

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DAN KUALITAS
HIDUP PADA PASIEN STROKE**

SKRIPSI

Diajukan Kepada Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya
Program Studi Psikologi Universitas Islam Indonesia
Untuk Memenuhi Sebagian Syarat Dari Syarat-Syarat Guna Memperoleh Derajat
Sarjana S1 Psikologi



Oleh:

SAVIRA JUNIASTIRA

14320072

**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2018**

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi Dengan Judul :

HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN STROKE

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Skripsi Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia untuk Memenuhi Sebagian Syarat Dari Syarat-Syarat Guna Memperoleh Derajat Sarjana S1 Psikologi



Mengesahkan,
Program Studi Psikologi
Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya
Universitas Islam Indonesia

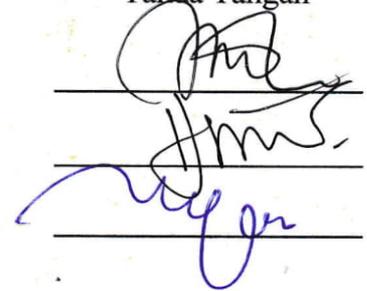
Ketua Prodi


Mira Aliza Rachmawati S.Psi., M.Psi.

Dewan Penguji

1. Rr. Indahria Sulistyarini, S.Psi., M.A., Psikolog.
2. Yulianti Dwi Astuti, S.Psi., M.Soc. Sc,
3. Qurotul Uyun, S.Psi., M.Si., Dr. Phil., Psikolog.

Tanda Tangan



PERNYATAAN ETIKA AKADEMIK

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Savira Juniastira
No. Mahasiswa : 14320072
Program Studi : Psikologi
Judul Skripsi : Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup
pada Pasien Stroke

Melalui surat ini saya menyatakan bahwa :

1. Selama melakukan penelitian dan pembuatan laporan penelitian skripsi saya tidak melakukan tindak pelanggaran etika akademik dalam bentuk apapun, seperti penjiplakan, pembuatan skripsi oleh orang lain, atau pelanggaran lain yang bertentangan dengan etika akademik yang dijunjung tinggi Universitas Islam Indonesia. Oleh karena itu, skripsi yang saya buat merupakan karya ilmiah saya sebagai penulis, bukan karya jiplakan atau karya orang lain.
2. Apabila dalam ujian skripsi saya terbukti melanggar etika akademik, maka saya siap menerima sanksi sebagaimana aturan yang berlaku di Universitas Islam Indonesia.
3. Apabila dikemudian hari, setelah saya lulus dari Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Indonesia ditemukan bukti secara meyakinkan bahwa skripsi saya adalah jiplakan atau karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan Universitas Islam Indonesia.

Yogyakarta, 18 April 2018



Yang menyatakan,

Savira Juniastira
Savira Juniastira

HALAMAN PERSEMBAHAN



Subhanallah walhamdulillah walaa ilaa ha illallah wallahu akbar,

Atas segala nikmat, pertolongan serta kekuatan yang telah engkau berikan selama ini. Satu langkah hidupku yang baru telah berhasil aku lewati dengan segala ujian serta cobaan dalam menempuh ilmu di Program Studi Psikologi Universitas Islam Indonesia. Akhirnya, skripsi ini bisa aku selesaikan.

Karya sederhana ini aku persembahkan untuk :

Ayahanda Novi Arsyandi Biki & Ibunda Andi Shanti Rianasari

Atas segala kasih sayang, pengorbanan, perhatian, dukungan, nasihat yang diberikan, serta doa yang tak pernah hentinya beliau panjatkan selama ini. Terima kasih karena telah menjadi alasan utamaku untuk tetap kuat dalam segala ujian.

Adikku Muhammad Rifqi Fadhillah & Muhammad Raihan Fachrezzy

Atas segala kasih sayang, perhatian, doa yang selalu dipanjatkan, keceriaan, serta kekuatan yang selalu diberikan.

Keluarga Besar Andi Sultan, Sastrodiharjo & Arief Biki

Atas segala kasih sayang, doa, perhatian, nasihat-nasihat, serta dukungan yang selalu diberikan.

HALAMAN MOTTO

يُسْرًا أَمْرَهُ مِنْ لَدُنْهُ يَجْعَلُ اللَّهُ يَتَّقِ وَمَنْ

”Dan barang siapa bertakwa kepada Allah, niscaya Allah menjadikan baginya kemudahan dalam urusannya”

(Q.S At-Talaq: 4)

وَمَا جَعَلَهُ اللَّهُ إِلَّا بُشْرَىٰ لَكُمْ وَلِتَطْمَئِنَّ قُلُوبُكُمْ بِهِ ۗ وَمَا النَّصْرُ
الْحَكِيمِ إِلَّا مِنْ عِنْدِ اللَّهِ الْعَزِيزِ

“Dan Allah tidak menjadikan pemberian bala bantuan itu melainkan sebagai kabar gembira bagi (kemenangan)mu, dan agar tenteram hatimu karenanya. Dan kemenanganmu itu hanyalah dari Allah Yang Maha Perkasa lagi Maha Bijaksana”

(Q.S. Ali – Imran: 126)

“The best years of your life are the ones in which you decide your problems are your own. You do not blame them on your mother, the ecology, or the president. You realize that you control your own destiny”

(Albert Ellis)

PRAKATA



Assalamu' alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah rabbi'l'alam, atas segala puji dan syukur kehadiran Allah *Subhanahu Wa Ta' ala* sang pencipta, pemberi serta pembimbing bagi seluruh makhluk ciptaan-Nya yang telah melimpahkan rahmat serta karunia-Nya, sehingga hamba mampu menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Shalawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW yang telah menjadi suri tauladan bagi hamba-hambanya.

Adapun skripsi ini disusun semata-mata untuk memenuhi salah satu syarat dari syarat-syarat guna menyelesaikan jenjang Strata Satu (S1) Program Studi Psikologi, Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia Yogyakarta. Skripsi yang berjudul **HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN STROKE** ini diharapkan dapat bermanfaat bagi seluruh masyarakat dan bermanfaat bagi bidang ilmu pengetahuan khususnya Ilmu Psikologi.

Sebelum dan selama masa penelitian maupun penyusunan skripsi ini, begitu banyak pihak yang mendukung serta membantu baik secara moral ataupun materil. Untuk itu pada kesempatan yang sangat berharga ini, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr.rer.nat. Arief Fahmi, S.Psi., MA.HRM., Psi., selaku Dekan Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia atas kepemimpinannya dan bimbingannya bagi seluruh mahasiswa Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia.
2. Ibu Mira Aliza Rachmawati, S.Psi., M.Psi., selaku Ketua Program Studi Psikologi atas bimbingannya bagi seluruh mahasiswa psikologi 2014.
3. Ibu Rr. Indahria Sulistyarini S.Psi., M.A., Psikolog., selaku Dosen Pembimbing Skripsi yang telah meluangkan banyak waktunya untuk membimbing, memperhatikan dan mengarahkan kami dengan kesabaran yang luar biasa, serta selalu mendoakan kami selaku anak-anak bimbingan skripsi beliau hingga saya mampu menyelesaikan skripsi ini.
4. Bapak Hariz Enggar Wijaya S.Psi., M.Psi., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa membimbing serta mengarahkan kami selaku anak-anak bimbingan beliau sejak awal studi hingga akhir studi.
5. Seluruh Dosen FPSB UII yang telah memberikan banyak ilmu, pengalaman dan bimbingannya.
6. Seluruh Karyawan FPSB yang telah membantu dalam kegiatan perkuliahan serta administrasi selama studi.
7. Direktur RS. Sari Asih beserta jajarannya yang telah mengizinkan dan membantu dalam terlaksananya penelitian ini.
8. Papa, Mama, Rifqi, Raihan yang tidak ada putusya untuk selalu mendoakan dan mendukung hingga bisa sampai di titik ini.

9. Seluruh Keluarga Besar Andi Sultan, Sastrodiharjo dan Arief Biki yang telah memberikan banyak bantuan moril dan materil selama ini.
10. Teman – Teman Keluarga Besar Psikologi UII khususnya Psikologi angkatan 2014 dan Psikologi A yang telah memberikan banyak pelajaran, dukungan, bantuan dan juga pengalaman-pengalaman selama perkuliahan.
11. Teman – Teman LEM FPSB UII, HIMAPSI UII, PIALA yang banyak memberikan dukungan, referensi, dan pengalaman yang sangat berharga.
12. Teman – Teman KKN Unit 273 yang senantiasa mendukung, memberikan semangat, dan banyak bertukar ilmu serta telah menjadi keluarga.
13. Sahabat – Sahabatku yang selalu memberikan dukungan, perhatian, dan semangat untuk menyelesaikan skripsi ini.
14. Semua pihak yang terlibat baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna dalam penyelesaiannya, sehingga saran dan kritik yang membangun selalu diharapkan agar penulisan ini menjadi lebih baik lagi. Akhirnya, penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat dan digunakan sebaik-baiknya.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Yogyakarta, 18 April 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ETIKA AKADEMIK	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
PRAKATA.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
INTISARI	xvi
BAB 1 PENGANTAR	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan Penelitian	8
C. Manfaat Penelitian	8
D. Keaslian Penelitian.....	9

BAB II TINJAUAN PUSTAKA	14
A. Kualitas Hidup	14
1. Pengertian Kualitas Hidup	14
2. Domain Kualitas Hidup	15
3. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	17
B. Dukungan Sosial	19
1. Pengertian Dukungan Sosial	19
2. Dimensi Dukungan Sosial	20
C. Stroke	23
D. Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Pasien Stroke	24
E. Hipotesis	30
 BAB III METODE PENELITIAN	 31
A. Identifikasi Variabel Penelitian	31
B. Definisi Operasional	31
1. Kualitas Hidup	31
2. Dukungan Sosial	32
C. Subjek Penelitian	32
D. Metode Pengumpulan Data	33
1. Skala Kualitas Hidup	33
2. Skala Dukungan Sosial	35

E. Validitas dan Reliabilitas	36
1. Validitas	36
2. Reliabilitas	37
F. Metode Analisis Data.....	37
BAB IV PELAKSANAAN DAN HASIL PENELITIAN.....	38
A. Orientasi Kacah dan Persiapan Penelitian	38
1. Orientasi Kacah Penelitian.....	38
2. Persiapan Penelitian	39
a. Persiapan Administrasi	39
b. Persiapan Alat Ukur	40
c. Hasil Uji Coba Alat Ukur	40
1) Skala Kualitas Hidup.....	40
2) Skala Dukungan Sosial	41
B. Pelaksanaan Penelitian.....	41
C. Hasil Penelitian	42
1. Deskripsi Subjek Penelitian	42
2. Deskripsi Data Penelitian.....	44
3. Hasil Uji Asumsi.....	46
a. Uji Normalitas.....	46
b. Uji Linearitas	46
4. Hasil Uji Hipotesis.....	47
5. Hasil Analisis Tambahan	48
D. Pembahasan	51

BAB V PENUTUP	58
A. Kesimpulan	58
B. Saran	58
DAFTAR PUSTAKA.....	60
LAMPIRAN.....	66

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Distribusi Butir Aitem Skala Kualitas Hidup (<i>WHOQOL-BREF</i>)	34
Tabel 2. Distribusi Butir Aitem Skala Dukungan Sosial (<i>MSPSS</i>).....	36
Tabel 3. Deskripsi Subjek Berdasarkan Jenis Kelamin	42
Tabel 4. Deskripsi Subjek Berdasarkan Usia.....	42
Tabel 5. Deskripsi Subjek Berdasarkan Pendapatan Per Bulan.....	42
Tabel 6. Deskripsi Subjek Berdasarkan Status Pernikahan	43
Tabel 7. Deskripsi Subjek Berdasarkan Lama Diagnosa.....	43
Tabel 8. Deskripsi Data Penelitian.....	44
Tabel 9. Kategorisasi Variabel Kualitas Hidup	44
Tabel 10. Kategorisasi Variabel Dukungan Sosial	45
Tabel 11. Hasil Uji Normalitas	46
Tabel 12. Hasil Uji Linearitas.....	47
Tabel 13. Hasil Uji Hipotesis.....	48
Tabel 14. Hasil Uji Beda Berdasarkan Jenis Kelamin.....	49
Tabel 15. Hasil Uji Beda Berdasarkan Usia	49

Tabel 16. Hasil Uji Beda Berdasarkan Pendapatan Per Bulan	49
Tabel 17. Hasil Uji Beda Berdasarkan Status Pernikahan	49
Tabel 18. Hasil Uji Beda Berdasarkan Lama Diagnosa	49
Tabel 19. Hasil Analisis Dimensi Variabel Kualitas Hidup	50
Tabel 20. Hasil Analisis Dimensi Variabel Dukungan Sosial	50

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Skala Penelitian	66
Lampiran 2. Tabulasi Data Subjek Penelitian.....	74
Lampiran 3. Tabulasi Data Kualitas Hidup	76
Lampiran 4. Tabulasi Data Dukungan Sosial	77
Lampiran 5. Skor Total Skala Kualitas Hidup dan Dukungan Sosial.....	78
Lampiran 6. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas	79
Lampiran 7. Hasil Uji Asumsi	84
Lampiran 8. Hasil Uji Hipotesis	88
Lampiran 9. Hasil Analisis Tambahan	88
Lampiran 10. Perhitungan Data Hipotetik	95
Lampiran 11. Kategorisasi Skala Kualitas Hidup.....	97
Lampiran 12. Kategorisasi Skala Dukungan Sosial.....	98
Lampiran 13. Surat Izin Penelitian	99
Lampiran 14. Surat Keterangan Selesai Penelitian.....	100

HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN STROKE

Savira Juniastira

RR. Indahria Sulistyarini

INTISARI

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kualitas hidup dan dukungan sosial pada pasien stroke. Hipotesis dari penelitian ini adalah adanya hubungan positif antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien stroke. Subjek dari penelitian ini adalah 46 pasien yang telah didiagnosis stroke pada sebuah rumah sakit di Kabupaten Tangerang. Metode pengambilan data dalam penelitian ini menggunakan kuisioner yang terdiri dari dua skala, yaitu skala dukungan sosial dan skala kualitas hidup. Skala dukungan sosial terdiri dari 12 butir aitem yang dikembangkan oleh Zimet dkk pada tahun 1986 yaitu *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)* dan skala kualitas hidup terdiri dari 26 butir aitem yang dibuat oleh WHO pada tahun 1997 yaitu *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan positif yang signifikan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien stroke. Hasil analisis data menggunakan *Pearson's product moment* menunjukkan bahwa korelasi antara dukungan sosial dan kualitas hidup memiliki nilai $p = 0.000$ ($p < 0,05$) dengan nilai $r = 0.938$.

Kata Kunci : *dukungan sosial, kualitas hidup, stroke*

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH STROKE

Savira Juniastira

RR. Indahria Sulistyarini

ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship between social support and quality of life in patients with stroke. The hypothesis of this research there are positive relationship between social support and quality of life in patients with stroke. The subjects of this study were 46 patients who had been diagnosed with a stroke at a hospital in Tangerang City. This study use quantitative design with two scales. Methods of data retrieval in this study using questionnaires consisting of two scales, social support scale and quality of life scale. The social support scale is Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) developed by Zimet et al in 1986 and consisting 12 items. The quality of life scale is World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) developed by WHO in 1997 and consisting 26 items. The result of this study shown significant positive relationship between social support and quality of life. Data analysis result shown that Pearson's product moment test between social support and quality of life has $p = 0.00$ ($p < 0.05$) with $r = 0.938$.

Keyword : *social support, quality of life, stroke*

BAB I

PENGANTAR

A. Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan penyakit penyebab kematian nomor dua di dunia, serta penyebab utama kecacatan pada orang dewasa di banyak negara (Silverman & Rymer, 2009), salah satunya yaitu di Indonesia (Auryn, 2007). Setiap tahunnya mencapai lebih dari 36 juta orang meninggal dunia dengan persentasi 63% dari seluruh penyebab kematian karena Penyakit Tidak Menular (PTM) tersebut (Kemenkes, 2014). Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah kelompok usia 75 tahun ke atas yaitu sebesar 43,1% dan yang terendah adalah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu 0,2%. Jika dilihat dari jenis kelaminnya, penyakit stroke sedikit lebih banyak diderita oleh laki laki (7,1%) dibandingkan dengan perempuan (6,8%) (Kemenkes, 2013).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2013, prevalensi stroke di Indonesia sebesar 12,1 per 1000 penduduk Indonesia. Prevalensi ini diperkirakan akan terus meningkat seiring bertambahnya umur. Pada Kabupaten Tangerang kasus stroke di tahun 2016 meningkat sebesar 30% dibandingkan dengan tahun 2015 dengan jumlah 403 kasus (Dinkes Kabupaten Tangerang, 2016). Selain itu, peningkatan kasus stroke juga terjadi di salah satu rumah sakit di Kabupaten Tangerang dengan data prevalensi yaitu pada tahun 2015 terjadi 105 kasus, pada tahun 2016 terjadi 111 kasus, dan pada tahun 2017 terjadi 148 kasus (wawancara 13/11/2017).

Menurut WHO, stroke adalah suatu tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler (Birtane & Tastekin, 2010). Seseorang yang menderita stroke pada umumnya akan kehilangan sebagian atau seluruh fungsi tubuh tertentu. Suplai darah yang sempat terhenti menyebabkan tubuh tidak lagi berfungsi dengan baik (Videbeck, 2001). Melihat kondisi tersebut, akibatnya pasien stroke tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan lancar, memiliki gangguan mental emosional, dan penurunan produktivitas yang dapat berdampak pada kualitas hidupnya. Keterbatasan kemampuan mereka untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari tersebut dapat menurunkan kualitas hidup yang dimilikinya (Haghgoo, Pazuki, Hosseini, & Rassafiani, 2013). Individu yang mengalami stroke juga tidak dapat hidup mandiri karena mereka membutuhkan bantuan orang lain untuk menjalani aktivitas sehari-hari (Birtane & Tastekin, 2010). Selain itu, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dayapoglu dan Tan (2010) menunjukkan bahwa adanya kualitas hidup yang buruk pada pasien stroke.

Hal tersebut sejalan dengan berita yang diungkapkan oleh Yasmin (2016) bahwa serangan stroke dapat membuat kualitas hidup seseorang menurun karena pasca serangan stroke dapat membuat beberapa anggota tubuh tidak berfungsi dengan normal (health.detik.com/11/03/2017). Selain itu, hal tersebut juga didukung oleh hasil wawancara kepada salah satu pasien stroke yang menyatakan bahwa semenjak mengalami stroke, pasien mengalami kesulitan untuk menggerakkan sebagian anggota tubuhnya, kesulitan untuk berjalan dan terkadang

sedikit kesulitan dalam berbicara. Salah satu contohnya yaitu pasien mengeluh karena saat ini merasa sulit dalam menjalankan ibadah shalat. Pasien harus meminta bantuan orang lain dan tidak bisa shalat secara sempurna seperti yang dilakukan orang lain pada umumnya. Pasien juga menggunakan bantuan kursi roda karena mengalami kesulitan untuk berjalan.

Kondisi fisiknya juga tidak sama seperti dulu, pasien lebih mudah merasa lelah. Salah satu contohnya yaitu pada saat pasien sedang latihan untuk kembali berjalan secara normal, pasien meminta untuk waktunya lebih dipersingkat. Di samping itu, pasien saat ini sangat bergantung kepada anak-anaknya dan sanak keluarga untuk membantu pasien mulai dari minum obat, kontrol ke rumah sakit, latihan berjalan, dan beberapa aktivitas lainnya. Pasien juga membutuhkan bantuan untuk biaya pengobatannya yang saat ini sebagian besar ditanggung oleh anak-anaknya. Oleh karena itu, saat ini subjek tinggal dengan kakak kandungnya untuk dapat membantunya dalam melakukan aktivitas sehari-hari mengingat anaknya yang harus bekerja dan suaminya yang telah meninggal dunia.

Pada saat menjalani perawatan intensif di rumah sakit, pasien sempat merasa putus asa dan takut jika tidak akan sembuh, namun setelah diperbolehkan pulang dan menjalani pengobatan rawat jalan pasien merasa sedikit lega. Menurut pasien, semenjak stroke terkadang tingkat emosinya cenderung tidak stabil. Pasien terkadang memarahi anak-anaknya karena beberapa hal tertentu. Pada beberapa situasi tertentu juga pasien terkadang mudah lelah dan kehilangan konsentrasi, seperti pada saat sedang berbincang-bincang dengan keluarga ataupun kerabat. Hal tersebut membuat pasien sedikit membatasi diri dengan ruang lingkup

pergaulannya. Oleh karena itu, pada saat pasien mengalami stroke lebih banyak keluarga yang menjenguk dibandingkan dengan teman ataupun kerabatnya.

Berdasarkan hasil wawancara di atas, dapat dilihat bahwa semenjak stroke pasien mengalami penurunan kesehatan fisik seperti keterbatasan fungsi fisiknya, sedikit kesulitan dalam berbicara dan lebih mudah merasa lelah. Pasien juga memiliki beberapa permasalahan psikologis, seperti perasaan putus asa, gangguan emosional dan juga kesulitan dalam konsentrasi. Selain itu, pasien mengalami kesulitan dalam hubungan sosial sehingga pasien sedikit membatasi diri dengan lingkungan pergaulannya. Pasien juga mengalami perubahan dalam lingkungannya dimana semenjak stroke subjek harus tinggal dengan kakak kandungnya untuk membantunya melakukan aktivitas sehari-hari. Melihat hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa pasien memiliki kualitas hidup yang rendah semenjak pasien mengalami stroke (wawancara15/04/2017).

Menurut WHO (1997) kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai kedudukannya di dalam kehidupan yang berkaitan dengan budaya serta norma yang berlaku dimana individu tersebut tinggal dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standarisasi, dan kepentingannya. Secara umum kualitas hidup dapat dilihat dari beberapa domain yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Stroke dapat mengakibatkan banyak perubahan dalam kehidupan penderitanya. Berdasarkan hasil penelitian, WHO menyebutkan bahwa seperlima sampai dengan setengah dari penderita stroke mengalami kecacatan menahun yang mengakibatkan munculnya keputusasaan, merasa diri tidak berguna, tidak ada gairah hidup, disertai dengan keinginan berbicara, makan dan bekerja yang

menurun (Hasan & Rufaidah, 2013). Kondisi ini mengakibatkan berbagai aspek dalam kehidupan terganggu, seperti gangguan dalam aspek fisik dan gangguan dalam aspek psikologis.

Secara fisik kerusakan pada pembuluh darah di otak yang disebabkan oleh penyumbatan, pemecahan ataupun pembengkakan akan sangat mengganggu fungsi peran dari penderitanya dalam menjalani kegiatan sehari-hari. Secara psikologis kondisi stroke akan mengakibatkan depresi, kemarahan, kehilangan kesadaran dan harga diri, isolasi dan kelebihan emosi (Shimberg, 1998). Selain itu, menurut Serido, Almeida dan Wethington stresor harian yang didapatkan pasien dapat mengurangi kesejahteraan psikologis dalam jangka pendek dan menghasilkan simtom fisik, sehingga stresor harian dapat menghasilkan stress dan memperburuk kesehatan fisik dan psikologis (Melina, 2011). Menurut Herman (Silitonga, 2007) kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari pasien terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa bahagia, kesesuaian antara harapan dan kenyataan, kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain. Menurut WHO (Astuti, Syamsiatun, & Suryani, 2015) jika kualitas hidup pasien menurun, maka pasien akan merasa tidak nyaman secara fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual, pasien juga tidak dapat memanfaatkan hidupnya secara optimal untuk kebahagiaan dirinya dan orang lain.

Lai, Studenski, Dunean, dan Perera (Abubakar & Isezuo, 2012) berpendapat bahwa stroke menyebabkan penurunan kualitas hidup penderitanya,

bahkan pasien yang tidak memiliki cacat pasca stroke. Ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pada pasien dengan penyakit kronis diantaranya yaitu usia jenis kelamin, ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari, dukungan sosial dan depresi {(Rochette, Desrosiers, & Norau), (Sturm, Donnan, Dewey, & Macdonell), (Carod, Egido, Gonzales, & de Seijas), (Sturm dkk), (Meckenzie & Chang), (Sturm dkk & Carod dkk) ; Abubakar & Isezuo, 2012}. Di samping itu, WHO (1997) mengemukakan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang yaitu faktor fisik seperti energi dan rasa sakit yang dirasakan pasien, faktor psikologis seperti depresi dan kesulitan dalam berkonsentrasi, faktor klinis seperti efek samping dari pengobatan, dan faktor sosial ekonomi seperti pendapatan, status pernikahan, serta dukungan dari keluarga dan orang terdekat.

Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seperti yang telah dijelaskan di atas adalah dukungan sosial. Dukungan sosial adalah keyakinan individu akan ketersediaan dukungan yang berasal dari keluarga, teman dan orang-orang terdekat (*significant others*) sewaktu ia membutuhkan (Zimet dkk, 1988). Menurut Taylor, Peplau, dan Sears (2000) dukungan sosial merupakan suatu pertukaran interpersonal dimana seorang individu memberikan bantuan kepada individu lain. Dukungan sosial menjadi sangat penting bagi individu yang mengalami stroke karena kehidupannya akan menjadi lebih sulit daripada sebelumnya. Dukungan sosial berarti bahwa *basic need*, seperti *belonging, love, appreciation and self-actualization*, yang termasuk dalam

individual's hierarchy of needs dapat terpenuhi sebagai hasil interaksi dengan individu lain seperti teman, keluarga, dan penasihat profesional (Koc, 2014).

Dukungan sosial yang baik serta bantuan keluarga yang berkualitas dapat meningkatkan kualitas hidup pasien stroke (Rangel, Belasco, & Diccini, 2013). Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Barutcu dan Mert (2013) yang menemukan adanya hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung, semakin tinggi dukungan sosial yang diterima pasien, maka semakin tinggi kualitas hidup yang dimilikinya. Oleh karena itu, memberikan dukungan sosial kepada pasien menjadi sangat penting, sehingga keluarga pasien terutama perawat pasien harus dapat menemukan cara untuk mengaktifkan sumber dukungan dan mengarahkannya, baik sumber dukungan yang berasal dari keluarga maupun selain dari keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Ma, Li, Wang, Zhu, Yang, Cao, Qian dan Feng (2015) juga menunjukkan hasil adanya hubungan positif antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada lansia yang mengalami osteoporosis. Dukungan sosial yang dibutuhkan mengacu pada bantuan dan dukungan spiritual serta material dari keluarga, kerabat, teman, kolega, individu tertentu, serta organisasi lain.

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah disebutkan di atas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui apakah ada hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pasien stroke. Berdasarkan masalah tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Pasien Stroke”.

B. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien stroke.

C. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat terhadap ilmu psikologi baik secara teoritis maupun praktis.

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya pengembangan berbagai ilmu pengetahuan, salah satunya yaitu dalam ilmu psikologi, khususnya dalam bidang psikologi klinis, psikologi kesehatan, dan psikologi positif.

2. Manfaat Praktis

Manfaat teoritis dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi masyarakat terutama bagi para pasien stroke beserta orang-orang terdekatnya mengenai bagaimana dukungan sosial yang dimiliki pasien dapat berhubungan dengan kualitas hidupnya. Penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan bagi penelitian selanjutnya untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup.

D. Keaslian Penelitian

Penelitian mengenai dukungan sosial dan kualitas hidup sudah banyak dilakukan oleh peneliti terdahulu, diantaranya yaitu:

Penelitian yang dilakukan oleh Barutcu dan Mert (2013) yang berjudul *The Relationship Between Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan tingkat dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung dan untuk menguji hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup. Subjek dalam penelitian ini berjumlah 150 pasien. Hasil yang ditemukan dalam penelitian ini yaitu adanya korelasi positif antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung. Semakin meningkatnya dukungan sosial yang diperoleh pasien, maka kualitas hidup pasien tersebut juga akan mengalami peningkatan.

Penelitian lain tentang dukungan sosial dan kualitas hidup dilakukan oleh Hamaideh, Al-Magaireh, Abu-Farsakh, dan Al-Omari (2014) dengan judul *Quality of Life, Social Support, and Severity of Psychiatric Symptoms in Jordanian Patients with Schizophrenia*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji tingkat korelasi antara kualitas hidup, dukungan sosial, dan tingkat keparahan gejala kejiwaan serta untuk mengidentifikasi variabel-variabel yang dapat memprediksi kualitas hidup para pasien *schizophrenia* di Yordania. Subjek dalam penelitian ini berjumlah 160 pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa domain tertinggi kualitas hidup adalah domain hubungan sosial, dan sumber tertinggi dukungan sosial berasal dari *significant others*. Kualitas hidup berkorelasi positif dengan dukungan sosial, pendidikan dan tingkat pendapatan

pasien, dan pekerjaan; serta berkorelasi negatif dengan tingkat keparahan gejala kejiwaan, durasi penyakit yang tidak diobati, dan durasi pengobatan.

Selain itu, Marzuki, Mustaffa, Johari dan Rahaman (2015) juga melakukan penelitian terkait dukungan sosial dan kualitas hidup dengan judul *Stress and Social Support as Predictors of Quality of Life: A Case among Flood Victims in Malaysia*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara stres dan dukungan sosial terhadap kualitas hidup diantara para korban banjir di Malaysia. Subjek dalam penelitian ini berjumlah 764 orang. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa ada korelasi negatif yang signifikan antara stres dan kualitas hidup dan korelasi positif yang signifikan antara dukungan dari keluarga serta dukungan dari teman dengan kualitas hidup.

Penelitian lain terkait kualitas hidup juga dilakukan oleh Mazanec, Daly, Douglas dan Lipson (2011) yang berjudul *The Relationship Between Optimism and Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji hubungan antara disposisi optimisme dan *Health-Related Quality Of Life (HRQOL)* pada pasien kanker dewasa yang baru didiagnosis. Subjek dalam penelitian ini terdiri dari 163 pasien yang baru saja didiagnosis kanker dalam waktu kurang dari 180 hari. Hasil yang ditemukan dari penelitian ini adalah optimisme secara signifikan berkorelasi dengan kesejahteraan spiritual, kecemasan, depresi, dan *HRQOL*. Akan tetapi, disposisi optimisme bukan faktor utama yang mempengaruhi *HRQOL*. Pasien kanker dengan status fungsional yang buruk, masih dalam usia muda, memiliki tingkat

spiritualitas rendah, dan memiliki tingkat depresi yang tinggi lebih rentan dalam memiliki *HRQOL* yang buruk.

Penelitian lain terkait dukungan sosial juga dilakukan oleh Siedlecki, Salthouse, Oishi, dan Jeswani (2014) dengan judul *The Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Across Age*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat hubungan antara dukungan sosial dan *subjective well-being*. Subjek dalam penelitian ini berjumlah 1.111 subjek dengan rentan usia diantara 18 hingga 95 tahun. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kepuasan hidup dapat diprediksikan oleh kelekatan keluarga dan dukungan yang dirasakan.

Berdasarkan beberapa penelitian di atas, peneliti menjabarkan beberapa perbandingan sebagai berikut:

1. Keaslian Topik

Pada penelitian ini, peneliti mengangkat topik mengenai *Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup pada Pasien Stroke*. Topik ini diambil berbeda dengan topik-topik penelitian sebelumnya. Jika dilihat dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Mazanec dkk (2011) variabel yang digunakan adalah Optimisme dan Kualitas Hidup. Selain itu, dalam penelitian Siedlecki dkk (2014) variabel yang digunakan adalah Dukungan Sosial dan *Subjective Well-Being*, sedangkan dalam penelitian ini variabel yang digunakan adalah Dukungan Sosial dan Kualitas hidup.

2. Keaslian Teori

Terdapat perbedaan dasar teori yang digunakan dalam penelitian ini. Penelitian yang dilakukan oleh Hamaideh dkk (2014) menggunakan teori

Uchino pada tahun 2006 untuk mengembangkan variabel dukungan sosial. Di samping itu, penelitian yang dilakukan oleh Mazanec dkk (2011) menggunakan teori Cella, Tulsky, dan Gray pada tahun 1993 untuk mengembangkan variabel kualitas hidup. Berdasarkan penelitian-penelitian tersebut, peneliti menggunakan teori dari WHO (1997) untuk mengembangkan variabel kualitas hidup dan teori dari Zimet, Dahlem, Zimet, dan Farley (1988) untuk mengembangkan variabel dukungan sosial dalam penelitian ini.

3. Keaslian Alat Ukur

Terdapat perbedaan alat ukur yang digunakan dalam mengukur dukungan sosial dan kualitas hidup pasien stroke. Barutcu dan Mert (2013) menggunakan alat ukur kualitas hidup *The 36-item Left Ventricular Dysfunction Scale (LVD-36)* yang berjumlah 36 aitem dan dikembangkan oleh O'Leary dan Jones pada tahun 2000. Siedlecki dkk (2014) menggunakan alat ukur dukungan sosial yang dimodifikasi dari teori Shaw dkk pada tahun 2007 yang terdiri dari 27 aitem. Berdasarkan beberapa penelitian tersebut, peneliti menggunakan alat ukur *World Organization Health Scale (WHOQOL-BREF)* yang dikembangkan oleh WHO pada tahun 1997 untuk mengukur kualitas hidup yang berjumlah 26 aitem dan menggunakan alat ukur *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)* yang dikembangkan oleh Zimet dkk pada tahun 1988 dan berjumlah 12 aitem untuk mengukur dukungan sosial.

4. Keaslian Subjek

Penelitian Marzuki dkk (2015) melibatkan 764 subjek penelitian yang merupakan korban banjir di Malaysia. Barutcu dan Mert (2013) melakukan penelitian dengan 150 subjek yang mengalami gagal jantung. Hamaideh dkk (2014) juga melakukan penelitian dengan melibatkan 160 subjek skizofrenia. Berdasarkan penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, belum ada penelitian yang melibatkan subjek penderita stroke dengan variabel dukungan sosial dan kualitas hidup.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kualitas Hidup

1. Pengertian Kualitas Hidup

Menurut WHO (1997) kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai kedudukannya di dalam kehidupan yang berkaitan dengan budaya serta norma yang berlaku dimana individu tersebut tinggal dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standarisasi, dan kepentingan individu tersebut. Cohen dan Lazarus (Sarafino, 1994) mendefinisikan kualitas hidup sebagai tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dapat dinilai dari tujuan hidup, kontrol pribadi, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi.

Kualitas hidup adalah tingkat dimana individu dapat memaksimalkan keberfungsian fisik, psikis, vokasi dan kehidupan sosialnya (Taylor, 2006). Kualitas hidup adalah konsep luas yang mencakup banyak komponen dari kesehatan secara keseluruhan dan kesejahteraan misalnya, fisik, psikososial, ekonomi, dan budaya (Oliel & Thomas, 2011). Kualitas hidup merupakan konsep multidimensi menggabungkan kesejahteraan, partisipasi sosial dan gaya hidup, faktor

fisik dan psikologis, dan harapan individu untuk hidupnya (Brett, Gow, Corley, Pattie, Starr & Deary, 2012).

Berdasarkan beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai dirinya yang mencakup beberapa komponen seperti tujuan, harapan, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual, kesejahteraan fisik dan psikologis, psikososial, ekonomi, dan budaya yang dapat menggambarkan keunggulan seorang individu.

2. Domain Kualitas Hidup

Menurut WHO (1997) kualitas hidup memiliki empat domain, yaitu:

a. Domain Kesehatan Fisik

Domain kesehatan fisik terdiri dari tujuh *facet*, yaitu energi dan *fatigue*, rasa sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan obat dan bantuan medis, serta kapasitas kerja.

b. Domain Psikologis

Domain psikologis terdiri dari enam *facet*, yaitu citra tubuh dan penampilan, perasaan positif, perasaan negatif, *self-esteem*, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, serta spiritualitas.

c. Domain Hubungan Sosial

Domain hubungan sosial terdiri dari tiga *facet*, yaitu hubungan pribadi, dukungan sosial, serta aktivitas seksual.

d. Domain Lingkungan

Domain lingkungan terdiri dari delapan *facet*, yaitu sumber keuangan, *freedom*, *physical safety*, dan *security*, kesehatan dan perlindungan sosial, lingkungan tempat tinggal, kesempatan untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi, lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu lintas, atau cuaca), serta transportasi.

Cella, Tulsy, dan Gray (Mazanec, 2011) mengemukakan ada empat aspek kualitas hidup, yaitu:

a. *Physical Well-Being*

Kesejahteraan fisik adalah suatu kondisi dimana seseorang melakukan penilaian terhadap hidupnya sehari-hari yang meliputi reaksi emosional terhadap suatu peristiwa dan evaluasi sadar yang dilaporkan baik pada saat suatu peristiwa terjadi atau secara global setelah waktu yang lama.

b. *Social Well-Being*

Kesejahteraan sosial mengacu pada evaluasi individu pada relasi sosial antara individu dengan lingkungannya dimana kontrol pribadi adalah cara yang efektif untuk memfokuskan diri dalam evaluasi yang positif dan menjaga hubungan yang positif.

c. *Emotional Well-Being*

Kesejahteraan emosi mengacu pada keadaan senang, sehat, dan nyaman karena adanya perasaan yang kuat dalam perilaku seseorang.

d. *Functional Well-Being*

Kesejahteraan fungsional adalah kemampuan seseorang untuk melakukan tugas-tugas yang biasa dilakukan dalam kehidupan sehari-hari untuk dapat melaksanakan peran sosial.

Berdasarkan beberapa aspek kualitas hidup di atas, peneliti menggunakan aspek yang dikemukakan oleh WHO (1997) yang terdiri dari domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, dan domain lingkungan.

3. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor – faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup antara lain yaitu:

a. Faktor Fisik

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Khalid, Rozi, Ali, Azam, Mullen, Illyas, Nisa, Soomro, dan Kamal (2016) faktor fisik seperti cacat fungsional dapat mempengaruhi kualitas hidup individu karena individu tersebut tidak dapat menjalani aktivitasnya sehari-hari secara mandiri. Rasa gelisah dan kesakitan terkadang membuat pasien tidak bisa bekerja seperti biasanya dan menghambat aktivitas atau rutinitas sehari-hari

(Utami, Karim, & Agrina 2014). Selain itu, seringnya rasa sakit yang mengganggu aktivitas sehari-hari, kurangnya energi dalam beraktivitas, kurang memuaskannya kualitas tidur, kurangnya kemampuan dalam bekerja juga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya (Astuti, Syamsiatun & Suryani, 2015).

b. Faktor Psikologis

Faktor psikologis seperti seperti depresi, dapat menurunkan kualitas hidup seseorang (Liu & Huang, dalam Lin, Shang, Teng, Liu, & Han, 2015). Selain depresi, demensia (Khalid dkk, 2016), berkurangnya kemampuan untuk berkonsentrasi, merasa tidak puas terhadap diri sendiri akibat sakit yang diderita dan seringnya muncul perasaan negatif seperti kesepian, putus asa, cemas dan depresi (Astuti dkk, 2015) juga menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup.

c. Faktor Klinis

Faktor klinis yang dapat mempengaruhi kualitas hidup individu diantaranya yaitu efek samping dalam pengobatan (Liu & Huang, dalam Lin dkk, 2015), tingkat keparahan penyakit, hipertensi, dan komplikasi pasca stroke (Khalid dkk, 2016), penggunaan obat, dan kepatuhan pasien (Yaghoubi, Tabrizi, Mirinazhad, Azami, Behzad, & Ghojazadeh, 2012).

d. Faktor Sosial Ekonomi

Menurut Khalid dkk (2016) status perkawinan, status keluarga, pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi kualitas hidup individu. Hasil penelitian dari Yaghoubi dkk (2012) menunjukkan bahwa kualitas hidup juga dipengaruhi oleh taraf ekonomi, seperti pendapatan keluarga rendah, pekerjaan, pengangguran, dan pendidikan (Liu & Huang, dalam Lin dkk, 2015).

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang terdiri dari faktor fisik seperti kurangnya kemampuan untuk dapat melakukan aktivitas sehari-hari, faktor psikologis seperti cemas dan depresi, faktor klinis seperti efek dari pengobatan, dan faktor sosial ekonomi seperti taraf ekonomi dan dukungan dari keluarga serta orang-orang terdekat.

B. Dukungan Sosial

1. Pengertian Dukungan Sosial

Dukungan sosial adalah keyakinan individu akan ketersediaan dukungan yang berasal dari keluarga, teman dan orang-orang terdekat (*significant others*) sewaktu ia membutuhkan (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). Sarafino (2006) mendefinisikan dukungan sosial sebagai suatu kesenangan yang dirasakan sebagai perhatian, penghargaan atau pertolongan yang diterima dari orang lain atau suatu kelompok. Dukungan sosial mengacu pada kenyamanan, kepedulian,

penghormatan, atau bantuan untuk individu yang tersedia dari orang lain atau kelompok (Uchino 2004, dalam Sarafino & Smith, 2011).

Selain itu, menurut Taylor, Peplau, dan Sears (2000) dukungan sosial adalah suatu pertukaran interpersonal dimana seorang individu memberikan bantuan kepada individu lain. Hal yang serupa disampaikan oleh Shumaker dan Brone yang berpendapat bahwa dukungan sosial merupakan pertukaran bantuan antara dua individu yang berperan sebagai pemberi dan penerima (Duffy & Wong, 2003). Rock (Smet, 1994) mendefinisikan dukungan sosial sebagai salah satu fungsi dari hubungan sosial yang menggambarkan tingkat dari kualitas umum hubungan interpersonal yang melindungi individu dari konsekuensi stress. Dukungan sosial yang diterima individu mampu membuat individu merasa tenang, merasa diperhatikan, menimbulkan rasa percaya diri dan kompetensi individu.

Berdasarkan beberapa definisi di atas, dukungan sosial adalah suatu dukungan yang dirasakan sebagai perhatian, penghargaan, kepedulian, atau bantuan yang tersedia dari keluarga, teman, atau orang-orang terdekat.

2. Dimensi Dukungan Sosial

Menurut Zimet dkk (1988) dukungan sosial terdiri dari beberapa dimensi, yaitu:

- a. Dukungan Keluarga (*family support*) yaitu dukungan yang diberikan oleh keluarga terhadap individu, seperti membantu dalam kebutuhan emosional ataupun dalam membuat keputusan.
- b. Dukungan Teman (*friend support*) yaitu dukungan yang diberikan oleh teman-teman yang dimiliki oleh individu, seperti membantu dalam kegiatan sehari-hari.
- c. Dukungan Orang terdekat (*significant others support*) yaitu dukungan yang diberikan oleh orang-orang yang memiliki arti dalam kehidupan individu, seperti membuat individu merasa nyaman dan merasa dihargai.

Menurut Sarafino (2006) bentuk-bentuk dukungan sosial dibagi dalam empat bentuk, yaitu:

- a. Dukungan Emosional (*Emotional/Esteem Support*)

Dukungan emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan. Dukungan emosional merupakan ekspresi dari afeksi, kepercayaan, perhatian, dan perasaan didengarkan. Kesiapan untuk mendengar keluhan seseorang akan memberikan dampak positif sebagai sarana pelepasan emosi, mengurangi kecemasan, membuat individu merasa nyaman, tenteram, diperhatikan, serta dicintai saat menghadapi berbagai tekanan dalam hidup mereka.

b. Dukungan Instrumental (*Instrumental/Tangible Support*)

Dukungan instrumental mencakup bantuan langsung, dapat berupa jasa, waktu, atau uang. Misalnya pinjaman uang bagi individu atau menghibur saat individu mengalami stres. Dukungan ini membantu individu dalam melaksanakan aktivitasnya.

c. Dukungan Informatif (*Informational Support*)

Dukungan informatif mencakup pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk, saran-saran, informasi atau umpan balik. Dukungan ini membantu individu mengatasi masalah dengan cara memperluas wawasan dan pemahaman individu terhadap masalah yang dihadapi. Informasi tersebut diperlukan untuk mengambil keputusan dan memecahkan masalah secara praktis. Dukungan informatif ini juga membantu individu mengambil keputusan karena mencakup mekanisme penyediaan informasi, pemberian nasihat, dan petunjuk.

d. Dukungan Persahabatan (*Companionship Support*)

Dukungan persahabatan mencakup kesediaan waktu orang lain untuk menghabiskan waktu atau bersama dengan individu, dengan demikian akan memberikan rasa keanggotaan dari suatu kelompok yang saling berbagi minat dan melakukan aktivitas sosial bersama.

Berdasarkan beberapa dimensi dukungan sosial di atas, peneliti menggunakan aspek yang dikemukakan oleh Zimet dkk (1988) yang terdiri dari dukungan keluarga, dukungan teman, dan dukungan orang terdekat (*significant others*).

C. Stroke

Stroke atau sering disebut dengan CVA (*cerebrovascular accident*) adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba – tiba. Jaringan otak yang mengalami kerusakan tersebut akan mati dan tidak dapat berfungsi lagi (Auryn, 2007). Gejala stroke dapat bersifat fisik, psikologis, dan perilaku. Gejala fisik paling khas adalah paralisis, hilangnya sensasi di wajah, lengan, atau tungkai di salah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara dan atau memahami, kesulitan menelan, dan hilangnya sebagian penglihatan di satu sisi (Feigin, 2006). Ketika gejala stroke membaik dan tidak menyebabkan kerusakan otak permanen, kondisi tersebut disebut *Transient Ischemic Attack* (Silverman & Ryner, 2009).

Stroke dibagi menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik (*ischemic stroke*) dan stroke hemoragik (*haemorrhagic stroke*). Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada pembuluh darah atau dikarenakan pembekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak.

Pada stroke hemorrhagik, pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah menembus ke dalam suatu daerah di otak dan kemudian merusaknya (Auryn, 2007). Tekanan atau pembuluh darah spasme dari pendarahan dapat mengganggu pembuluh darah di sekitarnya dan menutup lebih banyak aliran darah sehingga menghasilkan efek stroke lebih lanjut (Burkman, 2010).

Stroke adalah penyakit otak yang paling destruktif dengan konsekuensi berat, termasuk beban psikologis, fisik, dan keuangan yang besar pada pasien, keluarga pasien, dan masyarakat (Feigin, 2006). Permasalahan psikologis yang biasanya terjadi adalah hilangnya ingatan visual dan verbal, kesulitan belajar dan berpikir, kehilangan kemampuan konsentrasi dan berorganisasi, kemudian dapat timbul beberapa permasalahan lain seperti kecemasan, putus asa dan frustrasi yang seringkali diikuti dengan depresi atau kemarahan (Buckman & Sutcliffe, 2000).

D. Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Pasien Stroke

Kualitas hidup menjadi hal yang sangat penting dalam perawatan medis karena kualitas hidup individu akan menurun jika individu tersebut menderita suatu penyakit. Selain itu, kualitas hidup merupakan pertimbangan penting dalam upaya pencegahan dan pengobatan terhadap suatu penyakit yang dialami oleh pasien (Sarafino & Smith, 2011). Menurut WHO (1997) kualitas hidup adalah

persepsi individu mengenai kedudukannya di dalam kehidupan yang berkaitan dengan budaya serta norma yang berlaku dimana individu tersebut tinggal dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standarisasi, dan kepentingan individu tersebut. Individu yang mengalami stroke cenderung akan mengalami penurunan kualitas hidup. Kualitas hidup tersebut dapat dinilai dari beberapa aspek menurut WHO (1997) yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.

Pada segi fisik, penyakit stroke akan menyerang jaringan otak yang menyebabkan kerusakan (Videbeck, 2001). Hal tersebut tentunya akan mengakibatkan terganggunya sebagian atau seluruh fungsi tubuh pasien. Pasien akan kehilangan kemampuannya untuk menjalani aktivitas sehari-hari, sehingga membutuhkan bantuan dari orang lain (Birtane & Tastekin, 2010). Pada beberapa kasus, pasien bahkan dapat mengalami kecatatan permanen. Kondisi tersebut dapat menyebabkan beberapa masalah psikologis seperti merasa dirinya tidak berguna, putus asa, stres, depresi, dan beberapa masalah psikologis lainnya. Pada saat awal pasien didiagnosis stroke, mungkin akan timbul *denial* dari dalam dirinya, kemudian pasien akan merasa cemas dan khawatir mengenai kesembuhan dirinya. Jika dibiarkan, akan memunculkan banyak pikiran negatif yang mengarah pada depresi, putus asa, dan beberapa dampak negatif lainnya.

Melihat kondisi fisik dan psikologis pasien tersebut, salah satu aspek yang dapat membantu pasien untuk dapat meningkatkan kualitas hidupnya adalah hubungan sosial yang dimiliki pasien. Jika dilihat dari aspek hubungan sosial, pasien stroke sangat membutuhkan peran orang-orang di sekitarnya untuk dapat membantunya menjalani aktivitas sehari-hari karena gangguan pada fungsi tubuh

yang dialami pasien stroke (Kumar, Kaur, & Reddemma, 2016), seperti membantu mengingatkan untuk minum obat, membantu melatih fungsi-fungsi tubuh yang terganggu, dan beberapa aktivitas lainnya. Pasien stroke juga membutuhkan banyak informasi dari relasi sosialnya mengenai penyakit stroke sendiri, seperti cara mengurangi dampak stroke, alternatif pengobatan, terapi stroke, dan juga hal-hal terkait stroke lainnya. Bantuan moril dan materil juga sangat dibutuhkan oleh pasien untuk dapat bertahan dalam menghadapi penyakit stroke tersebut.

Selain aspek fisik, psikologis, dan hubungan sosial, lingkungan juga menjadi salah satu aspek yang dilihat dalam kualitas hidup pada pasien stroke. Lingkungan yang aman, nyaman, dan tenang dapat mengurangi efek stresor yang mungkin ditimbulkan dari masalah yang dihadapi oleh pasien stroke (Purba, Amatayakul, & Wattanakul, 2015). Akses yang memadai serta mudah dijangkau juga dapat mempermudah pasien untuk dapat menjalani pengobatan dengan baik. Usaha yang dilakukan pasien dalam menjaga kesehatannya serta dukungan untuk membantu pasien sembuh dengan cepat dapat mengurangi dampak negatif dari penyakit yang dideritanya (Sarafino & Smith, 2011). Kualitas hidup merupakan sebuah konsep luas yang terpengaruh oleh beberapa hal yang kompleks seperti kesehatan fisik individu, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi, dan hubungan individu dengan hal-hal penting dalam lingkungannya (WHO, 1997). Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup individu adalah dukungan sosial. Dukungan sosial adalah keyakinan individu akan ketersediaan dukungan yang berasal dari keluarga, teman

dan orang-orang terdekat (*significant others*) sewaktu ia membutuhkan (Zimet dkk, 1988). Menurut Zimet dkk (1988) dukungan sosial terdiri dari dukungan keluarga, dukungan teman, dan dukungan orang-orang terdekat (*significant others*).

Langford dkk (Kruithof, Mierlo, Meily, Heugten & Post, 2013) membagi dukungan sosial dalam empat jenis yaitu dukungan emosional, yang melibatkan pemberian perhatian, empati, cinta dan kepercayaan, dukungan instrumental, termasuk penyediaan barang dan jasa berwujud (misalnya mendapatkan bantuan untuk pergi ke dan dari rumah sakit), dukungan informasi, memberikan informasi (misalnya menerima saran), dukungan penilaian (misalnya melibatkan informasi dalam bentuk penegasan, umpan balik dan perbandingan sosial). Dukungan sosial dapat membantu mengatasi konsekuensi yang ditimbulkan oleh stroke dan meningkatkan kemandirian fungsional serta kualitas hidup pasien. Misalnya, dukungan emosional dapat membantu penderita stroke untuk mengatasi kesedihan, hilangnya mobilitas akibat kelumpuhan atau hilangnya komunikasi akibat afasia, atau dapat meningkatkan rasa percaya diri dan *self-efficacy* dengan memberikan dukungan serta dorongan kepada pasien stroke.

Individu yang memiliki tingkat dukungan sosial yang tinggi dari keluarga dan teman-teman cenderung lebih sehat dan hidup lebih lama daripada individu yang tidak memiliki dukungan sosial (Sarafino, 2011) karena dukungan sosial memperkuat sistem kekebalan tubuh melawan penyakit (Myers, 2013). Menurut (Taylor, 2005) dukungan pasangan merupakan segala bentuk perilaku dan sikap positif yang diberikan kepada individu yang sakit atau mengalami masalah

kesehatan, sehingga dapat memberikan kenyamanan fisik dan psikologis karena dapat mempercepat pemulihan sakit, meningkatkan kekebalan tubuh, dapat menurunkan stres dan gangguan psikologis.

Hasil penelitian Kaur, Kaur, dan Venkateshan (2015) menemukan bahwa terdapat berbagai faktor yang dapat menentukan kualitas hidup individu, salah satunya adalah dukungan keluarga. Penelitian lain juga dilakukan oleh Retnowati dan Satyabakti (2015) dengan hasil terdapat korelasi positif yang cukup signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus di Puskesmas Tanah Kalikedinding. Puskesmas diharapkan dapat melaksanakan program pendidikan dan promosi kesehatan pada pasien diabetes melitus beserta keluarganya untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Dukungan keluarga adalah sumber utama dari tiga sumber dukungan sosial. Keluarga yang mendukung pasien dapat merawat pasien di rumah, mengingatkan pasien untuk minum obat sehingga membuat pasien lebih patuh dalam mengonsumsi obat-obatan yang dibutuhkannya (Lin dkk, 2015).

Dukungan keluarga sebagai dukungan yang berasal dari lingkungan utama pasien, sangat dibutuhkan untuk dapat membantu pasien dalam bantuan fisik, psikologis, maupun finansial agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien tersebut. Selain dukungan keluarga, dukungan yang berasal dari teman juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Dukungan sosial yang diterima dari orang lain memungkinkan seseorang untuk merasa bahwa mereka sedang dirawat, dihargai dan menjadi bagian dari jaringan komunikasi serta kewajiban bersama (Stroebe, dalam Ibrahim, Din, Ahmad, Ghazali, Said, Shahar, Ghazali & Razali,

2013). Jaringan sosial dan dukungan sosial memiliki efek potensial pada kemampuan organisasi di masyarakat untuk mengumpulkan sumber daya dan membantu untuk memecahkan masalah, sehingga pasien stroke dapat menerima dana untuk layanan amal dan bantuan masyarakat dengan mudah (Lin dkk, 2015). Dukungan sosial memiliki efek positif pada kesehatan fisik masyarakat, kesehatan mental, dan kesejahteraan sosial, hal tersebut sangat membantu bagi individu untuk mendapatkan timbal balik sosial yang stabil dan pengalaman emosional yang positif, seperti keamanan, *belonging* dan sebagainya (Liu&Huang, dalam Lin dkk, 2015).

Di samping dukungan keluarga dan dukungan teman, salah satu dukungan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke adalah dukungan yang berasal dari orang-orang terdekat (*significant others*) atau orang-orang yang memiliki arti di hidup pasien tersebut. Dukungan tersebut dapat berupa bantuan untuk memberikan semangat kepada para pasien stroke agar tidak menyerah dalam menghadapi stroke tersebut, teratur menjalani terapi, ataupun bantuan seperti perhatian, penghargaan, dan lain sebagainya. Peran orang-orang terdekat juga berarti bagi pasien, mengingat kepercayaan yang diberikan oleh pasien bagi mereka.

Kesehatan dan kebahagiaan tidak hanya dipengaruhi oleh kognisi sosial, tetapi juga dipengaruhi oleh hubungan sosial. Individu yang memiliki hubungan dekat dan suportif cenderung memiliki resiko penyakit yang lebih kecil dan mencegah kematian dini daripada mereka yang tidak (Myers, 2013). Dukungan sosial dapat diperoleh dari banyak sumber, seperti pasangan atau kekasih,

keluarga, teman, profesional, atau organisasi masyarakat. Individu yang memiliki dukungan sosial percaya bahwa mereka dicintai, dihargai dan menjadi bagian dari jaringan sosial yang dapat membantunya pada saat individu tersebut membutuhkannya (Sarafino, 2011). Dukungan sosial yang positif dapat membantu orang menyesuaikan lebih baik secara emosional terhadap stres dengan memimpin mereka untuk menghindari pikiran mereka terkait stressor (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, dalam Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, & Wagenaar, 2009). Dukungan sosial adalah sebuah proses interaktif dimana bantuan emosional, instrumental atau keuangan diperoleh dari relasi. Ini adalah salah satu faktor dominan dalam memprediksi kesehatan fisik dan kesejahteraan semua orang. Dukungan sosial memberikan hubungan yang mendukung secara langsung untuk dapat memberikan sesuatu yang dibutuhkan individu untuk tetap sehat atau beradaptasi dengan stres (House, Umberson, & Landis, 1998).

E. Hipotesis

Ada hubungan positif antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien stroke, semakin tinggi dukungan sosial yang dimiliki pasien stroke tersebut maka semakin tinggi kualitas hidupnya.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Identifikasi Variabel Penelitian

Beberapa variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel Tergantung : Kualitas Hidup
2. Variabel Bebas : Dukungan Sosial

B. Definisi Operasional

1. Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai dirinya yang mencakup beberapa komponen seperti tujuan, harapan, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual, kesejahteraan fisik dan psikologis, psikososial, ekonomi, dan budaya yang dapat menggambarkan keunggulan seorang individu. Kualitas hidup meliputi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Kualitas hidup diukur dengan menggunakan skala yang dibuat oleh WHO pada tahun 1997 yaitu *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)* yang berisi 26 aitem. Kualitas hidup yang dimiliki oleh individu dapat dilihat dari hasil skor yang diperoleh pada saat mengisi skala tersebut. Berdasarkan hasil skoring dapat diketahui bahwa semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin tinggi kualitas hidup yang dimiliki individu. Sebaliknya, semakin rendah skor yang diperoleh maka semakin rendah kualitas hidup individu tersebut.

2. Dukungan Sosial

Dukungan sosial adalah suatu dukungan yang dirasakan sebagai perhatian, penghargaan, kepedulian, atau bantuan yang tersedia dari keluarga, teman, atau orang-orang terdekat. Dukungan sosial meliputi dukungan dari keluarga (*family support*), dukungan dari teman (*friend support*), dan dukungan dari orang terdekat (*significant others support*). Dukungan sosial diukur dengan menggunakan skala yang dikembangkan oleh Zimet dkk pada tahun 1986 yaitu *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)* yang berisi 12 aitem. Dukungan sosial yang dimiliki oleh individu dapat dilihat dari hasil skor yang diperoleh pada saat mengisi skala tersebut. Berdasarkan hasil skoring dapat diketahui bahwa semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin tinggi dukungan sosial yang dimiliki individu. Sebaliknya, semakin rendah skor yang diperoleh maka semakin rendah dukungan sosial yang dimiliki individu tersebut.

C. Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini berjumlah 46 subjek dengan karakteristik subjek yaitu berjenis kelamin laki-laki atau perempuan yang mengalami penyakit stroke.

D. Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini dilakukan secara kuantitatif. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu dengan kuisisioner atau skala yang akan menghasilkan data kuantitatif. Teknik pengambilan data yang digunakan pada penelitian ini yaitu teknik *purposive sampling*, yaitu pemilihan sampel yang diambil dengan tujuan tertentu sesuai dengan karakteristik yang telah ditentukan (Hadi, 2004). Skala yang digunakan dalam penelitian ini yaitu skala kualitas hidup dan skala dukungan sosial.

1. Skala Kualitas Hidup

Skala kualitas hidup berfungsi untuk menggambarkan bagaimana kualitas hidup yang dimiliki oleh pasien stroke. Skala yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup dalam penelitian ini yaitu *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)* yang terdiri dari 26 aitem. *WHOQOL-BREF* ini merupakan rangkuman dari (*WHOQOL*) yang terdiri dari 100 aitem. Kuesioner ini berbentuk *self-report* dimana subjek diminta untuk memberikan respon yang sesuai dengan kondisi dirinya. Kuesioner *WHOQOL-BREF* terdiri dari empat dimensi, yaitu dimensi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Pertanyaan nomor 1 dan 2 pada skala mengkaji tentang kualitas hidup dan kesehatan fisik secara umum.

Pada dimensi kesehatan fisik terdiri dari tujuh aitem pertanyaan, yaitu pertanyaan nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18. Dimensi psikologis terdiri dari enam pertanyaan, yaitu pertanyaan nomor 5, 6, 7, 11, 19, dan 26. Dimensi sosial terdiri dari tiga pertanyaan, yaitu nomor 20, 21, dan 22. Dimensi

lingkungan terdiri dari delapan pertanyaan, yaitu nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25. Pertanyaan disajikan dengan lima rentang pilihan jawaban yang masing-masing memiliki skornya tersendiri. Pada kuisioner ini terdapat 23 aitem *favorable* dan 3 aitem *unfavorable* yaitu pada aitem nomor 3, 4 dan 26. Skor yang diberikan dalam skala ini bergerak antara 1 sampai dengan 5, dengan total skor secara keseluruhan minimal 26 dan maksimal 130. Skor total yang diperoleh secara keseluruhan tersebut menunjukkan semakin tinggi skor yang diperoleh, maka semakin tinggi pula kualitas hidup yang dimiliki subjek. Sebaliknya, semakin rendah skor yang diperoleh, maka semakin rendah pula kualitas hidup yang dimiliki subjek.

Tabel 1

Distribusi Butir Aitem Skala Kualitas Hidup (*WHOQOL-BREF*)

No	Aspek	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	Jumlah
1	Domain Kesehatan Fisik	10, 15, 16, 17, 18	3, 4	7
2	Domain Psikologis	5, 6, 7, 11, 19	26	6
3	Domain Hubungan Sosial	20, 21, 22		3
4	Domain Lingkungan	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25		8
5	Kualitas Hidup dan Kesehatan Fisik secara umum	1, 2		2
Total				26

2. Skala Dukungan Sosial

Skala dukungan sosial berfungsi untuk menggambarkan bagaimana dukungan sosial yang dimiliki oleh pasien stroke. Skala yang digunakan untuk mengukur dukungan sosial dalam penelitian ini yaitu *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)*. *MSPSS* merupakan alat ukur yang dikembangkan oleh Zimet dkk (1986) yang meliputi dukungan dari keluarga (*family support*), dukungan dari teman (*friend support*), dan dukungan dari orang terdekat (*significant others support*). Pada dimensi dukungan keluarga terdiri dari empat aitem pertanyaan, yaitu pertanyaan nomor 3, 4, 8 dan 11. Dimensi dukungan teman terdiri dari tiga aitem pertanyaan, yaitu pertanyaan nomor 6, 7 dan 12. Dimensi dukungan orang terdekat terdiri dari lima aitem pertanyaan, yaitu pertanyaan nomor 1, 2, 5, 9, dan 10.

Jumlah aitem pada kuisioner ini terdiri dari 12 aitem pertanyaan yang semuanya bersifat *favorable*. Pertanyaan yang disajikan memiliki empat rentang pilihan jawaban yaitu mulai dari sangat sesuai (SS), sesuai (S), tidak sesuai (TS), dan sangat tidak sesuai (STS). Skor yang diberikan dalam skala ini bergerak antara 1 sampai dengan 5, dengan total skor secara keseluruhan minimal 12 dan maksimal 60. Skor total yang diperoleh secara keseluruhan tersebut menunjukkan semakin tinggi skor yang diperoleh, maka semakin tinggi pula dukungan sosial yang dimiliki subjek. Sebaliknya, semakin rendah skor yang diperoleh, maka semakin rendah pula dukungan sosial yang dimiliki subjek.

Tabel 2
Distribusi Butir Aitem Skala Dukungan Sosial (*MSPSS*)

No	Aspek	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	Jumlah
1	Dukungan Teman	3, 4, 8, 11		4
2	Dukungan Keluarga	6, 7, 12		3
3	Dukungan Orang Terdekat	1, 2, 5, 9, 10		5
Total				12

E. Validitas dan Reliabilitas

1. Validitas

Validitas berasal dari kata *validity* yang memiliki arti sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Suatu instrumen pengukuran dapat dikatakan memiliki validitas yang tinggi apabila instrumen tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan tujuan dilakukannya pengukuran tersebut (Azwar, 2011). Menurut Cook dan Beckman (2006) untuk dapat memperoleh validitas yang diinginkan, peneliti harus terlebih dahulu mencari referensi mengenai teori pengukuran yang akan digunakan pada penelitian, sehingga dapat menghasilkan suatu validitas. Validitas instrumen pengukuran dalam penelitian ini dilakukan melalui *Content Validity* dan *Face Validity* dengan bantuan *expert judgement* dalam menilai instrumen pengukuran tersebut.

2. Reliabilitas

Suatu instrumen pengukuran dapat dikatakan memiliki reliabilitas yang tinggi atau dapat dipercaya jika instrumen tersebut stabil, ajeg, dapat diandalkan (*dependability*), dan dapat diprediksi (*predictability*). Hal tersebut berarti jika instrumen pengukuran tersebut digunakan lebih dari satu kali, maka akan tetap memberikan hasil yang serupa (Azwar, 2008). Reliabilitas instrumen pengukuran dalam penelitian ini akan diketahui dengan menggunakan formula *Cronbach's Alpha* untuk melihat konsistensi internalnya, sejauh mana komponen-komponen dalam instrumen saling berkorelasi satu sama lain dengan bantuan program *SPSS version 23 for Mac*.

F. Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan pada penelitian ini yaitu metode statistik dengan menggunakan program *Statistical Packages for Social Science (SPSS) version 23 for Mac*. Teknik analisis data yang digunakan yaitu *Pearson's product moment correlation* untuk menemukan adanya hubungan antara kualitas hidup dengan dukungan sosial pada pasien stroke yang sebelumnya telah dilakukan uji normalitas dan uji linearitas.

BAB IV

PELAKSANAAN DAN HASIL PENELITIAN

A. Orientasi Kancan Penelitian dan Persiapan Penelitian

1. Orientasi Kancan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pasien stroke. Subjek dalam penelitian ini merupakan individu yang telah didiagnosis mengalami stroke. Subjek terdiri dari laki-laki dan perempuan dengan rentang usia 37 - 62 tahun. Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan di sebuah rumah sakit di Kabupaten Tangerang secara langsung kepada para pasien stroke. Kabupaten Tangerang sendiri termasuk salah satu kabupaten di Indonesia yang memiliki tingkat penyakit stroke yang masih terbilang tinggi.

Individu yang mengalami stroke memiliki beberapa masalah seperti keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari-hari, gangguan emosional, penurunan produktivitas, kemudian beberapa masalah psikologis seperti merasa dirinya tidak berguna, putus asa, stres, depresi, dan beberapa masalah lainnya. Hal tersebut dapat berdampak pada menurunnya kualitas hidup yang dimilikinya. Individu yang mengalami stroke menjadi tidak dapat hidup mandiri karena mereka membutuhkan bantuan orang lain untuk menjalani aktivitas sehari-hari.

Berdasarkan penjelasan di atas mengenai pasien stroke dan beberapa masalah yang dihadapinya, peneliti memutuskan untuk melakukan penelitian yang berkaitan dengan kualitas hidup pada pasien stroke.

2. Persiapan Penelitian

Peneliti melakukan beberapa persiapan sebelum melakukan penelitian yang meliputi persiapan administrasi, persiapan alat ukur, dan uji validitas serta reliabilitas alat ukur. Berikut ini merupakan rincian masing-masing persiapan yang telah dilakukan oleh peneliti.

a. Persiapan Administrasi

Sebelum melakukan penelitian, peneliti melakukan persiapan administrasi dengan mengajukan surat permohonan izin melakukan penelitian kepada rumah sakit terkait. Surat permohonan izin penelitian tersebut terlebih dahulu peneliti ajukan kepada Dekan Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia dengan nomor surat 746/Dek/70/Div.Um.RT/X/2017 tertanggal 3 Oktober 2017 yang ditujukan kepada direktur rumah sakit. Setelah mendapatkan surat izin dari Dekan FPSB UII tersebut, peneliti mengajukan izin kepada direktur rumah sakit terkait pada tanggal 9 Oktober 2017 dan memulai penelitian pada tanggal 15 Oktober 2017 sampai dengan 14 November 2017. Penelitian ini menggunakan metode *tryout* terpakai, sehingga peneliti tidak melaksanakan uji coba terlebih dahulu. Hal ini dikarenakan oleh keterbatasan subjek dalam penelitian ini, sehingga peneliti memilih metode tersebut.

b. Persiapan Alat Ukur

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini yaitu skala kualitas hidup dan skala dukungan sosial. Skala kualitas hidup diadaptasi dari *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)* yang terdiri dari 26 aitem, sedangkan skala dukungan sosial diadaptasi dari *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)* yang terdiri dari 12 aitem. Pengambilan data penelitian dilakukan dengan cara memberikan kuesioner kepada subjek yang mengalami stroke. Kuesioner penelitian tersebut diberikan kepada 46 subjek dengan cara satu per satu langsung kepada subjek yang bersangkutan.

c. Hasil Uji Coba Alat Ukur

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil *tryout* terpakai, peneliti kemudian melakukan uji validitas dan reliabilitas dari skala dengan menggunakan bantuan program statistik *SPSS 23.0 for Mac* yang menunjukkan hasil sebagai berikut:

1) Skala Kualitas Hidup

Skala kualitas hidup yaitu WHOQOL-BREF terdiri dari 26 aitem. Berdasarkan hasil uji indeks diskriminasi aitem diketahui bahwa seluruh aitem dari skala kualitas hidup dinyatakan sahih, sehingga tidak ada aitem yang gugur. Hasil reliabilitas dilihat dari nilai *Cronbach alpha* yang menunjukkan hasil sebesar 0.947 dan indeks daya beda aitem yang bergerak antara 0.444 – 0.742.

2) Skala Dukungan Sosial

Skala dukungan sosial yaitu *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)* terdiri dari 12 aitem. Berdasarkan hasil uji indeks diskriminasi aitem, diketahui bahwa seluruh aitem dari skala kualitas hidup dinyatakan sahih, sehingga tidak ada aitem yang gugur. Hasil reliabilitas dilihat dari nilai *Cronbach alpha* yang menunjukkan hasil sebesar 0.941 dan indeks daya beda aitem yang bergerak antara 0.660 – 0.800.

B. Pelaksanaan Penelitian

Pengambilan data dalam penelitian ini dilaksanakan di sebuah rumah sakit di Kabupaten Tangerang dalam rentan waktu 15 Oktober 2017 sampai dengan 14 November 2017. Proses pengambilan data dilakukan dengan terlebih dahulu menanyakan seputar identitas subjek dan juga menandatangani *informed consent* sebagai tanda persetujuan untuk menjadi subjek dalam penelitian ini. Setelah itu, peneliti memberikan kuisisioner untuk diisi langsung oleh subjek. Selain itu, dalam beberapa kondisi tertentu peneliti membacakan pertanyaan dalam kuisisioner kepada subjek secara satu persatu dan mencatat respon yang diberikan oleh subjek. Hal ini dilakukan oleh peneliti mengingat beberapa kondisi subjek yang tidak memungkinkan untuk mengisi kuisisioner tersebut secara mandiri.

C. Hasil Penelitian

1. Deskripsi Subjek Penelitian

Berdasarkan data yang diperoleh, maka dapat dijabarkan gambaran umum subjek dalam penelitian ini sebagai berikut:

Tabel 3
Deskripsi subjek berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	N	Presentase (%)
Perempuan	15	32.60%
Laki-Laki	31	67.40%
Total	46	100%

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa subjek penelitian lebih didominasi oleh laki-laki yang berjumlah 31 orang dengan presentase sebesar 67.40% dibandingkan dengan subjek perempuan yang berjumlah 15 orang dengan presentase sebesar 32.60%.

Tabel 4
Deskripsi subjek berdasarkan usia

Usia	N	Presentase (%)
≤ 45 tahun	11	23.91%
> 45 tahun	35	76.09%
Total	46	100%

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa terdapat 11 subjek yang berusia di bawah 45 tahun dengan presentase 23.91% dan terdapat 35 subjek yang berusia di atas 45 tahun dengan presentase 76.09%.

Tabel 5
Deskripsi subjek berdasarkan pendapatan per bulan

Besar Pendapatan	N	Presentase (%)
< Rp. 2.000.000	8	17.39%
Rp. 2.000.000 – Rp. 3.000.000	12	26.09%
Rp. 3.000.000 – Rp. 4.000.000	20	43.48%
> Rp. 4.000.000	6	13.04%
Total	46	100%

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa terdapat delapan subjek yang memiliki pendapatan kurang dari Rp. 2.000.000 dengan presentase 17.39%, kemudian terdapat 12 subjek yang memiliki pendapatan diantara RP. 2.000.000 sampai dengan Rp. 3.000.000 dengan presentase 26.09%, selanjutnya 20 subjek yang memiliki pendapatan diantara RP. 3.000.000 sampai dengan Rp. 4.000.000 dengan presentase 43.48%, dan enam subjek yang memiliki pendapatan lebih dari Rp. 4.000.000 per bulannya dengan presentase 13.04%.

Tabel 6
Deskripsi subjek berdasarkan status pernikahan

Status Pernikahan	N	Presentase (%)
Belum Menikah	0	0%
Menikah	37	80.43%
Bercerai	3	6.52%
Pasangan Meninggal	6	13.05%
Total	46	100%

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa tidak ada subjek yang belum menikah, kemudian terdapat 37 subjek yang telah menikah dengan presentase 80.43%, selanjutnya terdapat tiga subjek yang telah bercerai dengan presentase 6.52%, dan terdapat enam subjek yang pasangannya telah meninggal dengan presentase 10.88%.

Tabel 7
Deskripsi subjek berdasarkan lama diagnosa

Lama Diagnosa	N	Presentase (%)
< 1 tahun	17	36.96%
1 – 2 tahun	21	45.65%
> 2 tahun	8	17.39%
Total	46	100%

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa terdapat 17 subjek yang telah didiagnosis stroke kurang dari satu tahun dengan presentase 36.96%, kemudian terdapat 21 subjek yang telah didiagnosis stroke selama satu sampai dengan dua tahun dengan presentase 45.65%, dan terdapat delapan subjek yang telah didiagnosis stroke selama lebih dari dua tahun dengan presentase 17.39%.

2. Deskripsi Data Penelitian

Berdasarkan hasil analisis data, diperoleh gambaran data penelitian yang berisi fungsi-fungsi dasar statistik sebagai berikut:

Tabel 8
Deskripsi Data Penelitian

Variabel	Hipotetik				Empirik			
	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD
Kualitas Hidup	26	130	78	17.3	47	116	84.89	14.27
Dukungan Sosial	12	60	36	8	16	54	39.43	8.37

Tabel 9
Kategorisasi Variabel Kualitas Hidup

Kategorisasi	Rentang Nilai	Frekuensi	Presentase
Sangat Tinggi	$X > 109.14$	2	4.35%
Tinggi	$88.38 \leq X < 109.14$	10	21.74%
Sedang	$67.62 \leq X < 88.38$	31	67.39%
Rendah	$46.86 \leq X < 67.62$	3	6.52%
Sangat Rendah	$X < 46.86$	0	0%

Berdasarkan kategorisasi yang telah dilakukan, dapat dilihat bahwa pada variabel kualitas hidup frekuensi subjek terbanyak berada pada kategori sedang yang berisi 31 subjek dengan presentase 67.39%, kemudian pada kategori tinggi ada 10 subjek dengan presentase 21.74%,

diikuti pada kategori rendah ada tiga subjek dengan presentase 6.52%, dan yang terakhir pada kategori sangat tinggi ada dua subjek dengan presentase 4.35%. Tidak ada subjek yang memiliki kualitas hidup dalam kategori sangat rendah. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas hidup yang dimiliki oleh pasien stroke cenderung berada pada kategorisasi sedang.

Tabel 10
Kategorisasi Variabel Dukungan Sosial

Kategorisasi	Rentang Nilai	Frekuensi	Presentase
Sangat Tinggi	$X > 50.4$	4	8.70%
Tinggi	$40.8 \leq X < 50.4$	15	32.61%
Sedang	$31.2 \leq X < 40.8$	20	43.48%
Rendah	$21.6 \leq X < 31.2$	6	13.04%
Sangat Rendah	$X < 21.6$	1	2.17%

Berdasarkan kategorisasi yang telah dilakukan, dapat dilihat bahwa pada variabel dukungan sosial frekuensi subjek terbanyak berada pada kategori sedang yang berisi 20 subjek dengan presentase 43.48%, kemudian pada kategori tinggi ada 15 subjek dengan presentase 32.61%, diikuti pada kategori rendah ada enam subjek dengan presentase 13.04%, pada kategori sangat tinggi ada empat subjek dengan presentase 8.70%, dan yang terakhir pada kategori sangat rendah ada satu subjek dengan presentase 2.17%. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan sosial yang dimiliki oleh pasien stroke cenderung berada pada kategorisasi sedang.

3. Hasil Uji Asumsi

a. Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan untuk dapat mengetahui sebaran data dalam penelitian ini terdistribusi normal dalam sebuah populasi. Pada penelitian ini uji normalitas dilakukan dengan menggunakan *Shapiro Wilk test* yang digunakan untuk sampel dalam penelitian yang berjumlah kurang dari 50. Kaidah yang digunakan untuk mengetahui normal atau tidaknya sebaran data yaitu apabila nilai $p > 0.05$ maka sebaran data dinyatakan normal, namun sebaliknya jika nilai $p < 0.05$ maka sebaran data dinyatakan tidak normal.

Tabel 11
Hasil Uji Normalitas

Variabel	Z	p	Keterangan
Kualitas Hidup	0.954	0.067	Normal
Dukungan Sosial	0.968	0.804	Normal

Berdasarkan hasil uji normalitas yang telah dilakukan, dapat dilihat bahwa variabel kualitas hidup memiliki nilai $p = 0.067$ ($p > 0.05$) dan variabel dukungan sosial memiliki nilai $p = 0.243$ ($p > 0.05$). Hasil uji normalitas tersebut menunjukkan bahwa data variabel kualitas hidup dan dukungan sosial keduanya terdistribusi normal.

b. Uji Linearitas

Uji linearitas dilakukan untuk melihat adanya hubungan yang linier antara kedua variabel dalam penelitian. Pada penelitian ini uji linearitas dilakukan dengan menggunakan analisis statistik *Compare Means Tes for Linearity*. Kaidah yang digunakan untuk mengetahui

hubungan linear kedua variabel yaitu apabila nilai $p < 0.05$ maka dapat dinyatakan bahwa ada hubungan yang linear antara kedua variabel, namun sebaliknya jika nilai $p > 0.05$ maka dapat dinyatakan bahwa tidak ada hubungan yang linear antara kedua variabel.

Tabel 12
Hasil Uji Linearitas

Variabel	f	p	Keterangan
Kualitas Hidup * Dukungan Sosial	2.961	0.006	Linear

Berdasarkan hasil uji linearitas yang telah dilakukan, dapat dilihat bahwa variabel kualitas hidup dan dukungan sosial memiliki nilai $p = 0.006$ ($p < 0.05$). Hasil uji linearitas tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan yang linear antara variabel kualitas hidup dengan variabel dukungan sosial.

4. Hasil Uji Hipotesis

Uji hipotesis dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel kualitas hidup dengan variabel dukungan sosial. Hipotesis dalam penelitian ini yaitu adanya hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien stroke. Uji hipotesis yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan analisis korelasi *Pearson's Product Moment*. Kaidah yang digunakan untuk mengetahui hubungan kedua variabel yaitu apabila nilai $p < 0.05$ maka dapat dinyatakan bahwa ada hubungan antara kedua variabel, namun sebaliknya jika nilai $p > 0.05$ maka dapat dinyatakan bahwa tidak ada hubungan antara kedua variabel.

Tabel 13
Hasil Uji Hipotesis

Variabel	N	r	p
Kualitas Hidup * Dukungan Sosial	46	0.938	0.000

Berdasarkan hasil uji hipotesis yang telah dilakukan, dapat dilihat bahwa variabel kualitas hidup dan dukungan sosial memiliki nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$) dengan koefisien korelasi sebesar $r = 0.938$. Sumbangan efektif yang diberikan variabel dukungan sosial terhadap kualitas hidup mencapai 87.98%, sedangkan 12.02% dipengaruhi oleh faktor lain. Hasil uji hipotesis tersebut menunjukkan bahwa hipotesis dalam penelitian ini diterima, yaitu ada hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien stroke.

5. Hasil Analisis Tambahan

Pada penelitian ini dilakukan beberapa analisis tambahan, diantaranya yaitu uji beda dan analisis dimensi. Uji beda dilakukan untuk melihat perbedaan tingkat kualitas hidup subjek berdasarkan jenis kelamin, usia, pendapatan per bulan, status pernikahan, dan lama diagnosa. Analisis dimensi dilakukan untuk mengetahui tingkat korelasi variabel per dimensi, yaitu korelasi antara variabel kualitas hidup dengan masing-masing dimensi dukungan sosial dan juga korelasi antara variabel dukungan sosial dengan masing-masing dimensi kualitas hidup.

a. Uji Beda

Tabel 14
Hasil Uji Beda Berdasarkan Jenis Kelamin

Variabel	Jenis Kelamin	Mean	p
Kualitas Hidup	Perempuan	80.13	0.117
	Laki-Laki	87.19	

Tabel 15
Hasil Uji Beda Berdasarkan Usia

Variabel	Usia	Mean	p
Kualitas Hidup	< 45 tahun	86.54	0.664
	> 45 tahun	84.37	

Tabel 16
Hasil Uji Beda Berdasarkan Pendapatan Per Bulan

Variabel	Pendapatan Per Bulan	Mean	p
Kualitas Hidup	< Rp. 2.000.000	71.50	0.000
	Rp. 2.000.000 – Rp. 3.000.000	79.33	
	Rp. 3.000.000 – Rp. 4.000.000	89.00	
	> Rp. 4.000.000	100.16	

Tabel 17
Hasil Uji Beda Berdasarkan Status Pernikahan

Variabel	Status Pernikahan	Mean	p
Kualitas Hidup	Menikah	82.89	0.085
	Bercerai	100.33	
	Pasangan Meninggal	89.50	

Tabel 18
Hasil Uji Beda Berdasarkan Lama Diagnosa

Variabel	Lama Diagnosa	Mean	p
Kualitas Hidup	< 1 tahun	85.47	0.943
	1 – 2 tahun	84.09	
	> 2 tahun	85.75	

Berdasarkan hasil uji beda yang telah dilakukan dengan metode statistik *One Way ANOVA*, dapat dilihat bahwa ada perbedaaan antara kualitas hidup yang dimiliki subjek berdasarkan besar pendapatan subjek per bulan dengan nilai signifikansi sebesar $p=0.000$. Subjek yang memiliki pendapatan per bulan lebih besar memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Berbeda dengan pendapatan per bulan subjek, hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup subjek berdasarkan jenis kelamin ($p=0.117$), usia ($p=0.664$), status pernikahan ($p=0.085$), dan lama diagnosis penyakit ($p=0.943$).

b. Analisis Dimensi

Tabel 19
Hasil Analisis Dimensi Variabel Kualitas Hidup

Variabel*Dimensi		r	p
Kualitas Hidup	Dukungan Keluarga	0.849	0.000
	Dukungan Teman	0.842	0.000
	Dukungan Orang Terdekat	0.887	0.000

Tabel 20
Hasil Analisis Dimensi Variabel Dukungan Sosial

Variabel*Dimensi		r	p
Dukungan Sosial	Kesehatan Fisik	0.829	0.000
	Psikologis	0.918	0.000
	Hubungan Sosial	0.863	0.000
	Lingkungan	0.872	0.000

Berdasarkan hasil analisis dimensi yang telah dilakukan, dapat dilihat bahwa dimensi dukungan sosial yang memiliki koefisien korelasi paling kuat terhadap variabel kualitas hidup adalah dimensi dukungan orang terdekat ($r= 0.887$), sedangkan yang terendah adalah dimensi

dukungan teman ($r= 0.842$). Selain itu, dapat dilihat juga bahwa dimensi kualitas hidup yang memiliki koefisien korelasi paling besar terhadap variabel dukungan sosial adalah dimensi psikologis ($r= 0.918$), sedangkan yang terendah adalah dimensi kesehatan fisik ($r=0.829$).

D. Pembahasan

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pasien stroke. Hasil penelitian menunjukkan karakteristik subjek dalam penelitian ini didominasi oleh subjek dengan jenis kelamin laki-laki (67.40%) dan mayoritas subjek berusia lebih dari 45 tahun (76.09%). Sebagian subjek dalam penelitian ini telah menikah (80.43%), namun beberapa telah bercerai dan beberapa subjek pasangannya telah meninggal. Terdapat beberapa subjek yang memiliki penghasilan tinggi (13.04%) dan mayoritas subjek telah terdiagnosis stroke selama satu hingga dua tahun (45.65%).

Berdasarkan hasil analisis data statistik dari kedua variabel dalam penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif yang signifikan antara variabel dukungan sosial dengan kualitas hidup dengan nilai korelasi sebesar 0.938 dan $p = 0.000$ ($p < 0.05$). Melihat nilai korelasi yang terbilang cukup besar, dapat dikatakan bahwa hubungan diantara variabel dukungan sosial dan kualitas hidup cukup kuat. Sumbangan efektif yang diberikan variabel dukungan sosial terhadap kualitas hidup mencapai 87.98%, sedangkan 12.02% dipengaruhi oleh faktor lain. Hal tersebut menunjukkan bahwa hipotesis dalam

penelitian ini diterima, yaitu adanya hubungan positif yang signifikan antara variabel dukungan sosial dengan kualitas hidup. Semakin tinggi dukungan sosial yang diperoleh pasien stroke, maka semakin tinggi kualitas hidup yang dimilikinya. Begitupun sebaliknya, semakin rendah dukungan sosial yang diperoleh pasien stroke, maka semakin rendah kualitas hidup yang dimilikinya.

Hasil penelitian tersebut didukung oleh beberapa penelitian lainnya, yaitu seperti penelitian yang dilakukan oleh Lynch, Butt, Heinemann, Victorson, Nowinski, Perez, dan Cella (2008) yang menemukan bahwa kualitas hidup para pasien stroke selain dipengaruhi oleh fungsi fisik, kemandirian, komunikasi, dan mekanisme *coping* juga dipengaruhi oleh dukungan sosial yang diperoleh oleh pasien stroke. Penelitian yang dilakukan dengan metode kualitatif ini menunjukkan bahwa dukungan sosial merupakan salah satu tema yang sering diangkat secara spontan oleh pasien. Stroke seringkali memberikan tekanan pada hubungan sosial pasien sehingga mengakibatkan jarak dengan orang lain seperti dengan pasangan dan juga anak-anak. Pasien stroke mengungkapkan bagaimana keluarga dan teman mendukung atau tidak mendukung mereka dalam menghadapi stroke. Beberapa keluarga dan sahabat ada yang meninggalkan pasien atau menolak untuk berkomunikasi dengan pasien setelah mereka mengalami stroke.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Purba, Amatayakul, dan Wattanakul (2015) diketahui bahwa dukungan sosial merupakan salah satu variabel yang memiliki korelasi positif yang signifikan dengan kualitas hidup para pasien stroke. Salah satu dimensi dukungan sosial yang paling kuat secara statistik yaitu

dukungan dalam bentuk interaksi sosial yang positif. Penelitian yang dilakukan oleh Huang, Hsu, Hsu, Cheng, Lin dan Chuang (2010) juga menemukan bahwa dukungan sosial merupakan salah satu variabel yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien stroke. Semakin banyak dukungan sosial yang mereka terima, maka akan semakin tinggi kualitas hidup yang dimilikinya. Dukungan sosial yang diberikan dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk dapat beradaptasi dengan kejadian-kejadian dan berbagai perubahan dalam kehidupan sehari-hari setelah mereka mengalami stroke. Selain itu, dukungan sosial juga berperan dalam mengurangi kemungkinan depresi pada pasien stroke. Dukungan sosial memiliki peran penting dalam memberikan semangat dan pemulihan kemandirian pada pasien stroke mengingat keterbatasan pasien setelah mengalami stroke (Gbiri & Akinpelu, 2012).

Melalui beberapa wawancara yang dilakukan kepada subjek, dukungan sosial yang mereka terima berasal dari keluarga, teman, kerabat dan beberapa orang-orang terdekatnya. Bentuk dukungan sosial yang diberikan dapat berupa dukungan fisik, seperti bantuan dalam melakukan kegiatan sehari-hari mulai dari makan, minum obat, berjalan, dan beberapa aktivitas lainnya. Selain bentuk dukungan fisik, subjek juga mendapatkan dukungan moral, seperti nasihat, semangat, dan juga sebagai tempat untuk bertukar cerita. Kondisi subjek yang mengalami perubahan pasca stroke membuat subjek memiliki keterbatasan untuk bersosialisasi seperti biasanya. Oleh karena itu, beberapa subjek mengungkapkan bahwa dukungan yang berasal dari keluarga merupakan dukungan yang paling utama.

Berdasarkan hasil uji beda yang telah dilakukan dalam penelitian ini ditemukan bahwa terdapat perbedaan pada tingkat kualitas hidup pasien stroke berdasarkan pendapatan per bulan pasien. Hal tersebut dilihat dari nilai signifikansinya sebesar $p=0.000$ ($p<0.05$) dan juga nilai *mean* pada pendapatan per bulan kurang dari Rp.2.000.000 sebesar 71.50, Rp.2.000.000-Rp.3.000.000 sebesar 79.33, Rp.3.000.000-Rp.4.000.000 sebesar 89.00, dan pendapatan lebih dari Rp.4.000.000 sebesar 100.16. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pasien stroke yang memiliki pendapatan per bulan lebih tinggi, memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien stroke yang memiliki pendapatan per bulan yang lebih rendah. Pada penelitian yang dilakukan oleh Bariroh, Setyawan, dan Sakundaro (2016) menunjukkan bahwa nilai kualitas hidup subjek yang memiliki penghasilan dibawah UMR lebih rendah dibandingkan dengan subjek yang memiliki penghasilan diatas UMR. Pasien yang memiliki pendapatan keluarga yang mencukupi dapat menunjang untuk pemenuhan kebutuhan hidupnya. Selain untuk kebutuhan sehari-hari, namun juga untuk penunjang biaya pengobatan yang diperlukan.

Hasil uji beda yang telah dilakukan juga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup pasien stroke berdasarkan jenis kelamin ($p=0.117$), usia ($p=0.664$), status pernikahan ($p=0.085$), dan lama diagnosis penyakit ($p=0.943$). Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adawiyah dan Kariasa (2014) dimana ditemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin, usia, suku/etnik, status perkawinan terhadap empat domain kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan

oleh Shan, Ge, Ming, Wang, Sante, He, Zhou, Liu, dan Wang (2011) juga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan statistik yang signifikan dalam kualitas hidup antara pria dan wanita dan juga antara kelompok umur yang berbeda. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Razavi, Hajifathalian, Saeidi, Djavid, Rasoulinejad, Hajiabdolbaghi, Paydary, Kheirandish, Foroughi, Alinaghi, Mohraz, dan McFarland (2011) terhadap 191 responden menunjukkan bahwa status perkawinan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap kualitas hidup.

Selain hasil uji beda, analisis tambahan yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu analisis dimensi. Berdasarkan hasil analisis dimensi, ditemukan bahwa dari ketiga dimensi dari variabel dukungan sosial yaitu dukungan keluarga, dukungan teman, dan dukungan orang terdekat, dimensi yang memiliki korelasi paling kuat dengan variabel kualitas hidup adalah dimensi dukungan orang terdekat dengan nilai koefisien korelasi sebesar 0.887. Jika dilihat secara keseluruhan tidak terdapat perbedaan koefisien korelasi yang terlalu jauh diantara ketiga dimensi tersebut. Dimensi dukungan keluarga memiliki koefisien korelasi sebesar 0.849, sedangkan dimensi dukungan teman memiliki koefisien korelasi sebesar 0.842. Di samping itu, ditemukan juga bahwa dari keempat dimensi dari variabel kualitas hidup yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan, dimensi yang memiliki korelasi paling kuat dengan variabel dukungan sosial adalah dimensi psikologis dengan koefisien korelasi sebesar 0.918. Jika dilihat secara keseluruhan, dimensi yang memiliki korelasi paling rendah dengan variabel dukungan sosial yaitu dimensi kesehatan fisik

dengan koefisien korelasi sebesar 0.829, kemudian tidak terdapat perbedaan koefisien korelasi yang terlalu jauh diantara dimensi hubungan sosial dengan koefisien korelasi sebesar 0.863 dan dimensi lingkungan dengan koefisien korelasi sebesar 0.872.

Hasil analisis dimensi tersebut didukung oleh beberapa penelitian diantaranya yaitu penelitian yang dilakukan oleh Yadav (2010) yang menunjukkan bahwa dukungan sosial berkorelasi dengan semua dimensi dalam kualitas hidup. Penelitian tersebut juga menemukan bahwa dukungan yang berasal dari luar keluarga memiliki skor yang lebih besar dibandingkan dengan dukungan yang berasal dari keluarga. Berdasarkan hasil tersebut, dapat dijelaskan bahwa dukungan yang berasal dari luar keluarga memiliki kontribusi penting dalam memberikan dukungan yang nyata bagi pasien baik dalam bentuk dukungan informasi dan juga dukungan emosional. Penelitian yang dilakukan oleh Nazik, Nazik, Ozdemir, dan Soydan (2014) juga menemukan bahwa dukungan keluarga memiliki nilai korelasi yang lebih rendah dibandingkan dengan dukungan teman dan dukungan orang terdekat. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Salonen, Rantanen, Kellokumpu, Huhtala dan Kaunonen (2014) juga menemukan bahwa dukungan dari orang terdekat (*significant others*) merupakan salah satu dukungan yang memiliki korelasi yang cukup kuat dengan variabel kualitas hidup.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Yilmaz, Piyal, dan Akdur (2017) ditemukan bahwa dimensi psikologis dalam kualitas hidup memiliki korelasi yang cukup kuat dengan dukungan sosial. Hal tersebut dikaitkan dengan

kecemasan, stres dan depresi yang dirasakan oleh pasien kanker ginekologi dimana kurangnya dukungan sosial dapat diterjemahkan sebagai stres yang kemudian mengubah system endokrin dan kekebalan tubuh. Dukungan sosial dapat meringankan dampak negatif dari perasaan negatif terhadap kualitas hidup seperti depresi dan gejala depresi. Pasien yang mendapatkan kenyamanan psikologis dari keluarga dan teman dapat memecahkan masalah melalui jalur yang positif dan pada saat yang sama pasien memiliki keamanan psikologis yang disebabkan oleh rasa kepercayaan diri yang kuat (Li, Yang, Liu, Wang, 2016).

Berdasarkan beberapa penjabaran di atas, dapat disimpulkan bahwa variabel dukungan sosial memiliki hubungan yang signifikan terhadap kualitas hidup pada pasien stroke, meskipun bukan sebagai prediktor utama dalam memprediksi dan meningkatkan kualitas hidup. Hal tersebut dikarenakan masih ada beberapa faktor lain yang dapat menjadi prediktor dalam meningkatkan kualitas hidup. Akan tetapi, dukungan sosial dapat menjadi salah satu faktor yang dapat membantu para pasien stroke untuk dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Selain itu, tidak lupa diimbangi dengan faktor-faktor lainnya yang juga dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien stroke secara menyeluruh.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, peneliti menemukan hasil bahwa ada hubungan positif antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien stroke. Semakin tinggi dukungan sosial yang diterima oleh pasien stroke, maka semakin tinggi kualitas hidup yang dimilikinya. Begitupun sebaliknya, semakin rendah dukungan sosial yang diterima oleh pasien stroke, maka semakin rendah kualitas hidup yang dimilikinya. Hal tersebut membuktikan bahwa hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini diterima.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, terdapat beberapa saran dari peneliti terkait proses dan hasil yang diperoleh dari penelitian ini antara lain yaitu:

1. Bagi Subjek Penelitian

Saran bagi subjek penelitian yaitu agar lebih dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya pasca serangan stroke yang mungkin dapat menghambat beberapa aktivitasnya sehari-hari. Selain itu, subjek diharapkan dapat lebih terbuka terhadap kehidupan sosial dan saling memberikan dukungan sosial baik dalam bentuk dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan

dukungan informasi dengan individu lainnya untuk dapat meningkatkan kualitas hidup yang dimilikinya.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Saran bagi peneliti selanjutnya yang ingin meneliti lebih lanjut mengenai topik yang sama dapat mengembangkan beberapa variabel lainnya untuk diteliti. Selain itu, peneliti juga dapat mengambil sampel subjek dari daerah yang lebih beragam sehingga hasilnya lebih dapat digeneralisasikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abubakar, S. A. & Isezuo, S. A. (2012). Health related quality of life of stroke survivors: experience of a stroke unit, *International Journal of Biomedical Science*. 8 (3) 183-187.
- Adawiyah, R. & Kariasa, I. M. (2014). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke. Diakses pada tanggal 22 Januari 2018 melalui <http://lib.ui.ac.id/naskahringkas/2016-08//S56513-Robiyatul%20Adawiyah>
- Astuti, N., Syamsiatun, N. & Suryani, I. (2015). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di rumah sakit umum daerah Panembahan Senopati Bantul, *Jurnal Nutrisia*. 17 (1) 10-16.
- Auryn, V. (2007). *Mengenal dan Memahami Stroke*. Yogyakarta: KATAHATI
- Azwar, S. (2008). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Azwar, S. (2011). *Tes Prestasi: Fungsi dan Pengembangan Pengukuran Prestasi Belajar*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Barutcu, C. D. & Mert, H. (2013). The relationship between social support and quality of life in patients with heart failure, *J Pak Med Assoc*. Vol. 63 No. 4 h.463-467
- Bariroh, U., Setyawan, S. & Sakundarno, M. (2016). Kualitas hidup berdasarkan karakteristik pasien pasca stroke (studi di RSUD Tugurejo Kota Semarang), *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 4 (4) 486-495.
- Birtane, M. & Tastekin, Y. (2010). Quality of life after stroke, *Medical Journal of Trakya University*. Vol. 27 h.63-68
- Brett, C.E., Gow, A.J., Corley, J., Pattie, A., Starr, J & Deary, I.J. (2012). Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults, *Journal Quality of Life Research*. 21 (3). 505-516.
- Buckman, R. & Sutcliffe, J. (2000). *Apa yang Seharusnya Anda Ketahui tentang Merawat Pasien Stroke*. London: Marshall Publishing Ltd

- Burkman, K. (2010). *The Stroke Recovery Book: A Guide for Patients and Families 2nd Edition*. USA: Addicus Books Inc
- Cook, D. A. & Beckman, T. (2006). *Current concept validity and reliability for psychometric instrument: theory and application*, *The American Journal of Medicine*. 119(2).
- Dayapoglu, N. & Tan, M. (2010). Quality of life in stroke patients, *Neurology India*. 58 (5) 697-701.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang. *Profil Kesehatan Kabupaten Tangerang*. Diakses pada tanggal 10 Desember 2017 melalui http://dinkes.tangerangkab.go.id/wp-content/files/Profil_2016_New.pdf
- Duffy, K. & Wong, F. (2003). *Community Psychology 3rd Edition*. USA: Pearson Education Inc
- Feigin, V. (2006). *Stroke: Panduan Bergambar tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer
- Gbiri, C. A. & Akinpelu, A. O. (2012). Quality of life of Nigerian stroke survivors during first 12 months post-stroke, *Hong Kong Physiotherapy Journal*. 30, 18-24.
- Hadi, S. (2004). *Metodologi Research Jilid 3*. Yogyakarta: Andi Offset
- Haghgoo, H. A., Pazuki, E. S., Hosseini, A. S. & Rassafiani, M. (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke, *Journal of the Neurological Sciences*. 328(2) 87-91.
- Hamaideh, S., Al-Magaireh, D., Abu-Farsakh, B. & Al-Omari, H. (2014). Quality of life, social support, and severity of psychiatric symptoms in jordanian patients with schizophrenia, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. (21) h. 455-465
- Hasan, N. & Rufaidah, E. R. (2013). Hubungan antara dukungan sosial dengan strategi coping pada penderita stroke RSUD Dr. Moewardi Surakarta, *Jurnal Talenta Psikologi*. Vol II, No.1 h.41-62.
- Huang, C. Y., Hsu, M. C., Hsu, S. P., Cheng, P. C., Lin, S. F. & Chuang, C. H. (2010). Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke, *Journal of Clinical Nursing*. 19, 2752-2762.

- Ibrahim, N., Din, N. C., Ahmad, M., Ghazali, S. E., Said, Z., Shahar, S., Ghazali, A. R. & Razali, R. (2013). Relationship between social support and depression, and quality of life of the elderly in a rural community in malaysia, *Asia-Pacific Psychiatry*. 5 59-66.
- Kaur, H., Kaur, H. & Venkateshan, M. (2015). Factors determining family support and quality of life of elderly population, *International Journal of Medicine and Public Health*. 8(4) 1049-1053
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Info Datin, Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI: Situasi Kesehatan Jantung*. Diakses pada tanggal 7 Maret 2017 melalui <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-jantung.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Diakses pada tanggal 7 Maret 2017 melalui <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risksdas%202013.pdf>
- Khalid, W., Rozi, S., Ali, T. S., Azam, I., Mullen, M. T., Illyas, S., Nisa, Q. U., Soomro, N. & Kamal, A. K. (2016). Quality of life after stroke in pakistan, *BMC Neurology*. 16(250).
- Koc, A. (2014). Social support from the families of female stroke survivors in turkey, *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 5(6) 480-485.
- Kruithof, W.J., Mierlo, M.L.V., Meily, J.M.A.V., Heugten, C.M.V., & Post, M.W.M. (2013). Associations between social support and stroke survivors health-related quality of life - a systematic review, *Patient Education and Counseling*. 93, 169-176.
- Kumar, R., Kaur, S., & Reddemma, K. (2016). Family needs of caregivers of stroke survivors, *Adv Practice Nurs*. 1(3)
- Li, M., Yang, Y., Liu, L. & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope, and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study, *Health and Quality of Life Outcomes*. 14(73) 1-10.
- Lin, X., Shang, Y., Ten, S., Liu, H. & Han, L. (2015). Relationship between perceived social support and quality of life among kidney transplant recipients, *GSTF Journal of Nursing and Health Care*. 3 (1) 105-110.

- Lynch, E. B., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, C. J., Perez, L. & Cella, D. (2008). A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationship, *Journal of Rehabilitation Medicine*. 40(7) 1-11.
- Ma, L., Li, Y., Wang, J., Zhu, H., Yang, W., Cao, R. & Feng, M. (2015). Quality of life is related to social support in elderly osteoporosis patients in a chinese population, *PLOS ONE*. 10(06) 1-10.
- Marzuki, N. A., Mustaffa, C. S., Johari, J. & Rahaman, N. H. (2015). Stress and social support as predictors of quality of life: a case among flood victims in malaysia, *International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, and Industrial Engineering*. Vol. 9 No.10 h.3346-3351
- Mazanec, S. R., Daly, B. J., Douglas, S. L. & Lipson, A. R. (2011). The Relationship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients, *National Institutes of Health*. Vol. 33, No. 3 h.235-243
- Melina, D. K. (2011). Peran stresor harian, optimisme, dan regulasi diri terhadap kualitas hidup individu dengan diabetes mellitus tipe 2, *PSIKOISLAMKA Jurnal Psikologi Islam*. 8 (1) 43-62.
- Myers, D. G. (2013). *Social Psychology 11th ed*. New York: McGraw Hill
- Nazik, E., Nazik, H., Ozdemir, F. & Soydan, S. (2014). Social support and quality of life in Turkish patients with gynecologic cancer, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 15, 3081-3086.
- Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R. & Wagenaar, W. A. (2009). *Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology 15th ed*. UK: Pat Bond
- Oliel, N.D & Thomas, K. S. 2011. Quality Of Life And Leisure Participation In Children With Neurodevelopmental Disabilities: A Thematic Analysis Of The Literature. *Journal Quality of Life Research*.21 (3). 427-439.
- Purba, W.S., Amatayakul, A., & Wattanakul, B. (2015). The relationship between depression, social support, and quality of life of stroke survivors in bukittinggi Indonesia, *J Health Res* 29(1) S109-116.
- Rangel, E. S. S., Belasco, A. G. S. & Diccini, S. (2013). Quality of life of patients with stroke rehabilitation, *Acta Paul Enferm*. 26(2) 205-212.

- Razavi, P., Hajifathalian, K., Saeidi, B., Djavid, G. E., Rasoulinejad, M., Hajiabdolbaghi, M., Paydary, K., Kheirandish, P., Foroughi, M., Alinaghi, S. A. S., Mohraz, M. & McFarland, W. (2011). Quality of life among persons with HIV/AIDS in Iran: internal reliability and validity of an international instrument and associated factors, *AIDS Research and Treatment*.
- Retnowati, N. & Satyabakti, P. (2015). Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita diabetes mellitus di puskesmas tanah kalikedinding, *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 3(1) 57-58.
- Salonen, P., Rantanen, A., Kellokumpu, P. L., Huhtala, H. & Kaunonen, M. (2014). The quality of life and social support in significant others of patients with breast cancer – a longitudinal study, *European Journal of Cancer Care*. 23, 274-283.
- Sarafino, E. P. (1994). *Healthy Psychology 2nd ed.* New York: John Wiley & Sons.
- Sarafino, E. P. (2006). *Healthy Psychology: Biopsychosocial Interactions 5th ed.* New York: John Wiley & Sons.
- Sarafino, E. P. & Smith, T. W. (2011). *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction 7th ed.* New York: John Wiley & Sons
- Shan, D., Ge, Z., Ming, S., Wang, L., Sante, M., He, W., Zhou, J., Liu, S. & Wang, L. (2011). Quality of life and related factors among HIV-positive spouses from serodiscordant couples under antiretroviral therapy in Henan province China, *PLoS ONE Journal*. 6(6).
- Shimberg, E. (1998). *Stroke: Petunjuk Penting Bagi Keluarga*. Jakarta: PT Pustaka Delapratosa
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S. & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age, *Soc Indic Res* (117) h.561-576.
- Silitonga, R. (2007). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Penderita Penyakit Parkinson di Poliklinik Saraf Rs Dr Kariadi. Thesis S2 Universitas Diponegoro. Diakses pada tanggal 11 Oktober 2017 melalui http://eprints.undip.ac.id/19152/1/ROBERT_SILITONGA.pdf

- Silverman, I. E. & Rymer, M. M. (2009). *An Atlas of Investigation and Treatment: Ischemic Stroke*. UK: Atlas Medical Publishing
- Smet, B. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT. Grasindo
- Taylor, C., Lillis, C., & Lemone, P. (2005). *Fundamental of nursing 5th ed*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor, S., Peplau, L. & Sears, D. (2000). *Social Psychology 10th Edition*. USA: Prentice Hall
- Taylor, S.E. (2006). *Health Psychology* (fifth edition). Boston: McGraw Hill.
- Utami, D.T., Karim, D. & Agrina. (2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien diabetes mellitus dengan ulkus diabetikum, *Jurnal Online Mahasiswa Psikologi*. 2(2) 1-7
- Videbeck, S. (2001). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott
- World Health Organization. (1997). *Programme on Mental Health: WHOQOL Measuring Quality of Live*. Geneva: WHO
- Yadav, S. (2010). *Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal*, Springer. 1-10.
- Yaghoubi, A., Tabrizi, J.S., Mirinazhad, M.M., Azami, S., Behzad, M.N., & Ghojzadeh, M. (2012). Quality of life in cardiovascular patients in iran and factors affecting it: a systematic review, *Journal of Cardiovascular and Thoracic Research*. 4(4) 95-101.
- Yasmin. P.A. (2016). *Begini Perawatan Pasien Pasca Stroke*. Diakses pada tanggal 11 Maret 2017 melalui <https://health.detik.com/read/2016/11/26/173207/3355462/763/begini-perawatan-pasien-pasca-stroke>
- Yilmaz, M. S., Piyal, B. & Akdur, R. (2017). Social support and quality of life in a group of cancer patients (Ankara, Turkey), *Turkish Journal of Medical Sciences*. 47, 732-737.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support, *Journal of Personality Assessment*. 52(1) 30-41.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Skala Penelitian



PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
Kampus Terpadu, Jl. Kaliurang KM 14,5 Yogyakarta

Assalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Bapak/Ibu yang saya hormati, untuk meningkatkan pemahaman mengenai diri Bapak/Ibu, dengan segala kerendahan hati saya memohon kesediaannya untuk mengisi kuisisioner penelitian ini. Pertanyaan dan pernyataan yang tersedia di dalam kuisisioner ini berhubungan dengan cara Bapak/Ibu memandang dan menanggapi hal-hal yang terjadi di dalam kehidupan sehari-hari.

Jawaban yang Bapak/Ibu berikan sangat berguna dalam penelitian yang saya lakukan dalam rangka menyelesaikan tugas akhir saya. Semua jawaban serta identitas Bapak/Ibu akan dijaga penuh kerahasiaannya sesuai dengan etika akademik penelitian. Oleh karena itu, saya mengharapkan kejujuran serta keterbukaan Bapak/Ibu sesuai dengan keadaan Bapak/Ibu sehari-hari dalam mengisi kuisisioner ini.

Terima kasih atas waktu dan kesediaan Bapak/Ibu dalam mengisi kuisisioner ini. Semoga Allah SWT membalas kebaikan Bapak/Ibu dengan kebaikan dan kemuliaan yang lebih tinggi serta selalu diberikan kesuksesan dalam hidup. Aamiin.

Wassalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Peneliti,
Savira Juniastira
Rr. Indahria Sulistyarini, S.Psi., M.A., Psikolog

I. Identitas Diri

1. Nama (boleh inisial) :
2. Jenis Kelamin : 1. Laki-Laki
2. Perempuan
3. Usia :
4. Pendidikan Terakhir : 1. S1
2. D3
3. SMA
4. SMP
5. SD
6. Lainnya.....
5. Jenis Pekerjaan : 1. PNS
2. Pegawai Swasta
3. Buruh
4. TKI
5. Wiraswasta
6. Lainnya.....
6. Pendapatan per bulan : 1. < Rp.2.000.000
2. Rp. 2.000.000 – Rp. 3.000.000
3. Rp. 3.000.001 – Rp. 4.000.000
4. > Rp. 4.000.001
7. Status Pernikahan : 1. Belum menikah
2. Menikah
3. Bercerai
4. Pasangan Meninggal
5. Lainnya.....
8. Jumlah Anak : 1. satu orang
2. dua orang
3. tiga orang
4. lebih dari tiga

9. Masa diagnosis sakit : tahun bulan
10. Komplikasi Penyakit :
11. Agama :

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya bersedia dengan sukarela dan penuh kesadaran dalam mengisi kuisioner ini dan informasi yang saya berikan sesuai dengan keadaan saya yang sebenarnya.

.....

()

I. Petunjuk Pengisian

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

Fokuskan dalam pikiran Anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian Anda. Saya akan bertanya apa yang Anda pikirkan tentang kehidupan anda **pada empat minggu terakhir.**

II. Skala I

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa Saja	Baik	Sangat Baik
1	Bagaimana menurut Anda kualitas hidup Anda?	1	2	3	4	5

		Sangat Tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa Saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
2	Seberapa puas Anda terhadap kesehatan Anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa sering** Anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir.

		Tidak Sama Sekali	Sedikit	Sedang	Sering	Sangat Sering
3	Seberapa jauh rasa sakit fisik mengganggu Anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan Anda?	5	4	3	2	1
4	Seberapa sering Anda membutuhkan terapi medis untuk mendukung kehidupan sehari-hari Anda?	5	4	3	2	1
5	Seberapa jauh Anda menikmati hidup Anda?	1	2	3	4	5
6	Seberapa jauh Anda merasa hidup Anda berarti?	1	2	3	4	5

7	Seberapa jauh Anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8	Secara umum, seberapa besar perasaan aman yang Anda rasakan dalam kehidupan sehari-hari?	1	2	3	4	5
9	Seberapa sehat lingkungan dimana Anda tinggal? (berkaitan dgn sarana dan prasarana)	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini adalah tentang **seberapa penuh** Anda alami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir?

		Tidak Sama Sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya Dialami
10	Apakah Anda memiliki cukup tenaga untuk melakukan aktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11	Apakah Anda dapat menerima penampilan tubuh Anda?	1	2	3	4	5
12	Apakah kondisi keuangan Anda dapat memenuhi kebutuhan Anda?	1	2	3	4	5
13	Seberapa banyak ketersediaan informasi yang Anda butuhkan dalam kehidupan sehari-hari?	1	2	3	4	5
14	Seberapa sering Anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?	1	2	3	4	5

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa Saja	Baik	Sangat baik
15	Seberapa baik kemampuan Anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

		Sangat Tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa Saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
16	Seberapa puaskah Anda dengan tidur Anda?	1	2	3	4	5
17	Seberapa puaskah Anda dengan kemampuan Anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
18	Seberapa puaskah Anda dengan kemampuan Anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19	Seberapa puaskah Anda terhadap diri Anda?	1	2	3	4	5
20	Seberapa puaskah Anda dengan hubungan personal / sosial Anda?	1	2	3	4	5
21	Seberapa puaskah Anda dengan kehidupan seksual Anda?	1	2	3	4	5
22	Seberapa puaskah Anda dengan dukungan yang Anda peroleh dari teman Anda?	1	2	3	4	5
23	Seberapa puaskah Anda dengan kondisi tempat Anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24	Seberapa puaskah Anda dengan akses Anda pada layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25	Seberapa puaskah Anda dengan transportasi yang haus Anda jalani?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada **seberapa sering** Anda merasakan atau mengalamihshal-hal berikut dalam empat minggu terakhir.

		Tidak Pernah	Jarang	Cukup Sering	Sangat Sering	Selalu
26	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti ' <i>feeling blue</i> ' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?	5	4	3	2	1

III. Skala II

No	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Biasa Saja	Setuju	Sangat Setuju
1	Ada seseorang yang selalu siap ketika saya membutuhkannya.	1	2	3	4	5
2	Saya dapat berbagi suka dan duka dengan seseorang.	1	2	3	4	5
3	Keluarga saya selalu berusaha untuk membantu saya.	1	2	3	4	5
4	Saya mendapatkan bantuan dan dukungan emosional yang saya butuhkan dari keluarga saya.	1	2	3	4	5
5	Ada seseorang yang menjadi sumber kenyamanan bagi saya.	1	2	3	4	5
6	Teman-teman berusaha sungguh-sungguh untuk membantu saya.	1	2	3	4	5

7	Saya dapat mengandalkan teman-teman ketika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.	1	2	3	4	5
8	Saya dapat menceritakan permasalahan yang sedang saya hadapi dengan keluarga saya.	1	2	3	4	5
9	Saya memiliki teman-teman untuk berbagi suka dan duka.	1	2	3	4	5
10	Terdapat seseorang dalam hidup saya yang peduli mengenai perasaan saya.	1	2	3	4	5
11	Keluarga saya mau membantu saya untuk membuat keputusan.	1	2	3	4	5
12	Saya dapat menceritakan permasalahan yang sedang saya hadapi dengan teman-teman saya.	1	2	3	4	5

TERIMA KASIH ATAS KERJASAMANYA ☺
MOHON DIPERIKSA KEMBALI JAWABANNYA
JANGAN SAMPAI ADA PERTANYAAN YANG TERLEWATKAN

Lampiran 2. Tabulasi Data Subjek Penelitian

No	Subjek	JK	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Pendapatan	Status	Anak	Diagnosis	Komplikasi	Agama
1	SK	L	46	SMA	PS	1	2	3	1	~	islam
2	ND	L	51	S1	PS	4	2	4	2	~	islam
3	SA	L	42	SMA	PS	2	2	2	2	~	islam
4	SL	L	49	SMP	buruh	1	2	2	2	~	islam
5	DN	L	41	SMA	wiraswasta	2	3	1	1	~	kristen
6	KR	P	45	S1	PS	3	2	4	1	~	islam
7	KB	L	48	S1	PNS	3	2	2	2	~	islam
8	TN	P	53	SMA	PS	2	2	4	2	~	katolik
9	BM	L	47	D3	wiraswasta	3	2	3	2	jantung	islam
10	AA	P	53	S1	PS	3	2	3	2	~	islam
11	LM	L	42	D3	PS	4	3	4	1	~	islam
12	AP	P	55	D3	PS	3	4	3	3	~	islam
13	AF	L	53	S1	wiraswasta	3	4	2	3	~	islam
14	ZN	L	43	SMP	PS	1	2	4	1	~	islam
15	RA	L	48	D3	PS	2	2	4	1	~	islam
16	YN	L	51	SMA	PS	2	2	4	1	~	islam
17	AS	L	54	D3	wiraswasta	2	2	2	3	~	islam
18	SN	L	47	S1	wiraswasta	1	2	2	1	~	islam
19	TY	P	45	S1	PS	2	2	3	1	~	islam
20	BP	P	50	SD	IRT	1	2	4	2	DM	islam
21	HT	L	46	SMP	buruh	1	2	2	2	~	islam
22	MR	L	52	D3	PS	2	4	3	2	~	islam
23	LS	L	45	D3	PS	3	2	3	2	~	islam
24	NA	P	53	S1	PS	3	2	2	2	~	islam
25	AN	L	51	SMA	PS	2	2	4	2	~	islam
26	PN	P	49	S1	PNS	4	2	4	2	~	islam
27	SR	L	58	D3	PS	3	4	3	2	~	islam

28	DA	L	50	SMA	PS	2	2	3	2	~	islam
29	WL	P	37	S1	PS	3	2	2	1	~	islam
30	YM	L	48	D3	PNS	3	2	4	2	~	islam
31	TW	P	51	SMA	wiraswasta	2	2	3	1	jantung	islam
32	WJ	L	46	S1	PS	3	2	2	1	~	islam
33	RR	P	43	S1	PS	4	3	2	1	~	islam
34	HR	L	47	S1	PS	3	2	2	1	~	islam
35	RD	L	61	D3	PS	3	2	3	3	~	islam
36	VK	L	59	S1	PS	3	4	2	3	~	islam
37	NN	P	43	S1	wiraswasta	3	2	3	1	~	islam
38	MK	L	55	S1	PS	4	2	4	2	~	islam
39	LM	P	46	SMA	wiraswasta	3	2	2	1	~	islam
40	PR	L	52	S1	PS	4	2	4	2	vertigo	islam
41	FN	P	52	SMA	PS	1	2	4	2	~	islam
42	HS	L	57	D3	PS	3	2	2	3	~	islam
43	NU	L	48	D3	PS	3	2	3	3	~	islam
44	LD	L	62	S2	PS	2	4	4	3	~	islam
45	DN	L	55	SMP	buruh	1	2	4	2	~	islam
46	IR	P	40	S1	PS	3	2	1	1	~	islam

Keterangan**Pendapatan per bulan :**

1. < Rp.2.000.000
2. Rp. 2.000.000 – Rp. 3.000.000
3. Rp. 3.000.001 – Rp. 4.000.000
4. > Rp. 4.000.001

Status Pernikahan :

1. Belum menikah
2. Menikah
3. Bercerai
4. Pasangan Meninggal

Jumlah Anak :

1. Satu orang
2. Dua orang
3. Tiga orang
4. Lebih dari 3

Lama Diagnosis :

1. < 1 tahun
2. 1 – 2 tahun
3. > 2 tahun

Lampiran 3. Tabulasi Data Kualitas Hidup

Subjek	WHOQOL-BREF																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	2	2	3	4	4	3	3	4	4	2	4	2	4	2	3	3	4	3	4	3	3	5	4	3	4	3
2	4	4	2	3	4	4	5	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4
3	3	3	2	2	3	4	2	4	3	3	2	3	2	1	3	3	4	2	2	2	3	2	3	4	3	4
4	2	2	3	3	4	4	3	3	4	3	3	2	3	3	3	4	4	3	3	3	4	2	4	4	4	3
5	2	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	4	4	3	3	4	4	3	2	3	4	4	3
6	2	4	2	3	4	3	2	4	4	3	4	3	3	2	4	3	4	3	4	2	3	4	4	3	2	2
7	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	3	4	3	5	4	4	5	5	4	3	4	5	4	4	4
8	2	4	2	3	2	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	2	3	3
9	2	4	2	3	4	3	2	4	3	4	3	5	3	4	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3
10	4	4	3	2	4	3	3	2	3	3	4	3	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3
11	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	3	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	4	3
12	2	3	3	4	2	4	3	4	4	3	4	3	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3
13	2	2	2	2	2	4	3	3	4	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3
14	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	4	3	2	3	4	3	2	3	3	3	4	4	3	3
15	2	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3
16	3	3	4	4	3	2	3	2	4	3	4	3	4	3	3	4	2	3	4	3	3	2	4	4	3	4
17	3	3	3	4	3	3	3	3	2	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	1	3	1	2	4	2
18	2	3	3	4	3	3	4	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	4	3	2	2	3	3	3	2	3
19	2	3	3	4	3	2	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3
20	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	2	4	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
21	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	2	2	3	2	3	2	3	4	2	3	2	3	2	3	2	4
22	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
23	3	3	2	4	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2	3	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	3
24	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3
25	2	3	3	4	4	3	4	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4	2	2	3	2	3	3
26	3	2	2	3	4	3	3	3	4	3	3	4	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	4
27	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4
28	3	3	4	5	3	3	5	4	4	3	4	3	4	3	3	2	4	2	3	3	3	4	3	4	3	3
29	2	3	3	4	4	3	3	2	4	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	2	4	3	5	4	3	3
30	2	3	3	2	3	3	4	3	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	2	3	4	3	4
31	3	3	3	2	3	2	4	2	3	3	4	3	2	3	4	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2
32	4	5	3	4	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4
33	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	3	4	4	4
34	2	4	2	3	3	4	3	2	3	3	4	3	2	3	3	4	3	4	3	4	3	2	4	2	3	3
35	3	3	3	3	4	2	4	4	3	3	4	3	3	3	4	3	4	3	4	2	3	4	4	4	4	3
36	3	3	3	3	3	4	4	3	4	2	4	4	3	3	4	3	2	4	3	4	3	3	3	4	3	3

37	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3
38	4	4	4	4	4	3	3	3	5	5	5	4	4	3	4	4	3	5	5	4	3	4	4	4	3	4
39	4	3	3	3	4	3	4	3	4	5	5	4	3	3	3	3	2	3	2	3	3	4	3	3	3	4
40	4	3	3	3	4	4	5	4	4	5	5	5	4	4	5	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
41	1	1	2	2	1	1	1	2	2	3	2	1	2	1	2	2	2	3	3	2	2	1	2	2	2	2
42	1	3	2	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	3	4	3	2	4	3	2	3	4	3	3
43	4	4	4	5	4	4	5	4	3	4	4	3	5	5	4	3	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4
44	3	2	2	3	4	3	4	4	5	4	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3
45	3	3	2	4	3	3	2	3	2	3	4	2	3	2	2	3	2	3	3	3	4	3	1	2	3	2
46	4	4	4	3	4	4	4	3	4	5	5	5	4	4	4	3	4	4	3	3	5	4	4	4	4	3

Lampiran 4. Tabulasi Data Dukungan Sosial

Sub jek	MSPSS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	4
2	4	5	5	5	4	4	4	3	4	4	4	4
3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3
4	4	4	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3
5	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3
6	4	3	2	4	3	2	4	3	2	4	3	2
7	4	3	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
8	3	4	3	4	3	3	4	1	2	3	2	4
9	4	3	3	2	3	4	2	3	2	4	3	2
10	4	4	3	3	4	4	4	5	4	5	5	4
11	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4
12	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4
13	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2
14	3	3	3	2	2	4	2	3	3	3	2	2
15	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3
16	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3
17	2	3	4	4	1	2	3	3	4	3	3	4
18	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3
19	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2
20	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3
21	2	2	3	2	2	2	3	2	2	1	2	2
22	4	4	5	5	4	3	3	4	3	4	4	3
23	4	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3
24	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3
25	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3

26	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3
27	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4
28	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4
29	4	3	4	3	4	3	3	3	4	2	4	3
30	3	3	4	2	3	4	3	3	4	2	4	3
31	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3
32	4	4	5	5	4	3	4	4	3	4	5	4
33	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
34	3	2	4	3	2	4	3	3	2	3	4	3
35	4	3	4	5	4	3	3	4	3	4	4	3
36	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	4	3
37	3	4	4	4	3	3	3	4	3	3	4	3
38	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4
39	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	3
40	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4
41	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2
42	3	4	3	4	3	2	3	3	2	3	4	3
43	4	2	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4
44	4	3	4	3	4	3	5	3	3	4	3	4
45	2	4	5	3	4	4	2	3	2	3	4	3
46	4	5	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4

Lampiran 5. Skor Total Skala Kualitas Hidup dan Dukungan Sosial

Subjek	WHOQOL	MSPSS
1	85	41
2	102	50
3	72	32
4	83	38
5	83	37
6	81	36
7	109	49
8	81	36
9	87	35
10	88	49
11	113	52
12	89	44
13	67	30
14	74	32
15	70	28
16	84	38

17	80	36
18	74	33
19	68	30
20	67	30
21	72	25
22	92	46
23	84	40
24	70	31
25	74	33
26	75	33
27	116	52
28	88	44
29	85	40
30	83	38
31	72	32
32	106	49
33	105	50
34	79	36
35	87	44
36	85	40
37	85	41
38	102	50
39	87	43
40	104	54
41	47	16
42	82	37
43	108	49
44	88	43
45	70	39
46	102	53

Lampiran 6. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas

a. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Variabel Kualitas Hidup

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	46	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	46	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Summary Item Statistics

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.947	.947	26

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
QOL1	2.8043	.88492	46
QOL2	3.1957	.80608	46
QOL3	2.8696	.68666	46
QOL4	3.3913	.82941	46
QOL5	3.4348	.83406	46
QOL6	3.2174	.72765	46
QOL7	3.4130	.93276	46
QOL8	3.1739	.70881	46
QOL9	3.5435	.75149	46
QOL10	3.4130	.90863	46
QOL11	3.5217	.88792	46
QOL12	3.1957	.93380	46
QOL13	3.3261	.87062	46
QOL14	3.0217	.85607	46
QOL15	3.4130	.90863	46
QOL16	3.2174	.72765	46
QOL17	3.2609	.77272	46
QOL18	3.3696	.85267	46
QOL19	3.3913	.95402	46
QOL20	3.2826	.88602	46
QOL21	3.1304	.80578	46
QOL22	3.1304	.90942	46
QOL23	3.3913	.95402	46
QOL24	3.3478	.87477	46
QOL25	3.2391	.67280	46
QOL26	3.1957	.65386	46

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3.265	2.804	3.543	.739	1.264	.032	26
Item Variances	.698	.428	.910	.483	2.129	.022	26
Inter-Item Covariances	.285	.029	.546	.517	18.833	.011	26
Inter-Item Correlations	.408	.058	.682	.624	11.761	.014	26

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QOL1	82.0870	185.992	.699	.	.944
QOL2	81.6957	188.483	.656	.	.945
QOL3	82.0217	193.355	.515	.	.946
QOL4	81.5000	192.744	.444	.	.947
QOL5	81.4565	187.676	.669	.	.945
QOL6	81.6739	191.780	.563	.	.946
QOL7	81.4783	186.300	.647	.	.945
QOL8	81.7174	193.274	.501	.	.947
QOL9	81.3478	192.854	.490	.	.947
QOL10	81.4783	186.344	.665	.	.945
QOL11	81.3696	188.105	.606	.	.946
QOL12	81.6957	185.639	.674	.	.945
QOL13	81.5652	185.585	.730	.	.944
QOL14	81.8696	186.916	.684	.	.945
QOL15	81.4783	184.522	.742	.	.944
QOL16	81.6739	191.380	.583	.	.946
QOL17	81.6304	191.260	.552	.	.946
QOL18	81.5217	188.033	.637	.	.945
QOL19	81.5000	185.411	.667	.	.945
QOL20	81.6087	186.732	.666	.	.945
QOL21	81.7609	189.964	.587	.	.946
QOL22	81.7609	186.453	.659	.	.945
QOL23	81.5000	185.633	.658	.	.945
QOL24	81.5435	187.365	.648	.	.945

QOL25	81.6522	190.454	.686	.	.945
QOL26	81.6957	193.594	.529	.	.946

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
84.8913	203.655	14.27076	26

b. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Variabel Dukungan Sosial

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	46	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	46	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.941	.942	12

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SS1	3.2826	.80727	46
SS2	3.3043	.83983	46
SS3	3.5870	.97925	46
SS4	3.4783	1.13017	46
SS5	3.2391	.92339	46
SS6	3.1739	.85126	46
SS7	3.1522	.81561	46
SS8	3.2609	.95300	46
SS9	3.0217	.80247	46
SS10	3.2826	.88602	46
SS11	3.4348	.98098	46
SS12	3.2174	.69644	46

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3.286	3.022	3.587	.565	1.187	.023	12
Item Variances	.802	.485	1.277	.792	2.633	.043	12
Inter-Item Covariances	.458	.248	.780	.531	3.140	.014	12
Inter-Item Correlations	.575	.391	.803	.412	2.056	.007	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SS1	36.1522	60.265	.727	.643	.936
SS2	36.1304	60.694	.660	.500	.938
SS3	35.8478	57.643	.768	.705	.935
SS4	35.9565	55.731	.772	.716	.935
SS5	36.1957	58.161	.782	.694	.934
SS6	36.2609	60.553	.661	.616	.938
SS7	36.2826	60.696	.682	.645	.938
SS8	36.1739	57.747	.785	.761	.934
SS9	36.4130	60.470	.714	.639	.937
SS10	36.1522	59.243	.733	.688	.936
SS11	36.0000	57.200	.800	.749	.934
SS12	36.2174	61.507	.736	.733	.937

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
39.4348	70.029	8.36833	12

Lampiran 7. Hasil Uji Asumsi

a. Hasil Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
QOL	46	100.0%	0	0.0%	46	100.0%
SS	46	100.0%	0	0.0%	46	100.0%

Descriptives

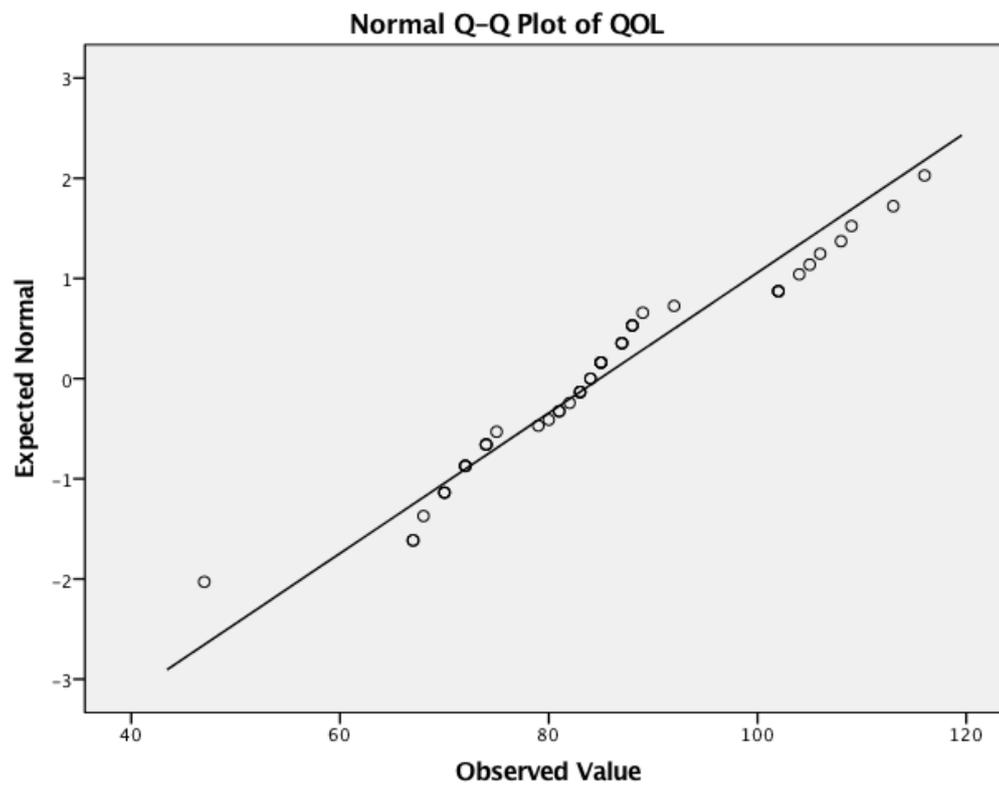
			Statistic	Std. Error
QOL	Mean		84.8913	2.10411
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	80.6534	
		Upper Bound	89.1292	
	5% Trimmed Mean		84.7633	
	Median		84.0000	
	Variance		203.655	
	Std. Deviation		14.27076	
	Minimum		47.00	
	Maximum		116.00	
	Range		69.00	
	Interquartile Range		15.75	
	Skewness		.211	.350
	Kurtosis		.200	.688
	SS	Mean		39.4348
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	36.9497	
		Upper Bound	41.9199	
5% Trimmed Mean			39.6618	
Median			38.5000	
Variance			70.029	
Std. Deviation			8.36833	
Minimum			16.00	
Maximum			54.00	
Range			38.00	

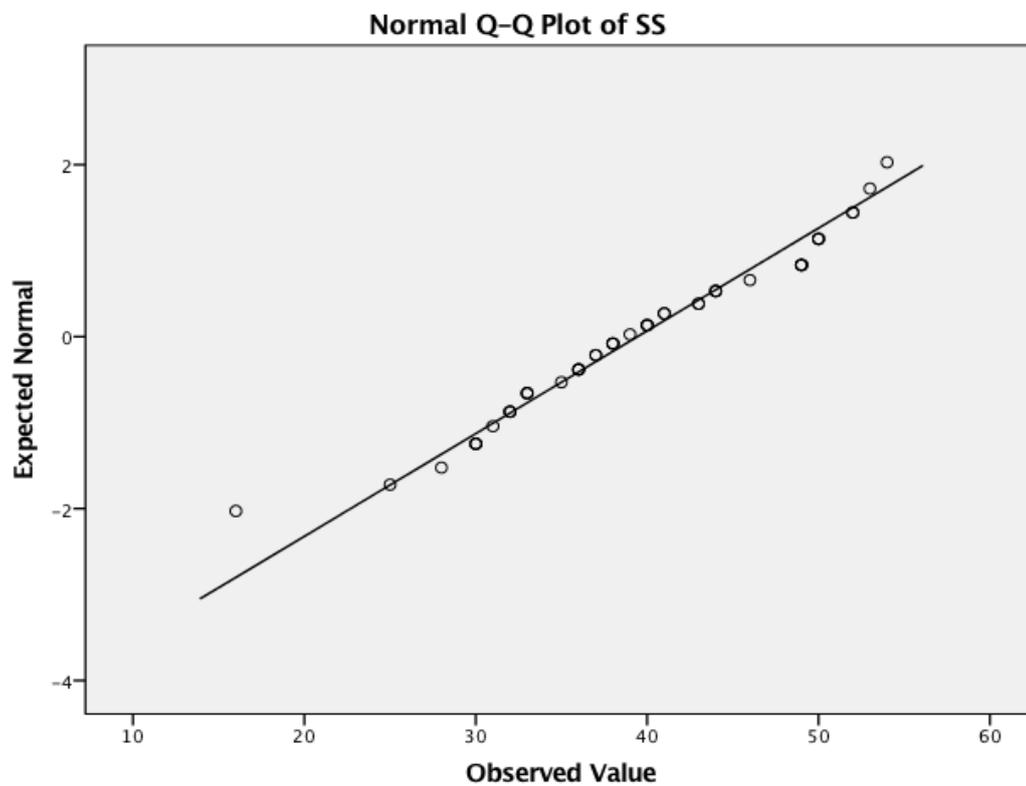
Interquartile Range	13.75	
Skewness	-.220	.350
Kurtosis	-.056	.688

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QOL	.153	46	.009	.954	46	.067
SS	.113	46	.182	.968	46	.243

a. Lilliefors Significance Correction





b. Hasil Uji Linearitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
QOL * SS	46	100.0%	0	0.0%	46	100.0%

Report

QOL

SS	Mean	N	Std. Deviation
16.00	47.0000	1	.
25.00	72.0000	1	.
28.00	70.0000	1	.
30.00	67.3333	3	.57735

31.00	70.0000	1	.
32.00	72.6667	3	1.15470
33.00	74.3333	3	.57735
35.00	87.0000	1	.
36.00	80.2500	4	.95743
37.00	82.5000	2	.70711
38.00	83.3333	3	.57735
39.00	70.0000	1	.
40.00	84.6667	3	.57735
41.00	85.0000	2	.00000
43.00	87.5000	2	.70711
44.00	88.0000	3	1.00000
46.00	92.0000	1	.
49.00	102.7500	4	9.91211
50.00	103.0000	3	1.73205
52.00	114.5000	2	2.12132
53.00	102.0000	1	.
54.00	104.0000	1	.
Total	84.8913	46	14.27076

ANOVA Table

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
QOL * SS	Between Groups	(Combined)	8848.123	21	421.339	31.967	.000
		Linearity	8067.617	1	8067.617	612.085	.000
		Deviation from Linearity	780.506	20	39.025	2.961	.006
Within Groups			316.333	24	13.181		
Total			9164.457	45			

Measures of Association

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
QOL * SS	.938	.880	.983	.965

Lampiran 8. Hasil Uji Hipotesis

Hasil Uji Korelasi

		QOL	SS
QOL	Pearson Correlation	1	.938**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	46	46
SS	Pearson Correlation	.938**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	46	46

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

Lampiran 9. Hasil Analisis Tambahan

a. Uji Beda Berdasarkan Jenis Kelamin

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
QOL perempuan	15	80.1333	14.50550	3.74530	72.1005	88.1662	47.00	105.00
QOL lelaki	31	87.1935	13.80198	2.47891	82.1309	92.2562	67.00	116.00
Total	46	84.8913	14.27076	2.10411	80.6534	89.1292	47.00	116.00

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QOL	.000	1	44	.997

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
QOL	Between Groups	503.884	1	503.884	2.560	.117
	Within Groups	8660.572	44	196.831		
	Total	9164.457	45			

b. Uji Beda Berdasarkan Usia

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					QOL <45	11		
>45	35	84.3714	14.42850	2.43886	79.4151	89.3278	47.00	116.00
Total	46	84.8913	14.27076	2.10411	80.6534	89.1292	47.00	116.00

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QOL	.004	1	44	.952

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
QOL	Between Groups	39.558	1	39.558	.191	.664
	Within Groups	9124.899	44	207.384		
	Total	9164.457	45			

c. Uji Beda Berdasarkan Pendapatan Per Bulan

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					QOL <2jt	8		
2jt-3jt	12	79.3333	7.98104	2.30393	74.2624	84.4042	68.00	92.00
3jt-4jt	20	89.0000	12.83088	2.86907	82.9950	95.0050	67.00	116.00
>4jt	6	100.1667	12.98332	5.30042	86.5415	113.7918	75.00	113.00
Total	46	84.8913	14.27076	2.10411	80.6534	89.1292	47.00	116.00

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QOL	.390	3	42	.761

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
QOL	Between Groups	3542.957	3	1180.986	8.824	.000
	Within Groups	5621.500	42	133.845		
	Total	9164.457	45			

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Pendapatan	(J) Pendapatan	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
						QOL	<2jt
		3jt-4jt	-	4.83972	.005	-30.9013	-4.0987
		>4jt	17.50000*	6.24806	.000	-45.9676	-11.3657
			28.66667*				

2jt-3jt	<2jt	7.83333	5.28057	.873	-6.7886	22.4553
	3jt-4jt	-9.66667	4.22446	.163	-21.3643	2.0309
	>4jt	-	5.78458	.005	-36.8509	-4.8158
		20.83333*				
3jt-4jt	<2jt	17.50000*	4.83972	.005	4.0987	30.9013
	2jt-3jt	9.66667	4.22446	.163	-2.0309	21.3643
	>4jt	-11.16667	5.38515	.266	-26.0782	3.7449
>4jt	<2jt	28.66667*	6.24806	.000	11.3657	45.9676
	2jt-3jt	20.83333*	5.78458	.005	4.8158	36.8509
	3jt-4jt	11.16667	5.38515	.266	-3.7449	26.0782

d. Uji Beda Berdasarkan Status Pernikahan

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
QO menikah	37	82.8919	13.38902	2.20114	78.4278	87.3560	47.00	109.00
L bercerai	33	100.3333	15.53491	8.96908	61.7425	138.9242	83.00	113.00
pasangan meninggal	61	89.5000	15.73213	6.42262	72.9901	106.0099	67.00	116.00
Total	46	84.8913	14.27076	2.10411	80.6534	89.1292	47.00	116.00

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QOL	.049	2	43	.953

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
QOL	Between Groups	990.722	2	495.361	2.606	.085
	Within Groups	8173.734	43	190.087		
	Total	9164.457	45			

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Pernikahan	(J) Pernikahan	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
QOL	menikah	bercerai	-17.44144	8.27646	.123	-38.0603	3.1774
		pasangan meninggal	-6.60811	6.06784	.847	-21.7247	8.5085
	bercerai	menikah	17.44144	8.27646	.123	-3.1774	38.0603
		pasangan meninggal	10.83333	9.74902	.818	-13.4540	35.1207
pasangan meninggal	menikah	6.60811	6.06784	.847	-8.5085	21.7247	
	bercerai	-10.83333	9.74902	.818	-35.1207	13.4540	

e. Uji Beda Berdasarkan Lama Diagnosis Penyakit

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
QOL < 1 th	17	85.4706	13.45417	3.26312	78.5531	92.3881	68.00	113.00
1-2 th	21	84.0952	16.32760	3.56297	76.6630	91.5275	47.00	116.00
> 2 th	8	85.7500	11.41115	4.03445	76.2100	95.2900	67.00	108.00
Total	46	84.8913	14.27076	2.10411	80.6534	89.1292	47.00	116.00

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QOL	.978	2	43	.384

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
QOL	Between Groups	24.912	2	12.456	.059	.943
	Within Groups	9139.545	43	212.548		
	Total	9164.457	45			

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Diagnosa	(J) Diagnosa	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
QOL	< 1 th	1-2 th	1.37535	4.75648	1.000	-10.4743	13.2250
		> 2 th	-.27941	6.25070	1.000	-15.8515	15.2927
	1-2 th	< 1 th	-1.37535	4.75648	1.000	-13.2250	10.4743
		> 2 th	-1.65476	6.05721	1.000	-16.7448	13.4353
	> 2 th	< 1 th	.27941	6.25070	1.000	-15.2927	15.8515
		1-2 th	1.65476	6.05721	1.000	-13.4353	16.7448

f. Hasil Analisis Dimensi Variabel Kualitas Hidup

Correlations

		Kesehatan Fisik	Psikologis	Hubungan Sosial	Lingkungan	SS
Kesehatan Fisik	Pearson Correlation	1	.829**	.746**	.833**	.829**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000
	N	46	46	46	46	46
Psikologis	Pearson Correlation	.829**	1	.782**	.869**	.918**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000
	N	46	46	46	46	46
Hubungan Sosial	Pearson Correlation	.746**	.782**	1	.797**	.863**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
	N	46	46	46	46	46

Lingkungan	Pearson Correlation	.833**	.869**	.797**	1	.872**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	46	46	46	46	46
SS	Pearson Correlation	.829**	.918**	.863**	.872**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	46	46	46	46	46

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

g. Hasil Analisis Dimensi Variabel Dukungan Sosial

		Correlations			
		Dukungan Teman	Dukungan Keluarga	Dukungan Orang Terdekat	QOL
Dukungan Teman	Pearson Correlation	1	.736**	.842**	.882**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	46	46	46	46
Dukungan Keluarga	Pearson Correlation	.736**	1	.805**	.849**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	46	46	46	46
Dukungan Orang Terdekat	Pearson Correlation	.842**	.805**	1	.887**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	46	46	46	46
QOL	Pearson Correlation	.882**	.849**	.887**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	46	46	46	46

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

Lampiran 10. Perhitungan Data Hipotetik

a. Perhitungan Data Variabel Kualitas Hidup

Skor minimal	:	1
Nilai minimal	:	26
Skor maksimal	:	5
Nilai maksimal	:	130
Jumlah aitem	:	26

Mean (M) / μ

$$\begin{aligned}
 M &= \frac{(\text{jumlah aitem} \times \text{skor maksimal}) + (\text{jumlah aitem} \times \text{skor minimal})}{2} \\
 &= \frac{(26 \times 5) + (26 \times 1)}{2} \\
 &= \frac{130 + 26}{2} \\
 &= 78
 \end{aligned}$$

Standar Deviasi (SD) / σ

$$\begin{aligned}
 SD &= \frac{(\text{jumlah aitem} \times \text{skor maksimal}) - (\text{jumlah aitem} \times \text{skor minimal})}{2} \\
 &= \frac{(26 \times 5) - (26 \times 1)}{2} \\
 &= \frac{130 - 26}{2} \\
 &= 17.3
 \end{aligned}$$

b. Perhitungan Data Variabel Dukungan Sosial

Skor minimal	: 1
Nilai minimal	: 12
Skor maksimal	: 5
Nilai maksimal	: 60
Jumlah aitem	: 12

Mean (M) / μ

$$\begin{aligned} M &= \frac{(\text{jumlah aitem} \times \text{skor maksimal}) + (\text{jumlah aitem} \times \text{skor minimal})}{2} \\ &= \frac{(12 \times 5) + (12 \times 1)}{2} \\ &= \frac{60 + 12}{2} \\ &= 36 \end{aligned}$$

Standar Deviasi (SD) / σ

$$\begin{aligned} SD &= \frac{(\text{jumlah aitem} \times \text{skor maksimal}) - (\text{jumlah aitem} \times \text{skor minimal})}{2} \\ &= \frac{(12 \times 5) - (12 \times 1)}{2} \\ &= \frac{60 - 12}{2} \\ &= 8 \end{aligned}$$

Lampiran 11. Kategorisasi Skala Kualitas Hidup

a. Sangat Tinggi

$$\begin{aligned} X > \mu + 1.8 \sigma &= X > 78 + (1.8 \times 17.3) \\ &= X > 78 + 31.14 \\ &= X > 109.14 \end{aligned}$$

b. Tinggi

$$\begin{aligned} \mu + 0.6 \sigma \leq X < \mu + 1.8 \sigma &= 78 + (0.6 \times 17.3) \leq X < 78 + (1.8 \times 17.3) \\ &= 78 + 10.38 \leq X < 78 + 31.14 \\ &= 88.38 \leq X < 109.14 \end{aligned}$$

c. Sedang

$$\begin{aligned} \mu - 0.6 \sigma \leq X < \mu + 0.6 \sigma &= 78 - (0.6 \times 17.3) \leq X < 78 + (0.6 \times 17.3) \\ &= 78 - 10.38 \leq X < 78 + 10.38 \\ &= 67.62 \leq X < 88.38 \end{aligned}$$

d. Rendah

$$\begin{aligned} \mu - 1.8 \sigma \leq X < \mu - 0.6 \sigma &= 78 - (1.8 \times 17.3) \leq X < 78 - (0.6 \times 17.3) \\ &= 78 - 31.14 \leq X < 78 - 10.38 \\ &= 46.86 \leq X < 67.62 \end{aligned}$$

e. Sangat Rendah

$$\begin{aligned} X < \mu - 1.8 \sigma &= X < 78 - (1.8 \times 17.3) \\ &= X < 78 - 31.14 \\ &= X < 46.86 \end{aligned}$$

Lampiran 12. Kategorisasi Skala Dukungan Sosial

a. Sangat Tinggi

$$\begin{aligned} X > \mu + 1.8 \sigma &= X > 36 + (1.8 \times 8) \\ &= X > 36 + 14.4 \\ &= X > 50.4 \end{aligned}$$

b. Tinggi

$$\begin{aligned} \mu + 0.6 \sigma \leq X < \mu + 1.8 \sigma &= 36 + (0.6 \times 8) \leq X < 36 + (1.8 \times 8) \\ &= 36 + 4.8 \leq X < 36 + 14.4 \\ &= 40.8 \leq X < 50.4 \end{aligned}$$

c. Sedang

$$\begin{aligned} \mu - 0.6 \sigma \leq X < \mu + 0.6 \sigma &= 36 - (0.6 \times 8) \leq X < 36 + (0.6 \times 8) \\ &= 36 - 4.8 \leq X < 36 + 4.8 \\ &= 31.2 \leq X < 40.8 \end{aligned}$$

d. Rendah

$$\begin{aligned} \mu - 1.8 \sigma \leq X < \mu - 0.6 \sigma &= 36 - (1.8 \times 8) \leq X < 36 - (0.6 \times 8) \\ &= 36 - 14.4 \leq X < 36 - 4.8 \\ &= 21.6 \leq X < 31.2 \end{aligned}$$

e. Sangat Rendah

$$\begin{aligned} X < \mu - 1.8 \sigma &= X < 36 - (1.8 \times 8) \\ &= X < 36 - 14.4 \\ &= X < 21.6 \end{aligned}$$

Lampiran 13. Surat Izin Penelitian



UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA

Program Studi Psikologi (S1), Program Studi Ilmu Komunikasi (S1), Program Pendidikan Bahasa Inggris (S1),
Program Studi Hubungan Internasional (S1), Program Magister Profesi Psikologi (S2)

Tanggal : Selasa, 3 Oktober 2017
 Nomor : 746 / Dek / 70/Div.Um.RT / x / 2017
 Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data untuk Skripsi
 Kepada Yth.
 Direktur RS. Sari Asih Karawaci
 Di Tangerang

Assalamualaikum Wr. Wb

Dalam rangka mempersiapkan mahasiswa untuk menempuh ujian, bagi setiap mahasiswa diwajibkan membuat skripsi/tugas akhir.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas diperlukan data, baik dari Instansi Pemerintah, Badan Usaha Milik Negara, Perusahaan Swasta dan Lembaga maupun individu. Selanjutnya kami mohon ijin penelitian/pengambilan data mahasiswa Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia tersebut dibawah ini :

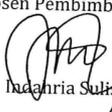
Nama : SAVIRA JUNIASTIRA
 Nomor Mahasiswa : 14320072
 Judul Skripsi : HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN STROKE

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu/Saudara/i kami ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Dekan

 Dr. rer. nat. Arief Fahmie, S.Psi., MA., Psikolog

Dosen Pembimbing,

 Rr. Indanria Sulistyarni, S.Psi., MA., Psikolog.

Lampiran 14. Surat Keterangan Selesai Penelitian



SURAT KETERANGAN
No:231/RSSA/DIR/EXT/XI/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **dr.H. Mahruzzaman Naim, SpA**
Jabatan : Direktur
Alamat : Jl. Imam Bonjol No. 38 Tangerang

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **Savira Juniatira**
Nomor Mahasiswa : 14320072
Jurusan : Psikologi
Universitas : Universitas Islam Indonesia

Telah melakukan penelitian dengan Judul "Hubungan Antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke" di Rumah Sakit Sari Asih Karawaci pada tanggal 15 Oktober 2017 s/d 14 November 2017.

Demikian, surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tangerang, 15 November 2017


dr. H. Mahruzzaman Naim, SpA
Direktur

Jl. Imam Bonjol No. 38 Karawaci, Kota Tangerang 15113
Telp. 021-5522794 (Hunting) Fax. 021-5525214
e-mail : info@sariasih.com



Melayani dengan
Kasih Sayang

sariasih.com