agama dalam kehidupannya

sehingga dapat meningkatkan kemampuan adaptasi pasien terhadap penyakitnya dalam proses kesembuhan. Hal ini sesuai dengan pernyataan (Tim Kelompok Kerja Pokja Spiritual Care, 2015) bahwa Holistic Health Care dalam pendekatan spiritual adalah sebagai ukuran seberapa jauh pengetahuan seseorang, seberapa kokoh keyakinan yang dimiliki, seberapa besar pelaksanaan ibadah yang telah dilaksanakan, dan seberapa besar penghayatan atas agama yang dianutnya sehingga pasien mempunyai keyakinan yang kuat bahwa setiap penyakit akan ada obatnya dan kualitas hidup pasien akan jauh lebih baik dalam proses kesembuhan. Berdasarkan penelitian (Demirsoy, 2017) pendekatan humanistic pada pelayanan perawatan kesehatan adalah suatu pendekatan yang menjamin nilai-nilai pasien dalam keputusan klinis pada tingkat tertentu dan menghormati individu, preferensi kebutuhan dan nilai-nilai pasien.

#### **4. Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Stroke Pretest Dan Posttest *HHC***

Tabel 4.4 pada domain (D1-D4 dan D7) di dapatkan hasil *pretest* dan *posttest* mengalami peningkatan yang signifikan. dalam domain fisik, psiko-emosional, kognitif, eko-sosial, dan interaksi spiritual, hal ini dikarenakan faktor fisik pada pasien stroke dapat terpenuhi dengan pengobatan secara medis, serta psiko-emosional,

kognitif, eko-sosial dan spiritual pada pasien dapat meningkat dengan tumbuh keyakinan yang kuat untuk mendapatkan kesembuhan pada diri pasien terhadap penyakitnya. Sedangkan pada domain D5 dan D6 mengalami peningkatan yang tidak signifikan yaitu pada domain jiwa dan spiritual hal ini dikarenakan pada pasien dengan aspek spiritual yang positif terganggu sehingga mengganggu tingkat keyakinan yang kuat pada diri pasien dalam penerimaan terhadap penyakitnya, dan pada aspek jiwa pasien mengalami gangguan kondisi emosional yang negative yang ikut memainkan peran dalam proses kesembuhan pada pasien itu sendiri sehingga domain 5 dan domain 6 mengalami kenaikan yang tidak signifikan. Akan tetapi dari total hasil keseluruhan domain (D1-D7) dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh kualitas hidup pasien sebelum dan setelah diberikan layanan *HHC*, dengan kenaikan yang signifikan (144,75) dengan nilai  $P= 0.004$  . hasil analisis dengan uji *effect size* pada kedua kelompok pasien stroke *pre* dan *post* pemberian layanan intervensi *HHC* berdasarkan rumus *cohen's* didapatkan nilai *effect* 0.25 (*effect* sedang) sehingga dapat dikatakan bahwa *HHC* mempunyai efek yang sedang pada perubahan kualitas hidup pasien.

Karena manfaat diberikannya layanan *HHC* adalah *agar* pasien dapat terpenuhi kebutuhan dan tanggung jawab religiusnya, pasien

juga dapat menggunakan potensi dirinya secara efektif, dapat beraktualisasi diri dan meningkat eksistensinya, serta pasien memperoleh kehidupan yang lebih sehat dan bermakna (Tim Kelompok Kerja Pokja Spiritual Care, 2015). Dalam penelitian (Malik *et al.*, 2018), konsep *holistic* ini mampu menggeser tradisional terutama perawatan terfokus biomedis menuju model dengan penekanan yang lebih besar pada lima dimensi lain dari kehidupan pasien, termasuk kesejahteraan psikologis, social dan spiritual, dan kualitas hidup mereka. Dalam teori keperawatan yang dikemukakan oleh Virginia Henderson bahwa pasien adalah sebagai individu sempurna yang dilahat secara keseluruhan baik bio, psiko, kultural serta spiritual dan membutuhkan 14 kebutuhan dasar yang harus dipenuhi oleh individu (Alligood, 2017). Sehingga Kualitas hidup terkait kesehatan (HRQoL) mampu mencerminkan fisik seseorang yang sebenarnya atau yang diharapkan kesejahteraan emosional dan social dalam kaitan dengan kondisi medisnya. (Guo *et al.*, 2017).

#### **D. Keterbatasan Penelitian**

##### **1. Kualitas Hidup Pasien Stroke**

Pada penelitian ini hanya menilai kualitas hidup pasien stroke sebelum dan setelah diberikan layanan *HHC* saat pasien dalam perawatan rumah sakit , akan tetapi pada saat pasien pulang , kualitas

hidup pasien tidak dapat dinilai kembali oleh peneliti untuk mengetahui seberapa besar manfaat yang dirasakan oleh pasien selama perawatan *holistic* saat pulang di rumah.

## **2. *Holistic Health Care***

Untuk e- *HHC* masih harus diperbaiki lagi karena pemberian intervensi kepada pasien masih cukup beragam antara professional pemberi asuhan, sehingga sulit bagi peneliti untuk mengevaluasi perilaku pasien terhadap intervensi *HHC* yang telah diberikan oleh petugas. Serta pada asesment *HHC* aspek fisik masih terpisah dari asesment *HHC*, pada asesment *HHC* hanya terdapat aspek psikologis dan spiritual saja sehingga peneliti harus melihat pengkajian secara umum yang telah dibuat oleh professional pemberi asuhan.