

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran umum lokasi penelitian

1. RSUD Ja'far Medika Karanganyar

Letak RSUD Ja'far Medika berada di kecamatan Mojogedang, kabupaten Karanganyar, Jawa Tengah, di mana kabupaten Karanganyar di apit oleh beberapa kabupaten. Batas-batas Kabupaten Karanganyar sebagai berikut: sebelah utara dengan kabupaten Sragen, sebelah timur dengan kabupaten Ngawi dan kabupaten Magetan (Jawa Timur), sebelah selatan dengan kabupaten Wonogiri, dan sebelah barat berbatasan dengan kabupaten Boyolali, kota Surakarta, dan kabupaten Sukoharjo di barat. Bila dilihat dari garis bujur dan garis lintang, maka kabupaten Karanganyar terletak antara 110° 40" – 110° 70" Bujur Timur dan 7° 28" - 7° 46" Lintang Selatan. Ketinggian rata-rata 511 meter di atas permukaan laut serta beriklim tropis dengan temperatur 22° – 31°, adapun wilayah yang mempunyai wilayah terendah di Kabupaten Karanganyar yaitu Kecamatan Jaten yang hanya 90 m dpl dan wilayah tertinggi yaitu Kecamatan Tawangmangu yang mencapai 2000 m dpl. Gambar berikut merupakan peta kabupaten Karanganyar Jawa Tengah:



Gambar 4.1 Peta kabupaten Karanganyar Jawa Tengah (Perencanaan Tata Kota Kabupaten Karanganyar, 2019)

commit to user

RSU Ja'far Medika berada dibawah naungan Yayasan Ja'far Medika yang telah berbadan hukum dengan nomor akte pendirian Yayasan C-1671.HT.01.02.TH 2006. RSU Ja'far Medika sendiri telah mendapat ijin dari Bupati Karanganyar dan mempunyai Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar dengan nomor 443.5 / 3169 / XI / 2005 diperbarui tahun 2010 dengan nomor : 443 / 1409.13 / X / 2010, diperbarui tahun 2013 dengan ijin tetap nomor 443 / 559.613 / III / 2013, dengan tipe kelas Rumah Sakit tipe D dengan nomor surat keputusan : 503 / 12 / RSU.C / BPPT / IV / 2013. Telah menjadi anggota PERSI (Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia) dengan surat rekomendasi Ketua PERSI daerah Jawa Tengah No.032 / PERSI / REK / VI / 2009 Nomor anggota KSR.053.

2. Jenis pelayanan dan SDM

RSU Ja'far Medika memberikan pelayanan medis berupa Rawat Jalan, Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Rehabilitasi Medis. Rawat Jalan terdiri Poliklinik Umum, Poliklinik gigi dan mulut, Poliklinik Spesialis Penyakit Dalam, Poliklinik Spesialis Anak, Poliklinik Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Spesialis Bedah, Spesialis Saraf, Spesialis THT, Spesialis Mata, Klinik Akupunktur dan Herbal, juga ada pelayanan subspesialis Bedah Ortopedi dan Traumatologi, Bedah Anak, Bedah Ginjal dan Saluran Kencing (Urology) dan Bedah Tumor (Onkology). Semua layanan didukung penunjang medis berupa Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium Klinik, Instalasi Farmasi, Instalasi Gizi, Instalasi Rekam Medis dan Pendaftaran, Unit Ambulance, Instalasi Pemulasaran Jenazah serta Instalasi Pengolahan Air Limbah. Rumah Sakit Umum Ja'far Medika dengan kapasitas 70 bed untuk rawat inap, yang terdiri dari kelas VIP, kelas 1, 2, dan kelas 3. Rata-rata kunjungan pasien rawat jalan perbulan kurang lebih 3250 pasien, penderita stroke rata-rata perbulan 360 pasien dan BOR untuk pasien rawat inap 61,9 %, ALOS 2,48 %, TOI 2,09 %. Sepuluh terbesar pasien rawat jalan adalah ISPA, CVA, ischialgia, dyspepsia, HNP, OA, DM, hipertensi dan febris, sedang sepuluh

terbesar pasien rawat inap adalah sebagai berikut gastritis, CVA, LBP, thypoid fever, DHF, CHF, vertigo, febris, ischialgia dan dispepsia.

3. Visi, Misi, Falsafah dan Motto

a. Visi

Terwujudnya Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan holistik yang meramu Kedokteran Konvensional dan Alternatif Medis secara serasi untuk mencapai tingkat kesembuhan atau perbaikan kondisi pasien yang paripurna dan Islami.

b. Misi

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan tingkat primer dan sekunder bersifat spesialis dalam bentuk tindakan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
- 2) Menyediakan fasilitas pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan penunjang medis serta alternatif (adjuvan) bagi masyarakat pengguna jasa Rumah Sakit.
- 3) Mengembangkan kemampuan profesional kesehatan dengan didukung manajemen Rumah Sakit yang handal berdasarkan etika profesional, etika pelayanan, serta keselarasan lingkungan.
- 4) Menciptakan suasana kerja yang nyaman dengan rasa kekeluargaan dan terus berupaya meningkatkan kesejahteraan bagi setiap karyawan RSU Ja'far Medika.

c. Falsafah

Mengabdikan Diri Kepada Allah SWT, Kepada Bangsa dan Negara Melalui Bidang Kesehatan Untuk Mewujudkan Masyarakat Yang Sehat dan Sejahtera.

d. Motto

Motto Rumah Sakit Umum Ja'far Medika Karanganyar adalah "Cepat, Akurat, Islami".

B. Hasil Penelitian

1. Hasil Uji Homogenitas Karakteristik Subjek Penelitian

Uji homogenitas dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui apakah karakteristik dasar subjek penelitian antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi bersifat homogen atau tidak.

Tabel 4.1 Hasil Uji Beda Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik Subjek		Nilai Persentase (%)		p
		Kelompok Kontrol (n=51)	Kelompok Intervensi (n=51)	
Jenis Kelamin ^a	Laki-laki	25 (49.0%)	29 (56.9%)	0,427
	Perempuan	26 (51.0%)	22 (43.1%)	
Umur ^c	35-60 Th	24 (47.1%)	25 (49%)	0,944
	> 60 Th	27 (52.9%)	26 (51%)	
Pendidikan ^b	SD	25 (49.0%)	31 (60.8%)	0,704
	SMP	12 (23.5%)	3 (5.9%)	
	SMA	9 (17.6%)	8 (15.7%)	
	PT	5 (9.8%)	9 (17.6%)	
Pendapatan ^b	0,5 jt – 1,5 jt	25 (49.0%)	19 (37.3%)	0,173
	1,6 jt – 2,5 jt	23 (45.1%)	26 (51.0%)	
	2,6 jt – 5 jt	3 (5.9%)	6 (11.8%)	
	> 5 jt	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Lamanya Stroke ^b	< 1 bln	26 (51.0%)	32 (62.7%)	0,287
	>1 bln – 2 bln	10 (19.6%)	7 (13.7%)	
	> 2 bln – 3 bln	3 (5.9%)	2 (3.9%)	
	> 3 bln	12 (23.5%)	10 (19.6%)	
Frekuensi Serangan Stroke ^a	1 Kali	44 (86.3%)	42 (82.4%)	0,586
	> 1 kali	7 (13.7%)	9 (17.6%)	
Skor Dukungan Keluarga ^b		63.10 ±6.14	64.43 ±7.68	0,057

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia Motorik (2018)

Keterangan

a Uji *Chi Square* (data kategorik nominal)

b Uji *mann whitney* (data katagorik ordinal atau numerik tidak berdistribusi normal)

c uji *independen t test* (data numerik berdistribusi normal)

Berdasarkan Tabel 4.1 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol mayoritas dengan jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 26 pasien (51,0%), sedangkan kelompok intervensi mayoritas dengan jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 29 pasien (56,9%). Nilai $p = 0,427$ ($p > 0,05$) yang berarti bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan karakteristik subjek penelitian berdasarkan jenis kelamin.

Usia penderita stroke pada kelompok kontrol mayoritas > 60 tahun sebanyak 27 pasien (52,9%), sedangkan usia kelompok intervensi mayoritas juga > 60 tahun sebanyak 26 pasien (51%). Nilai $p = 0,944$ ($p > 0,05$) yang berarti bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan karakteristik subjek penelitian berdasarkan usia.

Berdasarkan tingkat pendidikan diketahui bahwa pada kelompok kontrol sebagian besar dengan pendidikan SD sebanyak 25 pasien (49%), sedangkan kelompok intervensi mayoritas juga berpendidikan SD sebanyak 31 pasien (60,8%). Nilai $p = 0,704$ ($p > 0,05$) yang berarti bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan karakteristik subjek penelitian berdasarkan tingkat pendidikan.

Pendapatan pasien diketahui bahwa pada kelompok kontrol mayoritas dengan pendapatan 0,5–1,5 juta sebanyak 25 pasien (49%), sedangkan kelompok intervensi mayoritas berpenghasilan 1,5–2,5 juta sebanyak 26 pasien (51%). Nilai $p = 0,173$ ($p > 0,05$) yang berarti bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan karakteristik subjek penelitian berdasarkan sosial ekonomi.

Lamanya serangan stroke diketahui bahwa pada kelompok kontrol mayoritas kurang dari 1 bulan sebanyak 26 pasien (51%), sedangkan kelompok intervensi mayoritas juga dengan lama stroke kurang dari 1 bulan sebanyak 32 pasien (62,7%). Nilai $p = 0,287$ ($p > 0,05$) yang berarti bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan karakteristik subjek penelitian berdasarkan lamanya serangan stroke antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi.

Frekuensi serangan stroke diketahui bahwa pada kelompok kontrol mayoritas 1 kali yaitu sebanyak 42 pasien (86,3%), sedangkan kelompok intervensi mayoritas juga 1 kali yaitu sebanyak 44 pasien (82,4%). Nilai $p=0,586$ ($p>0,05$) yang berarti bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan karakteristik subjek penelitian berdasarkan frekuensi serangan stroke antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi.

Skor kuesioner dukungan keluarga pada kelompok kontrol didapatkan skor rata-rata 63.10 ± 6.14 sedangkan pada kelompok intervensi rata-rata pasien dengan skor 64.43 ± 7.68 . Nilai $p=0,057$ ($p>0,05$) yang berarti bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan karakteristik subjek penelitian berdasarkan dukungan keluarga.

Berdasarkan uraian di atas maka dapat diketahui bahwa karakteristik dasar subyek penelitian antara kelompok intervensi yang diberikan latihan menghafal Al Quran dan kelompok kontrol tidak berbeda signifikan atau dapat dikatakan homogen.

2. Karakteristik partisipan

a. Karakteristik subjek penelitian

Karakteristik subjek penelitian berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan, pendapatan, lamanya stroke dan frekuensi stroke dapat dilihat pada Tabel 4.2 berikut:

Tabel 4.2 Distribusi karakteristik subjek penelitian berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan, pendapatan, lamanya stroke dan frekuensi stroke.

No	Karakteristik Responden	Kelompok kontrol		Kelompok intervensi	
		Jumlah (n)	Persentase	Jumlah (n)	Persentase
1	Jenis kelamin				
	Laki-laki	25	49.0%	29	56.9%
	Perempuan	26	51.0%	22	43.1%
	Total	51	100%	51	100%
2	Umur (Tahun)				
	40-60	24	47.1%	25	49,0%
	> 60	27	52.9%	26	51,0%
	Total	51	100%	51	100%

No	Karakteristik Responden	Kelompok kontrol		Kelompok intervensi	
		Jumlah (n)	Persentase	Jumlah (n)	Persentase
3	Pendidikan				
	SD	25	49.0%	31	60.8%
	SMP	12	23.5%	3	5.9%
	SMA	9	17.6%	8	15.7%
	PT	5	9.8%	9	17.6%
	Total	51	100%	51	100%
4	Pendapatan				
	0.5jt-1.5jt	25	49.0%	19	37.2%
	1.6jt-2.5jt	10	19.6%	26	51.0%
	2.6jt-5jt	3	5.9%	6	11.8%
	> 5jt	0	0.0%	0	0.0%
	Total	51	100%	51	100%
5	Lamanya stroke				
	< 1 bln	26	51.0%	32	62.7%
	> 1 bln – 2 bln	10	19.6%	7	13.7%
	> 2 bln – 3bln	3	5.9%	2	3.9%
	> 3 bln	12	23.5%	10	19.6%
	Total	51	100%	51	100%
6	Frekuensi stroke				
	1 kali	44	86.3%	42	82.4%
	> 1 kali	7	13.7%	9	17.6%
	Total	51	100%	51	100%

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat dilihat distribusi subjek penelitian berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan, pendapatan, lamanya stroke dan frekuensi stroke. Dari 51 pasien, pada kelompok intervensi didapatkan distribusi jenis kelamin pasien stroke dengan afasia motorik dalam penelitian ini yang paling banyak adalah pria yaitu sebanyak 29 pasien (56,9%), sedangkan wanita sebanyak 22 pasien (43,1%). Berdasarkan umur, subjek penelitian yang berumur diatas 60 tahun sebanyak 26 pasien (51,0%), sedangkan yang berumur di bawah 60 tahun sebanyak 25 pasien (49,0%). Mayoritas subjek penelitian yang berpendidikan SD sebanyak 31 pasien (60,8%), dan yang berpendidikan SMP sebanyak 3 pasien (5,9%), SMA 8 pasien (15,7%) dan berpendidikan perguruan tinggi sebanyak 9 pasien (17,6%).

commit to user

Sebagian besar subjek penelitian yang berpenghasilan 1,6-2,5 juta yaitu berjumlah 26 pasien (51,0%), berpenghasilan 0,5–1,5 juta sebanyak 19 pasien (37,3%), sedangkan yang berpenghasilan 2,6–5 juta sebanyak 6 pasien (11,8%). Berdasarkan lamanya stroke, menunjukkan sebagian besar subjek penelitian lamanya stroke kurang dari 1 bulan yaitu sebanyak 32 pasien (62,7%), lamanya stroke antar 1–2 bulan sebanyak 7 pasien (13,7%), antara 2–3 bulan sebanyak 2 pasien (3,9%), sedangkan lamanya stroke lebih dari 3 bulan sebanyak 10 pasien (19,6%). Berdasarkan frekuensi serangan stroke dikategorikan menjadi dua kategori yaitu kategori 1 kali serangan stroke dan lebih 1 kali serangan stroke. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar subjek penelitian dengan kategori 1 kali serangan stroke yaitu sebanyak 42 pasien (82,4%), sedangkan sisanya sebanyak 9 pasien (17,6%) lebih dari 1 kali serangan stroke.

b. Karakteristik Informan

Karakteristik informan berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan dan penghasilan dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Karakteristik Informan berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan dan penghasilan.

No	Karakteristik Informan	Hasil Pengukuran	
		Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Jenis kelamin		
	Laki-laki	25	62,5
	Perempuan	15	37,5
	Total	40	100
2	Umur (Tahun)		
	< 35	9	22,5
	≥ 35	31	77,5
	Total	40	100
3	Pendidikan		
	Rendah (SD-SMP)	13	32,5
	Tinggi (SMA-PT)	27	7,5
	Total	40	100

No	Karakteristik Informan	Hasil Pengukuran	
		Jumlah (n)	Persentase (%)
4	Status Pernikahan		
	Belum menikah	15	37,5
	Menikah	25	62,5
	Total	100	100
5	Status Pekerjaan		
	Tidak bekerja	2	5
	Bekerja	38	95
	Total	40	100
6	Penghasilan		
	< UMR	6	15
	≥ UMR	34	85
	Total	40	100

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Berdasarkan Tabel 4.3 dapat dilihat distribusi karakteristik informan berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan, dan pendapatan. Dari 40 informan, diketahui bahwa sebagian besar informan berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 25 informan (62,5%) sedangkan perempuan sebanyak 15 informan (37,5%).

Umur informan dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu kelompok umur < 35 tahun dan ≥ 35 tahun, hal ini dikarenakan menurut Badan Pusat Statistik (BPS) ketenagakerjaan tahun 2017, usia paling produktif seseorang berusia 35 tahun. Distribusi kelompok berdasarkan umur < 35 tahun yaitu sebanyak 9 informan (22,5%) dan kelompok umur ≥ 35 tahun sebanyak 31 informan (77,5%). Pendidikan informan dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu kelompok berpendidikan rendah (SD-SMP) dan kelompok pendidikan tinggi (SMA-Perguruan Tinggi/PT). Pada kelompok yang berpendidikan rendah sebanyak 13 informan (32,5%) dan kelompok yang berpendidikan tinggi yaitu sebanyak 27 informan (67,5%).

Status pernikahan informan dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu kelompok belum menikah dan kelompok sudah menikah, dimana sebagian besar dari informan yaitu sebanyak 15 informan (37,5%) berstatus belum menikah dan kelompok yang berstatus menikah sebanyak 25 informan (62,5%). Pekerjaan informan dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu kelompok tidak bekerja dan kelompok bekerja. Pada kelompok tidak bekerja yaitu sebanyak 2 informan (5%) dan kelompok bekerja yaitu sebanyak 38 informan (95%).

Pendapatan informan dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu kelompok yang memiliki pendapatan di bawah UMR yaitu yang memiliki pendapatan $< \text{Rp. } 1.808.300$ dan kelompok yang memiliki pendapatan di atas UMR yang memiliki pendapatan $\geq \text{Rp. } 1.808.300$. Hal ini dikarenakan menurut Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2017, pendapatan perkapita di Indonesia pada saat ini sebanding dengan UMR yaitu sebesar Rp.1.808.300, untuk itu penulis menjadikan data tersebut menjadi batasan dalam pengkategorian pendapatan pada informan. Hasil penelitian menunjukkan dari 40 informan yang bekerja, sebanyak 6 informan (15%) memiliki pendapatan di bawah UMR sedangkan 34 informan (85%) memiliki pendapatan di atas UMR.

3. Hasil Analisis Penelitian

a. Hasil Analisis Penelitian Kuantitatif

Penelitian ini dilakukan pada 102 penderita stroke meliputi stroke perdarahan maupun non perdarahan yang telah diagnosa oleh dokter spesialis saraf dan diperkuat dengan pemeriksaan CT Scan kepala, yang diinterpretasi secara klinis oleh dokter ahli Radiologi dengan kelainan lesi di hemisfer kiri. Ada beberapa variabel demografis yang diukur untuk menggambarkan karakteristik subjek penelitian, yaitu jenis kelamin, umur, pendidikan, pendapatan, lamanya stroke, frekuensi serangan stroke dan dukungan keluarga. Analisis karakteristik subjek penelitian dapat diuraikan sebagai berikut: *commit to user*

1) Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti, yaitu variabel komunikasi fungsional, dukungan keluarga, tingkat kemandirian, kualitas hidup dan menghafal Al Quran, yang terdiri dari 102 penderita stroke dengan gangguan afasia motorik. Hasil analisis univariat karakteristik subjek dapat dilihat pada Tabel 4.4 berikut:

Tabel 4.4 Hasil Analisis variabel Komunikasi Fungsional

No	Dimensi komunikasi fungsional	Indikator komunikasi fungsional	Interval skor	Kategori	Hasil pengukuran	
					Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Ekpresi (E)	Ekpresi wajah, mata, suara, anggota gerak tubuh	0-8	Rendah	2	2
			9-16	Sedang	25	24,5
			17-24	Tinggi	75	73,5
			Total		102	100
2	Pemahaman (P)	Mendengar instruksi, mengerti, menganalisis, memahami intruksi secara penuh	0-8	Rendah	4	4
			9-16	Sedang	23	22,5
			17-24	Tinggi	75	73,5
			Total		102	100
3	Interaksi (I)	Interaksi dengan anggota tubuh, berinteraksi dan merespon lawan bicaranya	0-8	Rendah	5	4,9
			9-16	Sedang	22	21,6
			17-24	Tinggi	75	73,5
			Total		102	100

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Berdasarkan Tabel 4.4 dapat dilihat variabel kemampuan komunikasi fungsional yang terdiri tiga dimensi yaitu dimensi ekspresi, pemahaman dan dimensi interaksi, dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu kategori rendah (skor: 0-8), sedang (skor: 9-16) dan kategori tinggi (skor: 17-24). Dari 102 pasien, diketahui bahwa tingkat ekspresi dengan kategori rendah sebanyak 2 pasien (2%), kategori sedang sebanyak 25 pasien (24,5%) dan kategori tinggi sebanyak 75 pasien (73,5%). Dimensi ekspresi pada penderita stroke afasia motorik ditunjukkan dengan ekspresi wajah, mata, suara, dan ekspresi anggota gerak tubuh.

Dimensi pemahaman kemampuan komunikasi fungsional pada penderita stroke dengan kategori rendah sebanyak 4 pasien (4%), kategori sedang sebanyak 23 pasien (22,5%) dan kategori tinggi sebanyak 75 pasien (73,5%). Dimensi pemahaman pada penderita stroke afasia motorik ditunjukkan dengan mendengar instruksi, mengerti, menganalisis instruksi, dan memahami instruksi secara penuh. Dimensi interaksi kemampuan komunikasi fungsional pada penderita stroke dengan kategori rendah sebanyak 5 pasien (4,9%), kategori sedang sebanyak 22 pasien (21,6%) dan kategori tinggi sebanyak 75 pasien (73,5%). Dimensi interaksi pada penderita stroke afasia motorik ditunjukkan dengan interaksi anggota tubuh, berinteraksi dan merespon lawan bicaranya baik secara verbal maupun non verbal. Hal ini menunjukkan bahwa menghafal Al Quran surat At Thaha ayat 25-28 selama 3 bulan berturut-turut secara istiqomah dapat meningkatkan kemampuan komunikasi fungsional baik verbal maupun non verbal pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.

Tabel 4.5 Hasil Analisis variabel Dukungan Keluarga

No	Dimensi Dukungan Keluarga	Indikator Dukungan Keluarga	Interval skor	Kategori	Hasil pengukuran	
					Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Informasi	Informasi minum obat, kontrol, penggunaan alat bantu	15-30	Buruk	2	2
			31-50	Sedang	6	6
			51-75	Baik	94	92
			Total		102	100
2	Instrumentasi	Alat bantu kursi roda, alat dengar, membiyai pengobatan	15-30	Buruk	3	3
			31-50	Sedang	12	13
			51-75	Baik	87	84
			Total		102	100
3	Emosional	Kasih sayang, perhatian, tanggungjawab dan semangat	15-30	Buruk	3	3
			31-50	Sedang	10	10
			51-75	Baik	89	87
			Total		102	100
4	Penghargaan	Mendengrkan, musyawarah, eksistensi, mengingatkan dan mengoreksi	15-30	Buruk	4	4
			31-50	Sedang	7	7
			51-75	Baik	91	89
			Total		102	100

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Berdasarkan Tabel 4.5 dapat dilihat variabel dukungan keluarga yang terdiri empat dimensi yaitu dimensi informasi, instrumentasi, emosi dan dimensi penghargaan, dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu kategori buruk (skor:15-30), sedang (skor:31-50) dan kategori baik (skor:51-75). Dari 102 pasien, diketahui bahwa dukungan keluarga yang berupa informasi dengan kategori buruk sebanyak 2 pasien (2%), kategori sedang sebanyak 6 pasien (6%) dan kategori baik sebanyak 94 pasien (92%). Dukungan keluarga dengan kategori baik berarti keluarga selalu mendukung untuk

kesembuhan penderita stroke. Keluarga selalu memberikan dukungan sepenuh hati untuk mencapai kesembuhan yang optimal.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang paling baik adalah dukungan informasi dengan kategori “baik” sebanyak 94 pasien (92%). Indikator dukungan informasi antara lain meliputi: informasi minum obat, jadwal kontrol (berobat), informasi penggunaan alat bantu seperti kursi roda, tripot, wolker, alat bantu dengar dan lain sebagainya.

Persentase yang tertinggi kedua yaitu dukungan penghargaan dengan kategori “baik” sebanyak 91 pasien (89%). Indikator dukungan penghargaan seperti: selalu mendengarkan keluhan, musyawarah mufakat untuk memecahkan masalah, eksistensi, mengingatkan dan mengoreksi tentang pola hidup sehat, memberikan kritik yang membangun dan sebagainya, sehingga penderita stroke termotivasi untuk meningkatkan kesehatan dirinya.

Persentase dukungan keluarga yang ketiga adalah dukungan emosional dengan kategori “baik” sebanyak 89 pasien (87%). Indikator dukungan emosional meliputi: kasih sayang, empati, perhatian, tanggungjawab, semangat dan selalu memberi motivasi, sehingga penderita stroke dapat mempertahankan kondisi kesehatan psikologisnya dan lebih mudah menerima perubahan fisik serta mengontrol gejala emosi yang timbul. Dukungan emosi yang diberikan keluarga diharapkan sebagai energi penggerak bagi pasien dalam menjalankan suatu program terapi.

Dukungan keluarga yang keempat adalah dukungan instrumentasi dengan kategori “baik” sebanyak 87 pasien (84%). Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan yang praktis dan konkrit yang dapat menimbulkan tingkat kesembuhan untuk penderita stroke. Indikator dukungan instrumentasi meliputi: penggunaan alat bantu kursi roda, wolker, tripot (tongkat), alat dengar dan sebagainya, termasuk membiayai pengobatannya.

Tabel 4.6 Hasil Analisis Variabel Tingkat Kemandirian

No	Dimensi Kemandirian	Indikator Kemandirian	Interval skor	Kategori	Hasil Pengukuran	
					Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Makan-minum	Bila makan dipotong-potong, dibantu atau makan-minum sendiri	0-20	Tergantung total	-	-
			21-60	Tergantung berat	4	3
			61-75	Tergantung sedang	17	17
			76-85	Tergantung ringan	81	80
			86-100	Mandiri	-	-
	Total				102	100
2	Mandi	Mandi sendiri atau bantuan orang lain	0-20	Tergantung total	-	-
			21-60	Tergantung berat	4	4
			61-75	Tergantung sedang	15	15
			76-85	Tergantung ringan	83	81
			86-100	Mandiri	-	-
	Total				102	100
3	Merawat diri	Higiene personal (cuci muka, gosok gigi, menyisir rambut, memotong jenggot, dll)	0-20	Tergantung total	-	-
			21-60	Tergantung berat	3	3
			61-75	Tergantung sedang	13	13
			76-85	Tergantung ringan	86	84
			86-100	Mandiri	-	-
	Total				102	100
4	Berpakaian	Berpakaian (memakai tali sepatu, menutup retsleting)	0-20	Tergantung total	-	-
			21-60	Tergantung berat	3	3
			61-75	Tergantung sedang	17	17

No	Dimensi Kemandirian	Indikator Kemandirian	Interval skor	Kategori	Hasil Pengukuran	
					Jumlah (n)	Persentase (%)
			76-85	Tergantung ringan	82	80
			86-100	Mandiri	-	-
	Total				102	100
5	Buang air besar (BAB)	Mengontrol anus	0-20	Tergantung total	-	-
			21-60	Tergantung berat	4	4
			61-75	Tergantung sedang	16	16
			76-85	Tergantung ringan	82	80
			86-100	Mandiri	-	-
			Total			102
6	Buang air kecil (BAK)	Mengontrol kandung kemih	0-20	Tergantung total	-	-
			21-60	Tergantung berat	2	2
			61-75	Tergantung sedang	18	18
			76-85	Tergantung ringan	82	80
			86-100	Mandiri	-	-
			Total			102
7	Penggunaan toilet	Naik dan turun kloset, melepas/memakai pakaian, cebok, menyiram WC	0-20	Tergantung total	-	-
			21-60	Tergantung berat	3	3
			61-75	Tergantung sedang	16	16
			76-85	Tergantung ringan	83	81
			86-100	Mandiri	-	-
			Total			102
8	Transfer	Pindah dari kursi roda ke tempat tidur, dan	0-20	Terantung total	-	-
			21-60	Tergantung berat	4	3

No	Dimensi Kemandirian	Indikator Kemandirian	Interval skor	Kategori	Hasil Pengukuran	
					Jumlah (n)	Persentase (%)
		sebaliknya, duduk di tempat tidur	61-75	Tergantung sedang	12	13
			76-85	Tergantung ringan	86	84
			86-100	Mandiri	-	-
			Total		102	100
9	Mobilitas	Berjalan dipermukaan datar, mengayuh kursi roda sendiri	0-21	Tergantung total	-	-
			21-60	Tergantung berat	2	2
			61-75	Tergantung sedang	13	13
			76-85	Tergantung ringan	87	85
			86-100	Mandiri	-	-
			Total		102	100
10	Naik tangga	Naik dan turun tangga	0-20	Tergantung total	-	-
			21-60	Tergantung berat	2	2
			61-75	Tergantung sedang	17	17
			76-85	Tergantung ringan	83	81
			86-100	Mandiri	-	-
			Total		102	100

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Berdasarkan Tabel 4.6 di atas menunjukkan bahwa dari semua tingkat kemandirian pada penderita stroke dengan afasia motorik yaitu makan-minum, mandi, merawat diri, berpakaian, buang air besar (BAB), mengontrol anus, mengontrol kandung kemih, naik-turun WC/kloset, berpindah, mobilitas dan naik-turun tangga setelah dilakukan intervensi menghafal Al Quran dengan dukungan keluarga yang adekuat/baik, tidak ada yang sepenuhnya mandiri. Tingkat kemandirian dikategorikan menjadi 5 kategori yaitu kate-

gori tergantung total (skor: 0-20), tergantung berat (skor: 21-60), tergantung sedang (skor: 61-75), tergantung ringan (skor: 76-85) dan kategori mandiri (skor: 86-100), hampir semua tingkat kemandirian yang dicapai oleh pasien dalam kategori tergantung ringan dengan interval skor 76-85.

Indikator dari 102 pasien, yang mempunyai persentase paling tinggi sebanyak 87 pasien (85%), pada dimensi mobilitas seperti berjalan pada permukaan yang datar, berjalan dengan alat bantu tongkat atau wolker dan mengayuh kursi roda sendiri. Indikator yang kedua yaitu sebanyak 86 pasien (84%), pada dimensi transfer seperti pindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya, duduk di kursi dan duduk di tempat tidur.

Indikator yang ketiga pada dimensi “merawat diri” dengan indikator tergantung ringan sebanyak 86 pasien (83,9%), hal ini ditunjukkan dengan dapat menjaga kebersihan pribadi personal, seperti: cuci muka, cuci tangan, gosok gigi, menyisir rambut, memotong jenggot, memotong kuku, termasuk berwudhu dan lain sebagainya.

Indikator yang keempat pada dimensi “mandi” dengan kategori tergantung ringan sebanyak 81 pasien (82,4%), seperti mandi sendiri sedikit bantuan orang lain, dari menyiapkan handuk, mengguyur air ke seluruh badan dan meratakan sabun ke seluruh tubuh. Sedangkan dimensi “naik tangga dan penggunaan toilet” masing-masing sebanyak 81 pasien (82%) dan dimensi “makan-minum, berpakaian, BAB serta BAK” rata-rata dengan persentase (80%) sebanyak 81 pasien.

Tabel 4.7 Hasil Analisis Variabel Kualitas hidup

No	Dimensi Kualitas Hidup	Indikator Kualitas Hidup	Interval skor	Kategori	Hasil Pengukuran	
					Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Kesehatan fisik	Tidak ada rasa nyeri, dapat tidur pulas, dapat menikmati hidup	< 75	Kurang baik	13	13
			≥ 75	Baik	89	87
				Total	102	100
2	Kesehatan psikologis	Tidak ada rasa cemas, pikiran rilek, dapat konsentrasi dan fokus	< 75	Kurang baik	15	15
			≥ 75	Baik	87	85
				Total	102	100
3	Kesehatan sosial	Dapat berhubungan dengan keluarga, teman, masyarakat	< 75	Kurang baik	14	14
			≥ 75	Baik	88	86
				Total	102	100
4	Kesehatan lingkungan	Sarana-prasarana terjangkau, fasilitas kesehatan, ibadah memadai	< 75	Kurang baik	10	10
			≥ 75	Baik	92	90
				Total	102	100
5	Kesehatan spiritual	Kualitas ibadah, selalu bersyukur	< 75	Kurang baik	9	9
			≥ 75	Baik	93	91
				Total	102	100

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Berdasarkan Tabel 4.7 dapat dilihat variabel kualitas hidup yang terdiri lima dimensi yaitu dimensi kesehatan fisik, kesehatan psikologis, kesehatan sosial, kesehatan lingkungan dan kesehatan spiritual, dikategorikan menjadi dua kategori yaitu kategori kurang baik (skor: < 75) dan kategori baik (skor: ≥ 75). Dari 102 pasien, diketahui bahwa kualitas hidup

berupa kesehatan fisik dengan kategori kurang baik sebanyak 13 pasien (13%) dan kategori baik sebanyak 89 pasien (87%). Dimensi kesehatan fisik pada penderita stroke dengan afasia motorik ditunjukkan oleh tidak ada rasa nyeri dan baal di badan, dapat tidur pulas serta dapat menikmati hidup dengan baik.

Dimensi kesehatan psikologis dengan kategori kurang baik sebanyak 15 pasien (15%), dan kategori baik sebanyak 87 pasien (85%). Dimensi kesehatan psikologis penderita stroke dengan gangguan afasia motorik dapat ditunjukkan pada perasaan dan pikiran yang selalu tenang, rilek, jauh dari was-was dan khawatir, dapat mengendalikan emosi, mudah memaafkan kesalahan orang lain, dapat fokus dan konsentrasi. Dimensi Psikologis juga terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Kesejahteraan psikologis mencakup *bodily image* dan *appearance*, perasaan positif, perasaan negatif, *self esteem*, keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori, penampilan dan gambaran jasmani.

Dimensi kesehatan sosial dengan kategori kurang baik sebanyak 14 pasien (14%), dan kategori baik sebanyak 88 pasien (86%). Kesehatan sosial adalah suatu keadaan dimana seseorang dapat berinteraksi dengan orang lain di lingkungan sekitarnya, sehingga mampu untuk hidup bersama dengan masyarakat lingkungannya. Dimensi kesehatan sosial penderita stroke dengan gangguan afasia motorik dapat ditunjukkan pada jalinan (hubungan) silaturahmi dan persaudaraan yang baik dengan keluarga, teman, tetangga serta masyarakat.

Dimensi kesehatan lingkungan dengan kategori kurang baik sebanyak 10 pasien (10%), dan kategori baik sebanyak 92 pasien (90%). Dimensi kesehatan lingkungan penderita stroke dengan gangguan afasia motorik dapat

ditunjukkan oleh tersedianya sarana prasarana kebutuhan hidup sehari-hari, tempat ibadah dan fasilitas pelayanan kesehatan terjangkau serta memadai, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun ketrampilan, partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi serta kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim; serta transportasi. Dimensi Lingkungan juga berhubungan dengan tempat tinggal individu dan mencakup sumber ekonomi/financial.

Dimensi kesehatan spiritual dengan kategori kurang baik sebanyak 9 pasien (9%), dan kategori baik sebanyak 93 pasien (91%). Dimensi kesehatan spiritual penderita stroke dengan gangguan afasia motorik dapat ditunjukkan pada tingkat pemahaman agama yang bertambah, kualitas ibadah yang selalu meningkat, baik ibadah wajib maupun ibadah sunah, selalu mensyukuri nikmat dari Allah SWT, konaah menerima keadaan dirinya dengan lapang dada dan sabar ketika menerima musibah. Kesehatan spiritual juga mencakup bersihnya hati dari penyakit-penyakit hati seperti iri, dengki, sombong, takabur, keinginan untuk memperkaya diri dengan cara yang tidak halal dan lain-lain. Kesehatan spiritual lain yang paling penting yaitu dekatnya individu dengan sang penciptanya melalui rutinitas ibadah ritual keagamaan.

Dari hasil penelitian di atas kualitas hidup yang paling baik dan yang terjadi di lapangan adalah pada dimensi kesehatan spiritual, hal ini dikarenakan penderita stroke dengan afasia motorik lebih banyak punya kesempatan untuk mendengarkan dan melihat ceramah-ceramah keagamaan, baik lewat radio, TV, internet, handphone, youtube maupun lewat sarana yang lain, sehingga tingkat pemahaman agamanya meningkat maka secara otomatis tingkat ibadahnya juga meningkat.

Tabel 4.8 Hasil Analisis Dimensi Menghafal Al Quran

No	Dimensi Menghafal Al Quran	Indikator Menghafal Al Quran	Interval skor	Kategori	Nilai Pengukuran	
					Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Mengulang Menghafal Al Quran	Mengulang bacaan Al Quran	5-10	Tidak lancar	1	2,2
		minimal 25 kali dalam 1 ayat Al Quran	11-20	Sedang	2	3,3
			21-25	Lancar	48	94,5
2	Mendengarkan	Mendengarkan murattal dengan menghafal, mendengarkan langsung dari guru dan menirukan (metode talqin)	5-10	Tidak lancar	1	2,2
			11-20	Sedang	3	4,6
			21-25	Lancar	47	93,2
3	Mentadaburi	Menghayati isi kandungan Al Quran perkata, memahami makna kandungan Al Quran perayat	5-10	Tidak lancar	1	2,2
			11-20	Sedang	4	5,1
			21-25	Lancar	46	92,7

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Berdasarkan Tabel 4.8 di atas variabel menghafal Al Quran terdiri lima dimensi yaitu mengulang, mendengarkan, mentadaburi, dan dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu tidak lancar (skor:5-10), sedang (skor:11-20) dan lancar (skor:21-26). Hasil penelitian menunjukkan bahwa menghafal Al Quran pada penderita stroke dengan afasia motorik setelah dilatih menghafal Al Quran surat At Thaha ayat 25-28 pada kelompok intervensi selama 3 bulan secara istiqomah memperlihatkan nilai persentase

sebagai berikut: sebanyak 48 pasien dari 51 pasien (94%), yang berarti hampir semua pasien pada kategori lancar dalam menghafal Al Quran. Indikator menghafal Al Quran dengan cara mendengarkan yaitu mendengarkan langsung bacaan Al Quran dari guru/ustadnya kemudian menirukan dan menghafalnya (metode talqqi) nilai persentase sebanyak 47 pasien dari 51 pasien (93,2%) dengan kategori lancar, sedangkan menghafal Al Quran dengan metode mentadaburi ayat Al Quran yaitu mengerti arti dan memahami makna kandungan isi Al Quran, nilai persentase sebanyak 46 pasien dari 51 pasien (92,7%) dengan kategori lancar. Dilihat dari hasil penelitian di atas dapat disimpulkan bahwa nilai persentase metode menghafal Al Quran kategori lancar paling tinggi adalah metode dengan cara mengulang-ulang yaitu sebanyak 48 pasien dari 51 pasien (94%).

2) Analisis Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel bebas yaitu terapi medikamentosa, menghafal Al Quran dan dukungan keluarga terhadap variabel terikat yaitu komunikasi fungsional, tingkat kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik.

Derajat kepercayaan yang digunakan adalah 95% ($\alpha=0,05$). Jika p-value lebih kecil dari α ($p < 0,05$), artinya terdapat hubungan yang bermakna (signifikan) dari kedua variabel yang diteliti. Bila p-value lebih besar dari α ($p > 0,05$), artinya tidak terdapat hubungan bermakna antara kedua variabel yang diteliti.

a) Pengaruh Menghafal Al Quran terhadap Kemampuan Komunikasi Fungsional pada Penderita Stroke dengan Gangguan Afasia Motorik

Hasil analisis uji beda pengaruh menghafal Al Quran terhadap kemampuan komunikasi fungsional pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik dapat dilihat pada Tabel 4.9 di bawah ini:

Tabel 4.9 Perbedaan Kemampuan Komunikasi Fungsional antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Komunikasi Fungsional (KF)	Nilai Mean		p ^a
	Kelompok Kontrol	Kelompok Intervensi	
KF Minggu I	7.20 \pm 3.79	7.47 \pm 3.62	0.704
KF Minggu III	9.39 \pm 2.45	10.45 \pm 2.41	0.026
KF Minggu VI	11.82 \pm 1.74	13.53 \pm 2.43	0.000
KF Minggu IX	14.24 \pm 1.88	16.18 \pm 2.25	0.000
KF Minggu XII	17.16 \pm 1.80	19.35 \pm 2.27	0.000
p ^b	0.000	0.000	

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

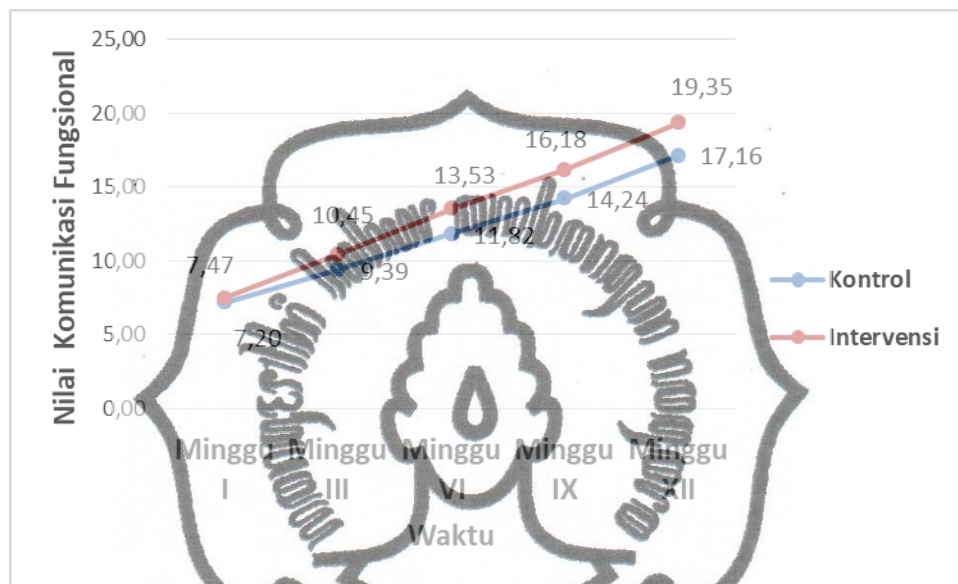
Keterangan

- a. Uji *mann whitney* (uji beda tidak berpasangan untuk data numerik tidak berdistribusi normal)
 b. Uji *friedman test* (uji beda berpasangan data untuk numerik tidak berdistribusi normal)

Berdasarkan Tabel 4.9 pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa kemampuan komunikasi fungsional pada minggu pertama rata-ratanya sebesar 7.20 \pm 3.79, kemudian pada minggu ke 3 kemampuan komunikasi fungsional meningkat, menjadi 9.39 \pm 2.45, pada minggu ke 6 kemampuan fungsional komunikasi meningkat, menjadi 11.82 \pm 1.74, pada minggu ke 9 kemampuan komunikasi fungsional meningkat, menjadi 14.24 \pm 1.88, dan pada minggu ke 12, kemampuan komunikasi fungsional meningkat, menjadi 17.16 \pm 1.80. Hasil uji beda peningkatan pada kelompok kontrol didapatkan nilai p = 0,000 (p < 0,05) yang berarti terdapat perubahan yang signifikan kemampuan komunikasi fungsional pada kelompok kontrol.

Pada kelompok perlakuan diketahui bahwa kemampuan komunikasi fungsional pada penilaian minggu pertama rata-ratanya 7.47 \pm 3.62, pada minggu ke 3 kemampuan komunikasi fungsional meningkat menjadi 10.45 \pm 2.41, pada minggu ke 6, kemampuan komunikasi fungsional meningkat menjadi 13.53 \pm 2.43, pada minggu ke 9, kemampuan komunikasi fungsional meningkat menjadi 16.18 \pm 2.25, dan pada minggu ke 12, kemampuan komunikasi fungsional meningkat rata-

ratanya menjadi 19.35 ± 2.27 . Hasil uji beda peningkatan pada kelompok intervensi didapatkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat perubahan yang signifikan kemampuan komunikasi fungsional pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.



Gambar 4.1 Diagram Garis Perbandingan Komunikasi Fungsional antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Berdasarkan Tabel 4.9 dan Gambar 4.1 diketahui bahwa peningkatan kemampuan komunikasi fungsional kelompok intervensi mengalami peningkatan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol diketahui pada minggu pertama, tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p=0,704$), mulai pada waktu minggu ke 3 sampai dengan minggu ke 12, menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p < 0,05$), dengan demikian pemberian intervensi menghafal Al Quran dan dukungan keluarga yang kuat sangat efektif dalam meningkatkan kemampuan komunikasi fungsional pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik. Kemampuan komunikasi fungsional pada penderita stroke dengan afasia motorik terdiri dari tiga skala yaitu Ekspresi (E), Pemahaman (U) dan Interaksi (I). Setiap skala terdiri dari 8 pertanyaan dengan rentang terendah 0 dan tertinggi 8. Nilai 0 berarti pasien tidak

mampu mengekspresikan kebutuhan, tidak ada pemahaman dan tidak ada interaksi/respon sama sekali. Nilai 8 pada masing-masing dimensi berarti penderita stroke dengan gangguan afasia motorik mampu menunjukkan ekspresinya, memahami apa yang ada disekitarnya dan mampu berinteraksi dengan orang lain. Kesimpulan yang diperoleh semakin tinggi nilai yang diperoleh maka akan menunjukkan kemampuan komunikasi fungsional yang lebih baik pada skala E, U dan I. Skor dari ketiga penilaian ekspresi, pemahaman dan interaksi adalah 0 – 24. Dari Tabel 4.9 dan Gambar 4.1 didapatkan skor/nilai kemampuan komunikasi fungsional penderita stroke pada kelompok kontrol sebesar 17.16 dan kelompok intervensi 19.35, hal ini menunjukkan bahwa dari kedua kelompok mengalami peningkatan dalam berekspresi, pemahaman atas instruksi, perintah, motivasi dan edukasi dari keluarga maupun orang lain. dalam berinteraksi dengan lingkungan juga mengalami peningkatan yang signifikan. Kenyataan di lapangan penderita stroke dengan afasia motorik setelah dilatih menghafal Al Quran surat At Thaha ayat 25-28 selama 3 bulan, sebagian besar responden dapat berkomunikasi verbal dengan baik, meskipun kadang belum lancar, masih ceder, lama dalam mengungkapkan kata-kata dan bahasanya pendek-pendek tetapi orang lain dapat memahaminya dengan baik.

b) Pengaruh Menghafal Al Quran terhadap Kemandirian pada Penderita Stroke dengan Gangguan Afasia Motorik

Hasil analisis uji beda pengaruh menghafal Al Quran terhadap tingkat kemandirian pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik dapat dilihat pada Tabel 4.10 di bawah ini:

Tabel 4.10 Perbedaan tingkat kemandirian antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Kemandirian (KM)	Nilai Mean		p ^a
	Kelompok Kontrol	Kelompok Intervensi	
KM Minggu I	39.71 \pm 18.59	37.73 \pm 18.47	0.463
KM Minggu III	46.55 \pm 14.38	50.88 \pm 12.41	0.109
KM Minggu VI	56.16 \pm 11.60	62.39 \pm 9.70	0.002
KM Minggu IX	65.47 \pm 11.10	74.75 \pm 9.78	0.000
KM Minggu XII	74.31 \pm 11.34	85.04 \pm 10.35	0.000
p ^b	0,000	0,000	

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

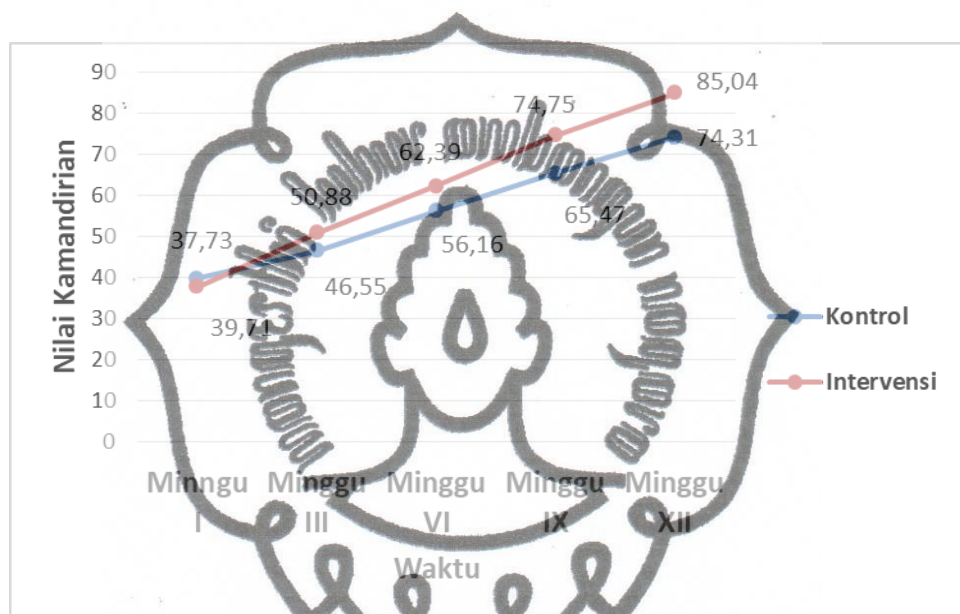
Keterangan

- a. Uji *mann whitney* (uji beda tidak berpasangan untuk data numerik tidak berdistribusi normal)
 b. Uji *friedman test* (uji beda berpasangan data untuk numerik tidak berdistribusi normal)

Berdasarkan Tabel 4.10 pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa berdasarkan skor kuesioner kemandirian pada penilaian minggu pertama, nilai rata-rata 39.71 \pm 18.59, kemudian pada penilaian minggu ke 3, tingkat kemandirian meningkat, nilai rata-ratanya menjadi 46.55 \pm 14.38, pada penilaian minggu ke 6, tingkat kemandirian meningkat, nilai rata-ratanya menjadi 56.16 \pm 11.60, pada penilaian minggu ke 9, tingkat kemandirian meningkat, nilai rata-ratanya menjadi 65.47 \pm 11.10, dan pada penilaian minggu ke 12, tingkat kemandirian meningkat, nilai rata-ratanya menjadi 74.31 \pm 11.34. Hasil uji beda peningkatan pada kelompok kontrol didapatkan nilai p = 0.000 (p < 0.05) yang berarti terdapat perubahan yang signifikan peningkatan kemandirian pada kelompok kontrol.

Pada kelompok perlakuan diketahui bahwa berdasarkan skor kuesioner kemandirian pada penilaian minggu pertama, nilai rata-rata 37.73 \pm 18.47, kemudian pada penilaian minggu ke 3, tingkat kemandirian meningkat, nilai rata-ratanya menjadi 50.88 \pm 12.41, pada penilaian minggu ke 6, tingkat kemandirian meningkat, nilai rata-ratanya menjadi 62.39 \pm 9.70, pada penilaian minggu ke 9, tingkat kemandirian meningkat, nilai

rata-ratanya menjadi 74.75 ± 9.78 , dan pada penilaian minggu ke 12, tingkat kemandirian meningkat, nilai rata-ratanya menjadi 85.04 ± 10.35 . Hasil uji beda tingkat kemandirian pada kelompok intervensi didapatkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat perubahan yang signifikan tingkat kemandirian pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.



Gambar 4.2 Diagram Garis Perbandingan Kemandirian antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Berdasarkan Tabel 4.10 dan Gambar 4.2 menunjukkan bahwa peningkatan kemandirian kelompok intervensi mengalami peningkatan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol dimana diketahui pada mulanya penilaian pada minggu pertama dan ketiga, tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p > 0.05$), mulai pada minggu ke 6 sampai dengan minggu ke 12 menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p < 0.05$), dengan demikian pemberian intervensi menghafal Al Quran dengan dukungan keluarga yang kuat, sangat efektif dalam meningkatkan kemandirian pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.

Aktivitas hidup sehari-hari (*Activities of Daily Living* = ADL) merupakan salah satu parameter fungsional dalam menilai outcome

stroke, yang meliputi 10 dimensi yang terdiri dari: fungsi mengontrol anus, mengontrol kandung kemih, perawatan diri, penggunaan toilet, makan-minum, transfer, mobilitas, berpakaian, naik-turun tangga, dan mandi. Nilai tingkat kemandirian: 0 - 20 (dependen total), 21- 60 (dependen berat), 61- 80 (dependen sedang), 81- 99 (dependen ringan), 100 (mandiri). Berdasarkan Tabel 4.11 dan Gambar 4.2 nilai tingkat kemandirian pada kelompok intervensi rata-rata 85, 04 sedangkan kelompok kontrol 74,31, hal menunjukkan kelompok intervensi pada interval 81-99 (tingkatan kemandirian tergantung ringan), sedangkan kelompok kontrol pada interval 61-80 (tingkatan kemandirian tergantung sedang). Temuan di lapangan penderita stroke dengan afasia motorik, setelah dilatih menghafal Al Quran surat At Thaha ayat 23-28 selama 3 bulan, tingkat kemandiriannya dapat ditunjukkan dengan aktivitas sehari-hari, misalnya makan-minum, mandi, memakai pakaian, menyisir rambut, menggosok gigi, mengontrol anus, mengontrol kandung kemih, berjalan di tempat yang datar, berpindah, naik-turun tangga dan ke toilet. Meskipun kadang-kadang tetap didampingi keluarganya agar penderita selalu merasa nyaman dan aman dari resiko jatuh dan terpeleset. Dukungan keluarga untuk memberikan kenyamanan fisik dan psikologis terus dilakukan agar penderita merasa dicintai, diperhatikan dan dihargai serta merupakan bagian dari jaringan masyarakat sehingga timbul kepercayaan diri dan semangat untuk sembuh, selalu berusaha menjalankan pola hidup sehat. Hal ini penting dilakukan untuk mengurangi resiko kekambuhan atau serangan stroke yang berulang.

c) Pengaruh Menghafal Al Quran terhadap Tingkat Kualitas Hidup pada Penderita Stroke dengan Gangguan Afasia Motorik

Hasil analisis uji beda pengaruh menghafal Al Quran terhadap kualitas hidup pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik dapat dilihat pada Tabel 4.11 di bawah ini:

Tabel 4.11 Perbedaan Kualitas Hidup Antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Kualitas Hidup (KH)	Nilai Mean		p ^a
	Kelompok Kontrol	Kelompok Intervensi	
K H Minggu I	37.10 \pm 11.21	36.24 \pm 11.49	0.691
K H Minggu III	40.98 \pm 9.86	48.75 \pm 13.43	0.001
K H Minggu VI	53.49 \pm 14.09	68.16 \pm 17.74	< 0.001
K H Minggu IX	70.75 \pm 19.83	88.43 \pm 19.42	< 0.001
K H Minggu XII	88.43 \pm 19.42	102.24 \pm 14.48	< 0.001
p ^b	0.000	0.000	

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

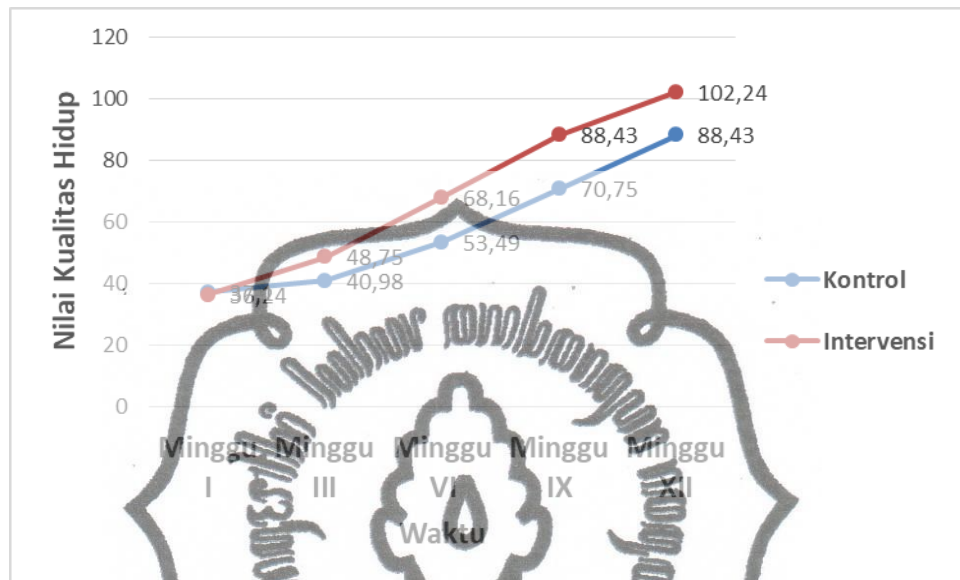
Keterangan

- a. Uji *mann whitney* (uji beda tidak berpasangan untuk data numerik tidak berdistribusi normal)
 b. Uji *friedman test* (uji beda berpasangan data untuk numerik tidak berdistribusi normal)

Berdasarkan Tabel 4.11 pada kelompok kontrol diketahui bahwa kualitas hidup pada minggu pertama, rata-rata 37.10 \pm 11.21, kemudian pada minggu ketiga, kualitas hidup meningkat menjadi 40.98 \pm 9.86, pada minggu keenam, kualitas hidup meningkat, nilai rata-ratanya menjadi 53.49 \pm 14.09, pada penilaian minggu kesembilan, skor kualitas hidup meningkat, nilai rata-ratanya menjadi 70.75 \pm 19.83, dan pada penilaian minggu duabelas, skor kualitas hidup meningkat, rata-ratanya menjadi 88.43 \pm 19.42. Hasil uji beda peningkatan pada kelompok kontrol didapatkan nilai p = 0,000 (p < 0,05) yang berarti terdapat perubahan yang signifikan peningkatan kualitas hidup pada kelompok kontrol.

Pada kelompok intervensi diketahui bahwa berdasarkan skor kualitas hidup pada minggu pertama, rata-rata 36.24 \pm 11.49, kemudian pada minggu ke 3, skor kualitas hidup meningkat, nilai rata-ratanya menjadi 48.75 \pm 13.43, pada penilaian minggu ke 6, skor kualitas hidup meningkat menjadi 68.16 \pm 17.74, pada penilaian minggu ke 9, skor kualitas hidup meningkat, nilai rata-ratanya menjadi 88.43 \pm 19.42, dan pada penilaian minggu ke 12, nilai rata-ratanya menjadi 102.24 \pm 14.48. Hasil uji beda tingkat kualitas hidup pada kelompok intervensi

didapatkan nilai $p = 0.000$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat perubahan yang signifikan peningkatan kualitas hidup pada kelompok intervensi.



Gambar 4.3 Diagram Garis Perbandingan Kualitas Hidup antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Berdasarkan Tabel 4.11 dan Gambar 4.3 menunjukkan bahwa peningkatan kualitas hidup pada kelompok intervensi mengalami peningkatan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol dimana diketahui pada minggu pertama tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p = 0,691$), mulai pada minggu ke 3 sampai dengan minggu ke 12 menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p < 0,05$). Dengan demikian pemberian intervensi menghafal Al Quran dengan dukungan keluarga yang kuat, sangat efektif dalam meningkatkan kualitas hidup pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.

Kualitas hidup penderita stroke dengan afasia motorik ada 5 dimensi, yaitu: kesehatan fisik, psikologis, sosial, lingkungan dan kesehatan spiritual. Temuan dilapangan setelah penderita stroke dilatih menghafal Al Quran surat At Thaha ayat 23-25 dengan dukungan keluarga yang kuat tampak nyata mereka lebih bersemangat untuk menjalani hidup dengan kondisi sekarang. Meskipun ada kekakuan dan

nyeri pada ekstremitas (alat gerak) baik tangan maupun kaki, mereka menyadari bahwa itu termasuk salah satu

gejala sakit stroke yang mesti terjadi. Secara emosional mereka cenderung menerima keadaanya dengan ikhlas, mampu menerima kenyataan, dapat mengendalikan emosinya berupa rasa sedih, marah, muak, takut, putus asa dan sebagainya. Meskipun ketika datang pertama kali ke rumah sakit mereka mudah emosi, marah, tidak bersemangat dan tidak mau menerima kenyataan.

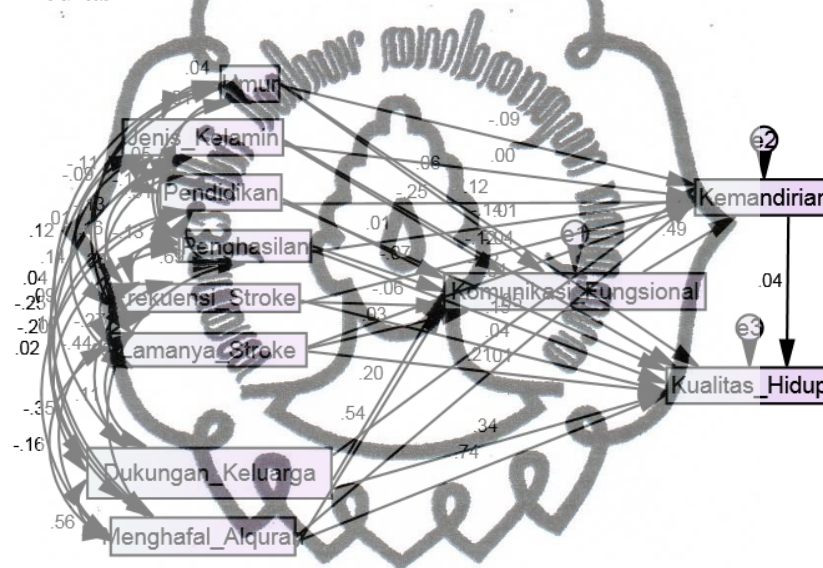
Kesehatan sosial dan lingkungan ditunjukkan, mereka mampu bersosialisasi, bercerita sekitar stroke dengan sesama penderita stroke tentang perkembangan, perjalanan sakit sampai sehatnya dan bercerita usaha selama ini yang sudah ditempuh untuk kesehatannya. Kesehatan sosial pada penderita stroke juga ditunjukkan mudah bergaul dengan masyarakat di sekelilingnya, dapat menerima keadaan dirinya dalam lingkungan tersebut dan dapat menerima segala peraturan yang berlaku dalam masyarakat itu dengan baik.

Sehat secara spiritual pada penderita stroke dengan afasia motorik berkaitan dengan kepercayaan dan praktik spiritual keagamaan, perbuatan baik secara pribadi, prinsip-prinsip tingkah laku dan cara mencapai kedamaian. Sehat secara spiritual dapat dikaitkan dengan ketaatan kepada Tuhan yang tertuang di dalam ajaran agama. Sehingga, mereka yang mendambakan sehat secara spiritual, mendapatkannya dalam keyakinan keagamaan. Kesehatan spiritual ini juga mencakup pemahaman tentang hidup setelah kematian seseorang. Kesehatan spiritual tercermin pada penderita stroke dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, mampu melakukan ibadah sunah selain ibadah wajib, mendengarkan ceramah-ceramah agama lewat *handphone*, *youtube*, dapat sholat berjamaah meskipun tetap didampingi keluarganya.

2) Analisis Multivariat (Analisis Jalur)

Analisis jalur dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh karakteristik responden, terapi medikamentosa, menghafal Al Quran, dan dukungan keluarga terhadap kemampuan komunikasi fungsional, tingkat kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik. Juga dilakukan analisis deskriptif kualitatif.

a) Analisis Jalur Pengaruh Karakteristik Responden terhadap Kualitas Hidup dengan Komunikasi Fungsional dan Kemandirian sebagai Mediasi



Gambar 4.4 Analisis Jalur Pengaruh Karakteristik Subjek, Menghafal Al Quran, dan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup dengan Komunikasi Fungsional dan Kemandirian sebagai Mediasi

Persamaan jalur:

$$Z1 = -5.320 + 0.228X1 + 2.445X2 + 0.016X3 - 1.122X4 + 0.022X5 - 0.257X6 - 0.348X7 + 0.062X8 + 1,91 e1$$

$$Z2 = -15.289 + 0.760X1 + 4.388X2 - 0.112X3 - 0.086X4 + 1.002X5 - 2.242X6 - 3.355X7 - 1.896X8 + 2.240 Z1 + 27,50 e2$$

$$Y = -159.515 + 2.401X1 + 21.284X2 + 0.017X3 - 1.209X4 - 0.162X5 - 0.992X6 + 1.401X7 + 0.148X8 + 0.058Z2 + 27,50 e3$$

commit to user

Keterangan:

Y	= Kualitas hidup
Z1	= Komunikasi Fungsional
Z2	= Kemandirian
X1	= Dukungan Keluarga
X2	= Menghafal Alquran
X3	= Umur
X4	= Jenis kelamin
X5	= Pendidikan
X6	= Penghasilan
X7	= Frekuensi Stroke
X8	= Lamanya Stroke

Tabel 4.12 Pengaruh Karakteristik Subjek, Menghafal Al Quran dan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup dengan Komunikasi Fungsional dan Kemandirian sebagai Mediasi

	Estimate (B)	S.E.	C.R.	P
Komunikasi Fungsional →				
Dukungan Keluarga	0.205	0.129	1.775	0.076
Menghafal Al Quran	0.540	0.515	4.749	0.000
Umur	0.060	0.024	0.670	0.503
Jenis Kelamin (Perempuan)	-0.247	0.534	-2.102	0.036
Pendidikan	0.012	0.235	0.093	0.926
Penghasilan	-0.074	0.537	-0.478	0.633
Frekuensi Stroke	-0.059	0.614	-0.566	0.571
Lamanya Stroke	0.033	0.195	0.320	0.749
Kemandirian →				
Dukungan Keluarga	0.149	0.504	1.509	0.131
Menghafal Al Quran	0.213	2.356	1.863	0.063
Komunikasi Fungsional	0.491	0.537	4.168	0.000
Umur	-0.092	0.091	-1.23	0.219
Jenis Kelamin(perempuan)	-0.004	2.116	-0.041	0.968
Pendidikan	0.118	0.893	1.122	0.262
Penghasilan	-0.143	2.046	-1.096	0.273
Frekuensi Stroke	-0.125	2.339	-1.434	0.151
Lamanya Stroke	-0.220	0.741	-2.559	0.010
Kualitas Hidup →				
Dukungan Keluarga	0.337	0.159	15.074	0.000
Menghafal Al Quran	0.738	0.713	29.851	0.000
Kemandirian	0.041	0.038	1.522	0.128
Umur	0.010	0.028	0.613	0.540
Jenis Kelamin(perempuan)	-0.014	0.638	-1.896	0.058

	Estimate (B)	S.E.	C.R.	P
Pendidikan	-0.045	0.28	-0.578	0.564
Penghasilan	0.037	0.643	-1.543	0.123
Frekuensi Stroke	0.012	0.741	1.891	0.059
Lamanya Stroke	-0.042	0.239	0.620	0.535

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Berdasarkan Tabel 4.12 dan Gambar 4.4 dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Variabel yang mempunyai pengaruh paling besar terhadap kemampuan komunikasi fungsional pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik adalah menghafal Al Quran ($B= 0.540$; $SE= 0.129$; $p= 0,000$) dan jenis kelamin ($B= -0.247$; $SE= 0.534$; $p= 0,036$) sedangkan untuk umur ($B= 0.060$; $SE= 0.024$; $p= 0.503$), pendidikan ($B= 0.012$; $SE= 0.235$; $p= 0.926$), penghasilan ($B= -0.074$; $SE= 0.537$; $p= 0.633$), frekuensi serangan stroke ($B= -0.059$; $SE= 0.614$; $p= 0.571$), lamanya serangan stroke ($B= 0.033$; $SE= 0.195$; $p= 0.749$) dan dukungan keluarga ($B= 0.205$; $SE= 0.129$; $p= 0.076$) tidak berpengaruh signifikan terhadap peningkatan komunikasi fungsional. Pengaruh menghafal Al Quran berpengaruh positif, dimana sering menghafal Al Quran maka semakin baik kemampuan komunikasi fungsionalnya. pasien dengan jenis kelamin perempuan cenderung memiliki komunikasi fungsional lebih rendah dari pada laki-laki.
2. Variabel yang mempunyai pengaruh paling besar terhadap tingkat kemandirian pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik adalah komunikasi fungsional ($B= 0.491$; $SE= 0.537$; $p= 0.000$) dibandingkan dengan lamanya serangan stroke ($B=-0.220$; $SE= 0.741$; $p=0.010$), sedangkan untuk umur ($B=-0.092$; $SE= 0.091$; $p=0.219$), jenis kelamin ($B=-0.004$; $SE= 2.116$; $p=0.968$), pendidikan ($B=0.118$; $SE=0.893$; $p=0.262$), penghasilan ($B=-0.143$; $SE=2.046$; $p=0.273$), frekuensi serangan stroke ($B=-0.125$; $SE=2.339$; $p=0.151$), menghafal Al Quran ($B=0.213$; $SE=2.356$; $p=0.063$) dan dukungan keluarga ($B=0.149$;

SE=0.504; $p=0.131$) tidak berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemandirian. Pengaruh kemampuan komunikasi fungsional positif terhadap tingkat kemandirian dimana semakin baik komunikasi fungsional semakin baik pula tingkat kemandirian pada penderita stroke, sedangkan lama serangan stroke berpengaruh negatif di mana semakin lama serangan stroke semakin rendah kemampuan tingkat kemandirian pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.

3. Variabel yang mempunyai pengaruh paling besar terhadap kualitas hidup pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik adalah menghafal Al Quran ($B=0.738$; $SE=0.713$; $p=0.000$) dibandingkan dengan dukungan keluarga ($B=0.337$; $SE=0.159$; $p=0.000$), sedangkan untuk umur ($B=0.010$; $SE=0.028$; $p=0.540$), jenis kelamin ($B=-0.042$; $SE=0.638$; $p=0.058$), pendidikan ($B=-0.014$; $SE=0.280$; $p=0.564$), penghasilan ($B=-0.045$; $SE=0.643$; $p=0.123$), frekuensi serangan stroke ($B=0.037$; $SE=0.741$; $p=0.059$), lamanya serangan stroke ($B=0.012$; $SE=0.239$; $p=0.535$) dan tingkat kemandirian ($B=0.041$; $SE=0.038$; $p=0.128$) tidak berpengaruh signifikan terhadap kualitas hidup. Pengaruh menghafal Al Quran positif terhadap kualitas hidup dimana semakin baik menghafal Al Quran semakin baik pula kualitas hidup penderita stroke. Pengaruh dukungan keluarga positif terhadap kualitas hidup dimana semakin baik dukungan keluarga semakin baik pula kualitas hidup penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.
4. Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa pengaruh langsung variabel menghafal Al Quran ($B=0.738$; $SE=0.713$; $p=0.000$) dan dukungan keluarga ($B=0.337$; $SE=0.159$; $p=0.000$) terhadap kualitas hidup lebih baik, tanpa harus melalui komunikasi fungsional dan kemandirian sebagai mediasi. Sedangkan variabel yang berpengaruh terhadap komunikasi fungsional adalah menghafal Al Quran ($B=0.540$; $SE=0.129$; $p=0.000$) dan jenis kelamin ($B=-0.247$; $SE=0.534$; $p=0.036$), dan variabel yang berpengaruh terhadap kemandirian adalah komunikasi fungsional ($B=0.491$; $SE=0.537$; $p=0.000$) dan lamanya

serangan stroke ($B=-0.220$; $SE=0.741$; $p=0.010$).

b) Uji Kelayakan Model (*Goodness of Fit Model*)

Hasil evaluasi nilai *goodness of fit* dari model penelitian analisis jalur pengaruh karakteristik responden terhadap kualitas hidup dengan komunikasi fungsional dan kemandirian sebagai mediasi yang dilakukan dapat dilihat pada Tabel 4.8 berikut ini:

Tabel 4.13 Hasil Penghitungan *Goodness Of Fit*

Kriteria	Control of value	Hasil	Keterangan
X^2 (Chi-Square)	Diharapkan kecil	0,814	Baik
Df	Positif	1	Baik
CMIN/DF	$\leq 2.0 / \leq 3.0$	0.814	Baik
GFI	≥ 0.900	1.000	Baik
AGFI	≥ 0.900	0.987	Baik
CFI	≥ 0.900	1.000	Baik
RMSEA	≤ 0.080	0.000	Baik
TLI	≥ 0.950	1.134	Baik

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Nilai X^2 (*Chi-Square*) diharapkan mendapatkan nilai yang rendah maka akan mengindikasikan tidak ada perbedaan yang signifikan antara matriks kovarian data dan matriks kovarian yang diestimasi. Nilai X^2 (*Chi-Square*) pada penelitian ini sebesar 0,814.

Normed Chi-Square (CMIN/DF) adalah ukuran yang diperoleh dari nilai *Chi-Square* dibagi dengan *degree of freedom*. Indeks ini merupakan indeks kesesuaian *parsimonious* yang mengukur hubungan *goodness-of-fit* model dengan jumlah koefisien-koefisien estimasi yang diharapkan untuk mencapai tingkat kesesuaian. Nilai CMIN/DF pada model ini adalah 0,814 menunjukkan bahwa model penelitian ini *fit*.

commit to user

Goodness of Fit Index (GFI) mencerminkan tingkat kesesuaian model secara keseluruhan yang dihitung dari residual kuadrat dari model yang diprediksi dibandingkan data yang sebenarnya. Nilai yang mendekati 1 mengisyaratkan model yang diuji memiliki kesesuaian yang baik. Dengan tingkat penerimaan yang direkomendasikan $> 0,9$, dapat disimpulkan bahwa model memiliki tingkat kesesuaian yang baik dengan nilai GFI sebesar 1,000.

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) adalah GFI yang disesuaikan dengan rasio antara *degree of freedom* dari model yang diusulkan dan *degree of freedom* dari *null model*. Nilai AGFI dalam model ini adalah 0,987 menunjukkan tingkat kesesuaian yang baik.

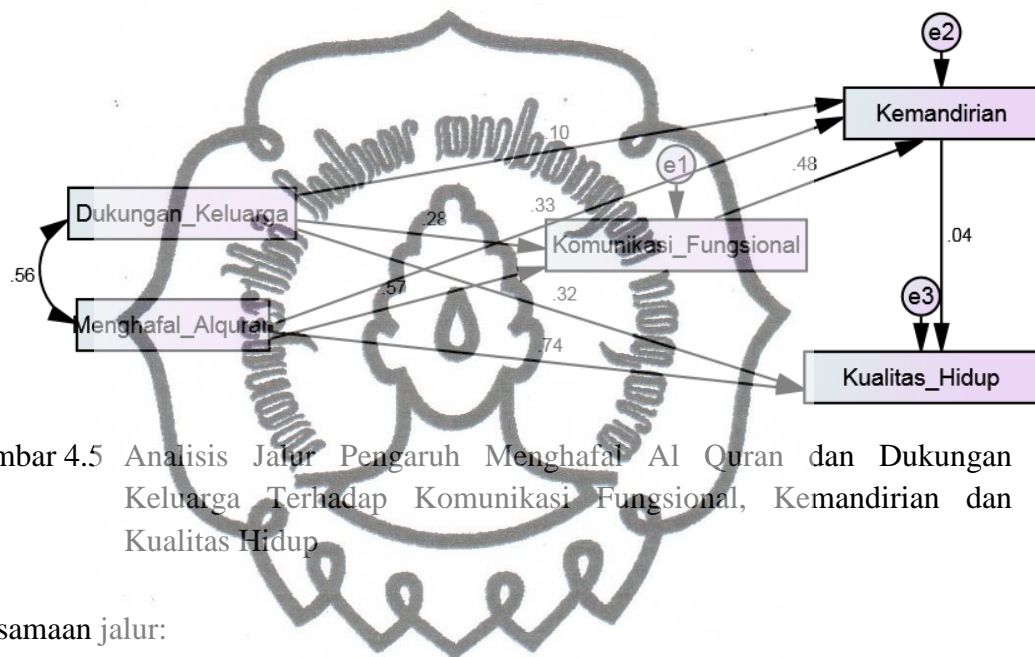
Comparative Fit Index (CFI) adalah indeks kesesuaian *incremental* yang membandingkan model yang diuji dengan *null model*. Indeks ini sangat dianjurkan untuk dipakai karena indeks ini relatif tidak sensitif terhadap besarnya sampel dan kurang dipengaruhi oleh kerumitan model. Dengan memperhatikan nilai yang direkomendasikan $\geq 0,9$, maka nilai CFI sebesar 1,000 menunjukkan bahwa model ini memiliki kesesuaian yang baik.

The Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) adalah indeks yang digunakan untuk mengkompensasi nilai *Chi-Square* dalam sampel yang besar. Nilai penerimaan yang direkomendasikan $\leq 0,080$, maka nilai RMSEA sebesar 0,000 menunjukkan tingkat kesesuaian yang baik.

Tucker Lewis Index (TLI) merupakan alternatif *incremental fit index* yang membandingkan model yang diuji dengan *baseline model*. TLI merupakan indeks kesesuaian model yang kurang dipengaruhi oleh ukuran sampel. Nilai yang direkomendasikan $\geq 0,9$, dapat disimpulkan bahwa model menunjukkan tingkat kesesuaian yang baik dengan nilai TLI sebesar 1,134.

Berdasarkan keseluruhan pengukuran *goodness-of-fit* tersebut di atas mengindikasikan bahwa model yang diajukan dalam penelitian dapat diterima.

c) Analisis Jalur Pengaruh Menghafal Al Quran dan Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup dengan Komunikasi Fungsional dan Kemandirian sebagai Mediasi



Gambar 4.5 Analisis Jalur Pengaruh Menghafal Al Quran dan Dukungan Keluarga Terhadap Komunikasi Fungsional, Kemandirian dan Kualitas Hidup

Persamaan jalur:

$$Z1 = -13.250 + 0.309X1 + 2.584X2 + 2.13 e1$$

$$Z2 = -21.843 + 0.760X1 + 4.388X2 + 2.240 Z1 + 33.27 e2$$

$$Y = -153.757 + 2.306X1 + 21.337X2 + 0.060Z2 + 3.46 e3$$

Keterangan:

Y = Kualitas hidup

Z1 = Komunikasi Fungsional

Z2 = Kemandirian

X1 = Dukungan Keluarga

X2 = Menghafal Alquran

Tabel 4.14 Pengaruh Menghafal Al Quran dan Dukungan Keluarga Terhadap Komunikasi Fungsional, Kemandirian dan Kualitas Hidup

	Estimate (B)	S.E.	C.R.	P
Komunikasi Fungsional →				
Dukungan Keluarga	0.277	0.123	2.508	0.012
Menghafal Al Quran	0.571	0.500	5.173	0.000
Kemandirian →				
Dukungan Keluarga	0.103	0.521	1.01	0.312
Menghafal Al Quran	0.333	2.464	2.792	0.005
Komunikasi Fungsional	0.478	0.563	3.876	0.000
Kualitas Hidup →				
Dukungan Keluarga	0.324	0.164	14.048	0.000
Menghafal Al Quran	0.740	0.808	26.416	0.000
Kemandirian	0.043	0.040	1.518	0.129

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Tabel 4.15 Koefisien Jalur

Koefisien Jalur	Variabel Intervening	Direct Effect	Indirect effect	Total effect
Dukungan Keluarga → Komunikasi fungsional		0.277		0.277
Menghafal Al Quran → Komunikasi fungsional		0.571		0.571
Dukungan Keluarga → Kemandirian	Komunikasi fungsional	0.103	0.132	0.235
Menghafal Al Quran → Kemandirian	Komunikasi fungsional	0.333	0.273	0.607
Dukungan Keluarga → Kualitas Hidup	Komunikasi fungsional dan kemandirian	0.324	0.010	0.334
Menghafal Al Quran → Kualitas Hidup	Komunikasi fungsional dan kemandirian	0.740	0.026	0.766
Komunikasi fungsional → Kemandirian		0.478		0.478
Komunikasi fungsional → kualitas hidup	Kemandirian		0.021	0.021
Kemandirian → Kualitas Hidup		0.043		0.043

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Berdasarkan Tabel 4.14 dan Tabel 4.15 serta Gambar 4.5 dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Variabel yang mempunyai pengaruh paling besar terhadap perbaikan kemampuan komunikasi fungsional pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik adalah menghafal Al Quran (B= 0.571;

SE=0.500; $p=0.000$) dibandingkan dengan dukungan keluarga ($B=0.277$; SE=0.123; $p=0.012$)

2. Variabel komunikasi fungsional ($B=0.478$; SE=0.563; $p=0.000$) lebih berpengaruh terhadap kemandirian dibandingkan dengan menghafal Al Quran ($B=0.333$; SE=2.464; $p=0.005$) dan dukungan keluarga ($B=0.103$; SE=0.521; $p=0.312$) dengan demikian komunikasi fungsional mempunyai pengaruh paling besar terhadap tingkat kemandirian pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik, sedangkan dukungan keluarga secara tidak berpengaruh signifikan.
3. Variabel yang mempunyai pengaruh paling besar terhadap kualitas hidup pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik adalah menghafal Al Quran ($B=0.740$; SE=0.808; $p=0.000$) dibandingkan dengan dukungan keluarga ($B=0.324$; SE=0.164; $p=0.000$) sedangkan kemandirian ($B=0.060$; SE=0.043; $p=0.129$) tidak berpengaruh signifikan terhadap kualitas hidup.
4. Berdasarkan uraian di atas dapat diketahui bahwa pengaruh langsung variabel menghafal Al Quran dan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup lebih baik, tanpa harus melalui komunikasi fungsional dan tingkat kemandirian sebagai mediasi.

d) Uji Kelayakan Model (*Goodness of Fit Model*)

Hasil evaluasi nilai *goodness of fit* dari model penelitian analisis jalur pengaruh menghafal al quran dan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup dengan komunikasi fungsional dan kemandirian sebagai mediasi yang dilakukan dapat dilihat pada Tabel 4.8 berikut ini:

Tabel 4.15 Hasil Penghitungan *Goodness Of Fit*

Kriteria	Control of value	Hasil	Keterangan
X^2 (Chi-Square)	Diharapkan kecil	0.247	Baik
Df	Positif	1	Baik
CMIN/DF	$\leq 2.0 / \leq 3.0$	0.247	Baik
GFI	≥ 0.900	0.998	Baik
AGFI	≥ 0.900	0.967	Baik
CFI	≥ 0.900	1.000	Baik
RMSEA	≤ 0.080	0.000	Baik
TLI	≥ 0.950	1.023	Baik

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Nilai X^2 (*Chi-Square*) diharapkan mendapatkan nilai yang rendah maka akan mengindikasikan tidak ada perbedaan yang signifikan antara matriks kovarian data dan matriks kovarian yang diestimasi. Nilai X^2 (*Chi-Square*) pada penelitian ini sebesar 0.247.

Normed Chi-Square (CMIN/DF) adalah ukuran yang diperoleh dari nilai *Chi-Square* dibagi dengan *degree of freedom*. Indeks ini merupakan indeks kesesuaian *parsimonious* yang mengukur hubungan *goodness-of-fit* model dengan jumlah koefisien-koefisien estimasi yang diharapkan untuk mencapai tingkat kesesuaian. Nilai CMIN/DF pada model ini adalah 0,247 menunjukkan bahwa model penelitian ini *fit*.

Goodness of Fit Index (GFI) mencerminkan tingkat kesesuaian model secara keseluruhan yang dihitung dari residual kuadrat dari model yang diprediksi dibandingkan data yang sebenarnya. Nilai yang mendekati 1 mengisyaratkan model yang diuji memiliki kesesuaian yang baik. Dengan tingkat penerimaan yang direkomendasikan $>0,9$, dapat disimpulkan bahwa model memiliki tingkat kesesuaian yang baik dengan nilai GFI sebesar 0,998.

commit to user

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) adalah GFI yang disesuaikan dengan rasio antara *degree of freedom* dari model yang diusulkan dan *degree of freedom* dari *null model*. Nilai AGFI dalam model ini adalah 0,967 menunjukkan tingkat kesesuaian yang baik.

Comparative Fit Index (CFI) adalah indeks kesesuaian *incremental* yang membandingkan model yang diuji dengan *null model*. Indeks ini sangat dianjurkan untuk dipakai karena indeks ini relatif tidak sensitif terhadap besarnya sampel dan kurang dipengaruhi oleh kerumitan model. Dengan memperhatikan nilai yang direkomendasikan $\geq 0,9$, maka nilai CFI sebesar 1,000 menunjukkan bahwa model ini memiliki kesesuaian yang baik.

The Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) adalah indeks yang digunakan untuk mengkompensasi nilai *Chi-Square* dalam sampel yang besar. Nilai penerimaan yang direkomendasikan $\leq 0,080$, maka nilai RMSEA sebesar 0,000 menunjukkan tingkat kesesuaian yang baik.

Tucker Lewis Index (TLI) merupakan alternatif *incremental fit index* yang membandingkan model yang diuji dengan *baseline model*. TLI merupakan indeks kesesuaian model yang kurang dipengaruhi oleh ukuran sampel. Nilai yang direkomendasikan $\geq 0,9$, dapat disimpulkan bahwa model menunjukkan tingkat kesesuaian yang baik dengan nilai TLI sebesar 1,023.

Berdasarkan keseluruhan pengukuran *goodness-of-fit* tersebut di atas mengindikasikan bahwa model yang diajukan dalam penelitian dapat diterima.

b. Hasil Analisis Penelitian Kualitatif

1) Hasil analisis review dokumen

Adapun hasil review dokumen informan dari *medical record* adalah sebagai berikut:

commit to user

Tabel 4.16 Hasil Review Dokumen

No	Pertanyaan Telusur <i>Medical Record</i>	Hasil telusur <i>Medical Record</i>
1	Bagaimana pengaruh jenis kelamin terhadap kejadian stroke dengan afasia motorik?	<ul style="list-style-type: none"> a. Jenis kelamin tidak ada hubungannya terhadap kejadian stroke dengan afasia motorik (Tn B, 55Th) b. Penyakit stroke tidak ada kaitannya dengan jenis kelamin (Tn J, 61Th) c. Penyakit stroke punya peluang yang sama baik terhadap pria maupun wanita (Ny T, 56Th).
2	Bagaimana pengaruh umur terhadap kejadian stroke dengan afasia motorik ?	<ul style="list-style-type: none"> a. Umur berpengaruh terhadap kejadian stroke (Tn M, 45Th) b. Umur semakin tua semakin resiko terkena stroke (Tn K, 65Th) c. Umur ada kaitannya dengan kejadian stroke, biasanya di atas 50 tahun punya resiko terkena stroke (Tn U, 59Th).
3	Bagaimana pengaruh pendidikan terhadap kejadian stroke dengan afasia motorik ?	<ul style="list-style-type: none"> a. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kejadian stroke (Tn I, 45Th) b. Semakin pendidikan tinggi, semakin rendah resiko terkena stroke (Tn A, 72Th). c. Pendidikan semakin tinggi, pengetahuannya semakin luas, sehingga resiko terkena stroke semakin kecil (Tn H, 60Th)
4	Bagaimana Pengaruh penghasilan terhadap kejadian stroke dengan afasia motorik ?	<ul style="list-style-type: none"> a. Penghasilan akan berpengaruh pada kejadian stroke, penghasilan akan mempengaruhi gaya hidup dan gaya hidup akan berpengaruh terhadap kejadian stroke (Tn T, 55Th) b. Besarnya penghasilan yang semakin tinggi, peluang stroke juga semakin tinggi, karena akan merubah gaya hidup yang tidak sehat (Tn S, 59Th) c. Penghasilan rendah, maka resiko stres tinggi, tingkat stres juga dapat menyebabkan stroke (Tn S, 65Th).

Sumber: Hasil Telusur *Medical Record* Data Penelitian Model
Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Dari Tabel 4.16 di atas menunjukkan bahwa distribusi karakteristik informan berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan dan penghasilan berpengaruh terhadap kejadian stroke dengan afasia motorik. Review dokumen dilakukan lewat pelacakan/telusur *medical record* (rekam medis) pada pasien stroke dengan afasia motorik. *Medical record* (rekam medis) adalah keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik, laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat. Dari review dokumen ditemukan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap kejadian stroke, baik laki-laki maupun perempuan mempunyai peluang yang sama untuk terkena stroke. Umur sangat berpengaruh terhadap kejadian stroke, semakin usianya tua mempunyai peluang yang lebih besar terkena stroke dibandingkan usia muda, karena usia tua cenderung organ-organ tubuhnya mengalami penurunan fungsi, sehingga penyakit-penyakit degeneratif mulai muncul, seperti hipertensi, hiperkolesterol, dislipidemia dan sebagainya. Hipertensi dan dislipidemia ini penyebab terbesar terjadinya serangan stroke. Pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya stroke, semakin tinggi pendidikan seseorang, pengetahuan dan pemahaman tentang ilmu kesehatan juga semakin luas, sehingga seseorang dengan pendidikan tinggi mampu merubah perilaku, gaya hidup yang lebih sehat, sedangkan sehat itu sendiri adalah cerminan dari gaya hidup. Penghasilan juga berpengaruh terhadap kejadian stroke. Seseorang dengan penghasilan yang tinggi cenderung mempunyai gaya hidup yang kurang sehat, terutama pola makan yang kurang terkontrol. Pola makan yang tidak terkontrol terutama makan-makanan yang mengandung kolesterol tinggi seperti daging kambing, sapi, kuning telur, dan sebagainya. Makanan yang tinggi kolesterol akan menyebabkan seseorang kolesterol dalam darahnya tinggi (hiperkolesterol), dan hiperkolesterol ini akan memicu terjadinya serangan stroke.

Tabel 4.17 Hasil Review Dukumen interpretasi CT Scan ulang

No	Pertanyaan telusur <i>medical record</i> hasil CT Scan ulang	Hasil telusur <i>medical record</i>
1	Kelompok Intervensi Bagaimana hasil CT Scan pada penderita stroke dengan afasia motorik setelah dilakukan intervensi terapi medikamentosa, menghafal Al Quran dan dukungan keluarga?	<ul style="list-style-type: none"> c. Tampak adanya perbaikan yang mendasar pada daerah broca dibandingkan hasil CT Scan lama (Tgl 14/12/2017) (Ny S, 57Th), d. Tampak adanya perbaikan pada daerah lobus frontalis dan ventrikel lateral sinistra dibanding dengan CT scan lama (Tgl 4/11/2017) (Ny T, 49Th), e. Tampak ada perbaikan pada daerah capsula externa sinistra dan sekitar area broca. f. Tampak perbaikan lesi pada daerah lobus frontalis sinistra dan sebagian area broca dibandingkan foto lama (Tgl 17/10/2017) (Tn K, 61 Th), g. Tampak ada perbaikan pada daerah ventrikel lateralis sinistra dan sekitar area broca dibandingkan foto lama (Tgl 2/11/2017) (Tn. S, 59Th), h. Tampak perbaikan pada area broca (Ny W, 62Th), i. Tampak perbaikan pada daerah lobus frontalis sinistra (Ny E, 63Th) j. Tampak perbaikan pada daerah lobus frontalis sinistra dan sebagian lobus parietal sinistra (Tn T, 57Th), k. Tampak perbaikan infark lakuner pada nukleus lentiformis sinistra dibandingkan foto lama (Tgl 26/10/2017) (Ny S, 61 Th), l. Tampak perbaikan pada daerah ganglia basalis sinistra dan sekitarnya dibanding hasil CT Scan lama (18/11/2017) (Tn M, 57 Th), m. Tampak perbaikan lesi pada daerah hemisfer sinistra, terutama di area broca dibandingkan foto lama (Tgl 3/10/2017) (Tn K, 49 Th), n. Tampak perbaikan Lesi hiperdense di temporalis kiri dibandingkan hasil CT Scan tgl 23/10/2017 (Tn K, 60Th).

No	Pertanyaan telusur <i>medical record</i> hasil CT Scan ulang	Hasil telusur <i>medical record</i>
2	Kelompok Kontrol Bagaimana hasil CT Scan pada penderita stroke dengan afasia motorik setelah dilakukan intervensi terapi medikamentosa dan dukungan keluarga?	<p>a. Tampak perbaikan lesi pada daerah hemisfer sinistra, terutama di area broca dibandingkan foto lama (Tgl 3/10/2017) (Tn P, 65 Th),</p> <p>b. Tampak adanya perbaikan yang mendasar pada daerah broca dibandingkan foto lama (Tgl 14/12/2017) (Ny E, 59Th),</p> <p>c. Tampak adanya perbaikan pada daerah lobus frontalis dan ventrikel lateral sinistra dibanding dengan CT scan lama (Tgl 4/11/2017) (Ny W, 50 Th),</p> <p>d. Tampak ada perbaikan pada daerah capsula externa sinistra dan sekitar area broca.</p> <p>e. Tampak perbaikan lesi pada daerah lobus frontalis sinistra dan sebagian area broca dibandingkan foto lama (Tgl 17/12/2017) (Tn L, 63 Th),</p> <p>f. Tampak perbaikan lesi pada hemisfer kiri pada lobus frontalis dan sekitar area broca (Tgl 23/11/2017, Ny L, 57 Th).</p>
Sumber:		Hasil Telusur <i>Medical Record</i> Dukumen CT Scan Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Berdasarkan Tabel 4.17 menunjukkan hasil CT Scan pada penderita stroke dengan afasia motorik setelah dilakukan terapi medikamentosa, intervensi menghafal Al Quran dan dukungan keluarga selama tiga bulan secara rutin mengalami perbaikan pada daerah hemisfer kiri, lobus frontalis terutama area broca, di mana daerah broca merupakan pusat bahasa dan komunikasi. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan sel-sel otak mengalami neuroplastisitas dan neurogenesis (reorganisasi sel-sel otak) sehingga sel-sel saraf pada area broca mengalami perbaikan. Hasil CT Scan kepala dari temuan deskriptif kualitatif memperlihatkan perbaikan lesi pada daerah hemisfer sinistra lobus frontalis, terutama di area broca.

2) Hasil analisis wawancara mendalam dan FGD

Adapun hasil analisis wawancara mendalam dan *focus group discussion* (FGD) dengan keluarga pasien dan penderita stroke yang sudah mengalami perbaikan kemampuan komunikasi verbalnya adalah sebagai berikut:

Tabel 4.18 Hasil Analisis Wawancara Mendalam dan FGD

No	Pertanyaan pengaruh antar dimensi penelitian kualitatif	Hasil pengutipan
1	Bagaimana pengaruh jenis kelamin dengan komunikasi fungsional, kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik?	<p>a. Jenis kelamin pria lebih cepat sembuh dibanding wanita sehingga dapat lebih cepat bicara dan kemandirian dan kualitas hidupnya lebih baik (Ny S, 67Tn),</p> <p>b. Pria punya tanggungjawab yang besar terhadap keluarga sehingga punya motivasi untuk cepat sembuh, kemandirian dan kualitas hidupnya akan baik (Tn K, 58Th),</p> <p>c. Wanita lebih kuat menahan stres dibanding pria, kadang wanita cepat sembuh dibanding pria (Ny A, 61Th).</p>
2	Bagaimana pengaruh umur dengan komunikasi fungsional, kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik?	<p>a. Umur penderita stroke semakin muda lebih cepat sembuh dan mandiri, karena organ tubuh dan sel-sel otaknya masih baik (Ny B, 58Th),</p> <p>b. Umur yang muda lebih cepat sembuh dan mandiri karena zat kimia belum banyak yang masuk (Ny K, 35Th),</p> <p>c. Semakin tua semakin sulit untuk sembuh dan selalu tergantung dengan keluarganya karena organ-organnya sudah banyak yang aus (Tn P, 72Th).</p>

No	Pertanyaan pengaruh antar dimensi penelitian kualitatif	Hasil pengutipan
3	Bagaimana pengaruh pendidikan terhadap kemampuan komunikasi fungsional, kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik ?	<p>a. Pendidikan semakin tinggi , pemahaman terhadap kesehatan semakin baik, dan kesembuhan semakin cepat dan lebih mandiri (Tn, B, 58Th),</p> <p>b. Pendidikan tinggi mempercepat kesembuhan dan mandiri (Ny, Z, 45Th),</p> <p>c. Pendidikan tidak ada kaitannya dengan perbaikan penderita stroke (Tn Y, 35Th).</p>
4	Bagaimana pengaruh penghasilan terhadap kemampuan komunikasi fungsional, kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik?	<p>a. Penghasilan berpengaruh terhadap kesembuhan pasien stroke, kontrol dapat rutin sehingga dapat mabiri(Ny E, 47Th),</p> <p>b. Penghasilan sangat berpengaruh mempercepat perbaikan kemampuan bicara, karena untuk kontrol butuh biaya (Tn G, 49Th)</p> <p>c. Pendapatan yang cukup akan memperlancar untuk berobat, sehingga pasien Insya Allah cepat sembuh (Ny W, 48Th).</p>
5	Bagaimana pengaruh frekuensi serangan stroke terhadap kemampuan komunikasi fungsional, kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik?	<p>a. Frekuensi serangan stroke berpengaruh terhadap kesembuhan pasien, semakin sering serangan stroke maka semakin parah dan selalu tergantung keluarganya (Ny Y, 47Th),</p> <p>b. Pasien stroke yang selalu kambuh akan menghambat kesembuhan dan lebih sulit mandiri (Tn S, 51Th),</p> <p>c. Pasien stroke yang tidak kambuh, diobati akan lebih cepat sembuh dan lebih mandiri (Ny N, 55Th).</p>

No	Pertanyaan pengaruh antar dimensi penelitian kualitatif	Hasil pengutipan
6	Bagaimana pengaruh lamanya serangan stroke terhadap kemampuan komunikasi fungsional, kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik?	a. Pasien stroke yang sudah lama sulit disembuhkan dan selalu tergantung dengan keluarganya (Ny K, 56Th), b. Pasien stroke yang sudah lebih setahun, sulit dapat hidup mandiri (Ny. T, 61Th), c. Lamanya stroke berpengaruh terhadap kesembuhan, semakin lama semakin sulit untuk sembuh seperti semula (Tn S, 62Th).

Sumber: Hasil Wawancara Mendalam dan FGD Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik (2018)

Berdasarkan Tabel 4.18 di atas setelah dilakukan wawancara mendalam dan *focus group discussion* (FGD) pada keluarga pasien dan penderita stroke dengan afasia motorik yang sudah mengalami perbaikan kemampuan komunikasi fungsionalnya bahwa jenis kelamin, umur, pendidikan, penghasilan, frekuensi dan lamanya serangan stroke sangat berpengaruh terhadap kemampuan komunikasi fungsional, tingkat kemandirian dan tingkat kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik. Jenis kelamin pria lebih cepat sembuh dibanding wanita, karena pria merasa punya tanggungjawab besar dalam kehidupan keluarga, mendidik dan menyekolahkan anak-anaknya, sehingga punya motivasi yang kuat untuk sembuh dan bisa bekerja kembali, motivasi yang kuat inilah suatu energi yang dapat mempercepat kesembuhan. Umur mempunyai pengaruh terhadap proses penyembuhan penderita stroke, umur yang muda lebih cepat sembuh dibandingkan dengan usia tua, karena umur muda organ dan sel-sel dalam tubuhnya masih baik belum terkontaminasi oleh zat-zat kimia. Pendidikan berpengaruh terhadap proses penyembuhan penderita stroke, semakin tinggi pendidikannya maka pemahaman terhadap kesehatan semakin baik, dan akan mempercepat pemulihan dan kesembuhan penderita stroke dengan

afasia motorik. Penghasilan berpengaruh terhadap kesembuhan pasien stroke, semakin tinggi penghasilan maka biaya untuk berobat secara rutin semakin terjangkau sehingga akan mempercepat pemulihan dan kesembuhan penderita stroke dengan afasia motorik. Frekuensi serangan stroke berpengaruh terhadap kesembuhan pasien stroke, karena semakin sering kambuh, sel-sel otak tingkat kerusakannya semakin luas, sehingga menghambat proses pemulihan dan penyembuhan penderita stroke dengan afasia motorik. Lamanya stroke juga berpengaruh terhadap kesembuhan pasien stroke, stroke yang sudah lama sel-sel otaknya menjadi paten sehingga menghambat pemulihan dan kesembuhan penderita stroke dengan afasia motorik.

3) Hasil analisis observasi partisipasi

Adapun hasil analisis observasi partisipasi kepada penderita stroke dengan afasia motorik yang dilakukan intervensi berupa menghafal Al Quran surat At Thaha ayat 25-28 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.19 Hasil Observasi Partisipasi Peran Informan dalam Pemberdayaan Penderita Stroke.

No	Pertanyaan peran informan terhadap pengaruh menghafal Al Quran	Mengutip pernyataan informan
1	Bagaimana pengaruh dukungan keluarga terhadap menghafal Al Quran	a. Keluarga sangat mendukung, memperhatikan, mengajari dan memantau (Ny A, 45Th) b. Keluarga penuh perhatian, terus membantu dan mengajari (Tn B, 57Th) c. Keluarga dengan kasih sayang, sabar dan telaten selalu mengajari dan memantau perkembangan kemajuan pasien (Ny T, 59Th)

No	Pertanyaan peran informan terhadap pengaruh menghafal Al Quran	Mengutip pernyataan informan
2	Bagaimana pengaruh menghafal Al Quran terhadap komunikasi fungsional	a. Menghafal Al Quran membantu berucap, berkata dan berbicara (Tn K, 52Th) b. Menghafal Al Quran sangat penting, memperlancar berbicara (Ny P, 60Th) c. Menghafal Al Quran akan melatih berbicara, melatih membentuk vokal, selain mendapat pahala, menghafal Al Quran menambah memperlancar komunikasi (Tn P, 60Th).
3	Bagaimana pengaruh menghafal Al Quran terhadap tingkat kemandirian	a. Menghafal Al Quran memperlancar bicara, bicara yang lancar mendukung kemandirian (Tn S, 59Th) b. Menghafal Al Quran menjadikan lancar bicara, mengurangi bantuan dari suami (Ny F, 61Th) c. Menghafal Al Quran, hati menjadi tenang dan tentram sehingga akan mempercepat kesembuhan (Ny E, 54Th)
4	Bagaimana pengaruh menghafal Al Quran terhadap kualitas hidup	a. Menghafal Al Quran hati menjadi tentram, tidur menjadi pulas (Ny S, 57Th) b. Menghafal Al Quran perasaan jadi tenang, pikiran rilek dan semeleh (Tn J, 63Th) c. Menghafal Al Quran pikiran menjadi tenang, tensi jadi normal sehingga pasien cepat sembuh (Tn K, 59Th).

Sumber: Hasil Observasi Partisipasi Data Penelitian Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia Motorik (2018).

Berdasarkan Tabel 4.19 di atas setelah dilakukan observasi partisipasi pada penderita stroke dengan afasia motorik yang mendapatkan intervensi berupa menghafal Al Quran dan dukungan

keluarga bahwa menghafal Al Quran dan dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap perbaikan kemampuan komunikasi fungsional, tingkat kemandirian dan tingkat kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik. Penderita stroke secara umum akan mengalami penurunan fungsi otak, yang bisa berupa gangguan dalam berbicara, mengingat, bergerak, dan lain sebagainya. Untuk mengembalikan kemampuan tubuh setelah terserang stroke merupakan proses panjang yang membutuhkan kesabaran, kerja keras, dan komitmen diantara keluarganya.

Adapun fungsi keluarga dalam penelitian ini punya peranan yang sangat penting untuk membantu penderita stroke dengan gangguan afasia motorik mencapai derajat kesehatan yang optimal, yaitu:

- a) Fungsi afektif, yaitu fungsi internal keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial pada penderita stroke, seperti saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling mendukung antar anggota keluarga untuk selalu meningkatkan kesehatan pada penderita stroke, terutama selalu memberi *support*, memotivasi, mendampingi dan mengajarkan untuk membaca serta menghafal Al Quran,
- b) Fungsi sosialisasi, yaitu fungsi mengembangkan dan tempat melatih anggota keluarga terutama pada penderita stroke untuk berkehidupan sosial, dapat berinteraksi dengan lingkungannya terutama kerabat dekatnya, tetangganya dan antar pertemanan,
- c) Fungsi reproduksi, fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga penderita stroke, termasuk membantu mendidik anak-anaknya untuk tumbuh menjadi generasi yang beriman, generasi yang sehat, cakap mampu bersaing dan dapat hidup mandiri,
- d) Fungsi ekonomi, yaitu fungsi dalam memenuhi kebutuhan hidup keluarga, dalam hal ini termasuk menyediakan sarana prasarana yang menunjang untuk mempercepat kesembuhan, misalnya menyediakan kursi roda, *walker*, *threepot*, tongkat dan termasuk menyediakan kitab

Al Quran yang memadai sehingga mudah dijangkau dan dibaca.

- e) Fungsi perawatan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga. Dengan demikian, fungsi dan peran keluarga sangat dibutuhkan oleh semua anggota keluarga khususnya pasien yang menderita stroke dengan gangguan afasia motorik guna mendukung peningkatan status kesehatannya yang optimal.

Pengaruh menghafal Al Quran dengan dukungan keluarga yang adekuat terhadap penderita stroke akan membantu memperlancar berbicara, melatih membentuk vokal dan menguatkan memori. Menghafal Al Quran selain membantu memperlancar komunikasi dan menguatkan memori juga akan mendapatkan pahala dari Allah SWT. Menghafal Al Quran juga menjadikan hati menjadi tenang dan tentram, pikiran menjadi rilek dan netral, tidur menjadi pulas sehingga akan mempercepat kesembuhan juga akan mendukung tingkat kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik.

C. PEMBAHASAN

Bab ini membahas hasil penelitian mengenai hubungan antara karakteristik responden dengan kemampuan komunikasi fungsional, tingkat kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik. Juga akan dibahas mengenai hubungan antara menghafal Al Quran, dukungan keluarga dengan kemampuan komunikasi fungsional, tingkat kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.

1. Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Kemampuan Komunikasi Fungsional, tingkat Kemandirian dan Kualitas Hidup.

a. Jenis Kelamin Penderita Stroke

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh jenis kelamin diketahui bahwa laki-laki cenderung lebih baik kemampuan komunikasi

fungsionalnya dibandingkan dengan perempuan, hal ini disebabkan laki-laki punya tanggung jawab yang besar untuk memenuhi kebutuhan keluarga, membesarkan anak-anaknya, laki-laki merupakan tulang punggung keluarga, sehingga semangat untuk kontrol, latihan, belajar, minum obat dan semangat untuk sembuh semakin besar dibanding perempuan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Amir (2005). Berdasarkan jenis kelamin, pada beberapa penelitian didapatkan bahwa depresi pasca stroke sedikit lebih banyak wanita dibandingkan pria. Menurut Amir (2005) pada umumnya wanita dapat terjadi depresi karena wanita lebih sering terpajan dengan stressor lingkungan dan ambang terhadap stressornya lebih rendah dibandingkan laki-laki. Ketidakseimbangan hormon pada wanita menambah tingginya prevalensi depresi pada wanita, misalnya depresi premenstruasi, postpartum dan postmenopause (Amir, 2005).

Hasil penelitian Paradiso & Robinson (1998) didapatkan bahwa depresi pasca stroke terjadi dua kali lebih banyak pada wanita dibandingkan pria (Meifi & Agus, 2009). Sedangkan menurut penelitian Ghoge *et al.* (2003) bahwa angka prevalensi depresi pasca stroke adalah 10-25% untuk perempuan dan 5-12% untuk laki-laki. Pada wanita beratnya depresi berkaitan dengan lesi di hemisfer kiri, gangguan fungsi psikiatrik sebelumnya. Sementara pada pria beratnya depresi berkaitan dengan gangguan kemampuan melakukan kehidupan sehari-hari dan gangguan fungsi sosial (Amir, 2005). Meskipun depresi secara konsep dan beberapa hasil penelitian lebih banyak terjadi pada perempuan dibandingkan laki-laki, namun dalam penelitian ini jenis kelamin tidak memiliki hubungan dengan depresi. Hasil analisis bivariat ditemukan tidak adanya perbedaan depresi antara laki-laki dan perempuan ($p : 0.346$). Tidak adanya perbedaan disebabkan oleh adanya manifestasi yang dialami pasien stroke yaitu kelemahan fisik memiliki dampak yang sama terhadap ketidakmampuan dalam memenuhi aktivitas sehari-hari, seperti makan, mandi, merawat diri, buang air besar (BAB), buang air

kecil (BAK), penggunaan toilet, berpindah, mobilitas dan kemampuan naik tangga. Ketidakmampuan fisik yang dialami dapat menimbulkan berbagai respon psikologis seperti takut, sedih, marah, depresi, kehilangan kontrol dan keputusan. Respon yang ditimbulkan dapat berbeda-beda tergantung kepribadian, pengalaman masa lalu dan mekanisme koping (Gorman & Sultan, 2008). Hasil analisis bivariat ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Arslan, Celebioglu dan Tezel (2009) yang melaporkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan keputusan pada perempuan dan laki-laki. Lebih lanjut menurut Storor & Byrne (2006) bahwa tidak ada hubungan yang signifikan yang ditemukan diantara skor dimensi depresi dan karakteristik usia dan jenis kelamin.

b. Umur Penderita Stroke

Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur berpengaruh pada perbaikan kemampuan komunikasi fungsional, umur yang muda lebih baik dibanding dengan umur tua dalam perbaikan kemampuan komunikasi fungsional. Hal ini dikarenakan umur muda dalam regenerasi sel neuron (*neuroplasticity*) dan *neurogenecys* lebih cepat dibanding umur yang lebih tua. Secara fisiologis plastisitas otak (*neuroplasticity*) adalah kemampuan otak melakukan reorganisasi dalam bentuk adanya interkoneksi baru pada saraf. Plastisitas merupakan sifat yang menunjukkan kapasitas otak untuk berubah dan beradaptasi terhadap kebutuhan fungsional. Otak mampu memperbaiki diri jika terjadi kerusakan dengan bantuan stimulus sensori yang cukup dari lingkungan (Moller, 2006). Sensori tersebut membantu otak menuju kematangan dalam perkembangannya (Kral *et al.*, 2002). Sehingga proses neurotransmiter penderita stroke usia muda lebih baik dibanding penderita stroke usia tua. Hal ini akan berpengaruh pada tingkat perbaikan dalam menangkap informasi dari luar, juga berpengaruh dalam perbaikan sel-sel dalam otak secara keseluruhan. Proses menua pada

susunan saraf pusat ditandai dengan degenerasi neuron diikuti dengan gliosis. Berkurangnya neuron tidak sama pada bagian-bagian otak, lobus frontalis dan temporalis mengalami pengurangan yang lebih besar dibanding bagian otak yang lain. Runtuhnya neuron diikuti juga dengan keruntuhan dendrit. Terjadi pula pembentukan plak neuritik dan kekusutan neurofibril, sehingga dapat disimpulkan semakin bertambahnya usia regenerasi sel neuron pada otak semakin lambat (Rahmawati, 2006).

Beberapa penelitian menjelaskan bahwa depresi pasca stroke dapat terjadi pada umur tua. Menurut Glamceyski *et al.* (2002) bahwa usia lanjut sebagai faktor risiko terjadinya depresi ($p:0.034$). Hasil penelitian ini didukung oleh Farrel (2004) menyatakan bahwa depresi cenderung lebih kronis di pasien yang lebih tua dibandingkan dengan orang dewasa muda. Periode depresi pada lansia lebih panjang dan kemungkinan kambuh meningkat dengan bertambahnya umur. Depresi pasca stroke di umur lanjut mungkin memiliki hubungan biologi dasar dengan berkurangnya neurotransmitter yang berkaitan dengan *mood* dan emosi. Berbeda dengan hasil penelitian Amir (2005) bahwa depresi lebih sering terjadi pada umur muda dengan umur rata - rata awitan antara 20 - 40 tahun. Selanjutnya menurut Gum *et al.* (2006) bahwa pasien stroke yang lebih tua cenderung melaporkan gejala depresi lebih sedikit dibandingkan dengan pasien yang lebih muda ($p: 0.12$).

Namun berbeda dengan hasil analisis bivariat yang menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara umur dengan depresi ($p : 0.258$) dan memiliki kekuatan hubungan yang lemah dan arahnya negatif ($r = -0.395$). Artinya semakin bertambah umur, semakin menurun depresinya. Hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor selain umur, seperti pengalaman/informasi yang didapatkan sehingga mempengaruhi mekanisme koping pasien untuk meningkatkan adaptasinya. Walaupun demikian, hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Fatoye (2009) yang menyatakan tidak ada hubungan antara umur dengan kejadian depresi pasca stroke

($p = 0.82$). Hasil penelitian ini juga didukung oleh Arslan *et al.* (2009) yang melaporkan tidak adanya hubungan umur dengan depresi dan keputusan.

c. Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian tingkat pendidikan penderita stroke dengan gangguan afasia motorik berpengaruh pada perbaikan dalam kemampuan komunikasi fungsional, meskipun tidak signifikan. Semakin tinggi pendidikannya akan semakin baik dalam kemampuan komunikasi fungsional. Hal ini dikarenakan tingkat pendidikan yang tinggi lebih banyak menerima informasi sekitar penyakit yang dideritanya, misalnya mengenai gaya dan pola hidup yang baik, diet, olahraga atau hal-hal yang berkaitan dengan masalah stroke. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Jones & Morris (2012) yang menyatakan bahwa kualitas hidup lebih baik pada orang dengan pendidikan tinggi dibanding pendidikan menengah dan bawah. Pendidikan yang tinggi merupakan faktor yang dapat meningkatkan kualitas hidup pada penderita stroke.

d. Penghasilan

Penduduk dengan penghasilan kurang dari US\$ 15.000 pertahun mempunyai kualitas hidup lebih buruk. Sesuai dengan pendapat Panthee & Kritpracha (2011) bahwa pasien dengan sosio ekonomi yang rendah lebih ansietas dibandingkan ekonomi yang lebih tinggi, hal ini akan berdampak pada kualitas hidupnya. Hasil penelitian ini secara statistik menunjukkan bahwa kelompok intervensi mayoritas dengan penghasilan 1,5 juta – 2,5 juta yaitu ada 51,0%. Nilai $p = 0,173$ ($p > 0,05$) yang berarti bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan karakteristik subjek penelitian berdasarkan sosial ekonomi. Rerata penghasilan ini jauh lebih tinggi dari Upah Minimum Regional (UMR) kabupaten Karanganyar tahun 2017 yaitu Rp 1.290.000. Hal ini juga akan mempengaruhi kualitas hidup pada penderita stroke. Analisis lebih lanjut menunjukkan ada

hubungan negatif kualitas hidup dengan penghasilan, penurunan 1 unit penghasilan akan menurunkan 0.992 kualitas hidup penderita stroke dengan afasia motorik ($b = -0.992$; $SE = 0.643$; $p = 0.123$). Nilai $p > 0.001$, berarti tidak signifikan.

Hasil analisis hubungan antara sosial ekonomi dengan kualitas hidup, menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara sosial ekonomi dengan nilai kualitas hidup pasien stroke. Hal ini sesuai dengan penelitian Almborg (2010), bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara sosial ekonomi dengan kualitas hidup pasien stroke. Begitu juga penelitian Jaracz & Kozubski (2003) menyatakan bahwa sosial ekonomi tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup penderita stroke ($p\text{ value} = 0.220$).

Nilai korelasi *Pearson* sebesar 0.123 menunjukkan hubungan penghasilan dan kualitas hidup memiliki hubungan yang lemah dengan korelasi negatif artinya semakin kecil penghasilan maka kualitas hidup semakin rendah atau dapat dikatakan semakin besar penghasilan maka kualitas hidupnya semakin baik. Hal ini sejalan dengan pendapat Panthee & Kritpracha (2011) bahwa pasien dengan sosio ekonomi yang rendah lebih ansietas dibandingkan ekonomi yang lebih tinggi hal tersebut akan berdampak pada kualitas hidupnya. Menurut Jones & Morris (2012) status sosial ekonomi dan pengetahuan tentang stroke mempengaruhi seseorang untuk melakukan manajemen perawatan diri. Keterbatasan finansial akan membatasi responden untuk mencari informasi, perawatan dan pengobatan untuk dirinya.

Hasil penelitian ini secara statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara sosial ekonomi dengan kualitas hidup. Dapat diartikan bahwa sosial ekonomi yang berbeda tidak menentukan kualitas hidup penderita stroke dengan afasia motorik. Asumsi peneliti bahwa walaupun sosial ekonomi rendah, namun yang terpenting adalah bagaimana pengetahuan dan manajemen perawatan diri penderita stroke dalam mengatasi permasalahan dari penyakitnya. Hal lain yang perlu

dipahami adalah banyak faktor yang bisa mempengaruhi kualitas hidup penderita stroke diantaranya adalah komplikasi yang dialami. Manajemen perawatan diri yang baik tentunya akan menghindari timbulnya komplikasi. Temuan di lapangan menunjukkan bahwa pada penderita stroke yang berpenghasilan tinggi akan cenderung memiliki gaya hidup yang tidak sehat, sehingga memberikan peluang yang besar untuk terjadinya gangguan kesehatan, komplikasi bahkan terjadi serangan stroke yang berulang.

d. Frekuensi Serangan Stroke

Berdasarkan hasil analisis didapatkan bahwa frekuensi serangan stroke akan berpengaruh pada kemampuan komunikasi fungsional pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik. Semakin sering kambuh, maka kemampuan komunikasi fungsionalnya semakin menurun. Jumlah serangan stroke akan berpengaruh terhadap kerusakan sel otak lebih luas, sehingga dapat memengaruhi kemampuan komunikasi fungsional pada penderita stroke. Menurut pendapat Silbernagl & Lang (2007) bahwa manifestasi klinis stroke ditentukan berdasarkan area serebri yang terkena. Walaupun frekuensi serangan stroke terjadi 1 kali, namun bila stroke mengenai lobus frontalis pada hemisfer kiri dominan, kemungkinan penderita akan mengalami afasia dan gangguan mood. Menurut pendapat Price & Wilson (2002), lobus frontalis mengatur fungsi bahasa, kemampuan motorik dan kepribadian. Menurut hasil penelitian Lee *et al.* (2009) bahwa lesi pada hemisfer kiri lebih sering menyebabkan depresi daripada lesi hemisfer kanan dan lebih berat jika lesi mendekati lobus frontal kiri. Jika lesi di otak bertambah karena mengalami stroke berulang akan melipatgandakan jenis serta beratnya defisit.

Hasil penelitian ini didukung oleh Huang *et al.* (2005); Andri & Susanto (2008); Meifi & Agus (2009) bahwa terdapat beberapa teori yang menjelaskan faktor penyebab depresi pasca stoke, yaitu faktor

biologik seperti lesi otak dan faktor psikososial. Depresi timbul sebagai akibat lesi pada daerah otak yang menyebabkan terjadinya penurunan sintesis monoamin sehingga terjadi penurunan serotonin yang merupakan neurotransmitter untuk mempertahankan keadaan emosi tetap stabil. Penurunan serotonin menyebabkan gangguan suasana hati, tidur dan nafsu makan (Schub & Caple, 2010). Gangguan suasana hati dimanifestasikan dengan marah, frustrasi, putus asa dan sering menyebabkan depresi.

Berdasarkan hasil penelitian di atas, maka luasnya kerusakan otak pada serangan stroke yang memperberat gangguan komunikasi fungsional pada penderita stroke dapat dinilai dari hasil pemeriksaan CT Scan kepala. CT Scan kepala merupakan salah satu prosedur diagnostik penting untuk menentukan klasifikasi stroke (iskemik, perdarahan intraserebral dan subaraknoid), letak lesi, jumlah perdarahan dan deteksi proses patologik di otak secara langsung (Rasyid & Soertidewi, 2007; Iskandar, 2003). Menurut Iskandar (2003) semakin cepat waktu antara timbulnya perdarahan subaraknoid (PSA) dengan saat pemeriksaan, maka tingkat keberhasilan diagnosis lebih tinggi, umumnya sebelum 24 jam pertama. Pendapat ini berbeda dengan hasil penelitian pada 6 orang responden kelompok intervensi yang dilakukan CT Scan, didapatkan lesi pada hemisfer kiri pada lobus frontalis. Walaupun prosedur ini sangat penting untuk dilakukan, namun tidak seluruh penderita stroke dilakukan pemeriksaan diagnostik CT Scan. Faktor biaya yang harus dikeluarkan secara pribadi bagi penderita yang memilih jalur umum, sehingga sering menolak pelaksanaan prosedur ini. Selain itu belum adanya fasilitas CT Scan dirumah sakit tertentu, terutama di daerah tertinggal dan mahal nya biaya pemeriksaan CT Scan.

e. Lamanya serangan stroke

Lamanya serangan stroke berpengaruh terhadap komunikasi fungsional pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik,

semakin lama serangan stroke semakin sulit dalam berkomunikasi secara verbal. Hal ini disebabkan karena terjadinya kematian sel-sel otak yang sudah menetap. Berdasarkan patogenesisnya stroke dimulai saat terbentuk lesi patologik sampai saat lesi tersebut menetap. Gangguan fungsi otak di sini akibat adanya lesi pada otak. Lesi ini umumnya mengalami pemulihan sampai akhirnya terdapat lesi yang menetap. Fungsi otak adalah sebagai kontrol dari setiap anggota gerak manusia, maka rusaknya sel otak menyebabkan hilangnya fungsi otak itu sendiri. Kerusakan sel-sel otak pasca stroke menyebabkan kecacatan fungsi kognitif, sensorik, maupun motorik sehingga menghambat kemampuan fungsional mulai dari aktivitas gerak hingga berkomunikasi dengan orang lain secara normal.

2. Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kemampuan Komunikasi Fungsional, Tingkat Kemandirian dan Kualitas Hidup pada Penderita Stroke dengan Gangguan Afasia Motorik

Dukungan keluarga merupakan faktor yang mempengaruhi pemulihan penderita stroke secara umum lebih-lebih pada penderita yang mengalami gangguan komunikasi verbal atau afasia motorik. Sikap keluarga merupakan faktor penting dalam menolong penderita afasia motorik untuk mengatasi ketidakmampuannya. Menurut Bullain *et al.* (2007) keterlibatan anggota keluarga dan teman dalam latihan dapat meningkatkan efektifitas rehabilitasi. Selain itu lingkungan keluarga juga merupakan lingkungan yang cocok untuk menstimulasi kemampuan berbahasa afasia, karena stimulasi tersebut dapat dilakukan secara tidak formal, dapat memilih waktu yang tepat, saat penderita dalam keadaan bermotivasi dan anggota keluarga cukup mengenal hal ihwal keadaan penderita. Dengan adanya pendampingan keluarga penderita stroke merasa nyaman, tenang dan lebih kuat menerima keadaan fisiknya, sehingga diharapkan akan memberi dampak yang baik terhadap proses penyembuhan penyakitnya.

Dukungan keluarga untuk penderita stroke merupakan suatu sistem pendukung yang diberikan oleh keluarga terhadap anggota keluarga yang

meliputi memberikan dukungan emosional, bantuan materil, memberikan informasi dan pelayanan, serta memfasilitasi anggota keluarga dalam membuat kontak sosial dengan masyarakat (Oxford, 1992). Dukungan keluarga pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik yang diberikan dalam penelitian ini dapat mencakup empat dimensi, yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, informasi dan dukungan instrumentasi:

a. Dukungan emosional (*Emotional Support*)

Dukungan emosional pada penderita stroke dengan afasia motorik yang diberikan keluarganya merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga dalam memberikan perhatian, kasih sayang, dan empati, sehingga penderita stroke betul-betul diperhatikan untuk membantu pemulihannya. Perhatian keluarga dalam hal ini termasuk melatih dan memperhatikan dengan penuh kesabaran dan kasih sayang agar penderita stroke mau menghafal Al Quran. Oxford (1992) mengemukakan bahwa dukungan emosional ini melibatkan empati, perhatian, dan dorongan ataupun keprihatinan terhadap penderita stroke. Dukungan emosi yang diberikan keluarga pada penderita stroke adalah dukungan yang dapat membuat penderita stroke merasa nyaman, tenang, rasa memiliki dan dicintai saat stres (Sarafino, 2004). Sejalan dengan penelitian Huang *et al.* (2010) menyebutkan bahwa berusaha menghibur anggota keluarga yang sedang sakit, berduka atau mengalami kesusahan juga merupakan salah satu bentuk dukungan emosional. Friedman *et al.* (2003) mengatakan bahwa dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasihi, cinta kasih, kehangatan, dan saling mendukung dan menghargai antar anggota keluarga. Pendapat lain yaitu Koentjoro (2002), dukungan emosional merupakan bentuk dukungan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih, membangkitkan semangat,

mengurangi putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik dan kelainan yang dialami oleh penderita stroke dengan afasia motorik.

b. Dukungan penghargaan (*Support Appraisal*)

Dukungan ini merupakan dukungan keluarga dalam memberikan umpan balik dan penghargaan kepada penderita stroke dengan afasia motorik untuk menunjukkan respon positif, yaitu dorongan terhadap gagasan atau perasaan. Dukungan penghargaan pada penderita stroke merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap pasien dengan penyakit kronik untuk dapat meningkatkan status psikososialnya. Sesuai penelitian Huang *et al.* (2010) dan Hughes *et al.* (2004) bahwa dukungan penghargaan ini merupakan informasi yang diberikan pada penderita stroke dengan afasia motorik bahwa dia dihargai dan diakui keberadaannya serta rasa dimiliki dan dicintai oleh orang di sekitarnya. Harga diri seseorang dapat ditingkatkan dengan cara mengkomunikasikan kepada seseorang bahwa dia bernilai dan diterima meskipun tidak luput dari kesalahan.

c. Dukungan informasi (*Informational Support*)

Dukungan informasi yang diberikan kepada penderita stroke dengan afasia motorik dalam penelitian ini merupakan suatu dukungan dan bantuan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk memberikan saran, nasehat, dan memberikan informasi penting yang dibutuhkan penderita stroke dengan afasia motorik dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Dukungan informasi ini berarti memberi informasi atau mengajarkan suatu keahlian yang dapat memberi solusi terhadap suatu masalah yang dihadapi oleh penderita stroke dengan afasia motorik, termasuk cara menggunakan alat bantu, misalnya kursi roda, *threepot*, *walker*, tongkat dan sebagainya. Huang *et al.* (2010) menyebutkan bahwa dukungan informasi ini berarti pemberian nasehat, saran, dan *feedback* ataupun umpan balik tentang apa yang sedang dan telah dilakukan

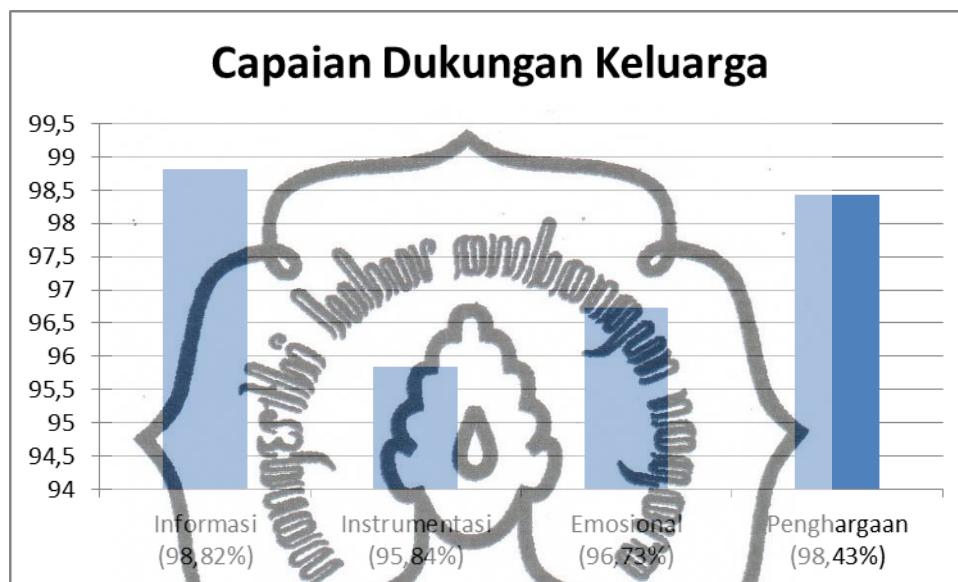
penderita stroke misalnya: pemberian informasi tentang penyakit oleh dokter pada pasien yang membutuhkan informasi tersebut. Hughes *et al.* (2004) menyebutkan bahwa dukungan informasi yang diberikan keluarga terhadap penderita stroke dan penyakit kronik yang lain merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap pasien. Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi, diantaranya memperkenalkan kepada penderita stroke tentang kondisi penyakit yang dialaminya dan menjelaskan cara perawatan yang tepat agar penderita stroke dengan afasia motorik termotivasi untuk menjaga dan mengontrol kesehatannya.

d. Dukungan instrumentasi (*Instrumental Support*)

Dukungan instrumentasi ini merupakan suatu dukungan penuh yang diberikan keluarga kepada penderita stroke dalam bentuk memberikan bantuan berupa kursi roda, walker, threepot, tongkat bahkan bantuan berupa tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu dalam perawatan penderita stroke dengan afasia motorik. Oxford (1992) menyebutkan bahwa dukungan instrumentasi ini berupa bantuan nyata (*tangible aid*) atau dukungan alat (*instrumental aid*). Dukungan instrumentasi ini mengacu pada penyediaan sarana dan layanan untuk memecahkan masalah praktis dapat berupa bentuk pemberian uang atau makanan kepada seseorang di masa sulit atau kesusahan. Sejalan dengan penelitian Friedman *et al.* (2003), dukungan instrumentasi merupakan fungsi ekonomi dan perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap penderita stroke. Fungsi ekonomi keluarga merupakan pemenuhan semua kebutuhan anggota keluarga dan anggotanya, sedangkan fungsi perawatan kesehatan keluarga adalah mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga, diantaranya merawat pasien yang sakit, menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan keluarga, dan

membawa anggota keluarga ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kesehatannya.

Hasil analisis tingkat capaian dimensi dukungan keluarga dapat dijelaskan dengan Gambar 4.6 sebagai berikut:



Gambar 4.6 Tingkat Capaian Dukungan Keluarga

Berdasarkan Gambar 4.6 di atas tingkat capaian dukungan keluarga sebagai berikut: dukungan informasi sebesar (98,82%), instrumental sebesar (95,84%), emosional sebesar (96,73%) dan dukungan penghargaan sebesar (98,43%). Dari grafik di atas bahwa dukungan keluarga yang paling besar berupa informasi (98,82%), dalam hal ini keluarga selalu memberikan informasi yang dibutuhkan penderita terkait masalah penyakit stroke dan perawatannya, keluarga selalu mengingatkan pentingnya minum obat secara teratur dan tepat waktu, keluarga selalu memberikan informasi penggunaan alat bantu yang dibutuhkan oleh penderita.

Tingkat capaian dukungan keluarga yang kedua adalah dukungan penghargaan (98,43%) yaitu keluarga mengikutsertakan penderita dalam setiap musyawarah keluarga, keluarga menerima penderita apa adanya dengan segala keterbatasannya, keluarga mengkoreksi langsung kesalahan bicara penderita ketika penderita sedang berbicara, dan keluarga

mendengarkan dengan penuh perhatian jika penderita berusaha berbicara. Sedang tingkat capaian dukungan keluarga yang ketiga adalah emosional (96,73%). Dukungan emosional dinyatakan dengan keluarga selalu menjaga dan merawat penderita dengan penuh perhatian dan kasih sayang, selalu memberikan semangat ketika penderita merasa frustrasi dengan gangguan komunikasi dan keterbatasannya, keluarga selalu perhatian penuh ketika penderita mengalami kesulitan dalam menyelesaikan percakapannya (Denis *et al.*, 2000).

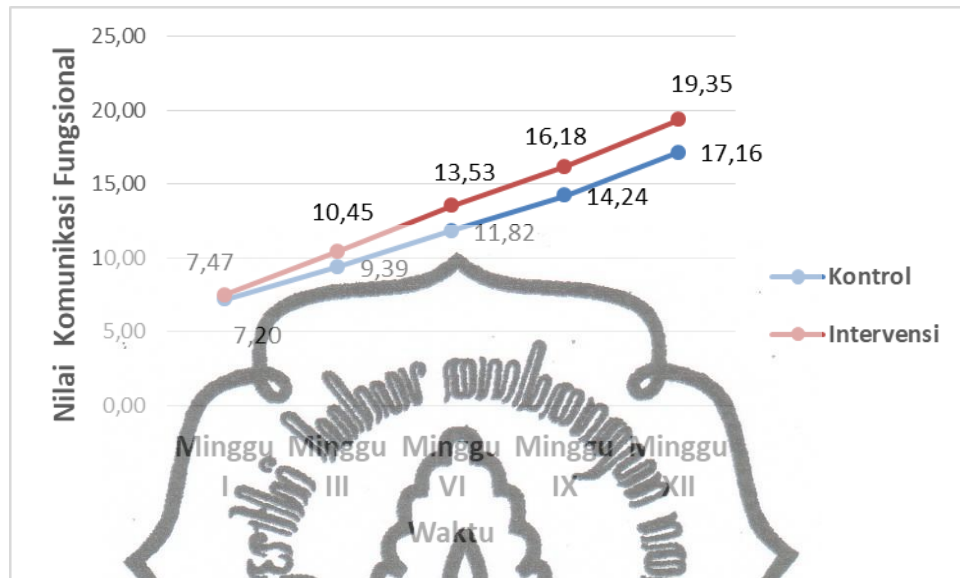
Tingkat capaian dukungan keluarga yang paling rendah yaitu dukungan enstrumental (95,84%), dinyatakan dengan keluarga membantu dengan kursi roda ketika penderita belum bisa berjalan, keluarga membantu dengan tripod atau walker sebagai alat bantu jalan ketika penderita belum dapat berjalan dengan lancar, keluarga menyiapkan perlengkapan untuk makan, minum, mandi, ke toilet ketika penderita belum bisa mandiri, keluarga membantu dengan alat pendengar ketika penderita mengalami gangguan pendengaran, dan keluarga membantu penderita membiayai pengobatan akibat stroke dengan gangguan komunikasi fungsional.

Peningkatan dukungan keluarga yang tersedia dapat menjadi strategi penting dalam mengurangi atau mencegah tekanan jiwa dan depresi pasca stroke (Salter *et al.*, 2010). Lebih lanjut Bosworth (2009) menyatakan bahwa dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap kesehatan mental anggota keluarganya. Kondisi fisik yang dialami oleh penderita stroke akan mengakibatkan penderita kurang percaya diri, minder, merasa tidak mampu, tidak berarti dan tidak berharga, lebih-lebih penderita stroke dengan gangguan afasia motorik. Selain itu proses penyembuhan dan rehabilitasi penderita stroke dapat terjadi dalam waktu yang lama, sehingga membutuhkan bantuan keluarga dalam memberikan perencanaan dan memberikan aspek perencanaan (Smeltzer & Bare, 2002). Hal yang terlihat selama penelitian semua responden mendapatkan dukungan keluarga secara nyata yang dapat dilihat secara langsung ketika keluarga selalu

mendampingi responden untuk kontrol, merawat dan memberikan alat bantu berupa kursi roda, wolker, tripod, alat komunikasi dan alat bantu yang lain.

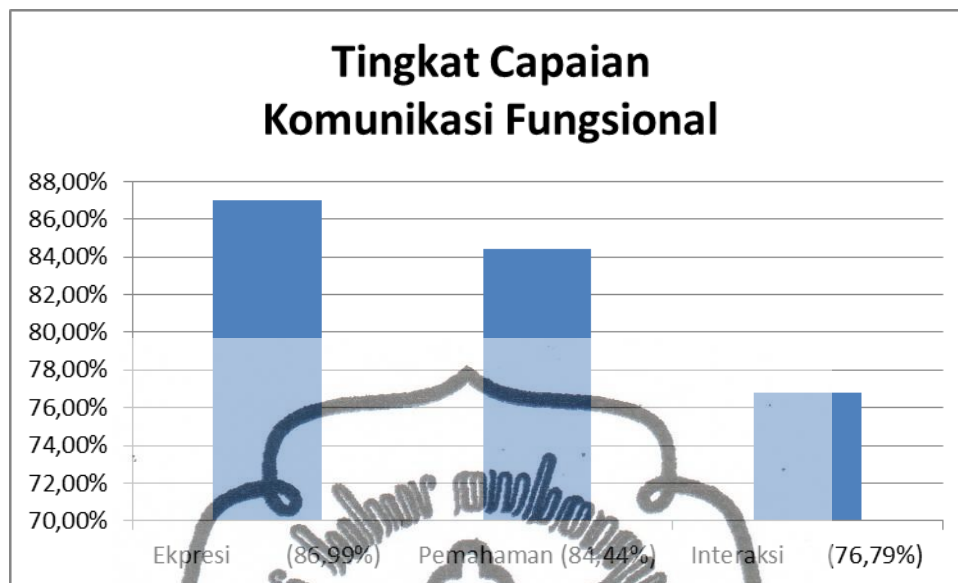
Dukungan keluarga yang optimal dapat meningkatkan status kesehatan penderita stroke secara umum, dengan demikian tingkat kemandirian juga semakin baik. Sesuai dengan penelitian Sit *et al.* (2004) tentang dampak *social support* pada kesehatan penderita stroke di rumah oleh *family care giver* didapatkan bahwa *family care giver* pada penderita pasca stroke dapat meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas hidup sehari-hari secara mandiri dan menjadi lebih baik dengan dukungan dan *social support* dari keluarga yang akan meningkatkan status kesehatan psikososial penderita pasca stroke (Huang *et al.*, 2010; Hughes *et al.*, 2004; Sit *et al.*, 2004). Dalam hal ini, Wills *et al.* (1985) mengatakan bahwa keluarga merupakan unit sosial terkecil yang berhubungan paling dekat dengan penderita. Oleh karena itu, dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh penderita stroke sebagai *support system* yang dapat mendukungnya dalam mengembangkan respon atau coping yang efektif untuk beradaptasi dengan *stressor* yang dia hadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis, sosial, lingkungan dan kesehatan spritual (IYW, 2005; Lasserma & Perkins, 2001). Dengan adanya dukungan keluarga yang adekuat/baik, maka penderita stroke juga dapat lebih menjaga derajat kesehatannya. Sehingga, diketahui lebih lanjut bahwa dukungan keluarga dapat memberikan dampak positif terhadap peningkatan kualitas hidup bagi penderita stroke (Nirmal *et al.*, 2008; Wig *et al.*, 2006).

3. Pengaruh Menghafal Al Quran terhadap Kemampuan Komunikasi Fungsional pada Penderita Stroke dengan Gangguan Afasia Motorik



Gambar 4.7 Diagram Garis Perbandingan Kemampuan Komunikasi Fungsional antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Berdasarkan Gambar 4.7 menunjukkan bahwa peningkatan kemampuan komunikasi fungsional pada kelompok intervensi mengalami peningkatan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol dimana diketahui pada minggu pertama, kemampuan komunikasi fungsional kedua kelompok tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p=0,704$), mulai pada minggu ketiga sampai dengan minggu duabelas menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p<0,05$). Dengan demikian pemberian intervensi menghafal Al Quran efektif dalam meningkatkan kemampuan komunikasi fungsional penderita stroke dengan gangguan afasia motorik, hal ini juga ditunjukkan dengan hasil CT Scan kepala ulang yang mengalami perbaikan pada hemisfer kiri terutama sekitar area broca, yang mana area broca merupakan pusat bahasa dan komunikasi. Kemampuan komunikasi fungsional ditunjukkan dengan tiga dimensi, yaitu dimensi ekspresi, pemahaman dan interaksi penderita stroke dalam kehidupan sehari-hari. Hasil analisis tingkat capaian komunikasi fungsional dapat ditunjukkan dalam Gambar 4.8 berikut ini:



Gambar 4.8 Tingkat Capaian Komunikasi Fungsional

Berdasarkan Gambar 4.8 di atas tingkat capaian dimensi komunikasi fungsional sebagai berikut: dimensi ekspresi sebesar (86,99%), pemahaman sebesar (84,44%) dan dimensi interaksi sebesar (76,79%). Dari data di atas dimensi komunikasi fungsional yang paling besar adalah ekspresi (86,99%), dalam hal ini penderita stroke mampu mengekspresikan ide-ide yang lebih rumit, baik secara verbal maupun non verbal (Godefroy *et al.*, 2002; Kauhanen *et al.*, 2000). Contoh komunikasi nonverbal ialah menggunakan gerak isyarat, bahasa tubuh, ekspresi wajah, kontak mata, penggunaan objek seperti pakaian dan simbol-simbol, dan cara berbicara seperti intonasi, penekanan, kualitas suara, gaya emosi, dan gaya berbicara. Sedang ekspresi verbal ditunjukkan dalam cara berbicara seperti intonasi, penekanan, kualitas suara, gaya emosi, dan gaya berbicara (Hilari *et al.*, 2003; Worrall *et al.*, 2003). Dalam hal ini penderita stroke dengan gangguan afasia motorik dapat mengekspresikan ide-ide dalam bentuk komunikasi yang lebih rumit dan kompleks (Kauhanen *et al.*, 2000).

Tingkat capaian yang kedua adalah dimensi pemahaman (84,44%), dan yang ketiga dimensi interaksi (76,79%), hal ini ditunjukkan pada penderita stroke benar-benar memahami komunikasi kompleks, tetapi kadang-kadang mengalami kesulitan. Pada dimensi interaksi ditunjukkan

bahwa penderita stroke dapat mempertahankan interaksi dengan berapapun banyak jumlah orang yang diajak bicara dengan mengalami hanya sedikit kesulitan. Dapat disimpulkan penderita stroke yang selalu menghafal Al Quran dapat meningkatkan kemampuan komunikasi fungsional yang berupa ekspresi, pemahaman dan interaksi. Hal ini sesuai dengan teori *law of exercise Thorndike*, bahwa latihan yang selalu diulang akan menimbulkan efek yang lebih kuat, yaitu terjadinya penguatan daya ingat pada apa yang selalu diulang, sehingga akan mempengaruhi penguatan pada tingkat komunikasi fungsional, hal ini hafalan penderita stroke semakin lancar dan fasih sehingga akan berdampak pada perbaikan komunikasi secara umum (Kauhanen *et al.*, 2000).

Smith *et al.* (2009) dalam teori Thorndike bahwa koneksionisme seseorang dapat menyatakan bahwa latihan dapat menguatkan ikatan, koneksi atau hubungan. Teori Thorndike memperkenalkan dua aspek, yaitu hukum kegunaan (*law of use*) dan hukum ketidakgunaan (*law of disuse*). Hukum kegunaan yaitu apabila suatu hubungan dapat dibuat antara satu situasi dengan satu respon maka kekuatan hubungan dalam situasi yang memiliki persamaan itu akan bertambah. Semakin sering digunakan, diulang dan dicoba maka hubungannya semakin kuat. Thorndike mengakui bahwa besarnya kekuatan hubungan dipengaruhi oleh bermacam hal seperti tenaga/kekuatan dan lamanya waktu dari masa latihan. Jadi semakin banyak usaha yang dilakukan, baik itu biaya, tenaga dan waktu yang digunakan untuk berlatih maka hasilnya akan semakin baik.

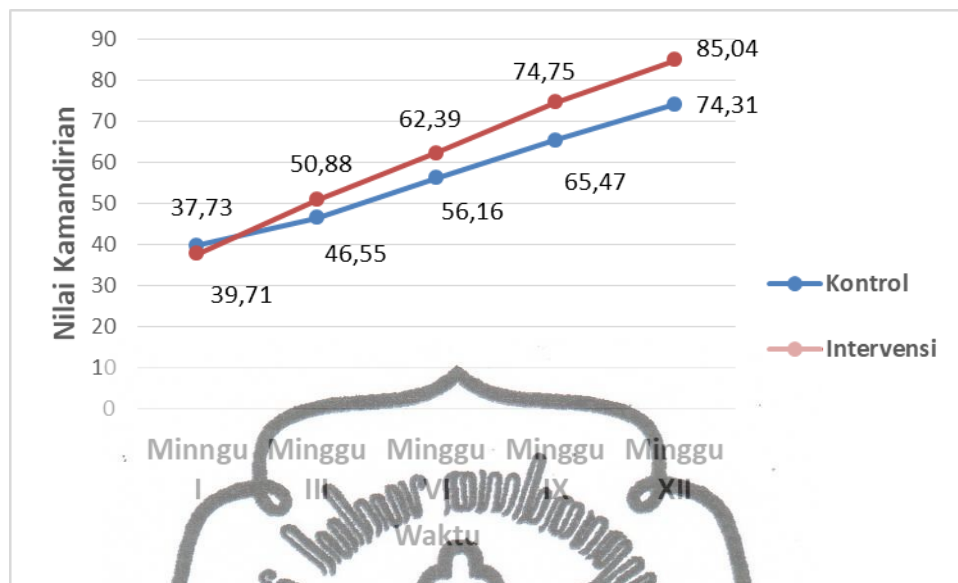
Hukum ketidakgunaan yaitu mengikuti hukum kegunaan yakni tanpa latihan suatu hubungan akan lemah. Dengan perkataan lain suatu hubungan yang dapat diubah antara satu situasi dengan satu respon tidak terjadi dalam situasi yang sama, maka hubungan itu akan lemah. Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam *exercise* (latihan) adalah semakin sering penderita stroke mengulang sesuatu, semakin mereka mengingat informasi yang diberikan. Dengan memberikan pertanyaan berulang-ulang akan dapat meningkatkan latihan mereka. Jadi semakin sering menghafal Al Quran dan

menggunakan dalam dzikir, berdoa dan digunakan untuk bacaan sholat koneksinya semakin baik, fasih dan lancar, ini semua akan memperlancar kemampuan komunikasi verbal secara umum pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik. Sehingga teori *law of exercise* Thorndike sangat tepat digunakan untuk melatih menghafal Al Quran pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik untuk meningkatkan kemampuan komunikasi fungsional secara baik.

Teori Pavlov (Hergenhahn & Olson, 1997) juga berperan dalam memberikan belajar menghafal, belajar pada prinsipnya adalah meniru atau mencontoh dari perilaku seseorang yang memberikan latihan. Semakin sering mencontoh, membiasakan ataupun menirukan ucapan latihan menghafal Al Quran maka ucapannya semakin lancar dan fasih, hal ini juga akan memperkuat kemampuan komunikasi verbal secara umum. Kemampuan komunikasi yang baik pada penderita stroke terhadap orang lain, maka akan meningkatkan kepercayaan diri untuk sembuh (Kauhanen *et al.*, 2000). Dengan kemampuan komunikasi fungsional yang baik diharapkan dapat meningkatkan kemandirian dan kualitas hidupnya.

4. Pengaruh Menghafal Al Quran terhadap Kemandirian pada Penderita Stroke dengan Gangguan Afasia Motorik

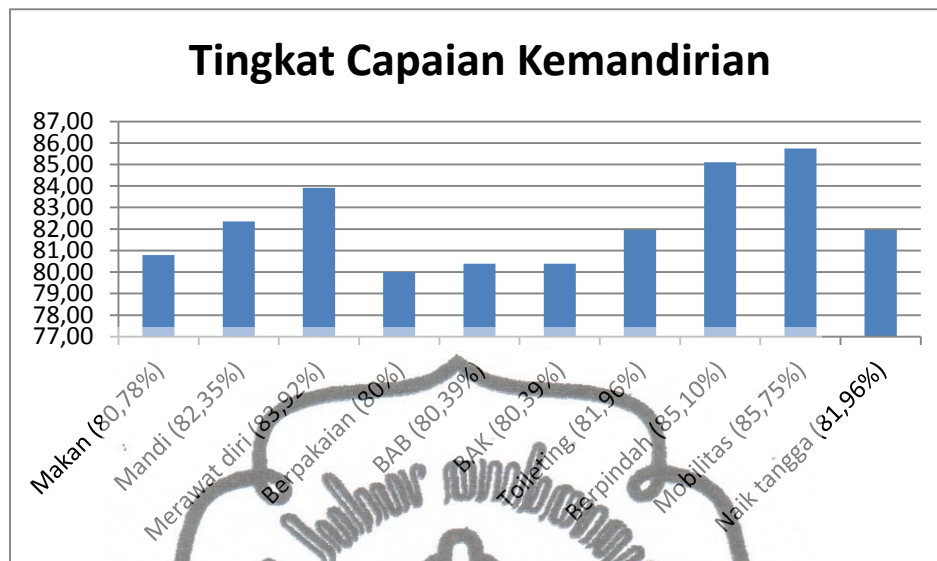
Tingkat kemandirian penderita stroke dapat dinilai dengan menggunakan penilaian *barthel Index* yang sering digunakan dalam mengevaluasi ketidakmampuan saat penderita masuk rumah sakit dan selama dirawat oleh keluarganya (Rasyid, 2007). Wills & Fegan (2001 *cit.* Sarafino 2006) menyatakan bahwa dukungan keluarga mengacu pada bantuan yang diterima individu dari orang lain atau kelompok sekitar yang membuat penerima merasa nyaman, dicintai dan dihargai serta dapat menimbulkan efek positif bagi dirinya.



Gambar 4.9 Diagram Garis Perbandingan tingkat Kemandirian antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Berdasarkan Gambar 4.9 menunjukkan bahwa peningkatan kemandirian kelompok intervensi mengalami peningkatan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol dimana diketahui pada awal penilaian tingkat kemandirian minggu pertama dan tingkat kemandirian minggu ketiga pada kedua kelompok tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p > 0,05$), mulai pada waktu minggu keenam sampai dengan minggu duabelas menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p < 0,05$).

Dengan demikian pemberian intervensi menghafal Al Quran dan dukungan keluarga efektif dapat meningkatkan kemandirian penderita stroke dengan gangguan afasia motorik. Hasil analisis tingkat capaian dimensi kemandirian atau aktivitas hidup sehari-hari penderita stroke dengan gangguan afasia motorik dapat ditunjukkan pada Gambar 4.10 berikut:



Gambar 4.10 Tingkat Capaian Kemandirian

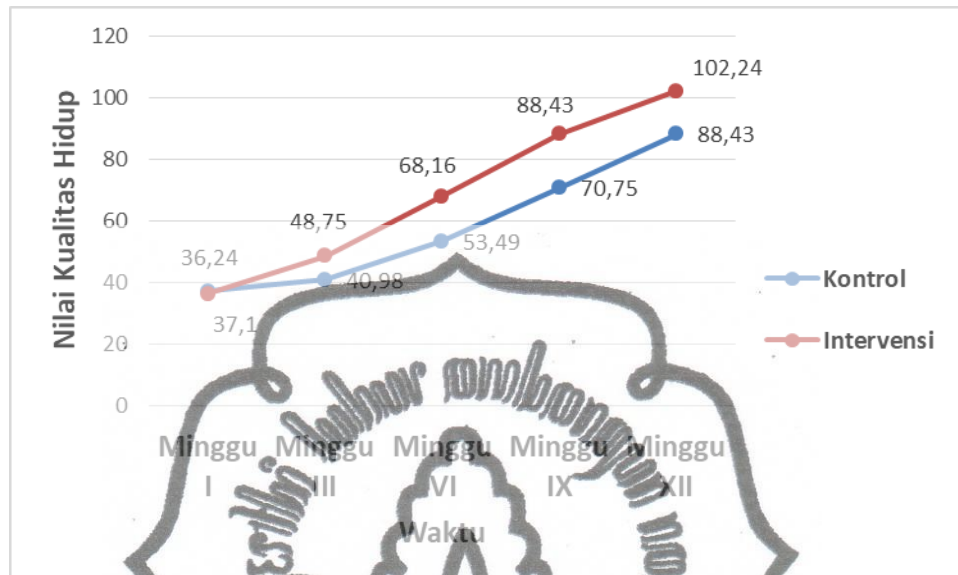
Berdasarkan Gambar 4.10 di atas menunjukkan bahwa besarnya tingkat capaian dimensi kemandirian adalah: makan sebesar (80,78%), mandi sebesar (82,35%), merawat diri sebesar (83,92%), berpakaian sebesar (80%), buang air besar (BAB) sebesar (80,39%), buang air kecil (BAK) sebesar (80,39%), penggunaan toilet sebesar (81,96%), berpindah sebesar (85,10%), mobilitas sebesar (85,75%), dan menggunakan tangga sebesar (81,96%). Dari data di atas dimensi kemandirian yang paling besar adalah mobilitas (85,75%), hal ini ditunjukkan dengan berjalan lancar tanpa bantuan orang lain, kursi roda dan tongkat atau alat bantu yang lain. Dimensi yang kedua adalah berpindah (85,10%), hal ini dinyatakan bahwa penderita stroke bisa berpindah secara mandiri dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya. Hidup mandiri pada penderita stroke ditunjukkan juga dalam kehidupan sehari-hari, misalnya bisa minum obat sendiri, baik waktu dan dosisnya, begitu juga mandi, merawat diri (*higiene personel*) misalnya: cuci muka, menyisir rambut, bercukur jenggot, gosok gigi), saat makan ditunjukkan dengan mengambil dan memotong makanan, mengambil lauk atau memerlukan diet khusus. Penggunaan toilet ditunjukkan dengan naik dan turun ke kloset/WC sendiri termasuk melepas dan memakai pakaian, cebok, menyiram WC (Atsushi *et al.*, 2016). Berpakaian

ditunjukkan dengan memakai pakaian sendiri termasuk memakai tali sepatu, menutup dan membuka resleting, bisa dilakukan tanpa bantuan orang lain. Ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Almborg (2010). Dengan hidup mandiri maka kualitas hidupnya semakin baik.

Semakin baik komunikasinya maka penderita stroke semakin baik dalam memahami setiap kejadian, sehingga komunikasi dengan keluarga, teman, atau lawan bicaranya semakin lancar. Hal ini memudahkan untuk memahami setiap kejadian, terutama masalah kesehatan yang dideritanya. Sesuai dengan teori *Health Belief Model* (HBM) yaitu kesiapan individu untuk merubah perilakunya dalam rangka menghindari suatu penyakit atau risiko terhadap kesehatannya (Sulaeman, 2013 & 2016). Dengan demikian penderita stroke ada kesiapan untuk merubah perilaku yang lebih baik, misalnya minum obat teratur, kontrol teratur, mentaati anjuran dokter, termasuk merubah pola hidup seperti pola pikir, pola makan dan aktivitasnya, itu semuanya dalam rangka meningkatkan kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Hughes *et al.*, 2004). Tingkat kemandirian juga karena adanya dukungan keluarga yang efektif, yaitu dukungan informasi, instrumentasi, emosi dan dukungan penghargaan (Wills *et al.*, 1985; Sit *et al.*, 2004).

Tingkat kemandirian pada penderita stroke juga dikaitkan dengan fungsi luhur yaitu fungsi yang memungkinkan penderita dapat memenuhi kebutuhan jasmani dan rohani sesuai dengan nilai moral yang berlaku secara mandiri. Fungsi luhur meliputi lima komponen yaitu fungsi bahasa, fungsi persepsi, fungsi memori, fungsi emosi dan fungsi kognitif. Dalam penelitian ini fungsi luhur pada penderita stroke ditunjukkan dengan aktivitas sehari-hari yang antara lain meliputi: mampu menulis, mampu membaca dan memahami, mampu tandatangan, daya ingat (memori), mampu membedakan warna, mampu membedakan rasa, mampu membedakan kanan-kiri dan lain sebagainya (Vakhnina *et al.*, 2009).

5. Pengaruh Menghafal Al Quran terhadap Kualitas Hidup pada Penderita Stroke dengan Gangguan Afasia Motorik



Gambar 4.11 Diagram Garis Perbandingan Kualitas Hidup antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Berdasarkan Gambar 4.11 menunjukkan bahwa peningkatan kualitas hidup kelompok intervensi mengalami peningkatan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol dimana diketahui pada minggu pertama kualitas hidup kedua kelompok tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p=0,691$), mulai pada waktu minggu ketiga sampai dengan minggu keduabelas menunjukan perbedaan yang signifikan ($p<0,05$), Dengan demikian pemberian intervensi menghafal Al Quran dan dukungan keluarga yang kuat sangat efektif dalam meningkatkan kualitas hidup penderita stroke dengan gangguan afasia motorik. Kualitas hidup berbanding lurus dengan tingkat kemandirian, semakin hidupnya mandiri maka kualitas hidupnya semakin baik. Peningkatan kualitas hidup pada penderita stroke karena salah satunya adanya dukungan keluarga yang baik, baik itu dukungan informasi, emosional, instrumentasi, maupun dukungan penghargaan. Adanya dukungan keluarga yang optimal, baik dari keluarga, teman atau petugas kesehatan maka masalah mental dan emosional yang

berat dapat dicegah, sehingga penderita stroke lebih termotivasi untuk hidup mandiri dan merasa dibutuhkan (Pratiwi, 2009).

Kualitas hidup yang baik pada penderita stroke ditinjau dari 5 aspek, yaitu kesehatan fisik, psikologis, lingkungan, hubungan sosial dan kesehatan spiritual. Hasil analisis tingkat capaian kualitas hidup pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik dapat ditunjukkan pada Gambar 4.12 berikut:



Gambar 4.12 Tingkat Capaian Kualitas Hidup

Berdasarkan Gambar 4.12 menunjukkan bahwa grafik tingkat capaian kualitas hidup berupa kesehatan fisik dan psikologis (86,86%), kesehatan sosial (85,88%), kesehatan lingkungan dan spiritual (90,98%). Dari data di atas tingkat capaian kualitas hidup yang paling besar adalah kesehatan lingkungan dan spiritual (90,98%), hal ini ditunjukkan penderita merasa puas dengan lingkungan tempat tinggalnya, misalnya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau, tempat ibadah yang memadai, termasuk mempunyai cukup uang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Kesehatan lingkungan juga ditunjukkan bahwa penderita stroke memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya, misalnya mampu menyapu, membersihkan selokan, membersihkan rumput di sekitar rumah. Kesehatan spiritual ditunjukkan dengan meningkatnya

ibadah yang dilakukan, misalnya sholat lima waktu berjamaah ke masjid, banyak dzikir, membaca Al Quran, menghadiri pengajian, mendengarkan pengajian lewat radio, youtube dan melaksanakan ibadah-ibadah sunah yang lain. Kesehatan spiritual juga ditunjukkan dengan pemahaman agama yang baik, anatra lain timbulnya kesadaran untuk membayar zakat, infaq, shodaqoh bahkan berangkat umroh dan haji serta ketaatan melaksanakan agama dengan baik. Ketaatan beragama ini akan menimbulkan ketenangan jiwa, bebas dari stres dan bisa mengendalikan marah melalui jalur psikoneuroimunologi (Syed, 2003).

Berdasarkan konsep psikoneuroimunologi, kecemasan merupakan stresor yang bisa menurunkan imun tubuh, hal ini terjadi melalui serangkaian aksi yang diperantarai oleh *Hipotalamus-Pituitary-Adrenal* (HPA-Axis), tingkat kecemasan juga akan merangsang hipotalamus untuk meningkatkan produksi *Corticotropin Releasing Factor* (CRF) sehingga merangsang hormon pituitary anterior (hipofise) untuk meningkatkan produksi *Adrenocorticotrophic hormone* (ACTH) (Aghamohamadi *et al.*, 2014; Alfano *et al.*, 2008; Nurdin, 2015; Tartaro, 2005). Hormon ini akan merangsang korteks adrenal untuk meningkatkan sekresi kortisol, kortisol selanjutnya akan menekan sistem imun tubuh (Guyton & Hall, 2008). Psikoneuroimunologi merupakan konsep terintegrasi mengenai fungsi regulasi-imun untuk mempertahankan homeostasis. Untuk mempertahankan homeostasis, sistem imun berintegrasi dengan proses psikofisiologik otak, dan karena itu mempengaruhi dan dipengaruhi otak (Aghamohamadi *et al.*, 2014; Alfano *et al.*, 2008). Melalui pendekatan ini telah mulai dipahami mekanisme interaksi antara perilaku, sistem saraf, sistem endokrin, dan fungsi imun. Komponen perilaku dari interaksi ini melibatkan kondisioning Pavlov pada peningkatan maupun penekanan antibodi dan respon imun seluler. Kondisioning ini berekspreasi sebagai efek pengalaman stress terhadap fungsi imun (Nurdin, 2015). Teori ini mengatakan bahwa mempelajari bahasa berhubungan dengan pembentukan hubungan antara kegiatan stimulus-respon dengan proses penguatannya. Proses penguatan ini

diperkuat oleh suatu situasi yang dikondisikan, yang dilakukan secara berulang-ulang. Menghafal Al Quran adalah kondisi yang terbaik untuk mengingat Allah, sehingga hati dan pikiran menjadi tentram. Seperti dalam Al Quran surat Ar- Ra'ad ayat 28:

الَّذِينَ ءَامَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ ﴿٢٨﴾

(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka manjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingati Allah-lah hati menjadi tenteram (QS Ar-Ra'ad [13]: 28).

Hati yang tenang dan tentram akan mempengaruhi penurunan produksi hormon kortisol (hormon stres) dan meningkatkan produksi hormon endorpin (hormon kekebalan tubuh) (Sholeh, 2013; Khatoni, 1997; Almerud *et al.*, 2003; Chang *et al.*, 2008; Boonen *et al.*, 2013). Pikiran secara umum akan mempengaruhi kesehatan tubuh, pikiran yang tenang dan selalu *positif thinking* akan menyebabkan produksi hormon endorpin optimal sehingga tingkat imunitasnya akan semakin baik, sesuai teori hubungan tubuh dengan pikiran (*mind body connection*) yang dikemukakan oleh Littrell, 2018. Penelitian Littrel, 2018 yang berjudul “*The mind-body connection: not just a theory anymore*” menjelaskan bahwa emosi dan pola pikir dapat berkontribusi terhadap keseimbangan dalam tubuh, dan terapi seperti hipnosis, meditasi, yoga, dan biofeedback digunakan untuk membangun kembali keseimbangan dan meningkatkan kesehatan tubuh, hal ini senada dengan hasil penelitian (Weinberg, 2012). *Mind body connection* juga akan memengaruhi pemeliharaan kesehatan atau perkembangan penyakit, misalnya: emosi seperti kecemasan dapat memicu peningkatan hormon stres, yang dapat menekan sistem kekebalan tubuh dan mengatur tahap pengembangan infeksi, seperti peradangan atau kanker (Weinberg, 2012). Lebih lanjut Weinberg (2012) menjelaskan bahwa ilmu pengetahuan menunjukkan bahwa pikiran, kata-kata, dan perasaan dapat mengubah struktur kristal air dan sel seseorang sehingga dapat mengubah fungsinya.

Hal ini yang mendasari teori neurolinguistik bahwa kata-kata atau kalimat yang positif akan memengaruhi pikiran dan emosi yang positif sehingga akan berpengaruh pada kondisi biokimia, seluler, dan fisiologis seseorang secara keseluruhan. Kata-kata dan niat tertentu dapat menyebabkan perubahan fisik dalam struktur DNA, yang memengaruhi bagaimana kode genetik diterjemahkan untuk membuat protein berbeda yang akan menghasilkan hormon tertentu sesuai kondisi pikiran dan suasana hati seseorang. Teori neurolinguistik juga yang mendasari teknik seperti afirmasi dan hipnoterapi medical dapat memiliki efek kuat pada tubuh manusia. Pada tingkat fisik, tubuh terdiri dari atom dan air, yang berada dalam keadaan bergerak konstan. Jenis gerakan atau frekuensi di mana atom dalam sel bergetar menciptakan bentuk energi gelombang yang memengaruhi struktur senyawa kimia dan fungsinya dalam tubuh seseorang, jika tubuh yang terdiri dari 76% air, diberi informasi yang positif, lebih-lebih ayat-ayat Al Quran yang merupakan wahyu dari Allah Tuhan Semesta Alam maka senyawa dalam tubuh akan membentuk senyawa heksagonal dan senyawa heksagonal ini akan membebaskan radikal bebas dalam tubuh seseorang sehingga seseorang akan sehat (Emoto, 2014). Radikal bebas (Bahasa latin: *radicalis*) adalah molekul yang mempunyai sekelompok atom dengan elektron yang tidak berpasangan. Radikal bebas adalah bentuk radikal yang sangat reaktif dan mempunyai waktu paruh yang sangat pendek. Jika radikal bebas tidak diinaktivasi, reaktivitasnya dapat merusak seluruh tipe makromolekul seluler, termasuk karbohidrat, protein, lipid dan asam nukleat. Radikal bebas dapat merusak jaringan normal terutama apabila jumlahnya terlalu banyak. Akibat dari radikal bebas dalam jumlah besar akan mengganggu produksi DNA, lapisan lipid pada dinding sel, pembuluh darah, produksi prostaglandin, kerusakan sel dan mengurangi kemampuan sel untuk beradaptasi terhadap lingkungannya (Valko *et al.*, 2006). Penderita stroke yang selalu mengulang hafalan Al Quran tingkat imunitasnya semakin baik sehingga akan mempercepat proses pemulihan dan penyembuhan yang dialami penderita stroke dengan gangguan afasia

motorik.

Kesehatan spiritual penderita stroke juga ditunjukkan dengan sholat lima waktu dijalani dengan tertip, hal ini akan berpengaruh irama sirkadian adalah pengulangan setiap jam aktivitas biologis tubuh pada interval tertentu. Irama sirkadian berlaku pada fungsi tubuh seperti tidur, suhu tubuh, tekanan darah, produksi hormon, pencernaan, jantung, metabolisme dan kerja otot. Misalnya suhu tubuh paling rendah jam 04.30 dan tertinggi kira-kira jam 19.00, tekanan darah paling rendah pada jam 06.45 dan paling tinggi sekitar jam 18.30 begitu setiap harinya (Sari *et al.*, 2015). Hal ini berpengaruh positif pada homeostasis tubuh, sehingga penderita stroke sehat secara fisik dan psikis. Hal ini ditunjukkan dengan kualitas ibadahnya semakin baik, merasa kehidupan yang dijalani saat ini lebih berarti, selalu bersyukur kepada Allah SWT, selalu sabar dalam menghadapi cobaan dan penderita merasa Tuhan menyayangnya dan ingin mengangkat derajat keimanannya. Sabar adalah luas hati, tidak mudah marah (Kamus Besar Bahasa Indonesia), orang yang sabar adalah orang yang bersikap luas hati, tabah, tenang dalam menghadapi masalah. Hakikat sabar menurut Imam Al Ghazali adalah tahan menderita dari gangguan dan tahan menderita dari ketidak senangan orang. Sabar adalah kunci dari kesulitan, barang siapa bersabar menghadapinya dia akan berhasil mengatasi berbagai masalah dalam kesulitan itu.

Tingkat capaian dimensi kualitas hidup yang kedua adalah kesehatan fisik dan psikologis (86,86%), hal ini ditunjukkan dengan tidak merasa terganggu dengan kondisi sakit yang menghambatnya dalam beraktivitas sehari-hari, dapat mengatasi rasa nyeri atau ketidaknyamanan fisik akibat kondisinya yang sedang sakit, merasa puas terhadap istirahatnya, merasa puas dengan tenaga yang dimiliki untuk beraktivitas, dapat menikmati hidup, dapat berkonsentrasi atau fokus dengan apa yang sedang dilakukan, dapat menerima penampilan tubuh, merasa dirinya berharga, tidak merasa cemas dengan kondisi sakitnya, merasa masih mempunyai harapan yang baik untuk masa depan (Atarodi *et al.*, 2013; Hamidi *et al.*, 2010).

Kesehatan fisik juga ditunjukkan dengan berkurangnya rasa nyeri, tekanan darah stabil normal, gula darah terkontrol normal, kadar kolesterol darah semakin baik dan tingkat kemandirian semakin baik. Perbaikan kesehatan psikologis pada penderita stroke juga ditunjukkan dengan kesehatan mental secara umum yang selalu meningkat, berkurangnya rasa cemas, khawatir dan was-was, selalu optimis dan percaya diri, tidak mudah marah, emosi dan menerima keadaan dirinya sepenuh hati (Kim JS., 2016; Atarodi *et al.*, 2013; Hamidi *et al.*, 2010). Kesehatan psikologis yang meningkat pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik juga ditunjukkan dengan tidur yang pulas (*deep sleep*). *Deep sleep* akan menghasilkan hormon serotonin yang optimal, sehingga proses neurotransmitter bekerja semakin baik, maka proses regenerasi sel (*neuro plasticity*) dalam otak semakin baik (Boonen *et al.*, 2013; Murphy *et al.*, 2009; Moller, 2006).

Tingkat capaian dimensi kualitas hidup yang ketiga adalah kesehatan hubungan sosial (85,85%), hal ini ditunjukkan dengan pertemanan, bisa menggunakan layanan media sosial, menghadiri undangan tetangganya yang punya kerja, merasa orang-orang di sekitarnya dapat menerima keadaannya dan masih mau berteman dengannya, merasa puas terhadap dukungan yang diberikan oleh keluarga dan temannya, merasa orang-orang di sekitarnya menyukai dan tidak menghindarinya, masih dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari tanpa bantuan orang lain.

Perbaikan kualitas hidup pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik setelah dilatih menghafal Al Quran juga dapat menjadikan efek coping yang semakin baik, orang yang selalu mengingat Allah melalui menghafal Al Quran hatinya akan tentram, sehingga selain meningkatkan kekebalan tubuh dan menurunkan efek stres juga meningkatkan efek coping (Mohamed *et al.*, 2010; Hughes *et al.*, 2004; Folkman *et al.*, 1985). *Coping strategy* merupakan coping yang dilakukan secara sadar dan terarah dalam mengatasi rasa sakit atau menghadapi stressor. Apabila coping dilakukan secara efektif, stressor tidak lagi menimbulkan tekanan secara psikis,

penyakit, atau rasa sakit, melainkan berubah menjadi stimulan yang memacu prestasi serta kondisi fisik dan mental yang baik (Kimiaee *et al.*, 2012).

Mekanisme koping menunjuk pada baik mental maupun perilaku, untuk menguasai, mentoleransi, mengurangi, atau meminimalisasikan suatu situasi atau kejadian yang penuh tekanan. Mekanisme koping merupakan suatu proses di mana individu berusaha untuk menanggapi dan menguasai situasi stres yang menekan akibat dari masalah yang sedang dihadapinya dengan cara melakukan perubahan kognitif maupun perilaku guna memperoleh rasa aman dalam dirinya, sesuai dengan penelitian Sholeh (2004). Efek koping adalah mekanisme untuk mengatasi perubahan yang dihadapi atau beban yang diterima. Apabila mekanisme koping ini berhasil, seseorang akan dapat beradaptasi terhadap perubahan yang hadapi, lebih tabah menerima ujian dan menerima keadaan dirinya sepenuh hati. ZJ Lipowski (2001) dalam penelitiannya memberikan definisi mekanisme coping: *all cognitive and motor activities which a sick person employs to preserve his bodily and psychic integrity, to recover reversibly, impaired function and compensate to limit for any irreversible impairment* (semua aktivitas kognitif dan motorik yang dilakukan oleh seseorang yang sakit untuk mempertahankan integritas tubuh dan psikisnya, memulihkan fungsi yang rusak, dan membatasi adanya kerusakan yang tidak bisa dipulihkan).

Dapat disimpulkan bahwa penderita stroke yang kopingnya baik akan mudah memecahkan masalah yang dihadapi. Selain itu koping yang baik juga akan mempengaruhi perubahan tingkah laku dan perubahan jaringan organ pada penderita stroke. Keliat (1999) dan Folkman & Lazarus (1985) dalam penelitiannya menyatakan perbaikan jaringan organ pada penderita stroke terjadi sebelum 6 bulan dari kejadian. Hasil penelitian Kelly-Hayes *et al.* (2003) yang mengatakan bahwa 6 minggu setelah dilakukan *discharge planning* pada penderita stroke adanya perubahan pada fisik, kognitif, dan emosional, gejala depresi berkurang, partisipasi dalam kegiatan sosial meningkat. Almborg (2010) melakukan penelitian dengan hasil 2 sampai 3

minggu setelah dilakukan *discharge planning* gejala depresi pada pasien stroke iskemik menurun dan partisipasi kegiatan social meningkat.

Efek koping yang baik akan mempengaruhi perbaikan pada jaringan organ tubuh terutama pada hemisfer kiri otak penderita stroke, sedang hemisfer kiri adalah pusat bahasa dan komunikasi. Sehingga akan mempengaruhi perbaikan komunikasi verbal secara umum pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik. Pusat bahasa inilah yang menjadikan manusia bisa berkomunikasi, berinteraksi dan memahami dengan lawan bicaranya. Lebih lanjut jika terjadi perbaikan jaringan atau sel otak maka juga akan terjadi perbaikan kognitif pada penderita stroke daya ingat (memori) yang selalu diasah dengan menghafal Al Quran. Memorinya yang semakin baik akan mendukung aktivitas sehari-hari semakin lancar sehingga tingkat kemandiria dan kualitas hidupnya juga akan semakin baik.

Menurut Fazrena (2010) gelombang Alpha adalah gelombang otak dominan selama dzikir dan membaca Al Quran di mana gelombang Alpha memiliki perubahan amplitudo tinggi pada titik elektroda P3, Pz dan P4 yang mewakili korteks parietal otak manusia. Ini menunjukkan bahwa dzikir dan membaca Al Quran menghasilkan efek istirahat dan menenangkan bagi pembaca dan mengurangi tingkat stres. Namun menurut penelitian yang dilakukan oleh Abdurrochman *et al.* (2007) pada efek dzikir dan membaca Al Quran ditemukan bahwa subyek menghasilkan gelombang Delta sebagai gelombang otak dominan yang dapat digunakan sebagai terapi pada gangguan tidur. Menurut Fauzan *et al.* (2016) dzikir dan membaca Al Quran gelombang Alpha akan dapat meningkatkan ketenangan dan mengaktifkan domain ekspresi (verbal, musik dan seni) di otak kiri untuk kreativitas.

Menurut Knyazev (2011) gelombang Delta penting dalam perhatian karena relevansi motivasi tugas dan arti-penting stimulus target terkait dengan peningkatan aktivitas gelombang Delta. Gelombang Delta juga terlibat dalam penyaringan konstan rangsangan internal dan eksternal dalam mencari isyarat yang menonjol secara motivasi yang menandakan potensi

ancaman atau kabar gembira yang terdapat dalam ayat-ayat Al Quran. Gelombang Delta juga terkait dengan persepsi bawah sadar.

Menurut Mendoza (2013) gelombang Delta dikaitkan dengan relaksasi yang sangat dalam dan kesadaran spiritual. Karena tugas yang diberikan kepada peserta adalah berdzikir dan membaca Al Quran yang merupakan kegiatan spiritual, itu menjelaskan mengapa Delta adalah gelombang otak yang dominan. Selain itu, karena peserta terlibat dengan memahami makna dan arti berdzikir dan membaca Al Quran, itu menyebabkan gelombang Delta meningkat. Ini menunjukkan bahwa mereka lebih terlibat dalam aktivitas spiritual ketika mereka berdzikir dan membaca Al Quran dengan memahami makna dan arti dibandingkan dengan mendengarkan dzikir dan murattal Al Quran. Selain itu, dzikir dan Al Quran menghasilkan efek relaksasi bagi para pembaca. Menghafal Al Quran salah satu bentuk dzikir, ingat kepada Allah SWT yang efektif, menjadikan hati tenang dan pikiran tenang. Ketentraman dan ketenangan ini akan mempercepat pemulihan dan kesembuhan penderita stroke, sehingga akan mendukung tercapainya tingkat kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik.

Penelitian Dubuc (2004) menunjukkan bahwa membaca dzikir dan ayat-ayat Al Quran dapat meningkatkan gelombang Delta pada otak, ditunjukkan pada area Brodmann 8, di mana area ini termasuk dalam area Broca yang bertanggungjawab dalam pemrosesan aspek semantik bahasa dan kefasihan verbal. Menghafal Al Quran yang diulang-ulang juga akan berdampak pada perbaikan komunikasi fungsional pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik. Menurut Mendoza (2013) aktivasi gelombang Delta berkontribusi pada produksi hormon pertumbuhan manusia, *human growth hormone (HGH)* sebagai hasil dari stimulasi kelenjar hipofisis selama aktivasi gelombang Delta. Selain itu, gelombang Delta juga merangsang pelepasan hormon anti penuaan seperti *dehydroepiandrosterone (DHEA)* dan melatonin.

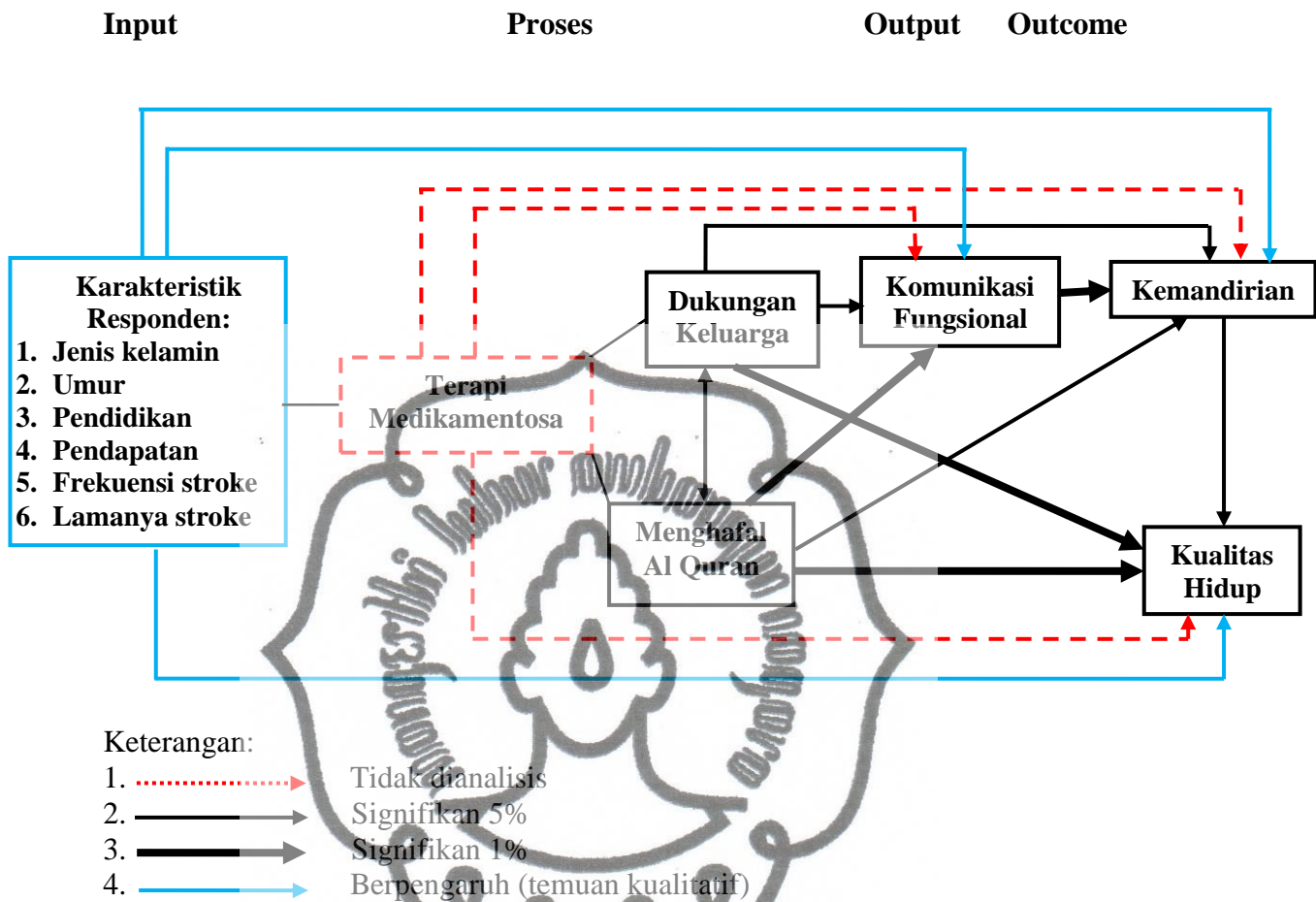
Menghafal Al Quran surat At Thaha ayat 25-28 yang dilakukan secara rutin pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik akan menyebabkan terjadinya neuroplastisitas, yaitu kemampuan otak untuk melakukan reorganisasi dalam bentuk interkoneksi antar saraf otak, yang mana dipengaruhi oleh stimulasi, pengalaman dan lingkungan (Thomas *et al.*, 1997). Berdasarkan konsep ini maka jika terjadi kerusakan pada bagian otak maka ada kemungkinan untuk mengalami pemulihan. Hal ini sesuai dengan penelitian Rahayu (2012) dan Murphy (2009) aktivasi otak pada masa regenerasi saraf pasca stroke sangat penting untuk mendukung perbaikan otak. Aktivasi otak yang terdiri dari *breathing exercise*, latihan harmonisasi otak dan *memory brain exercise* diberikan untuk mendapatkan efek relaksasi yang akan menstimulasi pembentukan zat-zat yang penting untuk pertumbuhan sel saraf, serta memiliki pengaruh terhadap struktur otak seperti korteks visual, hipokampus dan korteks serebral, hal ini sejalan dengan penelitian Moller (2006) dan Cavallini (2003). Lebih lanjut efek yang diperlihatkan adalah perbaikan dalam hal fungsi sensorik, motorik, kognitif, psikis dan fungsi sosial (Bottiroli *et al.*, 2008; Andreas *et al.*, 2010; Baars *et al.*, 2010). Fungsi sensorik berkaitan dengan fungsi penginderaan, penciuman, pengecap (*gustatory*) dan keseimbangan (*vestibular*). Fungsi motorik yang baik memungkinkan penderita stroke bergerak sesuai dengan yang dikehendaki dan gerak merupakan simbul kehidupan, misalnya merawat diri, mengungkapkan emosi, memenuhi ambisi, menghindari dari bahaya dan sebagainya. Fungsi kognitif meliputi: perhatian dan konsentrasi (*attention and Consentration*), *memory*, *problem solving*, integrasi belajar, komunikasi dan sebagainya. Fungsi psikis dan sosial meliputi: status emosi dan perasaan, *coping behaviour* (koping perilaku), *self defence* (pertahanan diri), *self identity* (identitas diri), *person interaction* (interaksi personal), *group interaction* (interaksi kelompok). Dalam penelitian ini, penderita stroke dengan afasia motorik setelah 3 bulan secara rutin mendapatkan terapi medikamentosa, menghafal Al Quran dan dukungan keluarga yang adekuat, sel-sel otak akan mengalami neuroplastisitas dan neurogenesis

yaitu terjadinya reorganisasi sel-sel otak dan perbaikan pada daerah penumbra (daerah yang sel-sel otak dan jaringan pendukungnya belum mati akan tetapi sangat berkurang fungsinya dan menyebabkan juga defisit neurologis/pre-infark), hal ini dibuktikan dengan pemeriksaan CT Scan kepala yaitu terjadi perbaikan lesi pada hemisfer kiri terutama sekitar area broca, yang mana area broca merupakan pusat bahasa dan komunikasi (Misbach, 2006). Dukungan keluarga pada penderita stroke yang baik dan adekuat adalah ketersediaan sumber daya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat lewat pengetahuan bahwa individu tersebut dicintai, diperhatikan, dihargai oleh orang lain, baik anggota keluarga, teman, tetangga, masyarakat dan ia juga merupakan anggota kelompok yang berdasarkan kepentingan bersama (Zalilic et al., 2010).

Dapat disimpulkan bahwa Penderita stroke dengan gangguan afasia motorik, setelah mendapat terapi medikamentosa, menghafal Al Quran surat At Thaha ayat 25-28 selama 3 bulan secara rutin dengan dukungan keluarga yang adekuat dapat meningkatkan kemampuan komunikasi fungsional, tingkat kemandirian, fungsi luhur dan peningkatan kualitas hidupnya serta secara umum dapat dikatakan penderita stroke yang menjadikan Al Quran sebagai pegangan hidupnya akan meningkatkan kesehatan fisik dan mentalnya (Jamilian, 2012; Johnstone *et al.*, 2008; Reza *et al.*, 2002).

6. Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia Motorik melalui Menghafal Al Quran dan Dukungan Keluarga yang Direkomendasikan

Mempertimbangkan hasil analisis yang telah dilakukan yaitu analisis jalur dan uji kelayakan model (*Goodness of Fit Model*) serta berdasarkan hasil pengukuran secara keseluruhan, maka model pemberdayaan penderita stroke dengan afasia motorik melalui menghafal Al Quran dan dukungan keluarga dapat direkomendasikan pada Gambar 4.13 sebagai berikut:



Gambar 4.13 Model Pemberdayaan Penderita Stroke dengan Afasia motorik melalui Menghafal Al Quran dan Dukungan Keluarga = Hasil Penelitian Kualitatif

Gambar 4.13 merupakan skema model pemberdayaan penderita stroke dengan afasia motorik melalui menghafal Al Quran dan dukungan keluarga. Dari model tersebut dapat dijelaskan bahwa dukungan keluarga berpengaruh secara langsung terhadap komunikasi fungsional, kemandirian dan kualitas hidup, begitu juga menghafal Al Quran berpengaruh langsung terhadap komunikasi fungsional, kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik. Komunikasi fungsional berpengaruh langsung terhadap kemandirian dan berpengaruh terhadap

]-0765kualitas hidup harus melalui tingkat kemandirian pada penderita stroke dengan afasia motorik. Penelitian ini menjelaskan bahwa terapi medikamentosa, menghafal Al Quran dan dukungan keluarga yang

baik selama tiga bulan secara rutin dapat berpengaruh secara signifikan terhadap kemampuan komunikasi fungsional, tingkat kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik. Tahapan implementasi dan model tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Tahapan Input

Identifikasi karakteristik pasien stroke dengan gangguan afasia motorik, meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan, pendapatan, frekuensi stroke dan lamanya stroke. Penderita stroke dengan kelainan afasia motorik baik yang sumbatan maupun perdarahan yang berobat ke rumah sakit Ja'far Medika Karanganyar, Jawa Tengah Indonesia diskriminasi terlebih dahulu yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dijadikan responden. Kemudian dengan teori *HBM*, *TPB*, *social cognitif* dan *social Support* penderita stroke dan keluarganya dijelaskan dan diberi motivasi yang bersifat edukasi sehingga penderita tumbuh pengetahuan, kesadaran, kemauan (niat yang kuat) dan kemampuan untuk menjalani proses penelitian yang sudah ditetapkan oleh peneliti.

1) Jenis Kelamin

Moons *et al.* (2004) mengatakan bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Bain *et al.* (2003) menemukan adanya perbedaan antara kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan. Fadda dan Jiron (1999) mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan.

2) Umur

Moons *et al.* (2004) dan Dalkey (2002) mengatakan bahwa usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan oleh Wagner *et al.* (2004) menemukan adanya perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu.

3) Pendidikan

Moons *et al.* (2004) dan Baxter (1998) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani *et al.* (2007) menemukan adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.

4) Penghasilan

Testa dan Simonson (1996) menjelaskan bahwa bidang penelitian yang sedang berkembang dan hasil penilaian teknologi kesehatan mengevaluasi manfaat, efektivitas biaya, dan keuntungan bersih dari terapi. hal ini dilihat dari penilaian perubahan kualitas hidup secara fisik, fungsional, mental, dan kesehatan sosial dalam rangka untuk mengevaluasi biaya dan manfaat dari program baru dan intervensi.

5) Frekuensi serangan stroke

Jumlah serangan stroke akan berpengaruh terhadap kerusakan otak lebih luas, sehingga dapat mempengaruhi penurunan dalam komunikasi, kualitas hidup dan tingkat kemandirian pada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.

6) Lamanya serangan stroke

Lamanya serangan stroke akan berpengaruh pada perbaikan kemampuan fungsional komunikasi. Semakin cepat dilatih pada penderita stroke hasilnya semakin baik. Penanganan semakin cepat juga sangat berpengaruh pada perbaikan kemampuan komunikasi fungsional secara umum dan tingkat kemandirian pada penderita stroke.

b. Tahapan Proses

- 1) Dukungan keluarga, meliputi dukungan informasi, instrumentasi, emosi dan dukungan penghargaan.

- a) Dimensi informasi

Keluarga memberikan informasi kepada penderita stroke yang dibutuhkan terkait dengan masalah stroke dan perawatannya, mengingatkan penderita pentingnya meminum obat secara teratur, dan keluarga memberikan informasi kepada pasien tentang penggunaan alat bantu yang dibutuhkan bila penderita kesulitan berkomunikasi.

- b) Dimensi instrumentasi

Keluarga membantu ketika penderita stroke cemas dengan gangguan bicara, menggunakan kata-kata sederhana dan kalimat pendek ketika bicara dengan penderita, mengajak penderita bercakap-cakap seperti menanyakan apa yang dimakan penderita pada sarapan pagi, bagaimana tidurnya, memberikan waktu pada penderita untuk menjawab pertanyaan atau memahami informasi, dan keluarga membantu penderita membiayai pengobatan akibat stroke dengan gangguan bicaranya.

- c) Dimensi emosional

Keluarga menjaga dan merawat penderita stroke dengan penuh kasih sayang, memberikan semangat ketika penderita merasa frustrasi dengan gangguan bicara dan keterbatasannya, dan keluarga menghentikan pembicaraan penderita apabila penderita mengalami kesulitan atau menyelesaikan percakapannya dengan hati-hati.

- d) Dimensi penghargaan

Keluarga mengikutsertakan penderita stroke dalam setiap musyawarah keluarga, menerima penderita apa adanya dengan segala keterbatasannya, mengkoreksi langsung kesalahan ketika penderita sedang berbicara, dan keluarga mendengarkan dengan penuh perhatian jika penderita berusaha berbicara.

3) Menghafal Al Quran, adalah menghafal Al Quran surat At Thaha ayat 25-28 dengan mengulang, mendengarkan murattal Al Quran dan mentaburi makna perkata atau perayat dari kandungan isi Al Quran yang dilakukan oleh penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.

4) Terapi medikamentosa

Adalah pengobatan farmakologi yang diberikan oleh dokter ahli spesialis saraf dan dokter ahli penyakit dalam kepada penderita stroke dengan gangguan afasia motorik.

c. *Output*

Kemampuan komunikasi fungsional penderita stroke dengan gangguan afasia motorik yang semakin baik. Tingkat kemampuan komunikasi fungsional yang ditandai dengan ekspresi (ekspresi wajah, suara dan ekspresi anggota tubuh), pemahaman (mampu mendengarkan intruksi, memahami, menganalisis dan mempertahankan instruksi secara penuh) dan interaksi yaitu mampu merespon dan berinteraksi secara verbal, baik dengan satu atau beberapa orang lawan bicaranya dengan baik.

d. *Outcome*

Outcame yang diharapkan ada peningkatan kemandirian dan kualitas hidup pada penderita stroke dengan afasia motorik. Kemandirian meliputi 10 dimensi yaitu: makan, mandi, merawat diri (cuci muka, menyisir, bercukur jenggot, gosok gigi), berpindah (transfer dari kursi roda ke tempat tidur dan kembali (termasuk duduk di bed)), *bowel* (mengontrol anus), *bladder* (mengontrol kandung kemih), toileting (naik dan turun kloset/WC, termasuk:melepas/memakai pakaian, cebok, menyiram WC), mobilitas (berjalan di permukaan datar atau bila tidak dapat berjalan dapat mengayuh kursi roda sendiri) dan berpakaian (termasuk memakai tali sepatu, menutup resliting), dan naik-turun tangga. Sedang kualitas hidup ada 5 dimensi:

1. Kesehatan fisik

Dimensi kesehatan fisik adalah keadaan organ tubuh yang dapat berfungsi secara baik tanpa merasakan nyeri/sakit atau keluhan, dapat

tidur dengan pulas dan memang secara objektif tidak tampak sakit. Organ tubuh dapat bekerja secara normal. Kesehatan fisik juga mencakup aktivitas sehari-hari, tidak ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit, ketidaknyamanan, istirahat dan kapasitas kerja.

2. Kesehatan psikologis

Dimensi psikologis, yaitu terkait dengan keadaan mental individu penderita stroke dengan afasia motorik. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Kesejahteraan psikologis juga mencakup *bodily image dan appearance*, perasaan positif, perasaan negatif, *self esteem*, keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori, konsentrasi dan penampilan.

3. Kesehatan lingkungan

Dimensi lingkungan, yaitu tempat tinggal penderita stroke dengan afasia motorik, termasuk di dalamnya ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber *financial*, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun ketrampilan, partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim, serta transportasi. Berfokus pada *public self consciousness* dimana penderita stroke dengan afasia motorik memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

4. Kesehatan sosial

Dimensi kesehatan sosial dengan terwujudnya interaksi setiap

penderita stroke dengan keluarga, teman tetangga dan masyarakat tanpa membedakan agama, suku, ras dan warna kulit, sehingga tercipta rasa toleransi dan persatuan.

5. Kesehatan spiritual.

Kesehatan spiritual terdiri dari dua dimensi yaitu dimensi vertikal dan dimensi horizontal. Dimensi vertikal adalah hubungannya dengan Tuhan Yang Maha Tinggi yang menuntun kehidupan manusia, keyakinan dan tauhid yang lurus (tidak kecampuran syirik, tahayul, gugon tuhon dan mitos), pemahaman agama yang benar, bentuk ibadah dan amal sholeh yang semakin meningkat. Sedangkan dimensi horizontal adalah hubungannya dengan diri sendiri, orang lain dan lingkungan atau alam.

7. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah meliputi:

- a. Penelitian ini lebih memusatkan pada pengukuran tentang perubahan perilaku sehari-hari yaitu perubahan kemampuan komunikasi fungsional, tingkat kemandirian dan perubahan kualitas hidup, penelitian ini tidak mengukur perubahan hormon indorphin, kortisol, serotonin dan hormon dopamin untuk mengetahui kemajuan secara fisiologis pada penderita sroke dengan gangguan afasia motorik,
- b. Penelitian ini kurang mengendalikan secara seksama faktor-faktor yang mempengaruhi gaya hidup responden seperti pola makan, pola pikir, istirahat, minat, kesukaan/kegemaran, prioritas dan sebagainya yang mungkin mempengaruhi hasil yang dicapai, dalam hal ini peneliti berusaha semaksimal mungkin memberikan motivasi dan edukasi kepada responden dan keluarganya untuk selalu melaksanakan pola hidup sehat.