

**HUBUNGAN *PSYCHOLOGICAL WELLBEING* DENGAN
KUALITAS HIDUP PADA PENDERITA STROKE DI RSUD SULTAN
IMANUDDIN PANGKALAN BUN**



NENY SUSANTI

181.110.010

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
BORNEO CENDEKIA MEDIKA
PANGKALAN BUN**

2022

**HUBUNGAN *PSYCHOLOGICAL WELLBEING* DENGAN
KUALITAS HIDUP PADA PENDERITA STROKE DI RSUD SULTAN
IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Skripsi
**Diajukan dalam rangka memenuhi persyaratan
menyelesaikan studi program S1 Keperawatan**

NENY SUSANTI

181.110.010

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
BORNEO CENDEKIA MEDIKA
PANGKALAN BUN**

2022

HUBUNGAN *PSYCHOLOGICAL WELLBEING* DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PENDERITA STROKE DI RSUD SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN

Neny Susanti¹, Ni Wayan Rahayu Ningtyas², Ade Sucipto³
STIKes Borneo Cendekia Medika, Pangkalan Bun
Email: nenysusanti23@gmailcom

ABSTRAK

Latar belakang: Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan gangguan fungsi otak karena adanya kerusakan atau kematian jaringan otak akibat berkurang atau tersumbatnya aliran darah dan oksigen ke otak. Aliran darah ke otak dapat berkurang karena pembuluh darah otak mengalami penyempitan, penyumbatan atau perdarahan karena pecahnya pembuluh darah tersebut. Stroke dapat mempengaruhi kehidupan penderitanya antara lain fisik, emosional, psikologis, kognitif, dan sosial. Masalah fisik dan psikologis penderita stroke merupakan faktor yang menyebabkan gangguan pada kualitas hidup. *Psychological wellbeing* atau kesejahteraan psikologis merupakan kondisi dimana seseorang dapat menerima kekurangan dan kelebihan diri sendiri serta kepuasan dari diri sendiri dari segi psikologis.

Tujuan penelitian: Mengidentifikasi *psychological wellbeing* dan kualitas hidup penderita stroke serta menganalisis hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD sultan Imanuddin.

Metode penelitian: Penelitian ini merupakan penelitian survei analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Responden pada penelitian ini sebanyak 30 pasien, teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah non random sampling dengan cara *purposive sampling*. Pengambilan data menggunakan kuesioner atau angket. Uji statistik yang digunakan adalah distribusi frekuensi dan uji *Spearman Rank*.

Hasil: *Psychological wellbeing* tinggi sebanyak 66,7%, kualitas hidup baik sebanyak 63,3%, hasil uji statistik *Spearman Rank* didapatkan *p value* 0,000.

Kesimpulan: Sebagian besar *psychological wellbeing* responden berada pada kategori tinggi, sebagian besar kualitas hidup responden berada pada kategori baik, terdapat hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Referensi: 58

Kata Kunci: *Psychological wellbeing*, kualitas hidup, stroke

THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL WELLBEING AND QUALITY OF LIFE IN STROKE PATIENTS AT SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN

Neny Susanti¹, Ni Wayan Rahayu Ningtyas², Ade Sucipto³
STIKes Borneo Cendekia Medika, Pangkalan Bun
Email: nenysusanti23@gmailcom

ABSTRACT

Background: Stroke is a cerebrovascular disease that is characterized by impaired brain function caused by damage or death of brain tissue due to reduced or blocked blood and oxygen flow to the brain. Blood flow to the brain can be reduced because the brain blood vessels are narrowed, blocked, or bleeding due to the rupture of these blood vessels. Strokes can affect the lives of sufferers, including physical, emotional, psychological, cognitive, and social. Physical and psychological problems of stroke sufferers are factors that cause disturbances in the quality of life. Psychological well-being is a condition in which a person can accept one's strengths and weaknesses as well as psychological satisfaction.

Objektives: This research aims to identify the psychological well-being and quality of life of stroke patients and analyze the relationship between psychological well-being and quality of life in stroke patients at Sultan Imanuddin Hospital.

Results: This study shows that psychological well-being and good quality of life have a high value. psychological wellbeing is 66.7% and good quality of life is 63.3%. The results of the Spearman Rank statistical test obtained a p-value of 0.000.

Conclusion: Most stroke patients at Sultan Imanuddin Hospital Pangkalan Bun have high psychological well-being and good quality of life. And there is a relationship between psychological well-being and quality of life in stroke patients at Sultan Imanuddin Hospital Pangkalan Bun.

Referensi: 58

Keywords: Psychological wellbeing, quality of life, stroke

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Neny Susanti
NIM : 181110010
Tempat, Tanggal Lahir : Bangkal, 01 November 1999
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Borneo Cendekia
Medika Pangkalan Bun

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul: “Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun” adalah bukan penelitian orang lain baik sebagian atau keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila di kemudian hari terbukti melakukan plagiarisme saya bersedia mendapatkan sanksi.

Pangkalan Bun, 29 Agustus 2022

Yang menyatakan



Neny Susanti

RIWAYAT HIDUP



Identitas Diri

Nama : Neny Susanti
Jenis Kelamin : Perempuan
TTL : Bangkal, 01 November 1999
Agama : Hindu
Alamat : Jl. Panglima Utar Rt 08 Gg Jambu, Kec.Kumai

Riwayat Pendidikan

1. SDN 1 Bangkal : Tahun 2007-2012
2. SMPN 1 Seruyan Raya : Tahun 2012-2015
3. SMAN 3 Sampit : Tahun 2015-2018
4. STIKes Borneo Cendikia Medika : Tahun 2018-2022

Data Orang Tua

Nama Ayah : James Watt
Nama Ibu : Maheniyati
Pekerjaan : Petani/Ibu Rumah Tangga
Agama : Hindu
Alamat : Jl. Antang Patahu Rt 05, Desa Bangkal

Organisasi

1. Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) : Tahun 2020-2021
2. Forum Pengurangan Risiko Bencana (FPRB) : Tahun 2020-2021

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas
Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan
Imanuddin Pangkalan Bun

Nama Mahasiswa : Neny susanti

NIM : 181110010

Program Studi : S1 Keperawatan

Telah mendapat persetujuan komisi pembimbing

Pada tanggal :

Menyetujui,
Komisi Pembimbing

Pembimbing Utama

Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.,Tr.Kep
NIK.01.18.47

Pembimbing Anggota

Ns. Ade Sucipto.,S.Kep., M.Tr.Kep
NIK.01.21.78

Mengetahui,

Ketua STIKES BCM

Dr. Ir. Lufuk Sutistiyono, M.Si
NIK.01.04.024

Ketua Program Studi

Rukmini Syahleman, S.Kep.Ns.,M.Kep
NIK.01.17.13

LEMBAR PENGESAHAN

Judul Skripsi : Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas
Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan
Imanuddin Pangkalan Bun
Nama Mahasiswa : Neny Susanti
NIM : 181110010
Program Studi : S1 Keperawatan

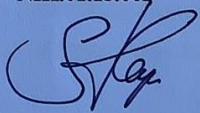
Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan dewan penguji dan
diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan pada
Program Studi S1 Keperawatan.

Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji :


Dr. Drs. H. M. Zainul Arifin, M.Kes
NIK.01.15.002

Penguji I :


Ni Wawan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep
NIK.01.18.47

Penguji II :


Ns. Ade Sucipto., S.Kep., M.Tr.Kep
NIK.01.21.78

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas seizin-Nya sehingga peneliti mampu menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat pada program sarjana di jurusan Keperawatan STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun. Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan terima kasih setulus-tulusnya kepada :

1. Dr. Drs. H. M. Zainul Arifin, M.Kes sebagai Ketua Yayasan Samudra Ilmu Cendekia dan Penguji Utama
2. Dr. Ir. Luluk Sulistiyono, M.Si sebagai Ketua STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun.
3. Rukmini Syahleman, S.Kep.,Ns.,M.Kep sebagai Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun
4. Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep sebagai dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, arahan dan kesabaran sehingga skripsi ini dapat tersusun.
5. Ns. Ade Sucipto.,S.Kep.,M.Tr.Kep sebagai dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan, arahan dan kesabaran sehingga skripsi ini dapat tersusun.
6. Kepada seluruh Dosen Program Studi S1 Keperawatan yang telah memberikan ilmunya kepada peneliti, semoga ilmu yang telah diajarkan dan bermanfaat dikemudian hari.
7. Kepada seluruh Staf Institusi STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun yang telah memberikan semangat dan motivasi sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
8. Ungkapan terima kasih yang sebesar-besarnya peneliti haturkan dengan rendah hati dan rasa hormat kepada kedua orang tua peneliti yang tercinta, Ayahanda James Watt dan Ibunda Maheniyati serta saudara peneliti yang segala pengorbanannya pengorbanannya tak akan pernah peneliti lupakan atas

jasa-jasa mereka. Doa restu, nasihat dan petunjuk dari mereka kiranya merupakan dorongan moril yang paling efektif bagi kelanjutan studi peneliti hingga saat ini.

9. Terimakasih kepada teman-teman seangkatan yang sudah membantu dalam dukungan moral dan doa, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.

Akhirnya peneliti berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Pangkalan Bun, 29 Agustus 2022



Neny Susanti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
SURAT PERNYATAAN	iv
RIWAYAT HIDUP	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
LEMBAR PENGESAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan umum	5
2. Tujuan khusus	5
D. Manfaat Penelitian	5
1. Manfaat Teoritis	5
2. Manfaat Praktis	5
E. Keaslian Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Stroke	9
1. Definisi Stroke	9
2. Klasifikasi Stroke	9
3. Etiologi Stroke	10
4. Patofisiologi Stroke	11
5. Manifestasi Klinik stroke	11

6. Komplikasi Stroke.....	13
7. Faktor Risiko Stroke	14
B. <i>Psychological Wellbeing</i>	15
C. Kualitas Hidup	23
D. Hubungan <i>Psychological wellbeing</i> dengan kualitas hidup.....	31
E. Kerangka Teori.....	33
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL.....	34
A. Kerangka Konseptual	34
B. Hipotesis	35
BAB IV METODE PENELITIAN	36
A. Waktu dan Tempat Penelitian	36
B. Desain Penelitian.....	36
C. Kerangka Kerja	37
D. Populasi, Sampel dan <i>Sampling</i>	38
E. Identifikasi Variabel.....	39
F. Definisi Operasional.....	39
G. Instrumen Penelitian.....	40
H. Pengumpulan dan Pengolahan Data.....	42
I. Analisis Data	47
J. Etika Penelitian	47
K. Keterbatasan Penelitian.....	48
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	49
A. Gambaran Lokasi Penelitian	49
B. Hasil Penelitian	50
C. Pembahasan.....	53
BAB VI PENUTUP	64
A. Kesimpulan	64
B. Saran.....	64
DAFTAR PUSTAKA.....	65
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Keaslian Penelitian	6
Tabel 1.1	Variabel Definisi Operasional.....	37
Tabel 4.2	Kisi-Kisi Kuesioner	39
Tabel 5.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur.....	48
Tabel 5.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	48
Tabel 5.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan	49
Tabel 5.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan	49
Tabel 5.5	Identifikasi <i>Psychological Wellbeing</i> Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun	50
Tabel 5.6	Identifikasi Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.....	50
Tabel 5.7	Analisis Hubungan <i>Psychological Wellbeing</i> dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.....	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Teori Hubungan <i>Psychologycal Wellbeing</i> dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Keaslian Penelitian	31
Gambar 3.1	Kerangk Konseptual Hubungan <i>Psychologycal Wellbeing</i> dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun	32
Gambar 4.1	Kerangka Kerja Hubungan <i>Psychologycal Wellbeing</i> dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun	35
Gambar 5.1	Lokasi Penelitian Hubungan <i>Psychologycal Wellbeing</i> dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun	47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat izin studi penelitian dari STIKes Borneo Cendekia Medika
Lampiran 2	Surat persetujuan studi penelitian dari STIKes Borneo Cendekia Medika
Lampiran 3	Surat izin penelitian dari STIKes Borneo Cendekia Medika
Lampiran 4	Surat persetujuan izin penelitian dari Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
Lampiran 5	Permohonan menjadi responden
Lampiran 6	Pernyataan bersedia menjadi responden
Lampiran 7	Lembar kuesioner <i>psychologycal wellbeing</i>
Lampiran 8	Lembar kuesioner kualitas hidup
Lampiran 9	Permohonan izin menggunakan kuesioner kualitas hidup
Lampiran 10	Lembar konsultasi
Lampiran 11	Master Tabel Penelitian
Lampiran 12	Uji Validitas dan Reliabilitas
Lampiran 13	Output SPSS
Lampiran 14	Dokumentasi

DAFTAR SINGKATAN

Cm	: Sentimeter
g/dl	: Gram Per Desiliter
HPA	: <i>Hipotalamus Pituitary Adrenalin</i>
ICU	: <i>Intensiv Care Unit</i>
IGD	: Intalasi Gawat Darurat
KEMENKES RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Kg/m ²	: Kilogram Meter Kuadrat
LDL	: <i>Low Density Lipoprotein</i>
Mg/dl	: Milligram Per Desiliter
PTM	: Penyakit Tidak Menular
PWB	: <i>Psychologycal Wellbeing</i>
PWBS	: <i>Psychologycal Wellbeing Scale</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin
SD	: Sekolah Dasar
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SPSS	: <i>Statistical Product And Service Solutions</i>
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
TIA	: <i>Transient Ischaemic Attack</i>
WHO	: <i>World Health Organisation</i>
WHOQOL-BREF	: <i>World Health Organisation Quality of Life</i>
α	: <i>Alpha</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit kronis atau penyakit menahun yang tidak dapat ditularkan dari individu ke individu melalui bentuk kontak apa pun. Stroke merupakan penyakit tidak menular yang menempati urutan ketiga sebagai penyebab kematian di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker (WHO, 2018).

Stroke dapat terjadi secara tiba-tiba, progresif dan cepat mengakibatkan gangguan diperedaran darah otak non traumatik. Gangguan pada syaraf yang terjadi dapat menimbulkan beberapa gejala seperti: kelumpuhan pada anggota gerak dan wajah, bicara tidak jelas dan tidak lancar, gangguan penglihatan, perubahan kesadaran, dan lain sebagainya yang mempunyai tingkat morbiditas cukup tinggi sehingga dapat menyebabkan terjadinya kecacatan pada seseorang (Siregar & Anggeria, 2019). Kondisi tersebut menyebabkan penderitanya menjadi bergantung pada orang lain dalam menjalankan aktivitas kehidupan sehari-harinya seperti makan, minum, mandi, berpakaian, *toileting* dan sebagainya. Menurunnya tingkat kemandirian dan mobilitas penderita stroke dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis sehingga kualitas hidup (*quality of life*) penderita stroke akan menurun (Ngatini, dkk, 2016).

Berdasarkan data WHO prevalensi stroke di seluruh dunia mencapai 33 juta jiwa dengan 16,9 juta jiwa mengalami gejala stroke, dari jumlah tersebut 5 juta jiwa meninggal dan 5 juta jiwa mengalami cacat (Kewa, dkk. 2022). Prevalensi stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya usia. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah kelompok usia 75 tahun sebesar 81,27% dan pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 1,42% dari penduduk Indonesia. Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (11,0%) dibandingkan dengan perempuan (10,9%).

Prevalensi kasus stroke tertinggi terdapat di Provinsi Kalimantan Timur (14,7%) dan terendah di Provinsi Papua (4,1%), sedangkan di provinsi Kalimantan Tengah jumlah penderita stroke mencapai 12,1 % (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data rekam medik RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun tahun 2020 penderita stroke sebanyak 1.262 pasien, sedangkan pada tahun 2021 penderita stroke sebanyak 362 pasien, dari jumlah tersebut pasien rawat jalan di Poli Neurologi pada tahun 2020 sejumlah 679 pasien dan pada tahun 2021 sejumlah 112 pasien.

Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan gangguan fungsi otak karena adanya kerusakan atau kematian jaringan otak akibat berkurang atau tersumbatnya aliran darah dan oksigen ke otak. Aliran darah ke otak dapat berkurang karena pembuluh darah otak mengalami penyempitan, penyumbatan atau perdarahan karena pecahnya pembuluh darah tersebut (Lily & Catur, 2016). Dampak yang timbul akibat stroke dapat mempengaruhi kehidupan penderita dalam berbagai aspek antara lain fisik, emosional, psikologis, kognitif, dan sosial (Fitriani & Mulyono, 2022).

Aspek psikologis merupakan gangguan psikologis yang terjadi karena adanya gangguan emosi, nyeri, gangguan tidur, depresi, *disfagia* dan bisa mengakibatkan kematian pada penderitanya, hal ini akan mempengaruhi kesejahteraan psikologis seseorang (Dasniati, 2021). *Psychological wellbeing* atau kesejahteraan psikologis merupakan kondisi dimana seseorang menerima kekurangan dan kelebihan diri sendiri serta kepuasan dari segi psikologis (Ryff dalam Qudwatunnisa, 2018).

Kesejahteraan psikologis berdampak langsung pada kesehatan mental dan berdampak tidak langsung pada kesehatan fisik, efek bila seseorang tidak memiliki kesejahteraan psikologis akan merasa rendah diri, berpikiran negatif, berperilaku negatif, dan depresi. Kesejahteraan psikologis memiliki enam kriteria diantaranya penerimaan diri, tujuan hidup, kematangan personal, hubungan positif, otonomi dan kemampuan mengontrol lingkungan (Ryff dalam Mojahed, dkk. 2019). Berdasarkan pemaparan di atas kesejahteraan

psikologis berdampak langsung pada kesehatan mental penderita stroke. Kesehatan mental dalam hal ini diukur dengan menggunakan parameter kualitas hidup. Kualitas hidup merupakan persepsi individu atau pandangan subjektif individu terhadap kehidupannya dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan hidup, harapan dan standar yang ada. Konsep ini meliputi beberapa dimensi yang luas yaitu: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (Sasmiyanto, 2019).

Stroke juga dapat menyebabkan ketergantungan diri terhadap orang lain, orang terdekat termasuk keluarga atau hubungan dengan lingkungan sosial lainnya. Kondisi tersebut yang dapat menyebabkan pasien mengalami kurang percaya diri atau rendah diri, sehingga dirinya merasa tidak berguna karena keterbatasan fisik yang sedang dialami serta berdampak pada persepsi bahwa penyakitnya tidak bisa sembuh atau memiliki kualitas hidup yang buruk (Wati & Yanti, 2018). Dengan demikian untuk mencegah sesuatu yang dapat memicu kondisi pasien semakin memburuk, maka harus ada dukungan dari lingkungan (keluarga) untuk memberi *support* atau motivasi yang positif, serta usaha dan kemauan diri sendiri, sehingga diharapkan memberi dampak yang lebih baik bagi kesembuhan penderita pasca stroke. Selain itu, juga dapat mencapai kesejahteraan psikologis dan mencapai kualitas hidup yang lebih baik.

Dukungan sosial yang baik serta bantuan keluarga yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien stroke (Rangel, dkk. 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. Dengan demikian, 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 sebelumnya yang dilakukan (Sasmiyanto, 2019). Hasil uji statistik dengan menggunakan korelasi pearson menunjukkan $p\text{ value } 0.004 < \alpha 0.05$ yang berarti ada hubungan signifikan antara kesejahteraan psikologis dan kualitas hidup penderita diabetes mellitus. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lestari & Nurhayati (2020) hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas hidup dan *psychological well-being* memiliki hubungan yang positif. Hal ini berarti semakin tinggi tingkat kualitas hidup caregiver maka tingkat *psychological well-being* akan semakin tinggi. Penelitian lain yang dilakukan Wisma, dkk. (2020) berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kualitas hidup pada penderita pasca stroke paling banyak responden dengan kualitas hidup dalam kategori buruk yaitu sebanyak 36 responden (59,0%).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan terhadap 8 pasien stroke yang sedang melakukan rawat jalan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan tentang *psychological wellbeing* didapatkan data *psychological wellbeing* 3 responden pada penderita stroke dalam kategori rendah, hal tersebut dapat dilihat dari hasil jawaban kuesioner yang diberikan peneliti kepada responden dimana 3 penderita menyatakan bahwa mereka tidak menerima kondisi kesehatan yang dialami saat ini, selain itu 3 responden menyatakan saat menderita stroke mereka merasa sulit untuk bergaul dengan orang lain, kurang percaya diri ketika bertemu dengan orang lain, dan 3 responden merasa hidupnya kurang beruntung. Beberapa indikator tersebut menunjukkan bahwa responden dalam penelitian ini mempunyai *psychological wellbeing* dalam kategori rendah. Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan uraian diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan *psychologycal wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun?

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *psychologycal wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi *psychologycal wellbeing* pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
- b. Mengidentifikasi kualitas hidup penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
- c. Menganalisis hubungan *psychologycal wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat Teoritis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan dapat digunakan sebagai referensi dan data dasar dalam penelitian selanjutnya terkait dengan “Hubungan *psychologycal wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun”.

2. Manfaat Praktis

- a. Manfaat penelitian bagi institusi

Penelitian ini dapat bermanfaat dalam menambah ilmu pengetahuan dan penelitian kesehatan tentang hubungan *psychologycal wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke

b. Manfaat Bagi RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Penelitian ini dapat bermanfaat memberikan masukan bagi tenaga kesehatan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dalam memberikan pelayanan kesehatan secara holistik khususnya pada *psychological wellbeing* penderita stroke.

c. Manfaat bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini dapat memberikan informasi dasar atau tambahan bagi peneliti yang akan meneliti hal serupa serta sebagai bahan perbandingan untuk penelitian selanjutnya.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 keaslian penelitian

Nama dan Tahun	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
1. Fatimah Qudwatunnisa F	Gambaran kesejahteraan psikologis	penelitian ini menggunakan metode	Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kesejahteraan psikologis	Peneliti sebelumnya membahas tentang gambaran kesejahteraan psikologis
2. Ahmad Yamin	pada <i>family caregiver</i>	deskriptif kuantitatif.	<i>family caregiver</i> orang dengan skizofrenia di Instalasi Rawat Jalan Graha Atma Bandung berada pada kategori sedang dengan persentase 84,9% responden.	pada <i>family caregiver</i> orang dengan skizofrenia, sedangkan peneliti sekarang membahas tentang <i>psychological wellbeing</i> dengan kualitas hidup pada penderita stroke dan menggunakan metode deskriptif korelasi dengan desain penelitian <i>cross sectional</i> .
3. Efri Widianti/ 2018	orang dengan skizofrenia di Instalasi Rawat Jalan Grha Atma Bandung			
1. Henny Pongantung	Hubungan <i>self efficacy</i>	Penelitian ini yaitu	Hasil penelitian menunjukkan nilai $p < \alpha$ artinya ada hubungan	Peneliti sebelumnya menggunakan penelitian
2. Fransisika Anita	dengan <i>quality of life</i> pada pasien sesudah stroke	penelitian obsevasional analitik	antara <i>self efficacy</i> dengan <i>quality of life</i>	obsevasional analitik dengan desain
3. Charlos Palango		dengan desain penelitian	pasien sesudah stroke di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.	penelitian <i>cross sectional</i> , sedangkan peneliti sekarang menggunakan penelitian deskriptif korelasi dengan desain penelitian <i>cross sectional</i> .
4. Claudio Manuel/ 2020		<i>cross sectional</i> .		

Nama dan Tahun	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
Sasmiyanto (2019)	Kesejahteraan psikologis dan kualitas hidup penderita diabetes mellitus tipe 2	Jenis penelitian ini adalah penelitian korelasional dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Berdasarkan uji statistik didapatkan nilai rerata kesejahteraan psikologis responden adalah 120,5778 atau dengan kata lain responden memiliki kesejahteraan psikologis cukup baik. Sedangkan kualitas hidup responden memiliki nilai rerata 53,389 sehingga dapat dikatakan kualitas hidup responden cukup baik. Hasil uji statistik menunjukkan $p \text{ value } 0.004 < \alpha 0.05$ yang berarti ada hubungan signifikan antara kesejahteraan psikologis dan kualitas hidup penderita diabetes mellitus.	Peneliti sebelumnya menggunakan metode penelitian korelasional dengan pendekatan <i>cross sectional</i> , sedangkan peneliti sekarang menggunakan metode penelitian deskriptif korelasi dengan desain penelitian <i>cross sectional</i> .
1. Ari Athiutama 2. Aldella Trulianty (2021)	Karakteristik dan hubungannya dengan kualitas hidup pasien pasca stroke	Penelitian ini menggunakan kuantitatif dengan metode survei analitik menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Hasil penelitian menunjukkan hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup (nilai $p = 0.536$), hubungan usia dengan kualitas hidup (nilai $p = 0.235$), hubungan status marital dengan kualitas hidup (nilai $p = 0.817$) dan hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup (nilai $p = 0.001$). Kesimpulan nya tidak ada hubungan jenis kelamin, usia dan status marital dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Ada hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.	Peneliti sebelumnya membahas tentang Karakteristik dan hubungannya dengan kualitas hidup pasien pasca stroke, sedangkan peneliti sekarang membahas hubungan <i>psychologycal wellbeing</i> dengan kualitas hidup penderita stroke dengan menggunakan metode penelitian deskriptif korelasi dan dengan desain penelitian <i>cross sectional</i> .
1. Arinurasti Rahma Lestari 2. Siti Rohma Nurhayati	Hubungan kualitas hidup dan <i>psychologycal well-being</i> pada anggota	Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian	Hasil penelitian menunjukan bahwa koefisien korelasi yang di peroleh sebesar 0,619 dengan probabilitas 0,000	Peneliti sebelumnya menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan <i>korelasional</i> sedangkan peneliti

Nama dan Tahun	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
	keluarga yang menjadi <i>caregiver</i> pasien kanker di kota bandung	kuantitatif dengan pendekatan <i>korelasional</i>	($p < 0,01$). penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup dan <i>psychological well-being</i> memiliki hubungan yang positif.	Hasil ini menunjukkan bahwa metode penelitian deskriptif korelasi dengan desain <i>cross sectional</i> .

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke merupakan suatu sindrom yang menunjukkan tanda-tanda klinis yang berkembang dengan cepat berupa gangguan fungsional otak fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam dan menyebabkan kecacatan atau kelumpuhan fisik serta dapat mengakibatkan kematian (WHO, 2020). Stroke adalah kerusakan otak akibat berkurangnya aliran darah ke otak. Penurunan aliran darah ke otak dapat disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah di otak. Selain itu juga dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Ketika aliran darah ke otak berkurang maka akan terjadi kerusakan sebagian daerah otak. Kerusakan otak ini menyebabkan berbagai gejala seperti kelumpuhan atau kelemahan pada separuh tubuh yang terjadi secara tiba-tiba, kesulitan berbicara, wajah tidak seimbang, kesulitan menelan, dan gangguan keseimbangan. Semakin luas daerah otak yang mengalami kerusakan, maka akan semakin banyak gejala yang akan dialami oleh pasien (Dharma, 2018).

2. Klasifikasi Stroke

Menurut WHO, (2020) stroke di klasifikasikan sebagai berikut:

a. Stroke iskemik/ Non hemoragik

Stroke iskemik terjadi karena adanya penyumbatan aliran darah sehingga aliran darah ke otak terhambat. Stroke iskemik disebabkan oleh aterosklerosis, yaitu kondisi dimana terjadi penumpukan timbunan lemak dan kolesterol, yang disebut plak dalam pembuluh darah.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah sehingga darah mengalir dan merusak jaringan otak di sekitarnya.

3. Etiologi Stroke

Menurut Esti & Johan, (2020) stroke biasanya disebabkan oleh beberapa hal di bawah ini :

a. Trombosis serebral.

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis dapat terjadi akibat aterosklerosis, hiperkoagulasi pada polisitemia, arteritis (radang pada arteri) dan emboli.

b. Hemoragik atau perdarahan.

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang *sub arachnoid* atau ke dalam jaringan otak sendiri akibat dari pecahnya pembuluh darah. Pecahnya pembuluh darah di akibatkan oleh adanya aterosklerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga otak akan membengkak, jaringan otak akan tertekan sehingga terjadi infark otak, edema dan mungkin herniasi otak.

c. Hipoksia umum

Hipoksia umum disebabkan oleh hipertensi yang parah, henti jantung paru, dan curah jantung turun akibat aritmia yang mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.

d. Hipoksia setempat.

Hipoksia setempat diakibatkan oleh spasme arteri serebral yang disertai perdarahan sub arachnoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

4. Patofisiologi Stroke

Otak adalah organ dari tubuh yang tidak dapat memproduksi oksigen sendiri. Kekurangan oksigen dalam jangka waktu yang panjang dapat menyebabkan kematian sel dan jaringan. Stroke akan sangat meluas saat serangan pertama terjadi ini dapat memicu terjadinya peningkatan tekanan intra kranial (TIA) selain itu ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan serangan stroke menjadi parah yaitu faktor hipertensi (Wijaya dan Mariza, 2013 dalam Santoso, 2018).

5. Manifestasi Klinis Stroke

Menurut Hutagalung, (2021) gejala-gejala dapat muncul untuk sementara lalu menghilang atau bahkan menetap. Gejala ini muncul akibat daerah otak tertentu tak berfungsi yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah ketempat tersebut. Gejala yang muncul bervariasi, tergantung pada bagian otak yang terganggu.

Pertama, gangguan pada pembuluh darah karotis.

a. Pada cabangnya yang menuju otak bagian tengah (arteri serebri media), dapat terjadi gejala-gejala sebagai berikut:

- 1) Gangguan rasa di daerah muka/wajah sisi atau disertai gangguan rasa di lengan dan tungkai sisi.
- 2) Gangguan gerak/kelumpuhan dari tingkat ringan sampai kelumpuhan total pada lengan dan tungkai sisi (*hemiparesis/hemiplegi*).
- 3) Gangguan berbicara baik berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata atau sulit mengerti pembicaraan orang lain (*afasia*).
- 4) Gangguan penglihatan, dapat berupa kebutaan satu sisi, atau separuh lapangan pandangan (*hemianopsia*).
- 5) Mata selalu melink ke arah satu sisi (*deviation conjugae*).
- 6) Kesadaran menurun.
- 7) Tidak mengenal orang-orang yang sebelumnya dikenalnya (*prosopagnosia*).

- 8) Mulut menjadi mencong dan pembicaraan menjadi tidak jelas atau pelo (*disartri*).
 - 9) Separuh badan serasa mati, sehingga merasa separuh anggota badan tidak ada.
 - 10) Tidak dapat membedakan antara kiri dan kanan (misalnya saat hendak memakai sepatu).
 - 11) Sudah tampak tanda-tanda kelainan namun tidak sadar jika dirinya mengalami kelainan.
 - 12) Kehilangan kemampuan musik yang dulu dimilikinya (*amusia*).
- b. Pada cabangnya yang menuju otak bagian depan (*arteri serebri anterior*), dapat terjadi gejala-gejala berikut:
 - 1) Kelumpuhan salah satu tungkai dan syaraf perasa.
 - 2) Buang air kecil tanpa disadari.
 - 3) Pingsan secara tiba-tiba.
 - 4) Sulit untuk mengungkapkan maksud hati.
 - 5) Menirukan omongan orang lain (*ekholali*).
 - c. Pada cabangnya yang menuju otak bagian belakang (*arteri serebri posterior*), akan memberikan gejala-gejala berikut:
 - 1) Kebutaan seluruh lapangan pandangan satu sisi atau separuh lapangan pandangan pada kedua mata.
 - 2) Rasa nyeri yang spontan.
 - 3) Sulit memahami yang dilihat, namun dapat mengerti jika meraba atau mendengar suaranya.
 - 4) Kehilangan kemampuan mengenal warna.

Kedua, gangguan pada pembuluh darah *vertebrobasilaris*.

- a. Gangguan gerak bola mata, sehingga penglihatan menjadi tidak fokus (apa yang dilihat menjadi ganda atau *diplopia*).
- b. Kehilangan keseimbangan.
- c. Kedua kaki lemah/hipotoni, tidak dapat berdiri (*paraparesis inferior*).
- d. Vertigo.
- e. Nistagmus.

- f. Muntah dan gangguan menelan.
- g. Pembicaraan menjadi tidak jelas dan sulit dimengerti (*disarthri*).
- h. Tuli mendadak.

Kadang-kadang pada beberapa penderita, terutama pada perdarahan otak, sering gejala yang terjadi tidak seperti di atas melainkan:

- a. Timbul nyeri kepala secara sangat mendadak disertai muntah.
- b. Leher menjadi kaku
- c. Mengantuk, bahkan koma.

6. Komplikasi Stroke

- a. Dekubitus, terjadi akibat kelumpuhan pasca stroke yang menimbulkan adanya luka di bagian tubuh yang dijadikan tumpuan (pada daerah : pinggul, sendi kaki, tumit, dan pantat) ketika berbaring terlalu lama.
- b. Pembekuan darah, pembekuan darah, paling sering ditemukan pada kaki yang lumpuh dan penimbunan cairan.
- c. Kelemahan otot, terjadi akibat berbaring yang terlalu lama dan menyebabkan kekakuan sendi dan otot.
- d. Osteoporosis dan osteopenia, kondisi ini dapat disebabkan oleh kurangnya paparan sinar matahari dan imobilisasi, dapat mengakibatkan penurunan kepadatan tulang dengan pengeroposan tulang.
- e. Depresi, terjadi karena kepribadian atau faktor umur pasien yang semakin tua. Depresi terjadi pada fase akut 25% dan 31% terjadi 3 bulan setelah stroke.
- f. Konstipasi dan inkontinensia akibat imobilitas, kekurangan asupan cairan dan makanan, serta pemberian obat.
- g. Kontraksi dan spastisitas, seringkali setara dengan pola hemiplegia dan nyeri bahu di bagian sisi yang lemah (Hoch, dkk. 2018).

7. Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko stroke adalah faktor yang dapat menyebabkan terjadinya stroke. Pada saat stroke terjadi, biasanya telah ada sebuah keadaan lain yang mendahului stroke tersebut. Faktor risiko tersebut adalah:

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

Faktor risiko stroke sifatnya tidak dapat diubah, antara lain; umur, jenis kelamin, keturunan, ras dan riwayat stroke sebelumnya.

b. Faktor risiko yang dapat diubah

1) Hipertensi (tekanan darah tinggi)

Disebut hipertensi bila tekanan darah batas atas (sistolik) >140 mmHg, dan batas bawah (diastolik) >90 mmHg. Hipertensi dapat mengakibatkan pembuluh darah otak menjadi pecah atau terjadinya penyempitan pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan mengakibatkan terjadinya perdarahan di daerah otak.

2) Diabetes melitus

Seseorang dikatakan menderita diabetes melitus atau kencing manis ketika kadar gula darah puasanya lebih dari 200 mg/dl. Diabetes melitus dapat menyebabkan terjadinya penebalan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar. Penebalan dinding pembuluh darah otak akan berakibat pada penyempitan diameter pembuluh darah. Penyempitan tersebut kemudian akan mengganggu kelancaran aliran darah ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan kematian sel otak, dan terjadilah stroke.

3) Penyakit jantung

Orang yang berusia pralansia disaran untuk rutin melakukan pemeriksaan tekanan darah dan melaksanakan pola hidup yang lebih baik. Bagi penderita penyakit jantung, perlu mendapatkan penanganan yang sesuai serta rutin mengkonsumsi obat yang diberikan oleh dokter.

4) Kolestrol tinggi

Kolestrol darah harus diperiksa secara rutin. Lansia sebaiknya memeriksakan diri secara rutin setiap 6 bulan sekali. Orang yang menderita kolestrol darah tinggi ($LDL > 150$ g/dl) disarankan untuk mengonsumsi makanan rendah kolestrol.

5) Obesitas

Orang yang mengalami obesitas lebih mudah terkena penyakit jantung, stroke serta diabetes melitus. Akhir-akhir ini jumlah penderita obesitas pada anak-anak dan dewasa muda mengalami peningkatan. Keadaan tersebut menjadi penyebab peningkatan angka kejadian stroke dan penyakit jantung pada usia muda. Pencegahan obesitas dapat dilakukan dengan mengonsumsi makanan yang sehat dan seimbang serta rutin berolahraga. Penurunan berat badan sebaiknya dilakukan dengan target *Body Mass Index* < 25 kg/m², garis lingkar pinggang < 80 cm untuk wanita dan < 90 cm untuk laki-laki.

6) Merokok

Banyak penelitian yang telah menemukan bahwa rokok (tembakau) berpengaruh buruk terhadap Kesehatan salah satunya adalah sebagai faktor risiko terjadinya stroke. Banyak bukti yang menemukan bahwa berhenti merokok dapat menurunkan faktor risiko stroke (Hariyanti, dkk. 2020).

B. *Psychological Wellbeing*

1. Definisi *psychological wellbeing*

Psychological wellbeing atau kesejahteraan psikologi merupakan suatu kondisi dimana seseorang mempunyai kemampuan membuat keputusan untuk dirinya sendiri, memiliki hubungan yang baik dan positif dengan orang lain, meyakini hidupnya bermakna dan memiliki tujuan, memiliki pertumbuhan dan peningkatan diri, dan memiliki

kemampuan untuk menerima diri sendiri baik di kehidupan masa lampau dan juga di kehidupan sekarang (Iriani & Ninawati, 2015).

Kesejahteraan psikologis merupakan kondisi dimana individu memiliki sikap yang positif terhadap dirinya sendiri dan orang lain, dapat membuat keputusan sendiri dan mengatur tingkah lakunya sendiri, dapat menciptakan dan mengatur lingkungan yang sesuai dengan kebutuhannya, memiliki tujuan hidup, dan membuat hidupnya lebih bermakna serta berusaha mengeksplorasi dan mengembangkan diri. Sehingga kesejahteraan psikologis adalah tingkat kemampuan individu dalam menerima dirinya apa adanya, membentuk hubungan yang harmonis dengan orang disekitarnya, mandiri terhadap tekanan sosial, mampu mengontrol lingkungannya, serta meningkatkan potensi dirinya (Ryff dalam Jayafa, 2018).

Berdasarkan pemaparan di atas dapat disimpulkan *psychological wellbeing* sebagai sebuah kondisi dimana individu memiliki sikap yang positif terhadap diri sendiri dan orang lain, dapat membuat keputusan sendiri dan mengatur tingkah lakunya sendiri, dapat menciptakan dan mengatur lingkungan yang sesuai dengan kebutuhannya, memiliki tujuan hidup dan membuat hidup mereka lebih bermakna, serta berusaha mengeksplorasi dan mengembangkan dirinya.

2. Dimensi-dimensi *psychological wellbeing*

Dimensi kesejahteraan psikologis Ryff (dalam Jayafa, 2018) menyebutkan ada enam dimensi kesejahteraan psikologis enam dimensi tersebut antara lain:

a. Penerimaan diri (*self-acceptance*)

Penerimaan diri adalah keadaan individu yang memiliki keyakinan akan karakteristik dirinya, mampu dan mau untuk hidup dalam keadaan tersebut. Penerimaan diri merupakan tingkat kemampuan individu dalam bersikap terhadap dirinya sendiri, bertanggung jawab terhadap diri sendiri, berani mengakui kesalahan dan introspeksi diri.

b. Hubungan positif dengan orang lain (*positive relationship with others*)

Pada dimensi ini terkait dengan hubungan saling percaya dan hangat dengan orang lain. Dimensi ini juga menekankan suatu kemampuan yang penting dalam kesehatan mental yaitu kemampuan untuk mencintai orang lain. Hubungan hangat dengan orang lain merupakan kriteria kedewasaan. Dalam perkembangan orang dewasa, hal ini digambarkan dalam kemampuan berhubungan dekat dengan orang lain (*intimacy*) dan memberi arahan kepada orang lain (*generativity*).

c. Kemandirian (*autonomy*)

Otonomi merupakan kemampuan individu menentukan nasib sendiri, kebebasan, pengendalian internal, individual, dan pengaturan perilaku internal. Atribut ini merupakan dasar kepercayaan bahwa pikiran dan tindakan seseorang berasal dari dirinya sendiri dan tidak ditentukan oleh kendali orang lain. Individu yang mampu melakukan aktualisasi diri dan berfungsi penuh memiliki keyakinan dan kemandirian sehingga dapat mencapai prestasi yang memuaskan.

d. Penguasaan lingkungan (*environmental mastery*)

Kemampuan individu untuk memilih atau menciptakan lingkungan sesuai dengan keinginan dan kebutuhannya dapat didefinisikan sebagai salah satu karakteristik kesehatan mental. Penguasaan lingkungan yang baik dapat dilihat dari sejauh mana individu dapat mengambil keuntungan dari peluang-peluang yang ada di lingkungan.

e. Tujuan hidup (*purpose in life*)

Dimensi ini menggambarkan tentang kesehatan mental karena di dalamnya terdapat keyakinan individu mengenai tujuan dan makna hidupnya akan membawa kepada kesehatan mental. Tujuan hidup mencakup apa yang akan kita capai dalam menjalani hidup, sehingga

membuat hidup lebih bersemangat. Pemahaman yang jelas mengenai tujuan hidup, pendirian terhadap tujuan, dan tujuan yang telah direncanakan adalah bagian penting dari pencapaian tujuan hidup.

f. Pertumbuhan pribadi (*personal growth*)

Dimensi pertumbuhan pribadi menjelaskan mengenai kemampuan untuk mengembangkan potensi yang ada dalam dirinya. Pertumbuhan pribadi merupakan tingkat kemampuan individu dalam mengembangkan potensinya secara terus menerus, menumbuhkan dan memperluas diri sebagai individu. Kemampuan ini merupakan gagasan dari individu untuk terus memperkuat kondisi internal alamiahnya.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi *psychological wellbeing*

Faktor yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis individu menurut Ryff (dalam Jayafa, 2018) antara lain:

a. Faktor Demografis

1) Usia

Perbedaan usia mempengaruhi perbedaan dimensi kesejahteraan psikologis. Dimensi ini seperti dimensi penguasaan lingkungan, dan dimensi otonomi mengalami peningkatan seiring dengan bertambahnya usia.

2) Jenis kelamin

Perempuan cenderung lebih memiliki kesejahteraan psikologis yang tinggi dibandingkan laki-laki. Hal ini dikaitkan dengan pola pikir dan aktifitas sosial yang dilakukan, dimana perempuan lebih mampu mengekspresikan emosinya kepada orang lain. Perempuan juga lebih senang menjalin relasi sosial dibandingkan dengan laki-laki.

3) Status sosial ekonomi

Perbedaan kelas sosial juga mempengaruhi kesejahteraan psikologis individu. Bahwa Pendidikan yang tinggi dan status

pekerjaan akan meningkatkan kesejahteraan psikologis, terutama pada dimensi penerimaan diri dan dimensi tujuan hidup.

4) Budaya

Terdapat perbedaan kesejahteraan psikologis pada budaya barat dan budaya timur, dimana budaya barat yang cenderung individualisme dan kemandirian, dan budaya timur yang kolektif dan ketergantungan dimana hubungan yang lebih positif dan kekeluargaan.

b. Dukungan sosial

Dukungan sosial diartikan sebagai rasa nyaman, perhatian, penghargaan, atau pertolongan dan diterima oleh individu dan didapat dari orang lain atau kelompok.

c. Kesehatan fisik

Kesejahteraan psikologis tidak hanya terpaku pada kondisi psikis individu tetapi juga berkaitan dengan gejala fisik yang dialami oleh individu tersebut.

d. Pemberian arti terhadap hidup

Pemaknaan terhadap pengalaman hidup individu memberikan kontribusi yang besar terhadap pencapaian kesejahteraan psikologis. Pemaknaannya dapat berupa positif, negatif, atau netral. Jika individu memaknai setiap peristiwa yang dialaminya sebagai sesuatu yang positif, maka individu akan memandang pengalaman hidupnya sebagai pengalaman yang positif sehingga kesejahteraan psikologisnya baik.

e. Religiusitas

Agama dan spiritualitas sangat penting bagi kesejahteraan psikologis individu. Hal ini berkaitan dengan segala persoalan hidup manusia kepada Tuhan. Individu yang memiliki tingkat religiusitas yang tinggi lebih mampu memaknai kejadian hidupnya secara positif sehingga hidupnya lebih bermakna.

4. Skala *Psychological WellBeing*

Skala kesejahteraan psikologis yang digunakan ialah skala adaptasi dan modifikasi *Psychological WellBeing Scale* (PWBS) dari Ryff yang terdiri dari enam aspek yaitu, penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, kemandirian, penguasaan lingkungan, pertumbuhan pribadi, dan tujuan hidup (Aron, 2013). Skala PWB yang telah diadaptasi dan dimodifikasi terdiri dari 30 item, yang didalamnya berisi pernyataan *favourable* dan memiliki alternatif pilihan jawaban, yaitu “sangat tidak setuju (STS)”, “tidak setuju (TS)”, (S) “setuju”, dan “sangat setuju (SS)” dengan respon jawaban yang terdiri dari “sangat tidak setuju (STS)” yang memiliki skor 1, hingga “sangat setuju (SS)” yang memiliki skor 4. Respon jawaban ini digunakan untuk menyatakan kesesuaian atau ketidaksesuaian terhadap isi pernyataan yang memungkinkan mendekati gambaran mengenai diri subjek penelitian.

5. Kuesioner *psychological wellbeing*

a. Penerimaan diri

- 1) Saya menerima kondisi kesehatan yang saya alami sekarang ini
- 2) Sejauh ini saya merasa senang menjalani proses pengobatan stroke
- 3) Sebagian penderita merasa kehidupan berakhir ketika mengalami stroke tetapi saya bukan bagian dari mereka
- 4) Dalam banyak hal, saya puas dengan hasil pengobatan stroke yang saya jalani
- 5) Setelah menderita penyakit stroke saya tetap percaya diri ketika harus bertemu dengan orang lain

b. Hubungan positif dengan orang lain

- 1) Saya merasa bersyukur memiliki teman dan keluarga yang selalu mendampingi atau mendukung saya selama pengobatan stroke

- 2) Orang lain memandang saya sebagai orang yang pemurah dan bersedia berbagi informasi tentang stroke dan cara pengobatannya.
- 3) Saya adalah orang yang penyayang dan penuh kasih sayang menurut kebanyakan orang
- 4) Saya menikmati percakapan dengan anggota keluarga maupun teman
- 5) Menderita stroke tidak membuat saya sulit untuk bergaul dengan orang lain

c. Kemandirian

- 1) Keputusan yang saya ambil biasanya tidak di pengaruhi orang lain
- 2) Saya yakin dengan pendapat saya sendiri walaupun berbeda dengan pendapat orang-orang di lingkungan sekitar saya
- 3) Saya tidak mengubah keputusan-keputusan saya bila teman-teman atau keluarga tidak setuju
- 4) Bagi saya, merasa puas dengan diri sendiri lebih penting daripada memperoleh persetujuan orang lain tentang diri saya
- 5) Walaupun setiap orang punya banyak kekurangan, tetapi saya merasa lebih beruntung

d. Penguasaan lingkungan

- 1) Saya sangat memperhatikan kondisi lingkungan disekitar saya (debu, cuaca, sampah dll)
- 2) Saya merasa lingkungan tempat saya tinggal aman dan sehat (berkaitan dengan sarana dan prasarana)
- 3) Saya telah mengatur suasana tempat tinggal dan kehidupan yang saya jalani saat ini sesuai dengan apa yang saya suka
- 4) Saya merasa hidup saya berarti
- 5) Saya merasa cocok dengan orang-orang disekitar saya.

e. Tujuan hidup

- 1) Saya senantiasa berusaha menjalani pengobatan dengan sebaik mungkin untuk kesembuhan penyakit stroke
- 2) Saya menjalani kehidupan di hari ini dan memikirkan masa depan saya
- 3) Menderita stroke tidak membuat saya kehilangan arah dan tujuan hidup, saya tetap dapat berpikiran positif dan selalu berdoa untuk kesembuhan saya
- 4) Meskipun saya menderita stroke, saya tetap dapat memahami dengan baik apa yang ingin dicapai dalam hidup dengan menjadi orang yang bermanfaat bagi orang lain dan tidak meninggalkan kewajiban dalam beribadah
- 5) Saya senang membuat rencana untuk masa depan dan berusaha mewujudkannya saat saya sembuh dari sakit stroke

f. Pertumbuhan pribadi

- 1) Dengan menjalani pengobatan penyakit stroke, saya merasa banyak belajar dan mendapatkan pengalaman yang baru tentang kesehatan sehari-hari
- 2) Bagi saya, hidup adalah proses pembelajaran, perubahan, dan pertumbuhan yang berkelanjutan
- 3) Saya merasa telah melakukan hal yang bermanfaat baik bagi diri saya sendiri maupun orang lain dan lingkungan dimana saya tinggal
- 4) Saya adalah orang yang sangat senang mencoba hal-hal baru
- 5) Menurut saya, pengalaman baru penting dimiliki untuk merubah cara berpikir saya

Berdasarkan total skor yang didapat maka *psychological wellbeing* dapat dikategorikan menjadi 4 kategori yaitu :

- 1) Sangat tinggi : 76-100%
- 2) Tinggi : 51-75%
- 3) Rendah : 26-50%

4) Sangat rendah : $\leq 25\%$

C. Kualitas Hidup

1. Definisi Kualitas Hidup

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 (WHO dalam Juniastira, S. 2018). Kualitas hidup merupakan persepsi individu atas posisinya dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dan kaitannya dengan tujuan, harapan dan standar yang ada (Sasmiyanto, S. 2019). Hal tersebut memberikan konsep kesehatan fisik individu, kondisi psikologis, kepercayaan seseorang, hubungan sosial dan keterlibatan seseorang dengan sesuatu hal yang penting di lingkungan mereka.

2. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup menurut Harefa, (2019) adalah:

a. Usia

Semakin bertambahnya usia maka semakin meningkatnya kualitas hidupnya. Hal ini dikarenakan semakin bertambahnya usia, seseorang akan lebih matang terutama dari segi psikologi, termasuk kesiapan ketika menghadapi sakit.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin laki-laki lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang rendah jika dibandingkan dengan perempuan. Karena perempuan lebih matang secara emosi dan lebih tahan ketika menghadapi tekanan/permasalahan.

c. Pendidikan

Seseorang yang memiliki pendidikan yang tinggi memiliki pola pikir yang berani dalam mengambil sikap untuk mengatasi masalah. Akan membentuk cara berpikir seseorang termasuk kemampuan untuk

memahami faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya (Harefa, 2019).

d. Pekerjaan

Seseorang yang bekerja akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dari pada orang yang tidak bekerja.

e. Perilaku berisiko

Perilaku yang berisiko seperti merokok, minum alkohol, kurang melakukan aktivitas dapat menurunkan kualitas hidup seseorang.

f. Penyakit kronis

Tingkat kronis pada pasien kanker mempengaruhi kualitas hidup penderitanya, semakin tinggi stadium yang diderita maka meningkat kecemasan penderitanya sehingga berdampak pula pada semakin rendahnya kualitas hidup.

g. Gangguan mental

Seseorang yang gangguan kecemasan, depresi dapat menurunkan kualitas hidup.

h. Status ekonomi

Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan pertama ketika ada gangguan pada kesehatannya (Harefa, 2019).

i. Agama/spiritual

Agama dan spiritualis sebagian besar penting pada pasien stroke dan mempengaruhi pengalaman penderita stroke. Kepercayaan agama sangat penting dalam pengambilan keputusan medis untuk pasien (Harefa, 2019).

3. Domain Kualitas Hidup

World Health Organization Quality of Life – BREF (Lombu, K. 2015) membagi kualitas hidup dalam empat domain yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.

a. Domain kesehatan fisik

WHOQOL membagi domain fisik pada tiga bagian, yaitu:

1) Nyeri dan ketidaknyamanan

Menilai pengalaman sensasi fisik yang tidak menyenangkan yang dialami oleh pasien dan sampai sejauh mana sensasi tersebut mengganggu dan mempengaruhi kehidupan sehari-harinya.

2) Tenaga dan lelah

Aspek ini mengeksplor tenaga, antusiasme dan keinginan individu untuk selalu dapat melakukan aktivitas sehari-hari, sebaik aktivitas lain seperti rekreasi. Kelelahan membuat individu tidak mampu mencapai kekuatan yang cukup untuk merasakan hidup yang sebenarnya. Kelelahan merupakan akibat dari beberapa hal seperti sakit, depresi, atau pekerjaan yang terlalu berat.

3) Tidur dan istirahat

Aspek ini fokus pada seberapa banyak tidur dan istirahat. Masalah tidur termasuk kesulitan untuk pergi tidur, bangun tengah malam, bangun di pagi hari dan tidak dapat kembali tidur dan kurang segar saat bangun di pagi hari.

b. Domain psikologis

WHOQOL membagi domain psikologis pada lima bagian, yaitu:

1) Perasaan positif

Menilai seberapa besar pengalaman perasaan positif yang memberikan perasaan kebahagiaan, penuh harapan, kedamaian, kenikmatan terhadap hal-hal yang menyenangkan dalam hidup serta pandangan tentang masa depannya.

2) Berpikir, belajar, ingatan dan konsentrasi

Aspek ini mengeksplor pandangan individu terhadap pikiran, pembelajaran, ingatan, konsentrasi dan kemampuannya dalam

membuat keputusan. Hal ini juga termasuk kecepatan dan kejelasan individu mengambil gagasan.

3) Harga diri

Aspek ini menguji apa yang individu rasakan tentang diri mereka sendiri. Hal ini bisa saja memiliki jarak dari perasaan positif sampai perasaan yang negatif tentang diri mereka sendiri. Perasaan seseorang dari harga sebagai individu dieksplor. Aspek dari harga diri fokus dengan perasaan individu dari kekuatan diri, kepuasan dengan diri dan kendali diri.

4) Gambaran diri dan penampilan

Aspek ini menguji pandangan individu dengan tubuhnya. Apakah penampilan tubuh kelihatan positif atau negatif. Fokus pada kepuasan individu dengan penampilan dan akibat yang dimilikinya pada konsep diri. Hal ini termasuk perluasan dimana apabila ada bagian tubuh yang cacat akan bisa dikoreksi misalnya dengan berdandan, berpakaian, menggunakan organ buatan dan sebagainya.

5) Perasaan negatif

Aspek ini fokus pada seberapa banyak pengalaman perasaan negative individu, termasuk patah semangat, perasaan berdosa, kesedihan, keputusasaan, kegelisahan, kecemasan, dan kurang bahagia dalam hidup. Hal ini termasuk pertimbangan dari seberapa menyedihkan perasaan negatif dan akibatnya pada fungsi keseharian individu.

c. Domain hubungan sosial

WHOQOL membagi domain hubungan sosial menjadi tiga bagian, yaitu:

1) Hubungan perorangan

Menilai seberapa jauh hubungan pertemanan, cinta dan dukungan yang diharapkan dan diperoleh dalam menjalin hubungan intim baik secara emosional maupun fisik.

2) Dukungan sosial

Aspek ini menguji apa yang individu rasakan pada tanggung jawab, dukungan, dan tersedianya bantuan dari keluarga dan teman. Aspek ini fokus pada seberapa banyak yang individu rasakan pada dukungan keluarga dan teman, faktanya pada tingkatan mana individu tergantung pada dukungan di saat sulit.

3) Aktivitas seksual

Aspek ini fokus pada dorongan dan hasrat pada seks, dan tingkatan dimana individu dapat mengekspresikan dan senang dengan hasrat seksual yang tepat.

d. Domain lingkungan

WHOQOL membagi domain lingkungan pada delapan bagian, yaitu:

1) Keamanan fisik dan keamanan

Aspek ini menguji perasaan individu pada keamanan dari kejahatan fisik. Ancaman pada keamanan bisa timbul dari beberapa sumber seperti tekanan orang lain atau politik. Aspek ini berhubungan langsung dengan perasaan bebas individu.

2) Lingkungan rumah

Aspek ini menguji tempat yang terpenting dimana individu tinggal (tempat berlindung dan menjaga barang-barang). Kualitas sebuah rumah dapat dinilai pada kenyamanan, tempat teraman individu untuk tinggal.

3) Sumber penghasilan

Menilai pandangan pasien tentang sumber keuangan yang diperolehnya apakah dapat memenuhi seluruh kebutuhan hidupnya agar gaya hidup yang nyaman baginya dapat terpenuhi.

- 4) Kesehatan dan perhatian sosial: ketersediaan dan kualitas
Aspek ini menguji pandangan individu pada kesehatan dan perhatian sosial di dekat sekitar. Dekat berarti berapa lama waktu yang diperlukan untuk mendapatkan bantuan.
- 5) Kesempatan untuk memperoleh informasi baru dan keterampilan
Aspek ini menguji kesempatan individu dan keinginan untuk mempelajari keterampilan baru, mendapatkan pengetahuan baru, dan peka pada apa yang terjadi. Termasuk program pendidikan formal, atau pembelajaran orang dewasa atau aktivitas di waktu luang, baik dalam kelompok atau sendiri.
- 6) Partisipasi dalam kesempatan berekreasi dan waktu luang
Aspek ini mengeksplor kemampuan individu, kesempatan dan keinginan untuk berpartisipasi dalam waktu luang, hiburan dan relaksasi.
- 7) Lingkungan fisik (polusi/ keributan/ kemacetan/ iklim)
Aspek ini menguji pandangan individu pada lingkungannya. Hal ini mencakup kebisingan, polusi, iklim dan estetika lingkungan dimana pelayanan ini dapat meningkatkan atau memperburuk kualitas hidup.
- 8) Transportasi
Aspek ini menguji pandangan individu pada seberapa mudah untuk menemukan dan menggunakan pelayanan transportasi.

4. Kuesioner WHOQOL-BREF

Kuesioner yang digunakan dalam proposal skripsi ini adalah lembaran kuesioner baku yang diadopsi dari WHOQOL-BREF (Lombu, 2015) kuesioner kualitas hidup yang terdiri dari 26 pertanyaan. Instrumen ini dibagi menjadi empat domain yaitu domain fisik, domain psikologis, domain hubungan sosial, dan domain lingkungan. Penilaian dilakukan dengan menggunakan skala Likert yang terdiri dari lima kategori respon dari sangat setuju, setuju, tidak pasti/tidak memutuskan, tidak setuju, sangat tidak setuju dengan jawaban setiap pertanyaan yaitu

1 sampai dengan 5. Dengan nilai 1 sebagai nilai terendah dan nilai 5 untuk nilai tertinggi setiap pertanyaan kuesioner.

Untuk pertanyaan nomor 1 dan 2 tentang kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum. Domain 1 kesehatan fisik ada pada pertanyaan nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18. Domain 2 kesehatan psikologis ada pada pertanyaan nomor 5, 6, 7, 11, 19, dan 26. Domain 3 hubungan sosial ada pada pertanyaan nomor 20, 21, dan 22. Domain 4 lingkungan ada pada pertanyaan nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25. Instrumen ini juga terdiri dari tiga pertanyaan negatif yaitu nomor 3, 4, dan 26. Nilai dari keempat domain menunjukkan persepsi individu pada kualitas hidup di masing-masing domain. Nilai dari domain diskala dalam arah yang positif (semakin tinggi nilai berarti kualitas hidupnya semakin baik).

Berdasarkan total skor yang didapat maka kualitas hidup dapat dikategorikan menjadi dua kelas dengan rumus statistika menurut Sudjana dalam Lombu, K. (2015) yaitu merupakan panjang kelas (selisih nilai tertinggi dan nilai terendah) yaitu 200 dan dua kategori kelas untuk kualitas hidup yaitu kualitas hidup baik dan kualitas hidup buruk maka didapatlah panjang kelas sepanjang 200. Dengan menggunakan $p = 200$ dan nilai terendah 0 sebagai batas bawah kelas interval pertama, dan kualitas hidup pasien paska stroke dapat dikategorikan menjadi dua interval kualitas hidup yaitu skor 0-200 dikategorikan kualitas hidup buruk sedangkan skor 201-400 dikategorikan sebagai kualitas hidup baik.

a. Domain 1 yaitu kesehatan fisik

- 1) Seberapa jauh anda merasa bahwa rasa nyeri (secara fisik) menghambat anda dalam melakukan apa yang perlu anda lakukan?
- 2) Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?

- 3) Apakah anda memiliki cukup tenaga untuk kehidupan sehari-hari?
 - 4) Seberapa baik anda mampu anda bergerak berkeliling?
 - 5) Bagaimana kepuasan anda dengan tidur anda?
 - 6) Bagaimana kepuasan anda dengan kemampuan anda untuk melakukan aktivitas sehari-hari?
 - 7) Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?
- b. Domain 2 yaitu kesehatan psikologis
- 1) Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?
 - 2) Sejauh manakah anda merasa kehidupan anda berarti?
 - 3) Seberapa baikkah anda berkonsentrasi?
 - 4) Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?
 - 5) Seberapa puaskah anda dengan diri anda?
 - 6) Seberapa sering anda mengalami perasaan negatif seperti, sedih, kecewa, cemas dan depresi?
- c. Domain 3 yaitu hubungan sosial
- 1) Bagaimana kepuasan anda dengan hubungan pribadi anda?
 - 2) Bagaimana kepuasan anda dengan kehidupan seksual anda?
 - 3) Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman-teman anda?
- d. Domain 4 yaitu lingkungan
- 1) Seberapa aman yang anda rasakan dalam kehidupan anda sehari-hari?
 - 2) Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal(berkaitan dengan sarana dan prasarana)?
 - 3) Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?
 - 4) Seberapa banyak tersedianya informasi yang anda perlukan dalam kehidupan anda dari hari demi hari?
 - 5) Seberapa jauh anda memiliki kesempatan untuk kegiatan waktu luang?

- 6) Bagaimana kepuasan anda terhadap kondisi tempat tinggal anda?
- 7) Bagaimana kepuasan anda terhadap akses/kemudahan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan?
- 8) Bagaimana kepuasan anda terhadap transportasi anda?

D. Hubungan *Psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke

Dampak yang timbul akibat stroke dapat mempengaruhi kehidupan penderita dalam berbagai aspek antara lain fisik, emosional, psikologis, kognitif, dan sosial (Fitriani & Mulyono, 2022). Aspek psikologis merupakan gangguan psikologis yang terjadi karena adanya gangguan emosi, nyeri, gangguan tidur, depresi, *disfagia* dan bisa mengakibatkan kematian pada penderitanya, hal ini akan mempengaruhi kesejahteraan psikologi seseorang (Dasniati, 2021). Kesejahteraan psikologis berdampak langsung pada kesehatan mental dan berdampak tidak langsung pada kesehatan fisik, efek bila seseorang tidak memiliki kesejahteraan psikologis akan merasa rendah diri, berpikiran negatif, berperilaku negatif, dan depresi (Ryff dalam Mohjahed, dkk. 2019).

Ketidaksejahteraan psikologis pada penderita stroke di sebabkan oleh ketergantungan diri terhadap orang lain, orang terdekat termasuk keluarga atau hubungan dengan lingkungan sosial lainnya. Kondisi tersebut yang dapat menyebabkan pasien mengalami kurang percaya diri atau rendah diri, sehingga dirinya merasa tidak berguna karena keterbatasan fisik yang sedang dialami serta berdampak pada persepsi bahwa penyakitnya tidak bisa sembuh atau memiliki kualitas hidup yang buruk (Wati & Yanti, 2018).

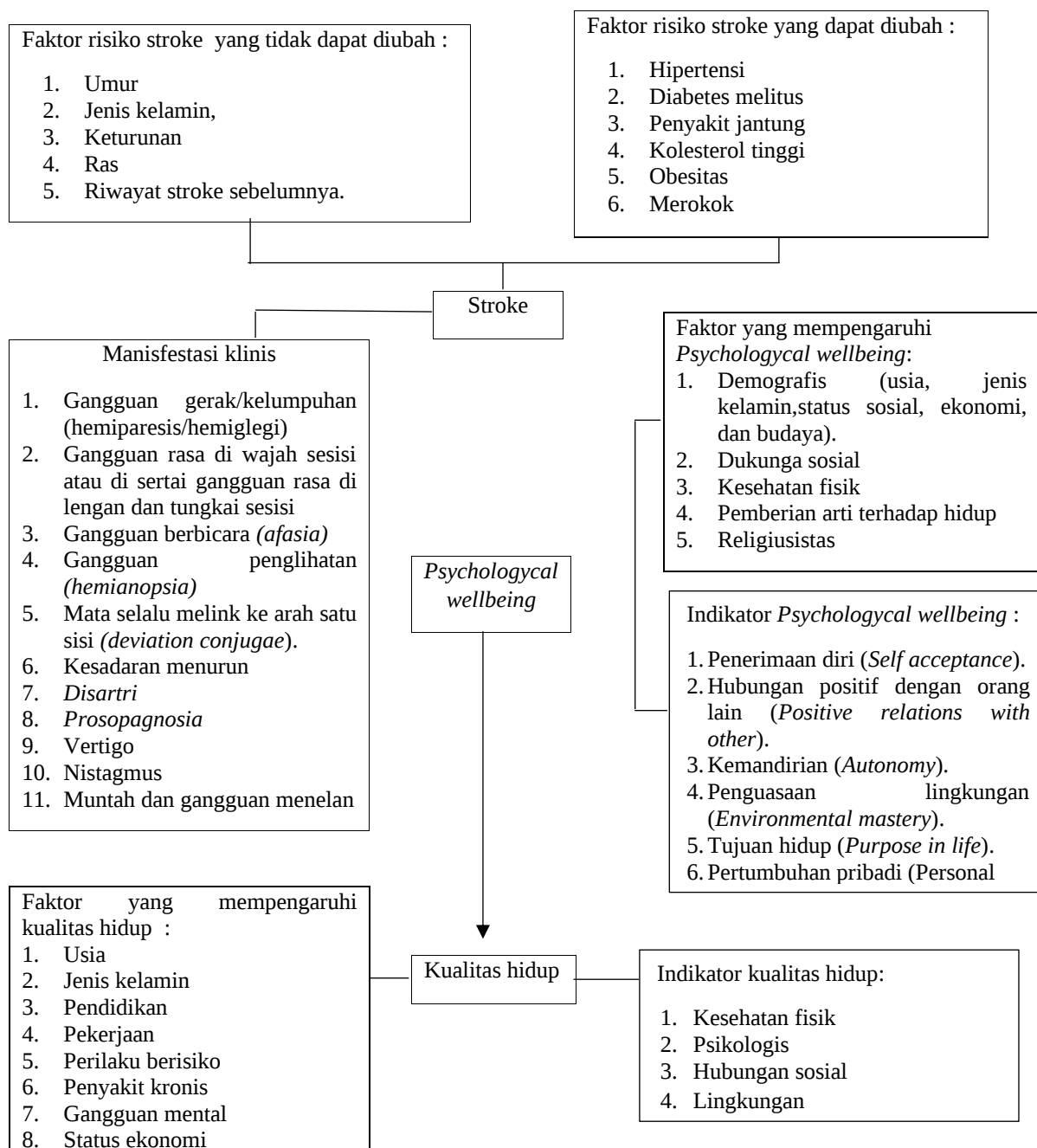
Berdasarkan pemaparan di atas kesejahteraan psikologis berdampak langsung pada kesehatan mental penderita stroke. Kesehatan mental dalam hal ini diukur dengan menggunakan parameter kualitas hidup. Kualitas hidup merupakan persepsi individu atau pandangan subjektif individu terhadap kehidupannya dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana

individu hidup dan hubungannya dengan tujuan hidup, harapan dan standar yang ada. Konsep ini meliputi beberapa dimensi yang luas yaitu: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (Sasmiyanto, 2019).

Penelitian sebelumnya yang dilakukan (Sasmiyanto, 2019). Hasil uji statistik dengan menggunakan korelasi pearson menunjukkan $p\text{ value } 0.004 < \alpha 0.05$ yang berarti ada hubungan signifikan antara kesejahteraan psikologis dan kualitas hidup penderita diabetes mellitus. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lestari & Nurhayati (2020) hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas hidup dan *psychologycal well-being* memiliki hubungan yang positif. Hal ini berarti semakin tinggi tingkat kualitas hidup *caregiver* maka tingkat *psychologycal well-being* akan semakin tinggi.

E. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan sebuah diagram yang menjelaskan alur sebuah penelitian (Sugiyono, 2019).



Sumber : Ryff (dalam Jayafa, D. 2018), dan (Hariyanti, dkk. 2020).

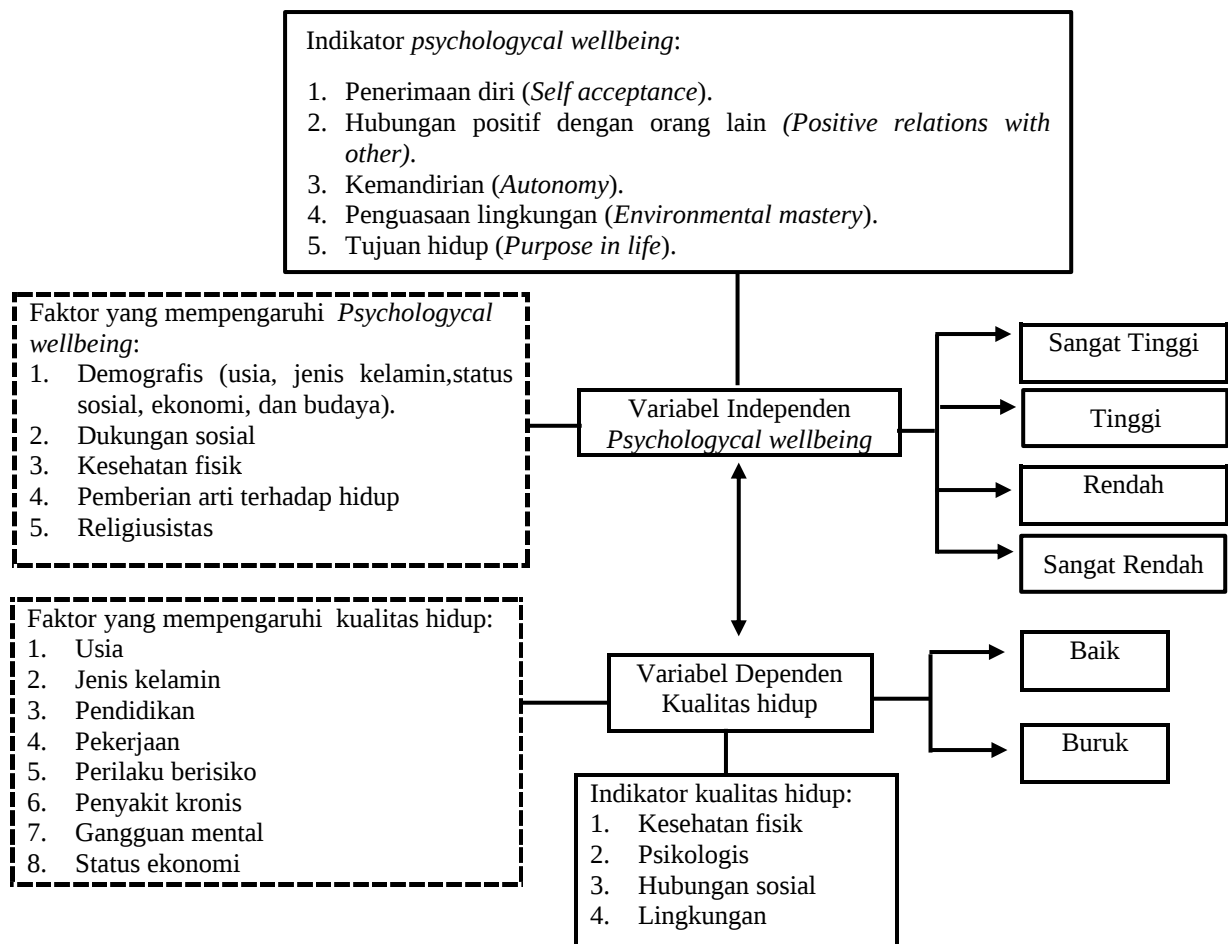
Gambar 2.1 Kerangka Teori Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka konseptual

Kerangka konsep merupakan abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk teori yang menjelaskan keterkaitan antara variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti (Nursalam, 2017).



Keterangan :

_____ : Diteliti

----- : Tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan *Psychological wellbeing* dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Berdasarkan gambar kerangka konsep di atas, dapat dijelaskan variabel independen memiliki 4 kategori *psychological wellbeing* yaitu sangat tinggi, tinggi, sangat rendah, dan rendah, untuk mengetahui *psychological wellbeing* pada penderita stroke. Pada variabel dependen kualitas hidup memiliki 2 kategori yaitu baik dan buruk. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi *psychological wellbeing* antara lain demografis (usia, jenis kelamin, status sosial, ekonomi, dan budaya), dukungan sosial, kesehatan fisik, pemberian arti terhadap hidup dan religiusitas. Kemudian faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, perilaku berisiko, penyakit kronis, gangguan mental dan status ekonomi.

B. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan (Sugiyono, 2019). Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

H₁: Ada Hubungan *Psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Waktu dan Tempat Penelitian

Menurut Sugiyono, (2019) metode penelitian merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Tempat dan waktu penelitian.

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

2. Waktu Penelitian

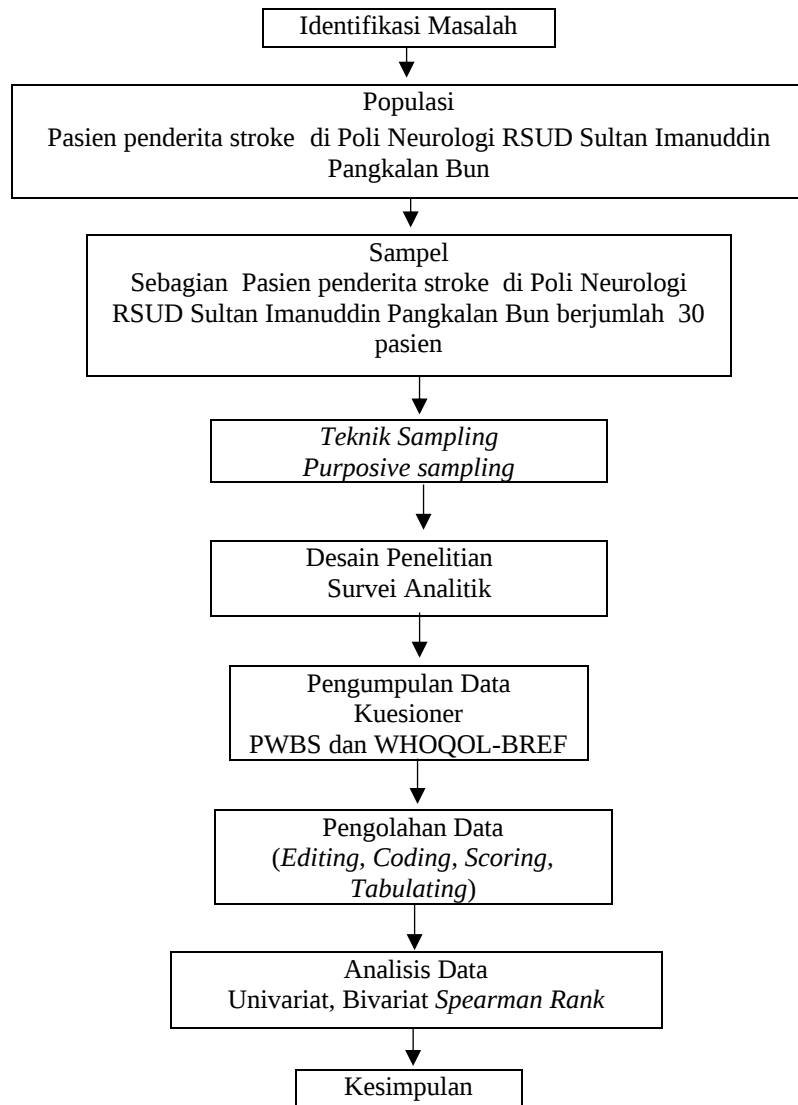
Penelitian telah dilakukan pada tanggal 11-15 Juli 2022.

B. Desain Penelitian

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini yaitu survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian survei analitik adalah sebuah penelitian yang menganalisis dinamika hubungan antara suatu fenomena. Penelitian survei analitik dapat mengetahui sejauh mana keterlibatan dari suatu faktor terhadap terjadinya suatu kejadian dari analisis korelasi. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah pendekatan *cross-sectional*, yaitu penelitian yang dimana menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan variabel dependen dihitung sekaligus dalam waktu yang sama atau satu kali (Notoatmodjo, 2018).

C. Kerangka Kerja (*Framework*)

Kerangka kerja atau operasional adalah langkah-langkah dalam aktifitas ilmiah, mulai dari penetapan populasi, sampel, dan seterusnya, yaitu kegiatan sejak awal dilaksanakannya penelitian (Nursalam, 2017).



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

D. Populasi, Sampel dan *Sampling*

1. Populasi

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2019). Populasi pada penelitian ini merupakan pasien rawat jalan di Poli Neurologi RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2018). Dalam menentukan ukuran sampel penelitian haruslah sebesar-besarnya dengan kata lain artinya bahwa asumsi yang disampaikan oleh Gay dan Diehl didasarkan pada semakin besar sampel yang diambil maka semakin mempresentasikan bentuk dan karakter populasi serta lebih dapat untuk digeneralisir. Meskipun demikian, ukuran pasti sampel yang akan diambil sangat bergantung pada jenis penelitian yang akan dilakukan. Ukuran sampel minimal yang dapat diterima didasarkan pada desain penelitian yang digunakan, dalam penelitian ini menggunakan metode survei analitik minimal 30 subyek atau responden sebanyak 30 pasien (Nalendra, 2021).

3. *Sampling*

Teknik pengambilan sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2018). Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *non random sampling* dengan cara *purposive sampling*. Alasan peneliti menggunakan teknik ini karena tidak semua sampel memiliki kriteria yang sesuai dengan yang telah peneliti tentukan. Oleh karena itu, peneliti memilih teknik *purposive sampling* dengan menetapkan kriteria-kriteria tertentu yang harus dipenuhi sampel-sampel yang digunakan dalam penelitian ini (Notoatmodjo, 2018). Sampel yang diambil pada penelitian ini adalah sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

- 1) Seluruh pasien rawat jalan penderita stroke di Poli Neurologi RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
- 2) Pasien yang bersedia menjadi responden
- 3) Pasien mampu membaca dan menulis

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien yang mengalami kesulitan berbicara, membaca, menulis, dan memahami bahasa (afasia)
- 2) Pasien yang tidak mengikuti penelitian hingga selesai.

E. Identifikasi Variabel

Pada penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independent adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel yang lain. Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi, nilainya ditentukan variabel yang lain (Nursalam, 2017).

1. Variabel independen : *psychological wellbeing*
2. Variabel dependen : kualitas hidup

F. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan mengidentifikasi variabel secara operasional yang meliputi, variabel, definisi operasional, parameter, alat ukur, skala, dan skor/kategori hasil (Nursalam, 2017).

Tabel 4.1 Variabel dan Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor/Kriteria Hasil
Independen <i>Psychological Wellbeing</i>	Kemampuan responden dalam menjalani kehidupannya dengan baik dan menerima berbagai aspek positif ataupun negatif dalam dirinya.	1. Penerimaan diri (<i>Self acceptance</i>). 2. Hubungan positif dengan orang lain (<i>Positive relations with other</i>). 3. Kemandirian (<i>Autonomy</i>).	<i>Psychological Wellbeing Scale (PWBS)</i> dengan 30 pertanyaan	Ordinal	Skor: 1. Sangat setuju: 4 2. Setuju: 3 3. Tidak setuju: 2 4. Sangat tidak setuju: 1 Kriteria hasil: 1. Sangat tinggi (76-100%) 2. Tinggi (51-75%)

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor/Kriteria Hasil
		4. Penguasaan lingkungan (<i>Environmental mastery</i>). 5. Tujuan hidup (<i>Purpose in life</i>). 6. Pertumbuhan pribadi (<i>Personal growth</i>).			3. Rendah (26-50%) 4. Sangat rendah ($\leq 25\%$)
Dependen Kualitas hidup	Kualitas hidup untuk mengetahui persepsi responden terhadap kedudukannya di dalam kehidupan, seperti kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.	1. Kesehatan fisik 2. Psikologis 3. Hubungan sosial 4. Lingkungan	Menggunakan kuesioner tentang kualitas hidup yaitu the <i>World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL-BREF)</i> dengan 26 pertanyaan.	Ordinal	Skor: 1. Sangat baik: 5 2. Baik: 4 3. Biasa saja: 3 4. Buruk: 2 5. Sangat buruk: 1 Kriteria hasil: 1. Kualitas hidup baik, jika jumlah skor yang diperoleh > 200 (201-400) 2. kualitas hidup buruk, jika jumlah skor yang diperoleh ≤ 200 (0-200)

G. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan suatu alat yang digunakan mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati. Secara spesifik semua fenomena ini disebut variabel penelitian (Sugiyono, 2018). Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu *psychological wellbeing*. Instrument yang digunakan dalam variabel independen yaitu *Psychological WellBeing Scale (PWBS)*/kuesioner. Variabel dependen untuk penelitian ini yaitu Kualitas hidup. Instrument yang digunakan untuk kualitas hidup yaitu *World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL-BREF)*/kuesioner.

Tabel 4.2 Kisi-kisi kuesioner

Variabel	Parameter	Nomor Pertanyaan	Jumlah	
			<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
<i>Psychological Wellbeing</i>	1. Penerimaan diri (<i>Self acceptance</i>).	1,2,3,4,5	5	
	2. Hubungan positif dengan orang lain (<i>positive relations with other</i>)	6,7,8,9,10	5	
	3. Kemandirian(<i>Autonom</i>).	11,12,13,14,15	5	
	4. Penguasaan lingkungan (<i>Environmental mastery</i>).	16,17,18,19,20	5	
	5. Tujuan hidup (<i>Purpose in life</i>).	21,22,23,24,25	5	
	6. Pertumbuhan pribadi (<i>Personal growth</i>)	26,27,28,29,30	5	
Kualitas Hidup	1. Kesehatan fisik	3,4,10,15,16,17,18	5	2
	2. Psikologis	5,6,7,11,19,26	5	1
	3. Hubungan sosial	20,21,22	3	
	4. Lingkungan	8,9,12,13,14,23,24,25	8	
			51	
Total				54

1. Uji Validitas

Uji validitas merupakan suatu skala yang menunjukkan tingkat kebenaran dari suatu instrumen. Setiap pernyataan atau pertanyaan dalam kuesioner merupakan instrumen yang digunakan sebagai alat ukur untuk mengukur kevalidan dari tiap butir pernyataan atau pertanyaan. Suatu instrumen yang valid memiliki validitas yang tinggi, sebaliknya instrumen yang kurang valid berarti memiliki validitas yang rendah (Bahri, 2018). Uji validitas dilakukan pada setiap pertanyaan apabila $r_{\text{hitung}} > r_{\text{tabel}}$ pada taraf signifikan 5% atau 0,05 maka instrument penelitian akan dianggap valid dan jika $r_{\text{hitung}} < r_{\text{tabel}}$ maka instrument penelitian dianggap tidak valid. Dalam uji validitas dilakukan pada 30 item skala PWB kepada 30 responden penderita stroke dengan nilai r_{tabel} 0,361 di dapatkan hasil pada 30 item tersebut $r_{\text{hitung}} > r_{\text{tabel}}$ (lampiran 9).

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Alat dan cara mengukur atau mengamati sama-sama memegang peranan yang penting dalam waktu yang bersamaan. Penelitian yang reliabel belum tentu akurat (Nursalam, 2017). Dalam mengestimasi koefisien reliabilitas skala PWB yang digunakan dalam penelitian ini, peneliti menggunakan rumus *Cronbach's Alpha* dengan menggunakan bantuan SPSS 26 *for windows*. Setelah uji reliabilitas dilakukan pada 30 item skala PWB pada 30 responden dengan nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,60$ didapatkan hasil reliabilitas skala adalah 0,939. Hal ini dapat dikatakan bahwa nilai *cronbach's alpha* alat ukur telah teruji sehingga layak digunakan sebagai instrument dalam penelitian.

H. Pengumpulan dan Pengolahan Data

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan pada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian, dalam langkah pengumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan (Nursalam, 2017). Langkah langkah yang dilakukan dalam pengumpulan data:

- a. Peneliti mengurus surat permohonan untuk melaksanakan penelitian ke bagian administrasi di Program studi keperawatan S1 Keperawatan STIKES Borneo Cendekia Medika.
- b. Setelah mendapatkan surat izin dari STIKES Borneo Cendekia Medika peneliti menyampaikan surat izin penelitian ke bagian Administrasi RSUD Sultan Imanuddin pangkalan Bun ke bagian diklat dan direktur RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun untuk mendapatkan izin penelitian.
- c. Peneliti menyampaikan surat izin kepada kepala ruangan Poli Neurologi untuk melakukan penelitian.

- d. Peneliti mengajukan izin dan kesepakatan kepada responden yang akan dijadikan sampel penelitian dengan memberikan penjelasan dan menandatangani *inform consent*.
- e. Setelah responden menyetujui dan menandatangani *inform consent* peneliti kemudian melakukan pengambilan data kepada responden.

2. Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan satu langkah yang penting, hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih mentah, belum memberikan informasi apa-apa dan belum siap untuk disajikan (Notoatmojo, 2018).

a. *Editing*

Editing merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner tersebut. Hasil wawancara atau angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui kuesioner perlu di sunting (edit) terlebih dahulu. Kemudian jika data dan informasi tidak lengkap, maka tidak mungkin dilakukan wawancara ulang, maka kuesioner dikeluarkan (*droup out*) (Notoatmojo, 2018).

b. *Coding*

Coding merupakan pemberian skor atau nilai di setiap item atau jawaban yang sudah ditentukan. Data yang berkumpul dapat berupa angka, kata atau kalimat (Notoatmojo, 2018).

1) Umur

Umur ≤ 40 tahun	= 1
Umur 41-50 tahun	= 2
Umur 51-60 tahun	= 3
Umur 61-70 tahun	= 4
Umur ≥ 71 tahun	= 5

2) Jenis kelamin

Laki-laki	= 1
Perempuan	= 2

3) Tingkat Pendidikan

Tidak Sekolah	= 1
SD	= 2
SMP	= 3
SMA	= 4
Perguruan tinggi	= 5

4) Pekerjaan

Tidak bekerja	= 1
Swasta	= 2
Wiraswasta	= 3
PNS	= 4

5) *Psychological wellbeing*

Sangat tinggi	= 1
Tinggi	= 2
Rendah	= 3
Sangat rendah	= 4

6) Kualitas hidup

Baik	= 1
Buruk	= 2

c. *Scoring*

Memberikan nilai untuk setiap pertanyaan dan menentukan nilai rendah dan tertinggi, tahapan ini dilakukan setelah peneliti menentukan kode jawaban atau hasil observasi setiap jawaban responden dapat diberikan skor (Arikunto, 2019).

1) Skor pengukuran variabel *psychological wellbeing*

- a) Sangat setuju: 4
- b) Setuju: 3
- c) Tidak setuju: 2
- d) Sangat tidak setuju: 1

2) Skor kriteria hasil *psychological wellbeing*

Hasil skor responden tersebut kemudian dihitung persentasenya menggunakan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{f}{N} \times 100 \%$$

Keterangan:

P : Nilai yang didapat

f : Jumlah skor jawaban yang didapat

N : Jumlah skor maksimal

Diberikan pada setiap item lembar kuesioner dimana jika jawaban benar perlu diberi skor (Arikunto, 2010). Selanjutnya persentase jawaban diinterpretasikan dalam kalimat kualitatif dengan acuan sebagai berikut: Pengukuran *psychological wellbeing* dapat dikategorikan menjadi 4 yaitu:

- a) Sangat tinggi: 76-100%
- b) Tinggi: 51-75%
- c) Rendah: 26-50%
- d) Sangat rendah: $\leq 25\%$

3) Skor pengukuran variabel kualitas hidup

a) Pernyataan Positif :

Sangat buruk: 1

Buruk: 2

Biasa saja: 3

Baik: 4

Sangat baik: 5

Sangat tidak puas: 1

Tidak puas: 2

Puas: 4

sangat puas: 5

Tidak sama sekali: 1
 Sedikit: 2
 Dalam jumlah sedang: 3
 Sangat sering: 4
 Dalam jumlah sangat banyak: 5
 Sedang: 3
 Sering kali: 4
 Sepenuhnya dialami: 5
 Tidak pernah: 5
 Jarang: 4
 Cukup sering: 3
 Sangat sering: 2
 Selalu: 1

b) Pernyataan negatif:

Tidak sama sekali: 5
 Sedikit: 4
 Dalam jumlah sedang: 3
 Sangat sering: 2
 Dalam jumlah sangat banyak: 1
 Tidak pernah: 5
 Jarang: 4
 Cukup sering: 3
 Sangat sering: 2
 Selalu: 1

4) Skor kriteria hasil kualitas hidup

- a) Baik : >200 (201-400)
- b) Buruk: ≤ 200 (0-200)

d. *Tabulating*

Membuat tabel data sesuai dengan tujuan penelitian atau sesuai dengan keinginan peneliti. Tabel yang dibuat merupakan tabel data yang sesuai dengan kebutuhan analisis (Notoatmojo, 2018).

I. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Menurut Notoatmojo, (2018) analisis univariat merupakan menganalisis terhadap tiap variabel dari hasil penelitian untuk menghasilkan distribusi frekuensi dan presentasi dari hasil variabel. Karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan variabel bebas *psychological wellbeing* serta variabel terikat kualitas hidup.

2. Analisis Bivariat

Menurut Notoatmojo, (2018) analisis bivariat digunakan untuk membandingkan persamaan atau perbedaan antara dua variabel. Variabel yang akan dilihat yaitu variabel bebas dan variabel terikat yakni hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup. Salah satu analisis *Nonparametric* yang dapat digunakan yaitu uji *spearman rank*. Jenis data untuk korelasi *spearman rank* adalah data ordinal, berasal dari sumber yang tidak sama, serta data dari kedua variabel tidak harus membentuk distribusi normal (Sugiyono, 2019).

Analisis bivariat menggunakan komputer dengan bantuan SPSS 26 *for windows* di peroleh nilai *p value* kemudian dibandingkan dengan derajat *error*, jika nilai $p < \alpha$, dimana $\alpha = 0,05$ maka H_0 ditolak H_1 diterima artinya ada hubungan antara *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Jika nilai $p > \alpha$ maka H_0 diterima dan H_1 ditolak artinya tidak ada hubungan antara antara *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

J. Etika Penelitian

Menurut Nursalam, (2017) secara prinsip dalam etika penelitian yang telah dilakukan dalam penelitian, yaitu :

1. *Informend Consent* (Lembar Persetujuan)

Informend Consent merupakan bentuk lembar persetujuan antara peneliti dengan responden dan diberikan sebelum penelitian dilakukan. Tujuan peneliti memberikan *informend consent* agar subyek mengerti maksud dan

tujuan penelitian, dan dampak penelitian yang dilakukan. Jika subyek bersedia, maka mereka harus bersedia menandatangani lembar persetujuan, jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghargai hak responden.

2. *Anonymity* (Tanpa nama)

Anonymity menjelaskan bentuk penelitian pada lembar alat ukur dengan tidak memberikan atau mencantumkan nama responden tetapi hanya menuliskan inisial, pekerjaan dan pendidikan pada lembar pengumpulan data. Responden memiliki hak untuk tidak diketahui identitasnya dan dijamin data yang sudah didapatkan dari responden dari data rekam medis harus dirahasiakan.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Confidentiality menjelaskan bahwa peneliti akan menjamin kerahasiaan peneliti baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, maka hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan oleh hasil penelitian.

K. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan pada proses pengumpulan data. Peneliti melakukan pengambilan sampel saat responden menunggu antrian masuk ke dalam ruangan Poli Neurologi sehingga responden kurang berkonsentrasi dalam menjawab kuesioner yang diberikan. Peneliti meminimalisir keterbatasan dengan pengambilan sampel yang di mulai sesuai nomor antrian responden.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sultan Imanuddin merupakan salah satu rumah sakit yang ada di daerah Pangkalan Bun yang berada di Jalan Sultan Syahrir, Kotawaringin Barat. Rumah Sakit Sultan Imanuddin didirikan pada tahun 1979 dan telah diresmikan pada 18 Maret 1992. RSUD Sultan Imanuddin telah terakreditasi paripurna pada tahun 2017 dan ditetapkan sebagai rumah sakit tipe B tahun 2018. RSUD Sultan Imanuddin memiliki 3 ruang perawatan Rawat Jalan yaitu, IGD, Hemodialisis dan Poliklinik serta memiliki 10 Ruang Rawat Inap yaitu terdiri dari Ruang Sindur khusus perawatan penyakit dalam pria, Ruang Lanan perawatan anak, Ruang Meranti perawatan bedah, Ruang Isolasi, Ruang Akasia perawatan penyakit dalam wanita, Ruang Bangkirai kebidanan, Ruang Perinatologi, Ruang ICU, Ruang Bedah Sental dan Ruang VIP.



Sumber data: Primer, 2022

Gambar 5.1 Lokasi Penelitian Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas Hidup Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

B. Hasil Penelitian

Pada penelitian ini disajikan hasil penelitian berupa data umum yang meliputi karakteristik responden yaitu umur, jenis kelamin, Pendidikan dan pekerjaan. Kemudian pada data khusus disajikan berupa hasil tabulasi *psychological wellbeing* dan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

1. Data Umum

a. Karakteristik responden berdasarkan umur

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Usia	F	%
≤40 Tahun	1	3.3
41-50 Tahun	14	46.7
51-60 Tahun	10	33.3
61-70 Tahun	3	10.0
≥71 Tahun	2	6.7
S Total	30	100.0

u

mber: Data Primer, 2022

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 30 responden didapatkan jumlah terbanyak berusia 41-50 tahun 14 orang (46,7%).

b. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Jenis kelamin	F	%
Laki-Laki	12	40.0
Perempuan	18	60.0
Total	30	100.0

Sumber : Data Primer , 2022

Berdasarkan tabel 5.2 diatas, karakteristik jenis kelamin responden yang paling banyak adalah perempuan sejumlah 18 responden (60%).

c. Karakteristik responden berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Pendidikan	F	%
Tidak Sekolah	0	0
SD	9	30.0
SMP	3	10.0
SMA	14	46.7
Perguruan Tinggi	4	13.3
Total	30	100.0

Sumber : Data Primer, 2022

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukan bahwa dari 30 responden tingkat pendidikan terbanyak adalah pendidikan SMA sebanyak 14 responden (46,7%).

d. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Pekerjaan	F	%
Tidak Bekerja	11	36.7
swasta	9	30.0
Wiraswasta	6	20.0
PNS	4	13.3
Total	30	100.0

Sumber : Data Primer, 2022

Berdasarkan tabel 5.4 responden berdasarkan karakteristik pekerjaan dari 30 responden jumlah terbanyak adalah tidak bekerja 11 (36,7%).

2. Data Khusus

Data khusus akan menyajikan hasil tabulasi hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

a. Identifikasi *psychological wellbeing* pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Tabel 5.5 Identifikasi *Psychological Wellbeing* Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

<i>Psychological wellbeing</i>	F	%
Sangat tinggi	0	0
Tinggi	20	66.7
Rendah	10	33.3
Sangat rendah	0	0
Total	30	100.0

Sumber : Data Primer, 2022

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki *psychological wellbeing* yang tinggi yaitu 20 responden (66,7%).

b. Identifikasi kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Tabel 5.6 Identifikasi Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Kualitas hidup	F	%
Baik	19	63.3
Buruk	11	36.7
Total	30	100.0

Sumber : Data Primer, 2022

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan sebagian besar responden memiliki kualitas hidup baik dengan 19 responden (63,3%).

c. Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas Hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Tabel 5.7 Analisis Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

PWBS	Kualitas Hidup				Total	%	<i>p</i> value	Correlation Coefficient
	Baik	%	Buruk	%				
Tinggi	19	95.0	1	5.0%	20	100.0	0.000	0.737
Rendah	0	0.0	10	100.0	10	100.0		
Total	19	63.3	11	36.7	30	100.		

Sumber : Data Primer, 2022

Berdasarkan tabel 5.7 hasil analisis uji *Spearman Rank* hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun menunjukkan bahwa nilai *p value* = 0,000 dimana $p < \alpha$, $\alpha = 0,05$ maka H_1 diterima dan H_0 ditolak yang artinya ada hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Nilai *correlation coefficient* sebesar 0.737 yang menunjukkan adanya hubungan yang kuat antara *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup penderita stroke.

C. Pembahasan

1. *Psychological wellbeing* pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Hasil identifikasi *psychological wellbeing* pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun menunjukkan bahwa dari 30 responden, didapatkan bahwa 20 penderita stroke (66,7%) memiliki *psychological wellbeing* dalam kategori tinggi dan 10 penderita stroke (33,3%) memiliki *psychological wellbeing* dalam kategori rendah.

Psychological wellbeing merupakan keadaan dimana individu mampu menerima dirinya apa adanya, mampu membentuk hubungan yang hangat dengan orang lain, memiliki kemandirian terhadap tekanan sosial,

mampu mengontrol lingkungan eksternal, memiliki arti hidup, serta mampu mengembangkan potensi dirinya (Eva, 2018). *Psychological wellbeing* memiliki enam dimensi diantaranya penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, otonomi, tujuan hidup, pertumbuhan pribadi, dan kemampuan mengontrol lingkungan (Ryff dalam Jayafa, 2018).

Berdasarkan hasil identifikasi kuesioner *psychological wellbeing* nilai rata-rata yang paling tinggi didapatkan pada dimensi hubungan positif dengan orang lain dan pada dimensi pertumbuhan pribadi. Pada dimensi hubungan positif dengan orang lain nilai rata-rata yang didapatkan adalah 2,5. Menurut Keyes dalam Astutik (2019) individu yang memiliki hubungan yang positif dengan orang lain merupakan individu yang memiliki hubungan yang hangat, memuaskan dan saling percaya, mampu memperhatikan kesejahteraan orang lain di lingkungannya, mampu berempati dan mengasihi serta terlibat dalam hubungan timbal balik, mampu menjalin relasi yang positif dengan orang lain dan juga menyatakan adanya kepuasan terhadap kontak sosial. Pada dimensi pertumbuhan pribadi nilai rata-rata yang didapatkan adalah 2,5. Menurut Sumardin (2021) pertumbuhan pribadi merupakan suatu kondisi dimana individu merasakan pertumbuhan yang berkelanjutan. Individu juga melihat dirinya tumbuh dan berkembang. Individu mau menerima pengalaman baru dan mampu mewujudkan potensinya. Individu juga dapat melihat perkembangan perilakunya dari waktu ke waktu dan berkembang menjadi individu yang dapat mewujudkan pengetahuan diri serta memiliki kemampuan efektif dengan lebih baik. Individu dengan skor tinggi dalam pertumbuhan pribadi ditandai dengan pertumbuhan diri yang berkelanjutan, kemauan untuk menerima pengalaman baru, kemampuan untuk merealisasikan potensinya, merasakan perkembangan diri dan perilakunya. Sebaliknya, orang dengan skor rendah dalam pertumbuhan pribadi akan jatuh ke dalam keadaan stagnasi, menjadi bosan dan kehilangan minat dalam hidup, dan tidak akan mampu mengembangkan sikap dan perilaku ke arah yang lebih baik.

Adapun faktor yang diperoleh oleh peneliti bahwa *psychological wellbeing* yang tinggi dipengaruhi faktor demografis, dukungan sosial, kesehatan fisik, pemberian arti terhadap hidup dan religiusitas. Faktor demografis berdasarkan karakteristik usia pada penelitian ini didapatkan jumlah terbanyak pada kelompok usia 41-50 tahun sebanyak 46,7% usia pada tahap ini telah mencapai masa kematangan psikologis, yang mana individu cenderung lebih menerima diri dengan apa adanya baik itu kelebihan maupun juga penyakit yang dideritanya, sehingga seseorang berusaha mencari jalan keluar apabila mengalami masalah (Pongantung, dkk., 2020). Faktor demografis berdasarkan karakteristik jenis kelamin responden yang sebagian besar adalah perempuan sebanyak 60%. Perempuan cenderung lebih memiliki kesejahteraan psikologis yang tinggi dibandingkan laki-laki. Hal ini dikaitkan dengan pola pikir dan aktifitas sosial yang dilakukan, dimana perempuan lebih mampu mengekspresikan emosinya kepada orang lain dan perempuan juga lebih senang menjalin relasi sosial dibandingkan dengan laki-laki (Ryff dalam Jayafa, 2018).

Faktor demografis berdasarkan karakteristik status sosial ekonomi, status sosial ekonomi berkaitan dengan dimensi tujuan hidup, penguasaan lingkungan, penerimaan diri, dan pertumbuhan pribadi, orang dengan status ekonomi tinggi akan memiliki kesehatan mental yang lebih tinggi dan kesehatan mental yang baik. Orang dengan status ekonomi rendah rentan terhadap stres dan mempengaruhi kesehatan mental seseorang (Sumardin, H., 2021). Dalam penelitian ini semua responden penderita stroke pernah menempuh pendidikan dengan pendidikan terakhir paling banyak SMA sebanyak 46,7% dan dengan Pendidikan perguruan tinggi sebanyak 13,3%. Tingkat pendidikan pasien sangat penting dalam menyelesaikan permasalahan, karena akan mempengaruhi perilaku khususnya pengetahuan dibidang kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Latifah dalam Pongantung, dkk (2020) yang mengemukakan bahwa jenjang pendidikan seseorang dapat berpengaruh

terhadap kemampuan menganalisis informasi yang diperoleh, sehingga individu menyakini keputusan yang dipilih dalam bertindak.

Faktor dukungan sosial berkaitan dengan rasa nyaman, perhatian, penghargaan atau pertolongan yang dipersepsikan, diterima individu dan berasal dari banyak sumber, seperti dari pasangan hidup, teman, rekan kerja, dokter atau organisasi masyarakat (Sarafino dan Lakoy dalam Kresna, 2020). Tujuannya adalah memberi dukungan untuk mencapai tujuan dan kesejahteraan hidup, dapat membantu perkembangan pribadi yang lebih positif memberikan dukungan pada individu dalam menghadapi masalah kehidupan sehari-hari. Menurut Davis dan Kartikasari (dalam Kresna, 2020) individu yang mendapatkan dukungan sosial memiliki tingkat *psychological well-being* yang tinggi.

Faktor kesejahteraan psikologis menurut Ryff dalam Jayafa (2018) tidak hanya terpaku pada kondisi psikis individu tetapi juga berkaitan dengan gejala fisik yang dialami oleh individu tersebut. Faktor Pemberian arti terhadap hidup merupakan pemaknaan terhadap pengalaman hidup individu memberikan kontribusi yang besar terhadap pencapaian kesejahteraan psikologis. Pemaknaannya dapat berupa positif, negatif, atau netral. Jika individu memaknai setiap peristiwa yang dialaminya sebagai sesuatu yang positif, maka individu akan memandang pengalaman hidupnya sebagai pengalaman yang positif sehingga kesejahteraan psikologisnya baik.

Pada faktor religiusitas hasil penelitian yang diperoleh dari jawaban responden pada kuesioner yang telah diberikan kepada responden pasien menyatakan pasien selalu berdoa untuk kesembuhannya dan tidak meninggalkan kewajibannya dalam beribadah. menurut Sumardin (2021) terkait dengan transendensi dari semua masalah kehidupan kepada Tuhan. Individu dengan keyakinan agama yang lebih tinggi dapat lebih baik menafsirkan peristiwa kehidupan mereka dengan cara yang positif, sehingga membuat hidup mereka lebih bermakna. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Maulina dalam Sumardin 2021) yang menunjukkan

bahwa terdapat hubungan positif yang signifikan antara keyakinan beragama dengan kesehatan mental, artinya semakin tinggi keyakinan beragama maka semakin tinggi pula kesehatan mentalnya.

Menurut peneliti *psychological wellbeing* yang dialami oleh pasien penderita stroke yang menjalani rawat jalan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun mendapatkan hasil kategori tinggi karena sebagian besar pasien mampu menjalin hubungan positif dengan orang lain, mampu mengembangkan potensi dirinya, mampu menguasai lingkungannya, mampu mengetahui tujuan hidup yang di jalannya dan mengetahui tujuan hidupnya, faktor-faktor inilah yang dapat mempengaruhi tinggi rendahnya *psychological wellbeing* seseorang.

2. Kualitas hidup pada penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Hasil identifikasi kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun menunjukkan bahwa dari 30 responden didapatkan bahwa 19 penderita stroke (63,3%) memiliki kualitas hidup baik, dan 11 penderita stroke (36,7%) memiliki kualitas hidup buruk. *World Health Organization Quality Of Life-BREF* (dalam lombu, 2015) membagi kualitas hidup dalam empat domain yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Berdasarkan hasil identifikasi kuesioner kualitas hidup nilai yang paling tinggi didapatkan pada domain lingkungan dan hubungan sosial.

Pada domain lingkungan nilai rata-rata yang didapatkan adalah 3,3 menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Bu'ulolo (2019) lingkungan yang meliputi dukungan finansial yang akan memenuhi kebutuhan sehari-hari, kebebasan dan keamanan, akses menuju dan kualitas perawatan kesehatan dan sosial, lingkungan rumah, akses menuju informasi, kesempatan rekreasi/bersantai, lingkungan fisik (polusi, bising, lalu lintas, dan cuaca), serta transportasi. Kualitas hidup dengan kategori rendah dapat ditandai dengan memiliki lingkungan dan tempat tinggal yang tidak sehat juga dapat menjadi penghambat dalam kesehatan maupun

beraktivitas. Individu dengan kualitas hidup rendah juga dapat diperoleh dari kurangnya dana untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari hingga tidak adanya waktu untuk rekreasi dan kualitas hidup dengan kategori baik terlihat dari lingkungan mendukung dan memberi rasa aman kepada subjek, mudahnya akses menuju perawatan kesehatan dan sosial, serta memiliki kesempatan untuk bersantai/berekreasi. Pada domain hubungan sosial nilai rata-rata yang didapatkan adalah 3,2. Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Bu'ulolo (2019) hubungan sosial yang meliputi hubungan personal, dukungan sosial, dan hubungan seksual. Kualitas hidup rendah dapat ditandai dengan ketidakpuasan dalam bergaul dan bersosialisasi dengan teman-teman atau tetangga sehingga tercipta perasaan-perasaan negatif seperti sering kesepian, tidak diperolehnya dukungan sosial, sedangkan kualitas hidup yang baik terlihat dari subjek dapat mengenali diri sendiri, subjek mampu beradaptasi dengan kondisi yang dialaminya saat ini, subjek mempunyai perasaan kasih kepada orang lain dan mampu mengembangkan sikap empati dan merasakan penderitaan orang lain.

Adapun faktor yang diperoleh oleh peneliti bahwa kualitas hidup yang baik dipengaruhi faktor usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi dan agama/spiritual. Faktor usia pada penelitian ini didapatkan jumlah terbanyak pada kelompok usia 41-50 tahun sebanyak 46,7% semakin bertambahnya usia maka semakin meningkatnya kualitas hidup seseorang. Hal ini dikarenakan semakin bertambahnya usia seseorang akan lebih matang terutama dari segi psikologi, termasuk kesiapan ketika menghadapi sakit (Priliana, 2018). Pada faktor karakteristik jenis kelamin responden yang paling banyak adalah perempuan sebanyak 60%. Jenis kelamin laki-laki lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang rendah jika dibandingkan dengan perempuan. Hal ini dikarenakan perempuan lebih matang secara emosi dan lebih tahan ketika menghadapi tekanan/permasalahan (Priliana, 2018).

Pada faktor tingkat pendidikan responden paling banyak menempuh pendidikan SMA sebanyak 46,7% dan responden yang menempuh pendidikan perguruan tinggi sebanyak 13,3%. Menurut Indotang dalam Harefa (2019) seseorang yang memiliki pendidikan yang tinggi memiliki pola pikir yang berani dalam mengambil sikap untuk mengatasi masalah. Hal ini akan membentuk cara berpikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya. Pada faktor status ekonomi peneliti mengamati hampir seluruh pasien menggunakan kartu BPJS untuk membantu atau memudahkan pasien dalam berobat. Menurut Indotang dalam harefa (2019) semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Seseorang akan segera mencari pertolongan pertama ketika ada gangguan pada kesehatannya.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Kwok, dkk (Lombu, 2015) yang menyatakan bahwa domain fisik adalah domain yang paling terganggu pada penderita stroke. Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Lombu (2015) menunjukkan bahwa dari 70 responden penderita stroke berdasarkan *mean score* (45,27) dimensi fisik merupakan domain dengan nilai yang paling rendah dari domain kualitas hidup pasien paska stroke dan paling tinggi pada domain lingkungan (50,1). Domain lingkungan merupakan domain dengan nilai yang tertinggi dari ketiga domain yang lain. Lima, dkk dalam Lombu (2015) menyatakan bahwa domain lingkungan berhubungan dengan kebebasan, keamanan fisik, akses ke lingkungan sosial, akses layanan kesehatan dan transportasi. Domain lingkungan akan rendah nilainya jika penderita stroke tidak memiliki orang lain yang dapat memberikan perawatan kepada dirinya. Hal ini terkait dengan masalah keamanan lingkungan yang akan berdampak pada semua orang.

Hal ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Juniastira (2018) penelitian ini dilakukan kepada 46 pasien stroke

didapatkan hasil frekuensi responden terbanyak berada pada kategori sedang yang berisi 31 responden (67.39%), kemudian pada kategori tinggi ada 10 responden (21.74%), diikuti pada kategori rendah ada 3 responden (6.52%), dan yang terakhir pada kategori sangat tinggi ada 2 responden (4.35%). Tidak ada responden yang memiliki kualitas hidup dalam kategori sangat rendah. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas hidup yang dimiliki oleh pasien stroke cenderung berada pada kategori sedang dan ditemukan koefisien korelasi paling besar pada dimensi psikologis ($r=0.918$), sedangkan yang terendah adalah dimensi kesehatan fisik ($r=0.829$).

Menurut peneliti *psychological wellbeing* yang dialami oleh pasien penderita stroke yang menjalani rawat jalan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun menunjukkan bahwa kualitas hidup yang dimiliki oleh pasien stroke dalam kategori baik dan ditemukan dimensi paling tinggi pada dimensi lingkungan, hubungan sosial, psikologis dan dimensi dengan nilai terendah yaitu kesehatan fisik.

3. Hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup penderita stroke

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa ada hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke dengan uji statistik *Sperman Rank*. Hal ini ditunjukkan dengan hasil analisis data di peroleh *p value* 0,000 dimana *p value* < 0,05 yang artinya H_1 diterima ada hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Nilai *correlation coefficient* sebesar 0.737 yang menunjukkan adanya hubungan yang kuat antara *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup penderita stroke.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sasmiyanto (2019) yang menunjukkan bahwa bahwa ada hubungan signifikan antara kesejahteraan psikologis dan kualitas hidup penderita diabetes mellitus. Penelitian pendukung lainnya dilakukan oleh Lestari & Nurhayati (2020) yang menunjukkan bahwa kualitas hidup dan *psychological wellbeing*

memiliki hubungan yang positif. Hal ini berarti semakin tinggi tingkat kualitas hidup *caregiver* maka tingkat *psycholoycal wellbeing* akan semakin tinggi. Secara keseluruhan responden dikatakan cukup mampu mengambil keputusan secara mandiri maupun mengevaluasi diri dengan standar pribadi, cukup mampu mengelola dan mengatur kondisi lingkungan yang sesuai kebutuhan dirinya, cukup mampu mengembangkan potensi yang ada dalam dirinya secara berkelanjutan, cukup memiliki perasaan yang hangat dan saling percaya dengan orang lain, cukup memiliki keyakinan untuk mencapai tujuan hidupnya, dan cukup mampu menerima keadaan dirinya dari segala aspek termasuk yang baik dan buruk dalam dirinya serta mampu menerima keadaan dirinya dimasa lalu. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak selamanya anggota keluarga yang menjadi *caregiver* memiliki tingkat *psychological well-being* yang rendah dikarenakan stress dan beban emosional yang didapat selama masa perawatan.

Stroke dapat mempengaruhi kehidupan penderita dalam berbagai aspek antara lain fisik, emosional, psikologis, kognitif, dan sosial (Fitriani & Mulyono, 2022). Aspek psikologis merupakan gangguan psikologis yang terjadi karena adanya gangguan emosi, nyeri, gangguan tidur, depresi, *disfagia* dan bisa mengakibatkan kematian pada penderitanya, hal ini akan mempengaruhi kesejahteraan psikologi seseorang (Dasniati, 2021).

Kesejahteraan psikologis berdampak langsung pada kesehatan mental dan berdampak tidak langsung pada kesehatan fisik, efek bila seseorang tidak memiliki kesejahteraan psikologis akan merasa rendah diri, berpikiran negatif, berperilaku negatif, dan depresi (Ryff dalam Mohjahed, dkk (2019). Menurut Novita (2016) gangguan dan perubahan yang terjadi secara mendadak akibat serangan stroke mengakibatkan penderitanya sulit beradaptasi sehingga cenderung mengalami depresi yang pada akhirnya semakin memperburuk kualitas hidup. Menurut Gorji, dkk (2013) dampak psikologis diantaranya banyak yang mengeluh adanya

kelemahan otot, kekurangan energi dan merasa letih. Pasien stroke mengalami ketidakstabilan emosi juga tekanan psikologis (depresi) spiritual, beban keuangan, pengetahuan penyakit kurang memadai, kurangnya dukungan sosial yang mempengaruhi kualitas hidup.

Ketidaksejahteraan psikologis pada penderita stroke disebabkan oleh ketergantungan diri terhadap orang lain, orang terdekat termasuk keluarga atau hubungan dengan lingkungan sosial lainnya. Kondisi tersebut yang dapat menyebabkan pasien mengalami kurang percaya diri atau rendah diri, sehingga dirinya merasa tidak berguna karena keterbatasan fisik yang sedang dialami serta berdampak pada persepsi bahwa penyakitnya tidak bisa sembuh atau memiliki kualitas hidup yang buruk (Wati & Yanti, 2018).

Pasien pasca stroke mengalami gangguan fisik yang bervariasi, tergantung bagian otak yang terkena. Pasien stroke kemungkinan akan mengalami kelumpuhan setengah badan, sulit untuk berbicara dengan orang lain (*aphasia*), mulut mencong (*facial drop*), lengan dan kaki yang lemah, gangguan koordinasi tubuh, perubahan mental, gangguan emosional, gangguan komunikasi, serta kehilangan indra perasa (Junaidi, 2014). Kecacatan fisik yang diakibatkan oleh stroke akan mempengaruhi kondisi emosional pasien. Pasien seringkali merasa tidak percaya diri, tidak berguna, tidak dapat menerima kenyataan, mudah tersinggung, mudah bersedih, dan cepat marah. Dengan demikian hal ini akan berdampak pada kesehatan mental pasien yang dapat memicu timbulnya penyakit dan gangguan mental serta berpengaruh terhadap buruknya kualitas hidup pasien pasca stroke (Wisma, 2020).

Menurut peneliti responden yang memiliki *psychological wellbeing* dengan kategori tinggi dan kualitas hidup dengan kategori baik disebabkan oleh faktor-faktor yang mendukung seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, budaya, dukungan sosial, kesehatan fisik, pemberian arti terhadap hidup, religiusitas/agama. Pasien penderita stroke memiliki usia yang matang atau dewasa, memiliki

pandangan bahwa penyakit dapat terjadi pada setiap orang terutama pada usia tua dan lebih menerima kondisi penyakit yang di derita. Tingkat pendidikan pasien sangat penting dalam menyelesaikan permasalahan dimana latar belakang pendidikan yang memadai akan lebih cepat menganalisis informasi yang diperoleh berdasarkan fakta dan pasien yang mampu mengelola stres dengan baik akan dapat mengatasi masalah dan lebih yakin bahwa dirinya akan berhasil dan mampu untuk menyelesaikan suatu masalah. Pasien yang memiliki motivasi yang kuat untuk sembuh dapat dilihat dari sikap dan juga usaha pasien yang terus menjalani terapi secara rutin serta pengobatan untuk kesembuhannya.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. *Psychological wellbeing* pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun sebagian besar dari responden berada pada kategori tinggi.
2. Kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun sebagian besar dari responden berada pada kategori baik.
3. Ada hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

B. Saran

1. Bagi Institusi
Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi mahasiswa keperawatan tentang hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup pada penderita stroke.
2. Bagi RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi tenaga kesehatan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dalam memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh khususnya pada penerimaan diri dan kemandirian *psychological wellbeing* penderita stroke.
3. Bagi peneliti selanjutnya
Penelitian ini diharapkan dapat dikembangkan lagi dengan menggunakan metode penelitian kualitatif untuk mendalami indikator kesehatan fisik dan psikologis pada kualitas hidup penderita stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2019). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Astutik, D. (2019). *Hubungan kesepian dengan psychological well-being pada lansia di Kelurahan Sananwetan Kota Blitar* (Doctoral dissertation, Universitas Airlangga).
- Athiutama., & Trulianty. (2021). *Karakteristik dan Hubungannya dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa, 3(1), 13-20.
- Azizah. L. (2018). *Hubungan Kebiasaan Bermain Game Online dengan Kualitas Tidur Remaja di SMK Dwija Bhakti 2 Jombang*.
- Bahri, S. (2018). *Metodologi Penelitian Bisnis*. Yogyakarta: ANDI (Anggota IKAPI).
- Barutcu, C., & Mertz, H. (2013). *The relationship between social support and quality of life in patients with heart failure*. Journal Pack Med Assoc, 63, (4).
- Basit., & Rahmayani. (2017). *The Quality of Life of Post-Stroke Patients at The Nerve Clinic of Ulin General Hospital in Banjarmasin*. Adv. Heal. Sci. Res, 6, 667-674.
- Bu'ulolo, I. (2019). *Gambaran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di UPTD Puskesmas Onohazumba Kecamatan Onohazumba*.
- Dasniati. (2021). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spritualpada Pasien Dengan Penyakit Stroke Di Rumah Sakit Umum Daerah Lamaddukelleng Kabupaten Wajo*.
- Dharma, K. (2018). *Pemberdayaan Keluarga Untuk Mengoptimalkan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke*. Yogyakarta: Deepublish
- Ekamulya, R. (2018). *Gambaran Psychological Wellbeing Pada Pasien Stroke di RSUD Kota Surakarta*
- Esti, A., & Johan, R. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Askep Stroke*. Padang: Pustaka Galeri Mandiri.
- Fitriani, E., & Mulyono, S. (2022). *Pengaruh telenursing pada peningkatan kualitas hidup pasien stroke*. Journal of Innovation Research and Knowledge, 1(10), 1165-1170.

- Gorji, M. (2013). *Physiological & Psychosocial Stressors Among Hemodialysis Patients in Education al Hospital of Northern Iran. Indian Journal Of Palliative* , 19 (3).
- Harefa, S. (2019). *Gambaran kualitas hidup pasien kemoterapi di rumah sakit santa elisabeth medan tahun 2019*.
- Hariyanti., dkk. (2020). *Mengenal Stroke Dengan Cepat*. Deepublish.: Yogyakarta
- Hidayat, K. (2018). *Hubungan Pemenuhan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari (Aks) Dengan Kualitas Hidup Klien Pasca Stroke Di Poli Saraf Rsd Dr. Soebandi Jember*.
- Hoch, S., dkk. (2018). *pengalaman keluarga merawat lansia pasca stroke. Journal of Linguistics* (Vol. 3).
- Hutagalung, S. (2021). *Mengenal Stroke Serta Karakteristik Penderita Stroke Haemoragik Dan Non Haemoragik*. Nusamedia : Bandung
- Indotang, F. (2015). *Hubungan antara dukungan keluarga dengan mekanisme coping pasien pada pasien ca mammae. Jurnal Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surabaya*, 2(4), 55-61.
- Iriani & Ninawati. (2015). *Gambaran Kesejahteraan Psikologis pada Dewassa Muda Ditinjau dari pola Attachment. Jurnal Psikologi Universitas*.
- Jayafa, D. (2018). *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kesejahteraan Psikologis Pada Perawat (Doctoral dissertation, University of Muhammadiyah Malang)*.
- Juniastira, S. (2018). *Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Pasien Stroke*.
- Kemenkes RI (2019). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (kemkes.go.id)*.
- Kewa, G., dkk. (2022). *Activity of daily living pada pasien pasca stroke. Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat*, 8(2).
- Keyes, C.,L. (2005). *Gender and subjective well-being in the united states: from subjective well-being to complate mental healt*. 1-15. New York : Nova science publishers.
- Kresna. (2020). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Psychological Well-Being (Skripsi dan Tesis)*. <http://Konsultasiskripsi.com/2020/12/29/faktor-faktor-yang-mempengaruhi-psychological-well-being-skripsi-dan-tesis/>.Diakses papada 01 Agustus 2022

- Latifah, M. (2016). *Hubungan Self Efficacy dengan Perilaku Self Care Pasien Kanker Payudara di Rumah Sakit Onkologi Surabaya*.
- Lestari, A., & Nurhayati, S. (2020). *Hubungan kualitas hidup dan psychological well-being pada anggota keluarga yang menjadi caregiver pasien kanker di kota bandung*. *Acta Psychologia*, 2(1), 72-79.
- Lily, I., & Catur. (2016). *Care Your Self, Stroke*, Jakarta : Penebar Plus
- Lombu, K. (2015). *Gambaran Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli*
- Masniah, M. (2017). *Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke di RSUD Ulin Banjarmasin*.<https://ojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id/index.php/dksm/article/view/234/178> diakses pada tanggal 21 April 2022.
- Mojahed. (2019). *The Role of Social Support and Coping Strategies in Prediction of Psychological Well Being in Type 2 Diabetic Patients of Zahedan*. *Bali Medical Journal*, 8(1), 281 – 286.
- Nalendra, A., dkk. (2021). *Statistik Seri Dasar Dengan SPSS*. Penerbit: Media Sains Indonesia. Bandung.
- Ngatini, N., dkk. (2016). *Pengaruh Latihan Pasrah Diri dan Latihan Range of Motion Melalui Discharge Planning Terhadap Perubahan Activity Daily Living pada Pasien Stroke Iskemik*. *IJNP (Indonesian Journal of Nursing Practices)*, 1(1), 48-54.
- Notoatmodjo. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Novita, W. (2016). *Hubungan Sindroma Depresi dengan Kualitas Hidup pasien Stroke Iskemik di RSUP Haji Adam Malik Medan*.
- Nugroho., dkk. (2016). *Teori Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Pertamita, D., dkk. (2017). *Hubungan Efikasi Diri dengan Kemandirian Aktivitas Sehari-hari Pada Pasien Stroke di RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro*. Diakses pada tanggal 21 April 2022, dari <http://eprints.undip.ac.id/54649/pdf>.

- Pongantung, H., dkk. (2020). *Hubungan Self efficacy Dengan Quality of life Pada pasien Sesudah Stroke*. *Journal of Islamic Nursing*, 5(1), 21-31.
- Priliana, W. dkk. (2018). *Hubungan Usia, Jenis Kelamin dan Jenis Kanker Terhadap Kualitas Hidup Anak dengan Kanker*. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*, 6(1), 48-55
- Qudwatunnisa, F., dkk. (2018). *Gambaran kesejahteraan psikologis pada family caregiver orang dengan skizofrenia di instalasi rawat jalan Grha Atma Bandung*. *NurseLine J*, 3, 21-29.
- Rangel., dkk. (2013). *Quality of life of patients with stroke rehabilitation*, *Acta Paul Enferm*. 26(2) 205-212
- Riskesdas. (2018). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) | Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (kemkes.go.id)*. Diakses pada tanggal 21 April 2022.
- Ryff, C. (1989). *Happiness Is Everything, or is it? Explorations on The Meaning of Psychological Well-Being*. *Journal of Psychological Sains*, 57, 1069- 1081..
- Ryff, C. (1995). *Psychological Well-Being in Adult Life*. *Current Directionts in Psychological Science*, 57(6), 99-104
- Santoso, L. (2018). *Peningkatan Kekuatan Motorik Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Latihan Menggenggam Bola Karet (Studi di Ruang Flamboyan RSUD Jombang)* (Doctoral dissertation, STIKes Insan Cendekia Medika Jombang).
- Sasmiyanto, S. (2019). *Kesejahteraan Psikologis dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Type 2*. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 1(2), 256-265.
- Siregar., & Anggeria, E. (2019). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kemampuan Perawatan Diri (Self Care) Pada Pasien Pasca Stroke Di RSUD Pirngadi Kota Medan*. *Jurnal Keperawatan Priority*, 2(2), 70-79.
- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Penerbit: Alfabeta. Bandung.
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Penerbit: Alfabeta. Bandung.
- Sumardin, H. (2021). *Persepsi Lansia Tentang Psychological Well-Being Yang Menjalani Masa Pensiun Di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Makassar* (Doctoral dissertation, Universitas Hasanuddin).
- Wati, D., & Yanti, Y. (2018). *Gambaran Dukungan Keluarga terhadap Perubahan*

- Konsep Diri Pasien Pasca Stroke di Poli Neurologi Hanafiah Batusangkar. Real in Nursing Journal*, 1(1), 20-29.
- Wijaya., dkk. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. pertama. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wisma, J., dkk. (2020). *Studi Deskriptif Kualitas Hidup Penderita Pasca Stroke yang Sedang Melakukan Rawat Jalan di RSUD Ungaran (Doctoral dissertation, Universitas Ngudi Waluyo)*.
- World Health Organization. (2018). *Stroke, Cerebrovascular Accident*. http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/. Diakses pada 21 April 2022.
- World Health Organization. (2020). *World Health Organization (WHO) Definition of Stroke - Public Health*. Di akses pada tanggal, 24 April 2022.



YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
STIKES BORNEO-CENDEKIA MEDIKA

Jl. Sutan Syahrir No. 11 Pangkalan Bun, Kotawaringin Barat, Kalimantan Tengah 74112

Tlp/Fax : (0532) 28200, 082296455551 E-mail: stikesbcm15@gmail.com Web: stikesbcm.ac.id

Nomor : 609/K1.2/STIKes-BCM/IV/2022
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin

Kepada Yth
Direktur RSUD Sultan Imanuddin
Di -
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyusunan proposal Skripsi mahasiswa/i program studi S1 Keperawatan STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun. Bersama ini kami mohon Bapak/Ibu berkenan memberikan izin untuk melakukan Studi Pendahuluan di wilayah/instansi yang Bapak/Ibu Pimpin kepada mahasiswa dibawah ini :

Nama : Neny Susanti
Nim : 181110010
Prodi : S1 Keperawatan
Judul : Hubungan Psychologycal Wellbeing Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke

Keperluan : Izin Studi Pendahuluan

Dosen Pembimbing : 1. Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep
2. Ade Sucipto, S.Kep.,M.Tr.Kep

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatian kerjasamanya yang baik kami sampaikan terima kasih.

Pangkalan Bun, 19 April 2022
Ketua,

Dr. Ir. Luluk Sulistiyono, M.Si
NIK. 01.04.024



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Akreditasi KARS Nomor: KARS-SERT/2892/XII/2021 Tanggal 20 Desember 2021
Jalan Sutan Syahrir No.17 Pangkalan Bun - Kalimantan Tengah
Telp. 0532 - 21404 Email: rsudpbun@gmail.com Website: rssi.kotawaringinbaratkab.go.id



Pangkalan Bun, 20 April 2022

Nomor : 885 /445/RSUD.PRC
Lamp. : -
Hal : Persetujuan Izin
Studi Pendahuluan

Kepada
Yth. Ketua STIKES Borneo
Cendikia Medika
di -
PANGKALAN BUN

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor: 609 / K1.2 / STIKes-BCM / IV / 2022 tentang permohonan izin studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun bagi mahasiswa STIKES Borneo Cendikia Medika dengan data mahasiswa sebagai berikut:

Nama : Neny Susanti,
NIM : 181110010,
Prodi : S1 Keperawatan,
Judul : Hubungan Psychologycal Wellbeing dengan Kualitas Hidup pada Penderita Stroke.

Pada dasarnya kami menyetujui untuk melakukan Studi Pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Membayar biaya kontribusi sebesar Rp.250.000,00 / Kegiatan Sesuai tarif Perbup Nomer 24 tahun 2019.
2. Menunjukkan Proposal dari Kampus.
3. Mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Demikian disampaikan untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

a.n Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
Wakil Direktur Umum dan Keuangan



HARDINO.S.Kep

Pembina

NIP. 197305201993031008



YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
STIKES BORNEO CENDEKIA MEDIKA

Jl. Sutan Syahrir No. 11 Pangkalan Bun, Kotawaringin Barat, Kalimantan Tengah 74112

Tlp/Fax : (0532) 28200, 082296455551 E-mail: stikesbcm15@gmail.com Web: stikesbcm.ac.id

Nomor : 640/K1.2/STIKes-BCM/VII/2022
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin

Kepada Yth
Direktur RSUD Sultan Imanuddin
Di –
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyusunan proposal Skripsi mahasiswa/i program studi S1 Keperawatan STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun. Bersama ini kami mohon Bapak/Ibu berkenan memberikan izin untuk melakukan Izin Penelitian di wilayah/instansi yang Bapak/Ibu Pimpin kepada mahasiswa dibawah ini :

Nama : Neny Susanti
Nim : 181110010
Prodi : S1 Keperawatan
Judul : Hubungan Psychologycal Wellbeing Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
Keperluan : Izin Penelitian
Dosen Pembimbing : 1. Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep
2. Ade Sucipto, S.Kep.,M.Tr.Kep

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatian kerjasamanya yang baik kami sampaikan terima kasih.

Pangkalan Bun, 12 Juli 2022

Ketua,



Dr. Ir. Luluk Sulistiyono, M.Si

NIK. 01.04.024



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir No. 17 Pangkalan Bun - Kalimantan Tengah
Telp. 0532 - 21404 Email: rsudpbun@gmail.com Website: rssi.kotawaringinberatkab.go.id



Pangkalan Bun, 14 Juli 2022

Nomor : 2816 / 445/RSUD.PRC
Lamp. : -
Hal : Persetujuan Izin
Penelitian

Kepada
Yth. Ketua STIKES Borneo
Cendikia Medika
di -

PANGKALAN BUN

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor: 640 / K1.2 / STIKes-BCM / VI / 2022 tentang permohonan izin Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun bagi mahasiswa STIKES Borneo Cendikia Medika dengan data mahasiswa sebagai berikut:

Nama : Neny Susanti,
NIM : 181110010,
Prodi : S1 Keperawatan,
Judul : Hubungan Psychological Wellbeing dengan Kualitas Hidup pada Penderita Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Pada dasarnya kami menyetujui untuk melakukan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Membayar biaya kontribusi sebesar Rp.250.000,00 / Kegiatan Sesuai tarif Perbup Nomer 24 tahun 2019.
2. Menunjukkan Proposal dari Kampus.
3. Mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Demikian disampaikan untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

a.n Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
Wakil Direktur Umum dan Keuangan



HARDINO, S. Kep
Pembina
NIP. 197303201993031008

Lampiran 5

LEMBAR PERMOHONAN

Kepada:

Yth Bapak/Ibu Responden

Di -

RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Assalamualaikum, wr,wb

Saya Mahasiswi STIKES Borneo Cendekia Medika Medika Pangkalan Bun
program studi Sarjana Keperawatan

Nama : Nenry Susanti

NIM : 181110010

Pada saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul "**Hubungan Psychological Wellbeing dengan Kualitas Hidup pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun**" studi kasus di Poli Neurologi RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Untuk keperluan tersebut dengan hormat saya mengharapkan kebersediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Jika bersedia dimohon untuk mengisi lembar persetujuan sebagai responden dan bersedia di observasi dan dilakukan wawancara.

Data yang akan saya dapat hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan akan dijamin kerahasiaannya serta tidak akan digunakan untuk maksud lain.

Wassalamu'alaikum wr.wb.

Pangkalan Bun, Agustus 2022

Peneliti



Nenry Susanti

Lampiran 6

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Judul : Hubungan *psychological wellbeing* dengan kualitas hidup
pada penderita stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan
Bun
Peneliti : Neny Susanti
NIM : 181110010

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya setuju untuk
berperan serta dalam Karya Tulis Ilmiah ini sebagai responden dengan mengisi angket
yang disediakan oleh peneliti

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan Karya Tulis Ilmiah ini
dan saya telah mengerti bahwa peneliti ini akan merahasiakan identitas, data maupun
informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan
ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak
mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur
pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan:

Bersedia

Menjadi responden dalam Karya Tulis Ilmiah

Pangkalan Bun,.....

Peneliti



Neny Susanti

Responden



**KUESIONER HUBUNGAN *PSYCHOLOGICAL WELLBEING*
DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PENDERITA STROKE DI RSUD
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

No. Responden :

Tanggal Wawancara :

Nama :

Alamat :

1) Karakteristik Responden

(1) Umur Responden :.....Tahun

(2) Jenis Kelamin :

☐ Laki-laki

☐ Perempuan

(3) Pendidikan Terakhir :

☐ Tidak Sekolah

☐ Tamat SD/ sederajat

☐ Tamat SMP/ sederajat

☐ Tamat SMA/ sederajat

☐ Tamat Perguruan Tinggi

(4) Pekerjaan Responden :

☐ Tidak bekerja

☐ Swasta

☐ Wiraswasta

☐ PNS

PETUNJUK PENGISIAN

Dibawah ini terdapat beberapa pertanyaan bapak/ibu diminta untuk mengisi sesuai dengan kondisi bapak/ibu.

- 1) Berilah tanda (√) pada salah satu pilihan jawaban yang sesuai dengan diri anda. Pada kolom yang telah disediakan, yang berisi 4 (empat) pilihan jawaban:

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

- 2) Semua pernyataan harus diselesaikan seluruhnya, jika telah selesai periksalah kembali jawabannya, jangan sampai ada yang terlewat.
- 3) Selamat mengerjakan dan terimakasih atas partisipasi bapak/ibu

Kuesioner Skala *Psychology WellBeing*

NO	PENYATAAN	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
PENERIMAAN DIRI					
1	Saya menerima kondisi kesehatan yang saya alami sekarang ini				
2	Sejauh ini saya merasa senang menjalani proses pengobatan stroke				
3	Sebagian penderita merasa kehidupan berakhir ketika mengalami stroke tetapi saya bukan bagian dari mereka				
4	Dalam banyak hal, saya puas dengan hasil pengobatan stroke yang saya jalani				

5	Setelah menderita penyakit stroke saya tetap percaya diri ketika harus bertemu dengan orang lain				
HUBUNGAN POSITIF DENGAN ORANG LAIN					
6	Saya merasa bersyukur memiliki teman dan keluarga yang selalu mendampingi atau mendukung saya selama pengobatan stroke				
7	Orang lain memandang saya sebagai orang yang pemurah dan bersedia berbagi informasi tentang stroke dan cara pengobatannya.				
8	Saya adalah orang yang penyayang dan penuh kasih sayang menurut kebanyakan orang				
9	Saya menikmati percakapan dengan anggota keluarga maupun teman				
10	Menderita stroke tidak membuat saya sulit untuk bergaul dengan orang lain				
KEMANDIRIAN					
11	Keputusan yang saya ambil biasanya tidak di pengaruhi orang lain				
12	Saya yakin dengan pendapat saya sendiri walaupun berbeda dengan pendapat orang-orang di lingkungan sekitar saya				
13	Saya tidak mengubah keputusan-keputusan saya bila teman-teman atau keluarga tidak setuju				
14	Bagi saya, merasa puas dengan diri sendiri lebih penting daripada memperoleh persetujuan orang lain tentang diri saya				
15	Walaupun setiap orang punya banyak kekurangan, tetapi saya merasa lebih beruntung				
PENGUASAAN LINGKUNGAN					

16	Saya sangat memperhatikan kondisi lingkungan disekitar saya (debu, cuaca, sampah dll)				
17	Saya merasa lingkungan tempat saya tinggal aman dan sehat (berkaitan dengan sarana dan prasarana)				
18	Saya telah mengatur suasana tempat tinggal dan kehidupan yang saya jalani saat ini sesuai dengan apa yang saya suka				
19	Saya merasa hidup saya berarti				
20	Saya merasa cocok dengan orang-orang disekitar saya.				
TUJUAN HIDUP					
21	Saya senantiasa berusaha menjalani pengobatan dengan sebaik mungkin untuk kesembuhan penyakit stroke				
22	Saya menjalani kehidupan di hari ini dan memikirkan masa depan saya				
23	Menderita stroke tidak membuat saya kehilangan arah dan tujuan hidup, saya tetap dapat berpikiran positif dan selalu berdoa untuk kesembuhan saya				
24	Meskipun saya menderita stroke, saya tetap dapat memahami dengan baik apa yang ingin dicapai dalam hidup dengan menjadi orang yang bermanfaat bagi orang lain dan tidak meninggalkan kewajiban dalam beribadah				
25	Saya senang membuat rencana untuk masa depan dan berusaha mewujudkannya saat saya sembuh dari sakit stroke				

PENGEMBANGAN PRIBADI					
26	Dengan menjalani pengobatan penyakit stroke, saya merasa banyak belajar dan mendapatkan pengalaman yang baru tentang kesehatan sehari-hari.				
27	Bagi saya, hidup adalah proses pembelajaran, perubahan, dan pertumbuhan yang berkelanjutan.				
28	Saya merasa telah melakukan hal yang bermanfaat baik bagi diri saya sendiri maupun orang lain dan lingkungan dimana saya tinggal				
29	Saya adalah orang yang sangat senang mencoba hal-hal baru				
30	Menurut saya, pengalaman baru penting dimiliki untuk merubah cara berpikir saya				



PETUNJUK PENGISIAN

Kuesioner ini menanyakan bagaimana perasaan anda tentang kualitas hidup, kesehatan dan masalah lain dalam kehidupan anda. Mohon dijawab semua pertanyaan. Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai. Mohon diingat tentang standar, harapan, kesenangan dan kekhawatiran anda. Kami menanyakan apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda pada empat minggu terakhir ini. Dibawah ini terdapat beberapa pertanyaan bapak/ibu diminta untuk mengisi sesuai dengan kondisi bapak/ibu.

1. Berilah tanda (√) pada salah satu pilihan jawaban yang sesuai dengan diri anda. Pada kolom yang telah disediakan, yang berisi 5 (lima) pilihan jawaban :
2. Semua pernyataan harus diselesaikan seluruhnya, jika telah selesai periksalah kembali jawabannya, jangan sampai ada yang terlewati.
3. Selamat mengerjakan dan terimakasih atas partisipasi bapak/ibu.

Kuesioner Kualitas Hidup WHOQOL-BREF

		Sangat buruk	Buruk	Biasa saja	Baik	Sangat baik
1	Bagaimanakah anda menilai kualitas hidup anda?					
		Sangat tidak puas	Tidak puas	Biasa saja	puas	Sangat puas
2	seberapa puaskah anda terhadap kesehatan anda?					

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

		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah sangat banyak
3	Seberapa jauh anda merasa bahwa rasa nyeri (secara fisik) menghambat anda dalam melakukan apa yang perlu anda lakukan?					
4	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?					
5	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?					
6	Sejauh manakah anda merasa kehidupan anda berarti?					
7	Seberapa baikkah anda berkonsentrasi					
8	Seberapa aman yang anda rasakan dalam kehidupan anda sehari-hari?					
9	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)					

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut ini dalam 4 minggu terakhir?

		Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Sering kali	Sepenuhnya dialami
10	Apakah anda memiliki cukup tenaga untuk kehidupan sehari-hari?					
11	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?					
12	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?					
13	Seberapa banyak tersedianya informasi					

	yang anda perlukan dalam kehidupan anda hari demi hari?					
14	Seberapa jauh anda memiliki kesempatan untuk kegiatan waktu luang?					
		Sangat buruk	Buruk	Biasa saja	Baik	Sangat baik
15	Seberapa baik anda mampu bergerak berkeliling?					

		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16	Bagaimana kepuasan anda dengan tidur anda?					
17	Bagaimana kepuasan anda dengan kemampuan anda untuk melakukan aktivitas sehari-hari?					
18	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?					
19	Seberapa puaskah anda dengan diri anda?					
20	Bagaimana kepuasan anda dengan hubungan pribadi anda?					
21	Bagaimana kepuasan anda dengan kehidupan seksual anda?					
22	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?					
23	Bagaimana kepuasan anda terhadap kondisi tempat tinggal anda?					
24	Bagaimana kepuasan anda terhadap akses/kemudahan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan?					

25	Bagaimana kepuasan anda terhadap transportasi anda?					
----	---	--	--	--	--	--

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir.

		Tidak pernah	jarang	Cukup sering	Sangat sering	selalu
26	Seberapa sering anda mengalami perasaan negatif seperti perasaan sedih, kecewa, cemas, depresi?					

Tabel rumus penghitungan :

Domain	Rumus	Raw score	Transformed score 0-100
Kesehatan fisik	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$		
Kesehatan psikologis	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$		
Hubungan sosial	$Q20 + Q21 + Q22$		
Lingkungan	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$		

Tabel konversi skor WHOQOL-BREF

Domain Kesehatan Fisik		Domain Psikologis		Domain Hubungan Sosial		Domain Lingkungan	
<i>Raw score</i>	<i>Transformed score</i>	<i>Raw score</i>	<i>Transformed score</i>	<i>Raw score</i>	<i>Transformed score</i>	<i>Raw score</i>	<i>Transformed score</i>
	0-100		0-100		0-100		0-100
7	0	6	0	3	0	8	0
8	6	7	6	4	6	9	6
9	6	8	6	5	19	10	6
10	13	9	13	6	25	11	13
11	13	10	19	7	31	12	13
12	19	11	19	8	44	13	19
13	19	12	25	9	50	14	19
14	25	13	31	10	56	15	25
15	31	14	31	11	69	16	25
16	31	15	38	12	75	17	31
17	38	16	44	13	81	18	31
18	38	17	44	14	94	19	38
19	44	18	50	15	100	20	38
20	44	19	56			21	44
21	55	20	56			22	44
22	56	21	63			23	50
23	56	22	69			24	50
24	63	23	69			25	56
25	63	24	75			26	56
26	69	25	81			27	63
27	69	26	81			28	63
28	75	27	88			29	69
29	81	28	94			30	68
30	81	29	94			31	75
31	88	30	100			32	75
32	88					33	81
33	94					34	81
34	94					35	88
35	100					36	88
						37	94
						38	94
						39	100
						40	100

Sumber : WHOQOL-BREF (Lombu, K. 2015)



Karyaman Lombu

Facebook

Anda tidak berteman di Facebook
Pernah belajar di University of Sumatera Utara
Tinggal di Kota Gunungsitoli

TAMPILKAN PROFIL

RAB PUKUL 09.17

selamat siang, perkenalkan saya
Neny dari STIKes Borneo
Cendekia Medika angkatan 2018.
saya sedang menyusun skripsi
tentang hubungan psychologycal
wellbeing dengan kualitas hidup.
Saya berencana menggunakan
penelitian milik anda. Apakah
anda berkenan jika saya
menggunakan instrumen
penelitian ini?
Selamat siang dan terima kasih.



LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
 NIM : 181110010
 Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke
 Dosen Pembimbing I : Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
1	15 Mei 2022	Bab I - Pada Paragraf 1 dipersejais membahas tentang apa? dimasukkan tentang stroke, pengenalan stroke, masalah dan dampak nya di buat beberapa Paragraf. - Kemudian untuk penyelesaian Perbin cukup dibatasi dengan tanda koma saja tidak perlu diberi nomor. - Data WHO, penyusunan data disesuaikan, urutkan dan diperhaluskan dengan baik - Kronologisnya dibuat beruntun saling berkaitan antar Paragraf dan menjelaskan apa kaitan <i>Psychological Wellbeing</i> dengan kualitas hidup Penderita. - Manfaat Penelitian, tidak perlu dibuat Paragraf karena hanya 1 kalimat. - Keaslian Penelitian dibuat landscape, kemudian perhatian Penulisan bahasa asing harus di cetak miring, kemudian perbedaanya di persejais lagi.	

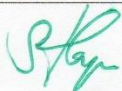
LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
 NIM : 181110010
 Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke
 Dosen Pembimbing I : Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
2	18/5/2022	Bab I - Paragraf 1. bahasanya masih rancau, coba diperbaiki lagi - stroke merupakan - satu paragraf minimal 5 kalimat, silahkan di kembangkan lagi tulisan dari sumber lain. Penjelasan tentang masalah dan dampak belum ada? urgensinya anda meneliti ini apa? harus di lestarikan - Praktek coba di atur - Gunkan bahasa lain - Data Penelitian sebelumnya tidak perlu dimasukkan datanya dimasukkan kesimpulanya saja atau hasil pembahasan penelitian tersebut. - Keaslian Penelitian tulisan di dalam table berapa sheet? Berapa ukuran font?	

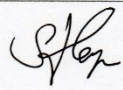
LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
 NIM : 181110010
 Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke
 Dosen Pembimbing I : Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
3	24 Mei 2022	- Perbaiki BAB I sesuai urutan : Masalah, Data, Kerangka dan solusi - BAB II - Nama/referensi di letakkan pada kalimat akhir - BAB III - Perbaiki kerangka konsep dan rapikan - Daftar Pustaka - Judul Buku atau Jurnal di cetak miring	
4	30 Mei 2022	- BAB I - Perbaiki bahasa/kata kalimat yang masih salah - SPASI di Perhatikan - BAB II - Perhatikan huruf kapital pada awal paragraf - Kerangka teori di Perbaiki - Kerangka konsep di tambahkan - Kategori - Rapikan daftar isi	

LEMBAR KONSULTASI

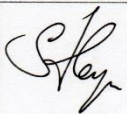
Nama : Neny Susanti
 NIM : 181110010
 Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke
 Dosen Pembimbing I : Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
5	2 Juni 2022	Kata Pengantar - Penulisan Pembimbing I dan II di perbaiki. Pembimbing utama dan pembimbing? Nomor halaman menggunakan font yang telah ditentukan BAB II - Tambahkan Hubungan <i>Psychological wellbeing</i> dengan kualitas hidup - kerangka teori: - Perhatikan gambar kerangka teori BAB IV - kriteria Sampel? - menghitung jumlah Sampel? - definisi <i>Operasional</i> kualitas hidup perbaikan - Cara miring huruf oblique	

LEMBAR KONSULTASI

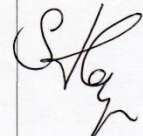
Nama : Neny Susanti
 NIM : 181110010
 Judul : Hubungan *Psychologycal Wellbeing* Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke

Dosen Pembimbing I : Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
6	Senin, 6 Juni 2020	Surat Pernyataan - Perbaiki bahasa di kalimat terakhir BAB II - Hubungan <i>Psychological wellbeing</i> dengan kualitas hidup Perbaiki hormon apa yang mempengaruhi <i>Psychological wellbeing</i> pada penderita stroke serta kualitas hidup. BAB IV - Kriteria inklusi dan eksklusi di Perbaiki - Definisi Operasional di sesuaikan Penjabaran dengan tabel - Perbaiki kalimat/bahasa Definisi Operasional - Gunakan rumus <i>Stowern</i> yang N_e	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
 NIM : 181110010
 Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke
 Dosen Pembimbing I : Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
7	7 Juni 2022	BAB I - Spasi sesuai ketentuan. BAB II - Spasi - Perbaiki Hubungan <i>Psychological Wellbeing</i> dengan kualitas hidup BAB IV - Spasi - Definisi operasional Data Pustaka di Perbaiki sesuai ketentuan.	
8	10 Juni 2022	BAB IV - kriteria eksklusi ditambahkan - cetak miring bahasa asing di bagian Sampling - Definisi operasional, & skor di simbolkan dengan kurang dari atau lebih dari - Minta Data Perbaikan di Poli	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
NIM : 181110010
Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke
Dosen Pembimbing I : Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
9	Senin, 13 Juni 2022	BAB II - Tambahkan penjelasan dari domain kualitas hidup - Perhatikan Penulisan (font) Daftar Pustaka - Di cek kembali penulisan daftar Pustaka	
10	14 Juni 2022	Ace	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
NIM : 181110010
Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
Dosen Pembimbing I : Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
11	25 Juli 2022	BAB V - Perbaiki kata dengan huruf besar - Tabel data umum karakteristik responden terpisah - Sejarangkan tabel dg kalimat di atasnya - Identifikasi PSWB dan kualitas hidup tambahkan jumlah responden dan hasil penelitian sebelumnya - Analisis data - tambahkan Teorinya - Hasil Tabulasi Silang lampirkan. - Master Penelitian kualitas hidup tambahkan total dan rata-rata.	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
 NIM : 181110010
 Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
 Dosen Pembimbing I : Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
12	28 Juli 2022	BAB V - Judul Tabel rata kanan kiri - Tambahkan fakta dan teori pada pembahasan BAB VI - Perbaiki saran untuk instalasi dan untuk rumah sakit	
13	29 Juli 2022	- Bab V Pembahasan : 1. identifikasi <i>psychological well being</i> penjelasan di tambah. 2. identifikasi kualitas hidup penjelasan di tambahkan.	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
NIM : 181110010
Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
Dosen Pembimbing I : Ni Wayan Rahayu Ningtyas, M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
14.	3 Agustus 2022	- Bab V Pembahasan: 1. Cek kata Stagnasi dan reaktivasi arakan ada di KBB 2. Cek kata Sefaro, rasa 3. Pembahasan Indikator yang mempengaruhi harga yang paling tinggi di pasaran	
15.	5 Agustus 2022	Abstrak diperbaiki	
16.	10 Agst 2022	Ace siap kirim	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
 NIM : 181110010
 Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke Di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Dosen Pembimbing II : Ns.Ade Sucipto.,S.Kep.,M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
1	Selasa 26/April/2022	* BAB I - Masalah dan dampak - Masalah Spesifik - Elaborasi - Kesenjangan * Kelengkapan proposal - Kata pengantar - Daftar Isi Dll * Saran - untuk lebih memahami paragraf later halokang baca jurnal terkait	
2.	Jumat 20/Mai/2022	* BAB I - Menambahkan kesenjangan yang terjadi di lokasi penelitian - Data majalah di Indonesia Kolbar, dan Raskema - keterkaitan antara paragraf * Silakan lanjutkan untuk menyusun Bab II selanjut	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
 NIM : 181110010
 Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke
 Dosen Pembimbing II : Ns.Ade Sucipto.,S.Kep.,M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
3	Rabu/25/05 2020	→ Parafrase kalimat di BAB I → Perbaiki Kerangka teori, → Perbaiki Kerangka konsep → Tinjau kembali Kuesioner dengan indikator Teori di BAB II → Segera menyusun BAB IV	
4	Kamis/02/ 2022	→ BAB I. - menambahkan Penelitian terkait → BAB II - Penulisan → BAB III - Kerangka konseptual, penulisan dan Output Masung-masung Variabel → BAB IV - DO: perbaiki skor kategori dan Variabel	

→ masukkan Penelitian, segera menyusun dan melakukan uji validitas dan reliabilitas

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
 NIM : 181110010
 Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke

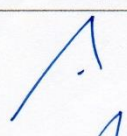
Dosen Pembimbing II : Ns.Ade Sucipto.,S.Kep.,M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
5	Salasa/07/22	BAB I. - Perbaiki latar Pataransi Paralela BAB II. - Paslko skoring dari Paralela hidup sesa daya Paralela Sekalunya BAB III - Perbaiki Pataransi Operasional - Tambahkan coding Vairaku - Jelaskan Analisis yang di gunkan - Pataransi ramers	
6.	Ramny/09/06/200	BAB I. Pataransi BAB II. - Pataransi - Penjelasan Analisa - Instrumen Paralela	

LEMBAR KONSULTASI

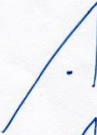
Nama : Neny Susanti
NIM : 181110010
Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke

Dosen Pembimbing II : Ns.Ade Sucipto.,S.Kep.,M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
7	13/06/2022 Sannin	→ Questioner diberikan uji validasi dan reliabilitas → Revisi, perbaikan	
8	18/06/2022 Setiawan	→ lengkapi lampiran hasil uji validasi dan reliabilitas → revisi konsep stroke 5-5 tahun → Siapkan untuk ujian	

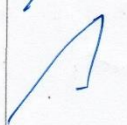
LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
 NIM : 181110010
 Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
 Dosen Pembimbing II : Ns.Ade Sucipto.,S.Kep.,M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
9	28/07/2022 kamu	- Latar belakang dan teori penelitian tidak sesuai - Hasil spss hanya di output untuk interpretasi baru dibuat, tidak menggunakan output spss langsung - Menyalin penulisan judul tabel dan interpretasi informasi dalam tabel - Pembahasan bisa lebih mendalam lagi dengan menambahkan indikator yang dimiliki dari masing-masing variabel	
10	01/08/2022	- Perbaiki tabel baru antara kedua variabel - Perbaiki lampiran	
11	01/08/2022	- Tambahkan Abstrak - Perbaiki penulisan daftar pustaka	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Neny Susanti
 NIM : 181110010
 Judul : Hubungan *Psychological Wellbeing* dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Stroke di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
 Dosen Pembimbing II : Ns.Ade Sucipto.,S.Kep.,M.Tr.Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
12	Salasa 02/08/2022	* Pembahasan penggunaan bahasa Rata* bisa di pertukarkan dengan bahasa yang lain * Pada saat presentasi masih ada bahasa proposal	
13	Kamis. Agustus 2022	* Abstrak disesuaikan dengan Penda yang ada * pada penulisan tahun penulisan di abstrak apakah harus tahun ini?	
14	Senin 08/08/2022	* konsep Abstrak * lanjut konsep PPT.	
15	Selasa. 09/08/2022	* cek abstrak tidak boleh lebih dari 250 kata.	
16	Pada 10/08/2022	* Ace * Siapkan untuk ujian	

JADWAL PENELITIAN

[illegible]

MASTER TABEL PENELITIAN

No	Nama Responden	Jenis kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Psychologycal wellbeing																														Total Skor	katergori	Coding
						Penerimaan Diri					Hubungan Positif Dengan Orang Lain					Kemandirian					Penguasaan Lingkungan					Tujuan Hidup					Pertumbuhan Pribadi							
						p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26	p27	p28	p29	p30			
R1	Tn. S.M	1	3	5	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	74	Tinggi	2			
R2	Ny. R	2	3	4	1	3	3	2	3	3	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	75	Tinggi	2		
R3	Ny. M	2	3	2	3	4	3	2	3	2	4	3	3	2	1	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	67	Tinggi	2		
R4	Ny. W	2	3	4	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	75	Tinggi	2		
R5	Ny. SL	2	2	4	2	2	3	3	3	2	3	3	3	4	2	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	2	3	75	Tinggi	2			
R6	Ny. S.A	2	2	4	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	74	Tinggi	2		

R7	Ny. M.M	2	2	3	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	48	Rendah	3
R8	Ny. A	2	3	2	2	1	3	2	2	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	50	Rendah	3
R9	Tn. S	1	2	4	2	1	2	1	2	1	3	3	2	3	2	1	2	2	2	1	1	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	51	Tinggi	2	
R10	Tn. S.M	1	3	5	4	3	3	3	4	2	2	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	60	Tinggi	2	
R11	Tn. M.P	1	2	4	2	1	2	3	2	1	2	3	3	3	1	1	2	2	2	3	1	2	1	1	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	52	Tinggi	2	
R12	Ny. R.N	2	3	2	1	2	1	2	2	3	2	3	3	3	1	3	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	48	Rendah	3	
R13	Tn. S.P	1	2	4	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	57	Tinggi	2	
R14	Ny. M.S	2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	4	3	3	3	70	Tinggi	2
R15	Ny.L	2	5	2	1	1	2	2	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	4	3	2	2	2	3	2	2	2	46	Rendah	3	
R16	Tn. T.K	1	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	57	Tinggi	2		
R17	Ny. K.Y	2	1	4	2	3	3	3	4	2	2	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	60	Tinggi	2	

R18	Tn.M.S	1	4	2	1	2	1	2	1	1	3	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	49	Rendah	3
R19	Ny.T.P	2	3	4	2	2	2	1	1	2	2	3	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	44	Rendah	3
R20	Ny.D	2	2	4	2	3	3	3	4	2	2	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	60	Tinggi	2
R21	Tn.K	1	2	3	3	4	3	2	3	2	3	3	3	2	1	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	66	Tinggi	2	
R22	Ny.S	2	2	4	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	48	Rendah	3	
R23	Tn.M.R	1	5	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	4	3	3	3	70	Tinggi	2	
R24	Ny.L.S	2	4	2	1	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	61	Tinggi	2
R25	Ny.T.D	2	2	5	4	1	2	3	2	1	3	3	3	3	1	1	2	2	2	3	1	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	55	Tinggi	2	
R26	Tn.I	1	4	2	1	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	3	1	2	2	2	4	1	2	2	50	Rendah	3	
R27	Tn.S.O	1	2	5	4	1	2	3	2	1	2	3	3	3	1	1	2	2	2	3	1	2	1	1	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	52	Tinggi	2	
R28	Ny.T	2	3	4	3	3	3	3	4	2	2	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	60	Tinggi	2	
R29	Tn.A.P	1	3	4	3	1	1	2	1	1	2	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	50	Rendah	3	

R30	Ny. A.B	2	2	4	1	2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	1	2	1	1	2	1	2	3	2	2	3	2	1	1	3	2	1	1	49	Rendah	3
Jumlah						65	67	74	71	58	75	83	80	74	56	59	62	61	69	70	63	73	65	70	82	76	72	72	70	69	70	93	71	68	69			
Total						335					312					251					353					359					302							
Rata-rata						2,2					2,5					2,1					2,4					2,4					2,5							

No	Nama Responden	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Kualitas hidup																									Total Scor	Kategori	Coding
						Kesehatan Fisik							Psikologis							Hubungan Sosial			Lingkungan										
						P3	P4	P10	P15	P16	P17	P18	P5	P6	P7	P11	P19	P26	P20	P21	P22	P8	P9	P12	P13	P14	P23	P24	P25				
R1	Tn.S.M	3	1	5	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	5	219	Baik	1		
R2	Ny. R	3	2	4	1	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	270	Baik	1		
R3	Ny. M	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	3	3	3	3	5	3	3	3	3	3	4	4	4	220	Baik	1	
R4	Ny. W	3	2	4	1	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	212	Baik	1		
R5	Ny. SL	2	2	4	2	5	1	3	4	4	3	2	4	5	3	3	3	3	4	3	4	3	4	5	3	3	5	5	4	263	Baik	1	
R6	Ny. S.A	2	2	4	2	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	223	Baik	1	
R7	Ny. M.M	2	2	3	2	1	3	3	4	2	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	200	Buruk	2	
R8	Ny. A	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	163	Buruk	2	
R9	Tn. S	2	1	4	2	1	3	3	3	2	3	2	3	3	2	1	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	180	Buruk	2	
R10	Tn. S.M	3	1	5	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	5	219	Baik	1	
R11	Tn. M.P	2	1	4	2	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	263	Baik	1	
R12	Ny. R.N	3	2	2	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	163	Buruk	2	
R13	Tn. S.P	2	1	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	212	Baik	1	
R14	Ny. M.S	2	2	2	1	5	1	3	4	4	3	2	4	5	3	3	3	3	4	3	4	3	4	5	3	3	5	5	4	263	Baik	1	
R15	Ny.L	5	2	2	1	1	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	194	Buruk	2	
R16	Tn. T.K	2	1	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	212	Baik	1	
R17	Ny. K.Y	1	2	4	2	5	3	3	4	4	3	2	4	5	3	3	3	3	4	3	4	3	4	5	3	3	5	4	3	270	Baik	1	
R18	Tn. M.S	4	1	2	1	2	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	199	Buruk	2	
R19	Ny. T.P	3	2	4	2	2	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	194	Buruk	2	

R20	Ny. D	2	2	4	2	5	1	3	4	4	3	2	4	5	3	3	3	3	4	3	4	3	4	5	3	3	5	5	4	275	Baik	1			
R21	Tn. K	2	1	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	208	Baik	1				
R22	Ny. S	2	2	4	1	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	114	Buruk	2			
R23	Tn. M.R	5	1	2	1	5	1	3	4	4	3	2	4	5	3	3	3	3	4	3	4	3	4	5	3	3	5	5	4	263	Baik	1			
R24	Ny.L.S	4	2	2	1	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	243	Baik	1			
R25	Ny. T.D	2	2	5	4	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	3	3	3	3	5	3	3	3	3	3	4	4	4	220	Baik	1			
R26	Tn. I	4	1	2	1	1	3	3	3	2	3	2	3	3	2	1	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	4	3	180	Buruk	2			
R27	Tn. S.O	2	1	5	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	212	Baik	1			
R28	Ny. T	3	2	4	3	5	1	3	4	4	3	2	4	5	3	3	3	3	4	3	4	3	4	5	3	3	5	5	4	262	Baik	1			
R29	Tn. A.P	3	1	4	3	2	4	2	2	2	3	2	2	4	4	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	188	Buruk	2			
R30	Ny. A.B	2	2	4	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	135	Buruk	2			
Total						88	78	86	97	92	82	76	94	102	88	77	87	91	94	91	106	87	97	102	89	86	107	113	100						
Jumlah						599								539								291				781									
Rata-rata						2,9								3								3,2				3,3									

No	Nama responden	P1	P2
R1	Tn.S.M	3	3
R2	Ny. R	5	4
R3	Ny. M	3	3
R4	Ny. W	3	3
R5	Ny. SL	4	3
R6	Ny. S.A	3	3
R7	Ny. M.M	4	3
R8	Ny. A	2	2
R9	Tn. S	3	3
R10	Tn. S.M	3	3
R11	Tn. M.P	5	4
R12	Ny. R.N	3	3
R13	Tn. S.P	3	3

R14	Ny. M.S	4	3
R15	Ny.L	4	3
R16	Tn. T.K	3	3
R17	Ny. K.Y	4	3
R18	Tn. M.S	4	3
R19	Ny. T.P	4	3
R20	Ny. D	4	3
R21	Tn. K	3	3
R22	Ny. S	3	2
R23	Tn. M.R	4	3
R23	Tn. M.R	3	3
R24	Ny.L.S	3	3
R25	Ny. T.D	3	3
R26	Tn. I	3	3
R27	Tn. S.O	4	3
R28	Ny. T	1	2
R29	Tn. A.P	2	2
R30	Ny. A.B	3	3

Keterangan:

Umur:

1. ≤ 40 Tahun
2. 41-50 Tahun
3. 51-60 Tahun
4. 61-70 Tahun
5. ≥ 71 Tahun

Jenis Kelamin:

1. Laki-Laki
2. Perempuan

Tingkat Pendidikan:

1. Tidak sekkolah
2. SD
3. SMP
4. SMA
5. Perguruan Tinggi

Pekerjaan:

1. Tidak Bekerja
2. Swasta
3. Wiraswasta
4. PNS

Skor *Psychologycal Wellbeing*:

Sangat setuju: 4
Setuju: 3
Tidak Setuju: 2
Sangat Tidak Setuju: 1

Skor Kualitas Hidup:

Sangat Baik: 5
Baik: 4
Biasa Saja: 3
Buruk: 2
Sangat Buruk: 1

Kategori *Psychologycal Wellbeing*:

Sangat tinggi: 76-100%
Tinggi: 51-75%
Rendah: 26-50%
Sangat rendah: $\leq 25\%$

Kategori Kualitas Hidup:

Buruk: >200
Buruk: ≤ 200

Lampiran 12

Uji Validitas dan Reliabilitas kuesioner *Psychological Wellbeing*

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.939	30

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	51.37	141.206	.724	.936
P2	51.23	143.702	.539	.938
P3	51.07	142.271	.638	.936
P4	51.07	146.754	.364	.939
P5	51.27	143.857	.524	.938
P6	51.33	140.092	.872	.934
P7	51.03	143.275	.482	.938
P8	51.10	141.334	.597	.937
P9	51.23	144.875	.509	.938
P10	51.53	147.775	.452	.938
P11	51.27	143.857	.524	.938
P12	51.13	146.533	.427	.939
P13	51.27	143.789	.626	.937
P14	51.03	142.723	.582	.937
P15	51.30	139.528	.842	.934
P16	51.23	142.806	.594	.937
P17	51.03	142.723	.582	.937
P18	51.17	146.626	.411	.939
P19	51.37	141.206	.724	.936
P20	50.57	146.599	.491	.938
P21	51.07	145.651	.331	.941
P22	51.10	146.231	.335	.940
P23	50.87	146.947	.371	.939
P24	51.30	140.217	.870	.934
P25	51.27	141.306	.802	.935
P26	51.27	141.582	.782	.935
P27	50.13	147.430	.308	.940
P28	50.90	146.783	.398	.939
P29	51.33	140.092	.872	.934
P30	51.27	141.651	.710	.936

Correlations

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	TOTAL
P1	Pearson Correlation	1	.522**	.265	.338	.554**	.641**	.379*	.327	.332	.530**	.554**	.383*	.400*	.425*	.555**	.451*	.425*	.338	1.000*	.710**	- .019	.013	.338	.684**	.565**	.565**	.260	.315	.641**	.520**	.756**
	Sig. (2-tailed)		.003	.156	.068	.001	.000	.039	.078	.073	.003	.001	.037	.028	.019	.001	.012	.019	.068	.000	.000	.919	.947	.068	.000	.001	.001	.166	.090	.000	.003	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P2	Pearson Correlation	.522**	1	.301	.578**	.292	.439*	.395*	.602**	.489**	.363*	.292	.129	.342	.243	.431*	.455*	.243	.177	.522**	.296	.185	- .060	.169	.390*	.499**	.499**	- .155	.226	.439*	.314	.584**
	Sig. (2-tailed)	.003		.106	.001	.117	.015	.031	.000	.006	.049	.117	.497	.065	.195	.017	.012	.195	.350	.003	.113	.328	.752	.371	.033	.005	.005	.412	.230	.015	.091	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P3	Pearson Correlation	.265	.301	1	.435**	.355	.460*	.502**	.613**	.473**	.185	.355	.144	.415*	.495**	.512**	.370*	.495**	.360	.265	.150	.461*	.490**	.307	.476**	.415*	.415*	.192	.307	.460*	.307	.667**
	Sig. (2-tailed)	.156	.106		.016	.054	.011	.005	.000	.008	.329	.054	.446	.023	.005	.004	.044	.005	.051	.156	.428	.010	.006	.098	.008	.023	.023	.309	.099	.011	.098	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P4	Pearson Correlation	.338	.578**	.435*	1	.217	.144	.502**	.490**	.398*	.185	.217	- .013	.094	.225	.146	.231	.225	.283	.338	.060	.292	.245	- .135	.159	.254	.174	- .011	- .153	.144	.160	.415*
	Sig. (2-tailed)	.068	.001	.016		.248	.446	.005	.006	.029	.329	.248	.945	.623	.232	.441	.219	.232	.130	.068	.752	.118	.192	.476	.402	.175	.358	.953	.418	.446	.399	.023
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P5	Pearson Correlation	.554**	.292	.355	.217	1	.478**	.383*	.286	.242	.199	1.000**	.187	.154	.298	.398*	.225	.298	.155	.554**	.234	.009	.107	.098	.510**	.466**	.466**	.226	.075	.478**	.357	.570**
	Sig. (2-tailed)	.001	.117	.054	.248		.008	.037	.125	.197	.291	.000	.324	.418	.110	.029	.232	.110	.413	.001	.213	.962	.572	.606	.004	.009	.009	.229	.695	.008	.053	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

P6	Pearson Correlation	.641**	.439*	.460*	.144	.478**	1	.421*	.506**	.389*	.423*	.478**	.349	.558**	.397*	.963**	.594**	.397*	.304	.641**	.437*	.304	.301	.365*	.957**	.917**	.917**	.300	.428*	1.000*	.843**	.881**
	Sig. (2-tailed)	.000	.015	.011	.446	.008		.020	.004	.034	.020	.008	.059	.001	.030	.000	.001	.030	.102	.000	.016	.102	.106	.047	.000	.000	.107	.018	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
P7	Pearson Correlation	.379*	.395*	.502**	.502**	.383*	.421*	1	.533**	.425*	.040	.383*	.004	.310	.142	.462*	.158	.142	.259	.379*	.103	.112	.167	-.055	.366*	.516**	.447*	.177	.000	.421*	.411*	.528**
	Sig. (2-tailed)	.039	.031	.005	.005	.037	.020		.002	.019	.833	.037	.981	.095	.454	.010	.405	.454	.167	.039	.589	.555	.377	.775	.047	.004	.013	.349	1.000	.020	.024	.003
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
P8	Pearson Correlation	.327	.602**	.613**	.490**	.286	.506**	.533**	1	.518**	.105	.286	-.027	.474**	.246	.546**	.301	.246	.362*	.327	.078	.441*	.309	.205	.455*	.543**	.543**	-.082	.266	.506**	.371*	.634**
	Sig. (2-tailed)	.078	.000	.000	.006	.125	.004	.002		.003	.581	.125	.886	.008	.189	.002	.106	.189	.050	.078	.681	.015	.097	.277	.012	.002	.002	.665	.155	.004	.043	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
P9	Pearson Correlation	.332	.489**	.473**	.398*	.242	.389*	.425*	.518**	1	.071	.242	.139	.368*	.405*	.464**	.269	.405*	.109	.332	.223	.438*	.259	-.130	.420*	.453*	.453*	.119	-.162	.389*	.260	.552**
	Sig. (2-tailed)	.073	.006	.008	.029	.197	.034	.019	.003		.709	.197	.464	.046	.026	.010	.151	.026	.567	.073	.237	.016	.167	.493	.021	.012	.012	.529	.392	.034	.165	.002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
P10	Pearson Correlation	.530**	.363*	.185	.185	.199	.423*	.040	.105	.071	1	.199	.288	.347	.430*	.355	.264	.430*	.103	.530**	.429*	-.013	-.070	.487**	.498**	.347	.347	.055	.437*	.423*	.319	.481**
	Sig. (2-tailed)	.003	.049	.329	.329	.291	.020	.833	.581	.709		.291	.122	.060	.018	.055	.159	.018	.589	.003	.018	.944	.714	.006	.005	.060	.060	.774	.016	.020	.086	.007
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
P11	Pearson Correlation	.554**	.292	.355	.217	1.000*	.478**	.383*	.286	.242	.199	1	.187	.154	.298	.398*	.225	.298	.155	.554**	.234	.009	.107	.098	.510**	.466**	.466**	.226	.075	.478**	.357	.570**

	Sig. (2-tailed)	.001	.117	.054	.248	.000	.008	.037	.125	.197	.291		.324	.418	.110	.029	.232	.110	.413	.001	.213	.962	.572	.606	.004	.009	.009	.229	.695	.008	.053	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P12	Pearson Correlation	.383*	.129	.144	-.013	.187	.349	.004	-.027	.139	.288	.187	17**	.483**	.533	.349	.439	.533	.098	.383*	.437*	-.073	-.027	.431*	.372*	.308	.308	.406*	.428*	.349	.365*	.472**
	Sig. (2-tailed)	.037	.497	.446	.945	.324	.059	.981	.886	.464	.122	.324		.006	.002	.064	.015	.002	.608	.037	.016	.700	.886	.017	.043	.098	.098	.026	.018	.059	.047	.008
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P13	Pearson Correlation	.400*	.342	.415*	.094	.154	.558**	.310	.474**	.368*	.347	.154	.487**	18	.348	.549**	.421*	.348	.444*	.400*	.376*	.267	.265	.366*	.505**	.453*	.544**	.342	.436*	.558**	.416*	.652**
	Sig. (2-tailed)	.028	.065	.023	.623	.418	.001	.095	.008	.046	.060	.418	.006	.059	.002	.021	.059	.014	.028	.048	.153	.158	.047	.004	.012	.002	.002	.065	.016	.001	.022	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P14	Pearson Correlation	.425*	.243	.495**	.225	.298	.397*	.142	.246	.405*	.430*	.298	.533**	.348	18	.378*	.509**	1.00*	.290	.425*	.288	.180	.129	.292	.410*	.348	.271	.264	.294	.397*	.391*	.623**
	Sig. (2-tailed)	.019	.195	.005	.232	.110	.030	.454	.189	.026	.018	.110	.002	.059		.039	.004	.000	.120	.019	.123	.341	.497	.118	.024	.059	.147	.159	.115	.030	.033	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P15	Pearson Correlation	.555**	.431*	.512**	.146	.398*	.963**	.462*	.546**	.464**	.355	.398*	.343	.549**	.378*	13**	.508*	.378*	.224	.555**	.467**	.351	.355	.336	.921**	.881**	.881**	.295	.397*	.963**	.810**	.855**
	Sig. (2-tailed)	.001	.017	.004	.441	.029	.000	.010	.002	.010	.055	.029	.064	.002	.039		.005	.039	.235	.001	.009	.057	.054	.069	.000	.000	.000	.114	.030	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P16	Pearson Correlation	.451*	.455*	.370*	.231	.225	.594**	.158	.301	.269	.264	.225	.439*	.421*	.509**	.503**	19**	.509**	.480**	.451*	.207	.074	.060	.314	.546**	.499**	.499**	.178	.377*	.594**	.459*	.627**
	Sig. (2-tailed)	.012	.012	.044	.219	.232	.001	.405	.106	.151	.159	.232	.015	.021	.004	.005		.004	.007	.012	.272	.698	.752	.091	.002	.005	.005	.348	.040	.000	.011	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P17	Pearson Correlation	.425*	.243	.495**	.225	.298	.397*	.142	.246	.405*	.430*	.298	.533**	.348	18	.378*	.509**	1.00*	.290	.425*	.288	.180	.129	.292	.410*	.348	.271	.264	.294	.397*	.391*	.623**

	Sig. (2-tailed)	.019 9	.195 5	.005 5	.232	.110 0	.030 0	.454 4	.189 9	.026 6	.018 8	.110 0	.002 2	.059 9	.000 0	.039 9	.004 4		.120 0	.019 9	.123 3	.341 1	.497 7	.118 8	.024 4	.059 9	.147 7	.159 9	.115 5	.030 0	.033 3	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P18	Pearson Correlation	.338 8	.177 7	.360 0	.283	.155 5	.304 4	.259 9	.362* 2	.109 9	.103 3	.155 5	.098 8	.444* 4	.290 0	.224 4	.480** 0	.290 0	1	.338 8	.066 6	.288 8	.428* 8	-.059 9	.243 3	.181 1	.181 1	.528** 8	.000 0	.304 4	.167 7	.449*
	Sig. (2-tailed)	.068 8	.350 0	.051 1	.130	.413 3	.102 2	.167 7	.050 0	.567 7	.589 9	.413 3	.608 8	.014 4	.120 0	.235 5	.007 7	.120 0		.068 8	.730 0	.123 3	.018 8	.756 6	.196 6	.338 8	.338 8	.003 3	1.000 00	.102 2	.379 9	.013
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P19	Pearson Correlation	1.000* 0	.522** 2	.265 5	.338	.554** 4	.641** 1	.379* 9	.327 7	.332 2	.530** 0	.554** 4	.383* 3	.400* 0	.425* 5	.555** 5	.451* 1	.425* 5	.338 8	1	.710** 0	-.019 9	.013 3	.338 8	.684** 4	.565** 5	.565** 5	.260 0	.315 5	.641** 1	.520** 0	.756**
	Sig. (2-tailed)	.000 0	.003 3	.156 6	.068	.001 1	.000 0	.039 9	.078 8	.073 3	.003 3	.001 1	.037 7	.028 8	.019 9	.001 1	.012 2	.019 9	.068 8		.000 0	.919 9	.947 7	.068 8	.000 0	.001 1	.001 1	.166 6	.090 0	.000 0	.003 3	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P20	Pearson Correlation	.710** 0	.296 6	.150 0	.060	.234 4	.437* 7	.103 3	.078 8	.223 3	.429* 9	.234 4	.437* 7	.376* 6	.288 8	.467** 7	.207 7	.288 8	.066 6	.710** 0	1	.048 8	.157 7	.440* 0	.507** 7	.274 4	.274 4	.289 9	.392* 2	.437* 7	.346 6	.533**
	Sig. (2-tailed)	.000 0	.113 3	.428 8	.752	.213 3	.016 6	.589 9	.681 1	.237 7	.018 8	.213 3	.016 6	.041 1	.123 3	.009 9	.272 2	.123 3	.730 0	.000 0		.801 1	.408 8	.015 5	.004 4	.144 4	.144 4	.122 2	.032 2	.016 6	.061 1	.002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P21	Pearson Correlation	-.019 9	.185 5	.461* 1	.292	.009 9	.304 4	.112 2	.441* 1	.438* 8	-.013 3	.009 9	-.073 3	.267 7	.180 0	.351 1	.074 4	.180 0	.288 8	-.019 9	.048 8	1	.784** 4	-.049 9	.317 7	.267 7	.267 7	.208 8	-.061 1	.304 4	.187 7	.396*
	Sig. (2-tailed)	.919 9	.328 8	.010 0	.118	.962 2	.102 2	.555 5	.015 5	.016 6	.944 4	.962 2	.700 0	.153 3	.341 1	.057 7	.698 8	.341 1	.123 3	.919 9	.801 1		.000 0	.796 6	.088 8	.153 3	.153 3	.271 1	.748 8	.102 2	.323 3	.030
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P22	Pearson Correlation	.013 3	-.060 0	.490** 0	.245	.107 7	.301 1	.167 7	.309 9	.259 9	-.070 0	.107 7	-.027 7	.265 5	.129 9	.355 5	.060 0	.129 9	.428* 8	.013 3	.157 7	.784** 4	1	.013 3	.317 7	.195 5	.195 5	.388* 8	.000 0	.301 1	.179 9	.388*
	Sig. (2-tailed)	.947 7	.752 2	.006 6	.192	.572 2	.106 6	.377 7	.097 7	.167 7	.714 4	.572 2	.886 6	.158 8	.497 7	.054 4	.752 2	.497 7	.018 8	.947 7	.408 8	.000 0		.946 6	.088 8	.302 2	.302 2	.034 4	1.000 00	.106 6	.343 3	.034
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

P23	Pearson Correlation	.338	.169	.307	-.135	.098	.365*	-.055	.205	-.130	.487**	.098	.431*	.366*	.292	.336	.314	.292	-.059	.338	.440*	-.049	.013	1	.448*	.282	.282	-.125	.962**	.365*	.337	.409*
	Sig. (2-tailed)	.068	.371	.098	.476	.606	.047	.775	.277	.493	.006	.606	.017	.047	.118	.069	.091	.118	.756	.068	.015	.796	.946		.013	.131	.131	.510	.000	.047	.069	.025
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
P24	Pearson Correlation	.684**	.390*	.476**	.159	.510**	.957**	.366*	.455*	.420*	.498**	.510**	.372*	.505**	.410*	.921**	.546**	.410*	.243	.684**	.507**	.317	.317	.448*	1	.866**	.866**	.320	.431*	.957**	.797**	.879**
	Sig. (2-tailed)	.000	.033	.008	.402	.004	.000	.047	.012	.021	.005	.004	.043	.004	.024	.000	.002	.024	.196	.000	.004	.088	.088	.013		.000	.000	.085	.017	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
P25	Pearson Correlation	.565**	.499**	.415*	.254	.466**	.917**	.516**	.543**	.453*	.347	.466**	.308	.453*	.348	.881**	.499**	.348	.181	.565**	.274	.267	.195	.282	.866**	1	.909**	.110	.349	.917**	.920**	.816**
	Sig. (2-tailed)	.001	.005	.023	.175	.009	.000	.004	.002	.012	.060	.009	.098	.012	.059	.000	.005	.059	.338	.000	.144	.153	.302	.131	.000		.000	.561	.059	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
P26	Pearson Correlation	.565**	.499**	.415*	.174	.466**	.917**	.447*	.543**	.453*	.347	.466**	.308	.544**	.271	.881**	.499**	.271	.181	.565**	.274	.267	.195	.282	.866**	.909**	1	.187	.349	.917**	.752**	.798**
	Sig. (2-tailed)	.001	.005	.023	.358	.009	.000	.013	.002	.012	.060	.009	.098	.000	.147	.000	.005	.147	.338	.000	.144	.153	.302	.131	.000	.000		.321	.059	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
P27	Pearson Correlation	.260	-.155	.192	-.011	.226	.300	.177	-.082	.119	.055	.226	.406*	.342	.264	.295	.178	.264	.528**	.260	.289	.208	.388*	-.125	.320	.110	.187	1	-.147	.300	.172	.364*
	Sig. (2-tailed)	.166	.412	.309	.953	.229	.107	.349	.665	.529	.774	.229	.026	.065	.159	.114	.348	.159	.003	.166	.122	.271	.034	.510	.085	.561	.321		.437	.107	.362	.048
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
P28	Pearson Correlation	.315	.226	.307	-.153	.075	.428*	.000	.266	-.162	.437*	.075	.428*	.436*	.294	.397*	.377*	.294	.000	.315	.392*	-.061	.000	.962**	.431*	.349	.349	-.147	1	.428*	.401*	.434*
	Sig. (2-tailed)	.090	.230	.099	.418	.695	.018	1.000	.155	.392	.016	.695	.018	.016	.115	.030	.040	.115	1.000	.090	.032	.748	1.000	.000	.017	.059	.059	.437		.018	.028	.017
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	

[illegible]

Frequencies

Statistics

		Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan
N	Valid	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	≥40 tahun	1	3.3	3.3	3.3
	41-50 tahun	14	46.7	46.7	50.0
	51-60 tahun	10	33.3	33.3	83.3
	61-70 tahun	3	10.0	10.0	93.3
	≥71 tahun	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	12	40.0	40.0	40.0
	perempuan	18	60.0	60.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	9	30.0	30.0	30.0
	SMP	3	10.0	10.0	40.0
	SMA	14	46.7	46.7	86.7
	Perguruan tinggi	4	13.3	13.3	100.0

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	11	36.7	36.7	36.7
	swasta	9	30.0	30.0	66.7
	Wiraswasta	6	20.0	20.0	86.7
	PNS	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		PSWB	KH
N	Valid	30	30
	Missing	0	0

PSWB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	20	66.7	66.7	66.7
	Rendah	10	33.3	33.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Kualitas Hidup

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	19	63.3	63.3	63.3
	Buruk	11	36.7	36.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Nonparametric Correlations

Correlations

			PSWB	Kualitas Hidup
Spearman's rho	PSWB	Correlation Coefficient	1.000	.737**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	30	30
	Kualitas Hidup	Correlation Coefficient	.737**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	30	30

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

Crosstabs

Case Processing Summary

Cases						
Valid			Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PSWB * Kualitas Hidup	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

PSWB * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup		
			Baik	Buruk	Total
PSWB	Tinggi	Count	19	1	20
		% within PSWB	95.0%	5.0%	100.0%
	Rendah	Count	0	10	10
		% within PSWB	0.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	19	11	30
		% within PSWB	63.3%	36.7%	100.0%

DOKUMENTASI

1. Peneliti mengajukan izin dan kesepakatan kepada responden yang akan dijadikan sampel penelitian dengan memberikan penjelasan dan menandatangani *inform consent*.



2. Setelah responden menyetujui dan menandatangani *inform consent* peneliti kemudian melakukan pengambilan data.

