

KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA SERANGAN STROKE

I Dewa Putu Gede Putra Yasa

VM Endang SP Rahayu

I Made Widastra

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

Email : putrayasa71@yahoo.co.id

Abstract : Quality of Life of Post Stroke Patiens. *The purpose of this qualitative, descriptive Phenomenology study was to enhance understanding about quality of life after a stroke from the patient's own perspective. The study is located at internal outpatient ward of General Sanglah Hospital with five participants were selected by using purposive sampling method. Data were gathered through indeft interview with each participant on October 2012. The study finding four themes as follow: disable to activity daily living, Suffering emerges amid unaccustomed restrictions and losses, emotional response of social isolation after stroke attack and stroke patients need the health service professional.*

Abstrak : Kualitas Hidup Pasien Pasca Serangan Stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi berbagai persepsi tentang kualitas hidup pasien pasca serangan stroke dengan pendekatan studi *Descriptive Phenomenology*. Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar, pengambilan data dilakukan pada bulan Oktober 2012, dengan jumlah partisipan sebanyak lima orang pasien pasca serangan stroke. Partisipan dipilih dengan menggunakan teknik *popusive sampling*. Data dikumpulkan dengan panduan wawancara mendalam dengan pertanyaan terbuka Hasil penelitian mengidentifikasi empat tema yaitu terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari, munculnya penderitaan ditengah-tengah keterbatasan dan kehilangan. Berbagai respon emosi terhadap keterbatasan kontak sosial setelah menderita stroke. Pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

Kata kunci : kualitas hidup, stroke.

Stroke merupakan sindroma neurologis dengan karakteristik defisit neurologis tanpa adanya kejang akibat kelainan peredaran darah serebral dan berlangsung selama 24 jam atau lebih (Hickey, 2003). Studi yang dilakukan oleh WHO pada 10 negara di dunia, ditemukan bahwa terjadi peningkatan secara bermakna angka kematian akibat stroke (Fisher & Bogousslavsky, 2000). Stroke di Indonesia merupakan penyakit nomor tiga yang mematikan setelah jantung dan kanker. Menurut survei tahun 2004, stroke merupakan pembunuh nomor satu di Rumah Sakit Pemerintah di seluruh penjuru Indonesia. Diperkirakan ada 500.000 penduduk yang terkena stroke. (Misbach & Kalim, 2006).

Faktor penyebab utama stroke adalah gangguan aliran darah otak. Gangguan tersebut menyebabkan terjadinya gangguan pada sistem saraf pusat dan saraf kranialis. Perubahan fisik yang sering dialami pasien adalah kelumpuhan sebagian alat gerak, kehilangan kemampuan menelan, gangguan kognitif, dan gangguan psikologis (Black & Hawks 2005). Kondisi tersebut akan mempengaruhi psikologis pasien stroke. Psikologis pasien stroke bervariasi sesuai dengan penerimaan dan pemahaman pasien terhadap dirinya. Salah satu kondisi psikologis yang terpengaruh berkaitan dengan status fisik pasien setelah serangan stroke adalah kualitas hidup (Castro, Marchut, Neafsey & Wurster, 2002).

Kualitas hidup merupakan pernyataan yang abstrak dan konsep multidimensi. (Wig et al, 2006). Ahlsio, et al (2008), menemukan bahwa kecacatan pasca serangan stroke mempengaruhi kualitas hidup pasien. Patel, et al (2007), menemukan bahwa kualitas hidup pasien stroke dipengaruhi oleh status klinis pasien setelah menderita stroke. Status klinis tersebut diantaranya gangguan kognitif, inkontinensia urine dan lesi pada hemisfer. Hackett, et al, (2007), menemukan bahwa kualitas hidup pasien pasca serangan stroke dipengaruhi oleh kondisi fungsional, seksualitas dan sosialisasi dengan lingkungan serta keluarga.

Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Lynch, et al (2008) ditemukan dua tema utama yaitu hubungan sosial dan tingkat individu. Tema hubungan sosial diantaranya dukungan sosial, komunikasi, perubahan peran dan kemandirian pasien. Tema tingkat individu meliputi strategi koping dan status fungsi fisik. Corring, et al (2007), meneliti tentang kualitas hidup pasien stroke yang dirawat di rumah sakit. Ditemukan dua tema utama yaitu keberadaan stigma dan ketakutan akan kekambuhan dari penyakitnya. Ditemukan pula 4 domain kualitas hidup pasien yang dirawat di rumah sakit yaitu pengalaman menderita penyakit, hubungan, pekerjaan dan pemahaman akan diri sendiri. Kualitas hidup dan kondisi psikologis pasien pasca serangan stroke sangat mempengaruhi keberhasilan dari program rehabilitasi pasca stroke.

Pemahaman dan pengkajian kualitas hidup dapat menentukan perencanaan dan program antisipasi sehingga proses rehabilitasi pasca stroke berhasil dengan baik (Hickey, 2003). Forsberg dan Blomstrand (2004) menemukan bahwa pasien pasca stroke yang diberikan intervensi keperawatan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis, memiliki kualitas hidup yang lebih baik dari pada yang tanpa intervensi. Ditemukan pula bahwa mekanisme koping pasien tersebut

meningkat, sehingga masalah psikologis juga menurun.

Black dan Hawks (2005) mengatakan bahwa stroke adalah perubahan neurologis yang diakibatkan oleh interupsi aliran darah menuju ke bagian-bagian otak. Stroke adalah gangguan aliran darah ke otak secara tiba-tiba atau mendadak” (Stroke Center, 2007). Menurut Smeltzer & Bare (2008) stroke atau cedera serebrovaskuler (CVA) adalah ketidaknormalan fungsi sistem saraf pusat (SSP) yang disebabkan oleh gangguan aliran darah serebral.

The Centre for Health Promotion (2007), mendefinisikan kualitas hidup sebagai tingkat kesenangan seseorang terhadap hal-hal penting dalam hidupnya. Hal tersebut meliputi kelebihan dan keterbatasan seseorang dalam hidupnya dan refleksi interaksi personal dengan lingkungannya. Kesenangan meliputi 2 komponen yaitu pengalaman yang menyenangkan dan sikap serta karakteristik orang tersebut terhadap kesenangannya. Lebih lanjut *The Centre for Health Promotion*, mengemukakan ada 3 domain dari kualitas hidup yaitu personal (*being*), kepemilikan (*belonging*) dan tujuan hidup (*becoming*).

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi berbagai persepsi tentang kualitas hidup pada pasien pasca serangan stroke.

METODE

Penelitian ini termasuk jenis penelitian kualitatif. Penelitian menggunakan pendekatan studi *Descriptive Phenomenology*. Penelitian dilakukan di poliklinik saraf Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. Wawancara dilakukan di rumah partisipan, sesuai dengan kesepakatan dengan partisipan. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Oktober 2012. Proses pengolahan data, analisis dan interpretasi dilakukan setiap kali peneliti memperoleh informasi atau data dari partisipan. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yaitu kualitas hidup

pasien pasca serangan stroke. Sumber data utama pada penelitian ini adalah partisipan, pasien pasca serangan stroke. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam kepada partisipan untuk memperoleh informasi tentang kualitas hidup partisipan. Berdasarkan sumber dan metode pengumpulan data di atas, maka alat atau instrumen yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data adalah : Peneliti sebagai instrument, Lembar pedoman wawancara, Buku catatan dan alat tulis (*field note*) dan *Tape recorder*

Subjek dalam penelitian ini adalah pasien pasca serangan stroke yang menjalani rawat jalan di poliklinik saraf Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. Pengambilan partisipan dilakukan dengan menggunakan *purposive sampling*.

Kriteria partisipan dalam penelitian ini yaitu pasien bersedia menjadi partisipan, tidak mengalami gangguan komunikasi dan menderita stroke minimal 1 bulan. Jumlah partisipan pada penelitian ini sebanyak 5 partisipan pasien pasca serangan stroke. Analisis data pada penelitian kualitatif merupakan proses yang aktif dan interaktif (Pollit & Beck, 2006). Analisis diawali dengan membaca transkrip dan catatan lapangan berulang kali sampai peneliti dapat memahami data dengan baik. Analisis data dilakukan dengan metoda fenomenologi yang dikembangkan oleh Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 2003).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Partisipan sebanyak lima orang yang terlibat dalam penelitian ini. Usia mereka bervariasi yaitu 55, 57, 59, 61 dan 63 tahun. Jenis kelamin partisipan kebanyakan laki-laki yaitu tiga orang dan perempuan sebanyak dua orang. Tingkat pendidikan bervariasi yaitu dari SLTA sampai perguruan tinggi (akademi). Semua partisipan beragama Hindu. Semua partisipan pernah rawat inap di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar, dan menjalani rawat jalan di poliklinik saraf

Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah, Denpasar. Semua partisipan sudah tidak bekerja lagi, riwayat pekerjaan partisipan bervariasi yaitu pegawai negeri sebanyak tiga orang dan karyawan swasta sebanyak dua orang.

Analisis tematik secara rinci menjelaskan uraian 4 tema yang teridentifikasi dari hasil wawancara. Tema-tema tersebut yaitu (1) menjadi terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari, (2) munculnya penderitaan ditengah-tengah keterbatasan dan kehilangan, (3) berbagai respon emosi terhadap kehilangan dan kontak sosial setelah menderita stroke, (4) Pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

Tema-tema yang didapatkan dalam penelitian ini dibahas secara terpisah untuk mengungkap makna dari berbagai persepsi partisipan dalam menjalani hari-hainya setelah menderita stroke. Meskipun tema-tema tersebut dibahas secara terpisah, namun semua tema tersebut saling berhubungan satu sama lain untuk menjelaskan esensi kualitas hidup para partisipan dalam studi ini.

Menjadi terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari diungkapkan oleh partisipan. Mereka merasa saat ini berbeda dengan yang dulu (sebelum sakit). Aktivitas sehari-hari diantaranya berdiri, berjalan, kebersihan diri, lingkungan dan lainnya. Partisipan mengungkapkan terbatas dalam melaksanakan aktivitas akibat adanya kelemahan fisik, gangguan bicara dan gangguan memori. Kelemahan dan gangguan ini menyebabkan mereka kurang mampu mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Keterbatasan yang dialami partisipan diantaranya akibat kelemahan fisik. Berikut adalah ungkapan dari partisipan mengenai hal tersebut yaitu

“....mau jalan lurus tidak bisa, miring kiri, mau kamar mandi tak pas dapat pintu, agak kesebelah kiri ya akhirnya kembali lagi mencari pintu” (P1)

“saya tak bisa jalan, jalan terseret-seret berdiri juga susah pak.....” (P2)

“tangan kaki saya berat kaya kesetrum ... disenggol dikit aja ser gitu rasanya kepala sebelah juga kaya kesetrum kalo jalan kaya sempoyongan dan terasa terjatuh ... ada lagi nih betis rasa kejendul berat, telapak kaki nginjek kaya ngambang tidak napak...”.(P3)

“Tangan dan kaki lemes, diangkat harus dibantu. Tangan kanan saya hanya bisa gesr dikit aja.... Kaki juga begitu pak.... Liat aja sendiri saya susah mengerjakan kaki saya yang kanan” (P4)

“Saya tidak bisa ngapa-ngapain seperti yang bu liat. Saya tidak bisa jalan maju lurus, jalan saya miring kiri,”(P5)

Adanya hemiparese menyebabkan partisipan tidak dapat berjalan dengan sempurna. Partisipan mengatakan berjalan terseret-seret, berjalan miring sehingga sulit menentukan arah dan tujuan dari berjalan. Kekuatan motorik sangat mempengaruhi kemampuan pasien dalam berjalan atau bergerak. Hickey (2003), mengatakan bahwa kekuatan otot normalnya 5, bila terjadi penurunan kekuatan otot maka pasien akan mengalami gangguan dalam melakukan mobilitas fisik dan aktivitas sehari-hari.

Selain gangguan dalam mobilisasi, partisipan juga merasakan perubahan dalam berbicara. Partisipan mengalami kesulitan dalam berbicara sehingga mereka menjadi malas bicara atau berkomunikasi dengan keluarga atau orang lain. Mereka lebih banyak diam. Berbicara seperlunya saja dan pada hal-hal yang penting. Pernyataan partisipan yang mendukung hal tersebut yaitu :

“susah ngomong omongannya saya berat” (P1)

“Bicara saya juga susah pak. Dulu saya bisa bicara banyak sekarang susah

ngomongnya..... Saya jadi diam aja pak. Karena susah ngomong” (P4)

“Saya bisa ngomong dikit, sampe sekarang seperti ini bu.....”(P5)

Perubahan yang lain dirasakan oleh partisipan yaitu perubahan dalam memori. Partisipan mengatakan tidak mampu mengingat sesuatu yang baru saja diberitahukan atau sesuatu yang sudah lewat. Beberapa pernyataan partisipan yang mendukung hal tersebut yaitu :

“Susah inget dan sering lupa apa yang telah diiberitau....ya saya lupa saja Tak inget, kenapa ya...” (P3)

“Saya juga tak ingat apa2 Sekarang diberitahu trus tak ingat lagi”(P4)

Munculnya penderitaan ditengah-tengah keterbatasan dan kehilangan. Keterbatasan akibat adanya gangguan fisik, gangguan bicara dan gangguan memori menyebabkan partisipan merasakan penderitaan. Penderitaan dalam hal ini yaitu penderitaan psikologis.

Penderitaan tersebut diantaranya hidup tidak dihargai, hidup tidak diperhatikan dan hidup tidak berguna. Partisipan merasa bahwa hidupnya tidak dihargai yang berkaitan dengan keadaan fisiknya. Pernyataan partisipan berkaitan dengan hal tersebut yaitu:

“saya merasa tidak dianggap oleh orang lain sehingga saya merasa ngomel dalam hati” (P1)

“kok saya merasa terhina dengan keadaan begini...”(P2)

“....tak ada yang dengerin omongan saya” (P5)

Penderitaan lain yang dirasakan oleh partisipan yaitu merasa hidup tidak diperhatikan. Ketidakmampuan partisipan dalam melakukan aktivitas sehari-hari menyebabkan partisipan harus tergantung

pada keluarga (istri, suami atau anak) untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Keterlambatan keluarga dalam melayani partisipan membuat partisipan merasa tidak diperhatikan. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan 1 yaitu :

“Kalo minta air ngambilin air terasa lama jengkel juga sepertinya tak ada yang memperhatikan” (P1)

“saya merasa keluarga tidak memperhatikan saya lagi ya.... Begitulah yang saya rasakan pak” (P2)

“sepertinya saya tak diperhatikan dan tak ada yang dengerin omongan saya..” (P5)

Penderitaan partisipan lainnya mengatakan merasa hidup tidak berguna. Pada intinya mengungkapkan bahwa hidup yang dahulu sudah hilang dan muncul kehidupan baru yang jauh berbeda. Kehidupan sekarang setelah mengalami serangan stroke mengalami penurunan akibat kelemahan dan kehilangan beberapa kemampuan dari partisipan. Pernyataan partisipan yang mendukung hal tersebut diantaranya :

“kalo lihat kaca muka saya pucat muka saya kaya mayat hidup.. apa yaaa kayak mau mati aja” (P1)

“Tujuan hidup saya jadi berubah.... Saya jadi PNS dan selalu berusaha tapi sekarang saya tak bisa karena fisik sayasaya berharap cakar macan tapi sekarang jadi cakar ayam ya begitulah pak “ (P1)

“Dulu saya bisa kerjakan semua dan cari apa yang saya mau, kini saya tak bisa” (P2)

“mandi takut tidak bisa takut jatuh, tidak kuat sendiri akhirnya dimandikan,..... jalan aja sempoyongan, duduk dikursi, belum ada dirasa hilang, biasanya masak bisa, sekarang tidak bisa , nyuci tidak bisa” (P3)

“saya jadi beban anak-anak, kasian anak-anak saya harus menanggung hidup saya.....Saya merasa tidak berguna lagi” (P4)

“Saya beda ama yang dulu saya bisa segalanya Ya sekarang dah berubahtidak bisa ngapain.....”.(P5)

Berbagai respon emosi terhadap kehilangan dan kontak sosial setelah menderita stroke. Kelemahan dan kehilangan beberapa fungsi tubuh partisipan setelah menderita serangan stroke menyebabkan berbagai respon emosi. Respon emosi yang terjadi lebih mengarah pada kurang mampunya partisipan dalam beradaptasi dengan keadaanya yang sekarang. Disamping hal tersebut juga berkaitan dengan dukungan keluarga dan sosial.

Partisipan mengungkapkan perasaan malu, marah, sedih dan merasa terasing atau mengisolasi diri dari kehidupan sosial. Sebelum sakit (menderita stroke) partisipan aktif dalam hubungan sosial. Sekarang setelah menderita stroke dengan berbagai kelemahan seperti kelemahan alat gerak (kaki dan tangan) dan gangguan bicara sebagai sarana komunikasi. Hal ini menyebabkan partisipan menarik diri dari lingkungan sosialnya.

Seperti ungkapan partisipan 2 dan 4 yang merasa malu dengan keadaannya sekarang (setelah menderita serangan stroke). Mereka mengungkapkan emosinya melalui rasa malu dan memilih untuk diam. Pernyataan partisipan tersebut sebagai berikut :

“Saya merasa malu..... saya malu tampil didepan teman-teman, dulu saya jadi pegawe kok jadi gini jadi kere” (P2)

“Saya merasa tak enak,..... merasa malu” (P4)

Pengungkapan emosi lainnya oleh partisipan adalah perasaan sedih. Perasaan sedih terhadap diri sendiri yang mengalami kemunduran dari sebelum sakit (stroke).

Perasaan ini diungkapkan oleh partisipan yaitu :

“hati lebih hancur, kalo makan itu dipaksa, makan obat dipaksa oleh anak apa yang diminta tidak dikasi” (P3)

“Saya merasa sedih mengapa hidup saya jadi begini.....kadang saya menangis sendiri..... bengong di kamar.....”(P4)

“Sedih juga ada ... ya... sedih kadang saya nangis sendiri.....”(P5)

Pengungkapan emosi yang lainnya yaitu marah. Perasaan marah ditujukan kepada dirinya sendiri yang tidak mampu melakukan aktivitas dengan baik. Mereka menjadi lebih sensitif terhadap lingkungan dan diungkapkan dalam bentuk marah diantaranya ngomel sendiri dan perasaan kesal. Perasaan ini diungkapkan oleh partisipan yaitu :

“saya mudah marah, tersinggung, istri ngobrol ama orang lain sepertinya bicarakan saya “ (P1)

“kadang kesal sendiri, ngomong sendiri, ngedumel sendiri, Kadang tuh makan misalnya dipaksa padahal tidak enak,” (P3)

“Saya lebih sering marah jadinya.....”(P5)

Ungkapan perasaan lainnya yaitu perasaan terasing dari lingkungannya. Perasaan diungkapkan oleh partisipan berkaitan ketarbatasannya dalam melakukan hubungan dengan lingkungan sosialnya. Partisipan mengatakan malas untuk keluar dan memilih di rumah saja dari. Ungkapan partisipan yang mendukung pernyataan tersebut yaitu :

“Hubungan keluarga dekat, dengan or lain tak enak.... Mengurangi keluar ketemu ama orang lain, kurangi ngomong dengan or lain karena omongan saya tak bener “(P1)

“Saya putuskan hubungan dengan orang lain termasuk dengan teman-teman saya yang sekantor dulu “(P2)

“berhubungan dengan orang lain gemana ya... agak susah, lagian jarang sekarang ketemu orang “(P3)

“Saya jarang mau keluar males ngomong ama orang diluar rumah.... Biarlah saya dirumah aja tak enak ama tetanggakok tak bisa ngomong..... kan malu ya....” (P4)

“Kalo ngomong dengan orang lain saya malas karena ngomong saya sulit Jadi malas ngomong ya jarang keluar ...”.(P5)

Pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional. Partisipan menceritakan pengalamannya terkait dengan pelayanan kesehatan yang sudah diterima selama ini. mereka mengungkapkan bahwa diperlukan pemberian pendidikan kesehatan dalam pelayanan kesehatan. Mereka menginginkan penjelasan tentang penyakitnya, pengobatan dan perawatannya sehingga mereka akan merasa lebih baik. Berikut ungkapan partisipan 1, 2,4 dan 5 tentang hal tersebut

“saya maunya dijelasin semua penyakit saya dari tensi tinggi sampai penyakit gula dan stroke.....kan jadi ngerti atau apa yang harus dilakukan “(P1)

“Saya ingin dijelasin semua ya itu penjelasan cara pengobatan kok dapat obat terus pulang tidak dijelaskan apa-apa saya cumen mau tahu cara ngobatin di rumah itu saja” (P2)

“Harusnya dikasi tahu yang terbaik sehingga saya jadi tau dan pikiran saya lebih terbuka, namanya penyakit pasti ada perubahan,sampai sekarang saya tidak tahu apa itu sakit saya lalu mereka kerjakan apa juga tak tahu “(P4)

“Ya.... saya maunya dijelaskan semua penyakit saya dari tensi tinggi sampai penyakit gula dan stroke.....”(P5)

Partisipan mengungkapkan hal penting pemberian pendidikan kesehatan yaitu tentang pengendalian pola hidup sehingga dapat menerapkannya di rumah. Partisipan mengharapkan adanya penjelasan tentang perubahan pola hidup yang harus dilakukan oleh pasien setelah mendapatkan serangan stroke. Ungkapan partisipan berkaitan dengan hal tersebut :

“ya penjelsannya itu kalo begini bagaimana kalo begitu bagaimana ya tak bisa saya jadinya kerjakan dirumah.....”(P2)

“harusnya dikasi tahu agar kita bisa mengikuti apa yang dapat dilakukan biar cepat sembuh “(P4)

Partisipan mengungkapkan petugas kesehatan sedikit bicara, datang melakukan tindakan kemudian pergi. Dari hal tersebut partisipan mengharapkan adanya komunikasi antara petugas kesehatan dengan pasien. Sehingga pasien merasa lebih tenang dan nyaman berada di rumah sakit. Ungkapan partisipan tentang hal tersebut :

“kok dapat obat terus pulang tak dijelsin apa-apa “(P2)

“Harusnya dikasi tahu yang terbaik sehingga pikiran lebih terbuka, namanya penyakit pasti ada perubahan, ambil darah untuk apa tidak dikasi tahu, hasilnya harusnya dikasi tahu” (P3)

“Hanya diberi obat lakukan ini dan itu trus pergi..... tak ada bicara banyak..... inginnya bicara mau apa lalu jelasin apa itu..... kan saya jadi tau ya.....” (P4)

SIMPULAN

Penelitian ini telah mengidentifikasi 4 tema yaitu Menjadi terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari.

Munculnya penderitaan ditengah-tengah keterbatasan dan kehilangan. Berbagai respon emosi terhadap kehilangan dan kontak sosial setelah menderita stroke. Pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional

DAFTAR RUJUKAN

- Ahlsio, B., Britton, M., Murray, V dan Theorell, T. (2008). *Disablement and quality of life after stroke*, <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2011
- Black, M.J & Hawks, H.J. (2005). *Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcome*. (7th ed). St.Louis: Elsevier Inc.
- Castro, A. J., Marchut, M.P., Neafsey, E.J., & Wurster, R.D. (2002). *Neuroscience an outline approach*. Philadelphia : Mosby
- Corring, D.J., dan Cook, J.V. (2007). Use of qualitative methods to explore the quality of life construct from a consumer perspective, <http://psychcervices.psychiatryonline.org>. diperoleh tanggal 27 Februari 2011
- Fisher, M. & Bogousslavsky, J. (1999). *Current review of cerebrovascular disease*. edisi ketiga, Philadelphia : Current Medecine, Inc.
- Forsberg, W. dan Blomstrand, C. (2004). *Psychological well-being of spouses of stroke patients during the first year after stroke*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, diperoleh tanggal 6 Maret 2009
- Hackett, M.L., Duncan, J.R., Anderson, C.S., Broad, J.B dan Bonita, R. (2007). *Health related quality of life among long term survivors of stroke*, <http://stroke.ahajournale.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2011
- Hickey, V.J. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott william & Wilkins.
- Lynch, E.B., Butt, Z., Nowinski, C.J., Heinemann, A. dan Victorson, D. (2008). *Qualitative study of quality of life after stroke the importance of*

social relationships,
<http://stroke.ahajournals.org>,
 diperoleh tanggal 27 Februari 2011

[org/article.asp?issn=0019-5359;year=2006](http://stroke.ahajournals.org/article.asp?issn=0019-5359;year=2006); diperoleh tanggal 24 Februari 2011

- Pollit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research : methods, appraisal and utilization* (6th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Smeltzer, C.S., & Bare, R. (2008). *Brunner & suddarth's texbook of medical-surgical nursing*. (11th ed). Philadelphia: Lippincott and Wilkins.
- Stroke center. (2007). Defenition of Stroke, <http://www.strokecenter.org/patients/stats.htm>, diperoleh tanggal 10 Februari 2011
- Strubert, H.J. & Carpenter,D.R. (2003), *Qualitative Research in Nursing*. (3rd edition), Sydney : Lippincott Williams & Wilkins
- The Centre for Health Promotion. (2007). Quality of Life, <http://www.utoronto.ca/qol/>, diperoleh tanggal 27 Februari 2011
- Wig, N. L., Pal, H., Ahuja, V., Mittal, C., Mohan, & Agarwal, S. (2006). The Impact of HIV/AIDS on the Quality of Life: A cross sectional study in North India
<http://www.indianjmedsci>.